

”DE FORSTÅR IKKE HVA SOM ER VIKTIG FOR OSS”

Helsetjenester og sørsamer

Marianne Hedlund
Anne Moe

NORD-TRØNDELAGSFORSKNING
STEINKJER
2000

Tittel : ”DE FORSTÅR IKKE HVA SOM ER VIKTIG FOR OSS”
Helsetjenester og sørsamer

Forfattere : Marianne Hedlund
Anne Moe

NTF-rapport : 2000:2

ISBN : 82-7732-107-4

ISSN : 0802-9393

Prosjektnummer : 1230

Prosjektnavn : Helsetjenester og sørsamer

Oppdragsgiver : Sametinget

Prosjektleder : Marianne Hedlund

Prosjektrådgiver : Nanna Kurtze i innledende faser
Per Morten Schiefloe deretter

Medarbeider : Anne Moe

Layout/redigering : Anders Sønstebø

Referat : Rapporten er en kartlegging av hvordan
primærhelsetjenesten fungerer overfor sørsamiske brukere
og viktige aspekt for å få til et tilrettelagt helsetilbud til
denne målgruppen.

Sammendrag : Norsk

Emneord : Sørsamer, Helsetjeneste, Profesjon, Kultur, Kontekst,
Samisk identitet

Dato : Mars 2000

Antall sider : 116

Pris : 125,-

Utgiver : Nord-Trøndelagsforskning
Serviceboks 2533, 7729 STEINKJER
Telefon 74 13 46 60
Telefax 74 13 46 61

FORORD

Vi retter en spesiell takk til de informanter som har stilt opp til intervju slik at denne undersøkelsen kunne gjennomføres. Vi er en stor takk skyldig fordi dere ville delta med erfaringer dere hadde. En takk også til sentrale personer ved Samisk kultursenter i Snåsa, Saemien Sitje for det engasjement dere viste for undersøkelsen. Vi har fått mange nyttige og kritiske innspill fra dere som har vært viktig for at undersøkelsen kunne gjennomføres. En takk også til samisk kultursenter i Hattfjelldal, Sitji Jarnge for det samarbeid og den erfaringsutveksling som vi har hatt underveis i prosjektet. Vi vil også takke vår oppdragsgiver, Sametinget, som har finansiert undersøkelsen. Spesielt takk for et givende arbeidsseminar i Tromsø senhøstes 1999, hvor vi fikk møte deltakere fra andre prosjekt som også jobbet i forhold til oppfølging av NOU 1995:6 ”Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge”. Takk også til professor Per Morten Schiefloe for konstruktive innspill og rådgivning i rapportskrivningen. Også takk til Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT), avdeling for helsefag i Namsos, og avdeling for lærerutdanning for faglige dialoger underveis i prosjektet. Sist, men ikke minst en stor takk til referansegruppa, Jonhild Joma, Åke Jünge og Olgeir Haug. Den hjelp og det engasjement dere viste var av stor verdi for oss. Arbeidet som presenteres i denne rapporten, er et resultat av det samarbeidet som vi som har jobbet som forskere ved Nord-Trøndelagsforskning har hatt om undersøkelsen. Anne Moe og undertegnede deler forfatterskapet.

Steinkjer, mars 2000

Marianne Hedlund
prosjektleder

INNHOOLD

	side
FORORD	i
INNHOOLD	iii
FIGURLISTE	v
TABELLER	v
SAMMENDRAG	vii
1. OPPBYGGINGEN OG LESINGEN AV DENNE RAPPORTEN	1
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Målsetting med undersøkelsen	2
1.3 Problemstillinger	3
1.4 Avgrensinger	4
1.5 Samarbeidet med undersøkelsen gjort ved Sitji Jarnge – det samiske kultursenteret i Hattfjelldal	5
2. NOEN TEORETISKE ASPEKT – SØRSAMISK IDENTITET OG HELSE	7
2.1 Etnisitet	7
2.2 Mangfoldig kulturidentitet	8
2.3 Stigmatisering og stereotypier	10
2.4 Sørsamisk minoritetsproblematikk og helse	11
2.5 Helse, sykdom og kulturell uttrykksform	13
3. METODE	17
3.1 Beskrivelse av undersøkelsen	17
3.2 Kvalitativ metode	18
3.2.1 Utvalg basert på kvalitative kriterier	18
3.2.2 Noen kjennetegn ved informantene	20
3.3 Datas styrke og svakhet	21
3.4 Forskningsetiske hensyn	23
4. LOKALSAMFUNN OG PRIMÆRHELSETJENESTEN	25
4.1 Det sørsamiske området	25
4.2 Helsetjenester	28

4.3	Lik helsetjeneste til alle	29
4.4	Kjennetegn ved distriktskommuner	30
5.	MØTET MELLOM SØRSAMER OG PRIMÆRHELSETJENESTEN	33
5.1	Samens gode helse	33
5.2	Samen – den perfekte pasient	35
5.3	Forebyggende helsearbeid er vanskelig	38
5.4	Utsatte grupper med særlige behov	40
5.4.1	Hjelp i hjemmet	46
5.5	Psykiske problemer	48
5.5.1	Hvor finnes hjelpa?	52
5.6	Ingen spesielle behov, men spesiell levemåte	54
5.7	Avmakt i møte med helsevesenet og storsamfunnet	57
6.	HELSE OG KULTURFORSTÅELSE	61
6.1	Språk og helse	61
6.2	Reindrift og helse	63
6.3	Likhet eller likeverd	67
7.	TILPASNING ELLER DISKRIMINERING AV SØRSAMER – NOEN AVSLUTTENDE KOMMENTARER	71
7.1	Innledning	71
7.2	Helse og sørsamer	71
7.3	Profesjonsutøvelse i flerkulturelle lokalsamfunn	73
7.4	Kollektivt minne og smerte	75
7.5	Oppsummeringer og konklusjoner – delte meninger om helsetjenesten	77
7.6	En integrert helsetjeneste for sørsamer – noen forslag til oppfølging	81
	LITTERATURLISTE	83
	Vedlegg 1: Informasjonsbrev	
	Vedlegg 2: Intervjuguide – helsepersonell	
	Vedlegg 2: Intervjuguide – samer	

FIGURLISTE

Figur	side
2.1: Aspekt ved personlig og gruppeidentitet i etniske grupper (inspirert fra Calhoun 1994, Marianne Hedlund)	9
4.1: Oversiktskart over ulike samiske områder i Norden. (Devik gjengitt av Jünge 1996)	26

TABELLER

Tabell	side
3.1: Kriterier på utvalgene i undersøkelsen	20
4.1: Omfang av reindriftnæringen sør for Nordland i driftsåret 1998/99	27

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Denne undersøkelsen er et resultat av et oppfølgingsprosjekt av *NOU 1995:6: Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge*. I utredningen påpekes det flere svakheter i helse- og sosialtjenestetilbudet som tilbys den samiske befolkningen. Dette resulterte i et oppfølgingsarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet (SHD) Sametinget. Det ble utarbeidet en plan fra Sametinget over prioriterte satsningsområder som er viktig for et slikt oppfølgingsarbeid, og penger ble bevilget fra helse- og sosialdepartementet over statsbudsjettet til å gjennomføre prosjekt knyttet til disse satsningsområder. Områder som fikk prioritet i den forbindelse var følgende:

- utrednings- og prosjektarbeid med sikte på tilpasning av helse- og sosialtjenester til samisk virkelighet
- prosjektarbeid og metodeutvikling for tiltak, som har basis i samisk kultur, og som direkte går ut på å forbedre helse- og sosialsituasjonen for den samiske befolkning
- metodeutvikling og tilretteleggelse av tiltak for ulike behov innenfor den ordinære helse- og sosialtjeneste i samiske områder
- opplæring av helse- og sosialpersonell i samisk språk og kulturforståelse
- utbygging av tolketjeneste

Denne undersøkelsen er utført på oppdrag fra Sametinget på basis av en slik satsing. Den er *et* delprosjekt som ble gjennomført i 1999 og konsentrerer seg på å kartlegge hvordan helsetjenester fungerer for den *sørsamiske befolkningen*.

Undersøkelsen

Formålet med rapporten er flersidig. Et formål er at rapporten skal danne grunnlag for undervisning ved helsefaglige utdanningene ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Et annet formål er at den er ment gi faglig grunnlag for utviklingsarbeid for å få til en tilrettelagt helsetjeneste for sørsamer. Denne rapporten gir innsikt i hvilke utfordringer og problem som det er nødvendig

å ta hensyn til for at helsetjenestetilbudet skal fungere tilfredsstillende for sørsamiske brukere. Den gir også innsikt i hva som kan være problemer for sørsamer som ikke vil benytte seg av helsetjenestetilbudet. Undersøkelsen gir innsikt i temaer og problemfelt som er sentrale for samhandling mellom helsearbeidere og sørsamer. En slik samhandling settes inn i en kulturell og helsemessig kontekst. I tillegg relaterer undersøkelsen denne samhandlingen til hvilken utforming av helsetjenestetilbud som eksisterer i små lokalsamfunn.

Problemstilling

Konkret har undersøkelsen konsentrert seg på å kartlegge møtet mellom *primærhelsetjenesten* og *sørsamer*. Søkelystet har vært rettet på om behov blant sørsamer blir ivaretatt av primærhelsetjenesten. Dette ble gjort gjennom å studere disse problemstillingene:

- Hvilke helseproblemer for personer med samisk tilhørighet forekommer og er det spesielle problem som gir seg uttrykk i møtet helsevesenet?
- Tar personer med samisk tilhørighet kontakt med primærhelsetjenesten om helseproblem, eller avstår de fra et slikt møte og bruker alternative behandlingsmetoder?
- Får personer med samisk tilhørighet ivaretatt sine helsebehov innen den kommunale helsetjenesten, og finnes det spesielle behov som det er viktig å ivareta?
- Er terminologi og sykdomsvokabular som brukes av helsepersonell kjent for brukere i målgruppen og benyttes det andre uttrykk i samisk terminologi, som ikke er kjent blant helsepersonell i kommunen?
- Finnes det mønster i kommunikasjon og samhandling mellom brukere av helsetjenesten og brukere som ikke benytter seg av helsetjenesten med henblikk på helseproblemer?
- Har utskiftning av helsepersonell innvirkning på hva som er problematisk og hvilke grupper innen helsetjenesten som brukere kjenner til?

- Kartlegge erfaringer blant sørsamer når det gjelder mer diffuse sykdomsgrupper, slik som psykososiale problemer o.l. og se på om slike problemer forekommer og hvordan de blir ivaretatt?

Undersøkelsen er basert på dybdeintervjuer av to ulike informantutvalg som har blitt intervjuet om problemstillingene. Et utvalg besto av helsearbeidere, et annet utvalg av sørsamiske informanter. I alt er 19 informanter intervjuet i undersøkelsen.

Oppsummering

I undersøkelsen diskuteres det at mange helsearbeidere mener tilbudet som gis innen primærhelsetjenesten er likeverdig for samer og nordmenn. Dette fordi de anser at de ikke behandler samer annerledes enn andre brukere. Sørsamer blir i mange sammenhenger sett på som en perfekt pasientgruppe med få helseproblemer. Men det finnes også helsearbeidere i undersøkelsen som mener at det ikke eksisterer et bra helsetilbud til sørsamer uten at det legges spesielt til rette for god samhandling. En god samhandling skjer bare om helsearbeidere har god kjennskap til samisk kultur, og benytter dette som redskap i kommunikasjonen og yrkesutøvingen. Sørsamiske informanter bekrefter at dette kan være viktig. De oppgir også at de mange ganger har høy terskel for å oppsøke helsevesenet for å be om hjelp. Mange har liten tillit til helsevesenet, og føler sin kulturelle identitet misforstått i møtet med helsevesenet. Spesielt kan det oppstå problemer med hensyn til eldre samer med stort pleiebehov, men også blant grupper av kronisk syke og funksjonshemmede.

Undersøkelsen viser at reindriftnæringen er viktig i sørsamisk sammenheng, men at det finnes helseproblem som er direkte eller indirekte knyttet til næringen. Dessuten viser undersøkelsen at det snarere er en tendens til å underrapportere helseproblemer blant sørsamer, enn det motsatte. Slik underrapportering er ikke knyttet til problem med å forstå hverandre språklig. Det er snarere knyttet til opplevelser av manglende forståelse for hva som er viktig innen en sørsamisk kulturkontekst. I situasjoner hvor sørsamer kommer i et avhengighetsforhold til helsetjenestene, kan dette lett resultere i at brukere føler avmakt og derfor neglisjerer eller lar være å si noe om behov de har. Blant samer finnes det andre måter å håndtere slike problemer på, måter å uttrykke seg på og tolke situasjoner og dette innvirker

på samhandlingen med helsevesenet. I undersøkelsen pekes det også på at samisk kulturarv innebærer overføringer av kollektive forestillinger fra fortiden om nordmenn. Disse preges av mistillit til et norsk storsamfunn, og dette kan komplisere samhandlingen med helsevesenet ytterligere. For samer er helsevesenet en representant for storsamfunnet, ikke bare et tjenestetilbud

Undersøkelsen viser at sørsamer og problemer knyttet til deres behov og kulturelle identitet lett blir usynlig overfor helsearbeidere. Dette pga. at primærhelsetjenestene bygger på storsamfunnets normer og behov. Behov som ikke nødvendigvis er de samme for sørsamer som har en kulturell identitet å forholde seg til. Dette resulterer i tilfeller hvor det oppstår misforståelser i møtet med helsevesenet, ikke minst gjelder dette i institusjonsomsorgen. Dermed peker undersøkelsen på at det kan finnes et stort potensiale for kvalitetssikring av tjenestetilbudet overfor sørsamiske brukere. Et hovedfunn i undersøkelsen er at det eksisterer *delte meninger* om hvordan helsetjenesten fungerer for sørsamer, dette gjelder både blant sørsamer og blant helsearbeidere. Det ser ut at ståsted eller erfaring har betydning for om en mener at helsetjenestene er tilrettelagt.

Å utvikle et integrert helsetjenestetilbud for sørsamer, må av den grunn ta hensyn til slike ulike oppfatninger. Det er grunn til å peke på at et tilrettelagt helsetjenestetilbud må gi plass til et mangfold av sørsamisk identitet, og at det finnes ulike behov blant sørsamer. Tas det ikke hensyn til dette, oppstår det lett en stigmatisering av sørsamer – de blir behandlet som gruppe og ikke som de enkeltindivider de er.

Undersøkelsen viser det er vanlig å neglisjere behov knyttet til sørsamisk bakgrunn og kultur når helsearbeidere tilrettelegger et tilbud. Dette kan medføre sterkt assimileringstrykk mot sørsamer for å tilpasse seg et dominerende norsk majoritetssamfunn. Dette kan medføre tilleggsbelastninger, som kan gi helsemessige konsekvenser for en liten samisk minoritet. Denne minoriteten har i lang tid forsøkt finne sin egen plass i majoritetsamfunnet.

1. OPPBYGGINGEN OG LESINGEN AV DENNE RAPPORTEN

Denne rapporten består av syv kapitler. I første kapittel beskrives formål med undersøkelsen, bakgrunn, problemstillinger og avgrensninger som er gjort, samt samarbeidet med et annet prosjekt ved Hattfjelldal kultursenter (Sitji Jarng). I andre kapittel blir det presentert noen teoretiske aspekter brukt for å belyse problemstillingene og som har relevans når det gjelder å undersøke helsetjenestetilbudet som gis til samer som etnisk gruppe. I kapittel 3 presenteres metodevalg og design for denne undersøkelsen, og styrke og svakheter i data. Fjerde kapittel gir bakgrunn for den kontekst som studeres, nemlig distriktenes primærhelsetjeneste og tilbudet som gis sørsamer som minoritetsbefolkning. Dernest kommer to kapitler som tar opp tema knyttet til den empiriske undersøkelsen. Til slutt, i kapittel 7 kommer oppsummeringen av undersøkelsen, av de tema som beskrives i undersøkelsen og hvilke konklusjoner en kan dra når det gjelder problemstillingene. På slutten av syvende kapittel gis noen korte oppsummerende forslag til tiltak som kan gjennomføres for å sikre en mer tilgjengelig helsetjeneste for sørsamer i distriktskommuner.

Rapporten er lagt opp slik at det er mulig å lese hvert kapittel for seg, selv om det naturligvis er tråder som binder kapitlene sammen. Men for lesere som bare er interessert i f.eks. de empiriske data fra undersøkelsene, er det mulig å lese bare kapittel 5 og 6. De som bare er interessert i de metoder som undersøkelsen bygger på kan lese kapittel 2 osv. Når det gjelder empiriske data fra undersøkelsen, er disse temamessig framstilt. I kapittel 5 er temaene framstilt etter en kvalitativ kategorisering av de beskrivelsene som er gitt. I kapittel 6 gis det en kort analytisk presentasjon over viktige tema for en tilgjengelig helsetjeneste for sørsamer. Dette blir så fulgt opp i det siste kapitlet, som konkluderer med at det er flere utfordringer i sør når det gjelder å få til en helsetjeneste som gir sørsamiske brukere et likeverdig tilbud, og at en manglende kulturforståelse blant helsearbeidere lett kan gi et stigmatisert og diskriminerende helsetjenestetilbud.

1.1 Bakgrunn

Undersøkelsen kom i stand på initiativ fra forskere ved Nord-Trøndelagsforskning (NTF), sentrale personer ved avdelingen for lærerutdanning ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) og representanter for Samisk høyskole i Kautokeino. I disse miljøene mente man det fantes manglende kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerte overfor folk med samisk tilhørighet. Dette resulterte i at Nord-Trøndelagsforskning sendte en prosjektsøknad til Helse- og sosialdepartementet om å undersøke disse forholdene. Denne søknaden ble igjen oversendt til Sametinget i begynnelsen av 1999. På sommeren 1999 fikk Nord-Trøndelagsforskning oppdrag fra Sametinget om å gjennomføre en slik undersøkelse. Formålet med den var å sette kritisk søkelys på hvordan helsetjenesten fungerer i forhold til mennesker med samisk tilhørighet. Sametinget finansierte denne undersøkelsen og flere andre oppfølgende undersøkelser i tilknytning til oppfølging av arbeidet med NOU 1995:6 "Helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen". Et annet slikt prosjekt var en undersøkelse gjennomført ved det sørsamiske kultursenteret i Hattfjelldal, Sitji Jargne. Paralleller mellom denne undersøkelsen og NTFs undersøkelse gjorde at oppdragsgiver Sametinget anmodet sterkt om et samarbeid. Vi har hatt utbytte av å dele erfaringer og hatt jevnlige møter med prosjektleder for undersøkelsen ved Sitji Jarnge underveis. Mer om dette samarbeidet, beskrives i punkt 1.5.

Det som her er beskrevet danner bakgrunnen for denne undersøkelsen. I løpet av undersøkelsen, er det gjort noen endringer av design og innhold i forhold til opprinnelige søknad, jf. punkt 1.5. Undersøkelsen ble gjennomført i løpet av 13 hektiske forskningsuker høsten 1999.

1.2 Målsetting med undersøkelsen

Denne undersøkelsen har hatt disse målsettingene:

- Å analysere primærhelsetjenestens funksjon i forhold til den samiske befolkningen – om den fungerer etter de behov målgruppen har for denne tjenesten.
- Gi et grunnlag for å videreutvikle helsetjenesten slik at den er bedre tilpasset den samiske befolkningen sine behov.

- Å påvirke høgre helsefaglig utdanning slik at den er bedre tilpasset denne målgruppen og tilbud som gis via primærhelsetjenesten.

1.3 Problemstillinger

Siden formålet har vært å rette et søkelys på i hvilken grad helsetjenesten ivaretar samiske brukeres behov, valgte vi å fokusere på møtet mellom samiske brukere og helsearbeidere i den kommunale helsetjenesten. Disse problemstillingene sto sentralt:

1. Undersøke hvilke helseproblem for personer med samisk tilhørighet som forekommer i noen utvalgte kommuner og om de har spesielle problem som kommer til uttrykk i møtet med helsevesenet.
2. Undersøke om personer med samisk tilhørighet tar kontakt med primærhelsetjenesten om helseproblem, eller om de avstår fra et slikt møte og bruker alternative behandlingsmetoder.
3. Undersøke hvorvidt personer med samisk tilhørighet får ivaretatt sine helseproblem innen den kommunale helsetjenesten, og om det finnes spesielle behov som det er viktig blir ivaretatt innen kommunens helsetjeneste.
4. Undersøke om terminologi og sykdomsvokabular som brukes av helsepersonell er kjent for brukere i målgruppen og om det benyttes andre uttrykk innen samisk terminologi, som ikke er kjent blant helsepersonell i kommunen.
5. Undersøke hvorvidt det finnes mønster i kommunikasjon og samhandling mellom brukere av helsetjenesten og brukere som ikke benytter helsetjenesten når det gjelder helseproblemer.
6. Undersøke hvorvidt utskiftning av helsepersonell har innvirkning på hva som er problematisk og hvilke grupper innen helsetjenesten som brukere kjenner tillit til.
7. Undersøke hvilke erfaringer som finnes blant målgruppen når det gjelder mer diffuse sykdomsgrupper, slik som psykososiale problemer o.l. og se på om slike problemer forekommer i utvalget og hvordan de blir ivaretatt.

1.4 Avgrensinger

Prosjektet er finansiert av Sametinget. Det har vært et siktemål at rapporten kan spre kunnskap og innsikt til helsearbeidere utdannet i høgskolesektoren, enten det er de to helsefaglige utdannelsene ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) eller på andre kanter i landet. I utgangspunktet var det tenkt et nærmere samarbeid med Høgskolen i Kautokeino. Men fordi undersøkelsen fikk andre økonomiske, tidsmessige og ressursmessige vilkår enn det som opprinnelig var planlagt, var det nødvendig å gjøre avgrensninger. Under søkelsen det var søkt om å gjennomføre var mer omfattende enn de økonomiske ressurser som ble stilt til rådighet. I forhold til planene ble undersøkelsen begrenset geografisk og innholdsmessig. Det fantes en klar tidsramme fra oppdragsgiver på ferdigstilling av undersøkelsen, og det kom også inn nye momenter. Samarbeidet med Sitji Jargne ble også avgjørende for flere veivalg som ble gjort.

En nødvendig avgrensning var å konsentrere seg om det *sørsamisk område*. Grunnen til dette var at forholdene i sør er dårlig kartlagt i forhold til nord-samisk og lulesamisk område. Dessuten var det en tanke at ved å undersøke forholdene i det sørsamiske område, kunne innebære at svar i undersøkelsen lettere kunne relateres til helsefagmiljøene ved HiNT. Denne Høgskolen har mange studenter i helserelaterte fag, to ulike helsefaglige utdannelser og i tillegg hovedfag i kroppsøving rettet mot helsefag. Erfaringen var at det var lite kunnskap om sørsamer blant helsearbeidere, til tross for at Høgskolen befinner seg i sørsamisk område. Denne trenden trenger ikke være unik for høgskoleutdanningen i Nord-Trøndelag, men et uttrykk for en allmenn tendens for helsefagutdanningene.

Det er vanskelig å gjennomføre epidemiologiske studier fordi det er vanskelig å definere en sørsamisk populasjon. I kontakt med sentrale personer blant sørsamer ble det hevdet at samer ikke alltid registrerte seg i samemanntallet. Dette motiverte en eksplorativt dybdestudie av problemstillingene framfor en epidemiologisk studie.

1.5 Samarbeidet med undersøkelsen gjort ved Sitji Jarngge – det samiske kultursenteret i Hattfjelldal

Denne undersøkelsen har hatt kontinuerlig kontakt med samisk kultursenter i Hattfjelldal, Sitji Jarngge. Der har de gjort en egen undersøkelse som skal kartlegge sørsamer og se på hvordan helse- og sosialtjenester fungerer. Vi har samarbeidet med Sitji Jarngge om faglitteratur, om metodespørsmål og allmenne erfaringer fra feltet i undersøkelsene. Prosjektledere og medarbeidere har hatt prosjektmøter for å diskutere felles problem, løsninger og viktige observasjoner som vi har støtt på underveis. I løpet av hele prosjektperioden har det vært kommunikasjon via telefon og e-post.

2. NOEN TEORETISKE ASPEKT – SØRSAMISK IDENTITET OG HELSE

2.1 Etnisitet

En undersøkelse som retter søkelys mot samer, kan vanskelig unngå det vanskelige begrepet etnisitet. Etnisitet er et vanskelig begrep på den måten at det strides om hva begrepet skal inneholde og hvordan det skal brukes. I daglig tale henviser begrepet etnisitet eller etnisk gruppe gjerne til en folkegruppe som bærer visse ytre kjennetegn. Begrepet *etnisitet* er sentralt i sosialantropologiske studier, og mange studier tar utgangspunkt i Barths (1969) bok "*Ethnic groups and boundaries*". I følge denne kan etnisitet henpeile på noe immaterielt, dvs. en form av åndelig forståelse. Mennesker setter grenser rundt grupper og forsøker å bevare slike grenser. Kategorisering og prosesser knyttet til kategorisering blir av den grunn sentrale for en etnisk analyse (ibid.). En sosialantropologiske tilnærming til etnisitet vil derfor være rettet mot en slik åndelig kultur eller forståelse av etnisitet og undersøke denne. Ifølge en antropologisk forståelse vil derfor etnisitet ha noe å gjøre med forestillinger, og dette behøver ikke overføres til å være noe materielt, noe som er mulig å observere konkret (Zacharisson 1994, s. 14 gjengitt i Jünge 1996).

En annen vinkling mot begrepet etnisitet brukes i sosiologi. Der fokuseres det på forholdet mellom individ og etnisk gruppe, og at det å være med i en etnisk gruppe ikke alltid samsvarer med hvordan en er som individ. Kriterier som kjennetegner en etnisk gruppe behøver ikke nødvendigvis være til stede hos alle medlemmer av denne gruppen. Allardt & Starck (1981) mener at en etnisk gruppe kan beskrives ut fra disse kriteriene:

- den er selvkategoriserende (selvidentifisert)
- avstamning (slektskap)
- spesielle kulturtrekk, f.eks. samme språk
- sosial organisasjon av interaksjon både i gruppen og med personer utenfor gruppen

(Allardt & Starck 1981, s. 43)

I følge Allardt & Starck (ibid.) finnes det en vesentlig forskjell mellom selv-kategorisering og andres kategorisering. Mens kategorisering av andre gjøres på grunnlag av ytre kriterier, som slektskap, språk og spesielle kulturtrekk, forutsetter selvkategoriseringen en uttrykt vilje for å høre til en gruppe. Allardt & Starck hevder at det kan framstå som paradoksalt at ikke alle som tilhører samme etniske gruppe kategoriserer seg som medlem. Dersom en etnisk minoritet er under sterkt press fra en majoritet, kan det tenkes at enkeltindividet ikke ønsker å tilhøre gruppen, og orienterer seg bort fra den.

Avstammingskriteriet henspeiler på slektskapet som finnes i gruppen. Dette kan f.eks. skille en etnisk gruppe fra en religiøs gruppe. I religiøse grupper eksisterer vanligvis ikke noe kriterium om å være i slekt, slik det gjør i etniske grupper. Men det er viktig at slektskap heller ikke er et absolutt krav innen etniske grupper. Folk gifter seg med andre enn de som tilhører gruppen, eller andre slutter seg til gruppen av ulike grunner (op.cit. s. 44). Det at samer skulle bedømmes etter kriteriet om biologisk avstamning, kan derfor være problematisk. Uansett etnisk gruppering vil det forekomme ekteskap eller familiedannelser på tvers av etniske grenser. Det kan bety at et slektskap ikke er ensbetydende med "å være i biologisk slekt", men det et uttrykk for sosialt slektskap.

For å studere etniske grupper er det derfor også viktig å gå på kriterier om sosial samhandling mellom de som tilhører en etnisk gruppe. Det må eksistere en samhandling mellom individer, en form av sosialt organisert fellesskap for å kalle noe en etnisk gruppe.

2.2 Mangfoldig kulturidentitet

Men etnisitet behøver ikke bare omhandle tilhørighet til en folkegruppe, det handler også om hvordan man som enkeltpersoner skaper sin egen kulturelle identitet. I sosiologien beskrives disse prosesser som identitet og identifi- sering. Identitet henspeiler da på den personlige prosessen, mens identifi- sering henspeiler på å få tilskrevet en identitet, prosessen som kommer uten- fra på individet. *Identifiseringen*, det vil si hvilken karakteristikk andre gir behøver ikke samsvare med hvordan en selv som personen opplever sin identitet.

Calhoun (1994) hevder at folkegrupper som blir oppfattet eller tilskrevet en etnisitet mange ganger sliter med identitetsoppfatning i et moderne samfunn. Han henviser til nomadene i Afrika som i dag har et mangfold av identiteter å få klarhet i, eller at de har ulike identiteter å håndtere aktivt for å vite hvem de er i forhold til andre (s. 11). En moderne livsform preger også identitets-søkingen til etniske grupper. Det er ikke nødvendigvis slik at etniske grupper lever i egne kulturer ”på siden av” et samfunn, og at det er snakk om etniske grupper som må finne sin plass ”innenfor” et samfunn. Det kan dreie seg om å bruke mobiltelefon eller annet elektronisk utstyr som ses som kjennetegn på en moderne identitet, og det å beholde en tradisjonell identitet. I slike identitetsprosesser finnes det flere utfall. Det finnes flere måter å velge mellom en tradisjonell og en moderne livsform. Calhoun mener det er formålstjenlig å snakke at etniske grupperinger kan innebære et mangfold av identiteter, og ikke bare en og samme identitet fordi en tilhører samme etnisk gruppe. Det at det finnes flere valgmuligheter innebærer også at det kan være en kamp for den enkelte innen en etnisk gruppe om hvilken identitet en skal velge. Identiteten bør derfor ikke betraktes som en harmonisk og ensartet prosess for folk i etniske grupper. Det kan være valg mellom ulike identiteter, hvor både individuelle og kollektive faktorer innvirker.

IDENTITET	
Gruppenivå (kollektiv)	Individnivå (person)
<ul style="list-style-type: none"> ◆ felles ◆ over-byggende ◆ oppdelt 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ unik ◆ inte-grerende ◆ enhetlig

Figur 2.1: Aspekt ved personlig og gruppeidentitet i etniske grupper (inspirert fra Calhoun 1994, Marianne Hedlund)

Det framgår av figur 2.1 ulike aspekt representert i identitetsprosessen til personer i etniske grupper. Selv om personen identifiserer seg med en etnisk gruppeidentitet, så oppleves den individuelle identitet unik. Det samme skjer dersom gruppeidentiteten oppleves overbyggende. Slikt virker integrerende på den personlige identiteten. Men dersom gruppeidentitet oppleves være oppdelt, skjer en prosess hvor det blir viktig å skape en enhetlig identitet for

personen. Men det kan også lett oppstå friksjoner i slike identitetsprosesser. Friksjon og spenning kan oppstå mellom gruppeidentitet og den individuelle identitet. Er det slik at ens personlige identitet kommer på kant med gruppeidentiteten, kan det oppstå friksjoner. Det samme gjelder hvis gruppeidentiteten ikke samsvarer en personlig identitet. Overført på identitetsøking som kan forekomme med samer som etnisk gruppe, innebærer dette at det lett kan oppstå friksjon eller spenning mellom individuelle identitetsprosesser og gruppeidentiteten. Det innebærer også at det finnes flere individuelle tilpassninger av en samisk identitet, et mangfold av identiteter. Samisk identitet er ikke bare en måte å være på, men kan handle om en måte å identifisere seg på, med et folk, et kollektiv, familie og annen slekt. Det kan handle om å identifisere seg med andre urfolk og deres identiteter, om det å være en del av et globalt minoritetssamfunn. Ut fra dette kan samisk identitet innebære en kamp om å finne sin etniske identitet innen et moderne samfunnsliv.

2.3 Stigmatisering og stereotyper

Det skjer kontakt mellom folk som tenker og handler forskjellig fordi de tilhører ulike folkegrupper, og identitet skapes mellom grupper. Identiteten handler ikke bare om å finne sin egen plass og væremåte, det handler også i høy grad om å bli *tilskrevet* en identitet (Tajfel 1982). I møte mellom mennesker som tilhører forskjellige kulturer blir det lett til at en tyr til forenklinger av den andre gruppen. Dette fordi det blir enklere å plassere personene dersom vi forenklinger ”de andre”. Det skjer en oppdeling i grupper som ”oss” og ”de andre”. Det kan foregå ulike typer av slike identifiseringer, det å tilhøre et ”folk” som samer og det å tilhøre et land slik som nasjonalstaten Norge. Det trenger ikke være sammenfallende i identifisering. En person kan godt tenkes ha en formell identitet i form av et statsborgerskap, men allikevel kjenne tilhørighet til et folk som lever i en annen stat. For sørsamer som lever og samarbeider på tvers av grensene mellom nasjonalstatene Norge og Sverige, kan det derfor finnes en felles identifisering selv om de har ulike ”nasjonale” identiteter. De blir tilskrevet eller tilskriver seg selv en egen identitet, å være et folk.

Når mennesker blir tilskrevet en identitet som ikke direkte er knyttet til disse menneskene som personer, tales det gjerne om *stereotyper*. Stereotyper handler om å forenkle egenskaper ved individer, og de kan være både posi-

tive og negative. Når det er snakk om negative stereotypier, kan det kalles et *stigma* (Goffman 1963). Stigma er en bestemt form for forenkling som fungerer som en slags ”brennemerking” av en gruppe mennesker. Goffman sier at slike stigmatiseringer av grupper av mennesker skapes på basis av kulturelt overførte verdier og vurderinger. Det er ikke uvanlig å benytte slike stigmatiseringer på folkegrupper, særlig andre etniske grupper enn dem man selv tilhører. På grunnlag av ytre eller andre kjennetegn ved en gruppe, ”stempeler” man alle individer som tilhører denne gruppen til å være like, ensartede individer. Å se på innvandrere som ”snyltere” av velferdsgoder bygd opp av den norske befolkningen er eksempel på en slik negativ stempeling av en hel gruppe. Et annet eksempel på negativ stigmatisering av en hel gruppe, er om sier om samer at ”de er laverestående individer som ikke er så velutviklet som nordmenn”. Slike stigmatiseringer kan ha betydning for samhandlingen mellom grupper som tilhører ulike etniske grupper. Stigma og stigmatisering av samer som gruppe av en norsk majoritetsbefolkning kan spille en rolle for hvordan samer opplever møtet med helsetjenestene. Hvis en minoritet slik som samer opplever at det er vanlig at nordmenn stigmatiserer dem som gruppe, kan dette gjøre samhandlingen mellom sørsamer og norske helsearbeidere vanskeligere. I følge Goffman er det dessuten ikke uvanlig at slike stigma overtas av gruppen som blir stigmatisert. De ”*tror*” de innehar de kjennetegn som stigma uttrykker. De overtar negative vurderinger om seg selv som gruppe og gjør disse til sine egne.

2.4 Sørsamisk minoritetsproblematikk og helse

Hylland Eriksen & Sørheim (1997) sier at etnisk minoritet blant annet har å gjøre med å være i mindretall i et storsamfunn. Poenget er at minoriteter i slike sammenhenger kan oppleves å være en politisk avmektig posisjon. Det skilles i den sammenheng mellom *urbefolkning*, slik som samer og det Hylland Eriksen & Sørheim kaller en *urban minoritet*, dvs. innvandrere og deres barn og barnebarn (op.cit. s. 89). Det kan være viktig å skille mellom disse, selv om begge referer til etniske minoriteter. Selv om begge gruppene har felles problemer, f.eks. i forhold til staten, så innebærer ikke dette at *de er like* som grupper. Staten og storsamfunnet har lett for å ikke ta hensyn til at det er snakk om *folk fra forskjellige kulturelle minoriteter* (ibid.).

Hylland Eriksen & Sørheim hevder at når det er snakk om minoritetsproblematikk, så må man ha i mente at majoritetssamfunn og minoritetssamfunn henger sammen. Minoritet og majoritet er *relative begrep*, hvilket innebærer at en minoritet bare eksisterer i forhold til en majoritet og vice versa (op.cit.). I våre dager er det nesten alltid statsgrenser som definerer hva som blir en minoritet og hva som blir en majoritet. Å tilhøre etniske minoriteter har av den grunn ikke bare å gjøre med personlige egenskaper alene, men med relasjoner i forhold til omverden. Det er først i møte med andre, i relasjonen at mennesker *blir til* minoritet og majoritet.

Her har vi undersøkt sørsamers møte med helsetjenester i et slikt minoritets- og majoritetsperspektiv. Dette innebærer at vi har betraktet at sørsamer som et folk som er en minoritet i forhold til en majoritet som består av nordmenn. Selv om det finnes indre og ytre likhetstrekk blant samer, så er det relasjonen til et storsamfunnet som gjør disse til en minoritet. Det å være en del av et etnisk folk, er ikke ensbetydende med å være en minoritet. Dersom grensene var trukket etter det som betraktes som Sameland, ville samer som minoritet forsvinne. Det er *grensene sammen med antall* som gjør grupper til minoriteter eller majoriteter.

I boken om moderland og minoriteter hevder Gold (1987) at befolkningsgrupper som betegnes som nasjonale minoriteter ofte ikke ser på seg selv som forskjellige fra andre som de lever sammen med i storsamfunnet (s 5). Akkurat som majoritetsbefolkningen vil minoriteten se på seg selv som folk som lever og bor med rettigheter innen et område:

“they may be expected to resist the ideology of a share sovereignty that is accepted by the majority population; they are also likely to protest that this majority interferes with their economic and political affairs”.

(op.cit.)

At samene i lang tid har opplevd å være en minoritet i forhold til et norsk storsamfunn når det gjelder makt og suverenitetsproblematikk, blir beskrevet mer utfyllende andre steder enn i denne rapport (Hætta 1994, Minde 1995, Eidheim 1999). Her har vi forholdt oss til aspekt med sørsamers møte med et helsevesen basert på premissene til et norsk storsamfunn. Møte med et slikt helsevesen kan enten føre til at samer tilpasser seg eller kommer i konflikt

med normer og regler som gjelder for majoriteten. Det kan lett medføre at sørsamer i møte med et norske helsevesen kan oppleve et møte med mer enn direkte hjelp eller bistand til helseproblemer. Helsevesenet blir en representant for en offentlig tjeneste, en del av et majoritetsamfunn hvor samiske brukere kan oppleve å bli marginalisert fordi de er en minoritet. Møte mellom sørsamer og et helsevesen basert på norske normer og skikker kan av den grunn innebære kulturelle aspekter i tillegg til helserelaterte aspekter.

2.5 Helse, sykdom og kulturell uttrykksform

Verdens helseorganisasjon (WHO) slo fast i 1946 at *helse er fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende*. Dette er en utopisk og utvidet forståelse av helse. Helsebegrepet gjelder ikke bare fravær av sykdom eller uførhet, men har mye til felles med det utvidete velferdsbegrepet som handler om menneskers totale situasjon. Forhold ved menneskers livskvalitet og levekår inkluderes da i helsebegrepet. De sosiale omgivelsene kan også virke inn på helsen. I tillegg påvirker menneskene selv sine omgivelser slik at i et utvidet helsebegrep får samspeillet mellom mennesker og omgivelser betydning. Skadelige miljøfaktorer vil for eksempel påvirke helsen negativt, mens positive miljøfaktorer vil virke positivt.

Norge har sluttet seg til en konkretisering av WHO's definisjon av helse der det formuleres målsettinger om at alle skal kunne få utvikle og vedlikeholde sine fysiske, psykiske og følelsesmessige evner. For å realisere en slik målsetting må det legges stor vekt på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. I dette arbeidet vil primærhelsetjenesten være viktig ettersom denne kan nå folk der de befinner seg (Halvorsen 1993).

Mange stiller seg kritisk til et slikt utvidet helsebegrep som inkluderer sosiale og relasjonelle faktorer. Argumentene i kritikken er at mennesker gjennom alle tider har hatt viten som har hatt blitt praktisert overfor hverdagslivets helseproblemer. Innen helsearbeidergruppen er det særlig leger som er kritisert for å ha monopolisert kunnskapen om helse og sykdom. Når helsebegrepet utvides til å gjelde store deler av menneskers dagligliv, blir slike forhold et medisinsk anliggende. Sykdomsbegrepet utvides slik til å omfatte sorg, død, livskriser med mer. Forståelse av helse og sykdom får betydning for hvilke oppgaver helsevesenet skal arbeide med. Videre gjør denne for-

ståelse av helse menneskene avhengig av helsevesenet, og blir således passive mottakere av helsetjenester og ute av stand til å ta ansvar og avgjørelser for seg selv (Hafting 1995).

Denne debatten reiser spørsmål om hvordan sykdom forstås innenfor medisin. Når sykdom forklares med klare og objektive årsaksforhold, så vil faget medisin forstå sykdom både reduksjonistisk og teknologisk orientert. I et slikt bilde har sykdom en årsak som skal fjernes og behandles for å bli frisk. Dette samsvarer med det som i medisinsk antropologi benevnes som *disease*. Disease står for den medisinske definisjonen og forståelse av sykdom som forutsetter at diagnose stilles på grunnlag av observerbare objektive funn (Sørheim 1986).

Helse brukes ofte til å beskrive en tilstand av å være frisk, dvs. at organismen fungerer normalt, at man ikke er syk eller har fysiske eller psykiske plager. Da defineres helse mer ut fra fravær av sykdom eller sykdomsplager. En slik negativ helsedefinisjon knyttes således sammen med vår oppfatning av sykdom, noe som heller ikke er verdimesig nøytralt eller objektivt (Mæland 1999).

En lignende og vanlig definisjon av helse er at helse er å ha overskudd til hverdagens krav (Hjort i Mæland 1999). Helse beskrives mer som en evne til å fungere eller mestre, og må sees i sammenheng med de varierende livsbetingelser som mennesker utsettes for. Slik kan helse forstås som en ressurs til å tåle påkjenninger i livet. Da knyttes begrepene helse og sykdom til funksjonsevne. Når kravet om funksjonsevne eller dyktighet settes fram, vil det være nødvendig å ta omgivelsene i betraktning. Ikke alle omgivelser stiller samme krav til funksjonsevnen, samtidig som deltakelse ikke alltid krever optimal funksjonsevne hvis det foregår en tilpasning. Et holistisk syn innebærer at helse og sykdom oppstår i samspill mellom menneske og miljø. Medisinsk antropologi bruker *illness* når menneskets subjektive opplevelse av sykdom inkluderes. *Illness* inneholder både det personlige og det sosio-kulturelle aspekt ved sykdom. *Illness*-atferden er derfor kulturelt bestemt. Hvordan en selv opplever og tolker sine plager er avgjørende for hvilken strategi en velger i behandling av sin sykdom (Sørheim 1986)

Når helse knyttes så sterkt opp til funksjonsevne, økonomisk og sosialt produktivt liv, vil begrepet henge nøye sammen med livskvalitet. Hva som legges i dette begrepet er kulturelt betinget, men de fleste er enige om at livskvalitet først og fremst er et uttrykk for folks subjektive vurderinger av sine egne liv. For øvrig kan definisjonen av livskvalitet gjenspeile et filosofisk problem med å finne fram til hva som er ”lykke” og ”det gode liv” for menneskene.

Slik viser det seg at det er tre hovedoppfatninger av helsebegrepet (Mæland 1999, s. 26):

- som fravær av sykdom
- som en ressurs
- som velbefinnende

Undersøkelser tyder på at alle tre helseoppfatningene er representert i befolkningen, og at folk bruker helsebegrepet forskjellig. Noen undersøkelser viser at folks oppfatninger og vektlegging av hva helse er, følger sosiale skillelinjer i befolkningen (op.cit.).

Et utvidet helsebegrep som innbefatter store deler ved menneskers liv, vil kreve at medisinen retter seg mot enten egensomsorgsideologi eller mot endring av samfunnsforholdene slik at menneskene skal oppnå god helse (Martinsen 1989). Dette viser forskjellig syn på sykdom, om det er objektive funn som viser sykdom og behandles deretter, eller at omgivelsene og kulturelle forhold kan inkluderes i en subjektiv opplevelse av å være syk.

I følge Målseide (1983) finnes det variasjoner i hvordan ulike kulturer uttrykker smerte og sykdom. Han henviser bl.a. til studier gjort i USA, hvor det er gjort granskinger av respons på smerte, hvor folk med ulik nasjonal eller etnisk bakgrunn reagerer forskjellig. Noen beskriver sine smerter mer følelsesmessig, mens andre er mer stoiske (heltemodig) (op.cit. s. 39). Dette innebærer at den sosiale og kulturelle læringen fra det folk man tilhører også vil påvirke hvordan man uttrykker plagene sine. Det har vist seg at i miljøer hvor det ikke er akseptert å ha psykiske plager, vil det være en tilbøyelighet til at en uttrykker plagene sine somatisk (Kerckhoff/Back 1968). Levevaner, de erfaringer og oppfatninger en er vant til å høre, vil også prege den måten

en snakker om plager og sykdom. I noen kulturer kan det være vanlig å snakke om kald og varm kropp for å beskrive sykdom, eller at sykdommen blir uttrykt billedlig, slik at f.eks. skrøpelig bein ikke betyr bokstavelig at det er beina det er noe galt med, men det kan være et uttrykk for lav allmentilstand eller at personen er svak.

Dermed kan den kulturelle konteksten ha innvirkning på samhandlingen når sykdommer opptrer. I amerikansk litteratur om sykepleie henvises det til at pleie- og omsorgsoppgaver lett mister sin profesjonalitet dersom det ikke blir tatt hensyn til kulturell ulikhet. Det oppnås lett misforståelser om adferd eller skadelig innflytelse i behandlingen hvis ikke helsearbeideren jobber bevisst i forhold til ulike kulturers uttryksmåte (Federwisch 1996). Blir ikke kulturelle forskjeller mellom folk tatt på alvor, eller blir disse forskjellene neglisjert av hjelpeapparatet, kan dette lett lede til at mennesker ikke får den hjelp de trenger, eller at behandling som gis ikke har bra helsemessig effekt. Men Federwisch (ibid.) peker på at en heller ikke skal glemme det enkelte mennesket. Selv om det er viktig å være klar over slike kulturelle ulikheter i helsevesenet er det like viktig å huske at enhver pasient er unik:

”kunnskap om ulike kulturelle bakgrunner kan hjelpe klinikeren å forstå pasienten, men [...] at hver pasient skal betraktes som et unikt menneske” (oversatt fra Federwisch 1996)

3. METODE

3.1 Beskrivelse av undersøkelsen

I undersøkelsen ble det først gjort en litteraturstudie over aktuell faglitteratur og offentlige utredninger som var relevante for problemstillingene. Samtidig ble det etablert kontakt med Samien Sitji, samisk kultursenter i Snåsa, for hjelp og informasjon om problemstillingene. Dette arbeidet tok mer tid enn antatt, men vi etter hvert viktige kritiske innspill til den videre undersøkelsen derifra, og verdifulle kontakter med sørsamer.

Data i undersøkelsen er hentet fra to ulike intervjurunder, først ble det samlet inn data fra intervjuer med helsearbeidere i noen utvalgte kommuner i sørsamisk område, og deretter ble det samlet inn data fra sørsamiske informanter. Det ble utarbeidet to ulike intervjuguider til disse intervjuene, og disse var basert på spørsmål relatert til problemstillingene (se vedlegg). I tillegg ble det gjort noen intervjuer med nøkkelinformanter i sørsamisk kulturmiljø. Samtidig med dette arbeidet ble det etablert kontakt med tilsynsmyndighet for helsetjenester i Nord-Trøndelag om undersøkelsen. Derifra ble det rekruttert medisinsk fagperson til å inngå i en referansegruppe til prosjektet. Gjennom kontakten med Samien Sitji fikk vi rekruttert en annen helsearbeider til referansegruppen for prosjektet.

Intervjuer med helsearbeidere ble gjennomført i to kommuner, mens intervjuer med sørsamiske informanter ble gjennomført i fem kommuner. Senere beskrives mer om utvelgelse og kriterier ved informantutvalgene.

Intervjuene ble gjort på bakgrunn av en forhåndsdefinert intervjuguide. Temaene i intervju guiden var det samme som de tema som helsearbeideren ble intervjuet om, med unntak av at de var mer relaterte til de erfaringer de hadde som brukere av helsetjenestene. Intervjuguiden hadde først blitt testet på noen nøkkelinformanter, og deretter justert. Den ble dessuten korrigert flere ganger underveis i undersøkelsen etter hvert som vi fikk mer kunnskap om undersøkelsesfeltet. Alle intervjuer ble gjennomført på norsk av forfatterne av denne rapporten. Det var også vi som skrev ut intervjuene og systematiserte dataene. Vi presenterte iblant data ved prosjektmøter med prosjektleder for undersøkelsen ved samisk kultursenter i Hattfjelldal. Ved disse

møtene utvekslet vi også erfaringer, faglitteratur og diskuterte metodiske tilnæringsmåter for de separate undersøkelsene. Vi hadde også underveis kontakt med Söndra Lappland Forskningstiftelse i Umeå og med samisk kultursenter i Östersund i Sverige. Ved Söndre Lappland Forskningstiftelse fikk vi kjennskap til epidemiologiske studier gjort i samisk område i Sverige.

Data fra de to intervjurundene ble analysert på følgende måten: Først ble intervjuene med helsearbeiderer analysert og kategorisert etter tema, deretter ble data fra intervjuer med sørsamiske informanter analysert og kategorisert. Data ble så sammenlignet etter likheter og ulikheter i datamaterialet. Det ble dannet hovedkategorier på basis av de funn som kom fram i analysen. Denne måten å systematisere data på henter inspirasjon fra Grounded Theory (Glaser & Strauss 1967). I en slik metode er det vanlig å sammenligne likheter og ulikheter i data, for derigjennom å danne nye hovedkategorier av data. Dataene sammenlignes etter en form av trakt prinsipper og beskrives på grunnlag av hovedkarakteristika (Eneroth 1984).

3.2 Kvalitativ metode

I denne undersøkelsen har vi valgt å la subjektene tale, det vil si at vi har forholdt oss til informantene i undersøkelsen som mennesker som gir oss innsikt i den virkelighet de lever i. Dette innebærer at vi har valgt en kvalitativ tilnærming. Fordi det ikke er spørsmål om å teste ferdig formulerte hypoteser, har vi valgt å bruke en induktiv tilnærming (Alvesson & Sköldberg 1994). De teorier som presenteres her har sin bakgrunn i empirien i undersøkelsen. Dette innebærer en klar empirisk profil på undersøkelsen. En slik framgangsmåte kan være formålstjenlig for eksplorative studier slik som denne.

3.2.1 Utvalg basert på kvalitative kriterier

I undersøkelsen har, slik det er vanlig i kvalitative undersøkelser, blitt brukt *strategiske informantutvalg*. Formålet med strategiske utvalg er å få innsikt i problemstillingene en skal undersøke, ikke å danne strategiske utvalg for å statistisk bearbeide data.

Utvalget av helsearbeidere som ble intervjuet er gjort på basis av kriterier om *yrkesposisjon* og *kommune*. Vi var ute etter å få med personer som i det

daglige var virksomme i primærhelsetjenesten, og valgte sentrale yrkesposisjoner for dette, leger, sykepleiere og hjemmehjelpere. Vi valgte kommuner med en viss bomessig konsentrasjon av sørsamer, og fant fram til personene ved hjelp av telefonkatalogen.

Når det gjaldt utvalget av sørsamiske informanter ble dette funnet fram til på en annen måte. Vi brukte en form av ”snøballmetode” for å finne informanter. Med snøballmetode sikter vi her til at vi ba informanter hjelpe til med å finne fram til andre personer å intervju. Vi fant fram til informantene som innbyrdes var ulike. Dette var viktig for å få informanter som kunne belyse problemstillingene fra ulike ståsteder (Patton 1990). Intervjuene ble gjort på plasser informantene selv valgte, på arbeidsplass, i eget hjem eller annen plass. Intervjuene med helsearbeidere varte fra en til to timer. Sørsamiske informanter ble intervjuet etter helsearbeiderne. Disse intervjuene varte mellom 1,5 time til 3,5 time ved hvert intervju. De fleste ble gjennomført i informantenes hjem, bare et fåtall ble intervjuet på andre plasser.

I kvalitative undersøkelser vil det være andre kriterier som gjelder for å få fram representativitet i undersøkelsen (Fog 1982). Det vil knyttes til antall og type informanter som skal belyse problemstillingen. Hvor mange man intervjuer vil i høy grad være avhengig av den tid man har til rådighet og hvor mange informanter det kreves for å få svar på problemstillingen(e). Dermed gjør forskeren gjerne en ”bestillingsliste” over de egenskaper som det blir viktig og representert i utvalget (ibid.).

De utvalgsriterier som ble brukt i denne undersøkelsen kan framstilles ved hjelp av følgende tabell:

Tabell 3.1: Kriterier på utvalgene i undersøkelsen

Utvalg:	Kjennetegn:
<i>Helsearbeidere:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Yrkesposisjon</i> <input type="checkbox"/> <i>Yrkeskommune</i>
<i>Sørsamer:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Alder</i> <input type="checkbox"/> <i>Hovedyrke</i> <input type="checkbox"/> <i>Sivilstand</i> <input type="checkbox"/> <i>Bosted</i> <input type="checkbox"/> <i>Bruk av helsetjenester</i>
<i>Nøkkel-informanter:</i>	<input type="checkbox"/> <i>Kunnskap og bred erfaring fra sørsamisk miljø</i>

3.2.2 Noen kjennetegn ved informantene

Informantene i utvalget av helsearbeidere var aldersmessig fordelt mellom 40 og 60 år. Noen av de som ikke var leger, hadde spesialutdannelse eller videreutdannelse. Mange av disse hadde jobbet lang tid i kommunens helse-tjeneste, mellom 13 og 29 år. Legenes fartstid i kommunen varierte mellom 1 år og 27 år i sin nåværende jobb som primærlege. De fleste helsearbeidere var kvinner, to var menn. Når det gjaldt type stilling blant helsearbeidere som ikke var leger jobbet flere informanter i stillinger med oppdelte stillingsbrøker, slik at de ivaretok flere helseoppgaver i en og samme stilling. Enkelte informanter hadde bare jobbet i den kommunen de nå jobbet i, andre hadde yrkeserfaringer fra andre landsdeler og også andre land. Alle informantene hadde en yrkesposisjon hvor de lett kunne støte på sørsamiske brukere av helsetjenester. Ett intervju ble gjort med to helsearbeidere samtidig.

Aldersmessig var sørsamiske informanter mellom 25 år og 70 år. I alt ble tre menn og fem kvinner intervjuet i det sørsamiske utvalget. Noen informanter var enslige, andre hadde familie. I to tilfeller var informanter også småbarnsforeldre. Noen informanter hadde nær tilknytning til reindrifta, og hadde det som hovednæring, mens dette ikke var tilfelle blant andre informanter. De var enten tilknyttet reinnæringen indirekte, eller ikke i det hele tatt. Noen informanter bodde på forskjellige plasser i løpet av året, mens andre igjen hadde bare en bopel. Flere informanter var preget av en mobil tilværelse, hvor de kunne dra lange avstander i løpet av året, enten for å jobbe eller av andre årsaker. Noen informanter hadde bodd andre plasser i landet, av utdanningsmessige eller andre grunner. Det fantes også informanter som hadde bodd blant nordsamer i perioder. Alle informanter som ble intervjuet bodde i mindre lokalsamfunn.

Intervjuene var preget av å være samtaleintervjuer og ikke direkte utspøringer. Samtale-intervjuformen var viktig for å få tilgang til informasjon, spesielt når det gjaldt den sørsamiske informantgruppen. På områder i samtalen hvor de spurte om sensitive spørsmål brukte vi indirekte spørsmålsform, slik at informantene fortalte om andres opplevelser enn sine egne.

I tillegg til disse informantintervjuene ble det gjort tre samtaleintervju med nøkkelinformanter. Et kjennetegn ved disse var at de kunne tilskrives en bredere kjennskap til den sørsamiske informantgruppen enn bare sine egne erfaringer. Disse hadde svært ulike yrker, var ikke i slekt og det var både kvinner og menn blant nøkkelinformantene.

3.3 Datas styrke og svakhet

Intervjuene ble nedskrevet direkte. Det ble ikke brukt båndopptaker siden vi etterstrebet å få til samtaler som gikk så uhindret som mulig (Repstad 1987 s. 50). I noen tilfeller ble det tatt notater underveis i intervjuene, i andre tilfeller ikke. Utskrift fra alle intervjuer ble analysert etter hver intervjurunde, og så ble data sammenlignet og kodet. Kodet betyr her at utsagn eller beskrivelser som gjentok seg i flere intervjuer ble tildelt samme kode. Utsagn eller beskrivelser som ikke gjentok seg, eller var innbyrdes ulike, ble plassert i andre hovedkategorier. Hovedkategoriene fra de kodede utsagnene/beskrivelsene ble så systematisert og sammenlignet i forhold til tema i problem-

stillingene. Underveis i datainnsamlingen ble ulike teoretiske innfallsvinkler relatert til funn i data, brukt i tolkningen (Glaser & Strauss 1967).

En styrke ved å bruke kvalitative data er høy validitet siden dataene er pålitelige. Det er informantene som selv har fortalt det de har ønsket å formidle, uten å bli styrt særlig mye av forhåndskategoriserte spørsmål som ikke passer dem. I tillegg har de fleste intervjuer som er gjort vært dybdeintervjuer, slik at det har vært mulig å stille nye spørsmål, presiseringer og tolkninger underveis i samtalen. Vi har brukte det såkalte ”traktprinsippet” for tolkning gjennom å stille oppfølgende spørsmål når svarene vi fikk i samtalen var usikre, utydelige eller framsto som motstridende (Repstad 1987).

En annen styrke ved en slik kvalitativ innsamling er at data som gjengis er nært informantene og kan belyse ulike aspekt ved en problemstilling. Så selv om slike data ikke er direkte generaliserbare, gir de stor pålitelighet og innblikk i de problemstillinger en er ute etter å belyse. Det har vært informantenes *egne* erfaringer som har blitt beskrevet, og de er derfor svært pålitelige. At data som er samlet inn i undersøkelsen ikke er representative for en større gruppe, kan ses å være en svakhet med en slik datainnsamling. Men det er også verdt å nevne at det heller ikke kan *utelukkes* at de kvaliteter som beskrives her er representative for sørsamer i allmennhet. Men for å finne ut om slike mønster er allmenngyldige, kreves et mer representativ design på undersøkelsen.

En svakhet ved data kan være at vi som gjennomførte undersøkelsen var norske og representanter for ”storsamfunnet”. Det kan ses som en svakhet at en undersøkelse som tar sikte på å formidle sørsamers syn på helsetjenestene har samme identitet som det samfunn som har diskriminert samer i generasjoner. Dette sammen med at det blir samlet inn data fra helsearbeidere som hadde samme identitet som forskerene, kan ses som en svakhet. Dette kan ha medført skjev dataframstilling fordi intervjuere lettere kan tolke det som presenters av representanter for nordmenn enn blant sørsamer. Dette fordi sørsamiske informanter ikke våget å fortelle om sine erfaringer eller fordi forskerene representerte et storsamfunn de manglet tillit til. Vi utelukker ikke at så har skjedd i denne undersøkelsen, heller ikke at det kan har skjedd mangler i tolkning av data. En innsamling av data basert på deltakende observasjon kunne vært en metode som ga mer uttømmende datamaterial,

men dette var en mer kostnadskreven metode som ikke lot seg gjennomføre innenfor de økonomiske og tidsmessige rammer som var gjaldt for prosjektet. Bruk av sørsamiske intervjuere kunne også ha redusert slike svakheter i data. Men tid og penger gjorde også dette vanskelig å gjennomføre. Et poeng vært å nevne i den forbindelse er vi som intervjuet representerte nordmenn, så innebar ikke dette nødvendigvis at vi ble møtt med motstand eller skepsis hos sørsamiske informanter. Det hendte at informanter sa ting de ba om at ikke ble rapportert, men også at informanter uttrykte det var bra at vi ikke var ”en av dem”, slik at de kunne fortelle til noen som ikke selv var involvert i sørsamers interne stridigheter. Disse uttrykte de så det som en fordel å fortelle om saker som det var vanskelig å ta opp i det sørsamiske miljøet. I den grad data har fått slagsider fordi informantene har formidlet det han/hun tror forskeren er interessert i, eller blir tause og ikke sier noe, så vi i denne undersøkelsen erfarer med at det også finnes en annen side. Den har å gjøre med fordeler knyttet til det å ha forskere fra andre kulturer enn de man selv representerer i intervjuer. Fordelen kan være at informanter som våger å stå fram med en åpenhet som blir vanskeligere om forskere kommer fra samme etnisk minoritet

3.4 Forskningsetiske hensyn

All samfunnsmessig forskning vurderer forskningsetiske aspekter ved en undersøkelse. Etter vår vurdering har vi tatt hensyn til vesentlige etiske aspekter i undersøkelsen. Alle som ble intervjuet fikk tilsendt informasjonsbrev om undersøkelsen (se vedlegg). I brevet ble informantene informert om problemstillingene, oppdragsgiver, opplegg og gjennomføring for undersøkelsen. De fikk også informasjon om at de kunne korrigere opplysninger de hadde gitt i ettertid dersom det var ønskelig.

Viktige forskningsetiske forhold er således ivaretatt i denne undersøkelsen. I tillegg har undersøkelsen vurdert og tatt hensyn til at informanter har tilhørt en sårbar gruppe. Sørsamer har vært sårbare på den måten at de er få i antall, kan bo i lett gjennomsiktede lokalmiljø og av den grunn er lett identifiserbare. Vi valgte på denne bakgrunn å la informantene snakke om andre erfaringer enn sine egne i intervjuene (Lee 1993). Dette fordi det på den måten ikke skulle være så enkelt å føre opplysninger tilbake til enkeltindividene. I tillegg til dette, ble opplysninger maskert for å unngå en lett skulle kjenne

igjen personene. Der det har vært ønskelig har vi latt informantene lese igjennom intervjuene, og korrigere før data er bearbeidet.

Som forskere har vi vært bevisst på at vi var representanter fra ”det norske storsamfunnet” i denne undersøkelsen. Som nevnt har dette blitt sett på både som en fordel og ulempe blant informanter i undersøkelsen. Vi har forsøkt etter beste evne å gi alle informantene en presentasjon av oss selv, slik at de også har fått innsyn i hvem vi er og vår bakgrunn og kjennskap til de områder der sørsamer bodde. Når vi sto fram med våre egne familieband og livserfaringer, opplevde vi at det var lettere å få tillit til oss og derigjennom også tilgang til informasjon fra informantene.

4. LOKALSAMFUNN OG PRIMÆRHELSETJENESTEN

4.1 Det sørsamiske området

Som det framgår av figur 4.1, strekker det sørsamiske området seg over fire fylker, Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Hedmark – fra Rana i nord til Elgå i sør, med tilstøtende landområder på svensk side. I motsetning til hva som gjelder for nordsamisk og lulesamisk område, bor samer i sør mer spredt og har av den grunn ikke samme befolkningkonsentrasjon. Sørsamisk bosetting i de enkelte kommuner kan dreie seg om noen få personer, helt ned til en familie. Det finnes ingen eksakt oversikt over hvor mange sørsamer det er. Imidlertid blir det anslått at på norsk side er det omkring 1000 sørsamer (Dunfjeld 1996). Når antallet sørsamer er såpass lavt, så fører det til et stort behov for organisering og samvær for å bevare egne tradisjoner og kultur (NOU 1995:6).

Sørsamisk bosetting har tradisjonelt vært knyttet til reindrift som har gitt grunnlag for sørsamisk kulturtradisjon. De fleste sørsamer har eller har hatt tilknytning til reindriften. Noen driver selv med rein, andre har tidligere drevet med rein eller har slekt i reindriftnæringen. Også det sørsamiske samfunnet er under forandring, og mange samer har tradisjonelle jobber i storsamfunnet og kan ha flyttet til sentra og byer.



Figur 4.1: Oversiktskart over ulike samiske områder i Norden. (Devik gjengitt av Jünge 1996)

Det er seks reindriftsområder i landet. Hovedadministrasjonen er i Alta. Reindrifta i sørsamisk område foregår i søndre Nordland, Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag, Hedmark og Møre og Romsdal (Trollheimen). Nord-Trøndelag reindriftsområde blir administrert fra Snåsa, Sør-Trøndelag og Hedmark fra Røros. Hvert reindriftsområde er delt inn i flere reinbeitedistrikt og har flere driftsenheter. Tabell 4.1 viser omfanget av reindriftsnæringen i sørsamisk område sør for Nordland:

Tabell 4.1: *Omfang av reindriftsnæringen sør for Nordland i driftsåret 1998/99*

	Antall aktive driftsenheter	Antall personer i driftsenh.	Reintall ved driftsårets slutt
Nord-Trøndelag	36	181	13 650
Sør-Trøndelag og Hedmark	31	144	14 050
Sum	67	325	27 700

Kilde: Ims (2000)

Snåsa har blitt et senter for sørsamene. Den eneste sameskolen sør for Hattfjelldal er lokalisert der og det samme gjelder reindriftsforvaltningen i Nord-Trøndelag, Samisk kulturminneråd avdeling Snåsa, Duodje-instituhta samt Nord-Trøndelag reinsamelag. I tillegg har Sameradioen et lokalkontor på Snåsa, og den sørsamiske presten har også tilhold der. Røros er en annen kommune der det bor en del samer, men har ikke tilsvarende samiske institusjoner som på Snåsa.

Sørsamisk er en av de ni samiske hoveddialekter som har et felles opphav innen den finskugriske språkgruppen. Hoveddialektene er såpass forskjellige at det er vanskelig å kommunisere med hverandre på forskjellige dialekter uten at misforståelser og språkproblemer oppstår. Noen mener at forholdet mellom nord- og sørsamiske er som norsk og tysk, andre sammenligner språkforskjellene som mellom norsk og islandsk (Hætta 1992). Geografisk atskillelse, redusert intern kontakt innen det samiske språkområdet og forskjeller i næringsutvikling i historiske tider, kan ha bidratt til de store språkforskjellene innenfor samisk.

Først i 1968 ble sørsamisk eget skriftspråk. Undervisning i dette skriftspråket foregikk som sidemålsundervisning i grunnskolen på sameskolene i Hattfjelldal, Snåsa og Tärnaby (i Sverige). Den første eleven med sørsamisk som hovedmål i norsk skole startet ved sameskolen i Snåsa så sent som i 1987 (Jünge 1996). Det foregår arbeid med utvikling og bevaring av det sørsamiske skriftspråket også ved Høgskolen i Nord-Trøndelag som har et nasjonalt ansvar for høgskolestudier i sørsamisk språk og kultur. Dette har så langt resultert i stipendiatstillinger og to 10-vektalls studier (Diesen 1999).

Manglende skriftspråk, liten befolkningsgruppe og fornorskningpolitikk har bidratt til at sørsamisk språk er truet. Arbeidet som er nedlagt av enkeltpersoner de siste 30 år for å bevare språket, har sannsynligvis hatt avgjørende betydning for dets stilling i dag. Språket er en del av den sørsamiske kulturen som det er viktig å bevare.

4.2 Helsetjenester

Denne undersøkelsen retter seg mot møtet mellom sørsamer og primærhelsetjenesten. I følge lov om kommunehelsetjenesten av 1982 fastslås det kommunale ansvaret for en primærhelsetjeneste og for befolkningens rett til helsehjelp. Kommunen, uavhengig av størrelse, har ansvaret for planlegging, organisering og drift av disse helsetjenester (jf. lov om kommunehelsetjenesten § 1-3, 1. ledd):

- fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte
- diagnostisere og behandle sykdom, skade eller lyte
- medisinsk habilitering og rehabilitering
- pleie- og omsorg

Kommunen har også et økonomisk ansvar for disse tjenestene. Men sykehus og spesialisthelsetjenestene faller utenfor og er en del av fylkeshelsetjenestens ansvarsområde. Kommunale deltjenester i primærhelsetjenesten er: allmennlegetjeneste, fysioterapitjeneste, sykepleie (inkludert helsesøster og hjemmesykepleie), jordmortjeneste, sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie og medisinsk nødmeldetjeneste (jf. lov om kommunehelsetjenesten § 1-3, 2. ledd). Kommunene bestemmer selv hvordan de ønsker å organisere de ulike deltjenestene. Selv om kommunene og fylkene i landet er

svært forskjellig når det gjelder demografi og økonomi, er myndighetenes helsepolitiske målsetting at alle landets innbyggere skal ha like muligheter for behandling.

En viktig hensikt med kommunal primærhelsetjeneste er at lokalt folkevalgte og innbyggere skal ha førstehåndskunnskap om helseskadelige forhold i nærmiljøet. På den måten kan folkevalgte sette inn tiltak og disponere ressursene i tråd med innbyggernes interesser og motvirke uheldige forhold. Gjennom primærhelsetjenesten forsøker en å imøtekomme befolkningens ønsker og behov for helsetjeneste nærmest mulig der folk bor. De spesielle behov for tilrettelegging for primærhelsetjenester som enkelte grupper og enkeltindivider kan ha, er innenfor kommunens ansvarsområde. Det gjelder også eventuelle behov som sørsamer kan ha.

4.3 Lik helsetjeneste til alle

Det har lenge vært et helsepolitisk mål at helsetjenestene skal være like tilgjengelig for landets innbyggere uavhengig av geografiske, sosiale og aldersbetingede skiller (St.mld. nr. 83 for 1984 – 85). Denne målsettingen er senere fulgt opp i myndighetenes langtidsprogram og helsepolitiske målsettinger, også i helse- og sosialplan for samer (NOU 1995:6) som påpeker samers særstilling som kan gi spesielle behov. Imidlertid har det vært og er tegn som tyder på at denne helsepolitiske målsettingen om lik tilgang på tjenester og behandling fortsatt ikke er oppfylt. Den offentlige helsetjeneste fungerer rett og slett ikke like bra for alle. Et stykke på veien er helse- og sosialplan for samer som kom i 1995 etter en lang prosess.

Første møte mellom Norsk Sameråd, Kommunaldepartementet og Sosialdepartementet for å diskutere spesifikke samiske problemer i helse- og sosialsektoren, var i 1986 (NOU 1995:6). Møtet kom i stand ut fra at det var økt kunnskap om at helse- og sosialtjenester ikke var like tilgjengelig for den samiske befolkningen som den norske. Dette ga nye behov for tilrettelegging av tjenester til samer. I de kjernesamiske områdene hvor den samiske bosettingen er i flertall, har det vært gjort forsøk på å tilpasse helse- og sosialtjenester til samer. Språkproblemer mellom samer og helsearbeidere har vært vanlig. Dette har medvirket til at helsetjenestene har vært lite tilgjengelige for samer. I tillegg har det vært manglende problemforståelse og gode

hjelpetilbud. I tilrettelegging av helsetjenester har det derfor vært viktig å ta hensyn til språket for å øke tilgjengeligheten til tjenestene, men også kultur og tradisjoner har betydning i behandling. Behovet for tilpasning av tjenester er langt fra dekket, men planen for helse- og sosialtjenester for samer (op.cit.) samt utkast til handlingsplan fra regjeringa (1999) kan være viktig bidrag i det videre arbeidet. Plandokumentene er sentrale politiske dokumenter i arbeidet med å utvikle en mer lik tilgjengelighet av helse- og sosialtjenester til samer som til den norske befolkning.

Når det gjelder utvikling av tilpassete helse- og sosiale tjenester og tiltak for det sørsamiske folket, er dette lite dokumentert i motsetning til i kjerne-samiske områder. Dokumentasjon om behov for tilrettelagte tjenester og erfaringer av kontakt med helsevesenet er heller ikke så langt dokumentert når det gjelder sørsamer (op.cit.). I sørsamisk miljø har det vært diskutert behov for eget sykehjem for sørsamer, men så langt har det ikke blitt realisert. Det har også vært et forsøk på å etablere egen helsesøstertjeneste på sameskolen uten at det ble en realitet. Andre behov sørsamer kan ha for tilrettelagte tjenester, har hittil bare blitt diskutert og foreslått i planer, men er ikke systematisk undersøkt.

4.4 Kjennetegn ved distriktskommuner

Kommunene med tradisjonell sørsamisk bosetting er i hovedsak distriktskommuner med de kjennetegn som hører slike til: store geografiske avstander, lavt innbyggertall, primær- og servicenæringer, fraflytting og lite differensiert hjelpeapparat. Ofte er det et stort problem å rekruttere kvalifisert helsepersonell innenfor enkelte yrker i helsesektoren, spesielt leger. Mange kommuner har i lang tid manglet fast lege, men har hatt utenlandske som har kommet og arbeidet for kortere perioder.

I store kommuner er helsesektoren en stor virksomhet med et differensiert helsetilbud. Der er mange ansatte med avgrensede arbeidsoppgaver og kompetanse innenfor ulike delområder. I mindre kommuner vil et begrenset antall helsearbeidere utføre det store omfanget av ulike pålagte helseoppgaver. Tjenestene vil dermed bli mindre differensierte, men helsearbeiderne kan til gjengjeld oppnå en større forståelse av bredden og se ulike behov og tjenester i sammenheng. Denne muligheten oppstår i små kom-

muner der miljøet er gjennomskiktig og ulike tjenester ivaretas hos en og samme helsearbeider.

Små kommuner er gjennomskiktige der de fleste vet om hverandre på en eller annen måte. Ettersom helsearbeidernes fartstid i kommunene i denne undersøkelsen er såpass lang både når det gjelder yrkesliv og eget familieliv, innebærer det kunnskap om kommunen og innbyggerne på mange områder og nivåer. I møtet mellom helsearbeideren og brukeren vil det ofte eksistere lokal kunnskap om sammenhenger mellom familie, slekt, helse, arbeidsliv og interesser med mer.

Som innbygger og helsearbeider i en liten kommune vil helsearbeideren derfor ha flere roller overfor den enkelte innbygger. En rolle er som profesjonell helsearbeider, men andre roller vil være sambygding, foreldre på foreldremøter eller medlem av samme organisasjon. Når det er gjennomskiktige forhold i kommunen, alle kjenner hverandre og de forskjellige rollene som den enkelte innbygger har, vil rollene lett gli over i hverandre. Avstanden mellom fritid og arbeidstid, privatperson og profesjonell kan bli flytende (Ronny 1992). På den måten vil pasient og helsearbeider ha langt mer kunnskap om hverandre enn hva det enkelte møte i helsetjenesten skulle tilsi. Gjennom uformelle møter vil helsearbeideren kjenne til sammenhenger omkring et helseproblem, hvilke vanskeligheter sviktende helse skaper for den enkelte og hva som kan avhjelpe problemene.

Når de lovpålagte helseoppgavene skal ivaretas med et begrenset antall helsepersoner er samarbeid over kommunegrensene om enkelte oppgaver er ikke uvanlig i slike kommuners helsetjeneste. De ulike deltjenestene i primærhelsetjenesten kan bli svært små i en liten kommune, og den enkelte deltjeneste kan derfor ha små ressurser og liten stillingsbrøk. Mange helsearbeidere kombinerer derfor flere mindre stillingsbrøker i forskjellige deltjenester. Slik framstår kommunenes primærhelsetjeneste som tradisjonelle kvinnearbeidsplasser med mange deltidsstillinger. I denne undersøkelsen var alle helsearbeiderne i deltidsstillinger og de som kombinerer ulike stillinger og virksomheter, kvinner. Kombinasjon av oppgaver og deltidsstillinger var noe som hadde gått igjen i lange yrkeskarrierer. Slik var yrkeslivet tilpasset kommunens behov for ressurser til helsetjenestene, men også egne familieliv og omsorg for barn.

I tillegg til å tilpasse familieliv og yrkesliv, har de kvinnelige helsearbeiderne også ivaretatt kommunens lovpålagte oppgaver for et mangfold av helsetjenester som har vært tildelt små ressurser. Sammenlignet med store kommuner er de ulike tjenestene tildelt til dels mer ressurser pr. innbygger, men den totale summen til virksomheten blir langt mindre i små enn store kommuner (SHD 1999).

5. MØTET MELLOM SØRSAMER OG PRIMÆRHELSETJENESTEN

5.1 Samens gode helse

De fleste helsearbeiderne omtaler samene som en gruppe mennesker som er generelt friske og sunne. Ettersom samene ble omtalt som en gruppe mennesker som ikke hadde spesielle helseproblemer eller sykdom, var det begrensa erfaringer med samiske brukere hos helsearbeidere. Samenes generelle gode helse ble begrunnet med at mange driver med reindrift, noe som gir en sunn livsstil med frisk luft og opphold i fjellet som en naturlig del av hverdagen. Slik unngås mange av velferdsstatens tradisjonelle livsstilssykdommer som ellers preger deler av helsevesenet. Et par helsearbeidere hadde erfaringer med samer med mer omfattende helseproblemer og tjenestebehov. En typisk uttalelse fra helsearbeidere om samer var denne:

”Samene virker svært sunne og friske ...”

”Det er ikke noe spesielt sykdomspanorama hos samene ...”

Selv om dette ikke er en epidemiologisk undersøkelse, så er forholdene i de undersøkte kommunene så små og gjennomsluktige slik at det er grunn til å anta at helsearbeiderne ville ha vært kjent med det om samene hadde andre helseproblemer enn øvrige innbyggere.

På hvilken måte helsearbeiderne hadde erfaring med samer, varierte noe. Helsesøstre driver en forebyggende virksomhet for hele befolkningen gjennom svangerskapskurs og helsekontroller av barn. Dette arbeidet er rutinemessig, og gis som et tilbud til samer så vel som til øvrig befolkning. I forbindelse med sykdom der det er behov for behandling, er det vanlig å henvende seg til lege. De aller fleste opplever slike behov før eller siden i livet. Helsesøstre og leger fortalte om at de hadde hatt kontakt med samer i likhet med befolkningen ellers.

Andre helsearbeiderne knyttet til pleie, omsorg og hjemmesykepleie, hadde hatt en annen type kontakt med samer. Selv om det ble påpekt at denne kontakten var begrensa, ble kontakten sett på som spesiell ettersom den var knyttet til særlige behov eller sykdom som førte til pleie eller omsorgsbehov.

Dette kommer vi nærmere tilbake til i pkt. 5.4. Det var ingen tvil om at de fleste helsearbeidere i denne undersøkelsen hadde en oppfatning om at samer generelt sett har god helse og at dette begrenser kontakten med helse-tjenestene.

En reindriftssame bekrefter helsearbeiderens bilde av samene som sunn og frisk:

”Du er nødt til å holde deg i god fysisk form når du driver med rein, ellers klarer du det ikke.”

Reindriftsnæringen er fysisk krevende slik at det er vanskelig å være aktiv og praktisk utøver hvis ikke fysikken er god. Med dårlig helse er det vanskelig, nærmest umulig å være aktiv utøver. En same fortalte at han i en periode var skadet, og ikke kunne drive med rein på noen år. Familien tok ansvaret for den videre drifta mens han selv var sykmeldt og etter hvert fant seg et annet yrke.

De siste årene har denne næringen blitt langt mer motorisert enn tidligere. Svenske undersøkelser viser at det er knyttet arbeidsmiljøproblemer til reindriftsnæringen. Problemer kan oppstå på grunn av langvarig opphold i streng kulde og ulike belastninger og ulykker ved kjøring på motorkjøretøy som snøscooter og motorsykkel (Aira 1988 i Sjølander 1999). Dette tyder på at reindriftsnæring kan være et meget utsatt yrke. Imidlertid kan helsearbeidere fortelle:

”Det virker heller ikke som om teknologiseringa av reindriften inne-bærer spesiell helsefare eller ulykker.”

Samiske informanter forteller om mindre ulykker til fjells. En informant mener det hender mange arbeidsuhell i fjellet, men de rapporteres ikke. Krav om effektivitet i reindriftsnæringen fører med seg mer stress enn tidligere, og en kan utsettes for uhell og skader. Om skadene medfører besøk hos helsevesenet er et annet spørsmål. Det kan handle om hva som motiverer en same til å oppsøke helsevesenet, og hva som er praktisk mulig eller oppleves som tilgjengelig.

Det viser at heller ikke hardt fysisk arbeid med stor risiko for arbeidsulykker framstår å rukke ved helsearbeiderens bilde av samer som sunn og frisk. Imidlertid påpekes det at samer har det samme livsløpet som andre mennesker og blir gamle med skrantende helse. I tillegg kan enkelte ha kroniske sykdommer og dermed skiller disse seg ut fra forestillingen om samer med god helse.

5.2 Samen – den perfekte pasient

Flere helsearbeidere forteller om at når en av de samiske innbyggerne i kommunen henvender seg for å få hjelp, da er det alltid et behov. Unødvendige henvendelser skjer ikke.

”Når de oppsøker helsevesenet, da er det noe og jeg vet at de behøver hjelp. ... De kliniske funnene stemmer alltid med de subjektive vurderingene.”

Helsearbeiderne har ingen tvil om at det er nødvendig når samer oppsøker helsevesenet. En lege presiserer at han aldri har erfart unødvendige uttrykk for øyeblikkelig hjelp til samer.

Mange av henvendelsene til helsevesenet er diffuse og vanskelig å behandle. Problemene kan være sammensatt av fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og de kan knyttes til personens opplevelse av egen livskvalitet. Behandling av slike sammensatte problemer vil ofte kreve langvarig kontakt for å finne fram til egnet hjelp. Å møte henvendelser av denne typen kan være utfordrende og vanskelig for helsearbeidere. Data fra helsearbeidere gir inntrykk av at samer verken krever eller utfordrer helsearbeideren med diffuse plager som er vanskelig å behandle. En helsearbeider sier:

”Det er alltid noe konkret når en same henvender seg.”

Det virker som at når en same ber om hjelp, er det en sykdom eller plage som det kan gis behandling for. Helsevesenet oppsøkes ved plager som er i overensstemmelse med en medisinsk oppfatning av helsebegrepet som innebærer at sykdom er somatisk eller fysisk betinget, og dermed kan behandles.

Flere samer bekrefter disse erfaringene. Samer henvender seg til helsevesenet først når noe er konkret og akutt, og behandling trengs. Flere samer forteller om episoder som bekrefter det:

” ... venta i det lengste med å oppsøke hjelp ... ”

” ... venta for å se om det gikk over ... ”

Disse utsagnene viser samer som forsøker å klare seg selv uten å oppsøke hjelp. Først og fremst forsøker de å være uavhengig av helsetjenestene for å se om plagene kan gå over med å ta tiden til hjelp. Når det er skade eller sykdom av konkret art som ikke går over, så oppsøkes helsevesenet. En slik tilbakeholdenhet med å oppsøke helsevesenet, er ikke noe som er forbeholdt bare samer (Hafting 1995). Imidlertid er det undersøkelser som viser at for mange samer kan det være vanskelig å be om hjelp fra offentlige myndigheter i storsamfunnet pga. tidligere negative erfaringer (Minde 1995).

Selv om det viser seg at det vanligvis er fysisk skade eller sykdom som skal til for at mange samer henvender seg til helsevesenet, så behøver det ikke begrunnes med dårlig erfaring. Noen samer kan fortelle om ubehagelige eller dårlige erfaringer med helsevesenet, men mange forteller også om sine positive erfaringer. De forteller om situasjoner når de selv eller deres nærmeste var syke eller skadet og henvendte seg til helsevesenet og fikk hjelp. Flere kan fortelle om sine positive erfaringer og om effekten av en behandling. Et eksempel er:

”Ja, jeg har fått god hjelp av legene og fysioterapeutene. Jeg var hardt skada. Jeg fikk mye behandling, og er blitt frisk igjen.”

Dette illustrerer en situasjon hvor behandling har avgjørende betydning for framtidig helse. Når behandling får slik betydning, blir folk både takknemlig og glad. Manglende behandling ville sannsynligvis ha gitt et helt annet resultat. Dette er situasjoner der behandling fra helsetjenesten får avgjørende og positiv betydning for den og de det gjelder.

En annen same forteller:

”Han tok meg inn tvert. Det var bra. Jeg fikk den hjelpa jeg trengte, og ble bra. Sånn skal det være når en går og plages og vil til legen.”

Eksemplene viser samer som er godt fornøyde med sitt møte med helsevesenet, fortrinnsvis leger og fysioterapeuter. Situasjonene som tas opp er preget av konkret sykdom eller skade som har utløst umiddelbar behandling. Slik hjelp er oppsøkt og mottatt til nytte for pasienten.

Helsearbeiderne bekrefter oppfatningen om at samene er godt fornøyde med den hjelpa som gis. Helsearbeiderne forstår det slik som at samene er både takknemlige og fornøyde med hjelpa:

”De er godt fornøyde. De klager ikke.”

”De hører på og tror på det jeg sier. Slik er de lite krevende pasienter. Men det kan ha å gjøre med at de bor i distriktene.”

Dette viser helsearbeidere som oppfater en typisk samisk pasient som takknemlig og ikke plagsom. De krever lite, og er godt fornøyde. Samtidig forstår helsearbeiderne samene slik at de stort sett har tillit til informasjonen som blir gitt. Det moderne og kunnskapsrike samfunnet gir mennesker muligheter til å skaffe seg informasjon om mulig diagnose og behandling, og dette kan gi grunnlag for å stille krav til helsearbeidere. At samene ikke stilte store eller utfordrende krav, blir av helsearbeiderne forstått som kulturforskjeller på by og distrikt, og det er ikke knyttet til etnisitet. I byene er tilgangen på tjenester langt større enn i distriktet, og det kan gi grunnlag for informasjon og krav.

Dette viser et bilde av samer som takknemlig pasienter, de stiller ikke vanskelige krav og kan dermed bli en representant for den perfekte pasient for helsearbeideren. Imidlertid kan det være grunn til å problematisere at samene blir sett på som en perfekt pasient. Det kan være ulike begrunnelser for både tilbakeholdenhet til å oppsøke helsevesenet, og takknemlighet for mottatt hjelp. I mange sammenhenger framstår helsetjenestene som kriserammet med manglende ressurser og kapasitet til å møte behov i befolkningen. Teorier om tilgjengelighet i sosiologien og statsvitenskapen forsøker å forklare

faktorer som påvirker mønstre i forbruk og behandling av offentlige ytelser. En undersøkelse når det gjelder sosiale tjenester viser at ulike forhold ved klienter og potensielle klienter, fagfolk og forvaltningsapparatet får betydning for hvordan offentlige ytelser fordeles (Hoven 1981). Administrative forklaringsmodeller påpeker at enten egenskaper ved forvaltningen som organisasjonskultur og fagfolk, mangel på egenskaper ved klientene eller trekk ved samhandlingen mellom forvaltningen og klienter påvirker tilgjengeligheten og kan gi ulik behandling. Dette åpner opp for mange begrunnelser for samenes kontakt med helsevesenet. Tilbakeholdenhet kan forklares med trekk ved forvaltningen eller ved samene selv, eller angir trekk ved samhandlingen mellom helsevesenet og samene. Minde (1995) undersøkte hjemmeboende eldre samer og ikke-samer i en kystkommune og deres bruk av sosiale tjenester. Hun viste til forskjellig kultur i storsamfunnets hjelpeapparat og blant samene. Denne kulturforskjellen skapte en tilleggsbarriere for samene i å søke hjelp. Tidligere erfaringer i generasjoner med den norske myndighetsverden, fornorskningpolitikk og diskriminering dannet en viktig referanseramme for hva det kunne be om hjelp til, og om hvordan et svar ble tolket, ikke minst et avslag. Minde hevdet at eldre samers erfaringer som etnisk minoritet, har skapt en ”indre” barriere som gjør at terskelen for å kommunisere og henvende seg til hjelpeapparatet var høyere hos samer enn for ikke-samer.

5.3 Forebyggende helsearbeid er vanskelig

I forebyggende helsearbeid må det skilles mellom forebygging av at sykdom oppstår, og forebygging av en verre utvikling av sykdommen. En forverring av sykdom eller tilstand kan innebære at sykdommen utvikler seg til å bli kronisk eller at personen utvikler tilleggssykdommer. Tidligere var forebyggende og helsefremmende arbeid ensbetydende med kampen mot livstruende sykdommer (f.eks. tuberkulose). I dag skal forebyggende og helsefremmende arbeid bidra til å legge til rette for å frigjøre og utnytte folks egne ressurser i lokalsamfunnet, og har som formål å gjøre hver og en til hovedaktører i egne liv (NOU 1998:18). Ettersom det er mange forhold som påvirker helse og sykdom, vil dette arbeide kreve innsats og engasjement fra mange hold og sektorer. Slik samsvarer forebyggende og helsefremmende arbeid med en utvidet forståelse av helsebegrepet som knyttes til livskvalitet og subjektive opplevelser. Forebyggende og helsefremmende arbeide krever

tverretattlig samarbeid på mange nivåer, også i kommunehelsetjenesten. Disse oppgavene nedfeller seg i ulike helsepolitiske dokumenter, men vil også komme til uttrykk i utforming av tjenester til den enkelte pasient eller bruker.

Når det ventes lenge med å kontakte helsevesenet, kan det oppstå akutte eller alvorlige problemer. Eventuell forebygging av sykdom eller helsefremmende aktivitet blir da personens eget ansvar. Personen kan mangle tilstrekkelig med kunnskap for å tilfredsstille hensyn til egen helse. Selv om inntrykket er at samer lever sunt, kan det være nødvendig med aktiv forebygging for at plager ikke forverres. Både helsearbeidere og samer bekrefter at det tas lite hensyn til forebyggende virksomhet. En helsearbeider forteller:

”Det er akutt når de kommer hit. Vi får ikke til å forebygge.”

En same bekrefter dette synet ved å fortelle om en slektning:

”Han hadde vært plaga i mange år, til slutt måtte han søke lege. Og da var det virkelig blitt veldig alvorlig.”

Dette viser at det ikke alltid er bra å vente for lenge med å søke hjelp og behandling. Plagene eller sykdommen kan utvikle seg til å bli kronisk eller langt mer alvorlig og dermed vanskeligere å behandle enn om kontakt med helsevesenet hadde skjedd langt tidligere. Derfor viser det seg at den perfekte pasient som oppsøker legen bare ved akutte eller konkrete problemer, kan forårsake ris til egen bak. Tilstanden kan ha blitt verre og vanskeligere å behandle. En sunn livsstil er ikke alltid tilstrekkelig for å beholde god helse og unngå sykdommer.

Manglende henvendelse fra samer til helsetjenestene i forebyggende arbeid, kan også ha sammenheng med manglende opptatthet av helsetjenestene og medisinsens betydning for egen helse. En reindriftssame forteller:

”En må ha god fysikk for å holde på med rein. En må trene, ikke alle trener nok ...”

Det viser at han selv tar ansvar for å bidra til å ha god helse slik at han kan utføre arbeidet sitt. Det er mange måter å være opptatt av egen helse, og forebyggende og helsefremmende arbeid kan foregå på ulike måter. Når det

er så mye som skal til før samer oppsøker helsevesenet, tyder det på at et eventuelt engasjementet for å utvikle eller bevare egen helse ikke foregår i samspill med helsevesenet. Men det kan tenkes at mange samer ikke er så opptatt av egen helse fordi god helse tas mer eller mindre for gitt. Undersøkelser fra Troms viser at personers opptatthet av helse er en faktor som øker antall henvendelser til allmennpraktikere. Det ser ut til å være en sammenheng mellom grad av opptatthet av helsa og økt avhengighet til helsevesenet. Denne opptattheten av helsa var uavhengig av personens helse-tilstand (Fylkesnes og Førde i Hafting 1995). Dersom samene er lite opptatt av egen helse, kan det innebære at de blir mindre avhengige av helsevesenet og dermed ikke oppsøker det så ofte. For andre kan det igjen være at et liv i pakt med naturen der naturkreftene er rådende, har ført til tradisjoner som innebærer at naturen går sin gang også når det gjelder egen helse. Da kan det bli mindre vesentlig å forsøke å påvirke egen helse.

5.4 Utsatte grupper med særlige behov

Selv om det generelle bildet av sørsamen er at hun/han er sunn og frisk, så følger samene det samme livsløpet som andre med aldringsprosess med sviktende helse og nye tjenestebehov. I tillegg kan samer som andre ha kroniske sykdommer eller ha alvorlig sykdom. Mer eller mindre alvorlig sykdom oppstår også hos samer som blant befolkningen for øvrig. Dette avviker fra det generelle bildet av sørsamens helse. Noen helsearbeidere i undersøkelsen hadde over tid hatt mye kontakt med eldre, kronisk syke eller funksjonshemmete samer. Eldre eller funksjonshemmede representerer grupper med særlige behov fra kommunehelsetjenesten.

Bruker er mer og mer blitt et begrep som benyttes til å omtale de mennesker som får hjelp fra kommunehelsetjenesten. Men det er også andre ord som benyttes, f.eks. pasient, beboer, pensjonær osv. ... Her har vi latt våre informanter bestemme hvilket begrep vi benytter oss av. Er det en informant som sier bruker, vil vi benytte bruker. Det samme skjer når det er en informant som sier pasient. Hvilken deltjeneste helsearbeideren representerer og begrepsbruk internt i kommunen, har betydning for hvilke begreper som benyttes. Det gjelder også på sykehjem der beboer ofte brukes om innlagte pasienter.

Når sørsamer blir eldre eller kronisk syke, oppstår gjerne behov for helse- og sosialtjenester. En helsearbeider i hjemmesykepleien forteller:

”Kan ikke huske at vi har hatt sørsamiske brukere før de siste årene. Det har naturligvis vært samer på sykeheimen. Utgangspunktet for at vi har kontakt med dem er at de har en sykdom.”

Dette kan tyde på at samer vanligvis mottar kommunens omsorgstjenester først når de er så alvorlig syke at institusjonsopphold blir nødvendig. Nå har den helsepolitiske og faglige utviklingen gått i retning mot at mennesker skal få helse- og sosialtjenester i sitt nærmiljø slik at institusjonsopphold kan unngås. Et gjeldende helsepolitisk prinsipp er at det er bedre for mennesker å leve i sitt naturlige nærmiljø enn på institusjon. En av hensiktene med helse-tjenester er at mennesker skal oppnå størst mulig grad av egenomsorg og bli mest mulig selvhjulpen. Det har skjedd en omfattende utvikling og utbredelse av slike tjenester de siste par tiår. Dette kan være én forklaring på at samer tidligere har benyttet seg lite av hjemmesykepleie. En annen forklaring kan være at terskelen for å oppsøke hjelp har vært høy. En tredje forklaring er at tjenestene har vært lite utbygd eller dårlig tilgjengelig. Ut fra en slik tankegang kan samer ha greid seg selv inntil problemene er blitt såpass omfattende at institusjon er blitt nødvendig.

Andre helsearbeidere med erfaring fra hjemmesykepleien uttalte:

”Hjemmesykepleien har i flere år hatt kontakt med noen eldre. Kontakten gjaldt også ektefeller og pårørende.”

Dette viser at hjemmeboende eldre samer har hjelpebehov. Det private og uformelle nettverket er ikke tilstrekkelig slik at offentlige ytelser behøves for at eldre samer kan bo hjemme.

Hvilke særlige behov har så eldre samer? Noen helsearbeidere har erfaring med at samer får den samme hjelpa som alle andre i kommunen, og det har vært tilfredsstillende. En helsearbeider påpeker:

”Men det som kan være ekstra vanskelig for samer er for eksempel når de blir innlagt på sykeheimen. De blir da så langt fra sine egne og det

tette fellesskapet de har hatt. Tror det var ekstra vanskelig for pasienten på sykeheimen.”

Helsearbeideren påpeker at sykehjemmet representerer storsamfunnets omsorgstilbud, og det kan medføre at samiske beboere blir isolerte. Flere samiske beboere på sykehjemmet samtidig, er sannsynligvis uvanlig i små kommuner med få samer. Helsearbeideren tror at isolasjon fra andre samer og egen familie gjør livssituasjonen vanskelig. Isolasjon er noe som påvirker både trivsel og livskvalitet som igjen kan ha betydning for helsetilstanden. Minde (1995) viste at samer hadde et sterkere ønske om å bo hjemme lengst mulig enn ikke-samer. Samene hadde større motvilje mot å flytte til sykehjem og omsorgsbolig enn ikke-samer. Ved å bli boende hjemme lengst mulig til tross for sykdom og alderdom, ble også hjelpebehovet stort.

Enkelte helsearbeidere forteller om vanskeligheter med å gi pleie- og omsorg til eldre samer:

”Å snakke med senil demente betyr å snakke mye om det før i tida, om barndommen. Men det har vi ingen forutsetning for å gjøre når vi ikke kjenner til bakgrunnen og kulturen ... Vi forstår ikke hva de vil, eller hva de prater om.”

Problemer oppstår i situasjoner hvor aldersdemente prater om ting eller vil gjøre noe som ikke gir mening for helsearbeiderne. Mulighetene for helsearbeiderne til å bidra til minneaktivitet eller reminisens reduseres når de ikke forstår sammenhengen eller kodene i samtale. Reminisens er å samtale med eldre mennesker om deres opplevelser og liv som de husker fra tidligere i livet. Samtaler om tidligere historie i siste del av livet innebærer å bearbeide sitt eget liv på både godt og vondt. Å kunne se eget liv i en sammenheng gir i seg selv livet et nytt innhold og mening i livets siste fase når aktivitetene ellers er begrensa (Heap 1990). En forutsetning for at slike samtaler kan foregå, er at helsearbeideren eller samtalepartneren ser betydningen av minnearbeidet, forstår historiene og kan bidra til en videre samtale om dem.

Flere samer i undersøkelsen kunne fortelle om eldre samer innlagt i helseinstitusjon, og som hadde hatt språkproblemer:

”Jeg har sett flere eksempler på at eldre og syke bare snakker samisk når de er redusert.”

Ingen helsearbeidere fortalte om lignende erfaringer. Tvert i mot, helsearbeiderne hadde ikke erfart språkproblemer i kontakten med samer. De problemene helsearbeidere opplevde i sin kontakt med samer, var begrenset til forståelse av tidligere opplevelser. Dette tyder på at enkelte eldre samer kan ha språkproblem i kontakten med helsevesenet uten at det oppdages av helsearbeiderne.

Samer med erfaring som pårørende eller besøkende til beboere på sykehjem, påpeker at sykehjemmet gjenspeiler storsamfunnets kultur på mange måter.

Det gjelder bl.a. utsmykkinga – hva med en kaffepose og kjele på veggen? Noe som samer vil kunne kjenne igjen. Men nei. Heller ikke et lite samisk flagg på bordet.”

En annen uttaler:

”Og på sykehjemmet trenger det ikke bare være bondekost og jordbruksutstilling. ... Samer må også få tilbud om mat vi liker og er vant til, reinkjøtt og buljong av margbein. Slikt bør gå an.”

En annen historie gjelder en eldre mann som var dårlig til beins og ville ha kniven under hodeputa i senga si for å ha den nærmest mulig. Han var vant til alltid å ha kniven i nærheten, og kunne ikke få tak i kniven hvis den lå unna senga. Dette var et ønske som ble gjenstand for mye diskusjon ettersom det ikke var vanlig å ha kniv i senga. Det var ikke bekymringer om at noen ville bli skadet av kniven. Mannens ønsker kom her i konflikt med hvilke vaner som eksisterer på sykehjemmet.

Denne historien og utsagnene viser at det er vanskelig for samer å få ha kjente og kjære ting rundt seg ved sykehjemsopphold. Naturligvis må mange vaner endres når mennesker er på institusjon, men det er et spørsmål om i hvilken grad det forsøkes å opprettholde ønsker og mulige vaner i slike om-

givelser. Ting som er kjent og gir minner, mat som smaker godt og vaner som er kjære, kan være med på å øke trivselen. Trivsel har betydning for livskvalitet. Skal samene også få høyest mulig livskvalitet siste del av livet, må det tas hensyn til de forhold som bidrar til å øke trivselen også under opphold på sykehjem. Disse små, hverdagslige ting kan fortone seg som bagateller, men for den enkelte det gjelder kan det ha stor betydning. Det virker ikke som at disse små hverdagslige vanene eller ting omkring seg blir godt nok ivaretatt.

En samisk informant som tidligere hadde jobbet på helseinstitusjon fortalte:

”Tror det ble altfor innestengt på en institusjon for dem som hadde vært vant til å være ute hele tida ... det var samer der, og de ble glad når jeg var der ... gikk ut med dem og prata om det som var kjent og kjært for dem ... De ble alltid veldig glad når det var noen ansatte som var samer ...”

Å ha kunnskap om samisk kultur når man arbeider i helsevesenet, oppleves positivt både for helsearbeideren og pasienten. En same vil i oppveksten tilegne seg kunnskaper om hvilke normer, verdier og regler som gjelder i samhandlingen i det samiske miljøet. Samisk kulturkompetanse referer til det kunnskaps-, handlings- og vurderingsgrunnlag som en utstyres med gjennom å vokse opp i en samisk kultur. Denne kompetansen kvalifiserer til deltakelse i et spesifikt moralsk og kulturelt fellesskap (Stordahl 1998). Når helsearbeider og pasient kommer fra felles kultur, gir det grunnlag for samhandling i et fellesskap som bekrefter og gir gjensidig utbytte.

Eldre samer, liksom kronisk syke eller funksjonshemmede, har store hjelpebehov fra helsevesenet. Kommunene er pålagt å drive med rehabilitering i følge kommunehelsetjenesteloven. Dette foregår i hovedsak i personers hjemmetilværelse og dagligliv. En funksjonshemmet person har sammensatte behov der det er nødvendig med tverrsektorielt samarbeid for å bistå og møte de sammensatte behovene. Etersom rehabiliteringen foregår i hjemmetilværelsen og dagliglivet, må behandlingen og tjenestene tilpasses den enkelte bruker. Det er også et poeng i rehabiliteringen at brukermedvirkningen ivaretas med sikte på å få til størst mulig effekt. Når tjenester og handling skal tilpasses individuelt, må det tas hensyn til brukerens behov for

å fungere best mulig i sine omgivelser. Målsettingen er at brukeren skal bli mest mulig selvhjulpen. De kulturelle aspektene ved omgivelsene vil dermed få stor betydning for hvordan tjenestene må utformes for at brukeren skal bli mest mulig selvhjulpen og fungere best mulig i sine omgivelser.

”Storsamfunnets” regelverk og normer gir rammer for utforming av tjenester, og også for hvilke vilkår som må være oppfylt for å ha krav eller rett på tjenester. I et flerkulturelt og moderne samfunn vil det være spørsmål om hvordan tjenestene tar nødvendige kulturelle hensyn. Å ha en funksjonshemming innebærer i blant individuelle tilpasninger, men også tilpasninger av omgivelsene er aktuelt. Noen funksjonshemmede kan ha vansker med å opprettholde samme aktiviteter som før funksjonshemmingen eller sykdommen inntrådte. Der funksjonshemming er varig, vil det derfor være av avgjørende betydning for livskvaliteten at tiltakene og hjelpen tilpasses kulturen og omgivelsene. Det samme gjelder også for personer med medfødte funksjonshemninger.

Flere samer hadde erfaringer der dette hadde vært et problem. En same uttalte:

”Vi må få lov til å være samer når vi er syke også.”

Dette tyder på det ikke alltid oppleves problemfritt å være mottaker av helse-tjenester. Det kan gå på bekostning av identiteten som same. Når vaner og tradisjoner som er forbundet med samisk identitet ikke kan opprettholdes, kan dette oppleves som trussel mot den samiske identiteten.

Samiske tradisjoner kan innebære behov som ikke samsvarer med standardisert regelverk når det gjelder hvilke rettigheter man har i forbindelse med sykdom eller ytelser man kan ha krav på.

En same fortalte at en gang han var innlagt på sykehuset, var det vanskelig å få refundert utgiftene til heimreisa.

”Heimreisa etter sykehusinnleggelse er gratis. Reisen gjelder til bopel. Men vi har to forskjellige bosteder, et om sommeren og et om vinteren. Jeg fikk dekt reisa til den ene bopelen, der jeg hadde reist i fra. Men i

mellomtida var vi flytta, og jeg fikk ikke dekt utgiftene til den andre boligen.”

Samen som forteller dette driver med reindrift, og har bopel på både vinter- og sommerbeite. Det hører med til historien at reiseutgiftene til disse to boligene er veldig forskjellig. I denne situasjonen tok rikstrygdeverkets standardiserte regelverk lite hensyn til flyttsamer med to boliger. Det samme gjelder andre hjelpemidler som kan bli nødvendige i et liv som flyttsame. Grupper som er funksjonshemmet og storkonsumenter av tjenester, har hatt store vanskeligheter med å få ytelser og tjenester tilpassa samiske tradisjoner og kultur. En same forteller:

”Her i kommunen vet de ingenting. Vi må henvende oss sentralt.”

Spesielle vilkår og unntak kan føre til en komplisert saksbehandling som kan være vanskelig å utføre i små kommuner. Slik kan byråkratisk saksbehandling og regelverk hindre en hjelp som skal til som flyttsame og fortsette et liv i egen kultur. Avslag og hindringer fra storsamfunnet når det gjelder disse ting, vil naturligvis også kunne forstås ut fra tidligere erfaringer der samiske tradisjoner og kultur ikke er blitt ivaretatt.

5.4.1 Hjelp i hjemmet

Mange mennesker kan i perioder ha behov for helse- og sosialtjenester innenfor sitt eget hjem. Eldre og syke/funksjonshemmede kan ha behov for pleie, omsorg og/eller husarbeid i hjemmet. Dette utføres vanligvis av helsearbeidere som sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpere.

Når hjelperen er i hjemmet hos brukeren, foregår møtet i personens hjemmemiljø og hverdagsliv. Hjemmet er det viktigste stedet for vår tilhørighet (Gullestad 1989). Kulturelt sett er hjemmet sentralt sted for å finne mening og integrasjon. Som mennesker i det moderne samfunn innehar vi ulike roller som utspilles i ulike fora overfor forskjellige mennesker. Vi er datter, mor, ektefelle, tante, arbeidstaker osv.. Når vi er hjemme binder vi de ulike rollene til vår egen og personlige identitet i en livsverden som gir mening og trygghet for oss. Slik blir vår verden hel og velordnet. Når en hjelper kommer hjem til brukeren, opptrer hjelperen på den andres arena, en arena som har stor betydning for identitet og livsverden.

Å være helse- eller sosialarbeider i mottakerens hjem, innebærer at hjelperen opptrer på brukerens private territorium. Hvor hjelpen ytes, påvirker også relasjonen mellom hjelper og bruker (Moe 1992). I utgangspunktet er relasjonen mellom hjelper og bruker asymmetrisk. Hjelperen har kunnskap og makt, og forvalter etterspurte tjenester som brukeren ønsker, eller er avhengig av. Brukeren kan bli et objekt for hjelperens vurdering og hvilken hjelp brukeren kvalifiserer til. Når brukeren blir et objekt og gjenstand for hjelperens vurderinger, blir brukeren på en måte ”tingliggjort”. I en hjelpe-relasjon kan det være viktig å legge vekt på tillit og nærhet for at brukerens følelser, opplevelser og livsverden kan uttrykkes. Et samarbeid som gir rom for dette, vil være en måte å komme fram til hva som behøves av hjelp, eller hva som kan være god hjelp. Slike relasjoner kjennetegnes ved at de er symmetriske der brukerens følelser og livsverden får avgjørende betydning. Brukeren blir da behandlet som et subjekt med sine følelser og opplevelser (Vatne 1999).

Både hjelper og samer uttrykker at det er annerledes å gi eller motta hjelp i hjemmet. En helsearbeider forteller:

”Det blir noe annet å arbeide i hjemmet hos folk enn på sykehus. Synes det blir mer helhetlig, og ser mer hele livet og historia til folk. Jeg kan forstå ting ut fra historia og sammenhengen i det som hender. ... Merker forskjellen godt når vi får besøk fra sykehuset. De er opptatt av sykdom og symptomer, mens jeg er mer opptatt av andre ting, som hele personen.”

Denne hjelperen er opptatt av nærhet til sine brukere og deres livsverden. Slik kan hun forstå personen best, også opplevelser og følelser. Hun er opptatt av å se mennesket bak diagnosen, og er lite tilfreds med spesialistene som kommer og er opptatt av sykdom og symptomer. Livet til personen er langt mer enn diagnosen.

Samiske informanter bekrefter at relasjonene mellom dem som pasienter eller brukere og helsearbeidere blir annerledes om det er på sykehus enn i hjemmet:

”Verst er de på sykehuset ... Men de som har vært innenfor husets fire vegger, de har vært veldig greie ...”

Sammen som sier dette har erfaring med hjelpere i eget hjem. Når hjelperen kommer i brukerens hjem, er det på brukerens territorium. Maktforholdet vil endre seg noe ved at brukeren er i posisjon til å bestemme enkelte forhold som hører hjemmet til, for eksempel hvilke forstyrrelser som skal aksepteres og utformingen av hjelpen som skal gis (Moe 1992). Brukeren er ikke bare prisgitt hjelperen og institusjonens rutinemessige hverdag, men har lettere for selv å bestemme hva som ønskes gjort og hvordan. Riktignok behøver det ikke alltid å foregå på denne måten. Undersøkelser viser at hos sterkt funksjonshemmede som har hatt mange hjelpere og hyppige besøk av hjelpearbeidere i hjemmet, vil det foregå en hospitalisering av eget hjem der den funksjonshemmede kan bli utsatt for krenkelser (Lillestø 1998). Dette kan ha sammenheng med individuelle faktorer hos hjelper og bruker, men det virker som stort hjelpebehov er en faktor av betydning i forhold til å beholde makt i eget hjem. Derfor er det absolutt ingen garanti for at hjelpen som gis i hjemmet oppleves mindre krenkende eller bedre enn på sykehus. Men som opplevd av helsearbeidere og samer i denne undersøkelsen, blir hjelpta bedre og mindre krenkende når den ytes hjemme hos brukeren. Det i motsetning til erfaringer fra sykehus hvor hjelpen virker langt mer objektiviserende for brukeren.

5.5 Psykiske problemer

Det er glidende overgang mellom psykiske belastninger og psykiske lidelser. Offentlige dokumenter beregner at ca. 20 % av befolkningen i landet har psykiske lidelser i mildere eller alvorlig grad. Beregningene baserer seg på kartleggingsundersøkelser i norske lokalsamfunn utført med internasjonale metoder (St. meld. 1996-97). Det betyr ikke at alle har behov for behandling, men kan ha et slikt behov en eller annen gang i livet. Alle mennesker opplever konflikter, problemer, kriser, sorg og tap. Slike opplevelser er en uunngåelig del av livet og nødvendig for normal psykisk utvikling og vekst. Livsproblemer og mellommenneskelige konflikter regnes ikke som sykdommer slik som psykiske lidelser. Da konflikter *mellom* mennesker kan utløse konflikter *i* mennesker, kan avstanden fra psykisk problem til lidelse være kort. Menneskets kropp, sjel og sosiale liv er ikke uatskillelig, og vil påvirke hverandre. Sosiale problemer kan gi store psykiske belastninger. Pasientenes problemer løses sjelden ved å angripe bare den ene av delene ettersom problemene må ses i sammenheng. Psykiske belastninger og prob-

lemer kan også manifestere seg i somatiske sykdommer, og vi snakker da gjerne om psykosomatiske problemer. Eksempel på det er psykisk stress som kan gi seg utslag i store muskelsmerter i nakke- og skuldre.

Ingen helsearbeidere fortalte at de var blitt oppsøkt i et ærendet stress eller psykiske belastninger. Imidlertid er det et par helsearbeidere som forteller at stress og psykiske belastninger kommer fram etter hvert som de er blitt kjent:

”Har kjent pasienten godt over lang tid. Til slutt ble vanskelighetene såpass store at det bare rant over. Da fikk jeg høre mye om hvor vanskelig det var.”

Om det var rett adressat for å få hjelp, er et annet spørsmål. Uttalelsen viser i hvert fall at det var et behov for å få snakke om problemene, og helsearbeiderne stilte opp og møtte dette.

De fleste helsearbeiderne forteller om liten erfaring med samer som har psykiske problemer. Tvert i mot er det tidligere påpekt at når samer kontakter helsevesenet, er det vanligvis noe konkret. Dvs. ikke diffust som psykiske problemer ofte er. I stedet trekker helsearbeiderne fram samholdet mellom samer som kan avhjelpe eller være støttende i slike problemer, men også at det kan oppstå konflikter mellom samene.

”Det er vel noen som kanskje har alkoholproblemer, men her har vi ikke kontakt med dem ...”

Rusproblemer kan betraktes som sammensatt og psykisk betinget. I et gjennomiktig lokalsamfunn kan helsearbeiderne kjenne til eller ha formening om at alkoholproblemer eksisterer, uavhengig av sin jobb som helsearbeider. Kunnskaper eller erfaringer kan oppstå gjennom at man er innbygger i samme bygd. Men psykiske lidelser er eksisterende også blant samer. En annen helsearbeider forteller:

”Det er noen med psykisk sykdom.”

Vi har tidligere sett at det helst er nødvendig med en fysisk skade eller sykdom som manifesterer seg konkret før samene motiveres til å søke helsehjelp.

Psykisk sykdom kan diagnostiseres, og kan dermed gi grunnlag for kontakt med helsevesenet. Helsearbeidernes fokus var medisinsk behandling for sykdommen, og ikke de sosiale følgene som sykdommen kan gi.

En helsearbeider trakk opp problemer som ble knyttet til anstrengelsene med å bevare samisk identitet og kultur. Dette kan være psykisk belastende.

”Det virker som spesielt de samiske kvinnene er utsatt. Stresset setter seg i spente muskler i nakke og skuldre. Spesielt kvinnene som prøver å være brobyggere mellom forskjellige grupper ... Spenningene setter seg i kroppen. Kvinnene er aktive pådrivere for samisk kultur.”

Å være aktiv i slike sammenhenger som handler om å bygge bro mellom storsamfunn og samer, og mellom grupper av samer for å bevare samisk kulturtradisjon, krever også sitt. Det er en aktivitet eller kamp som ikke bare dreier seg om å bevare samisk tradisjon, men også om samisk identitet. Disse aktivitetene kan ha både psykiske og sosiale omkostninger. Imidlertid var de fleste helsearbeiderne lite opptatt av at dette kunne være belastende. Problemer knyttet til familie, barneoppdagelse, økonomi, bolig, utdanning med mer var ikke noe som helsearbeiderne fortalte om. Men flere helsearbeidere snakket om at de antok det var psykiske belastende å ha to bosteder samt å ha barna på internatskole. Flere helsearbeiderne nevnte at de var kjent med konflikter innen reindriftsnæringen som berørte familier, uten at helsearbeiderne var blitt involvert i problematikken.

Bildet av psykiske problemer ble mer konkret i samtaler med samene. Samene fortalte om ulike problemer som de selv hadde hatt/har, eller problemer hos andre de kjente.

En same forteller:

”Det er mye alkoholisme i det samiske miljøet, både på norsk og svensk side. Det blir synlig for vi er så få. Men det snakkes lite om det ... Vet heller ikke om det er mer enn ellers i kommunen. I min familie er det flere alkoholikere.”

Informanten var opptatt av at dette var et problem for mange, men trodde det var få som mottok behandling. Men at problemet er der, og gjør livet vans-

kelig både for de som misbruker alkohol og for deres nærmeste, var det ingen tvil om. Likevel hadde det tatt veldig lang tid før han erkjente at det var slike problemer i egen familie og blant andre han kjente. Etter hvert var problemene såpass synlige i sosiale sammenhenger at det ikke var mulig å unngå å se problemene.

Det samme gjelder psykiske problemer og psykisk sykdom. En annen same forteller:

”Vi vet om noen som har psykiske problemer og er syke, men ingen prater om det.

Han hadde psykiske problemer, jeg tror ingen visste hvor syk han var. I hvert fall ikke i helsevesenet ...”

Slik kommer det fram at mer diffuse psykiske og sosiale problemer også finnes i det samiske miljøet. Problemene kan gi seg utslag på forskjellig vis, og hva som er belastningene er, varierer også. Det gjelder naturligvis også psykisk sykdom.

Andre belastninger som flere samer fortalte om var knyttet til reindrifta. Både regulering av næringa samt trusselen fra rovdyra er harde angrep mot næringen. Trusselen om at det økonomiske livsgrunnlaget kan forsvinne, er i seg selv et press som innebærer stress.

Flere samer forteller om dette:

”Det kan være veldig hard ute på beitet. Ikke noe artig å se halve flokken forsvinne ...”

Det er åpenbart at samene utsettes for stress på ulike områder. Det kan være områder knyttet til ivaretagelse av etnisk identitet og samisk kultur, eller storsamfunnets strukturer og systemer som uttrykkes i ulike plager og som påvirker samer. Men slike problemer underkommuniseres. En same forteller hvordan de snakker om psykiske belastninger:

”Sånt noe prater ikke vi samer om ...”

Derfor kan det være at ikke bare helsevesenet overser psykiske belastninger blant samer, men at slike problemer underkommuniseres og ikke løftes fram i eget miljø. Å ha psykiske problemer eller psykiske lidelser er tradisjonelt forbundet med skam her i landet (Mevik 1998). Det kan innebære at stresset og belastningene virker enda mer tyngende, eller at personen med problemene blir enda mer alene om sine problemer. Slik virker det som sørsamene er utsatt. Mennesker som over lengre tid befinner seg i marginaliserte situasjoner og/eller spesielt krevende livssituasjoner, kan oppleve maktesløshet og mangel på kontroll over egen livssituasjoner og blir mer utsatt for sykdom (Wallerstein i NOU 1998:18). Når vi vet at avstanden mellom psykisk belastning og psykisk lidelse kan være kort, kan det være grunn til å rope et varsko.

5.5.1 Hvor finnes hjelpa?

Vi har før poengtert at akutt eller konkret sykdom må være til stede før samer henvender seg til helsevesenet. Det blir derfor et spørsmål om hvor samer henter hjelp ved psykiske belastninger. Disse belastningene kan være i forbindelse f.eks. med egen sykdom eller familiemedlemmers sykdom. Når sykdom oppstår, kan det bli vanskelig å ivareta hverdagens krav og sosiale forpliktelser. Stress på disse områdene kan forverre helsetilstanden. Å få hjelp til å mestre situasjonen som oppstår med sykdom og dårlig helse kan derfor ha forebyggende effekt.

En same fortalte dette om langvarig og meget alvorlig sykdom i familien:

(Intervjuer) – *”Hvor hentet du støtte?”*

”Nei, det blir nå å finne ut av det sjøl ... Jeg måtte finne ut hva han som same trengte.”

Naturligvis kan ingen andre fjerne sorg eller psykisk smerte og endre på situasjonen for personen som er rammet, men hjelp kan være nyttig støtte og bekreftelse i kampen for å komme videre. En annen same sa:

”Jeg har ei venninne jeg kan prate med ...”

Venninna var god å ha når motbakkene i livet kjentes tunge. Psykiske problemer og livskriser blir av de fleste samer ikke inkludert i opplevelse av egen helse og som grunnlag for å oppsøke helsevesenet. En kvinnelig same forteller fra sin fysikalske behandling for muskelspenninger:

”Fysioterapeuten støtta meg i at jeg skal si fra.”

Familiære forhold og stress på jobben hadde ført til muskelspenninger. Under lengre tids behandling har det oppstått en viss fortrolighet mellom fysioterapeut og pasient, og stresset i kvinnens liv var blitt et samtaletema.

Om stress og psykiske belastninger som eksisterer i det samiske miljøet, sa en same:

”Det er ikke tilstrekkelig å prate med hverandre om alt. Det er for alvorlig til det. Vi behøver profesjonelle hjelpere.”

Selv om forskjellig hjelp kan hentes i nettverket, er det åpenbart at mange samer har problemer som krever profesjonell hjelp. Men terskelen for å søke profesjonell hjelp eller ta opp med helsearbeiderne at slik hjelp behøves, synes å være høg. Dette gjelder ikke bare samer, men er generelt i samfunnet. Når samfunnene er små og gjennomsiktige, blir dette ikke enklere. Problemene kan lett bli enda mer usynliggjort når de oppstår blant samer. Likevel kan den høge terskelen for å søke hjelp også ha sammenheng med langvarige tradisjoner med å klare seg selv på alle livets områder uten positive forventninger om hjelp fra storsamfunnet.

I kjernesamiske samfunn er vi kjent med samisk folketro som benyttes ved sykdom. Ingen av våre samiske informanter hadde erfaring med shaman. Shaman er et samisk ord for hjelper eller forbedrer (Nergård 1994). I følge Nergård har det samiske samfunn rik folkemedisinsk tradisjon som fortsatt er levende, men ingen samer i denne undersøkelsen kunne fortelle at denne tradisjonen lever i sørsamisk miljø. Også undersøkelse fra lulesamisk område viser til erfaringer med sammenblandinger mellom samisk folketro og sykdom eller vanskeligheter (Eide og Olsen 1999). Slik som det kommer fram i denne undersøkelsen, er det forskjell på det sørsamiske samfunn i forhold til nordsamisk og lulesamisk så henseende. Heller ingen helse-

arbeidere hadde kjennskap til om bruk av alternativ medisin er forskjellig blant samer og andre innbyggere.

5.6 Ingen spesielle behov, men spesiell levemåte

I hvilken grad eller på hvilken måte har sørsamer spesielle behov og dermed behov for tilrettelagte tjenester?

De fleste helsearbeiderne i denne undersøkelsen hadde ikke registrert at samer hadde spesielle behov for tilrettelagte tjenester. Ikke har samer spesielle sykdommer og plager, så de fleste helsearbeiderne stilte seg undrende til et slikt behov. En helsearbeiders uttalelse kan illustrere flere tilsvarende uttalelser:

”Nei, jeg vet ikke. Hva kan det være?”

Helsearbeiderne refererte til sin kontakt med samer både som yrkesutøvere og som innbyggere i kommunen, og hadde ikke erfart andre problemer for samer enn for de andre innbyggerne i å ta i mot tjenester. Også samer var godt fornøyd med den hjelpa de har fått.

Helsearbeidernes praksis viser at samer benytter seg av kommunens tilbud uten å synliggjøre behov for spesiell tilrettelegging. En helsearbeider forteller:

”Samene benytter seg av helsestasjonen som de andre innbyggerne i kommunen. De følger det samme regimet som andre.

Når samene spør om hjelp, får de den hjelpa de behøver akkurat som de andre i kommunen. Kommunens tilbud gjelder samer så vel som de andre innbyggerne.”

Det formidles at helsearbeiderne forvalter kommunens helsetjenester og gir samer samme hjelp som til andre innbyggere. Alle får den hjelp eller tjeneste som kommunen har. At samer kan ha spesielle behov, er en heller fjern tankegang. Spesielle tradisjoner og kultur gir ikke grunnlag for spesielle behov unntatt blant eldre og funksjonshemmete.

Undersøkelser fra lulesamiske områder viser at det var variasjoner på hvilken betydning helsearbeiderne tillot det å være same (Eide og Olsen 1999, s. 34). Helsearbeiderne hadde tre forskjellige hovedmåter å håndtere samiskhet på:

- *tenker ikke på det* (men tar ubevisst hensyn til samiske)
- *trår litt varsomt* (tar bevisst hensyn i samiske sammenhenger)
- *behandler alle likt uansett* (tar bevisst ikke hensyn til samiske)

Utsagn fra helsearbeidere i denne undersøkelsen i sørsamisk område, tyder på at vanligvis behandles alle likt uansett. Erfaringer tilsier at samer tar i mot tjenester som andre innbyggere, så dermed er det en bevissthet på ikke å ta hensyn. Likhet og rettferdighet teller i fordelingen av tjenester. Riktignok er det unntak, og andre helsearbeidere kunne fortelle at de var bevisst på å trå litt varsomt i forhold til samer:

”Vi vet ikke om de kommer til avtalt tid ... Men det er bare slik det er.”

Mange helsearbeidere trakk fram at de hadde erfaringer med at samene har en spesiell livsstil, noe som skyldes at det er vær og naturkrefter som styrer livet. Om de hadde avtale med en helsearbeider, var det ofte at den ble brutt pga. at samene måtte til fjellet. Helsearbeiderne var innforstått med at dette må tas hensyn til selv om det kunne skape uro i egen arbeidsdag. Noen hadde også forståelse av for at andre ting enn avtale med helsearbeideren var viktig. Dette ble trukket fram som noe som skiller samene fra øvrig befolkning i kommunen.

Men noen helsearbeidere rapporterte at det ubevisst ble tatt hensyn til samiske.

”Vi er nødt til å individualisere, og ikke gi generell hjelp.”

Med utgangspunkt i et individuelt hjelpebehov og tilbud, kan samisk kulturforståelse bli en naturlig del av hjelpetilbudet. I dagens Helse-Norge har mange mennesker sammensatte behov og det er nødvendig å utvikle og skape tjenester som er tilpasset hver enkelt mottaker ut fra individuelle behov.

Barn på internatskole ble ansett å ha spesielle behov. En same fortalte at det var vanskelig når barna var på internatet og ble syke. De ansatte på internatet vet vanligvis ikke nok om barna, deres tidligere sykdommer og erfaringer som legen etterspør som grunnlag for medisinsk vurdering.

Helsearbeiderne hadde ofte ingen måte å inkludere samisk kulturforståelse på, men hovedinntrykk var uten tvil at det var viktig å behandle alle innbygere i kommunen likt ut fra et rettferdighetsprinsipp. Deres hovedinntrykket var at samene ikke hadde spesielle behov for tilrettelagte helsetjenester, riktignok med unntak av eldreomsorgen, omsorg for funksjonshemmede og barn på internatskoler. Likevel ble det påpekt at samene lever så spesielt og har så spesiell levemåte. Følgende uttalelser taler for dette:

”Samene er alltid på farten. Fra det ene bostedet til det andre. De har det alltid så travelt. Det må være rart å leve slik.”

”Ungene i kommunen som blir kjent med hverandre før skolestart, mister kontakten når samebarna begynner på internatskole. Det er rart.”

En helsearbeider som selv var oppvokst i distriktet, syntes det var merkelig som voksen å treffe en jevnaldrende voksen, samisk innbygger hun ikke kjente fra før. Forholdene i kommunen og distriktet er såpass små og gjennomsluktig at det er oppsiktsvekkende at ikke alle kjenner alle. Dette var en erfaring som var med på å understreke at samene lever spesielt og annerledes enn de fastboende i kommunen.

Helsearbeiderne hadde også en oppfatning om at det er tett samhold i det samiske miljøet.

”De har hverandre, og holder mye sammen.”

Slik kan samene bli en liten gruppe i kommunen som er mest for seg selv. Helsearbeidernes inntrykk er at tilhørigheten som innbygger i kommunen blir annerledes for samer enn andre. Dette til tross for at den samiske bosettingen i enkelte strøk er eldre enn den ikke-samiske bosettingen (Jünge 1996). Livsstilen med langvarige opphold i fjellet og to bosteder med stor

geografisk avstand, gjør at samene er ustabile i kommunen i forhold til de fleste andre innbyggere.

5.7 Avmakt i møte med helsevesenet og storsamfunnet

I relasjonen mellom helsearbeidere og samer er ikke makt likt fordelt. Helsearbeideren har kunnskap og forvalter tjenester som samene har bruk for. På den måten blir mottakeren av helsetjenester avhengig av helsearbeideren. Helsearbeiderens makt kan forstås positivt når den samsvarer med brukerens ønsker. Men makt innebærer også at en person kan bestemme og få den andre til å gjøre noe mot sin vilje, f.eks. å forlate helsetjenesten uten å motta ønsket hjelp. Når personer blir utsatt for den andres makt ved at denne bestemmer hva en selv skal gjøre mot sin egen vilje, blir egen kontroll over livet redusert. Opplevelse av at en selv ikke har mulighet til å påvirke situasjonen, kan gi følelse av avmakt.

Avmakt kan skapes i relasjoner der sentrale aspekter ved at pasienten ikke får anledning til å bringe inn sine opplevelser. Dette kan skje i samtaler eller forhandlinger hvor den ene part er avhengig av den andre (Eide 1998). Flere samer fortalte om slike erfaringer fra møter med helsearbeidere. Det var situasjoner hvor de hadde vært avhengige av helsearbeidere, men ikke fikk mulighet til å framstille sitt syn eller sine opplevelser:

”Jeg fikk skit-kjeft av legen som mente jeg måtte være hjemme. Jeg sa ingen ting, for jeg visste at det var noe legen likevel ikke ville forstå. Det er ingen vits i å prøve å forklare noe som de likevel ikke forstår.”

”De forstår ikke hva som er viktig for oss ...”

Reindriftsamen her fortalte om en situasjon der han prioriterte å utføre nødvendig sesongbetont arbeid i stedet for å ta vare på helsa. Selv anså han disse arbeidsoppgavene som helt nødvendige og kunne ikke utsettes eller overlates til andre dersom han skulle bevare og videreføre reinflokkene. Men legen var absolutt ikke enig i hans prioriteringer. Samens viktige prioriteringer og verdier i livet ble avvist selv om han ikke var i tvil om at han nedprioriterte egen helse til fordel for reindrifta. Det oppsto konflikt om prioriteringer i tråd med helsearbeidernes vurderinger av hva som var helsemessig bra, og

det å ta vare på egne verdier av betydning for det økonomiske livsgrunnlaget og etnisk identitet.

En annen episode kan en samisk kvinne fortelle om. Hun hadde problemer med et barn, og hun visste ikke hva hun skulle gjøre. Hjelpeapparatet ble kontaktet, og det ble arrangert et møte:

”Jeg fortalte hva som var vanskelig. De sa: Å, så interessant ... Det var helt forferdelig, for vi trengte hjelp, ikke å høre av vi var så interessante fordi vi er samer.”

Å høre at en er interessant kan innebære at hjelpere viser anstrengelser for å finne best mulig hjelp. Men denne samiske kvinnen fikk ingen hjelp, hun opplevde bare at hun var interessant pga. sin samiske identitet. Det løste ingen av hennes problemer. Slik kan det å være same bli noe ”eksotisk” eller interessant, f.eks. som en ”eksotisk kanarifugl”. Å bli avspist med å være eksotisk i en hjelpetrengende situasjon kan være undertrykkende. Det kan få den betydning at samer ikke ser noe vits i å søke hjelp, hvis de blir møtt med å bli eksotiske og ikke for sine behov.

En annen form av erfaring på å ikke bli tatt på alvor for sine problem eller bli trodd på, forteller denne samiske informanten:

”Det stakk som kniver i ryggen når jeg arbeidet. Jeg tok opp med legen om jeg skulle kontakte forsikringssselskapet for å få penger. Men legen sa at det var ingenting ... Det tok 3 år før jeg ble bra ...”

Alle disse episodene viser til situasjoner hvor samer har fått følelsen av ikke å bli forstått eller trodd. Slike avvisninger kan mange mennesker ha opplevd i kontakt med hjelpeapparatet, men for samene oppleves avvisningen som om den er knyttet til deres samiske identitet. Samiske verdier eller problemer ble ikke blitt tatt på alvor i disse situasjonene, og følelse av avmakt oppstod. Disse erfaringene brukes senere som referanseramme for hvordan nye erfaringer skal tolkes. På den måten vil slike negative erfaringer leve og få betydning for senere kontakt med helsevesen eller hjelpeapparat.

Hvilke strategier velges når avmakten råder? Avmakt kan gi grunnlag for mange reaksjoner, f.eks. sinne, frustrasjon, depresjon og resignasjon. En

same som ikke følte seg forstått hos legen, valgte å tie. En annen same forteller:

”Det er ikke lett å søke hjelp når vi føler at de vil misforstå likevel ...

Når jeg forteller eldre samer om alt som går imot oss, så sier de at slik har det alltid vært. Og har mange historier på lager.”

Mangeårig fornorskingspolitikk og diskriminering av samer har satt sine spor. Økt samisk bevissthet og organisering har likevel foregått de siste par ti-årene. Hvordan opplevelsen av manglende forståelse og avmakt skal takles i møtet mellom helsearbeideren og samer, ser ut til å løses individuelt. Mange samer viser en defensiv holdning som et resultat av et mangfold av erfaringer med avmaktsfølelse i møtet med storsamfunnet. Denne avmakt oppstår når helsearbeiderne ikke håndterer samiske verdier som har betydning i en etnisk identitet.

Andre samer forteller at de velger en mer aktiv og offensiv strategi:

”Jeg må stå på sjøl ... Jeg må hele tiden ta kontakt med sentrale myndigheter. Her i kommunen vet de ingenting ...”

Om det er en passiv eller aktiv strategi som velges, sinne eller depresjon kan ha sammenheng med hva saken gjelder, og hvilke mulige handlingsalternativer som finnes. Begge strategiene handler om å håndtere motgang og avmakt. Uansett kan dette skape stress og være belastende for dem det angår.

6. HELSE OG KULTURFORSTÅELSE

6.1 Språk og helse

I møtet mellom samer og helsearbeidere har kommunikasjonen betydning når problemer skal forstås og det skal finnes fram til riktig og god behandling. Kommunikasjonsproblemer kan oppstå dersom de ikke snakker samme språk, men også andre kulturelle forskjeller kan bidra til vanskelig kommunikasjon.

Helsearbeiderne hadde som tidligere nevnt aldri opplevd språkproblemer med samer, selv om noen hadde hørt om eldre samer som hadde hatt vanskeligheter med kommunikasjon på norsk. Alle helsearbeiderne mente at sørsamene snakker og forstår norsk minst like godt som samisk.

Noen informanter i undersøkelsen er tospråklige, dvs. de behersker både sørsamisk og norsk. En middelaldrende kvinne sier:

”Samisk er morsmålet mitt. Men jeg skriver bare norsk.”

I det sørsamiske miljøet er det flere som har stiftet familie med svenske samer og samer fra nord. I enkelte familier vil det derfor være flere språk som kan være aktuelle, både samisk, norsk og svensk.

Flere samiske informanter i 30-årsalderen fortalte at de ikke snakket sørsamisk selv, dette til tross for at de bruker enkelte sørsamiske ord. Deres foreldre hadde snakket sørsamisk, men de snakket norsk hjemme når barna vokste opp. Noen samer var ikke så interessert i å bruke sørsamisk eller i å lære det, mens andre la stor vekt på å prate sørsamisk.

”Vi er veldig bevisste, og prøver å snakke mest mulig sørsamisk med ungene.”

”Jeg kunne ikke sørsamisk før, men har nå gått på kurs og lært.”

På den måten viser enkelte samer engasjement og aktivitet for at språket ikke skal dø ut, men videreføres til barna. Språket blir sett på som en viktig del av den samiske identiteten som en ønsker å bevare.

Sørsamisk blir ikke prata i alle sammenhenger, eller til hvem som helst.

”Det er helt avhengig av hvem jeg snakker til, om jeg snakker norsk eller samisk. Vi ble lært opp til at var det nordmenn til stede, så måtte vi prate norsk. Og det er heller ikke alle slektningene mine som vil eller kan snakke samisk.”

Slik blir ikke sørsamisk alltid et anvendt språk i sørsamisk sammenheng. For noen samer er det i en privat samisk verden hvor de kan benytte seg av morsmålet (Minde 1995). Der kan samer vise sin opprinnelse og etnisitet. Men ofte foregår samhandlingen på norsk og på storsamfunnets premisser i en offentlig verden. Ved å snakke norsk har enkelte unnsloppet det stigma som å tilhøre en samisk kultur kan innebære. Når språket som knyttes til identitet ikke kan brukes, vil det også kunne få betydning for opplevelsen av egenidentiteten. Om barn har fått lært og pratet samisk hjemme, får betydning for hvordan de som voksen oppfatter seg som samer (Høgmo 1986). Høgmo viser at mange oppfatter seg som ikke-samer til tross for at deres besteforeldre eller foreldre snakket samisk. Men språket var ikke viktig å videreføre til barna. I denne undersøkelsen blir bildet helt motsatt. Yngre foreldre legger vekt på å snakke sørsamisk med sine barn for på den måten å videreføre språket og samiske tradisjoner.

Men innenfor reindrift brukes sørsamisk mer:

”Når vi var på fjellet eller på gjerdet, da snakka vi samisk. De norske ordene strekker ikke til når det gjelder å beskrive naturen og forholdene til reinen. Men det er ikke overalt at det snakkes samisk på fjellet heller ...”

Sørsamisk har nytteverdi i reindriftnæringen fordi det mer presist enn norsk artikulerer aktuelle fenomener knyttet til natur og rein. Likevel er ikke det språket bevart av alle eller i alle reinbeitedistrikt. Dette er et tegn på språkets svake stilling i sørsamisk miljø. Bevisstheten eller ønsket å bevare språket er naturligvis ikke til stede i samme grad hos alle informantene. For mange er det mest hensiktsmessig å bruke det språket de behersker best, enkelt og greit. Det er for mange det norske språket.

På spørsmål om det kunne være slik at ord knyttet til helse og følelser vanskelig kunne oversettes til norsk, var det ingen informanter som hadde erfaringer med eller hadde tenkt over dette. Alle som snakka sørsamisk, mente de beherska norsk like godt eller bedre. Språkproblemer knyttet til helsevesenet ble begrensa til utenlandske helsearbeidere, fortrinnsvis leger som ikke snakker norsk. Dette ble ansett som et stort problem, men likedan for ikke-samer.

Enkelte tilfeller med språkproblemer mellom sørsamer og helsearbeidere har likevel oppstått. Det har ikke bare vært eldre, senile demente som har glemt norsk, og prater bare samisk. Det har også vært situasjon med yngre mennesker som har vært veldig syke, og prata bare samisk da. Helsearbeiderne har i slike situasjoner ikke oppfattet at det ble snakket samisk, men trodd at pasientene har bl.a. og vært altfor syke til å greie å uttrykke seg.

”De trodde det var veldig dårlig med henne for de sa at hun bare babla ... Men hun prata samisk. Og det var ikke så ille med henne som de trodde.”

I undersøkelser fra nordsamisk område blir det ofte henvist til språkproblemer som kompliserer kontakten mellom helsearbeidere og samer. Språkproblemene innebærer at helsetjenestene ikke blir så lett tilgjengelige for samer, og de får heller ikke tilfredsstillende hjelp (NOU 1995:6). Dette problemet synes å være langt mindre i sørsamisk område, men det betyr ikke at det er fraværende. Derimot kan det være grunn til å være oppmerksom på at det kan oppstå situasjoner der det er problematikk knyttet til språk.

6.2 Reindrift og helse

For noen samer er det å drive med rein svært mye knyttet til samisk identitet og tradisjoner, og de ser et ansvar i å føre dette videre. En same sa:

”Har aldri vært i tvil om å drive med rein, har holdt på med det hele livet og har hatt ønske om å fortsette med det. Det er på den måten vi kan opprettholde vår identitet og kultur ... Min identitet er det å være interessert i og holde på med rein. Det er det som er det viktigste for meg i livet når det gjelder interesser.

Reindrift er livet og identiteten vår, og det er gjennom deltakelse der sammen med ungene at denne kulturen kan føres videre.”

Slik blir reindriftnæringen knyttet til etnisk identitet, men det skapes også interesse og et ansvar for å videreføre tradisjoner. For denne sammen blir reindriften en bærebjelke for å videreføre sørsamiske kulturtradisjoner.

Men ikke alle reindriftssamer ser slik på det. En reindriftssame sier:

”Det er et hardt yrke. Det er heller ikke noe fritt lenger, det er for regulert og skal drives så rasjonelt at friheten og naturopplevelsene får vike.

Man driver nå mest med rein av tradisjon og kanskje av redsel for å hoppe over på noe annet ... Det er nærmest som å leve som en moderne cowboy.”

For ham er reindriften et yrke, og synes å være mindre opptatt av at reindrift er knyttet til samisk identitet og kulturtradisjoner. Likevel har han valgt dette yrket.

Yrke og levevei har vanligvis stor betydning for menneskers identitet. Stress knyttet til yrkeslivet eller til identiteten får betydning for menneskers opplevelse av seg selv og sin livskvalitet, og vil dermed påvirke helsa. Betydning av både reindrift og samisk identitet synes å variere hos disse to samiske informantene. At det å være i reindriftnæringen kan ha stor betydning for enkelte samer, kommer fram:

”Det er to sorter samer. Det er de som er veldig ”samer” og driver med rein, og så er det andre. Det gir status å ha rein.”

Reindrift er en næring som er nært knyttet opp til samisk tradisjon og identitet. Enkelte samer ser reindrift som viktig, ja kanskje den viktigste bærer av samisk kultur og tradisjon. Men om dette kan det nok være ulike meninger innen samiske miljø, ettersom langt fra alle driver med rein. Dessuten bringer reindriftnæringen også med seg problemer mellom sørsamer.

Reindriften er gjenstand for offentlige reguleringer som får innvirkning på hvordan driften kan utføres. Driften skal være rasjonell og mest mulig lønnsom. Dette stiller krav til effektiv drift, som igjen har medført stor grad av motorisering av reindriften. Ulike kjøretøy brukes i forbindelse med rein-gjeting, og svenske undersøkelser viser høg andel av arbeidsuhell innen reindriftnæringen.

Menneskenes inngrep i naturen gir også konsekvenser for reindriften. Vannkraftutbygging i reinbeitedistriktene har gitt konsekvenser for reinens beite og ferdsel. For noen tiår siden var det stor vannkraftutbygging i sørsamiske områder (bl.a. Namdalen og Tydalen). Tsjernobylulykken i 1986 gjorde et stort innhogg i den sørsamiske reindriften og medførte store økonomiske tap og ekstraarbeid. Fortsatt drives det med ekstra foring av rein i distrikter pga. høgt radioaktivt innhold i beite. I dag er rovdyra en stor trussel mot reinen. Myndighetenes fredning av rovdyr fører til store tap i reinflokkene:

”Det er ikke noe artig å se at mer enn halve flokken er vekke. Dyra er tatt av gaupe eller jerv.”

Flere reindriftssamer tok opp trusselen fra rovdyra som reindriftens verste fiende. Problematikken synes å være minst like stor i forhold til rein som husdyr. I denne sammenhengen framstår det noe forunderlig at media og offentlige debatter fokuserer så mye på rovdyras trussel mot sau og lite på rein. En same forteller at han flere år hadde tenkt på å slutte med rein fordi det virker så meningsløst når store deler av flokken blir tatt. Rovdyra som forsyner seg av reinflokken påfører reineiere store økonomiske tap. Hardt press og stress for å bevare dyra i kombinasjon med økonomiske tap kan føre til pessimisme. Han har likevel ikke sluttet med rein, og sier:

”Men neste år har vi glømt det.”

Selv om rovdyras skadevirkninger er store, så har ikke pessimismen tatt overhånd. Men det er rimelig å anta at slike belastninger gir individuelle konsekvenser, både personlig slit med å ta vare på dyra og økonomiske konsekvenser. Det kan være grenser for hvor lenge det er fornuftig eller mulig å holde på.

Innenfor enkelte reinbeitedistrikt har det tradisjonelt vært stort samhold. Nabo-sitjene¹ har samarbeidet om reinflokkene. Men en strengere offentlige regulering enn før, og økt krav om effektivitet og rasjonell drift, kan gjøre det vanskeligere å samarbeide og hjelpe hverandre slik som før. Det er f.eks. tidsfrister for merking av rein. Å overholde tidsfristene gjør det umulig å hjelpe til med naboens dyr slik som før. Slikt kan også medføre innbyrdes konflikter.

En reineier sier:

”Konfliktene er skapt av storsamfunnet sitt regelverk. Og det kan bli vanskelig i sesongen når vi arbeider hardt og bor tett. Det er nødvendig å holde maska.”

Tidligere når noen opplevde vanskeligheter på en eller annen måte i et reinbeiteområde, f.eks. i samarbeidet, så kunne reineieren flytte flokken til et annet område. I dag er det vanskelig å flytte fra et reinbeiteområde til et annet pga. reguleringene.

Andre konflikter som eksisterer i reindriften, er reinbeiting på innmark og utmark. Det er en tradisjonell konflikt mellom reineiere og bønder når rein beiter på privat grunn. Denne konflikten omtalte både helsearbeidere og reineiere i denne undersøkelsen:

”Bøndene tåler ikke rein ...”

En helsearbeider forteller:

”Det er ikke noe artig å se at marka er helt nedtråkka ...”

Reinens beite blir dermed ikke bare en konflikt mellom myndighetene og reineiere, eller reineiere seg i mellom, men også mellom reineiere, grunneiere og andre innbyggere. Slik kan det oppstå konflikter mellom samisk og norsk befolkning i en bygd eller i en kommune. Slike konflikter har å gjøre med at samene representerer en minoritet, mens grunneierne ofte represen-

¹ Sitje ≈ samearbeidslag.

terer majoriteten. Spørsmål om etnisitet vil dermed bli en del av en slik konflikt.

Reindriftsnæringen er utsatt for ulike interesser fra flere hold, og disse interessene skaper konflikter for reineiere. Dermed framstår reindriftsnæringen som fysisk og psykisk krevende, og det kreves styrke for å greie presset. Imidlertid anses næringen å knytte sammen ikke bare interessen for rein, men også samisk identitet. Tradisjonelt har sørsamer drevet med rein, og gjennom reindriften opprettholdes og videreføres sørsamisk kulturtradisjon. Derfor blir reindrift viktig for å bevare sørsamisk kulturtradisjon. Å betrakte næringen bare ut fra økonomisk lønnsomhet blir derfor for snevert. Næringen har en viktig funksjon for å bevare den sørsamiske kultur, som igjen har stor betydning for det enkelte individ og sin opplevelse av etnisk identitet. Men næringen kan også medføre helsebelastende problemer knyttet til interne forhold i næringen.

6.3 Likhet eller likeverd

Vi har tidligere sett at de fleste helsearbeidere mener samer generelt ikke har spesielle behov, men at de har spesiell livsstil. Flere helsearbeidere tar opp at de legger vekt på å behandle samer og ikke-samer likt. En begrunnelse for å behandle alle likt, er at det skal være likhet for loven. I fordelingen av kommunens tjenester, skal det ikke være noen som tilgodeses eller diskrimineres pga. etnisitet med mer. Dette tolkes som at likhet for loven innebærer at alle har lik adgang til tjenestene.

En helsearbeider sier:

”Samer benytter seg av tilbudet akkurat som alle andre.”

Dette viser oppfatninger om at det er samme terskel for samer og andre for å be om hjelp, men også at tjenestenes tilgjengelighet er lik for alle sammen.

En annen helsearbeider sier:

”Jeg behandler alle sammen likt, uavhengig av om de er samer eller ikke. De får akkurat det samme og det de trenger.”

Dette viser en tankegang om lik behandling som et rettferdighetsprinsipp og at det gir den hjelp som behøves. Det blir ikke rettet oppmerksomhet mot eventuelt spesielle behov ut fra kultur eller etnisitet.

Men samer har uttalelser som tyder på at de legger noe annet i lik behandling:

”Vi samer har alltid måttet tilpasse oss, også til helsevesenet for å kunne få hjelpa derifra.”

Hvorfor må vi være så takknemlige når vi har de samme rettigheter som andre?

Dette viser at samer mener at for å få lik behandling, har det vært nødvendig å tilpasse seg storsamfunnet. Lik adgang til tjenesten fungerer under forutsetning av tilpasning eller underordning. Samtidig oppleves det krav om andre forventninger om takknemlighet.

”Jeg vil ikke ha hjelp av en hjelper bare for at det er en same. Det må være noen som har kompetanse. Jeg vil ikke ha særbehandling.”

Her uttrykkes det at samisk bakgrunn blant helsearbeidere kan gi grunnlag for forståelse for kulturen, så er ikke dette nødvendigvis tilstrekkelig. Det ønskes kvalitet på tjenestene, både faglig og kulturelt. Dette peker på noe kvalitativt annet enn likhet for loven og lik adgang til tjenester. Det er innholdet i tjenesten, og hvilke verdier som ivaretas i tjenesteutformingen som blir viktige. Samme tjeneste kan fungere forskjellig for samer og andre, avhengig av hvilke verdier som blir forfektet eller ivaretatt. Men det betyr ikke at samer avviser storsamfunnets tjenester. Særbehandling i betydningen av å tilhøre en segregert gruppe er ikke ønskelig. Tilfredsstillende behandling ut fra egne behov som samtidig ivaretar kulturelle aspekter og faglig kompetanse er noe som både den etniske majoriteten og minoriteten profiterer på med tanke på at helsehjelpen skal ha best mulig effekt.

I tillegg til likhet i tjenestene legger helsearbeidere vekt på likeverdig behandling av mennesker. I hjelpearbeid legges det vekt på gode relasjoner der det vises respekt for andre.

En helsearbeider uttaler:

”Jeg behandler alle likt, for meg er de likeverdige.”

Det pekes her på kontakt med samer og andre innbyggere i kommunen. Ikke alle samer opplever at lik behandling er synonymt med likeverdighet. Likeverdighet er et relasjonelt begrep der det er spørsmål om forholdet mellom to eller flere parter, om det er jevnbyrdig eller ikke. Opp mot likeverdighet kan vi sette mindreverdighet. Også det er noe som oppleves i relasjon til noe annet. Flere samer tok uten videre opp spørsmålet om likeverdighet:

”Mora mi la bestandig vekt på at vi var likeverdige selv om vi ikke fikk komme inn på gården og overnatte.”

”Jeg sier ofte til meg selv at selv om jeg er same er jeg like mye verdt som andre, og har rett på det samme. Jeg lurer på hvordan det blir i neste generasjon. Jeg tror de vil være mye mer bevisst på dette enn oss.”

Dette viser samer som selv har tenkt og har et bevisst forhold til spørsmålet om likeverdighet. Deres erfaringer har medført at det har vært nødvendig å tenke gjennom slike spørsmål. Som same er de like mye verdt som andre, og har de samme rettighetene.

7. TILPASNING ELLER DISKRIMINERING AV SØRSAMER – NOEN AVSLUTTENDE KOMMENTARER

7.1 Innledning

Bakgrunnen for denne undersøkelsen er å finne i NOU 1995:6 ”Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge”. Denne utredning framstiller forbedringsområder når det gjelder å få til et tilrettelagt tjenestetilbud for samer. Utredningen viser til behov for mer systematisk kunnskapsinnhenting for å bedre helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning.

I utredningen framgår det dessuten at noe er dokumentert i forhold til nord-samer, men at lite er gjort når det gjelder å dokumentere forholdene for sørsamer. Det pekes også på ulike vilkår for samenes situasjon i nord i forhold til i sør.

Denne undersøkelsen har konsentrert seg om forholdene i sør når det gjelder primærhelsetjenesten og sørsamiske brukere. Undersøkelsen har fokusert på møtet mellom helsearbeidere og sørsamiske brukere og hva som kan være problematisk i slike samhandlinger. I dette kapittelet vil vi ta opp noen avsluttende kommentarer til de problemstillinger som er undersøkt, og vi vil presentere disse temamessig.

7.2 Helse og sørsamer

Vi har ingen indikasjoner i undersøkelsen på at det forekommer et spesielt sykdomspanorama blant sørsamer. I svenske undersøkelser (Sjölander 1999) peker man på at samer kan skille seg ut med spesielle epidemiologiske mønster eller sykdomstrekk. Imidlertid finner vi ingen indikasjoner fra dette dybdestudiet om at dette gjelder i det sørsamiske området. Tvert i mot, i denne undersøkelsen oppgir helsearbeidere med lang klinisk erfaring fra sørsamiske kommuner, at avvikende sykdomsmønster ikke er vanlig.

Undersøkelsen viser allikevel at det finnes spesielle problemer knyttet til det å være sørsame sett i sammenheng med et utvidet helsebegrep. Det vil si et

helsebegrep som handler om velferd, tilfredshet og livskvalitet hos individet, og ikke bare ser på helse som fravær av sykdom. Data fra denne undersøkelsen viser at det innen reindriftsnæringen kan finnes visse helseproblemer som det er viktig å være oppmerksom på. Det kreves god allmenntilstand for å drive med reindriftsnæringen og god fysikk for å unngå belastninger. Fordi mange i næringen ikke har dette, skjer det lett ulykker eller skader. Det kan av samme grunn også lettere skje belastningskader som følge av yrkesutøvingen. Data fra denne undersøkelsen viser at ulykker og uhell ofte ikke blir rapportert til helsetjenesten. Det kan skje hvis en scooter velter over en, eller det inntreffer sårskader eller annet som ikke anses være livstruende eller alvorlig.

I undersøkelsen uttrykker flere informanter at sørsamer generelt har god helse. Men mest er dette synet representert hos helsearbeidere. Samer blir sett på som friske og mennesker med en sunn livsstil som medfører at de ikke benytter helsetjenesten ofte. De framstår nærmest som "en perfekt pasientgruppe" for noen helsearbeidere. Selv om enkelte sørsamiske informanter bekrefter at det er et inntrykk helsevesenet kan få av samer, så kan det være andre anledninger til at sørsamer ikke bruker helsetjenestene mye. Det er ikke nødvendigvis manglende behov eller at samer er spesielt friske og sunne mennesker som gjør at de ikke benytter helsetjenester. Flere sørsamiske informanter mener at de ikke har tradisjon på å betrakte helsetjenesten som et tilgjengelig tilbud for dem. Dermed bruker de bare helsetjenestene når noe alvorlig inntreffer, ved akutt eller alvorlig sykdom, ulykker eller skader.

Når det gjelder helseproblemer blant sørsamer, viser undersøkelsen at det kan finnes harde belastninger blant grupper, spesielt grupper tilknyttet reindriftsnæringen. Men belastningen kan se ulik ut for menn og kvinner. Kvinnene kommer lettere i posisjoner hvor de må mekle fordi de bærer et større ansvar for samisk kulturarv, og forsøker forene eller mekle i interne konflikter blant sørsamer. Dette kan medføre helsemessige belastninger for kvinnene og dette gir seg uttrykk i form av muskelspenninger (med risiko for belastningskader) eller nedstemthet og depresjon. Når det gjelder menn, så er mønsteret annerledes. Menn, spesielt de knyttet til reindriftsnæringen, har et fysisk krevende arbeid. Det, i tillegg til harde økonomiske og naturmessige vilkår setter press på effektiv drift innen næringen. Slike faktorer kan belaste

helsetilstanden, både utsetter de seg i blant for farer og de kan få stress som påvirker helsetilstanden. Informanter i undersøkelsen forteller at det er klar kjønnsdeling i arbeidsoppgavene i næringen og at menn er mest utsatt. Men, som vi har vært inne på, kvinnene kan rammes mer indirekte, via belastninger knyttet til krangler om reinbeitedistrikt og annet. De kan lett komme i posisjoner hvor de får belastningslidelser.

Allment inntrykk i undersøkelsen er at sørsamer ikke ofte benytter helse-tjenester, men at det finnes visse unntak. Slike unntak har å gjøre med sørsamer med kroniske sykdommer, funksjonshemninger eller pleiebehov. I slike situasjoner vil behov for helsetjenester være mer utbredt, og dette gjelder også blant sørsamer. Men undersøkelsen viser at helsetjenester ikke alltid har tilstrekkelig kvalitet når det gjelder å få ivaretatt sin kulturelle identitet blant sørsamer. Informanter gir uttrykk for å bli møtt med manglende forståelse og toleranse for sin levemåte og prioriteringer, og da oppleves ikke helsetjenestene som tilrettelagt. Imidlertid ser det ut til at helsearbeidere lettere forstår slike og andre behov der hvor omsorgen og hjelpa ytes innen den hjemmebaserte omsorgen. Det er verre med institusjonsomsorgen.

Undersøkelsen viser at sørsamer kan ha høy terskel på å tåle helseplager og med hensyn til å selv oppsøke hjelp for plager. Spesielt ser det ut til å være høy terskel når det gjelder å søke hjelp for diffuse, psykiske og psykosomatiske plager. Dette kan være problematisk å snakke om med hjelpeapparatet. Det kan skyldes at samene ikke har tillit til at de får hjelp fra helsevesenet, men også kan dette ha å gjøre med manglende tradisjon blant sørsamer for å snakke om slike plager.

7.3 Profesjonsutøvelse i flerkulturelle lokalsamfunn

Å utføre profesjonelt helsearbeid i små lokalsamfunn kan i seg selv være utfordrende. Det innebærer å ha et flersidig forhold til pasienter og brukere, helsearbeideren er både sambygding og kvalifisert yrkesutøver. Nærheten som oppstår mellom helsearbeidere og pasienter, har sine fordeler og ulemper. Godt kjennskap til pasienten og omgivelsene kan være en fordel for utøvelsen av yrket i helsearbeid. Men å bli forbundet med å være helsearbeider og inneha mye informasjon kan være belastende i private situa-

sjoner. I tillegg har helsearbeideren problemstillinger og faglige utfordringer som handler om å tilhøre majoriteten eller minoriteten i lokalsamfunnet. Helsearbeiderne representerer storsamfunnet og majoriteten, mens samene representerer minoriteten i sørsamisk område.

I mange sammenhenger når helsearbeidere behandler alle pasienter likt, betraktes dette som et uttrykk for en profesjonell yrkesutøvelse. Idéen om at det ikke skal gjøres forskjell på mennesker fordi lik behandling betyr like rettigheter, står sterkt. Om en slik likebehandling gir kvalitativt god hjelp til alle, er avhengig av på hvem sine og hvilke premisser denne hjelpen eller behandlingen gis. Mennesker som mottar helsetjenester har behov for forskjellig innhold i tjenestene ut fra sine individuelle behov. I enkelte konsultasjoner og tjenestutøvelse foregår en individuell tilpasning av hjelp der hensynet til pasientenes livsverden står sentralt og er avgjørende for utforming av tjenestene. Likevel er det ingenting som tyder på at helsetjenester til sørsamer er utformet på grunnlag av sørsamisk tradisjon og kultur. Utformingen av helsetjenester foregår på storsamfunnets premisser som innebærer at viktige sørsamiske kulturverdier kan overses. Lik behandling av alle pasienter vil nødvendigvis ikke være riktig strategi. Tvert i mot, det kan bety kvalitativt dårlig hjelp for noen når helsetjenestene ikke tar hensyn til kulturen.

Det synes som at å være sørsame og tilhøre en etnisk minoritet er et tema som sjelden har vært fokusert og satt på dagsorden av helsearbeidere i det sørsamiske området. Så langt er betydningen av etnisitet, tradisjoner og kultur i helsetjenester for sørsamer lite problematisert. Det generelle inntrykket er at sørsamer har erfaring med å ikke føle seg forstått eller ha fått god nok hjelp. Når problemer skal forstås og hjelp skal gis, er det nødvendig å være oppmerksom på den kulturelle konteksten hvor problemet eksisterer og hvilke konsekvenser det gir. En fysisk funksjonshemming som gjelder bevegelse får f.eks. en annen konsekvens for en person som arbeider på et kontor enn for en same som driver med rein. Ikke bare de fysiske omgivelsene er forskjellige, men også hvilken betydning disse har for identitet og kulturtilhørighet.

Hva vil det så innebære å ta hensyn til den sørsamiske konteksten? Dette er et spørsmål som ikke kan gis fullgodt svar her, men betydningen av kultur-

forståelse må påpekes. Mennesker som tilhører samme kultur forstår sammenhenger, vurderinger og betydninger av en handling, hending eller et problem. Dette er *kulturkompetanse* (Eidheim 1998). Å være sørsame og oppvokst i sørsamisk kultur er et fortrinn for å kunne forstå de sammenhenger ulike fenomener og problem opptrer i, men i profesjonell yrkesutøvelse er ikke dette tilstrekkelig. Det er i tillegg viktig å utvikle kompetanse til å arbeide analytisk med mellommenneskelig problematikk i flerkulturell såvel som i enkulturell kontekst. Dette er *kulturforståelse* (op.cit.). Analyser kan føre til at problemet og situasjonen blir forstått i et faglig og kulturelt perspektiv. Kunnskaper om ulike problemer og sammenhenger i den kulturelle konteksten som er skapt gjennom analytisk arbeid, må transformeres til å gjelde yrkesutøvelse som er rettet mot menneskers omgivelser og relasjonelle forhold i en sørsamisk kontekst. Kulturforståelse utvikles gjennom både teoretisk arbeid og erfaring med kulturell selvrefleksjon (Stordahl 1998). En slik fagutvikling må foregå gjennom systematisk arbeid.

Når helsearbeidere ikke forstår sørsamens konkrete situasjon og ser at hjelpen ikke fungerer tilfredsstillende, oppleves det frustrerende for begge parter. Da har helsearbeiderne mislyktes i å tolke den andres koder og erfaringer. Det er en profesjonell ferdighet å omskape kunnskap og inntrykk til en faglig og praktisk sammenheng. Når dette ikke oppnås, vil det lett oppstå en følelse av avmakt og vanskeligheter med å finne fram til god og tilpasset hjelp.

7.4 Kollektivt minne og smerte

Vi har hittil i undersøkelsen berørt forhold som direkte er knyttet til interaksjonen eller samspillet mellom helsetjenestene og sørsamer. Data viser at primærhelsetjenesten oppleves av flere sørsamer å være tilrettelagt og planlagt ut fra referanser til majoritetssamfunnet Norge. For noen sørsamer oppleves dette ikke som negativt, mens andre opplever dette sterkt diskriminerende. I denne undersøkelsen er sørsamiske informanter splittet i synet om det finnes behov for en tilrettelagt helsetjeneste. Noen mener et tilgjengelig helsetjenestetilbud til sørsamer blir skapt gjennom å behandle dem likt alle andre pasienter eller brukere, mens andre mener at det er vanskelig for nordmenn å gjøre helsetjenestene tilgjengelige for sørsamer. I den sammenheng uttrykker flere sørsamer at de har dårlig erfaring med å få et tilgjeng-

elig tilbud for sørsamer. Det siktes til et kollektiv minne, en forestilling som finnes blant samer om at nordmenn alltid har undertrykt dem og ikke like vilkår som for nordmenn.

Det sistnevnte har å gjøre med det som kan kalles *et kollektiv minne*. Et minne fra historien som kan påvirke den direkte samhandling med helsevesenet. Det kan føre til at sørsamer ikke anser at helsetjenestene er tilgjengelige fordi sektoren domineres av nordmenn med lite kjennskap til samer. Connerton (1992) mener det finnes et sosial minne i alle samfunn og at samfunnsmedlemmer bærer et bilde av historien med seg i egen samtid. Nåtiden vil på den måten også bære med seg kunnskap om fortiden (ibid. s. 2). Dette kaller Connerton et *sosialt* minne. Det er ikke individuelle erfaringer, men kan ses som sosialt overførte bilder. Andre, (Eyerma & Jamison 1998) bruker begrepet kollektivt minne for å beskrive dette. Slike minner er uttrykk for ideer og tanker som blir personlige for de som identifiserer seg med en kultur, selv de ikke er knyttet egne erfarte minner. De overføres via kulturell sosialisering, ved det forfedre har fortalt. Lipsitz (1990) mener at slike fortidsminner, eller kollektive bilder, også påvirker oss og hvordan vi tenker i samtiden.

Sørsamiske informanter gir i denne undersøkelsen uttrykk for et slikt kollektivt minne. Et minne om savn, mangel på respekt og diskriminering fra et norsk storsamfunn. Et samfunn ikke tilpasset samisk væremåte eller kultur. Møte med et helseapparat, blir derfor et møte med det norsk storsamfunn og dette kan utløse disse kollektive minner hos sørsamer. Det blir et møte med en fornorskingsprosess som ikke tillot en å være same og ulik nordmenn. Informantene bærer med seg minner fra slekt og forfedres opplevelse av undertrykkelse. Minde (1995) hevdet at samer innen eldreomsorgen opplevde skam over det å være same og dermed et ønske om å komme bort fra samisk identifisering og opphav. Hun forklarer dette med det sterke press som har eksistert på samer om å tilpasse seg det norske samfunn, et press som gjør til at en skammer seg over sitt opphav eller sin levemåte. Informantene i denne undersøkelsen uttrykker også at det eksisterer en skam over sitt samiske opphav blant enkelte, ikke minst hos de eldre. Men informantene mener også at det finnes flere som med stolthet og ære bærer sin samiske identifisering og sin kulturarv, og at det i større grad finnes blant yngre.

Flere sørsamer forteller at de ikke har tillit til et offentlig helsevesen fordi de ikke ivaretar samers mulighet for å forme sin samiske identitet. Det kollektive minnet fører til at sørsamer kan bli oppgitt, trøtt eller til tider aggressiv når de skal møte et helsetjenesteapparat. Dette skjer i situasjoner hvor de ikke føler seg forstått at de har behov for å være knyttet til samisk kulturarv. Mens andre informanter i undersøkelsen mener dette ikke er så viktig, bare helsearbeidere behandler dem med respekt og toleranse og er oppmerksom på sin egen uvitenhet om samer. Sør samiske informanter i undersøkelsen uttrykker på denne måten ulike synspunkter når det gjelder dette spørsmålet.

Undersøkelsen gir dermed uttrykk for et tvisyn om helsetjenestene er tilpasset det sørsamiske folk. Dette synet har å gjøre med sørsamers kollektive minne om et norsk storsamfunn som alltid har undertrykt og dette kan prege samhandlingen de har med helsetjenestene. Samene ”husker”, i den forstand at flere bærer med seg et kollektiv minne om en forgangen tid, en tid med undertrykkelse og mangel på respekt for sørsamisk kultur og identitet.

7.5 Oppsummeringer og konklusjoner – delte meninger om helsetjenesten

Denne undersøkelsen har satt kritisk søkelys på hvordan primærhelsetjenesten fungerer overfor den sørsamiske befolkningen. I NOU 1996:5 oppgis det at det er ønskelig med en integrert helse og sosialtjeneste for samiske brukere i sør. Dette innebærer, slik vi har tolket det her, at når det gjelder helsetjenestene for sørsamer, så skal disse oppleve å få et likeverdig tilbud innenfor den allerede eksisterende helsetjenesten i sør. I regjeringens høringsutkast til handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning (SHD Høringsutkast nov. 1999 s. 3) heter det:

”Manglende kunnskap om samisk kultur blant helse og sosialpersonell resulterer i feilslått oppfølging av brukere, som på sin side bærer på angst og mistillit til norske myndigheter ”

I følge denne undersøkelsen kan en slik integrert helsetjeneste være vanskelig å gjennomføre. Et hovedfunn i undersøkelsen er at det eksisterer *delt meninger* om hvordan helsetjenesten fungerer for sørsamer, dette gjelder både blant sørsamer og blant helsearbeidere. Det ser ut at ståsted eller erfa-

ring har betydning for om en mener at helsetjenestene er tilrettelagt overfor denne brukergruppen.

Dersom det skal bli en integrert helsetjeneste for sørsamer, kan det være en utfordring å ta hensyn til disse ulike oppfatningene. Synet vil være preget av hvilket ståsted en ser på spørsmålet fra. Det er grunn til å peke på at et tilrettelagt helsetjenestetilbud må gi plass et mangfold av sørsamisk identitet, og at det finnes ulike behov blant sørsamer. Undersøkelsen viser at det lett oppstår situasjoner hvor helsevesenet stigmatiserer sørsamer som en gruppe uten å ta hensyn til det mangfold som finnes av identitet. Det er også vanlig at helsevesenet neglisjerer behov knyttet til sørsamisk bakgrunn og kultur.

Et utbredt syn blant helsearbeidere i denne undersøkelsen er at de ikke gjør forskjell på samer fordi de behandler de likt andre som har behov for hjelp. Disse mener at en likeverdig behandling er ensbetydende med likhet i tilgang til tjenestene og at alle får samme behandling. Et slikt syn kan lett føre til en usynliggjøring av samisk identitet og behov knyttet til identiteten blant samiske brukere. Det kan lett medføre en behandling som oppleves som diskriminerende for sørsamiske brukere. Flere sørsamiske informanter formidler følelser av avmakt og mistillit overfor hvordan helsetjenestene fungerer i forhold til behov. Det blir lett slik at en tilrettelegging av helsetjenestene fungerer på nordmenns premisser, men ikke nødvendigvis slik sørsamer ønsker at den skal fungere. Sørsamer som føler at de ikke blir "sett" pga. sin identitet i behandlingen, kan lett reagere med å ikke ta opp det som tenkt, eller de neglisjerer eller tier om egne behov. Mange prøver å få møte med helsetjenesten fort overstått pga. dette. Dersom f.eks. en rein-driftssame var tvungen å dra til fjells akkurat den dagen hvor en hadde time hos helsearbeideren, og ikke dette blir forstått når en ber om ny tid, kan lett samene gi opp eller føle mistillit. Dette har å gjøre med en opplevelse av mangel på respekt, lydhørhet og kompetanse om samers levemåte. Undersøkelsen kan tyde på at i et slikt møte kan sørsamen som søker hjelp lett få mer stress og belastning enn hjelp i situasjonen. Dermed kan de unngå å søke om helsetjenester til tross for at de har behov.

Data indikerer at et møte med helsetjenestene lett kan bli diskriminerende overfor grupper med spesielle behov, kronisk syke og andre funksjonshemmede, og overfor pleietrengende eldre. Disse utvikler i større utstrekning

enn andre i den samiske befolkningen en avhengighet til helsetjenestetilbudet, og da kommer manglende forståelse og kompetanse for samisk kultur blant helsearbeider mer til uttrykk. Men det er også overfor slike grupper hvor et tilrettelagt tilbud kan skje. Det skjer dersom tjenesten blir tilrettelagt ut fra en forståelse for samisk kultur. Dersom dette ikke skjer, kan det bety at sørsamer ikke etterspør tjenester enn de som er høyst nødvendig. F.eks. vil et helsetilbud som ikke tar hensyn til ønske om å delta ved reinmerkingen for en reindriftssame og dens familie, fort bli et tilbud som en ikke benytter seg av.

Undersøkelsen tyder på at sørsamer snarere underrapporterer enn overrapporterer helseproblemer. Dels fordi helsearbeidere viser manglende kulturell forståelse og respekt, dels fordi vurderinger om helsetilstander er annerledes. Samer kan oppleve uvitenheten som avvísninger og kommer i en avmaktposisjon. En helsetjeneste kan av samer oppleves som en representant for et norsk majoritetssamfunn, et "vesen" eller en myndighet de av erfaring ikke har blitt tatt på alvor av. Dette kan opptre som en hindring for å rapportere eller ta opp sine helseplager.

Underrapporteringen av helseproblemer kan også ha å gjøre med manglende evne til å utnytte tilbudet i helsesektoren. Noen informanter hevdet sørsamer var for beskjedne og vant til å tåle mye plager. I reindriftsnæringen kan det skje lite forebygging av helseplager, selv om nytten av et slikt helseforebyggende arbeid kan være stor. Dette yrket kan virke psykisk og fysisk belastende og medføre helseplager. Det dreier seg om skader som det skulle vært mulig å forebygge dersom de ikke ventet til at akutte skader eller sykdom kommer. Undersøkelsen viser at mange er vant seg med å tåle smerte og plager, og at de kanskje ikke tenker på helsetjenester i den forbindelse. I tillegg til denne underrapporteringen som først og fremst gjelder fysiske plager, gir denne undersøkelsen indikasjon på psykisk press knyttet til reindriftsnæringen. Der reindriftsnæringen ble hardt rammet av Tsjernobylnedfall i kombinasjon med at reindriftsnæringen har vært hardt regulert, har mange opplevd store økonomiske belastninger. I tillegg har dette har vært et slag mot samisk levesett og matvaner. Mange konflikter om reinbeiteområder innen samisk område ser ut til å medføre belastninger. Det skjer stress og uro som kan utløse helseplager. Reindriften fungerer som et tveegget sverd i så måte. Den kan være sentral for en sørsamisk identitet og

gi et yrke med frihet og mye friluftsliv og derav kan den fungere positivt. Den kan imidlertid også medføre stressrelaterte situasjoner og konflikter, i tillegg til at en utsettes for store og mindre ulykker i denne næringen.

Undersøkelsen viser at sørsamer skiller seg som minoritet fra problematikken en møter i nordsamisk område. Sørsamer er spredd utover et stort geografisk område og de er få i antall, slik at de har vært utsatt for sterk assimilasjon av et omkringliggende norsk storsamfunn, et samfunn som i mange tilfeller ikke en gang er oppmerksom på sørsamers eksistens. Dette gjør sørsamer mer utsatt og usynlig for den omkringliggende norske majoritetsbefolkning. Det at fleste snakker norsk forsterker en slik usynliggjøring. Dette medfører at helsetjenestene i distriktene ikke alltid er bevisst sørsamenes eksistens og de behov som finnes for tilrettelegging.

Det framgår også av undersøkelsen at mange sørsamer kan få problemer med å finne sin identitet, og i denne identitetsprosessen kan stressrelaterte sykdommer oppstå. Sørsamer utsettes for sterk assimilering mot å bli norske, eller å beholde sin sørsamiske unike identitet, og dette kan medføre helseplager. Dessuten kan presset på å drive reindrift effektivt, i tillegg til et bosettingsmønster som gjør at en beveger seg over store geografiske områder, som kan gi en presset tilværelse.

For helsetjenestene blir det viktig at en er oppmerksom på denne problematikken. Flere sørsamer kan oppleve kontakten med helsetjenestene som et møte med et storsamfunn som mangler respekt og forståelse for deres livsstil. Flere informanter forteller om minner fra slekta og opplevelser som slektninger har hatt i møte med det norske storsamfunnet. Sørsamer kan ha med seg slike kollektive erfaringer som stigma eller brennemerking, noe som gjør at tilliten til helsetjenestene er svekket. Dette trenger ikke være situasjonsbetingede opplevelser, at helsearbeidere opptrer diskriminerende, men med historiske erfaringer som setter sitt preg på samhandlingen med dagens helsevesen.

Undersøkelsen viser at det kan finnes mange måter å være sørsame på. Sørsamer er som nordmenn (og annet folk) innbyrdes ulike, og har også ulike behov for helsetjenester. Et integrert helsetjenestetilbud for sørsamer må på den bakgrunn ta hensyn til det etniske mangfold som eksisterer blant sør-

samer. Sørsamer må møtes som individer og for individuelle behov, ikke bare som representanter for et folk. Et integrert helsetjenestetilbud må ha med seg slike elementer for å gi likeverdig helsetilbud til sørsamiske brukere. Det kan dessuten oppleves like diskriminerende om en sørsame møtes som representant for noe ”eksotisk” eller ”interessant”, som det å ikke være oppmerksom på spesielle sørsamiske kulturtrekk.

7.6 En integrert helsetjeneste for sørsamer – noen forslag til oppfølging

Når det gjelder å få til en tilrettelagt helsetjeneste for sørsamisk befolkning, kan det ut fra de funn vi har i denne undersøkelsen være viktig å tenke på noen av disse konkrete forslag til oppfølging:

- Undersøke om sosiale tjenester gir et kvalitativt godt tilbud til sørsamiske brukere og hvordan slike tjenester kan videreutvikles for å ivareta psykososiale behov.
- Forsterke bevisstheten blant tilsynsmyndigheter i helsesektoren om å ivareta behov blant sørsamer for en tilrettelagt helsetjeneste. Det samme gjelder overfor fylkeshelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
- Øke kulturforståelsen blant ansatte i primærhelsetjenesten, i fylkeshelsetjenesten og hos tilsynsmyndighetene (f.eks. via opplæring, veiledningshefter, videreutdannelsekurs). Det er særlig viktig å være oppmerksom på stigmatiseringer og annerledes behov i sør enn i nord.
- Øke kompetansen i helsefagutdanningene når det gjelder det spesielle i sørsamisk kultur.
- Lage et nettverk og registrere kompetanse blant helsearbeidere i helseregion fire med kompetanse i sørsamisk kultur og forståelse.
- Vurdere om et mobilt helsetjenestetilbud kan være et alternativ til stasjonært helsetjenestetilbud.
- Kvalitetssikring av helsetjenester til sørsamiske brukere.

LITTERATURLISTE

- Allardt, E. & C. Starck (1981): *Språkgränser och samhällstruktur. Finlandsvenskarna i ett jämförande perspektiv*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Alvesson, M & K. Sköldbberg (1994): *Tolkning och reflektion- vetenskapsfilosofisk och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Barth, F. (1969): *Etnic groups and boundaries. The social organization of cultural difference*. London: George Allen & Unwin.
- Calhoun, G., red., (1994): *Social Theory and the Politics of Identity*. Cambridge: Massachusetts, USA: Blackwell.
- Connerton, P. (1989): *How societies remember*. Cambridge, England: University Press.
- Dale, E.M., M. Jones, & W. Martinussen (1985): *Metode på tvers*. Trondheim: Tapir.
- Diesen, R. (1999): Notat til KUF. Høgskolen i Nord-Trøndelag. Levanger: Upublisert.
- Dunfjeld, S. (1996): *Årjelsaemien øøhphehtimmie. Forslag til en samlet plan fra arbeidsgruppen for sørsamisk utdanning*. Arbeidsgruppe nedsatt av KUF. Oslo: KUF.
- Eide, A.K. & T. Olsen (1999): *Med ei klype salt – håndtering av helse og identitet i en flerkulturell sammenheng*. NF-rapport 1999:9. Bodø: Nordlandsforskning.
- Eide, A.K. (1998): "En diabolisk felle. Når det syke menneske opplever seg sviktet av helsevesenet". *Omsorg, Norsk Tidsskrift for Pallativ Medisin*, nr 4.
- Eidheim, H. (1998): "Om observasjon i terapiforløp og kulturelle og profesjonelle kompetanser". Eidheim og Stordahl, red., *Kulturmøte og terapi i Sápmi*. Davvi Girji OS.
- Eidheim, H., red., (1999): *Samer og nordmenn – temaer i jus, historie og sosialantropologi*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

- Eneroth, B. (1989): *Hur mäter man vackert? Grundbok i kvalitativ metod*. Göteborg: Natur och Kultur, Akademitratur.
- Eriksen Hylland, T., red., & T. Sørheim (1997): *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Eyerman, R. & A. Jamison (1998): *Music and social movements – mobilizing traditions in the Twenties century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fog, J. (1982): ”Om metode, sandhet og solidaritet”. I: H. Holter & K. Kalleberg, red., *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glaser, B.G. & A.L. Strauss (1967): *The Discovery of Grounded Theory – strategies for qualitative research*. Chicago: III Aldine.
- Goffman, E. (1963): *Stigma – notes of the management of spoiled identity*. Prentice Hall: Penguin Books.
- Gold, G., red., (1987): *Minorities and mother country imagery*. Institute of social and economic research. Canada: Memorial University of Newfoundland.
- Gullestad, M. (1989): *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hafting, M. (1995): *Et eple om dagen. Eldre småforbrukere av helsetjenester*. Allmennpraktikerserien. Oslo: Tano.
- Halvorsen, K. (1993): *Innføring i sosialpolitikk*. Oslo: Tano.
- Heap, K. (1990): *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon-minner-krisesorg*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Hoven, F. (1981): *Klienter og likebehandling i lokalforvaltningen. En undersøkelse av etterspørselen etter og fordelingen av offentlige ytelser i to norske kommuner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hætta, O.M. (1994): *Samene, kultur, samfunn*. Oslo: Grøndahl Dreyer.
- Høgmo, A. (1986): ”Det tredje alternativ. Barns læring av identitetsforvaltning i samisk/norske samfunn som er preget av identitetsskifte”. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 1986:2.

- Ims, Aarthun, A. (2000): "Resursregnskap for reindriftsnæringen, driftsåret 1998/99". *Reindriftsnytt* 2000:1:56–63.
- Jünge, Å. (1996): *Spor etter samer i Midt- og Sør-Skandinavia* (basert på hovedoppgave i historisk geografi, NTNU). Åsen: Dokumentarforlaget.
- Kerckhoff, A.C. & K.W. Back (1968): *The June Bug: A study of Hysterical Contagion*. New York: Appelton-Century-Crofts.
- Lee, R.M. (1993): *Doing research on sensitive topics*. London: Sage.
- Lillestø, B. (1998): *Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten*. NF-rapport: 22. Bodø: Nordlandsforskning
- Lipsitz, G. (1990): *Time passages: Collective memory and American Popular Culture*. Minnesota, USA: University Press.
- Lov om kommunehelsetjenesten av 1982.
- Martinsen, K. (1989): *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Tano.
- Mevik, K. (1998): *Møte med galskap*. Oslo: Tano.
- Minde; G.T. (1995): *Å, vi klare oss ... En sosiologisk undersøkelse av behov og etterspørsel etter offentlige velferdsordninger hos eldre samer i en flerkulturell kommune*. Hovedoppgave i sosialpolitikk, Institutt for samfunnsvitenskap. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Moe, A. (1992): *Tilsyn i forebyggende barnevern*. Social Work Reports 9, Institutt for sosialt arbeid. Trondheim: NTNU.
- Mæland, J.G. (1999): *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Målseide, P. (1983): *Medisinsk sosiologi*. Oslo: Aschehoug.
- Nergård, J.I. (1994): *Det skjulte Nord-Norge*. Oslo: Notam Gyldendal.
- NESH (1999): *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora*. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Mars 1999.

- NOU 1995:6: *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge.*
- NOU 1998:18: *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.*
- Nursing & Allied healthweek feature article (1996, 10 november): *Anne Federwisch: Professional organizations increase care providers' awareness for cultural diversity*, [posted 10/11/96]. Hentet fra World Wide Web: <http://www.nurseweek.com/features/diverse.html>.
- Patton, M.Q. (1990): *Qualitative evaluation methods*. Newbury park: Sage.
- Repstad, P. (1987): *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ronnby, A. (1992): "Glesbygdskultur och socialt arbete". *Nordisk sosialt arbeid* 1992:3.
- SHD (1999): *Mangfold og likeverd – regjeringens handlingsplan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge*. Høringsutkast SHD november.
- SHD (1999): *Styring og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenester i kommunene: Sammenligningstall for kommunene 1999*. Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.
- Sjölander, P. (1999): *Registeringsepideiologiska studier av den svenska samiska befolkningens hälsosituation*. Söndra Lapplands Forskningsenhet. Vilhelmina. Upublisert.
- St.meld. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.
- St.meld. 83 (1984-85): *Langtidsprogrammet 1986-89*.
- Stordahl, V. (1998): "Refleksjoner rundt utviklingen av en samisk psykiatri". I: O.H. Eidheim og V. Stordahl: *Kultur møte og terapi i Sápmi*. Davvi Girji OS.
- Sørheim, Arntsen T. (1986): *Sykdom og kultur. En sosialantropologisk analyse av møter mellom pakistanske diabetikere og norsk helsepersonell*. Hovedoppgave i sosialantropologi. Oslo: Universitet i Oslo.

Tajfel, H., red., (1982): *Social identity and intergroup relations*. Cambridge England: Cambridge University.

Vatne, S. (1999): *Pasientene først*. Oslo: Kommuneforlaget.

Zacharisson, I. (1994): ”Samisk kulturmiljö”. I: K.-G. Selinge, red., *Sveriges Nationalatlas* 11:64–67. Stockholm.

VEDLEGG 1: INFORMASJONSBREV

Nord-Trøndelagsforskning
Bomveien 3
7729 Steinkjer

INFORMASJON OM UNDERSØKELSEN

Nord-Trøndelagsforskning gjør på oppdrag fra Sametinget en undersøkelse om sør-samers møte med helsetjenesten. Målsettingen er å få fram hvordan kommune helsetjenester fungerer overfor folk i sør-samisk område. En bakgrunn for å se på sør- samisk område er at det er dårlig kartlagt i forhold til nord- samisk område. Undersøkelsen er ikke satt i verk av den norske stat, men på initiativ fra folk som var involvert i utdannelser av helsepersonell i Nord-Trøndelag. I disse miljøene hadde man erfart en dårlig kunnskap om sør-samer og sameproblematikk. Undersøkelsen skal kritisk granske om helsetjenesten er tilpasset behov som folk med sør- samisk bakgrunn har for tjenesten, og om det er spesielle aspekt i dette møte som det er viktig å være oppmerksom på.

Undersøkelsen vil rette søkelyset på disse spørsmålene:

1. se på hvilke helseproblem som forekommer i de utvalgte kommuner for personer med samisk tilhørighet og om de har spesielle problem som kommer til uttrykk når de møter helsevesenet
2. fange opp om personer med samisk tilhørighet tar kontakt med primærhelsetjenesten om sine problem, eller om de avstår fra et slikt møte og bruker alternative behandlingsmetoder
3. fange opp om personer med samisk tilhørighet får ivaretatt sine helseproblem innen den kommunale helsetjenesten, og om det finnes spesielle behov som det er viktig blir ivaretatt innen kommunens helsetjeneste
4. studere om den terminologi og sykdomsvokabular som benyttes av helsepersonell er kjent for brukere i målgruppen og om det benyttes andre uttrykk innen samisk terminologi, som ikke er kjent blant helsepersonell i kommunen
5. se om det finnes mønster i kommunikasjon og samhandling mellom brukere av helsetjenesten og ikke brukere av helsetjenesten når det gjelder helseproblemer
6. se på om eventuelle utskiftning av helsepersonell har innvirkning på problematikken og om hvilke grupper innen helsetjenesten som brukere kjenner tillit til.

7. se på hvilke erfaringer som finnes når det gjelder mer diffuse sykdomsgruppe, slik som psykososiale lidelser o. lign og se på om slike problemer forekommer i utvalget og hvordan de blir ivaretatt

Undersøkelsen blir gjennomført i 1999 og tidlig vårpart år 2000. I løpet av den tiden vil samiske brukere av helsetjenester og ansatte i kommuners helse tjenester bli kontaktet for å bli intervjuet om sine erfaringer. Vi vil kontakte personer vi tror kan være interessert i å delta i undersøkelsen. Alle opplysninger de gir til oss i Nord-Trøndelagsforskning vil bli behandlet med stor fortrolighet og forsiktig. Det innebæret at de opplysninger som gis ikke skal kunne spores tilbake til noen enkeltperson eller være til skade for den det gjelder. Alle opplysninger som gis i de personlig intervjuene blir oppbevart på forsvarlig måte her ved Nord-Trøndelagsforskning og de gis ikke videre, men ødelegges etter at undersøkelsene er avsluttet. Intervjuene blir gjort pr telefon, i hjemmene, på arbeidsplassen eller på en annen plass som personen som skal intervjues foretrekker. Intervjuene blir foretatt av Anne Moe eller Marianne Hedlund, begge forskere ved Nord-Trøndelagsforskning.

Deltakelse i undersøkelsen er frivillig. Den enkelte kan trekke seg fra undersøkelsen underveis og kan da be om at alle opplysninger som ble gitt blir slettet eller fjernet fra undersøkelsen.

Det er ingen andre som får tilgang til opplysningene fra intervjuet enn forskerene. Disse har taushetsplikt om de personopplysninger som blir gitt gjennom intervjuene.

Undersøkelsen avsluttes med en skriftlig rapport som sendes til Sametinget. Dersom det er spørsmål eller behov for mer informasjon kan du/dere kontakte Nord-Trøndelagsforskning tlf 74 13 46 60. Du/dere kan også ringe direkte til en av oss som er forskere hvor telefon nummer og e-postadresser gjengis nedenfor:

Med hilsen

Anne Moe (tlf 74 13 46 78) epost: anm@ntforsk.no

Marianne Hedlund (tlf 74 13 46 71) epost: mah@ntforsk.no

**VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE –
HELSEPERSONELL**

INTERVJUGUIDE HELSEARBEIDERE SØRSAMER OG PRIMÆR HELSETJENESTEN

1. Presentasjon av prosjektet, bakgrunn og formål –

Bekreftelse på samtykke til intervju og bruk av data, avtale om hvordan

2. Presentasjon av informanten (ansatte i primær helsetjenesten)

Bakgrunnsopplysninger- alder, kjønn, sivilstatus, antall barn

3. Erfaringsramme/oppfattelse av same:

Hvilke ord ville du bruke for å beskrive en same? Hvordan tror du at du skulle oppdage at du var i kontakt med en person med samisk tilknytning? Kan det være andre måter å oppdage dette på enn det du har beskrevet til nå?

Skulle du overhode tenke på eller reflektere over at du hadde kontakt med en same eller ville dette være helt uten betydning for hvordan du behandlet personen? Kan du si litt mer om grunnen til at dette har betydning/ alternativt grunnen til at det ikke har betydning?

Kan du litt om ditt forhold til Sør samer – hvilket forhold har du til folk fra det Sør samiske miljøet?

4. Utdannelse

Kan du fortelle litt om din utdanning?

Når tok du din utdanning?

Hvor lang tok den, har du flere din utdannelse?

Lærte du noe om samer i din helsefaglige utdanning?

Lærte du noe annet under din utdanning som du mener du har hatt nytte av når det gjelder same og helsetjenesten? gi eksempler på slike

5. Jobb og kompetanse på feltet

Stilling – hvilken stilling har du nå?

Er dette den eneste jobben du har hatt i helsesektoren eller har du hatt mange slike jobber?

Hvordan skulle du beskrive deg selv? Skulle du f eks beskrive deg selv som en med bra kunnskap om ditt arbeidsområde eller skulle du beskrive deg selv på en annen måte?

6. Allment om primær helsetjenesten

A. Tilgjengeligheten (allmenn)

Kan du beskrive litt om hvordan det er for folk som bor i denne kommunen når det gjelder å komme seg til legesenteret eller få hjelp til plager man har?

Lett å komme igjennom via telefon, lett å få time, lett å få noen på hjemmebesøk osv?

Finnes det mye køer eller lange ventelister til noe?

Kan du si noe om hvilke tjenester som finnes i kommunen og om alle har tilgang til slike tjenester?

Hvis jeg skulle bo i utkanten av kommunen og ha behov for å komme til legesenteret, hvor lang tid måtte jeg regne med å bruke?

Finnes det noe plass man kan henvende seg på kvelder og i helger?

Hvis du skulle beskrive noen problemer med tilgjengeligheten til helsetjenesten her i kommunen – hva skulle det være?

Hvis du skulle beskrive noe som er særlig bra med tilgjengeligheten til helsetjenesten her i kommunen – hva skulle det være?

B. Problemer (allment)

Fortell hvordan du reagerer på denne påstanden:

”Distriktene beskrives ofte som områder med stor legemangel, og med store utskiftninger av leger og mange med utenlandsk bakgrunn. ”

Synes du at denne beskrivelsen stemmer på denne kommunen og det du har opplevd?

C. Spesielle behov:

Det hevdes at folk med samisk tilhørighet kan ha spesielle behov når det gjelder helsevesenet. Synes du dette stemmer ? Stemmer ikke ? Kan du si litt mer om på hvilken måte dette stemmer/ evt. ikke stemmer?

7. Møte mellom helsetjenesten og folk med samisk tilhørighet

Kan du beskrive hvilken kontakt du i yrket ditt har eller har hatt med folk med samisk tilhørighet.

Kan du si noe om kontakten har vært enkel eller om den har vært vanskelig?

Informasjonen: Kan du huske om du har opplevd at informasjonen du har gitt til samer har blitt godt mottatt?

Kan du huske noen episoder hvor informasjon ikke har blitt mottatt?

Tilgjengeligheten: Kan du huske om du har opplevd at det har vært problemer med å gi helsehjelp til folk (med samisk tilknytning) ?
Kan du huske om det har vært vanskelig å få folk til dukke opp på plasser de har blitt henvist til?

Språk: Kan du si at du har opplevd at en med samisk tilknytning beskriver sine plager eller problem på en måte som du ikke forstår?

Kan du i tilfelle beskrive en slik situasjon.

Skulle du ville si at folk med samisk tilknytning ”tenker på en annen måte” enn det du er kjent med? Kan du komme på noen eksempler på en slik ”tankegang”?

8. Sykdom, medisiner, helse

A. Sykdom/friskhet:

Synes du at samer i stor grad er veldig sunne og friske personer ?

Har du noen gang i yrket ditt opplevd spesielle helseplager eller annet blant folk med Sør samisk tilknytning?

Hva mener du i så fall har vært slike plager?

Har du i din praksis noen gang støtt på Sør samer som har belastningslidelser (vond nakke, arm, kroniske muskelsmerter osv.) Skulle du si at dette var et utbredt helseproblem blant samer eller at det ikke er så vanlig?
Skulle du si at dette var vanligere blant denne gruppa enn i befolkningen i øvrig?

Hva skulle du legge i begrepet psyko sosial lidelse? Hvilke plager skulle gå inn under det, slik du ser det?

Kan du si noe om hvor vanlig slike plager er blant Sør samisk folk utfra de erfaringer du har gjort deg gjennom din praksis?

Kan du si om det er andre plager som du har merket deg være vanlig blant Sør samer?

B. Medisiner:

Kan du si at du noen gang har opplevd at Sør samer forholder seg til å ta foreskrevne medisiner på en annen måte enn det som er vanlig?

Kjenner du til om man i Sør samisk miljø bruker alternativer til skolemedisiner ?

C. Behandling:

Kjenner du til tilfeller hvor det har vært problemer for Sør samer å oppsøke behandlingsapparatet innen helse sektoren? Kan du si noe mer om hva som i så fall var de problemer som oppsto?

Synes du at Sør samer blir like ofte henvist videre til andre spesialist tjenester som andre ? Det vil si når det viser seg at det motivert med videre spesialist behandling?

FRISPØRSMÅL: Har du opplevd noe andre problemer eller ting du har stusset på som vi ikke har vært inne på til nå?

VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE – SAMER

**INTERVJUGUIDE TIL SØRSAMISKE INFORMANTER
OM PRIMÆRHELSETJENESTEN
(intervjuguide p/1230/99)**

**1. PRESENTASJON/BAKGRUNN FOR PROSJEKTET
FORKLARES OG INFORMERES AV INTERVJUER**

(forklare til informanten bakgrunn og formål med prosjektet)

**2. PRESENTASJON AV INFORMANTEN (
BAKGRUNNSOPPLYSNINGER)**

- Fortell kort om din bakgrunn og familie – hvordan vil du beskrive din samiske tilhørighet, og hvordan du er tilknyttet samisk miljø
- alder
- sivil status
- antall barn
- språk: hvilke språk (samvær med familie, venner), annet språk i andre sammenheng (offentlig, jobb hva anser du være ditt morsmål språk?
- arbeid og inntekt

3. BOSTED OG HELSETILBUD:

Vi starter med å stille spørsmål om bosted i forhold til helsetjenester
Fortell om hvor du bor og om stedet der du bor?(naboer, nettverk omkring bosted?)

Er det langt til nærmeste tettsted med service? (post, bank, skole, helsestj/legesenter osv.?)

Beskriv hvordan du skulle ta deg fram til helsesenteret/legesenteret fra der du bor?

Skulle det være noe forskjell på å ta seg fram når det gjelder årstidene?

Er det folk i den sørsamiske befolkningen som du kjenner som ikke bruker helsetjenesten fordi det er for tungvint eller vanskelig fra der de bor? Kan du gi noen eksempler på slike og beskrive hvilke problemer de har ?

4. OPPSØKING AV HELSEHJELP

Hvordan føler du deg selv mht å være frisk? Har det alltid vært slik?

Fortell hva du har gjort/gjør når du får føler deg sjuk? (hvem oppsøker man i så fall og hva snakker man med den personen om?)

Legeskontoret/helsesøster eller er det andre du kontakter?
(egen opplevelse)

Hvis du ikke selv har noen erfaring med dårlig helsetilstand, har noen du kjenner hatt helseproblemer? Fortell hva den personen gjorde når den fikk problemer med helsa?
(andres opplevelse)

Hvor ofte har du vært i kontakt med det norske helsevesenet?

Hva er det som skal til for at du synes det er nødvendig å kontakte lege?
Erfaringer?

5. MØTET MED HELSETJENESTEN (kommunikasjon)

Hvordan vil du beskrive den kontakten du har hatt og de erfaringer du har gjort deg?

Hva har vært positivt? Hva har vært vanskelig?

Informasjon. Hvordan vil du beskrive den måten du har fått informasjon på?
Har du fått den informasjon du har hatt behov for?

Tilgjengelighet. Hvordan har det vært å få tak i helsepersonell når det har vært behov? Både primærtjeneste og henvisning til spesialister?

Å forklare til fremmede. Kan du beskrive en situasjon hvor du opplevd det som vanskelig å beskrive hva som feiler deg når du kontaktet en lege eller annet helsepersonell? Kan du gi eksempel på hva som ble vanskelig? Kan du si om det var mangelen på å finne de rette ordene som gjorde det vanskelig? Var det mangelen på å finne riktig ord for å beskrive som var vanskelig, eller hadde det sammenheng med helt andre saker? (gi evt eksempler for å få folk på glid, at helsepersonellet hadde for travelt, at den personen ikke virket nærværende, at man ble sjenert, nervøs eller andre ting.)

Dersom du selv ikke har opplevd vanskeligheter, kjenner du noen i din omgangskrets som har opplevd det som vanskelig å forklare seg til fremmede? Hvordan har denne personen gitt uttrykk for at det var vanskelig?

Språk. Savner du ofte ord når du snakker norsk, som beskriver de problemer som du har hatt med helsa? Kan du gi eksempel på noe du tenker på som blir "fattig"/vanskelig å uttrykke på norsk? Kan du si noe mer om dette – hva gjør det vanskelig ?

Å bli tatt på alvor/bli forstått. Kan du beskrive en situasjon hvor du følte at du ble tatt på alvor når du møtte noe helsepersonell? Kan du si noe mer om hvorfor du tror du kjente at du ble tatt på alvor? Kan du beskrive en situasjon hvor du følte at du ikke ble tatt på alvor? Hvorfor mener du at du ikke ble tatt på alvor da?

Hvis du ikke selv kommer på noe, kan du kanskje huske en historie om noen du kjenner som er blitt fortalt deg?

Dersom du har opplevd å ikke bli forstått av en lege, en helsesøster, en sykepleier eller noen andre i helsetjenesten, kan du fortelle om det? Hva var det som ble vanskelig (ord, uttrykk el)?

6. SYKDOM, MEDISINER, HELSEPROBLEMER

Vet du om det er spesielle helseplager som er utbredt blant sørsamer? Enn ulykker? (rus) Dette med tanke på spesiell næringsvirksomhet og kultur som kan gi bestemte plager (livsstilsykdommer).

Belastningslidelser:

Hva gjøres med belastningslidelser som vondt i nakke, rygg, ben eller armer eller konstante smerter i andre deler av kroppen? Vet du om denne personen bruker gå til legen med disse plagene? Går han eller hun til fysioterapi eller til noen annen helsearbeider?

Mener du at det er vanlig at sørsamer har slike problemer?

Er det vanlig at en går til lege med slike problemer? Kan du utdype litt mer hvorfor det er slik?

Benytter sørsamer andre metoder for å få bukt med slike problemer, og tilfelle kan du beskrive hvordan man går fram for å få slik behandling og hva behandlingen går ut på?

Psykososiale forhold:

Hvis det oppstår store belastninger i livet, hvor vil det være vanlig for sørsamer å søke hjelp? (eks familieproblemer, psykiske problemer, dødsfall el). Hva ville du selv gjort?

Hvilke erfaringer tror du en sørsame gjør hvis personen oppsøker kommunens helse/sosialsenter og ber om hjelp for slike problemer? (hva tror du møter dem?) Tror du at personen snakker direkte om hva som er problemet eller vil de starte med å snakke om noe annet? Hva tror du i så fall de ville ta opp som problem? Jfr. skrømt.

Dersom du kjenner til det, kan du fortelle noe om hvilke erfaringer noen fra det sørsamiske miljøet kan ha fra innleggelse på psykiatrisk avdeling, rus-institusjon . eller annen spesialisttjeneste? Tror du det er vanskeligere for en person fra den sørsamiske befolkningen å søke om slik hjelp for psykiske problemer enn det er for andre? Kan du utdype litt nærmere dette (hvorfor du tror det er slik?)

Hva skulle du selv gjøre, dersom du eller noen av dine nærmeste fikk problemer med den psykiske helsa? Beskriv hvordan du tror du ville gjøre hvis det ble noe du eller dine nærmeste ikke selv kunne klare ? Hvem ville dere kontakte ?

Medisiner:

Kan du huske at du noen gang selv, eller noen du kjenner av folk med sørsamiske tilknytning bruker alternative medisiner enn det man får via legekontor, helsestasjon eller på apoteket? Hvilke erfaringer gjorde du eller den personen du kjenner ?

Utfra den kjennskapen du har, er det vanlig for sørsamer å bruke alternative medisiner enn de man får fra legen eller apoteket for å få bukt med helse problemer?

Hvilke problemer gjelder i så fall dette?

Hvor kan man få alternativ hjelp? Brukes sjaman? Er det enkelt å finne fram til slike folk å få den hjelpe en trenger? Lettere enn å besøke legekontor? Kan du si litt mer om dette? hvordan kan det ha seg at det er slik?

Kjenner du til at man bruker slike medisiner, eller behandling **i tillegg til** medisiner eller som **alternativ til en** behandling hos lege? Brukes man slik behandling først, og så går til lege hvis det ikke blir bedre? Eller fungerer det slik at det at det er vanlig å bare bruke slike medisiner og ingen andre ?