

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Samiske terapeuters erfaringer med pasienter som mener de lider av ganning

Marit Ellen Inga Bals

Masteroppgave i helsefag

Studieretning Psykisk helse

Mai 2015

Forord

Drømmen om mastergrad er snart i boks. Det har vært en lærerik, men krevende prosess.

Forordet er en fin mulighet til å få takket de som har støttet og hjulpet underveis i prosessen. Først og fremst vil jeg benytte anledningen til å rette en spesielt stor takk til mine informanter; Jeg setter umåtelig stor pris på at dere har delt deres erfaringer og refleksjoner med meg. Uten dere hadde det ikke blitt noe av dette prosjektet! Ollu giitu!!!

Jeg vil takke Fylkesmannen i Finnmark og Kautokeino kommune for økonomisk støtte. Uten dere hadde ikke denne drømmen om mastergrad blitt virkelig. Kautokeino kommune fortjener i tillegg en ekstra oppmerksomhet for å ha gitt meg «frie tøyler» til å planlegge skrive dager og tromsøturer. Dette forenklet min studiehverdag, og jeg er evig takknemlig for det.

Jeg vil takke min veileder gjennom prosjektet, Gunn Pettersen, for en utrolig motiverende og god veiledning underveis. Du har virkelig inspirert meg til å fullføre dette prosjektet, tusen takk! Benytter også sjansen til å takke alle lærere og forelesere jeg har møtt gjennom mastergradsstudiet, dere har beriket min kunnskapsverden betydelig!

Til slutt vil jeg også takke familie, venner og kolleger for all støtte og gode ord underveis. Og sist men ikke minst, min kjære sønn, som har holdt ut med meg og mitt selvsentrerte og krevende vesen i denne perioden. Takk for at du har beholdt roen, vært selvstendig og ikke minst oppmuntrende når jeg har trengt det mest, i en alder av 4 år!

Kautokeino, mai 2015

Marit Ellen Inga Bals

Sammendrag

Bakgrunn/tema: Tema for studien er samiske terapeuters erfaringer med pasienter som mener de lider av ganning. Den gamle samiske overtroen om at psykisk lidelse er noe som er gitt vedkommende gjennom gand er fortsatt levende i samiske miljøer og i samisk psykisk helse uttrykkes denne forståelsen ofte hos pasientene.

Problemstilling: Hvilken kompetanse anser samiske terapeuter som viktig i arbeidet med pasienter som snakker åpent om ganning i terapien?

Metode: Dette er en kvalitativ studie inspirert av fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Det er gjort intervju av 4 samiske terapeuter, som alle hadde erfaring med pasienter som hadde snakket åpent om gand. Intervjuene er analysert med Malteruds systematiske tekstkondensering. Funnene er drøftet opp mot studiens teoretiske perspektiv og annen relevant forskning.

Teori: Det teoretiske grunnlaget omhandler Skau's kompetansenetrekant og dens tre komponenter, teoretiske kunnskaper, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Samtidig trekkes kulturell kompetanse og Meløe's kompetene blikk med. Funnene blir også drøftet opp mot relevant forskning.

Resultat: Hovedfunnene i studien viser at samisk språk og kunnskap om samisk kommunikasjonsform er de viktigste kildene til kultursensitive samtaler som for eksempel ganning. Terapeutenes forstående og anerkjennende måte å møte den samiske tradisjonelle sykdomsforståelsen på anses som viktige egenskaper for å vise respekt for pasienten. Å løfte opp den samiske kulturforståelsen som omhandler overtro og gand oppleves som vanskelig for informantene, da dette kan være kilde til latterliggjøring av samisk kultur til majoritetsbefolkningen, noe som også har medført til at mye av kunnskapen samiske terapeuter har fortsatt er skjult.

Nøkkelord: samisk psykisk helse, kulturell kompetanse og spirituell helsehjelp,

Abstract

Background: This study takes a look at sámi therapists' experiences with patients who are of the opinion that they have a mental ailment of a curse. The old sámi superstition that mental ailments are something that have been given to the concerned through curses is still vibrant in sámi communities and in sámi mental health this comprehension is still expressed by the patients.

Aims: What sort of expertise do the sámi therapists consider as important when working with patients who openly talk about curses in therapy?

Methods: This is a qualitative study inspired by hermeneutic phenomenological approach. 4 sámi therapists have been interviewed, who all had experience with patients who openly talked about curses. The interviews have been analysed with Malteruds systematic text condensing. The findings are discussed against the study's theoretical perspective and other relevant research

Theory: The theoretic basis deal with Skau's triangle of competence and its three points, theoretic knowledge, occupational skills and personal competence. At the same time including cultural competence and Meløe's competence view. The findings are also discussed against relevant research.

Results: The main findings in the study show that sámi language and knowledge about sámi forms of communication are the main sources of culturally sensitive conversation like for example cursing. The therapists understanding and acknowledging manner to meet the sámi traditional illness understanding are looked upon as important characteristics to show respect for the patient. To lift up the sámi cultural understanding that concern superstition and curses are experienced as difficult for the informants, as this can be a source of ridicule of the sámi culture to the people belonging to the majority, something which has led to that the knowledge sámi therapists carry is still hidden.

Keywords: sámi mental health, cultural competence and spiritual healthcare.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	6
1.2 Problemstilling og formål.....	7
1.3 Samisk psykisk helsevern.....	7
1.4 Samisk helse ivaretatt i Norge.....	8
1.5 Oppgavens oppbygning.....	9
2.0 Presentasjon av tidligere forskning	10
2.1 Samisk helse.....	10
2.2 Samisk kommunikasjonsform.....	12
2.3 Samisk kulturkompetanse.....	12
2.4 Åndelighet og psykisk helse.....	13
2.5 Internasjonal forskning om kulturell psykisk helsehjelp.....	14
2.6 Plassering av denne studien.....	15
3.0 Sentrale teoretiske perspektiv	16
3.1 Presentasjon av kompetansetrekanten. Profesjonalitet og kompetanse.....	16
3.2 Kulturell kompetanse.....	19
3.3 Begrepstriologien – de tre blikkene.....	21
3.4 Oppsummering.....	22
4.0 Metode	23
4.1 Studiens forskningsdesign.....	23
4.2 Forskningsmetode.....	24
4.3 Kvalitativ forskningsintervju.....	24
4.4 Tilgang til feltet og informanter.....	25
4.5 Utførelse av intervju.....	26
4.6 Transkribering.....	27
4.7 Forskningsetiske overveielser.....	28
4.8 Metodiske overveielser.....	28
4.8.1 Å forske i eget felt.....	29
4.8.2 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet.....	30
4.9 Analyse av data.....	31
5.0 Funn	33
5.1 Eatnigiella-gollegiella. Morsmålet er hjertespråket.....	33
5.1.1 Språk både som forutsetning og fortjeneste.....	33
5.1.2 Samtalens skjulte mening – samisk kommunikasjonsform.....	35
5.2 Kompetente terapeuter – anerkjenne den samiske forståelsesmodellen.....	37
5.2.1 Det kyndige blikk – å forstå den samiske sykdomsforståelsen.....	37
5.2.2 Det døde blikk – helsevesenets manglende kulturkompetanse.....	39
5.3 Kulturelt tilpasset terapi.....	40
5.3.1 Spiritualitet og åndelighet i terapien.....	41
5.3.2 Faglig usikkerhet om legitimitet ved bruk av spiritualitet i terapien.....	42
5.4 Den skjulte kunnskapen – hvor er åpenheten i samisk psykisk helse.....	43
5.4.1 Gammel stigma hemmer samisk fagutvikling.....	44

5.4.2 Mellom barken og veden: tradisjonell versus skolemedisin.....	46
6.0 Drøfting.....	48
6.1 Eatnigiella-gollegiella. Morsmålet er hjertespråket.	48
6.1.1 Språk både som forutsetning og fortjeneste.....	48
6.1.2 Samtalens skjulte mening – samisk kommunikasjonsform.....	50
6.2 Kompetente terapeuter – anerkjenne den samiske forståelsesmodellen.....	53
6.2.1 Det kyndige blick – å forstå den samiske sykdomsforståelsen.....	53
6.2.2 Det døde blick – helsevesenets manglende kulturkompetanse.....	55
6.3 Kulturelt tilpasset terapi.....	56
6.3.1 Spiritualitet og åndelighet i terapien.....	56
6.3.2 Faglig usikkerhet om legitimitet ved bruk av spiritualitet i terapien...	59
6.4 Den skjulte kunnskapen – hvor er åpenheten i samisk psykisk helse.....	61
6.4.1 Gammel stigma hemmer samisk fagutvikling.....	61
6.4.2 Mellom barken og veden: tradisjonell versus skolemedisin.....	63
7.0 Avslutning.....	64
7.1 Oppsummering.....	64
7.2 Metodekritikk.....	65
7.3 Videre forskning	65

Referanser

Vedlegg 1 Forespørsel om deltakelse i studiet

Vedlegg 2 Samtykkeskjema

Vedlegg 3 Intervjuguide

Vedlegg 4 Svar fra NSD

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

«Jeg må ha blitt gannet, hvorfor ellers er jeg så uheldig» (Informant C referert til en pasient)

Slike utsagn er ikke uvanlige i samiske områder. Enkelte sier gannet på en ironisk måte, mens for noen er det mer alvorlig. Den førkristne samiske trosforestillingene forklarte psykisk lidelse som påført ondskap, gitt vedkommende gjennom svart magi – ved å ganne. *Gand* er en slags prosjektilltroldom og forbundet med samisk kyndighet i svart og hvit magi (Nergård, 2007). Misjonærene kom til samene i Nord-Norge på 1700-tallet, og på 1800-tallet opplevde samene en kristen vekkelse (Bongo, 2002, Hanem, 1999). Det er over 300 år siden misjonærene kom til samene og rev ned ideologien om naturroen og tankene rundt svart magi og trolldomskunst. Likevel har tankegangen om slekter med evner til å sette ondt på andre overlevd (Hanem, 1999). Den gamle overtroen omhandler hvordan psykisk lidelse er noe som er påsatt av andre som ikke ønsker deg vel, og har også tradisjoner for renselse eller helbredelse hvis man har blitt gannet (Hanem, 1999). Hvis denne tankegangen fortsatt er levende blant samiske pasienter, hvordan forholder helsepersonell seg til slik forståelse? Tradisjonell og urgammel sykdomsforståelse er hinsides helsepersonells kunnskapsområde, hvordan møter helsepersonell slike utfordringer i pasientarbeid?

Jeg har jobbet 13 år i samisk psykisk helse, og har aldri tenkt tanken på å være redd eller usikker i møte med samiske pasienter som snakker om ganning, eller kommer med trusler om ganning. Faglige diskusjoner om den samiske sykdomsforståelsen har vært fraværende, da dette er så dagligdags og normalt for samisk helsepersonell. Ingen tenker over det, det er sånn det alltid har vært. Ganning er fortsatt et tabubelagt tema, og i det åpne så er det ingen som tror på gand eller denne ondskapen. I det skjulte, er det nok helt andre tall (Hanem, 1999). For noen år siden hadde en norsk kollega av meg mottatt trusler om ganning. Hun hadde blitt så skremt at hun kjøpte gullsmykker i kors til hele familien. Da hun fortalte dette til meg, flirte jeg bare og sa: «gull beskytter ingenting, du må ha sølv». Hun ble bare mer desperat og redd, og først da forstod jeg alvoret i det. Min norske kollega hadde ikke kjennskap til den samiske kulturen, ganning eller hva det innebærer. Hun hadde bare hørt rykter om hva gand er, hvem kunne ganne og hvordan få det bort. Etter denne hendelsen undret jeg over mine samiske kolleger som aldri diskuterte ganning eller den samiske sykdomsforståelsen under faglige

fora. Var dette et tema som var ukjent, eller hadde den ingen plass i vår vitenskapelige verden hvor medisinsk hjelp og allmennkjente terapimodeller ble anvendt.

1.2 Problemstilling og formål

Denne undringen førte videre til en antagelse om at samiske terapeuter i møte med pasienter som snakker om overnaturlige fenomener har kompetanse som er skjult for våre norske og også enkelte samiske kolleger. Hva gjør de når pasientene fortsatt tror på den gamle overtroen om at psykisk lidelse er påsatt av andre? Hva føler de er viktig i møte med den gamle overtroen? Med denne undringen kom studiens problemstilling:

Hva slags kompetanse anser samiske terapeuter som viktig i møte med pasienter som mener de lider på grunn av ganning?

Hensikten med denne studien er å fremskaffe kunnskap om samiske terapeuters kompetanse i møte med pasienter som snakker åpent om å ha blitt gannet. Kunnskap om kompetansen kan føre til bedre forståelse av den samiske sykdomsforståelsen, og hvordan møte slike temaer i terapirommet.

1.3 Samisk psykisk helsevern

I 1984 startet arbeidet om et eget psykisk spesialisthelsetjeneste (SANKS) for den samiske pasienten. Et kompetansesenter for samisk psykiatri i Norge som skulle ivareta den psykiske helsen hos samene først og fremst i Norge, men etter hvert utvide til samarbeid med finske og svenske samer. Visjonen her var at samer skulle få psykisk helsehjelp tilpasset samisk kultur, tenkemåte og levesett. Denne visjonen fikk ikke like mye støtte og forståelse fra politisk hold og heller ikke fra det faglige hold, men det samiske fagfeltet argumenterte for viktigheten av tilpassede tjenester til samiske pasienter. Oppsummerende kan man si at de som argumenterte mot gjerne anførte at eksisterende hjelpeapparat ikke hadde registrert noe behov, at samene hadde større toleranse for avvikende atferd i sin alminnelighet inkludert personer med psykiske lidelser, samt at det eksisterte egne behandlingsmodeller for psykiske lidelser (Silviken, Stordahl 2010). Samiske fagfolk derimot var enige i at psykiske lidelser hos samer

var det samme som hos den øvrige befolkningen, men at forståelsen og håndtering av lidelsen var annerledes. Med støtte fra Sametinget og Finnmark fylkeskommune startet det samiske fagfeltet innen psykisk helse med utarbeidelsen av samisk kompetansesenter for psykisk helse. Samisk fagfelt var også opptatt av at pasientens språklige/kulturelle bakgrunn burde danne utgangspunktet i behandlingen. Dersom den psykiatriske behandlingen skjedde fra terapeutens egne, ofte ubevisste kulturelle normer og verdier, uten tilsvarende kunnskaper om pasientens, ville den bli dårlig – i verste fall direkte skadelig. Psykiske problemer hos pasienter med annen kulturell bakgrunn kan ikke løses med bare følsomhet og motivasjon, uten en dypere forståelse basert på kulturkunnskap (Kvernmo, 2014). Hvor viktig er det ikke da at helsepersonell viser forståelse i møte med pasienter som holder fast ved den gamle sykdomsforståelsen om psykisk lidelse som påført ondskap.

I dag er SANKS (samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern) et godt etablert virksomhet med 30 fagstillinger, foruten støttepersonell. De fleste har samisk bakgrunn. De samarbeider tett med samiske kommuner for å hjelpe til at alle samiske pasienter blir møtt med kulturell forståelse (Silviken, Stordahl, 2010).

Det er likevel viktig å utdype her at ikke alle samiske pasienter kommer i kontakt med SANKS, men mottar tjenester fra kommunens psykisk helsevern. SANKS har fått utvikle samisk tilpassede tjenester i 30 år, mens kommunale hjelpetjenester gir hjelp med den kompetansen de har. Det er ikke blitt forsket på forskjellene eller likhetene mellom samiske terapeuter som gir tjenester innen spesialist helsetjenesten og fra kommunale tjenester. Det er uvisst om de tenker likt når det gjelder den tradisjonelle samiske sykdomsforståelsen og hvordan denne skal imøtekommes i behandlingsøyemed.

Senter for samisk helseforskning (SSHF) ble etablert i 2001 som en enhet ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Senterets hovedoppgave er å fremskaffe ny kunnskap om helse og levekår blant den samiske befolkningen i Norge (Silviken, Stordahl, 2010).

1.4 Samisk helse ivaretatt i Norge

Sametinget har det overordnede ansvaret for samisk helse- og sosialpolitikkutforming og er den mest sentrale premissleverandør ovenfor norske myndigheter i utviklingen av et likeverdig tilbud til det samiske folket. I tilretteleggingen av tjenesten har Sametinget en

koordinerende og pådrivende rolle overfor de sentrale myndigheter. Sametinget arbeider for et likeverdig helse og sosialtilbud til samiske pasienter, på lik linje med befolkningen for øvrig. Sametinget skal også legge til rette for at det fra sentralt hold settes klare rammer for hvordan målet med en likeverdig tjeneste til det samiske folket skal nås. I tillegg sørge for at ansvaret for en helsetjeneste med kunnskap og kompetanse i samisk språk og kultur løftes opp på et overordnet nivå (NOU,1995:6).

Det er tydelig at Norge har etablert gode føringer for å ivareta den samiske pasienten. Viktigheten av språk- og kulturkompetanse blant helsepersonell anses som viktige og nødvendige. Likevel viser forskning at samene er mindre tilfreds med helsetjenestene (Sørli & Nergård, 2005, Nystad, Melhus & Lund, 2006). Plan for helse- og sosialtjenester, NOU 1995:6 påpeker at den samiske befolkningen opplever store problemer i møte med helse- og sosialtjenestene. Språklige barrierer vanskeliggjør både utredning, diagnostisering, behandling, pleie, omsorg og brukerinformasjon. Manglende kunnskap om samisk kultur blant helse- og sosialpersonell resulterer ofte i feilslått oppfølging av samiske brukere (NOU 1995:6). Stortingsmelding nr 47: samhandlingsreformen går videre på dette og påpeker viktigheten av samisk språk- og kulturkompetanse blant helsepersonell for å unngå mistolkninger, feil behandling og misnøye blant samiske pasienter (St.mld.nr 47, 2008-2009). Det er ikke et ukjent fenomen at samer unnlater å informere helsepersonell om sine plager da de blir møtt med manglende språk- og kulturforståelse hos helsetjenesten. Dette er også en av hovedårsakene til at samiske pasienter er mere misfornøyde med helsetjenestene enn befolkningen for øvrig (St.mld.nr.47, 2008-2009).

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven har følgende oppbygging: Etter innledningskapittelet følger kapittel 2 med presentasjon av tidligere forskning og litteratur. I kapittel 3 presenteres sentrale teoretiske perspektiver knyttet mot dette studiet. Kapittel 4 presenterer metodekapittelet hvor det redegjøres for hvilke metodevalg er benyttet, utvalg av informanter og analysen av materialet. Kapittel 5 presenterer funn. Kapittel 6 drøfter funn opp mot aktuelle teorier. I siste kapittel gis en sammenfatning av studien. Det pekes også på videre forskning på temaet. Avslutningsvis reflekteres over de erfaringene som ble gjort ved å arbeide med denne studien.

2.0 Presentasjon av tidligere forskning

Forskning som er relevant i forhold til studiens problemstilling er innhentet ved elektronisk søk i databasen PubMed, Svemed, Nordart og Bibsys. Følgende søkeord ble benyttet: cultural competence, spirituality in psychic treatment, religion and psychology, samisk psykisk helse, samisk kultur, samisk kommunikasjon og kompetanse. Det ble funnet en god del forskning om samisk kultur, samisk helse, helbredelse og samisk psykisk helse. Det ble funnet lite relevant materiale om kulturell kompetanse blant samisk helsepersonell. Forskning som er mest relevant for dette studiet presenteres i dette kapittelet.

2.1 Samisk helse:

Bongo (2002) forsket om det å være ”bærer” av samisk trolddom, og hvordan dette kan bidra til å forstå psykiske lidelser innenfor en samisk kontekst. Studien beskriver hvordan samene hadde forklart psykisk lidelse som noe ondt som er påsatt av noen som ikke ønsker vedkommende godt. Funnene viser også at denne gamle forståelsen for psykiske lidelser fortsatt er levende, og aktiv i samiske miljøer. Resultatene fra Bongos studie er viktig for denne studien da den understreker hvor levende den gamle samiske sykdomsforståelsen er, og hvordan dette er en måte å forstå psykisk lidelse på i samisk kultur.

Sørli & Nergård (2005) sammenlignet behandlingstilfredshet mellom samiske og ikke-samiske pasienter innlagt på psykiatrisk avdeling. Resultatene viser at samiske pasienter var mindre tilfreds med behandlingen enn norske pasienter, og at manglende muligheter til å snakke samisk med behandleren var en av årsakene til dette.

Sexton (2009) studie ser på samspillet mellom bruk av lokale hjelpertradisjoner utenfor helsevesenet og offentlige psykiske helsetjenester i Finnmark og Nord-Troms, og reiser spørsmålet om et eventuelt større samarbeid mellom tradisjoner, eller mellom helsevesenet og tradisjonell helbredelse. Studien ser derfor nærmere på hva lokal hjelpertradisjon i disse samiske og multikulturelle områdene består av i dag, hvor utbredt bruken er blant pasienter, og om det er et ønske blant dem om en større integrasjon av lokal tradisjon i det offentlige helsevesenet. Resultatene viste at samiske pasienter benytter seg mer av lokale hjelpertradisjoner enn norske pasienter, og samiske pasienter ønsker integrering av tradisjonell hjelp i helsevesenet.

En studie av Møllersen, Sexton & Holte (2005) viser til hvordan felles etnisitet mellom pasient og terapeut kan gi bedre behandlingsresultater. Denne studien er gjort i Finnmark, hvor anslagsvis 30-40% av befolkningen har samisk bakgrunn og 60-70% norsk bakgrunn. De har undersøkt om behandlingsforløpet hos pasienter i psykisk helsevern er avhengig av pasientens og behandlerens etniske tilhørighet. I tillegg har de sett på hvorvidt det spiller noen rolle for behandlingsresultatet om pasient og behandler har lik eller ulik etnisitet. Resultatene viser at sjansen for et positivt behandlingsresultat er større om pasient og behandler har samme etniske bakgrunn. Effekten av at pasient og behandler har lik etnisk bakgrunn er like sterk for de med norsk bakgrunn, som de med samisk bakgrunn. Resultatene viser også at det er mye mer enn etnisk bakgrunn som virker inn på hvor effektiv en behandling blir. Resultatene viste også at samiske og ikke samiske terapeuter behandler forskjellig. Samiske terapeuter bruker gjennomsnittlig færre konsultasjoner på en behandling. Ikke-samiske terapeuter bruker mer psykoterapeutiske behandlingsformer. Møllersen, Sexton & Holte understreker likevel at samiske og ikke-samiske terapeuter oppnår like gode behandlingsresultater selv om behandlingsformene er forskjellige (Møllersen, Sexton & Holte, 2005).

Hansen (2011) så på sammenhengen mellom etnisk diskriminering og psykiske plager hos samiske og ikke samiske pasienter. Resultatene viste at etnisk diskriminering er risikofaktor for psykiske lidelser. Studien viste at konsekvensene av diskriminering gir mange helsemessige utslag, deriblant høyere psykisk stressnivå i form av depresjon og angstsymptomer. Samer rapporterer noe dårligere helsestatus enn etniske nordmenn. Videre viser funnene at etnisk diskriminering er assosiert med dårligere selvvardert helse. Samiske menn rapporterer et noe høyere nivå av psykisk stress enn etniske norske menn, mens blant samiske og ikke-samiske kvinner var det ingen forskjell i rapportering av stress nivået (Hansen, 2015).

Andersen (2007) har gjort en analyse av pasienterfaringer med bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse ved hjelp av å se på begrepet *å berges / birgit*. Til tross for at tematikken i prosjektet hans ikke treffer problemstillingen i denne studien, analyserer han et begrep som kan ha stor overføringsverdi til det å klare seg i dagliglivet, med de lidelser og plager man får, og med de virkemidler man har tilgjengelig.

Nymos (2003) studie ser på hvordan fornorskningen har påvirket samenes identitet og kropp blant samer i Ofoten og Sør-Troms. Studien viser hvordan samene tok på seg en norsk rolle, og skjuler sin samiske identitet for å unngå å bli mobbet. Hvordan revitaliseringen av samisk kultur fikk mange samer til å stå frem som samiske og være stolte av sitt opphav.

Resultatene fra de omtalte studiene kan bidra til større forståelse for hva samiske pasienter ønsker eller har behov for i møtet med hjelpeapparatet, og om samiske terapeuter kan ha denne kunnskapen eller egenskapen innarbeidet i seg gjennom kulturen.

2.2 Samisk kommunikasjonsform

Bongo (2012) gjorde en studie om samisk kommunikasjonsform i forhold til samtaletemaet sykdom og helse. Resultatene viste at kommunikasjonsformen kan være indirekte og taust. Normer om å klare seg selv og ikke vise svakhet står sterkt, noe som fører til at samiske pasienter forteller lite om egen helse til hjelpeapparatet. Samtaler om sykdom og helse betraktes som upassende, og diagnostiske begreper avvises som dømmende. Studien viser hvordan kommunikasjonsformen blir en kilde til samhandlingsproblemer mellom samiske pasienter og det offentlige norske helsevesenet, samtidig som den viser til hvordan samisk helsepersonell må bevege seg mellom to verdener, den kulturelle og skolemedisinske.

Dagsvold (2006) belyser i sin studie: *In giile huma. De tause rommene i samtalen* om samisk samtaleform når kreft er inne i bildet. Resultatene viser hvordan samisk kommunikasjonsform kan bidra til en distanse og fremmedgjøring til norsk helsevesen som forventer at man snakker om følelser knyttet til egen kreftdiagnose, mens i samisk samfunn bearbeides dette i på en taus måte eller gjennom kreativitet. Denne studien belyser også at taushet og «unnamanøvre» i samtalen mellom helsepersonell og pasient må erfares og tåles. De tause rommene i samtalen har også sin plass og funksjon i kommunikasjonen.

2.3 Samisk kulturkompetanse

Javo (2003) sammenlignet samisk og norsk barneoppdragelse og atferdsproblemer hos samiske og norske barn. Resultatene viste at samisk oppdragelse er friere, og gamle verdier som storfamiliens betydning og oppdra barn gjennom skremsels eventyrer stod fortsatt sterkt.

Javo vektlegger viktigheten av kulturforståelse blant helsepersonell i møte med samiske familier, spesielt når man vurderer hva som er normal barneoppdragelse eller omsorgssvikt.

Silviken og Stordahl (2010) har samlet fagartikler fra forskningen gjort av samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse til en bok, hvor forfatterne diskuterer hva kultursensitivt tjenestetilbud vil si i praksis. De trekker inn eksempler fra egen praksis og egen forskning i dette feltet. En av forfatterne i boka, Dagsvold (2010) reflekterer rundt de kunnskapsmessige utfordringer terapeuter møter når de skal utforme et mer kultursensitivt helsemøte. Her utdyper hun viktigheten av terapeutens kultursensitivitet, hvor viktig det er å inneha kunnskaper om egen og andres kultur, og forståelse og respekt for, samt anerkjennelse av andre menneskers forskjellighet. Gerhardsen (2010) har reflektert over den samiske pasientens kommunikasjonsform, og hvorfor det kan oppstå misforståelser og mistolkninger. Samenes indirekte samtaleform, hvor de henter frem i samtalen om vanskelige tema kan bli problematisk for helsepersonell som er lært til å stille direkte spørsmål og forventer presise svar. I tillegg drøfter hun hvordan samisk kroppsspråk kan bli tolket feil. Pasientene kan fremstå som avvisende og mutt, selv om dette ikke er tilfellet.

2.4 Åndelighet og psykisk helse

Kaldestad (1995) og Stifoss-Hanssen (1996) har begge sett på sammenhengen mellom kristen tro og psykisk helse. Begge hadde de samme resultatene som internasjonale undersøkelser om samme tema. Resultatene fra begge studier viste at det å ha en inderlig tro er forbundet med god psykisk helse.

Stålsett (2012) har studert effekten av VITA-modellen ved Modum Bad. Modellen åpner blant annet for pasientenes tanker om Gud og religiøse følelser i terapien. Dette er nytt i norsk psykologi. Avhandlingen konkluderer med at utprøvingen av VITA modellen, som har skjedd over tid i det kliniske behandlingsmiljøet ved Modum Bad, har vist gode resultater for en gruppe mennesker som har vært behandlingsresistente i andre sammenhenger og med andre metoder. Pasienter som er behandlet i Vita-programmet viser betydelig fremgang. De fleste slutter med antidepressiva og de fleste er yrkesaktive igjen etter ett år. Stålsetts doktoravhandling fremhever nytteverdien i at terapeuter er sensitive for eksistensielle og religiøse temaer, og at de undersøker hvordan pasientenes følelser er koblet til disse temaene.

Avhandlingen peker også på at VITA-modellen lett kan overføres fra miljøet på Modum Bad til andre psykiatriske institusjoner og polikliniske virksomheter.

2.5 Internasjonal forskning om kulturell psykisk helsehjelp:

Internasjonalt er det godt dokumentert at minoritetsbefolkninger har dårligere tilgang til helsetjenester, og at tjenestene er for dårlig tilpasset språklig og kulturelt (Ziguras, Stankovska & Minas, 1999; Barrio, 2000; Fernando, 2005). Forskjellige prosjekter, både innen offentlige helsetjeneste og via frivillige eller private organisasjoner, har blitt igangsatt for å bøte på dette, med vekslende resultat. I Australia har man for eksempel forsøkt å gjøre psykiatriske tjenester mer tilgjengelige ved å ansette tospråklige behandlere (Ziguras, Stankovska & Minas, 1999).

I USA har man måttet innse at programmer som benytter vestlige tilnærminger har dårligere effekt på minoriteter med mer kollektivistiske verdier. Å inkorporere kulturelle faktorer i behandlingen blir derfor anbefalt (Barrio, 2000). Beals (2006) forsket hvorvidt indianere i Sør-Amerika benyttet seg av tradisjonell healing ved psykiske lidelser. Studien undersøkte omfanget og typer hjelp som ble søkt på (biomedisinsk, tradisjonelle og 12 trinn grupper) for rusmiddelproblemer i to amerikanske indianereservat populasjoner. Resultatene viste at nesten 40% av indianere søkte både vanlige helsetjenester og spirituell hjelp mot rusmiddelproblemer, psykiske plager og somatiske sykdommer. Studien understreket at manglende kulturell forståelse for indianernes tradisjonelle metoder hos lokale helsetjenester var stor.

I over 2 tiår har Familiesenteret i Wellington, New Zealand utviklet et eget behandlingsmodell for maoriene, urbefolkningen i New Zealand. Modellen heter Just Therapy og formålet med modellen er at alle aspekter ved et menneskers kulturelle liv er viktige og må tas med i en behandlingssetting. Just therapy ønsker at pasienter tilhørende maori urbefolkning skal bli møtt med respekt og forståelse i behandlingen, og for at dette skal skje er alle terapeuter i senteret av samme kultur. Maoriene behandler maoriene. Slik opplever de gode behandlingsresultater. Det er åpenhet om spiritualitet, vold, politisk ståsted og rusmisbruk, temaer som er vanskelige for New Zealandsk urbefolkning (Waldegrave, 2003, Hermansen, 2002).

Internasjonale forskningsstudier har videre vist at likhet i etnisk bakgrunn og språk mellom pasient og terapeut, samt geografisk nærhet influerte på bruken av tjenestene blant minoriteter, og også på deres pasientfornøydhet (Flaskerud 1986; Sue, Fujino, Hu, Takeuchi & Zane, 1991; Rosenheck, Fontana & Cottrol 1995; Stuart, Minas, Klimidis & O'Connell, 1996). Norske studier har vist at samisktalende pasienter var mindre fornøyd totalt sett med den kommunale legetjenesten enn det norske pasienter var (Nystad, Melhis & Lund, 2006). Samiske psykiatriske pasienter innlagt på Universitetssykehuset Nord-Norge – Åsgård sykehus viste mindre tilfredshet med behandlingen enn det norske pasienter gjorde (Sørli & Nergård, 2005).

2.6 Plassering av denne studien

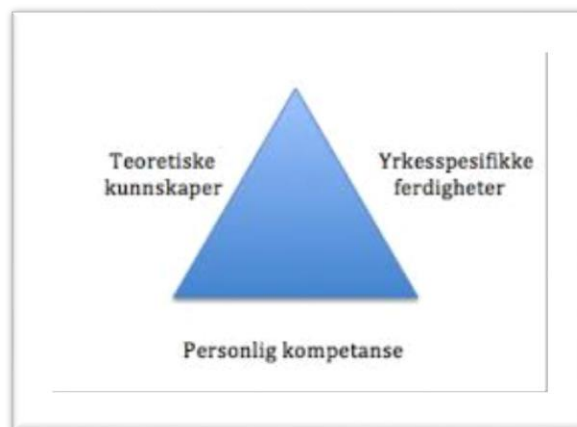
Det forskes mye på samiske pasienters helse og bedringsprosesser, samt tilfredshet av helsetjenester. Det finnes derimot lite forskning på kompetansen samiske helsepersonell har, og hvordan dette kommer samiske pasienter til gode, eller om dette vil bedre tilfredsheten av helsetjenester. Denne studien ser på samiske terapeuters kompetanse i møte med kultursensitive temaer som ganning i terapien. Studien kan eventuelt bidra til større forståelse for samisk sykdomsforståelse og hvordan møte dette i praksis.

3.0 Sentrale teoretiske perspektiv

Denne studien ser på samiske terapeuters kompetanse i møte med pasienter som mener de lider på grunn av gand. I dagligspråket defineres kompetanse gjerne som evnen til å klare en oppgave eller beherske et yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer. Man deler gjerne inn kompetanse i kunnskaper, holdninger og ferdigheter (Skau, 2005). Denne studien støtter seg til Kompetansetrekanten til Skau. Dette er en oversiktlig modell som vil gi et bredere forståelse av kompetansebegrepet i psykisk helse. Studien vil også se på hvordan Saus og Boine (2008) integrerte modell for kulturell kompetanse hos barnevernspedagoger for å synliggjøre/tydeliggjøre hvordan samiske terapeuter nyttiggjør sin kulturelle kompetanse i møte med samiske pasienter.

3.1 Presentasjon av kompetansetrekanten. Profesjonalitet og kompetanse

Skau (2005) understreker at skal man være kompetent i sitt yrke, må man være skikket og kvalifisert i det man gjør. Profesjonell kompetanse vil da si å inneha de kvalifikasjoner som skal til for å utøve et yrke. «Gode fagfolk vokser ikke på trær, men de vokser som personer, og de gjør det gjennom hele sitt yrkesaktive liv» (Skau, 2005:9). Illustrasjonen viser Skaus modell for profesjonalitet, Kompetansetrekanten – samlet profesjonell kompetanse (2005:59).



Bildet illustrerer Skau's kompetansetrekanten

Videre presenteres inndelingen av Kompetansetrekantens tre punkter. Målet er at fagfolk skal gjennom utdanningen og sitt yrkeskarriere utvikle seg til dyktige terapeuter, uavhengig av

faglig bakgrunn. Intensjonen med denne studien er å forsøke å avdekke om det er områder innenfor kompetanse samiske terapeuter vektlegger mer i møte med samiske pasienter som har opplevd gand, og om dette løftes frem for å bedre praksisen rundt samisk psykisk helse.

Teoretisk kunnskap er faktakunnskaper og allmennkunnskaper, samt forskningsbasert viten som fagfolk må tilegne seg under studie (Skau, 2005). Eksempler på teoretisk kunnskap som er relevant for terapeuter innen psykisk helse vil være kunnskap om symptomer ved ulike psykiske lidelser, årsaksteorier, kliniske vurderingsinstrumenter eller kunnskap om resultater fra psykoterapiforskning. Faktakunnskaper er viktig for å vite hva man skal se etter og spørre om i klinisk vurdering, diagnostikk og behandling av pasienter (Rosenvinge, 2004). Det finnes ingen faktakunnskaper om pasienter som er blitt gandet og hvordan behandle dette. Terapeuter må derfor finne synonymer eller likhetstrekk ved andre lidelser, og ta i bruk skjønn i arbeidet med kultursensitive temaer.

Rosenvinge (2004) går litt videre på dette med forståelsen av faktakunnskaper og hvordan gjøre dette om til kompetanse. Fagfolk bør kunne vurdere kritisk hvor pålitelig faktakunnskapen er, enten det gjelder årsaksforhold, utbredelse eller effekt av behandling. Fagfolk bør også reflektere omkring de kulturelle, politiske og sosiale rammene for kunnskapsproduksjon, og ha et kritisk forhold til hvem og hva som bestemmer hva som til enhver tid regnes som gyldig kunnskap. Til slutt bør fagfolk vurdere kunnskapens nytteverdi. Dette handler om å klargjøre hva kunnskapen kan eller skal brukes til. Spørsmålet er ikke bare om kunnskapen er sann, men om den er nyttig og anvendbar. Kan den komme pasientene til gode i form av bedre kliniske ferdigheter? Rosenvinge tar frem eksempelet på navngiving av nye syndromer eller diagnoser, hvorvidt de kommer pasientene til gode når alle tilstander sykeliggjøres med diagnoser (Rosenvinge, 2004).

Yrkesspesifikke ferdigheter er de praktiske ferdighetene, teknikkene og metodene som hører til bestemte yrker, og som brukes i utøvelsen av den (Skau, 2005). Det kan være å tilrettelegge for den gode samtalen, snarlig kartlegge situasjonen hos en psykotisk pasient, beherske spørreskjemaer, intervjuer eller andre hjelpemidler i klinisk vurdering, diagnostikk og behandling på en slik måte at det fremmer en god terapeutisk relasjon (Rosenvinge, 2004). Fagfolk med høy ferdighetskompetanse betegnes gjerne som dyktige praktikanter (Skau, 2005). I likhet med faktakunnskaper, fremholder Rosenvinge at man skal ha et kritisk og reflekterende blikk på det praktiske feltet også før det kan omgjøres til kompetanse. (Rosenvinge, 2004). Det kan antas at samiske terapeuter i møte med pasienter

som har opplevd gandr knytter sin kulturelle forståelse sammen med yrkesspesifikke ferdigheter. De kjenner den samiske kulturen så godt at de vet hvordan de skal tilrettelegge for den gode samtalen. Molander (1996) er også på samme måte som Skau opptatt av kunnskapens aktive side og har sett nærmere på hva som kjennetegner praktisk kunnskap. Begrepet kunnskap i handling tydeliggjør hvordan praktisk kunnskap muliggjøres gjennom handling, i samspill og dialog mellom terapeuten og pasienten. Det er først når en begynner å stille spørsmål ved teorier at menneskers læringsmuligheter åpner seg for utvikling. Til forskjell fra livsverden, tradisjoner og tillærte praksiser som kjennetegnes ved å ikke kreve individets oppmerksomhet, så er kunnskap noe en søker å oppdage (Molander, 1996). Kunnskapen blir til gjennom samhandling, evne til å undre seg, stille spørsmål og søke løsninger i ulike handlingssituasjoner. Molander (1996) påpeker at det er selve aktiviteten ved det å utvikle egen læring som er det primære ved kunnskap i handling. Det er en aktivitet som verken har en begynnelse eller ende. Kunnskap i handling tar utgangspunkt i den levende kroppens kunnskap, der kunnskap er uttrykk for noe før-kroppslig som utspiller seg i handling. I denne tenkningen må kroppen tas på alvor. Når helsepersonell i sin praksis bevisst jobber med egen kunnskapsforståelse, det vil si reflekterer over egen nærhet og avstand til feltet, samt viser en åpenhet og kritisk refleksjon av praksis, gir dette kunnskapen et levende og aktivt uttrykk. Molander (1996) poengterer at denne formen for praktisk kunnskapsutvikling ses som en kontrast til den teoretiske tradisjonen for kunnskapsutvikling som i stor grad har vært dominerende for vestlig kultur. Kunnskap i handling vektlegger samspillet mellom individ og miljø, mens den teoretiske kunnskapstradisjonen ser på kunnskap som noe som er utenfor individet (Molander, 1996). Samiske terapeuter må ifølge Molander da stille seg undrende, men samtidig ha et kritisk blick til egen kultur og forståelsesmodell for psykisk lidelse.

Personlig kompetanse handler om det fagfolk er som personer, både for seg selv og i samspill med andre (Skau, 2005). Personlig kompetanse handler om hva fagfolk har å gi på et mellommenneskelig plan. Det er denne siden ved kompetansen som er vanskeligst å beskrive, og som det tar lengst tid å utvikle. Det er også den vi kommer kortest med å utdanne, dokumentere og bedømme (Skau, 2005). Personlig kompetanse er ikke yrkesspesifikk, men alle fagfolk bruker den i utøvelsen av eget yrke. Den er en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter, som fagfolk tilpasser og bruker i profesjonelle sammenhenger. I helsevesenet hvor relasjoner og samarbeid med andre mennesker er viktig,

vil personlig kompetanse være styrende (Skau, 2005). Fagfolk må bruke seg selv som verktøy i møte med pasienter for å yte god helsehjelp. Ofte vil det være den som bestemmer hvor langt fagfolk innen helse vil kunne nå med deres teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter. For å være en god terapeut, vil det ikke være nok med topp forståelse for teoretisk kunnskap og ha gode praktiske ferdigheter. Måten terapeutene utøver faget sitt på, hvordan de tar i bruk sin personlighet, og lar seg selv bli berørt i pasientmøtene er like viktig. Pasientene man skal hjelpe må oppleve å bli sett og bli møtt slik at endringsprosessen blir god (Skau, 2005). Grunnleggende positive oppfatninger av andre mennesker er en forutsetning for fagetisk forsvarlighet. En terapeut som mangler evne til å sette seg inn i pasienters situasjon, eller som oppfatter dem som brysomme, manipulerende eller vanskelige, kan ikke kalles kompetent (Rosenvinge, 2004). Det hjelper også lite med teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter hvis man ikke klarer å skille mellom egne behov, og pasientens behov og sørger for en kompetent regulering av nærhet og avstand (Rosenvinge, 2004). Det kan tenkes at den personlige kompetansen hos samiske terapeuter som møter pasienter som har opplevd gand er veldig viktig. Kanskje de på bakgrunn av sin samiske kultur klarer å sette seg inn i pasientens engstelse for gand og være empatiske, og er med dette kompetent praktiker.

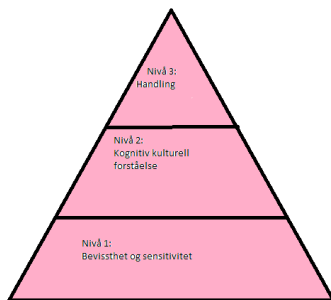
3.2 Kulturell kompetanse

Kulturell kompetanse kan beskrives som en evne til å yte tjenester som blir oppfattet som legitime for de problemene som kulturelt forskjellige personer opplever (Javo, 2010). Javo beskriver kulturell kompetanse slik: *«Evne til å samhandle effektivt med folk fra forskjellige kulturer. Å forstå betydningen av klientens kulturelle erfaringer og dernest tilpasse arbeidet slik at disse erfaringene blir en ressurs enn en hindring»* (Javo, 2010:155).

En av de mest siterte begrepsforklaringene av hva kulturell kompetanse omfatter, er en tredimensjonell modell som beskriver tre trekk ved kulturell kompetanse (Sue, 1998). Den første dimensjonen er forestillinger og holdninger som vektlegger en bevissthet rundt tema som verdier og antagelser. Den andre dimensjonen er kunnskap som innebærer en forståelse av pasientens verdensbilde. Den siste er terapeutens evne til å utvikle tilstrekkelige intervensjoner rettet mot pasienten. I dette ligger at terapeuten bør ha personlige egenskaper som fører til økt bevissthet rundt det og både ta sitt eget og pasientens perspektiv i betraktning

av relasjonsetableringen. Gjennom dette bør terapeuten forsøke å frigjøre seg fra en etnosentrisk forståelse av sin pasient, og tilpasse sin faglighet på en forsvarlig måte i dette møtet (Knappskog, 2010).

Saus og Boine (2008) er pedagoger som har vært opptatte med å integrere kulturell kompetanse i arbeidet med samiske familier i barnevernet, og har derfor benyttet seg av den kulturelle tredimensjonelle modellen til Sue (1998) i skolering av studenter som skal lære å være kultursensitive i møtet med familier.



Bildet illustrerer kulturell kompetanse modellen

Fagfolk har gjennom utdanningen ervervet seg en grunnleggende fagspesifikk kompetanse om arbeidet med mellommenneskelige relasjoner. Når terapeutene i tillegg er oppmerksom på det kulturelle, er det enklere å oppdage pasienters kontekstuelle og kulturelle tilknytning (Boine, 2010). Terapeutenes bevissthet og sensitivitet for det kulturelle og kulturtilhørighet er det første nivået i trekanten. Det forutsettes at terapeuten har kjennskap til lokale og kulturelle forhold, og lettere klarer å fange opp pasientenes kulturelle koder og normer (Boine, 2010). I praksis betyr dette at man for hvert første møte med ny pasient er beredt på at vedkommende kanskje har en annen kulturell tilhørighet.

Det andre nivået i trekanten er kognitiv kulturell forståelse. Den samiske kulturen er mangfoldig, og dette blir tydelig for terapeuter som utvikler kognitiv kulturell forståelse. Med en slik forståelse vil terapeuten klare å fange inn hvilke kulturelle faktorer pasienten har tilknytning til. Det kan være dialekten som forteller hvor pasienten kommer fra, tilhørighet til reindrift, kofte, tette slektsbånd og forhold til naturen. Noen samer har tilknytning til alt dette, mens enkelte ikke har – men likevel er samer. Den kulturelle forståelsen innebærer å se hvordan pasienten opplever sin kulturelle tilknytning, uavhengig av generelle samiske symboler (Boine, 2010). Terapeutene som har kjennskap til ulike deler av samisk kultur vil

klare å fange opp disse egenskapene ved pasienten, og vurdere hvor nyttig det vil være for videre oppfølging (Boine, 2010).

Handlings- og atferdsnivå er det tredje nivået i begrepet kulturell kompetanse. Den kulturelle tilknytningen til pasienten belyses gjennom refleksjon over kulturelle temaer og faktorene som har betydning for behandlingen. På dette nivået utformes de kontekstuelle og kulturorienterte behandlingstiltakene. Tiltakene kan være så enkle som samtaler på samisk, behandling ute i naturen og fleksibilitet hos terapeuten. Pasienten følger ikke viss tidsplan, men kommer når det passer. Når alle disse tre nivåene er fulgt opp, har terapeuten profesjonell kulturfaglig kompetanse. Terapeuten har ikke bare evne til å se betydningen av pasienten og hvordan den influerer på hjelpeprosessen, men blir også i stand til å sørge for hjelp som sammenfaller med pasientens kultur (Boine, 2010).

Saus og Boine (2008) påpeker at kulturell kompetanse er en nødvendighet i møte med samiske pasienter/familier for å kunne vurdere hva som er normalt og hva som er unormalt eller omsorgssvikt innenfor den kulturelle konteksten. De kulturelle forskjellene i barneoppdragelse og væremåte kan være såpass ulike, at faren for å vurdere omsorgssvikt når oppførselen eller handlingen er normal innenfor kulturen er tilstede. I liket med forskjellene i barneoppdragelse, kan forskjellene i forståelsen av psykisk helse mellom samer og ikke samer være kilde til mistolkninger og feilvurderinger.

3.3 Begrepstriologien – de tre blikkene

Jakob Meløe har utviklet en begrepstriologi. Begrepene er et verktøy for å kunne se de kontekstuelle rammer som virksomheter kan forstås i. Meløe har kalt begrepene det kyndige blikk, det ukyndige blikk og det døde blikk (Meløe, 1994). De handler om det å synliggjøre og posisjoner å se fra. Grunnleggende for denne begrepstriologien er at de problematiserer hvordan man ser noe på basis av de erfaringene man har. Har man erfaring fra en virksomhet, da ser man verden omkring denne virksomheten på en annen måte enn dersom man ikke har en slik erfaring (Saus, 2006). For eksempel vil reindriftsutøveren se vidda og reinflokkens oppførsel på en helt annen måte enn turgåeren som observerer flokken. En fisker om bord i en fiskebåt, ser båten og verden som er knyttet til fisket på en annen måte enn en som ikke har erfaring som fisker. Begge eksemplene har Meløe brukt for å illustrere blikkene (Meløe,

1994). Begrepene er tett knyttet opp til erfaringer med en verden for å forstå en verden. Observasjoner og fortolkninger atskilles ikke i forståelsesprosessen (Meløe, 1994). De tre blickene muliggjør å dele verden i hva man kan se, og hva man ikke kan se.

Det kyndige blick: Blikket til den som er medlem av et lokalsamfunn og derfor kjenner alt som er. Dette er posisjonen til innsideren.

Det ukyndige blick: blikket til den som ikke kjenner lokalsamfunnet som sitt. Denne posisjonen er den utenforståendes, men som er kjennetegnet ved at man stiller seg åpen og undrende til det som er ukjent.

Det døde blick: blikket til den som ikke kjenner lokalsamfunnet og som ikke er åpen for at det kan være noe man ikke ser. Denne posisjonen er kjennetegnet av at man ikke forstår, men også er helt uvitende om denne manglende forståelsen.

3.4 Oppsummering

Kompetanse er et kompleks egenskap i et menneskers liv og krever påbygging gjennom hele livet. Terapeutene utvikler seg gjennom arbeidet, og i samspill med pasientene gjennom hele sin yrkeskarriere. Påfyll av teori innhentes gjennom kurs, ny forskning, faglitteratur og diskusjoner med kolleger. Faglige ferdigheter utvikles gjennom praksis. Terapeutene finner ut hvilke metoder de mestrer best og perfektionerer denne til deres personlighet. Terapeuter som møter pasientene med respekt, forståelse og empati viser stor egnethet i sitt yrke. Og denne egenskapen ved personligheten sammen med forståelsen for teori og gode faglige ferdigheter skaper en god terapeut (Skau, 2005, Rosenvinge, 2004).

4.0 Metode

Metode og vitenskap henger nøye sammen og for å være vitenskapelig må en følge en metode. Metoden kan beskrives som et redskap som forteller oss hvordan en skal gå frem til ny viten (Dalland, 2002), og kan da sees på måten som kunnskap skal innhentes på. Det er to hovedretninger, kvalitative design som søker å gå i dybden, og kvantitativ design som har et større utvalg som vektlegger utbredelse, antall og uttrykker sine data i mengdetermer (Tjora, 2012).

I dette kapittelet presenteres forskningsdesign og valg av forskningsmetode. Her beskrives studiens gjennomføring, fra forforståelse, forskningstilgang, rekruttering og intervju, til databearbeiding og analyse av rådata. Betraktninger gjort i tilknytning til studiens reliabilitet, validitet og etikk presenteres i siste del.

4.1 Studiens forskningsdesign

Forskningsdesignet er et uttrykk for studiens ramme og gir en oversikt over studien. I forskningsdesignet inngår faglige beskrivelser av forskningsmetode, utvalg, hvor og hvordan studien skal utføres (Thagaard, 2009).

Studiens forskningsspørsmål søker å undersøke hva samiske terapeuter anser som viktig kompetanse i møte med pasienter som mener de lider psykisk grunnet ganning.

Forskningsspørsmålet legger føringer for studiens design. Flemming & Robb (2003) sier at mulighetene for å utvikle forståelse og ny kunnskap om et fenomen, er i stor grad basert seg på essensielle trekk ved forskningsspørsmålet selv.

Studien er inspirert av en fenomenologisk hermeneutisk forskningstradisjon. Fenomenologien kjennetegnes som en fordypning i menneskers livserfaringer (Thornquist, 2003). Fokus er rettet mot å skildre og gjøre rede for menneskers handlinger, ut fra en forståelse om at den enkelte skaper sitt eget liv (Thornquist, 2003). Lorem (2008) understreker at for å fremme kunnskap rundt essensielle menneskelige fenomen, må de særegne erfaringene alltid knyttes med det allmenne. Hermeneutikken vektlegger også erfaring, men da er erfaringene knyttet sammen med forståelsesutvikling, i søk etter erfaringens opprinnelige betydning.

Hermeneutikken søker å fortolke handlinger eller tekst ut fra en dypere meningssammenheng, ikke kun det som er innlysende. Det er ikke mulig å forstå og skape mening av menneskelige fenomener, uten å ta høyde for de sammenhenger som fenomenet/teksten befinner seg i

(Thornquist, 2003). I studien vil en hermeneutisk tilnærming til bearbeiding av forskningsdata forme grunnlaget for ny innsikt i helheten. Motsatt kan ny forståelse for helheten gi ny innsikt i intervjuetekstens ulike deler. Det er samspillet og dialogen mellom intervjuetekst og forskerens forforståelse som skaper denne muligheten for kunnskapsproduksjon. Indikatorer på kvalitet, validitet og reliabilitet i studien, vil da være avhengig av forskerens refleksive evne til å oppdage, tydeliggjøre og begrunne samtlige handlingstiltak underveis i studieprosessen.

4.2 Forskningsmetode

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet benytter studien en kvalitativ forskningsmetode. Den kvalitative metoden bygger på fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2011). Kvalitative design innebærer å undersøke prosesser og mening som ikke kan måles i kvantitet eller frekvens. Studiens forskningsspørsmål søker mot prosesser der forståelse, erfaring og samhandling mellom mennesker er betydningsfull kunnskap. Malterud (2011) viser til at kvalitativ forskningsmetode kjennetegnes av forskerens nærhet til forskningsfeltet og de menneskene som inngår i det. De kvalitative metoder søker forståelse av virkeligheten basert på hvordan de som studeres forstår den. De søker å forstå prosesser som tolkes i den konteksten den inngår i. Kvalitative data uttrykkes oftest i tekst (Kvale & Brinkmann, 2009). I en kvalitativ tilnærming har en færre informanter enn i en kvantitativ tilnærming og undersøker flere aspekter og sammenhenger. Kvalitative studier retter en oppmerksomhet mot *«de kulturelle, dagligdagse, og situerte aspektene ved menneskelig tenkning, læring, viten handling og vår måte å forstå oss selv som personer på»* (Kvale & Brinkmann, 2009: 31).

En kvalitativ metode er den som best vil svare på studiens problemstilling da den egner seg når en skal få tak i en dypere forståelse på et fenomen (Malterud, 2011). For å få tak i informantenes erfaring og forståelse om temaet ble det valgt å benytte seg av kvalitative halvstrukturerte intervju.

4.3 Kvalitativt forskningsintervju

Kvalitativt forskningsintervju ble valgt for å få tilgang til hvilke tanker og meninger samiske terapeuter har om samisk tradisjonell sykdomsforståelse og hvordan møte dette i en behandlingssetting. På denne måten ville kunnskap om kompetansen samiske terapeuter har

bli tydelig. Det kvalitative intervjuet er en samtale mellom intervjuer og informant (Fog, 2009). Målet med intervju er å skape en situasjon for en relativt fri samtale som handler om noen spesifikke temaer som forskeren har bestemt på forhånd (Tjora, 2012). Et intervju er en levende prosess, som kan beskrives som en samtale med en viss struktur og hensikt (Fog 2004). Forskningsintervjuet er ikke en konversasjon mellom to likeverdige deltakere, ettersom det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er likevel viktig at intervjueren klarer å skape en god og avslappet stemning under samtalen, slik at informanten får ro til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til det temaet intervjueren forsker på (Tjora, 2012). Kunnskapen som kommer ut av intervjuet, vil være avhengig av den relasjonen som skapes mellom intervjuer og informant (Fog, 2004).

I et intervju er intervjueren sitt eget instrument, men må samtidig være genuint interessert i den andres liv, og derfor ha fokus på intervjupersonen. Målet er å avdekke informantens forståelse og kunnskaper om spesifikk tema (Fog, 2004).

Fokusgruppe eller gruppeintervju kunne vært et annet alternativ til valg av metode. Denne intervjuformen hadde vært velegnet for undersøkelser der intensjonen er å lete etter ny kunnskap i et felt. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at metodens styrke er at flere deltakere kan frembringe en diskusjon med større intuitiv ordveksling, der ekspressive og emosjonelle synspunkt hadde kommet tydeligere frem. Det uheldige ved gruppeintervju er at enkelte temaer kan dominere hele intervjuet, og forskeren må ha stor overblikk over hele samtalen for å ikke miste tråden. På bakgrunn av manglende forskererfaring og intervjuerfaring ble det gjort en vurdering om at dybdeintervju er den mest egnede metoden for datainnhenting i dette tilfellet.

4.4 Tilgang til feltet og informanter

For å rekruttere informanter til denne studien ble strategisk utvalg valgt (Thagaard 2009). Det vil si at informanter som ble valgt representerte et praksisfelt som var relevant i forhold til studiens problemstilling. Det ble derfor rekruttert samiske terapeuter som jobbet i en psykisk helse kontekst. Dette ble gjort ved å velge ut 10 offentlige etater, både kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste som lå geografisk til i nærheten av forskerens egen kommune, som

kunne nås via bil, et såkalt tilgjengelighetsutvalg. Snøballmetoden ble ikke valgt, fordi metoden består av å foreslå andre personer, som kan føre til at utvalget av personer blir innenfor samme miljø (Thagaard 2009). Kontakten til praksisfeltene ble opprettet via e-post. Det ble sendt informasjonsskriv om forskeren og studien (vedlegg nr.1) og en samtykkeerklæring om å delta i undersøkelsen med tillatelse til fremtidig bruk av materialet (vedlegg nr. 2)

Det var totalt 5 terapeuter som var interesserte og samtykket til å delta som informanter. De arbeidet på 5 forskjellige etater. Informantene hadde alle bachelorgrad, og flere års erfaring i samisk psykisk helse. Det ble derfor bestemt at alle fem skulle beholdes og ikke ta noe strategisk utvalg av dem. Informanter med bachelorgrad i helsefag og erfaringer i psykisk helse ble valgt da de mest sannsynlig ville reflektere over den samiske kunnskapsforståelsen for psykisk helse opp mot helsefagets kunnskapsforståelse. Samisk psykisk helse er veldig liten og på bakgrunn av personvern vil det ikke bli sagt noe om kjønn eller utdannelse, eller om vedkommende jobber i kommunal eller spesialisthelsetjenesten. For denne studien var det viktigste at informantene hadde erfaring i samisk psykisk helse.

4.5 Utførelse av intervju

I utgangspunktet ble det tenkt at 4 informanter var tilstrekkelig for å samle inn relevant data om studiens tema. Etter at forespørsel om deltagelse ble sendt til flere samiske/tospråklige kommuner og spesialisthelsetjenesten, fikk studien fort 5 informanter, og det ble valgt å intervju dem alle. 2 av informantene ble intervjuet på deres arbeidsplass, 3 ble intervjuet i sine hjem. Å intervju i private hjem medførte at det ble brukt mye tid til hverdagsprat, men likevel opplevdes de intervjuene mere matnyttige, naturlige og roen for refleksjoner var mere tilstede. Det var vanskelig å skape en god atmosfære på informantens arbeidsplass, da man følte på stresset hele tiden. Tjora (2012) påpeker viktigheten av å la informantene velge sted hvor intervjuet skal foregå, slik at de kan føle seg trygge og avslappet mens de reflekterer over egen fagpraksis. Alle informanter fikk velge sted for intervjuet selv.

Intervjuene ble tatt opp på digital båndspiller, og de fleste intervjuene varte 1 time.

Intervjuguiden ble laget med åpne spørsmål, og rettet mot informantenes egne fortellinger, og deres tolkning og forståelse av hva som var viktig kompetanse i møte med pasienter som

hadde opplevd ganning, I intervjuene ble det stilt spørsmål innenfor disse fokusområdene: selve pasientmøtet, hvordan det opplevdes å samtale om ganning, hvilke råd terapeuten kunne gi, hva som opplevdes som viktig kunnskap og kompetanse i dette møtet og hvordan fagfeltet møter alternativ sykdomsforståelse. Intervjuene var mer som en samtale, hvor vi kom inn på disse temaene, og kunne på den måten bidra til en rikere og fyldigere beskrivelser fra informantenes opplevelser.

4.6 Transkribering

Intervjuene ble transkribert ordrett samme dag. I denne prosessen ble alle småord som ja, ha, hm, jaha og liknende inkludert. Det ble også markert latter og smil, samt pauser. Lydbåndene ble hørt på flere ganger. Historiene ble bearbeidet med at småord ble tatt bort, forskerens egen stemme ble tatt bort og teksten ble oversatt fra samisk til norsk bokmål. Å oversette teksten til norsk var til stor hjelp i anonymiseringsprosessen. Avstanden til informantene ble større, og forholdet til rådata ble enklere. Informantene fikk tilbud om å lese gjennom råmaterialet, men ingen hadde ønske eller behov for dette. Det finnes flere måter å foreta en transkribering, og Tjora (2010) fremhever at man bør skrive dialogen som den er, og få med detaljer som blant annet at en person leter etter ord. Malterud (2011) mener på den andre siden at dette kan gi leseren et annet bilde av samtalen enn slik den var, noe som utgjør en risiko for latterliggjøring av intervjupersonen (når man oversetter ordrett fra muntlig til skriftlig). Det ble valgt å oversette direkte fra muntlig samisk til skriftlig bokmål, samt bruke flere punktum etter hverandre der det var tenkepauser, og støtteord som ”hmmmm.....” og ”øøøøø.....” ble tatt bort. Dette ga teksten bedre flyt og Malteruds regel om transkripsjon ble fulgt: *”Teksten skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet, særlig slik informantenes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under feltarbeidet”* (s.76,2011). Å transkribere selv, er ifølge Malterud (2011) da en fordel siden man lettere kan oppklare uklarheter og usammenhengende tale. En svakhet er at man kun er en person til å transkribere, og faren er at man ikke får med seg alt. Denne svakheten kan reduseres hvis man bruker en båndopptaker der man kan høre intervjuene flere ganger (Kvale og Brinkmann, 2009). Under studiens intervjuer ble en god og lettanvendelig båndopptaker brukt. Spoling frem og tilbake i intervjuene var lett og gav muligheten til å høre på intervjuene og enkelte uttalelser flere ganger når lyden eller setningsoppbyggingen var noe uklart.

I etterkant av transkripsjonen ble intervjuene hørt på igjen med selve transkripsjonen/teksten foran. Dette for å se om alt var tatt med. En annen fordel med å transkribere selv, er at man ved å sette seg grundig inn i materiale lettere kan se intervjuenes sterke og svake sider. Informantene fikk pseudonymer som ble beholdt gjennom hele oppgaven, for å ivareta deres personvern (Malterud, 2011).

4.7 Forskningsetiske overveielser

I samsvar med forskningens krav om personvern, ble prosjektplan meldt inn og behandlet i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD) (vedlegg 4). I planen ble det synliggjort hvordan personopplysninger blir oppbevart under arbeidet og etter at prosjektet er avsluttet. I intervjuundersøkelse må etiske problemstillinger tas opp til vurdering på alle nivåer i prosjektet; fra valg av tema til selve gjennomføringen av undersøkelsen, og til den endelige presentasjon av funn foreligger (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er fire områder man skal ta hensyn til i intervjuundersøkelser, og det er at informantene frivillig deltar og skriver under informert samtykke, at alle informanter sikres konfidensialitet, de skal ha rett til å beskytte sin fysiske og mentale integritet, og deltakernes risiko skal vurderes opp mot den verdien av kunnskap som forskningen vil gi. Dette tilsier at det er forskeren som har et spesielt ansvar for å gi informasjon om prosjektet, slik at de er fullt informert om hva de har sagt ja til (Tjora, 2012). Tilliten som informantene har vist studien er forsøkt å ivareta på best mulig måte. Kvalitative data handler om menneskenes livserfaringer og tanker, og skriftliggjøring av data kan få en sensitiv og personlig karakter. Gjennom analysearbeidet har forskeren dermed kjent på et etisk ansvar spesielt overfor informantene og den samiske kulturen generelt.

4.8 Metodiske overveielser

Det er strenge krav i vitenskapen til metoders troverdighet (validitet), og resultatenes bekreftbarhet (reliabilitet), samt generaliserbarhet (Tjora, 2012). I følge Kvale dreier validitet seg «om metoden faktisk kan brukes til å undersøke det den sier den skal undersøke» (Kvale & Brinkmann 2009:326). Om forskningen faktisk gir svaret på spørsmålet man forsøker å stille (Tjora, 2012).

I en kvalitativ studie søker man ikke én sannhet eller tolkning, men tvert imot et mangfold av tolkninger. Studiens analyse forsøker å vise en kompleks forståelse av funnene, ved å vise til flere forståelsesrammer av temaene. Funnene i studien er subjektive tolkninger og ikke ny viten. Metodene som er valgt har vært avgjørende for i hvilken grad forskeren har ønsket at funnene skulle reflektere de temaene studiens forskningsspørsmål har søkt å vite noe om. I tillegg har forskeren tydelig uttrykt eget perspektiv på prosjektet, og hatt et kritisk syn på egne fortolkninger, samt foretatt en kritisk evaluering av prosjektet (Kvale & Brinkmann 2009).

4.8.1 Å forske i eget felt

I denne studien blir forskerens egen kultur studert og forsket på. Wadel (1991) hevder at når en forsker i egen kultur, er det en stor utfordring å få innsikt i de deler av kulturen som både deltakere og forskeren tar for gitt. Det er viktig å diskutere og reflektere over nettopp dette. Informantene vil være fra samisk fagmiljø, og dermed har forskeren vendt et undersøkende blikk mot sin egen kultur, både den samiske kulturen og samisk psykisk helse kultur. Innenfra- og utenfraperspektiv innen forskning synes å være et uløselig dilemma, da den som er innenfor kan tape den analytiske distansen, mens den som kommer utenfra kan få problemer med å forstå hva som foregår innenfor forskningsfeltet (Paulgaard, 1997). Det har vært, og er fortsatt, diskusjoner om det er mulig for en forsker å innta en utenfraposisjon når en selv har en innenfraposisjon. Det er blant annet hevdet at en innenfraperson kan stå i fare for å være blind for det opplagte, men her har forskeren valgt å støtte seg til Paulgaard (1997, s. 90) som sier at en slik blindhet ikke nødvendigvis er uheldelig. Det kan tenkes at intervjuene med likesinnede vil gi forskeren mere klarhet i det som har vært diffust i forståelse av sykdomsforståelse i den samiske kulturen i Finnmark. Wadel (1991) påpeker at selv i ens egen kultur finnes det muligheter for å utdype seg i virkeligheter som ikke helt er ens egne.

4.8.2 Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

Når det gjelder hvilken grad av tillit som kan festes til et forskningsstudie, og dets kvalitet er det snakk om troverdighet (validitet) og bekreftbarhet (reliabilitet). I stedet for å snakke om et funn eller tolkning er sann eller ikke, ser man på hvor troverdige forskningsresultater kan være. Troverdighet handler om hvilken relevans innsamlede data har for problemstillingen og hva som er blitt målt. Med andre ord, troverdighet er studiens gyldighet (Malterud, 2011). Når et forskningsstudie skal utføres er det viktig å vite hva som skal undersøkes. For det første må det sørges for at spørsmålene i intervjuguiden samsvarer med problemstillingen. For det andre må det benyttes begreper der innholdet er kjent for både intervjuer og informanten. Validitet er et begrep som brukes om forskningens kvalitet og sier noe om i hvilken grad forskningen evner å måle det den sier at den skal, og i hvilken grad den er overbevisende i sin gjengivelse av verden (Malterud, 2011).

Bekreftbarhet dreier seg om resultatenes pålitelighet og troverdighet. For å kunne si om studiens funn vil ha troverdighet, ble det også valgt å sjekke studiets gyldighet mot tidligere relevante studier, forskning og faglitteratur. Det ble underveis i studien lest teori, om prosjektets tema og metode, samt sammenliknet studiens funn opp mot hva andre forskere har funnet om temaet. For å vurdere kvaliteten på en studie kreves det at data og tolkning oppfattes som sann (Malterud, 2011). Bekreftbarheten henviser dermed til hvor pålitelige resultatene er, på bakgrunn av hvordan de ble hentet inn, benyttet og bearbeidet. Studiens resultater trenger ikke nødvendigvis å representere hele gruppen. Det er her en fordel dersom det er flere uavhengige forskere som kommer frem til samme tendenser innen et felt. Men her har man prøvd å sikre bekreftbarheten ved at opptakene ble skrevet ordrett av intervjueren. Spørsmålene ble også stilt som åpne spørsmål for å unngå å påvirke svarene i noen bestemt retning.

Overførbarhet omhandler at resultater fra studier kan overføres til andre sammenhenger. Generalisering er en del av det å vurdere gyldigheten og handler om overførbarhet av resultater fra en undersøkelse til andre personer, situasjoner, tider og kontekster enn akkurat de som har blitt studert (Malterud, 2011). I kvalitativ forskning vil det ikke være mulig å generalisere og måle resultater nøyaktig og reteste på samme mekaniske måte som i kvantitativ metode. I en kvalitativ studie som blir vurdert som gyldig og pålitelig vil det være viktigere å spørre seg om resultatene av studien kan være nyttig for andre (Kvale & Brinkmann, 2009). Det vil være opp til den som mottar resultatene fra denne studien å avgjøre

om mine funn også kan være anvendbare for andre. Studien har ikke som utgangspunkt at det finnes en fastlagt og avgrenset kompetanse for hvordan møte samiske pasienter som opplever gand. Resultatene kan likevel vise elementer av det som oppleves som viktig kompetanse i møte med kultursensitive temaer som gand i terapien.

4.9 Analyse av data

Analysen har til mål å bygge bro mellom råmaterialet og resultatene. Man må organisere materialet man har, fortolke det, for således sammenfatte det i en veldokumentert tekst (Malterud, 2011). Malteruds systematiske tekstkondensering ble valgt som metode for analyse av materialet. Malterud bygger på en metode utviklet med røtter i fenomenologien, inspirert av Giorgi (Malterud, 2011) Metoden har gitt en logisk og systematisk måte å håndtere teksten på.

Det første trinnet i systematisk tekstkondensering var å lese intervjueteksten åpen og minst mulig farget av forforståelse og teori. Målet var å finne noen midlertidige overordnede temaer. I en avveining om hvor godt disse var egnet for å belyse forskerspørsmålet vil de oftest reduseres. Malterud foreslår at man ender opp med 3-6 temaer. Hvis temaene ligger nært opp til intervjuguiden, kan det bety at man fortsatt er låst av sin egen forforståelse. Analysens første temaene var samisk kulturkompetanse, samisk kommunikasjonsform, anerkjennelse av samisk kunnskapstradisjon og spiritualitet i behandlingen.

Det andre trinnet bestod i å identifisere meningsbærende enheter i teksten. Tekst som ikke lot seg sortere inn under de valgte temaene eller hadde noe annen verdi ble forkastet. De meningsbærende enhetene skulle kodes. Malterud (2011) betegner kodingen som en systematisk dekontekstualisering. Kodene i studien var for eksempel morsmål, kompetente terapeuter, kulturelt tilpasset behandling og skjult kunnskap. Alle meningsbærende enheter fikk hver sin farge og plassert i tabell og kodet. Kodene var fortsatt bare et middel og organiseringsprinsipp, ikke resultat eller mål.

Det tredje trinnet i prosessen handlet om å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Her tar man utgangspunkt i hver kodegruppe og sorterer ut subgrupper som da gjelder som analyseenhet. For eksempel omhandlet svært mange utsagn fra mine informanter om samisk

språk, hvorav noen tok det opp som relasjonsskapende middel og andre igjen språkets mange muligheter for bevare mestringsfølelse. Disse nyansene ble sortert i hver sin subgruppe. Subgruppene ble tillit, samisk kommunikasjonsform, det kyndige blikk, det døde blikk, spiritualitet i behandlingen, legitim kulturell behandling, samisk stigma og to kunnskapstradisjoner. Deretter startet abstraheringsprosessen gjennom å lage kondensater av tekst i subgruppene. Dette vil si kunstige sitater hvor setninger fra flere informanter trekkes med, slik at det fremstår som en uttalelse. Kondensatene forenklet sorteringsprosessen, og mye av teksten ble sortert på nytt i denne prosessen. Under hele sorteringsprosessen holdes forskningsspørsmålet i minnet for å prøve å forstå hva de forskjellige meningsenhetene forteller om studiens tema. Kondensatet var et arbeidsnotat som skulle brukes som utgangspunkt for resultatpresentasjon i analyseprosessens fjerde og siste trinn. For å sammenfatte kondensatene, velger man ut «gullsitat» som illustrerer budskapet i teksten.

Det fjerde og siste analysetrinnet bestod i å formulere en analytisk tekst for hver kodegruppe på bakgrunn av kondensatene, og gi teksten en overskrift. De analytiske tekstene representerte resultatene. Subgruppene fikk gjennom en analytisk tekst hver sitt avsnitt i teksten. Funnene valideres ved at man går tilbake til original tekst og vurderer funnene ut fra den sammenhengen de opprinnelig inngikk i. Hver informant hadde tidlig i fasen fått egen fargekode, slik at det skulle være lett å gå tilbake til originalteksten for å sjekke sammenhengen for ulike utsagn.

Malterud (2011) sier at det er i rekontekstualisering at en får muligheten til å kvalitetssikre at det en har funnet ut ved å dele tekstens helhet opp i meningsenheter, fortsatt stemmer overens med tekstens oppriktige sammenheng. Det viktigste tiltaket forskeren kan gjøre for å sikre validitet i dataarbeidet, er derfor å arbeide nøye med tekstens tolkningsarbeid (Malterud, 2011).

5.0 Funn

Kapittelet inneholder en beskrivelse av de funn som kom frem ved bearbeiding av intervjudata. Informantenes sitat er organisert ut fra sammenfallende egenskaper og presenteres gjennom ulike kategorier. Sitatene er tydeliggjort på en måte som søker å fremheve den meningssammenheng de utgår fra.

Følgende kategorier ble synliggjort i analysen:

1. Eatnigiella – gollegiella. Morsmålet er hjertespråket.
2. Kompetente terapeuter – anerkjenne den samiske forståelsesmodellen
3. Kulturelt tilpasset behandling
4. Den skjulte kunnskapen – hvor er åpenheten i samisk psykisk helse.

5.1 Eatnigiella – gollegiella. Morsmålet er hjertespråket.

Det første som utmerket seg i samtalen med informantene om den viktigste kompetansen i møte med samiske pasienter som hadde opplevd ganning var språket og kunnskapen om hvordan kommunisere om denne ondskapen. Alle informantene opplevde språket som inngangsbilletten til å samtale om ganning og overnaturlige fenomener i terapien. Gjennom språket kom også kravet om kunnskap om den samiske kommunikasjonsformen. De utvalgte sitatene fremhever både språkets tillitsskapende egenskaper, og forståelsen for samenes kommunikasjonsform og hvordan dette spiller inn på pasientrelasjonen.

5.1.1 Språk både som forutsetning og fortjeneste

Informantene beskriver hvordan språket alene var inngangsbilletten til relasjonen og samtalen. Gjennom et felles språk fikk de også automatisk pasientens tillitt, men at denne tilliten også var en slags fortjeneste. I følge informantene skapte språket en forventning hos pasientene om at de skulle bli møtt med den samiske kulturforståelsen, på en respektfull måte og at dette ikke skulle bli misbrukt på noen vis.

«Pasienten kunne jo norsk godt, men opplevde at det å snakke om sine innerste tanker og følelser ble for fremmed på norsk. Da var de plutselig ikke hennes følelser. Pasienten fortalte

at hun hadde prøvd å snakke om ganning og denne ondskapen på norsk, men ordene ble preget av skam og det hele ble latterlig og teit. Jeg fikk pasientens tillit gjennom det samiske språket, men den krevde samtidig at jeg gjorde meg fortjent til den tilliten». Informant A

Dette sitatet viser hvordan pasienten gjennom felles språk gir tilliten spontant til terapeuten, men i samme øyeblikk forventer at hun skal bli møtt med respekt og forståelse for sin kulturelle forståelse, uten å være redd for feiltolkninger.

Det samme budskapet ble formidlet av en andre informanter. Informantene viser hvordan det samiske språket skaper en forventning til terapeutens forforståelse og kunnskaper om ganning:

«Samisk språk og samisk bakgrunn medfører til at man er mere godkjent, og blir mindre gransket og mistenkeliggjort. Men det forventes jo også da at vi behandlere møter slike sensitive temaer som ganning med respekt og forståelse. Å bli latterliggjort av samer, er mye vondere og skamfullt». (Informant E)

«Samisk språk er et must i terapien. Språket alene forteller at man at man har kulturforståelse og kulturkompetanse, og dette igjen gjør at pasientene våger å snakke om ganning uten å være redd for terapeutens feiltolkning». (Informant E)

Informantene beskriver språket som en grunnleggende forutsetning for en vellykket pasient behandler relasjon. De sier at tillit er noe som vanligvis må bygges opp mellom pasient og behandler, og at denne tilliten er en fortjeneste som behandleren må gjøre seg fortjent til. Dette gjelder i alle pasientbehandler relasjoner, men sammen med samiske pasienter opplever informantene at denne tilliten blir gitt «gratis» på bakgrunn av felles språk. Et felles språk som har skapt en forventning om hvordan man blir møtt – uansett tema. Informantene erfarer at pasientene er oppmerksom på at terapeuten er et opplevende, følende og tenkende samtalepartner. Da dette vil gjøre det mulig for pasientene å hengi seg til de følelser som han eller hun merker også vekker en emosjonell respons i terapeuten, noe som skjer når samtalene er kulturelle og kjente for samiske terapeuter. Informantene sier videre at språket alene viser at de behersker og forstår kulturen, og dermed ikke vil vurdere feil. Samisktalende terapeuter har også den fordelen at pasientene automatisk vil føle at de klarer å snakke om sensitive temaer uten å føle skam eller fremmed til egne følelser. Morsmålet er hjertespråket og alt som berører hjertet kommer lettere ut med morsmålet.

«Bare språket alene gjør at relasjonen og tilliten får grunnmur, og i helse er vi så avhengige av den gode relasjonen til brukere» (Informant D)

5.1.2 Samtalens skjulte mening – samisk kommunikasjonsform

Alle informantene påpekte den samiske kommunikasjonsformen som indirekte og forsiktig. Bruk av symboler, metaforer og ordtak brukes for å ufarliggjøre sensitive temaer, samt å unngå å påta seg en offerrolle. Unngår man de direkte forklarende ordene, beholder pasientene verdigheten og slipper å tape ansikt. Informantene opplever at den samiske verdien om å klare seg selv fortsatt står sterkt i samisk samfunn, og at det var viktig for terapeuten å ikke rasere pasientens verden ved å være direkte og forklarende.

«Jeg lærte tidlig at jeg ikke skal være for direkte, da dette oppleves som frekt. Jeg må være indirekte i samtaleformen, samtale rundt grøten. Bruke metaforer for å ufarliggjøre det som er vanskelig. Bruk av metaforer, ordtak og sitater er det som trengs for å få pasientene i gang med samtalene». (Informant E)

En annen informant formidlet samme budskap:

«Mange av pasientene bruker metaforer for å ufarliggjøre denne ondskaperen eller temaet. Metaforene hjelper pasientene til å holde på verdigheten, de tar ikke på denne offerrollen. De forblir sterke og taper ikke ansikt». (Informant B)

Informantene påpekte at den samiske samtaleformen var styrkende i behandlingsrelasjonen og at det var viktig at terapeutene kunne denne. Hvis terapeutene var forklarende, ville dette oppleves som krenkende og nedlatende, eller hvis terapeutene var for direkte ville dette oppfattes som frekt. Å ha de samme samtalekodene erfarte informantene som viktig egenskap i behandlingen. Har man ikke kjennskap til samtalekodene kan man risikere å fremstå som frekk, uvitende og i verste fall ødelegge relasjonen til pasienten. Denne forsiktige og indirekte måten å samtale på er viktig å ha kjennskap til, og en av informantene forklarte det slik:

«Samer snakker litt annerledes om sykdom og helse, som terapeut må jeg vite hvordan samtale om ganning uten å krenke. I det norske helsevesenet skal vi være direkte og forklarende, passe på at pasienten har forstått og fått riktig informasjon. Sånn kan vi ikke alltid møte samiske pasienter, som har behov for å samtale slik de alltid har gjort. Forsiktig eller snakke rundt grøten». (Informant A)

Informantene påpekte at kommunikasjonsformen og verdiene skiller seg ut fra den vanlige normen i det norske helsevesenet, hvor den som skal yte helsehjelp både er forpliktet og opplært til å ta direkte kontakt for å tilby bistand og spørre om det er behov for hjelp.

Informantene påpekte at verdighet og høflighet tydeliggjøres gjennom direkte kommunikasjon og kontakt med norske pasienter, mens i det samiske samfunnet forventes indirekte kommunikasjon da dette oppfattes som høflig og verdig atferd.

En annen kommunikasjonsregel som informantene påpekte var bruk av metaforer i behandlingen. At pasienter bruker metaforer og andre uttrykk for ordene ondskap og ganning opplevde informantene som en slags beskyttelse mot latterliggjøring fra terapeutens side. Pasientene ønsket ikke å si direkte at de trodde på denne type ondskap, dette ble formidlet forsiktig og indirekte. Informantene opplevde at pasientene «følte» seg frem også hos samiske terapeuter, testet ut om terapeuten kanskje trodde på «de der», uten å aldri bruke ordene. Hvis pasientene opplevde at terapeuten hadde et åpent syn om «de der» (neavrriid/gand), først da kunne de snakke åpent om det.

En av informantene forklarte dette slik:

«Ingen av pasientene sier direkte at de tror på disse maktene og at det kanskje er grunnen til lidelsene og uhellene. Det er faktisk flaut og være en «troende» i møte med helsevesenet som har andre forklaringer på lidelsene. Pasientene tester meg ut, spør om jeg tror på «de der» uten å bruke ordene «neavrriid»/ondskap. Når de hører at jeg heller ikke kan avvise en slik forklaring, blir de straks mere tøffere i ordbruken. Da brukes benevnelsene «neavrrid» og «bijahallat» direkte, og samtalene flyter som med hvilken som helst pasient». Informant A

Dette forteller at samtalene om redselen for onde makter og ganning blir mindre skremmende og vanskelig når terapeutene anerkjenner denne forståelsen. Den indirekte formen brukes bare i begynnelsen og i relasjonsoppbyggingen. Straks tillitten mellom terapeut og pasient er tilstede blir samtalen direkte og forståelig. Likevel påpeker informantene at samisk kommunikasjonsform er noe annerledes enn den norske. De har en formening om at den samiske virkelighetsverden fortsatt er skjult i det norske samfunnet. Den samiske ordløse og indirekte kommunikasjonsformen har sannsynligvis bidratt til at samiske verdier og virkelighetsforståelser innenfor dette området har blitt værende ukjente i det norske samfunnet.

5.2 Kompetente terapeuter – anerkjenne den samiske forståelsesmodellen

Å forstå og anerkjenne den samiske sykdomsforståelsen la informantene mye vekt på. I dette avsnittet viser informantene hvordan kunnskapen om samisk psykisk helse spiller en viktig rolle i behandlingen av samiske pasienter, og hvordan helsevesenets manglende kompetanse om samisk psykisk helse skaper større taushet rundt tema.

5.2.1 Det kyndige blikk – å forstå den samiske sykdomsforståelsen

Informantene opplevde denne «innsider» rollen, og det å ha det kyndige blikk som et viktig egenskap i møte med samiske pasienter. Det å være medlem i den samme kulturen, ha de felles erfaringene og felles forståelse, gav en fortrolighet som fortalte pasientene at terapeutene så alt som var å se, uten at de trengte å begrepsliggjøre eller forklare alt. Informantene påpekte hvor styrkende deres samiske bakgrunn var i møte med samisk psykisk helsevern, de hadde alle kjennskap til hva ganning var før pasienten snakket om det. Alle hadde under oppveksten hørt om det og fått kjennskap til hvordan ganning kan forekomme og hvordan få dette bort.

En av informantene forklarte denne forståelsen slik:

«Kunnskap og forståelse om denne redselen for ganning, det må jeg ha som terapeut. For dette er gravalvorlig i samisk miljø. Det er noe av det verste som kan skje. Alvorligheten i dette fikk jeg lære å kjenne allerede i oppveksten min, og det mener jeg er viktig kompetanse i møte med samiske pasienter, jeg forstår denne frykten». (Informant A).

Informanten opplevde at hun kunne forstå pasientens redsel for ganning, og dermed kunne sette seg inn i situasjonen og gi støtte og hjelp. Dette hadde hun kjennskap til fra egen oppvekst, og denne frykten var dermed ikke fremmed for henne. Dette forteller at terapeuten var familiær med kulturen som pasienten også var medlem av, og klarte dermed å forstå alvoret pasienten opplevde. Terapeutens kyndige blikk og forforståelse for ganning medførte til en respektfull, empatisk, varmt og ekte terapisetting.

En annen informant formidlet samme budskap, og viste tydelig at det å anerkjenne den samiske forståelse var viktig:

«Jeg avfeide ikke pasientens teori om at han var blitt gannet, men jeg bekreftet det heller ikke. Jeg er selv vokst opp med denne forståelsen, så jeg vet ikke. Jeg kan ikke si med 100 % sikkerhet at ganning ikke eksisterer eller fungerer». (Informant C)

Informanten viser usikkerhet i forhold til den samiske sykdomsforståelsen, men klarer likevel å anerkjenne den samiske tankemåten, da dette er kjent for henne. Selv om ikke informanten bekreftet overfor pasienten at det nok har skjedd en ganning, så avkreftet hun det heller ikke. På denne måten vil pasienten føle seg respektert og forstått, og ha rom til å snakke om redselen for gand.

En annen informant påpekte at generelle terapeutiske retningslinjer gjelder også i møte med spirituelle temaer som ganning og ondskap, men at den kulturelle forståelsen var viktig å ha med seg.

«Alle har behov for å sette ord på det vanskelige i livet, og ganning er vanskelig og skremmende. Jeg var aldri usikker på hvordan jeg skulle ivareta pasienten som var redd for denne ondskapen, utdanningen har jo lært oss hvordan, men jeg er glad jeg hadde den kulturelle forståelsen» (Informant D)

Det kyndige blikk kommer til syne, der terapeuten, en same som er innenfor, forstår det hun ser og vet at hun forstår. Informantenes forforståelse for ganning og dens alvor har medført til at de har klart å anerkjenne pasientenes tanker om at lidelsen og uhellene de sliter med er påført til dem via andre. Denne forståelsen for psykisk lidelse er hinsides all kunnskap som læres på grunnutdanningen. Denne dobbelkompetansen har kommet terapeutene til gode, de har klart å opptre på en empatisk og respektfull måte overfor pasienter som har samtalt om overnaturlige fenomener på en alvorlig måte uten å være psykotiske. Pasientene blir ivaretatt på en god måte, og alliansen og tilliten til helsevesenet bedres.

«Vet ikke om det var så mye hjelp jeg kunne gi, men jeg tror at det å kunne prate åpent om ganning, healing og helbredelse var en god start». (Informant D)

Informantene understreket kulturkompetansen som en av de viktigste momentene i møtene med samiske pasienter. Det siste sitatet viser hvordan informanten ikke bevisst tenker på kulturforståelse, eller det å ha en anerkjennende holdning til ganning i møte med pasienten. Men har likevel klart å opptre kulturelt anerkjennende ved å la pasienten samtale om sensitive temaer og tenkt at det kanskje er en god start.

5.2.2 Det døde blikk – helsevesenets manglende kulturkompetanse

Alle informantene påpekte viktigheten av kulturkompetanse i møtet med samiske spørsmål i terapien. De hadde likevel flere eksempler fra feltet hvor pasienter ikke ble møtt med forståelse og respekt av det norske helsevesenet. Det døde blikk er blikket til utenforstående som ikke ser alt som er å se, og i tillegg er helt uten mistanke om at han/hun ikke ser alt. Det ble veldig tydelig i analysen at informantene var preget over helsevesenets manglende forståelse og anerkjennende holdning til samisk sykdomsforståelse.

«Skolemedisinen anerkjenner jo ikke alternativ tenkning, da det ikke kan bevises vitenskapelig. Healing er jo bare overtro, og da skal ikke helsepersonell motivere syke pasienter til å oppsøke, dette kan gå utover tilfriskningen» (Informant A)

Informanten hadde en opplevelse av at skolemedisinen, det helsepersonell er opplært til å bruke i møte med alle pasienter, møter pasientene med det døde blikk. Å møte kulturelle temaer, som krever sensitivitet og forståelse skal behandles og forstås gjennom den vestlige medisinen, som ikke anerkjenner andre behandlingsmetoder. Opplevelsen av at metodene man er lært til å bruke ikke anerkjenner, men heller latterliggjør ens tidligere forståelse av sykdom og helbredelse er vond. Terapeutene kan oppleve å bli dratt mellom to verdener og to forståelser. Lojaliteten til det man har lært på utdanningen kan man ikke overse, men man kan likevel ikke sette bort den kulturelle forståelsen. En informant forklarte dette slik:

«Jeg tenker det slik, selv om man har vestlig medisinførståelse/skolemedisinen, så må vi ikke tro at vår eller den kompetansen er den beste og eneste som hjelper. Man må ta hensyn til den kulturelle delen, og på den måten tror jeg at vi når pasientene bedre, klarer å gi dem bedre pleie og hjelp». (Informant E)

Informantene viste en forståelse om hvor vanskelig det kan være å sette seg inn i den samiske tradisjonelle sykdomsforståelsen for alle som er utenfor kulturen. Likevel ønsker de større åpenhet rundt dette, og en mere kultursensitiv helsevesen. Samiske helsepersonell kan oppleve at den samiske måten ikke er anerkjent, og dette kan medføre til mye usikkerhet vedrørende ens egen kulturelle kompetansens verdi.

«Jeg vet jo at vi ikke kan lære våre norske kolleger til å tro på den samiske sykdomsforståelsen, men kanskje hjelpe til med en holdningsendring. Være litt mer kultursensitiv og anerkjennende på kulturelle forståelsesmodeller» (Informant A)

Informantene hadde også tanker og historier hvordan samiske pasienter ble møtt av den norske hjelperen som ikke forstod den samiske kulturens sykdomsforståelse. En av informantene forklarte det slik:

«Å prate åpent om ganning til norske terapeuter kan føre til latterliggjøring og i verste fall føre til feildiagnose» (Informant B)

Dette viser at informanten er redd for at samiske pasienter kan oppleve møtet med norsk helsevesen som utilfredsstillende og lite hjelpsomt. Redselen for feildiagnose på bakgrunn av sin kulturelle forståelse kan medføre til at mye forblir usagt i et helsemøtet. En annen informant fortalte hvordan hun trodde skolemedisinen hadde vurdert hennes pasient som mente hun var blitt gannet:

«Skolemedisinen hadde nok vurdert kvinnen som psykotisk – helt klart». Informant E

Dette forteller hvordan informanten opplevde skolemedisinens vurderinger som utilstrekkelige og feil i møte med samiske temaer. Den kvinnelige pasienten hadde blitt vurdert psykotisk, uten å sette hele pasienten inn i kulturell kontekst hvor en annen sykdomsforståelse råder.

Manglende kulturell kompetanse i det norske helsevesenet kan føre til feiltolkning og i verste fall feil diagnose. Å tro på ganning og denne ondskaper er vanlig i samisk miljø, mens fremmed i det norske. Det kan derfor lett oppfattes som om pasienten er forvirret, og noe psykotisk.

5.3 Kulturelt tilpasset terapi

Innen psykiatrien finnes et fagområde som kalles «etnopsykiatri». Samisk psykiatri hører inn under dette. Sentralt innen dette spesielle feltet står ideen om at psykiatrien er kulturavhengig og må ta hensyn til den etniske kulturen den skal operere innenfor. De utvalgte sitatene i dette avsnittet fremhever spiritualitetens plass i behandlingen, samt ønsket om å finne en felles legitim metode for å bruke spiritualitet i behandlingen.

5.3.1 Spiritualitet og åndelighet i terapien

Informantene opplevde alle at de måtte ta i bruk litt annerledes samtaleform når pasientene ønsket å prate om ganning og ondskap, samtidig som de alle var litt usikre på om denne metoden var godkjent. For religion og spiritualitet er vanskelige temaer å ta opp i terapissammenheng. Informantene opplevde spirituell samtale som eneste kilde til pasientens mestringsfølelse i møte med ganning. Samtidig førte dette til en faglig usikkerhet.

Informanten ønsker ikke å være en autoritær person som leder pasientene ut på religiøst dypt vann. Ingen av informantene opplevde det å samtale om tro og religion som galt der og da, men valgte likevel å ikke dokumentere denne delen av samtalen i redsel for å bli sett på som uetisk.

«Til og med Kristendommen må vi kunne snakke åpent om i behandlingen. Dette med sjelefred, mange har behov for sjelelig samtale. Tro er jo nesten som et banneord i kirka, i helsevesenet. Helsepersonell skal ikke påvirke pasientene, lure dem og det forstår jeg jo. Jeg holder ikke preken til mine pasienter, men når pasienten har behov for å prate om Gud og troen – så er jeg åpen for dette, jeg kan ikke sette en lokk på dette. Men i redsel for å virke dum i faget mitt, har jeg aldri dokumentert slike samtaler i journalen». Informant A

Å være profesjonell i jobben er viktig verdi for informantene, og å trekke inn kristendom og spiritualitet i terapien oppleves som uetisk og uforsvarlig i ettertid. Likevel har dette blitt tatt opp, fordi det føles som en naturlig del av den samiske kulturen når temaet er på ganning og ondskap. Videre understrekes betydningen den åndelige dimensjonen har for tradisjonell samisk kultur. Åndeligheten er preget av kristendom, læstadianisme, krefter i naturen, ånder og tanken om at det bør strebes etter balanse i universet og naturen. Å unngå spirituelle og åndelige temaer i terapien er nesten umulig når pasientene snakker om tradisjonell sykdomsforståelse.

«Å søke trøst hos Gud og troen er det eneste som hjelper mot gand. Mange har også den oppfatning at gand ikke biter på kristne, og det kan jo være veldig trøstende. Mange av pasientene som tror på «neavrriid», tror også på Gud og er kristne. Læstadianisme har fortsatt stor plass i samisk samfunn, og det er ikke uvanlig at samtalen med pasientene av og til styres inn i religiøse og spirituelle temaer». (Informant B)

Informantene opplevde det som viktig å ta hensyn til pasientenes verdenssyn, selv om den var av spirituell art. Terapeutene må sammen med pasienten reflektere hvordan man søker hjelp

mot gand. Samtalene om Gud og tro har hatt en trøstende karakter, og har ikke blitt opplevd som grenseoverskridelse til noe uetisk for informantene.

«Vi snakket også om Gud, og hvordan Guds kjærlighet hjelper i slike fortvilelser. Man må av og til snakke om spirituelle temaer og åndelighet, og dette føles hverdagslig og riktig når ganning er tema». (Informant C)

En annen informant påpekte at hun aldri selv tar opp temaet Gud og tro. Ønsker pasienten å snakke om det, så er hun åpen for det.

«Jeg har opplevd at pasienter som snakker om ganning også snakker om kristendom og tro. Jeg tar aldri selv opp temaet Gud og tro, men er åpen for slike samtaler hvis pasienter vil prate om det». (Informant D)

Spirituelle temaer som åndelighet og kristendom opplevdes som naturlig for informantene der og da, sammen med pasientene. Men opplevdes i ettertid som uetisk og galt. For helbredelse i samisk kultur er åndelig, og åndelig omsorg er noe som krever varsomhet og en viss kompetanse. Informantene mente åndelig omsorg var noe helsevesenet oftest overleverte presten, predikanter eller pårørende. Dette er utenfor helsevesenets område. Likevel hadde de en opplevelse av at de hadde nok kompetanse til å samtale om åndelighet, samisk helbredelse og Gud.

«Det er jo vanlig at man tilkaller presten, predikanten eller pårørende hvis pasienten har behov for åndelige samtaler. Men jeg har vel egentlig selv vært ganske åpen for spirituelle temaer, og det har vært helt naturlig at jeg har tatt de samtalene.» (Informant B)

5.3.2 Faglig usikkerhet om legitimitet ved bruk av spiritualitet i terapien

Informantene ønsket mere faglige diskusjoner om åndelighet i terapien, og hvordan gjøre dette til en godkjent og strukturert metode. Dette for å slippe å skjemmes over egen praksis i møte med åndelige og religiøse temaer. Informant B utdyper det slik:

«Faglige diskusjoner i samisk psykisk helse om åndelighet i terapien burde være obligatorisk. Jeg har aldri diskutert åndelighet med mine kolleger. Å skjemmes over egen praksis og skjule det, føles ikke greit. Vi burde lage noen felles retningslinjer eller metoder for hvordan man samtaler om åndelighet, uten å trå over til noe uetisk» (Informant B)

Informanten søker mer åpenhet om spirituelle temaer også i samisk psykisk helse. Dette er ikke skjult kun for det norske helsevesenet, men tydeligvis også for samisk psykisk helse. Å samtale om åndelighet med pasienter gjøres i det skjulte for å unngå å bli sett på som uetisk og lite profesjonell i sitt yrke.

En annen informant formidlet samme tema slik:

«Jeg vet faktisk ikke om det finnes samtale teknikker eller metoder som viser til hvordan man kan trekke inn religion eller spirituelle temaer, uten å bli uetisk. Er dette noe hver enkelt terapeut må føle på, bli bevisst på og finne ut hvordan man samtaler om spiritualitet på en profesjonell måte». Informant C

Informantene viser hvordan usikkerheten rundt faglig kvalitet i behandlingen fører til at åndelige samtaler ikke blir dokumentert.

«Jeg har vel hatt en del spirituelle samtaler med pasienter som har snakket om gand. De er ikke blitt dokumentert. Jeg har jo hørt ofte at man ikke skal blande troen og profesjonalitet, dette kan forvirre pasientene mer enn det kan gjøre dem friske. Men av og til kan man ikke unngå slike samtaler, og jeg vet ikke hvordan man tar slike samtaler på profesjonell måte, men pasientene har verdsatt åndelige samtaler». Informant B.

En annen informant formidlet usikkerheten slik:

«Men i redsel for å virke dum i faget mitt, har jeg aldri dokumentert slike samtaler i journalen». Informant A

Spirituelle temaer er sentrale i samisk psykisk helse, og informantene etterspør etter legitim felles metode for å samtale om dette. Informantene opplever ensomhet og utrygghet i å benytte åndelighet og spiritualitet i behandling av pasienter. Usikkerheten rundt egen profesjonalitet ved bruk av åndelige temaer i behandlingen fører til at terapeutene unnlater å journalføre samtaler, samtaleteknikker som kan være viktige for den samiske psykiske helsen.

5.4 Den skjulte kunnskapen – hvor er åpenheten i samisk psykisk helse

Deler av denne kompetansen som samiske terapeuter innehar er skjult, og blir ikke løftet frem. I dette avsnittet viser informantene hva som kan være grunnen til at mye av kunnskapen fortsatt er skjult.

5.4.1 Gammel stigma hemmer samisk fagutvikling

Det kommer tydelig frem at informantene preges av en forventning om, eller redsel for, å bli sett ned på av kolleger. De bærer selv på en følelse av å ha tilegnet bevisst eller ubevisst en opplevelse av å være mindreverdige mennesker. Når samiske temaer skal fremmes eller løftes opp – føler informantene skam over sin egen samiske etnisitet, og en skam knyttet til samenes måte å leve på, tenke og uttrykke seg på.

Den kulturelle kunnskapen som samiske terapeuter har fortsetter derfor å være skjult for andre enn samer selv. Dette er noe som blir veldig tydelig i intervjuene, hvor både informantene selv og deres pasienter opplever ganning som skambelagt, tabuisert og et verktøy til majoritetsbefolkningen for latterliggjøring av samisk kultur.

«Samene vet at den tradisjonelle forståelsesmodellen har lavere status enn den norske, og har opplevd mye latterliggjøring fra nordmenns side. Behovet for å beskytte oss og skjule deler av kulturen er blitt en overlevelsesmekanisme» (Informant A)

Behovet for å skjule deler av samtalen med pasientene, både pasientens sykdomsforståelse og viktigheten av egen kulturkompetanse i dette møte har informantene opplevd som nødvendig tiltak. Informantene har gjort dette for å unngå latterliggjøring og krenkelse på arbeidsplassen. Informantene mener selv at det er fornorskningspolitikken og majoritetsbefolkningens negative holdninger mot samer som har ført til svært negative konsekvenser for mange samer. Fornorskningen gjorde at det samiske ofte ble underkommunisert, skjult og tabuisert og til dels skambelagt.

Informant B forklarte hvordan skammen over egen kultur og tenkemåte av og til griper inn:

«Jeg synes det er kjempe vanskelig å stå på mine egne meninger sammen med norske kolleger. Av og til føler jeg at mine meninger ikke er like viktige som deres, og at ingen er interessert i å høre på det jeg har å si. Så jeg blir sittende taus. Å bryte ut av fornorskningens brutale holdninger er ikke lett». (Informant C)

En annen informant viser hvordan hun skjemmes når samiske temaer løftes opp, men samtidig frykter for hva som blir ettervirkningene av ny samisk kunnskap:

«Jeg skjemmes alltid på andre samers vegne som prøver å løfte frem kunnskap om samiske forhold. Selv om resultatene er holdbare, så frykter jeg alltid på reaksjonene fra norske. Vi blir bestandig fremstilt så negativt». (Informant A)

Sitatet viser hvordan informanten opplever ubehag når samiske saker fremmes. Hun opplever at samer i enkelte tilfeller blir fremstilt negativt og dette tar informantene personlig.

Informantene opplevde ubehag eller skam i å diskutere samisk sykdomsforståelse og håndtering av dette i praksis med sine norske kolleger. Dermed har de unnlatt å dokumentere og diskutere mange relevante spørsmål knyttet opp mot samisk psykisk helse. I stedet har denne kunnskapen og kompetansen blitt holdt skjult i samisk psykisk helse, noe som igjen har vanskeliggjort mulighetene til å videreføre dette til norske terapeuter.

Informant B fortalte om denne redselen slik:

«Man føler seg ikke 100 % trygg på det norske systemet når det er snakk om samiske spørsmål. Det er fortsatt mye sinne mot samer. Å holde den tradisjonelle forståelsen litt skjult, er for å beskytte seg selv mot latterliggjøring og negativ tilsnakk fra norske». (Informant D)

En annen informant var nok mer bevisst at denne redselen var noe hun selv følte, og at det norske systemet kanskje hadde vært åpen for denne tankegangen hvis hun bare hadde våget å ta det opp.

«Denne skepsisen var vel egentlig det jeg følte for mine norske kolleger den gang, jeg fortalte jo ikke til dem om denne pasientens bakgrunn og engstelse. Det kunne jo hende at de alle hadde vært åpne og forståelsesfulle for mine vurderinger, men det var nok min egen frykt for hva som kunne skje hvis jeg hadde fortalt dem om mitt møte med ganning. Latterliggjøring og baksnakking om hvor dum jeg var». (Informant C)

En annen informant tar opp temaet med å være en forsvarer for den samiske væremåten og hvordan dette også er til hinder for videreføring av viktig kompetanse innen samisk psykisk helse.

«Jeg tror fortsatt at det å være en forsvarer for den samiske kultur er så utmattende og sårt at mange derfor velger å gjemme seg, jobbe som en vanlig nordmann, for det lager minst bølger». (Informant D)

Sitatet viser hvordan informantene opplever det å være alibi for det samiske som vanskelig og utmattende. Opplevelsen av at kulturelle forskjeller ikke blir anerkjent i faglige debatter, men heller er kilde til irritasjon skaper utrygghet og usikkerhet i å fremme samisk kulturkunnskap som positivt og fremmende for samisk psykisk helse.

Å være flau over å være same, føle seg mindreverdige og ikke verdig andres oppmerksomhet i faglige diskusjoner fører til mange negative konsekvenser for den samiske psykiske helse. Masse kunnskap om samisk helse forblir skjult, faglige diskusjoner om viktige samiske temaer blir aldri løftet frem og negative følelser som mindreverdighet forsetter å leve blant samiske helsepersonell.

5.4.2 Mellom barken og veden: tradisjonell versus skolemedisin

Informantene delte alle en mening om at forståelsen og kunnskapen om samiske verdier og kunnskapstradisjoner er viktige i helsevesenet for å kunne gi en optimal helsehjelp til samiske pasienter. Likevel hadde informantene en mening om at det ville være vanskelig for dem å fremme forståelsen for gand og denne ondskapen som faglig, for å kvalitetssikre tjenestene til samiske pasienter. Dette temaet kom for nært deres hjerte og personlige tro. Informantene delte en opplevelse av å miste sin faglige grunnmur i møte med samisk sykdomsforståelse. Å anerkjenne pasientene og deres tro på gand oppleves lett, da informantene deler pasientenes skepsis til denne overtroens virkelighet. Å tro på gand som ekte, skapte distanse til egen faglighet.

«Jeg vet jo selv at den samiske sykdomsforståelsen, det å tro at man sliter så mye på grunn av gand er totalt uvirkelig, men likevel så tar denne tankegangen meg også hvis jeg sliter. Den er innebygd i meg, så jeg forstår alle som av og til tenker tanken. Likevel tør man jo ikke si dette høyt, det er jo så flaut». (Informant B)

En annen informant formidlet samme budskap slik:

«Av og til tror jeg at ganning kan skje, og av og til ikke – men hva jeg tror på eller ikke har ingen plass i mitt arbeid.» (Informant A)

Informantene har lært gjennom vitenskapen og skolemedisinen at ganning er samisk overtro og ikke virkelighet og selv tro på denne overtroen skaper en følelse av skam og distanse til fagligheten.

«Jeg tror at ganning kan forekomme, men det er jo min personlige tro. Så jeg kan vel ikke fremme dette faglig, jeg kan vel ikke skille mellom overtro og virkelighet» (Informant C)

Informantene delte en opplevelse av at temaet ganning i samisk psykisk helse blir utfordrende da dette berører deres personlige tro, samtidig som den er overnaturlig og ikke lar seg

forklares med kunnskapskildene de har ervervet på skolebenken. Historiene om gand har også mange likhetsstrekk med enkelte diagnoser, noe som fører informantene inn i mange faglige utfordringer. En informant utdypet det slik:

«Jeg kan vel ikke tro på denne overtroen, hehe.... Jeg skal jo liksom være profesjonell. Gand og denne ondskaperen har mange likhetsstrekk med diagnosene vi jobber med daglig, og det blir av og til vanskelig å sette ord på disse vurderingene og tankene, uten å tenke diagnose, kun kulturelle egenskaper. Som helsepersonell burde jeg vite bedre enn å tro på denne ondskaperen, men....., du vet....» (Informant D)

Å være profesjonell i sitt yrke krever at man setter sin personlige tro til sides og handler etter det som er etisk riktig. Av og til må man bruke skjønn, vurdere hva som er den beste hjelpen der og da, selv om man må trekke inn elementer som spiritualitet. Informantene opplevde at de ikke kunne være begge deler i sitt yrke, både profesjonell og en «troende» til samisk kunnskapstradisjon. Å forsvare pasientens psykiske helse når h*n tror på ganning, opplever informantene er kilde til å stille spørsmålsteget ved deres egen profesjonalitet. Å ha slike kultursensitive samtaler bak lukkede dører, hvor ingenting blir dokumentert gjøres for å beskytte pasienten og seg selv. Temaer som gand skal ikke komme for åpenhetens lys.

«Vi snakker da ikke om gand, sånn er det bare!!!». Informant C

6.0 Drøfting

I dette kapittelet vil det bli sett nærmere på studiens funn, sett i lys av valgt teori. De fire kategorier som var mest fremtredende i analysen blir vektlagt i drøftingen: Morsmålets betydning i behandling, anerkjennelse av samisk kunnskapstradisjon, kulturelt tilpasset behandling og hvorfor mye av denne kunnskapen og kompetansen samiske terapeuter har fortsatt er så skjult. Temaene vil bli drøftet opp mot studiens teoretiske grunnlag. Drøfting av studiens funn er gjort i tråd med temaene som er presentert i kapittel 5. Likevel må det påpekes at funnene henger sammen og går over i hverandre, likeså vil drøftingen gjøre.

6.1 Eatnigiella - gollegiella. Morsmålet er hjertespråket

Studien viser at det samiske språket og forståelsen for samisk kommunikasjonsform er de viktigste egenskapene terapeutene må ha for å kunne samtale om ganning. Et felles språk viser at terapeuten har den samme bakgrunnen, og dermed den kulturelle forståelsen.

Kommunikasjonsformen fører til at samtalen om ganning kan føres på en verdig måte, alt trenger ikke å begrepsliggjøres og pasientene kan holde fast ved verdien om å klare seg selv, uten å tape ansikt.

6.1.1 Språk som både fortjeneste og forutsetning

Husum (2007) fremholder at språket er så mye mer enn bare ordene vi sier. *«Språket er også kroppen, smerten, selvmord, lukten av bakfyll, orgasme og joik. I tillegg er språket også følelser, det som ikke kan snakkes. Følelser er også kognitive, det er ikke bare tankene vi tenker med»* (Husum, 2007:72). I psykisk helsevern skal alle disse følelsene ordlegges og forstås. For mange samer kan denne terapeutiske samtalen oppleves konfliktfylt (Gerhardsen, 2010). Verdien om å klare seg selv og ikke plage andre med egne bekymringer, blir motarbeidet av engasjerte terapeuter som er lært opp til å samtale om alle mulige slags problemer og lidelser. Stillheten er skrikende i samisk psykisk helse, fremholder Husum (2007), og forferdelige traumer ligger bak mye av stillheten. Viktigheten av morsmålet i psykisk helsevern må få større oppmerksomhet. Bearbeiding av følelser på et annet språk skaper distanse til seg selv, og da vil hjelpen ha lite nytte (Urheim, 2007). Denne studien viser at det samiske språket var «inngangsbilletten» til samtaler om gand og ondskap. De hadde

også en formening om at pasienter fikk formidle egne følelser og tanker om denne ondskapen uten at det ble skamfullt eller fremmed. Funn fra studien viser også at felles etniske bakgrunn med pasienten førte til at mye kunne være usagt, pasientene slapp å begrepsliggjøre alt. Knappskog (2010) drøfter hvordan språklige barrierer kan gå utover pasientbehandlingen. Når terapeuten har et annet morsmål enn pasienten, kan det skape utfordringer som misforståelser da pasienten kanskje vil ha vanskeligheter med å uttrykke seg slik at det som blir formidlet oppleves forståelig for terapeuten. Knappskog sier videre hvis terapeuten og pasienten ikke har det samme emosjonelle språket, kan det føre til unødvendige frustrasjoner og en opplevelse av å ikke bli forstått godt nok, sett, møtt og hørt (Knappskog, 2010). Funn i denne studien viser tydelig at det ikke var selve ordene i språket som var viktige i terapien, men hva språket representerte. Selv om informantene opplevde stor lettelse hos pasienter som fikk muligheten til å prate om ganning på samisk, så forstod de at det ikke var selve språket og ordene pasientene hadde behov for når de skulle samtale om gand og ondskap. Språket representerte felles følelser, felles bakgrunn, felles forståelse for uskrevne regler som gjelder i samtaler om gand og en felles forståelse for at dette er gammel overtro, men likevel så reelt for samene. Husum (2007) og Knappskog (2010) er enige at det er følelsene i språket i møtet med pasienter som er viktig, stillheten bak ordene og måten ord blir formidlet på, men morsmål i behandlingen vil være det mest gunstige.

Urheim (2007) understreker også at samisk språk er en nødvendighet i møte med samiske pasienter for en optimal helsehjelp. Det å samtale på eget språk i møte med helsevesenet er ikke en selvfølge for samiske pasienter, og dette kan føre til dårligere helsetjenester for den samiske befolkningen. Helsetilbudet kan bli mangelfull, viktig informasjon om helse til og fra den samiske pasienten kan gå tapt, og feiltolkninger og feilmedisinering kan forekomme (Urheim, 2007). Spesielt i psykisk helsetjeneste kan språket være det viktigste verktøyet, og i en slik sammenheng kan mange saker komme til kort i møte med en norsktalende terapeut. Funn i denne studien viser at språket ble understreket som den viktigste kilde til samtaler om ganning. Gjennom morsmålet skapte ordene en nærhet til denne ondskapen og redselen for gand opplevdes ekte og virkelig. Funn i denne studien viser at informantene hadde en opplevelse av at pasientene følte de klarte å utdype temaet uten at det ble skamfullt og latterlig. Det å bruke det norske språket førte til en avstand til egne følelser, pasienten følte seg skamfull når temaet ganning ble tatt opp.

Språket var ikke kun en gratis billett til god relasjon til pasienten. Studiens funn viser at pasientene gir terapeuten tilliten «gratis» på grunn av språket. Dette opplevdes som en stor ære, men likevel kjente informantene på ansvaret som ble gitt til dem gjennom denne «gratis» billetten. Språket var ikke bare et gode, men det gav dem også et ekstra ansvar. De følte at de måtte være ekstra varsomme og vise god oppførsel og respekt i behandlingen. Dette kan reflekteres ved å trekke frem studien til Møllersen, Sexton & Holte (2005) som understreket at behandlingsforløpet blir bedre når pasient og terapeut deler etnisk bakgrunn. Felles språk og kultur fører til at mye oppfattes likt, uten at pasienten trenger å begrepsliggjøre alt. Dette ansvaret som informantene opplevde kan også være kulturelt betinget. Bongo (2012) skriver mye om samenes høye forventninger til helsepersonell. Helsepersonell skal inneha masse kunnskaper om alt, og evne til å hjelpe der og da. Som samisk helsepersonell blir dette ansvaret ekstra tyngende. De skal ikke bare ha kunnskaper om helse og sykdom, men i tillegg vise kultursensitivitet i sitt virke. Det forventes at samer viser gode holdninger, og forståelse for andre samer, og gjør alt de kan for å hjelpe (Bongo, 2012). Dette viser at det samiske språket også medførte et ekstra ansvar, og at den tillitten som blir gitt av pasientene skal helsepersonell vise seg verdig for.

Et felles språk i terapien fører til en forventning av kulturell bevissthet og sensitivitet fra terapeutens side, men også fra den samiske pasientens side. De egenskapene som Saus og Boine (2008) prøver å integrere i kulturelt sensitivt arbeid blant barneverns studenter, gjøres ikke bare ubevisst av samiske terapeuter, men også av samiske pasienter. De vurderer hverandre, og klarer å fange opp hvilke kulturelle koder og normer som er tilstede i møtet, og vet dermed hvordan og hvilke temaer det kan samtales om.

6.1.2 Samtalens skjulte mening – samisk kommunikasjonsform

Når samtalen og terapien omhandler sensitive temaer som ganning, var forståelsen for samisk kommunikasjonsform en nødvendighet for informantene. Funn fra studien viser at informantene med kunnskaper om samisk kommunikasjonsform visste hva pasientene ønsket å formidle og hvordan de selv skulle kommunisere om gand uten å virke frekk eller belærende. Kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell vil alltid være en utfordring i helsevesenet, der mange forhold spiller inn foruten etnisitet og kultur. Ømfintlige temaer som sykdom og helse skal samtales og drøftes om på en forståelig måte. Bongo (2012) skriver at den tause og indirekte kommunikasjonsformen hos samene er en viktig verdi i

samisk kontekst. Samiske pasienter kan ha en tendens å være stille, fortelle minst mulig og forvente at helsepersonell klarer å gjette seg frem til det akkurat pasienten sliter med. Når de først begynner å snakke, kan det hende de prater i gåter og bruker metaforer for å unngå å bruke de direkte ordene på sykdom, lidelse og ondskap (Bongo, 2012). Bongo beskriver videre at denne formen for å samtale har flere positive sider. Den tause måten å møte andre på skaper mindre konflikter og ubehageligheter. Vennligheten mellom slekter og venner skal vedvare og verdien med ordentlig oppførsel er en nødvendighet. Direkte og konfronterende spørsmål stilles sjelden. De som stiller direkte og konfronterende spørsmål blir sett på som frekke (Bongo, 2012). Gerhardsen (2010) som har jobbet lenge i Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse/SANKS fremholder også at denne indirekte kommunikasjonen er utbredt, og at det sjelden stilles direkte eller konfronterende spørsmål. Forholdet til norsk helsetjeneste som verdsetter en direkte og presis samtaleform, kan dermed bli betegnet som en konfliktsituasjon for mange samiske pasienter. Informantene opplevde at pasientene lettere kunne ta opp vanskelige og såre temaer når terapeuten delte kommunikasjonsformen og kulturelle koder.

Kommunikasjonsformen var ikke vanskelig for informantene å forstå og kunne. Pasientene brukte ofte metaforer, gåter og pratet rundt grøten. Den forsiktige samtaleformen førte til at det kunne ta lang tid før pasienten kom til poenget, eller at terapeuten selv måtte forstå gjennom metaforene hva pasientene ønsket å formidle. Å gjenta pasientene med de direkte ordene, på en forklarende måte ble oppfattet som frekt, og pasienten ville i verste fall føle å bli latterliggjort. Bongo (2012) bekrefter dette i sin studie hvor også hennes informanter opplevde helsepersonells direkthet som frekt og ubehagelig, og kilde til latterliggjøring. Dagsvold (2006) trekker også frem viktigheten med at helsepersonell må tåle den samiske samtaleformen. «Unnamanøvrere» og taushet i samtalen må tåles og forstås. Gjennom denne metoden prøver pasientene også å fortelle noe som kan være viktig videre i helsehjelpen. Taushet er en samisk verdi, og blir beskrevet som den rette måten å forholde seg til alle farlige, livstruende sykdommer og situasjoner (Dagsvold, 2006). Ganning er farlig og i verste fall livstruende. Dette skal det ikke snakkes høyt om, for i verste fall kan man «mane» på seg flere lidelser. Samene har derfor lært å bruke metaforer, prate i gåter for å forklare sykdommer og ganning (Dagsvold, 2006, Hanem 1999). Verdien om å holde seg taus angående gand og ondskap ble ikke løftet frem som det mest fremtredende hos informantene. Både Dagsvold (2006) og Bongo (2012) understreker at metaforer brukes for å vise respekt for sykdommen, mens denne studiens informanter påpekte at metaforer ble brukt for å ikke

tape ansikt – eller for å forbli sterke. Verdien om å berges selv står fortsatt sterkt i samisk kultur, og å plage andre med egne bekymringer kan gjøre deg til en stakkarslig person. Andersen (2007) har i sin studie sett på tilfriskningen hos alvorlig psykisk syke samiske pasienter, og fant ut at verdien om å berges selv drev pasientene til å bli bedre. Pasientene fant mening i egen ulykke og sykdom, og snudde dette til noe positivt og lærende. Informantene i studien opplevde også at pasientene gjennom metaforene ufarliggjorde ondskapen, og fant mening i selve lidelsen. På denne måten ble de ikke ofre eller stakkarslige, men sterke individer som klarte seg selv.

Informantene påpekte også viktigheten av felles etnisk bakgrunn for å klare å forstå pasientenes metaforiske samtaler. Hjelperen må ha et visst felleskap i den samiske kulturen for å forstå metaforen i dens fulle betydning. For de som ikke er kjent med hva for eksempel raven, skjura eller ulven symboliserer, vil metaforer med disse dyrene bare bli delvis forstått, og har man da i det hele tatt forstått hva pasienten prøver å formidle (Dagsvold, 2006). Informantene var selv oppvokst med de samme symbolene og metaforene, og kunne dermed lett forstå hva pasientene prøvde å formidle.

Studiens funn viser at metaforbruken ble bare brukt i begynnelsen av samtalen, når pasientene fortsatt var litt utrygge på terapeutens holdninger til overnaturlige fenomener. Etter hvert fløt samtalen lettere, og de direkte ordene ble tatt i bruk. I følge Gerhardsen (2010) fristiller denne indirekte tilnærmingen personen i det h*n samtaler om. Pasienten har ikke sagt de direkte ordene at h*n tror på ganning, og kan dermed ikke bli «tatt» for det. Det kan ikke bli brukt mot pasienten i ettertid. Det var først når informantene bekreftet overfor pasienten at gand kan eksistere at metaforene ble byttet ut med de direkte ordene. Har terapeuten innrømmet overfor pasienten at h*n deler pasientens overbevisning om at ganning er ekte, kan ikke lenger det brukes mot pasienten uten at man selv blir tatt. Tilliten får et større grunnmur, da begge har utlevert noe personlig og tabubelagt i samtalen.

Det må utdypes her at kommunikasjonsformen informantene har opplevd som det mest utfordrende i møte med den samiske pasienten ikke er en universell sannhet som gjelder alle samer, men det kan være elementer av dette i møter med enkelte samiske pasienter. Skau (2005) understreker at kommunikasjon alltid vil være utfordrende i arbeid med mennesker, uavhengig om man deler felles kultur eller ikke. Pasienter er så forskjellige, noen er veldig flinke til å ordlegge seg og gjøre seg forstått, mens andre er mer tause og mindre kommunikative. Helsepersonell kan og bør derfor videreutvikle egen kommunikative klarhet,

dybde og presisjon, sammen med evnen til å forstå hverandre. De fleste pasienter kommuniserer nok på en halvbevisst måte, de vet egentlig ikke hva de tenker, føler eller tror. De etterlater kommunikasjonen til en autopilot, og håper med dette å bli forstått og kanskje selv også forstå det som blir uttrykt (Skau, 2005). Dette kan bli spesielt tydelig i psykisk helse hvor følelser skal uttrykkes, men dette gjelder for alle mennesker – ikke bare samer.

6.2 Kompetente terapeuter – å anerkjenne den samiske forståelsesmodellen

Å forstå den samiske kulturen, den tradisjonelle troen om ganning og anerkjenne denne forståelsen opplevde informantene som en nødvendighet for å vise respekt for pasientene. Å tro på denne ondskaper er et skambelagt tema og krever varsomhet. Informantene erfarte at denne troen var fortsatt veldig levende blant samiske pasienter, og ved å anerkjenne denne forståelsen som ekte og mulig, førte til at pasientene følte seg respektert og forstått og fikk mulighet til å sette ord på det som opplevdes vanskelig.

6.2.1 Det kyndige blikk – å forstå den samiske sykdomsforståelsen

I møte med samisk psykisk helse er det viktig å ha kjennskap til kulturen. Velkjente problematikkområder som overgrep og angst, må forstås i lys av den enkelte pasientens kulturelle kontekst. Når pasientene i tillegg utdyper problemer knyttet opp mot samisk åndelighet og trolldom, må terapeutene vise kultursensitivitet og kompetanse som ikke læres gjennom fagbøker – men som må oppleves og erfares gjennom å være delaktig i den samiske kulturen. Molander (1996) påpeker denne type kunnskap som noe som får utvikle gjennom handling. Kunnskap er ikke kunnskap før den lærde kunnskapen helsepersonell har lest i fagbøker blir uttrykt som en ferdighet i praksis. Samiske terapeuter har lært den samiske kulturen å kjenne gjennom hele oppveksten, og den sitter i kroppen i alle handlinger dem foretar seg. Kulturpåvirkningen setter seg i kroppen i form av «handlingsskjema» for hvordan man skal oppføre seg, og blir en del av personligheten. Det er det som for den enkelte virker som den naturlige måten å leve på, alt det man gjør uten å tenke over det (Dagsvold, 2010). I møte med samiske pasienter vil samiske terapeuter gjenkjenne pasientenes tankesett og væremåte, og handle deretter kultursensitivt. Den kulturelle kompetansen trekanten tar for seg alle de elementene som kommer naturlig for en samisk terapeut i møte med samiske pasienter. Terapeutene er bevisste på pasientens kulturelle tilhørighet, har kjennskap til kulturens

mangfold og vet hvordan de skal samtale med pasientene på en verdig og god måte. De vet også hvordan de skal håndtere eller tilrettelegge tjenestene videre for den samiske pasient.

For samiske terapeuter er denne kulturelle kompetansen ikke vanskelig å bruke i møte med samiske pasienter. Stordahl (1997) og Elgarøy (2010) utdyper begge viktigheten av refleksjon over egen praksis, også den kulturelle kompetansen. Etter å ha jobbet mange år i samme felt, er faren at man blir blind og begynner å ta kulturen for gitt og ikke lenger klarer å se kulturens mangfold og ulikheter.

Informantene i studien har klart å forstå hvordan den kulturelle sykdomsforståelsen har innvirket pasientenes syn på deres helse, og handlet kultursensitivt ved å vise en aksepterende holdning til dette. Selv om informantene selv tvilte på pasientens holdninger og tanker om gand, holdt de dette for seg selv og lot pasientene forklare situasjonen med egne kulturelle fortolkninger. Dagsvold (2010) forklarer denne holdningen hos informantene som kultursensitivt. Pasientmøtet blir basert på at hjelperen har kunnskap om lokalsamfunnets kultur og forstår hvilken kontekst pasientene lever i, samtidig som hjelperen viser forståelse og kunnskap om kulturelle fortolkningsrammer. I tillegg evner hjelperen å relativisere egen fagområde i møte med pasientens tradisjonskunnskap og forklaringsmodeller. For å illustrere kompetansen samiske terapeuter har i dette møtet, kan Skau's (2005) kompetansetrekant trekkes inn. Informantene har klart å tilrettelegge for en god samtale, når pasientene evner å samtale om sensitive tema som gand. Dermed har de benyttet seg av sine yrkesspesifikke ferdigheter. Teorier om psykiske lidelser og kunnskap om samisk kultur støtter terapeuten til å vurdere om pasienten er psykotisk eller om dette er normalt innenfor den konteksten pasienten lever i. Informantene har klart å vise god personlig kompetanse ved å være anerkjennende og vist genuin interesse til pasientens historie. I tillegg har informantene vist kulturell kompetanse ved å vise forståelse for pasientens verdensbilde, og integrert dette videre i samtalen – det vil si gitt pasientene muligheten til å samtale om gand og ondskap med egne forklaringsmodeller, for så å søke hjelp sammen med pasienten om hva som må gjøres videre for å bli fri fra gand.

Kompetansen informantene har vist kan også reflekteres med Meløe's kyndige blikk (1994). Det vil si blikket til innsideren. Informantene forstår det de ser, og de vet at de forstår det. De er medlemmer i det samme lokalsamfunnet som pasientene og er kyndige i den kulturen som

finnes i lokalsamfunnet. Informantene vet også selv at de forstår denne kulturen. Det kyndige blikket har den som er helt innenfor som deltaker, noe informantene var.

6.2.2 Det døde blikk – helsevesenets manglende kulturkompetanse

Informantene i studien opplevde den samiske kulturkompetansen som den viktigste kompetansen etter språket. Kunnskapen og forståelsen for ganning gjorde dem i stand til å forstå pasientens frykt uten å mistolke eller gjøre feilvurderinger. Helsevesenets manglende kunnskaper om gand og ondskap ble likevel poengtert av informantene som uheldig for samisk psykisk helse. Samiske pasienter kan bli feilvurdert som psykotiske når de snakker om stemmer, gand eller ondskap som påsatt av andre. Urheim (2007) fremholder at manglende kulturkompetanse og kultursensitivitet hos behandler, spesielt i psykisk helsevern kan føre til at samisk kultur blir et problem. Spesielle hendelser som det å se og høre såkalte overnaturlige ting kan føre til en feilaktig, psykiatrisk diagnose, som det kan bli vanskelig å endre eller fjerne. Mange samer er oppdratt til å fortelle minst mulig til norsk helsepersonell, erfaringene har vært at det kan bli brukt mot dem. Møllersen (2009) trekker frem et bra eksempel på hvor lett feiltolkning kan skje mellom to ulike kulturer. «Den som tier samtykker, eller ikke». Å forutsette at den som tier samtykker, er en kulturelt betinget handling. Å forutsette at den som tier ikke samtykker er en handling som er forankret i en annen kultur. I den norske kulturen er taushet ofte uttrykk for enighet. I den samiske kulturen er taushet ofte uttrykk for meningsforskjell. Taushet er en av mange sosiale «koder» som forenkler samhandling og kommunikasjon, når man har felles forståelse av koden. Men det kan føre til misforståelser, forvirring, mistenksomhet og engstelse når «koden» har ulik mening for den som sender og den som mottar. Møllersen (2009) påpeker at i helsevesenet kan denne type misforståelser i verste fall føre til feilvurderinger og uhensiktsmessig behandling. Denne studien viser at kommunikasjonskodene og de kulturelle kodene er viktige å ha med seg i møte med samiske pasienter for å unngå slike forvirringer.

Verdien om å klare seg selv står fortsatt sterk i samiske samfunn, og informantene tok denne verdien ofte opp. De norske uttrykkene på diagnoser ble avvist av pasientene, da dette virket mot verdien om å klare seg selv. Diagnostiske ord sykeliggjorde pasientene. Symptomene, det vil si de meningsfylte uttrykkene for lidelsen, kan kommuniseres og forstås ulikt i ulike kulturer (Dagsvold, 2010). Bongo (2012) bekrefter dette i sin studie hvor mange av hennes informanter følte seg som gjester i det norske helsevesenet, med diagnostiske ord som

sykeliggjorde dem i stedet for å virke tilfriskende. Dagsvold (2010) bruker et eksempel om en lege som opplevde det vanskelig å tro på samiske pasienter som mente de var deprimerte. For denne legen fremsto pasientene som rolige, fattede og ikke særlig fortvilte. Legen var vant med at depresjon artet seg annerledes i den kulturen hun kom fra, med mye klaging og fortvilelse. Psykiske lidelser må altså forstås i sammenheng med livshistorie, familiebakgrunn og kulturell kontekst. I denne sammenhengen kan vi trekke et eksempel med hørselshallusinasjoner. Hørselshallusinasjoner anses ofte som et symptom på schizofreni eller psykose. Terapeutene kan velge å se hallusinasjonene som et symptom, som diagnostiseres, medisineres og realitetsorienteres bort (Kalhovde, 2005). I et samisk kulturelt perspektiv kan det å høre stemmer forstås som det å ha kontakt med og snakke med døde mennesker, noe som kan være normalt innenfor kulturen (Bongo, 2002). Forklaringsmodeller og forståelsesmodeller i samisk kultur strekker seg langt fra modellene i medisinsk vitenskap om sykdom og helse, og dette kan skape utfordringer når pasientene samtaler om gand. Helsepersonells manglende kulturforståelse kan medføre til feilvurderinger og feilbehandling. Andreassen (2007) anbefaler i sin studie hvor hun har sett på dobbelkompetansen hos samisk helsepersonell at de benyttes aktivt som kunnskapsformidlere til sine norske kolleger. Dette kan forebygge misforståelser og feilbehandling hos samiske pasienter.

6.3 Kulturelt tilpasset terapi

Resultatene i studien viste at informantene samtalte om ganning, spiritualitet og guds tro i behandling med samiske pasienter som ønsket å pratet om ganning. Dette opplevdes for informantene som naturlig og riktig der og da, men ble usikre etter samtalen om de hadde gjort noe uetisk og galt. Denne usikkerheten opplevde informantene var et resultat av manglende faglige diskusjoner om spiritualitet og den tradisjonelle samiske sykdomsforståelsen i nåtidens helsehjelp.

6.3.1 Spiritualitet og åndelighet terapien

Et hovedspørsmål når det gjelder å utvikle likeverdige tjenester til minoritetsbefolkninger, er om man bør integrere helsetjenester til minoriteter i majoritetskulturens helsetjenester, eller om man bør utvikle egne helsetjenester som bedre kan tilpasses både språklig og kulturelt (Bhui & Sashidharan, 2003). Slike dilemmaer blir aktivt debattert ute i verden – hyppigst i

samfunn som er mer flerkulturelle enn det norske. Argumenter som brukes mot egen helsetjeneste for minoriteter, er at det kan skape segregering og svekke integrasjonen. Eller det argumenteres normativt med at minoriteter må innordne seg majoritetsbefolkningen. Argumentet for egen minoritetshelsetjeneste er at majoritetens helsetjeneste aldri vil være i stand til å gi en service tilpasset minoritetenes språk og kultur i tilstrekkelig grad at man kan snakke om et likeverdig tilbud (Javo, 2007).

Urheim (2007) diskuterer i sin artikkel om samer trenger et tilpasset helse- og sosialtilbud og mener på bakgrunn av de store kulturelle og språklige forskjellene så bør samer ha et tilpasset tilbud, spesielt innen psykisk helse.

Funn i denne studien viser at det ikke etterlyses egen modell for behandling av samiske pasienter, men at elementer i samiske terapeuters behandlingsmetode burde vært satt fokus på, løftet frem og omgjøres til faglig godkjent metode. Åndelige og spirituelle temaer skapte stor usikkerhet om det var korrekt etisk oppførsel i møte med pasienter, og unnlattelsen for dokumentering av terapien var blitt en vane. Dette valget om å ikke dokumentere det som kan være viktige elementer i kulturell behandlingssmøte vanskeliggjør for hele den samiske helsetjenesten å løfte frem sin kompetanse. Larsen (2013) har i sin studie intervjuet helsepersonells syn på «læsing», tradisjonell helbredelse parallelt med behandling i primær helsetjenesten. Studien viste at helsepersonell aldri tar opp temaet «læsing» med pasientene, og har heller ingen problemer med at pasienter søker tradisjonell hjelp i tillegg til hjelpen de selv tilbyr. Det som likevel er spesielt i denne studien, som samsvarer med denne studiens funn er, at helsepersonell privat, eller i det skjulte samtaler om tradisjonell helbredelse og tro. Helsepersonell opplever at de må trå varsomt i helseyrket, da dette ikke snakkes om mellom kolleger. Dette er fortsatt et tabubelagt tema, og helsepersonellet savnet en faglig legitim metode å snakke om «læsing» på i profesjonelle sammenhenger og i blandede etniske grupper. Temaet opplevdes som mere akseptert blant samisk helsepersonell (Larsen. 2013).

Hvordan integrere åndelighet som en faglig legitim tema er tydeligvis noe som opptar samisk helsepersonell, men da dette fortsatt føles som tabubelagt tema så blir den værende som skjult kunnskap.

Sexton og Sørli (2008) studie spurte også spørsmålet om samisk tradisjonell healing bør integreres i samisk psykisk helse. Resultatene viste at mange samiske pasienter kombinerte «læsing» parallelt med primær helsetjenesten og at mange av de samiske pasientene i studien ønsket mer åpenhet om samisk helbredelse i helsevesenet. De viste videre at tradisjonell

healing har lite eller ingen dokumentert effekt og dette vanskeliggjør muligheten til å få det inn i helsevesenet som en godkjent metode. Helsevesenet kan ikke motivere pasienter til behandling som ikke kan dokumentere effekt, dette er i strid med norske retningslinjer (Sexton & Sørli, 2008).

Temaet om åndelighet i terapien er dermed blitt stilt tidligere, men likevel er dette skjult for den samiske helsepersonell. Selv om flere har prøvd å løfte opp temaet, har det samiske fagmiljøet fortsatt å tabuisere den. Opplevelsen av å være uetisk i sitt yrke skaper taushet rundt temaet. Faglige diskusjoner om hvorvidt dette er riktig eller galt, og hvordan imøtekomme åndelige og religiøse spørsmål i terapien uten å gjøre skade blir utelatt, og en faglig usikkerhet ved egen kompetanse får vokse hos den samiske terapeuten.

I Stortingets opptrappingsplan for psykisk helse framheves viktigheten av forholdet mellom religiøsitet og psykisk helse:

En person med psykiske problemer må ikke bare ses på som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og de sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål... og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester (St.prp. nr. 63, 1999–2006, s. 6).

Åndelige behov og eksistensielle spørsmål skal altså tas hensyn til og dermed være del av det helhetlige tilbudet som tilbys pasientene. Selv om ikke helsetjenesten selv tilbyr tradisjonell healing, skal likevel slik åndelighet ha rom i behandlingen. Å samtale om religiøse temaer, seilfred og åndelighet burde derfor ikke være skjult eller skamfullt. Dette er lovfestet. Denne usikkerheten i forhold til samisk tradisjonell sykdomsforståelse kan stamme fra gammelt av. Samisk helbredelse og sjamanisme ble sett på som hekseri og farlig, og ble dermed bannlyst. Samisk helbredelse måtte derfor overleve i det skjulte, og ble med dette et tabubelagt tema (Nergård, 2007). «Læsing», stoppe blod, ta bort smerter, helbrede fysiske og psykiske sykdommer og sette ondt på andre ble sett på som gammelt overtro, og inngikk i kvakksalverloven. Denne loven opphørte i 2004. Dagsvold (2006) forteller om en av hennes informanter som ble anmeldt 2 ganger for helbrederpraksisen. Selv om norsk lovverk er åpen for tradisjonell og alternativ tenkning i behandlingen, føler studiens informanter fortsatt stor usikkerhet i det å dokumentere egen praksis og kompetanse hvor åndelighet er stor del av.

I New Zealand får maoriene/urbefolkningen behandling gjennom en modell som er spesielt utviklet for å ivareta deres kultur og væremåte. Spiritualitet trekkes inn som en naturlig del av behandlingen, og modellen fremheves som en god kultursensitiv behandlingsmodell (Waldegrave, 2003). Samisk psykisk helse kunne kanskje hentet inspirasjon fra denne modellen. Ved å konkretisere spiritualitet i felles faglig fora, kan bidra til økt fokus på spiritualitetens plass i samisk helsehjelp. Noe som kan skape større trygghet i å samtale om spirituelle og åndelige temaer i terapien.

Familieavdelingen ved SANKS, Karasjok har utviklet en egen modell for behandling av samiske familier (Boine, 2011). Modellen heter «meahcceterapija», eller utmarksterapi på norsk. Intensjonen med «meahcceterapija» er å skape en kontekst slik at samiske familier føler seg trygge nok til å fortelle historier som åpner for tidligere avstengte følelser. Terapien går ut på å trekke seg bort fra kontoret og ut i naturen, der terapeuter sammen med familien drar på en overnattingstur og bor i lavvu eller hytte. Elementer fra natur og kultur brukes som terapeutisk tilnærming og metode i møte med familier (Boine, 2011). Familieavdelingen har opplevd denne modellen som relasjonsskapende, tillitsskapende og skaper rom for å samtale om tabubelagte temaer som kan være så vanskelig for den samiske pasienten/familien (Boine, 2011).

Det kommer ikke frem om åndelige og religiøse temaer blir tatt opp rundt bålet og hvordan slike temaer blir eventuelt ivaretatt. Likevel er dette en metode som er tilrettelagt samisk kultur og levesett. Det kan tenkes at åndelighet innbakt i en slik modell hadde gjort det enklere for den samiske helsepersonell å bruke dette legitimt i sitt virke.

6.3.2 Faglig usikkerhet om legitimitet ved bruk av spiritualitet i terapien

Informantene viste usikkerhet om spirituelle og åndelige samtaler var etisk riktige i arbeidet med pasienter. Stålsett (2012) mener slik usikkerhet om åndelighetens plass i helsehjelpen henger fra gammelt av. Freud hadde en ide om at religion skapte psykoser og skulle dermed ikke ha noen plass i psykiatrisk behandling. Han så på kristen og jødisk gudstro som en flukt fra virkelighetens utfordringer, mens i dag ser helsevesenet hvordan religion og gudstro kan være en kilde til beskyttelse og styrke når sykdom blir utmattende (Stålsett, 2012). Mange psykologer vil helst sette Gud på flaske og skru korken igjen (Reme, 2009). En undersøkelse blant norske psykologistudenter fra 2005 viser at nesten alle som svarte mente at utdanningen

ikke la noen vekt på menneskers religiøse tro. En stor andel, nesten en tredjedel, oppfattet at faget var nedsettende overfor religiøse mennesker (Reme, 2009).

Fra gammelt av hadde psykiatriske sykehus en regel om å ikke diskutere politikk eller religion med pasientene. Dette for å unngå uro. Av etiske hensyn skulle personalet heller ikke påvirke pasientene (Stålsett, 2012).

I Norge har det vært en lang tradisjon for å anvende religionspsykologi i sjelesorgfaget, men ikke systematisk innenfor klinisk, psykotераapeutisk arbeid (Austad & Stålsett, 2007). Selv om Modum Bad i årevis har bevisst brukt religiøse temaer i behandlingen av deprimerte, så er det blitt brukt prester og teologer i behandlingsteamet. Åndelige og spirituelle temaer faller mer naturlig på prester som formodes å vite noe om den overnaturlige verden, om forholdet mellom dennesidige og hinsidige. Noe som leger og terapeuter ikke vet noe om, eller har ikke lært om i deres grunnutdanning (Austad & Stålsett, 2007). Informantene opplevde at pasienter som åpent snakket om gand, også hadde behov for å samtale om religion og tro. Informantene hadde tatt samtaler om gand og religion, da dette hadde følt som en naturlig ting å gjøre. I følge Nergård (2007) kan dette ha sammenheng med at de tradisjonelle samiske forestillingene om ondskap og ganning, har brukt kirka og guds ord som motstykke. Kampen mellom det onde og det gode. Personer som er blitt utsatt for gand, må søke seg til kirka eller en kristen helbreder for å bli befridd fra denne ondskapen. Helsepersonell som samtaler om ganning i helsehjelpen kan dermed ha vanskeligheter med å unngå temaer som kristendom, tro og helbredelse. Informantene har likevel blitt usikre hvorvidt de har oppdrått etisk når de har samtalt om religiøse temaer og unnlatt å dokumentere samtaler.

Ved å opptre etisk, forstått i denne brede forstand, beskytter helsepersonell pasientens integritet. Samtidig ivaretar de egen integritet, ved at de bidrar til å realisere pasientenes moralske likeverd (Eide & Aadland, 2008). Dette kan høres tilforlatelig enkelt og lett håndterbart ut. Likevel i hverdagslivets mindre dramatiske situasjoner, kan dette grunnleggende kravet om å ivareta andres og eget moralske likeverd, komme i klemme når andre verdier står på spill. Spesielt i samisk psykisk helse kan helsepersonell komme i slike dilemmaer, da samtaler om gand ofte trekker inn religion og tro, samtidig som helsepersonell bærer med seg en overbevisning om at religion fører til mer psykisk forvirring enn forbedring. Redselen for å bli sett på som uetisk eller faglig uansvarlig av egne kolleger vil kanskje være styrende for hvor åpen helsepersonell våger å være om åndelige, spirituelle og religiøse temaer i den psykiske helsehjelpen.

6.4 Den skjulte kunnskapen – hvor er åpenheten i samisk psykisk helse

Informantene viste tydelig at de har mye kunnskap og kompetanse i møtet med pasienter som mener de lider etter å ha blitt gannet. Denne kunnskapen blir likevel holdt skjult for andre samiske, så vel som norske kolleger. Det finnes ingen arenaer hvor samisk sykdomsforståelse, og hvordan imøtekomme dette i terapien kan diskuteres og drøftes på en faglig og legitim måte. Redselen for å bli latterliggjort av majoritetsbefolkningen, og redselen for å bli en forsvarer for den samiske væremåten skremmer informantene til taushet. Nergård (1994) skriver hvordan fornorskningen av samene har etterlatt spor i form av mindreverdighetsfølelser og følelse av skam knyttet til egen etnisitet. I dette avsnittet drøftes hvordan disse vonde følelsene fortsatt lever blant samene og fører til at samisk kulturkunnskap blir holdt skjult. Samtidig som denne kulturkunnskapen verdsettes, så havner samisk helsepersonell i en konfliktzone når den tradisjonelle kunnskapsmodellen krasjer med den medisinske modellen om psykisk lidelse.

6.4.1 Gammel stigma hemmer samisk fagutvikling

Et gjennomgående tema i intervjuene var redselen for å bli latterliggjort av egne kolleger hvis man fremmet gann som faglig utfordrende. Selv om fornorskningspolitikken er et tilbaketrukket stadium i det norske samfunn og politikken, vil de negative følgene av denne politikken kaste skygger i lang tid (Hansen, 2012). Hansen (2012) understreker at det vil ta tid å endre de generelle rammeverkene i norsk politikk, lovverk og ordninger, samt myter og holdninger, slik at samisk kultur, språk, tradisjoner og det samiske samfunnets behov blir tatt tilstrekkelig hensyn til på ansvarsområder som omhandler blant annet helsevesen, utdanning og arbeidslivet. Mye av arven fra fornorskningspolitikken henger igjen i folks holdninger, selv om den offentlige politikken er lagt om (Hansen, 2012). Det å være annerledes er ofte en kime til diskriminering og mobbing, og som minoritet er samene sårbare (Hansen, 2012).

Selv om mobbing eller diskriminering ikke forekommer på arbeidsplassene, følte informantene likevel en usikkerhet og sårbarhet i å være same på arbeidsplassen. Redselen for at egne meninger kan bli brukt mot deg på en negativ måte, virket skremmende. Selv om forskningen til Hansen (2011) viser at holdningene fra fornorskningsperioden enda henger i, så var informantene i denne studien tydelige på at deres norske kolleger hadde vært åpne og

forståelsesfulle for kulturelle innspill. Det var kun informantenes egne følelser og redsel som stoppet informantene i å fremme gand som faglig utfordrende.

Å løfte frem samisk forskning, samisk væremåte og tenkemåte blant norske kolleger oppleves som vanskelig og sårt for informantene. Selv om den historiske fornorskingsprosessen er over, og vi i dag ser en revitalisering av samisk kultur og identitet i mange samiske områder, er ettervirkningene av fornorskningen levende. Mange samer opplever lav selvfølelse og mindreverd som mennesker (Hansen, 2012). Informantene viste en redsel for latterliggjøring for egen og pasientenes overtro, og har derfor unnlatt å drøfte og dokumentere temaer som ganning. Minde (2005) erfarte også at hennes informanter opplevde ubehag ved å fremme det samiske i faglige sammenhenger. Samisk helsepersonell opplevde å bli en alibi for eller mot det samiske som ble fremmet i faglige diskusjoner. Når ny forskning om samisk væremåte kommer frem, så sammenlignes disse resultatene med «samen» som faktisk ikke har de samme egenskapene, og da oppleves forskningsresultatene som ugyldige (Minde, 2005). En slik sammenligning opplevde denne studiens informanter også. Ved at de måtte forsvare samisk forskning, eller samiske tradisjoner for å være samiske og ikke typisk nord-norske.

Johansen (2011) understreker igjen at norsk media gjennom 30 år har vært med på å la disse følelsene gro, i stedet for å la de visne. Gjennom media har samiske spørsmål ofte blitt debattert på en negativ måte, og samer blitt fremstilt som løgnere, samfunnsnyltere, voldelige, har egne lover og i tillegg ønsker sitt eget stat. Nymo (2007), Urheim (2007) og Hansen (2012) understreker alle at denne negative fremstillingen av samer har medført til uheldig lav selvfølelse blant samer. Noe som har gjort at mange velger å legge «bort» sin samiske etnisitet og leve som vanlig «nordmenn».

Følelsen av å være forsvare for det samiske føles vond og skremmende. Samiske temaer kan ikke bare diskuteres på en normal og enkel måte. Alt skal være konkret og tunga skal holdes rett i munnen (Minde, 2005). Informantene føler ubehag når samiske saker fremmes og viser tydelig ønske om å forholde seg tause, for å slippe å forsvare eller ha noen mening om samiske temaer. Dette kan stamme fra to forskjellige samiske kulturelle egenskaper. Den ene er den samiske kommunikasjonsformen, hvor man holder seg taus, snakker indirekte for å ikke bli «tatt» ved senere anledning for egne uttalelser. Mens det andre faktisk er vonde sår fra fornorskingsperioden. Eller det kan være begge deler. Likevel fører denne tausheten til at deler av kompetansen og kunnskaper som samiske terapeuter har blir værende skjult.

6.4.2 Mellom barken og veden: Tradisjonell versus skolemedisin

Mange samiske helsepersonell har havnet mellom barken og veden i sine poster, det vil si mellom to verdisystemer. Det som er det samiske folkets eget verdisystem, hvor kunnskapstradisjoner om psykisk helse er påsatt ondskap av andre, og det norske helsevesenets, hvor slike påstander om overnaturlighet kan kobles opp mot psykisk lidelse. Bongo (2012) drøfter hvordan hennes informanter lever innenfor to forståelseshorisonter, den samiske kulturen med sine verdier og forklaringsmodeller og det norske helsevesenet. Dette innebærer at samisk helsepersonell må forholde seg til to virkelighetsforståelser for å forstå sykdom og helse på. Noe som skaper en del etiske dilemmaer når forståelsesmodellene er så ulike når det gjelder psykisk helse. Bongo (2012) understreker videre at samiske helsepersonell opplever at de ikke er tilstrekkelig i stand til å gi helsetilbud til samiske pasienter slik de vet at samiske pasienter forventer av dem (Bongo, 2012). Denne studien viser også hvordan informantene havner mellom to forståelsesmodeller og hvordan dette skaper usikkerhet med tanke på hva som er godkjent og formell helsehjelp. Usikkerheten handler først og fremst hvordan fremme samisk sykdomsforståelse som faglig utfordrende uten å røpe sin egen tro. Gand er et tabubelagt tema, og det er knyttet mye skam i det å tro på den tradisjonelle sykdomsforståelsen (Bongo, 2002). Hva den enkelte terapeuten tror på eller ikke er en privatsak, og å løfte opp den samiske kulturens sykdomsforståelse kunne i verste fall røpe terapeutens egne formeninger om hva som er reelt eller ikke når gand kom opp som tema.

Larsen (2013) har sett på hvordan samisk helsepersonell forholder seg til «læsing» som profesjonelle og som privat personer. Hennes studie viste at samisk helsepersonell hadde masse kunnskaper om «læsing» og viste stor åpenhet for dette når pasienter snakket eller benyttet seg av dette. Men å snakke om «læsing» sammen med kolleger eller i faglige fora opplevdes vanskelig, selv om «læsing» ble benyttet av dem i privatlivet. «Læsing» er også et tabubelagt tema, og å snakke åpent om det oppleves galt og unaturlig. Noe som informantene i denne studien også opplevde. Gand er tabubelagt tema, ønsker pasienten å snakke om det, så er det greit. Men å dokumentere eller drøfte om det skapte innvendige konflikter for den samiske helsepersonell som ønsker å fremme samisk psykisk helse, men likevel hedre den samiske verdien om å ikke prate om gand.

Andreassen (2007) drøftet hvordan samisk helsepersonell kan innta to forskjellige posisjoner i møte med samiske pasienter. Den norske posisjonen som har kunnskaper om vestlig

anerkjente behandlingsformer, medisiner og hvordan imøtekomme pasienter på en ordentlig og høflig måte. Og den samiske posisjonen, som tillater dem å forstå den samiske smerten og redselen for hva sykdommen vil komme med (Andreassen, 2007). Informantene i denne studien kom nok også i slik posisjon hvor de kunne se tanken om gand med norske øyne, samtidig som den samiske posisjonen hjalp dem i å forstå alvoret i dette. Hva som regnes som nyttig og verdifull kunnskap er avhengig av hvordan terapeutene ser på den verden de befinner seg i. De har lært å kjenne den samiske kunnskapstradisjonen og sykdomsforståelsen om psykisk lidelse som påsatt ondskap, men har i tillegg lært ny kunnskap om biomedisin eller skolemedisin som allmenn godkjent kunnskap. Utbyggingen av offentlige helsetjenester over de siste generasjonene har gjort folk flest mindre avhengige av folkemedisinens lokale ordninger, og mange steder er disse ordningene blitt mindre synlige (Altern & Minde, 2000). Men for mange pasienter tar den tradisjonelle, samiske medisinen vare på noen behov som det er vanskelig å få dekket i moderne, norske helsetjenestens verdi. Nergård (2007) ønsker mer åpenhet og integrering av samisk kunnskapstradisjon i offentlige helsetjenester, deriblant mer forståelse for den samiske sykdomsforståelsen om psykisk lidelse som påsatt ondskap av andre. Spiritualitet og tro er viktige elementer i samisk psykisk helse, og studiens resultater viser at de blir integrert i helsehjelpen – men på en skjult måte.

7.0 Avslutning

7.1 Oppsummering

Studien viste at kulturforståelse i møte med samiske pasienter kan åpne muligheten for mer sensitive samtaler, som eksempel temaer om den tradisjonelle sykdomsforståelsen, ganning og tro. Funn viser at kompetanse om samisk kommunikasjonsform, og det å våge å anerkjennelse den samiske forståelsesmodellen uansett hvor langt fra virkeligheten den var fra, var de viktigste egenskapene i møte med pasienter som hadde opplevd gand. Disse to egenskapene ville føre til at pasientene følte seg respektert og forstått i møte med helsevesenet. Det ble likevel understreket av informantene at det var det samiske språket som var en «portåpner» til gjensidig respekt og tillit mellom pasient og terapeut. Å trekke inn spiritualitet og tro i terapien blir naturlig når temaet er gand, og informantene ønsket mer åpenhet om spiritualitet i samtalene i samisk psykisk helse. Om samisk sykdomsforståelse i

forhold til psykisk lidelse skulle løftes mer frem i helsevesenet førte informantene inn i en konfliktzone. Troen på gand og denne ondskapen er av privat art og skal snakkes om i det skjulte. Det å sette ondt på andre er gammel samisk overtro, og vil være kilde til latterliggjøring av samene hos majoritetsbefolkningen. Både Skau (2005) og Rosenvinge (2004) understreker viktigheten av å vurdere kunnskapens nytteverdi, for å gjøre det til gyldig kunnskap. Om samisk psykisk helse forholder seg taus i forhold til kulturell kompetanse som benyttes i møte med pasienter som snakker om gand vil denne kompetansen ikke kunne reflekteres over, eller gjøres om til gyldig kunnskap. På denne måten kan usikkerheten om egen profesjonelle handlemåte fortsette når tabubelagte temaer fremmes i terapien. Samtidig blir tanken om at samisk kunnskapstradisjon sammen med medisinsk kunnskapstradisjon best er blandet og mikset i møte med samer som har opplevd gand værende skjult i både samisk psykisk helse og i norsk helsevesen.

7.2 Metodekritikk

Ved å sette et kritisk blikk på studiens metode ser man elementer som kanskje hadde forbedret studien. Fokusgruppeintervju med flere samiske helsearbeidere, både psykiatriske sykepleiere/miljøterapeuter og psykologer i samme gruppe. Dette kunne ha løftet opp faglige diskusjoner og refleksjoner rundt temaet gand, og gitt fylldigere beskrivelser av hva som oppleves som viktig kompetanse når pasientene snakker om gand og psykisk helse.

Intervjuene var også preget av det som skjedde i media i den tiden intervjuene pågikk. I lokale aviser og sosiale medier var det heftige diskusjoner hvorvidt samer var Norges urbefolkning eller ikke, og det florerte av negative holdninger mot samer, reindrifta og samisk kultur. Intervjuene bar tydelig preg av sinne og sårhet mot det norske samfunnet. Jeg tør med dette å anta at uten disse negative avisskriveriene i den tiden, hadde intervjuene hatt et preg av stolthet og ønske om å løfte frem det samiske som viktig kunnskap.

7.3 Videre forskning

Informantene i denne studien tilhørte både kommunale tjenester og spesialist helsetjenesten. Refleksjoner rundt åpenheten og viktigheten av samisk kulturkompetanse i møtet med samiske pasienter bar preg av at terapeuter fra spesialist helsetjenesten var mer trygg på egen kulturelle helsehjelp. Det hadde vært interessant å vite hva grunnen til dette er, om dette var

personavhengig eller om helsepersonell fra spesialist helsetjenesten bevisst jobber med å styrke samisk identitet og kultur blant egne terapeuter.

Det hadde også vært interessant å sett på forskjellene mellom samiske- og ikke samiske terapeuters handlemåte med samiske pasienter som opplever gand. Finnes det forskjeller, og om ikke-samiske terapeuter håndterer slike kultursensitive temaer på lik linje med samiske terapeuter.

Resultater fra studier om samiske pasienters tilfredshet av helsehjelpen har vist hvor misfornøyde pasientene er, men hvordan opplever samisk helsepersonell kvaliteten på helsehjelpen de gir til samiske pasienter, hvor fornøyde er de. Preges de også av misnøye med å behandle etter norske retningslinjer, eller opplever de helsehjelpen som bra.

Nye spørsmål og refleksjoner rundt egen praksis under masterskrivingen har medført til større ydmykhet og forståelse for kompetansen samiske terapeuter har i møte med kultursensitive temaer som gand. I tillegg har jeg fått større innsikt i hvor viktig det er for helsepersonell å videreutvikle sine kommunikative ferdigheter opp mot den kulturen eller lokalsamfunnet man jobber i. Å møte pasienter med kyndig blick skaper den beste forutsetningen for god helsehjelp.

Litteraturliste

- Andersen, K.B (2007). *Å berges: erfaringer om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser i sjøsamisk område*. Masteroppgave i psykisk helsearbeid, Høgskolen i Hedmark; Høgskolen i Vestfold; Høgskolen i Gjøvik, Elverum
- Altern, I & Minde, G.T (2000). Samisk folkemedisin i dagens Norge. Rapport fra seminar i regi av Institutt for sosiologi og Senter for samiske studier, Tromsø 26-27 nov 1998. Skriftserie nr 9. Senter for samiske studier. Universitetet i Tromsø. Tromsø.
- Andreassen, G.B (2007). *Addet sami calmmiidguin. Å forstå med det samiske blikket*. Mastergrad i praktisk kunnskap, Senter for praktisk kunnskap, Høgskolen i Bodø.
- Austad, A & Stålsett, G (2007). *Klinisk religionspsykologi og psykoterapi: Vitaprojektet*. Psyke & Logos, 2007, 28, 805-821
- Barrio, C (2000). *The cultural relevance of community support programs*. Psychiatric services, 51: 879-8784.
- Beals, J (2006). *Racial disparities in alcohol use: comparison of 2 American Indian reservation populations with national data*. Am J Public Health. 2003;93:1683-1685
- Bhui, K & Sashidharan, S.P (2003). *Should there be separate psychiatric services for ethnic minority groups?* British journal of Psychiatry, 182: 10-12.
- Boine, E.M (2010). *Kulturorientert praksis. En veileder*. Barnevernets Utviklingssenter i Nord-Norge.
- Boine, R (2011). *Meahcceterapija – terapi med samiske familier*. Fontene 10/11.
- Bongo, B.A (2002). *«Hva er en bærer»? : belysning om en måte å forstå psykiske lidelser på i den samiske kulturen*. Hovedfagsoppgave, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Bongo, B.A (2012). *«Samer snakker ikke om helse og sykdom». Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom*. En kvalitativ studie i samisk kultur. Doktorgradsavhandling. Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag. Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Dagsvold, I (2006). «*In gille huma*» - *de tause rommene i samtalen: samiske fortellinger om kreft*. Masteroppgave i sykepleie og helsevitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Dagsvold, I (2010). *Det kultursensitive helsemøtet. Kunnskapsmessige utfordringer*. I: A.C Silviken & V. Stordahl (Red.), *Samisk psykisk helsevern: nye kunnskap, kjente steder og skjulte utfordringer*. S.34-54. Kárášjohka: Čálliid Lágadus.

Dalland, O (2010). *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Akademisk. Oslo

Eide, T. og Aadland, E (2008). *Etikk håndboka for kommunenes helse- og omsorgstjeneste*. Oslo, Kommuneforlaget AS.

Elgarøy, S (2010). *Om kulturen i psykisk helse*. I: A.C Silviken & V. Stordahl (Red.), *Samisk psykisk helsevern: nye kunnskap, kjente steder og skjulte utfordringer*. S.16-33. Kárášjohka: Čálliid Lágadus.

Fernando, S (2005). *Multicultural mental health services; projects for minority ethnic communities in England*. *Transcultural Psychiatry*, 42: 420-430.

Flaskerud, J. H. 1986: *The effects of culture compatible interventions on the utilization of mental health services by minority clients*. *Community Mental Health Journal*, 22: 127-141

Flemmin, V & Robb, Y (2003). *Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian based research method*. *Nursing Inquiry*, Volume 10, Issue 2, pages 113–120, June 2003

Fog, J (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative interview*. København. Akademisk forlag.

Gerhardsen, E (2010). «*Jeg skjønner meg ikke på dem*». Om kulturelle faktorer i kommunikasjonen. I: A.C Silviken & V. Stordahl (Red.), *Samisk psykisk helsevern: nye kunnskap, kjente steder og skjulte utfordringer*. S.69-82. Kárášjohka: Čálliid Lágadus.

Hanem, T. (1999). *Kartlegging av nokre folkelige førestillingar om sjukdom og ulukke i eit samisk område. Drøfting av kliniske implikasjoner i møte med vestleg psykologi*.

Diedut.4/199. Sami Instituhtta/Samisk Institutt, Kautokeino.

- Hansen, K.L (2011). *Ethnic discrimination and bullying in relation self-reported psysical and mental health in Sami settlement areas in Norway*. Doktorgradsavhandling. Faculty of health science. Universitetet i Tromsø.
- Hansen, K.L (2012). *Likestillingsstatus blant samer. En kunnskapsstatus*. Universitetet i Tromsø.
- Hansen, K. L (2015). *Ethnic discrimination and health: the relationship between experienced ethnic discrimination and multiple health domains in Norway's rural Sami population*. International Journal of Circumpolar Health 2015; Volum 74 (25125). ISSN 1239-9736.s 1 - 12.s
- Hermansen, N. (2002). *Helsearbeid på Maori vis: utvikling av helsetjenester på urfolks premisser*. Hovedoppgave i sosialantropologi, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Husum, H (2007). *Der hjemlaushet er endemisk*. Tidsskrift for Norsk Psykisk Helsearbeid. Vol.4, Nr.1. Universitetsforlaget, Oslo.
- Jávo, A.C (2003). *Child-rearing and child behavior problems in a Sami population: a cross cultural study of families with preschool children*. Doktorgradsavhandling. Det medisinske fakultetet, Universitetet I Tromsø, Tromsø.
- Jávo, C (2007). *Utviklingen av en barnepsykiatrisk tjeneste for den samiske befolkningen*. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid. Vol.4. Nr. 1. s.90-98. Universitetsforlaget.
- Jávo, C (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer*. Transkulturell forståelse, veiledning og behandling. Universitetsforlaget.
- Johansen, A (2011). *Samer i to norske nyhetsmedier*. En undersøkelse av saker med samisk hovedfokus i Nordlys og Dagsrevyen i perioden 1970-2000.
- Kaldestad, E (1995). *The relationships among religiosity, personality and mental health*. Scand J Psychol. 1995 Mar;36(1):95-108
- Kalhovde, A.M (2005). *Å høyra meir enn dei fleste. Forstående perspektiv på levd erfaring av å høyre stemmer og lydar*. Hovedfagsoppgåve. Det medisinske fakultet. Institutt for klinisk medisin, avd. for sjukepleie og helsefag. Universitetet i Tromsø. Tromsø.

Knappskog, K (2010). *Å opptre som en kulturelt kompetent og sensitiv psykolog*. Refleksjoner fra en norsk psykolog i Sapmi, I: A.C Silviken & V. Stordahl (Red.), *Samisk psykisk helsevern: nye kunnskap, kjente steder og skjulte utfordringer*. S.55-68. Kárášjohka: Čálliid Lágadus

Kvale, S & Brinkmann, S (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo. Ad notam Gyldendal

Kvernmo, S. (2003). *Helse og levekår blant samer i fortid og nåtid* s.38-47. I: Ottar Nr.2/2003. Populærvitenskapelig tidsskrift fra Tromsø Museum- Universitetsmuseet Nr. 245.

Kvernmo, S (2014). *Tiden er et skip som ikke kaster anker. Utvikling av helse- og sykdomsbildet og helsetjenester i den samiske befolkningen*. Utposten 6.

Larsen, A.L (2012). «*Fortellinger om læsing*». Mastergradsoppgave i helsefag. Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag. Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Larsen, A.L & Foss, N (2013). *Helsepersonell og «læsing»*. *Hva forstår de, hva får de vite og hvordan forholder de seg til det?* Bårjås.

Loem, G (2008). *Making Sense Of Stories - The Use Of Patient Narratives Within Mental Health Care Research*. Journal of Nursing Philosophy, 9, s 62-71.

Malterud, K (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. 3 utgave. Universitetsforlaget. Oslo.

Meløe, J (1994). *Steder og verdener i Kunnskap og utvikling*. Rapport fra Nasjonal Fagkonferanse i Pedagogikk Haavelsrud, Magnus (Red.) Norges Forskningsråd og Universitetet i Tromsø 1994

Minde, G.T (2005). *Daza lahkai – på norsk vis. En kartlegging av helse- og sosialtjenesten i Tromsø kommune – om den styrker eller svekker samiske brukeres forskjellige hjelpebehov*. HIF-rapport. Universitetet i Tromsø. Tromsø.

Molander, B (1996). *Kunnskap i handling*. Bokforlaget Daidalos AB, Gøteborg.

Møllersen, S., Sexton, H.C & Holte, A (2005). *Ethnic variations in the initial phase of mental health treatment: A study of Sami and non-Sami clients and therapists in northern Norway*. Scandinavian Journal of Psychology, 46: 447-457.

Møllersen, S (2009). *Den som tier samtykker – eller ikke. Kulturforståelse og samhandling med den samiske pasienten*. Utposten, nr.8.

Nergård, J.-I. (1994). *Det skjulte Nord-Norge*. Oslo: Pensumtjeneste.

Nergård, J.I (2007). *Den levende erfaring. En studie i samisk kunnskapstradisjon*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo.

NOU (1995:6). Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Oslo: Sosial- og helse departementet.

Nymo, R. (2003). *“Har løst å kle på sæ kofte, men tør ikkje og vil ikkje”*: en studie av fornorskning, identitet og kropp i markebygdene i Ofoten og Sør-Troms. Hovedoppgave i sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

Nymo, R (2007). *Den samiske pasientens mangfold – er omsorgsutøveren beredt til møtet?* Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid. Vol.4, nr.1, s. 33-42. Universitetsforlaget.

Nystad, T. Melhus, M. & Lund, E. (2006). *Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene*. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr.6, 126 s.738 – 40

Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur - innenfra. utenfra elle begge deler? I: E.Fossaskaret, O.L. Fuglestad & T.H. Aase, (Red.) Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rene, S.E (2009). *Er religion neglisjert i psykologutdanningen*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 46, nummer 9; 837-842.

Rosenheck, R., Fontana, A. & Cottrol, C. 1995: *Effect of clinician-veteran racial pairing in the treatment of posttraumatic stress-disorder*. American Journal of Psychology, 152: 555-563.

Rosenvinge, J.H (2004). *Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan det læres?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Vol 41, nr 9, s. 706-712. Oslo

- Saus, M (2006). *Det kyndige blikk, det ukyndige blikk og det døde blikk*. Serien Kultur og barnevernsarbeid. Barnevernets Utviklingssenter i Nord-Norge
- Saus, M & Boine, E.M (2008). *Kulturell kompetanse*. Prosjektrapport. Barnevernets Utviklingssenter i i Nord-Norge.
- Sexton, R (2009). Traditional healing and the public mental health services in Sámi areas of northern Norway: interfaces and cooperation. Doktorgradsavhandling. Det helsevitenskapelige fakultetet, Universitetet I Tromsø. Tromsø.
- Sexton, R & Sørli, T (2008). *Use of traditional healing among sami psychiatric patients in the north of Norway*. International journal of Circumpolar Health 67:1.
- Silviken, A & Stordahl, V (2010). Samisk Psykisk helsevern. Nye landskap, kjente steder og skjulte utfordringer. ČálliidLágadus. Karasjok.
- Skau, G.M (2005). Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. Cappelen Akademisk forlag. 3 utgave. Oslo.
- Stifoss-Hanssen, H (1996): *Seeking Meaning or Happiness? Studies of selected aspects of the relationship between religiosity and mental health*. Doktorgradsavhandling. Det Medisinske fakultet. Trondheim.
- Stifoss-Hanssen, H (1997). *Psykosens religiøsitet*. Tidsskrift for sjelesorg 1997:3;115-26.
- Stordahl, V. (1998). *Refleksjoner rundt utvikling av en samisk psykiatri*. I: H. Eidheim, & V. Stordahl, (Red.). Kulturmøte og terapi i Sapmi s.11-24. Kárášjohka: Davvi girji.
- St.prp. nr. 63 (1997-1998) *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*.
- St.meld.nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet, Oslo.
- Stuart, G. W., Minas, J. H., Klimidis, S. & O'Connell, S. 1996: *English language ability and mental health service utilization: A census*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30: 2370-277
- Stålsett, G (2012). *Existential and Religious Issues in Psychotherapy: Development and evaluation of a new integrative treatment model (VITA) for comorbid depressive disorders*. Doktorgradsavhandling. Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo. Oslo

Sue, S (1998). *In search of Cultural Competence in Psychotherapy and Counseling*. American Psychologist, 53(4):440-448.

Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L- T-, Takeuchi, D. T. & Zane, N. W. 1991: *Community mental health services for ethnic minority groups: a test of the cultural responsiveness hypothesis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59. 533-540.

Sørli, T & Nergård, J.I (2005). *Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment: A comparative study*. Transcultural Psychiatry, 42:295-316.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Thornquist, E (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tjora, A (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2 Utgave. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Urheim, R. (2007). *Trenger samer et tilpasset helse- og sosialtilbud?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol.4.Nr1. Universitetsforlaget.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Waldegrave, C., Tamasese, K., Tuhaka, F. & Campbell, W (2003). *Just Therapy – a journey. A collection of papers from Just Therapy Team*, New Zealand. Dulwich Centre Publications, Adelaide, South Australia.

Ziguras, S. J., Stankovska, M. & Minas, I. H. 1999: *Initiatives for improving mental health services to ethnic minorities in Australia*. Psychiatric Services, 50: 1229 - 12231.



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKTET TRADISJON VERSUS SKOLEMEDISIN

Mitt navn er Marit Ellen Inga Bals. Jeg er masterstudent i Helsefag, studieretning psykisk helse ved UiT Norges arktiske universitet og er nå i gang med min masteroppgave hvor temaet er tradisjonell medisin versus skolemedisin. Jeg vil se på samiske terapeuters erfaringer i møte med pasienter/klienter som har pratet åpent om ganning i behandlingen og hva slags kompetanse de opplever er viktig når slike tema kommer opp i behandlingen.

For å belyse mitt problemstilling ønsker jeg å intervju samiske fagpersoner med noen års erfaring i feltet, og som har erfaringer med klienter/pasienter som har opplevd ganning og snakket om dette til terapeuten. Jeg ønsker å gjøre et åpent intervju ut fra noen forberedte spørsmål, i perioden oktober/november 2014. Jeg tar intervjuene opp på lydbånd og materialet vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og personvern, og blir slettet etter evalueringen av masteroppgaven i november 2015.

Det er viktig å presisere at å være med er helt frivillig og at det er min plikt til å verne om deltageres interesser. Det betyr at jeg i masteroppgaven vil anonymisere alle personlige forhold slik at det ikke kan peke tilbake på enkeltpersoner hva navn og situasjon angår. Hvis du ønsker å delta, har du rett til innsyn i hvilke opplysninger som blir registrert om deg. Funnene vil jeg bruke i min skriftlige masteroppgave som skal være ferdig i mai 2015.

Om du ønsker å delta i undersøkelsen trenger jeg din underskrift på vedlagte samtykkeerklæring. Her opplyses det at du når som helst kan trekke deg fra å delta, selv om du i første omgang sa deg villig.

Ta gjerne kontakt for nærmere info. Ring, send sms eller mail hvis du ønsker å delta.

Vedlegg 2

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har lest informasjonsbrevet angående prosjektet med tittelen: *Tradisjon versus skolemedisin*.

Jeg er inneforstått med at de opplysninger jeg bidrar med vil behandles konfidensielt og anonymitet er sikret. Jeg samtykker i at opplysningene som framkommer i dette prosjektet kan brukes i masteroppgaven.

Jeg er blitt informert om at intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og forsikret om at datamateriale vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk, og makulert etter evalueringen av masteroppgaven er foretatt, november 2015.

Jeg er også kjent med at deltagelse i prosjektet er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta, selv om jeg i første omgang sa meg villig.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet og å la meg intervjuet.

Sted:

Dato:

Underskrift:

Mob nr: _____

Epost: _____

Vedlegg 3

Intervjuguide

(HUSK SAMTYKKESKJEMA)

Før intervjuet vil jeg fortelle litt om min bakgrunn, hvordan intervjuet skal gjennomføres, høre om informantene har spørsmål om intervjuet og åpne for at informant kan fortelle fritt, men at jeg har noen emner jeg ønsker vi kommer innom i løpet av intervjuet. Husk å informere informanten om muligheten å lese gjennom rådata, transkriberingen.

Intervjuet skal vare ca. 1 time, eller mindre.

Kan du fortelle om en pasientmøte hvor ganning var et tema?

Hvordan opplevde du å samtale om slike temaer i samtalerommet?

Hva slags råd/hjelp kunne du gi pasienten/klienten?

Hva slags kompetanse opplevde du som viktig i dette møtet?

Hvordan synliggjorde du samtaletema gjennom journalføringen? Ble samtalen dokumentert? Eventuelt dine vurderinger?

Hvordan kartla du pasientens/klientens engstelse for trolldom?

Hvordan tenker du skolemedisinen hadde forklart fenomenet ganning?

Gunn Pettersen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 11.09.2014

Vår ref: 39712 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39712	<i>Tradisjon versus skolemedisin. Samiske terapeuters erfaringer i møte med kultursensitive temaer i terapirommet</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gunn Pettersen</i>
Student	<i>Marit Ellen Inga Bals</i>

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, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Kopi: Marit Ellen Inga Bals maritbals@hotmail.com



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39712

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at beskrivelser av terapeutens opplevelser er så generelle at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes. Personvernombudet gjør oppmerksom på at opplysninger som kan identifisere 3. personer (pasienter) kan ikke forekomme uten at det vil være et brudd på taushetsplikten.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 30.6.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel), slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) og slette lydopptak.