

Sykepleiekompetanse i møtet med samiske brukere

-en kvalitativ studie om sykepleierens erfaringer i sitt arbeid i kommunal rus- og psykiatritjeneste

—
Elin Beate Løvstad

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Mai 2018

Forord

Det har vært lærerikt og berikende å få mulighet til å fordype seg i et tema som opptar og engasjerer meg.

Først og fremst vil jeg takke mine deltagere for at dere stilte opp og delte deres erfaringer. Jeg er ydmyk og full av respekt for tilliten dere viste meg, og det håper jeg kommer frem i arbeidet. Uten dere hadde denne oppgaven ikke vært mulig. Tusen takk til hver og en av dere!

Så vil jeg takke min faglig dyktige og inspirerende veileder Maria Bakland for gode råd, tålmodighet og enestående veiledning. Tusen takk!

En særskilt takk til min datter Janne Sofie som har holdt ut med meg og vært støttende i det som til tider har opplevdes som et hav av opp- og nedturer.

Til slutt vil jeg takke Gøril Heide, Marianne Fjellingsdal og min fantastiske mamma Liv Johansen som alle har bidratt på ulike måter med tips, korrektur, støtte og oppmuntring. Tusen takk!

Tromsø, mai 2018

Elin Beate Løvstad

Sammendrag

Bakgrunn: Tema i studien er hvilken kompetanse sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste erfarer som betydningsfull i møter med samiske brukere med psykoseproblematikk. Dagens politiske føringer viser økt satsning på psykisk helse i den samiske befolkningen. Samtidig viser tidligere forskning at samiske brukere ønsker å bli møtt med kulturforståelse. Likevel kan det virke som temaet får lite fokus, og at faglige diskusjoner og drøftinger nærmest er fraværende i kommunal rus- og psykiatritjeneste.

Problemstilling: Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk?

Metode: Dette er en kvalitativ studie. Materialet er innhentet ved hjelp av fire halvstrukturerte intervjuer og analysert etter inspirasjon av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultat: Hovedfunnene i studien viser at sykepleierne erfarer at kunnskaper om samisk kulturforståelse regnes som viktigste kilde til god oppfølging og behandling av samiske brukere med psykoseproblematikk. Tilsvarende viser norske sykepleieres erfaringer at mangel på samisk språk og kulturforståelse medfører at det å danne en behandlingsrelasjon med samiske brukere er resurskrevende. Sykepleiernes personlige egnethet og egenskaper er avgjørende faktorer for å etablere en god behandlingsrelasjon.

Nøkkelord: Sykepleier, psykoselidelse, kompetanse, samisk kulturforståelse, behandlingsrelasjon, sykdomsforståelse, oppfølging.

Abstract

Background: The study questions which competence nurses in local mental health care experience as meaningful when they meet Sami patients with problems due to psychosis. Political guidelines now focus more on mental health in the Sami population. In addition, earlier research on the topic also shows that Sami patients wish to be met with cultural understanding. Still it seems like this topic receives little attention, and that professional discussions and considerations about the topic is absent in local mental health care.

Research question: What kind of competence does nurses in local mental health care experience as important when they meet Sami patients with problems due to psychoses?

Method: This is a qualitative study. The material is gathered by using four semi-structured interviews and analyzed inspired by Malteruds systematic text condensation.

Results: The main findings in the study shows that nurses experience that knowledge of Sami cultural understanding is the most important source to good quality follow-up and treatment of Sami users with problems due to psychosis. Corresponding to this, Norwegian nurses also experience that lack of Sami language and cultural understanding makes the nurse-patient relation to Sami patients resource demanding. The nurses' personal suitability and qualities are crucial factors to establish a good nurse-patient relation

Key words: Nurse, psychosis, competence, Sami cultural understanding, nurse-patient relation, illness insight, follow-up

Innhold

1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn og formål for valg av tema.....	6
1.2 Problemstilling	8
1.3 Begrepsavklaringer.....	8
1.4 Oppgavens oppbygging	9
1.5 Tidligere forskning	9
2 Teoretisk utgangspunkt	14
2.1 Psykotiske tilstander	14
2.2 Behandling av psykoselidelser	17
2.3 Samisk kultur og språk	19
2.4 Samisk psykisk helse	20
2.5 Kompetanse.....	23
2.6 Forståelse og tilnærming.....	26
3 Metode	30
3.1 Valg av forskningsmetode og design.....	30
3.2 Forskerens rolle	31
3.3 Utvalg og rekruttering av deltagere.....	33
3.4 Intervjuguide	35
3.5 Gjennomføring av intervju.....	36
3.6 Transkribering	37
3.7 Analyse	39
3.8 Troverdighet og bekreftbarhet.....	43
3.9 Ethiske overveielser.....	44
4 Presentasjon av resultater	45
4.1 Samisk kulturforståelse.....	46
4.1.1 Å inneha kultursensitivitet	46
4.1.2 Å skille virkelighetsbrist og overtro	49

4.1.3 Betydningen av samisk språk	52
4.2 Å skape relasjoner	53
4.2.1 Å komme i posisjon til å danne en relasjon	54
4.2.2 Betydningen av den personlige egnetheten.....	55
5 Drøfting.....	58
5.1 Samisk kulturforståelse.....	58
5.1.1 Å inneha kultursensitivitet	58
5.1.2 Å skille virkelighetsbrist og overtro	64
5.1.3 Kommunikasjon med samiske brukere.....	67
5.2 Å skape relasjoner	71
5.2.1 Å komme i posisjon til å danne en relasjon	71
5.2.2 Betydningen av den personlige egnetheten.....	73
5.3 Styrker og begrensninger ved studien.....	75
5.4 Refleksjoner og implikasjoner	76
6 Avslutning.....	77
6.1 Oppsummering	77
6.2 Videre forskning.....	78

Litteraturliste

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Vedlegg 2 – Samtykkeskjema

Vedlegg 3 – Godkjennings skriv fra NSD

Vedlegg 4 – Intervjuguide

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål for valg av tema

Jeg vokste opp i ei lita bygd i Nord Troms, der bosetningen var flerkulturell og ofte ble omtalt som et trestammers møte mellom samer, kvener og nordmenn. Gjennom min samiskspråklige far ble jeg tidlig kjent med deler av den samiske kulturarven. Den samiske siden av oppveksten fascinerte meg og jeg lærte villig om kulturen både gjennom nærmiljøet og senere med samisk som selvvalgt andrespråk på skolen. Jeg lærte likevel ikke å beherske det samiske språket, men interessen for det samiske, har siden fulgt meg gjennom livet.

Jeg er utdannet spesialsykepleier i psykisk helse og har yrkeserfaring fra ulike deler av helsevesenet. De siste 9 årene har jeg arbeidet i kommunal rus- og psykiatritjeneste. Erfaringsmessig er faglige diskusjoner og drøftinger om samisk kultur- og sykdomsforståelse nærmest fraværende. Dette har ført til en undring og inspirert til søken etter mer kunnskap om hvilken kompetanse sykepleiere vektlegger i møte med den samiske brukergruppen.

Denne oppgaven handler om den kompetanse sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. Ønsket er å synliggjøre og bidra til en bedre forståelse av hva som er god behandling for denne brukergruppen.

Samisk helse har i kjølvannet av den samiske revitaliseringen¹ stadig blitt debattert. I Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge synliggjør sentrale helsemyndigheter et behov for å ruste opp behandlingstilbudet til samiske brukere innenfor en samisk språklig og kulturell ramme, samtidig som at kompetansen skulle bygges opp gjennom forskning og undervisning (NOU, 1995:6). Tiltakene ble senere fulgt opp i regjeringens

¹ Med revitalisering menes at språket og kulturen er tatt tilbake i områder den tidligere hadde mistet fotfeste.

handlingsplan for den samiske befolkningen i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001), der det fremkommer at blant annet samisk psykisk helse er et prioritert område.

I de Nasjonalfaglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser formidler imidlertid Helsedirektoratet (2013) at samers særegne kultur, politiske historie og språk, ikke er blitt tilstrekkelig tatt hensyn til og anerkjent. utfordringer i møtet mellom helsevesenet og den samiske brukeren omhandler forståelse og anerkjennelse av brukerens kulturelle kontekst. Helsedirektoratets (2013) anbefalinger fremholder at helsepersonell bør besitte en samisk kulturell og språklig kompetanse, som en forutsetning for å kunne yte god helsehjelp.

Sykdomsbildet til brukere med psykoselidelser er omfattende og i Stortingets opptrappingsplan for psykisk helse (1997-98) fremkommer det at helsepersonell ikke alltid føler at de gjør en tilstrekkelig jobb, samt at de opplever arbeidet med psykoseproblematikk som utfordrende. Videre fremheves forholdet mellom kultur og psykisk helse, og at nødvendige hensyn til menneskets åndelige, kulturelle, biologiske og sosiale behov må ivaretas. I tillegg viser flere studier at samiske brukere ønsker å bli møtt med kulturforståelse, samt at samiske brukere ikke alltid er like fornøyde med behandlingen som det ikke-samiske bruker er (Sørli & Nergård, 2005, Amundsen, 2012).

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) viser til at kommunens ansvarsområder omhandler undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning. Her fremkommer det at kommunen har ansvar for å sørge for at egne ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Samtidig presiseres det at også arbeidstakere etter loven selv plikter å ta del i videre- og etterutdanning for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Videre har helsepolitiske føringer over tid vektlagt økt satsning på og fremming av samisk språk og kulturforståelse.

Denne studien er gjort i Troms. Det var et bevisst valg at studien ble utført utenfor samenes kjerneområder, der mangelen på kunnskap om samisk språk og kultur hos helsepersonell trolig er noe større enn blant helsepersonell i samenes kjerneområder. Dersom studien hadde vært utført i for eksempel Kautokeino, ville den sannsynligvis kunne gitt andre resultater. Studien er kvalitativ, og data er innhentet ved hjelp av fire halvstrukturert forskningsintervju av deltagere fra Troms

1.2 Problemstilling

Denne studien setter fokus på den kompetanse sykepleiere erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. Ved å sette fokus på sykepleierens kompetanse er det ønskelig at denne studien vil kunne synliggjøre mulig utfordringer og bidra til økt forståelse av hva som er god behandling for samiske brukere med psykoseproblematikk. Empirien fra denne studien vil forhåpentligvis kunne komme både samiske brukere, helsepersonell og pårørende til gode.

Problemstillingen er konkretisert slik:

Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk?

1.3 Begrepsavklaringer

I denne oppgaven vil benevnelsen *samisk bruker* både omfatte de som har en primær og sekundær samisk tilknytting, bakgrunn og tilhørighet. Fornorskningspolitikken resulterte i at flere samer valgte å bytte til norske navn, noe som medførte at flere med typisk norske slektsnavn i dag har samisk bakgrunn.

Denne studien tar utgangspunkt i kommunal rus- og psykiatritjeneste. Jeg har derfor tatt et bevisst valg om å benytte begrepet *bruker*. Ved å benytte benevnelsen *bruker*, tydeliggjøres det at fokuset rettes mot den hjemmebaserte siden av helsevesenet.

Hovedfokus for studien er hvilken kompetanse norsk sykepleieres erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. Jeg ønsker å presisere at jeg i omtalen av *det samiske* og *samiske brukere* er oppmerksom på at alle mennesker er individuelle. Likeledes er den samiske kulturen mangfoldig. Begrepet *det samiske* er derfor ikke ment å være dekkende for alle samiske brukere.

1.4 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis i kapittel 1, presenteres bakgrunn og formål for valg av tema. Deretter presenteres problemstillingen, fulgt av noen begrepsavklaringer. Videre i kapittelet følger en oversikt over kunnskapsstatus med tidligere forskning.

I kapittel 2 redegjøres det for sentrale teoretiske perspektiver knyttet opp mot studien.

Kapittel 3 beskriver studiens metodiske tilnærming. Her inkluderes forskerens rolle, samt en redegjøring av fremgangsmåten for innsamling av data og av hvordan empirien er gjort til gjenstand for analyse. Avslutningsvis vurderes studiens troverdighet, overførbarhet og etiske overveielser.

Kapittel 4 presenterer studiens resultater.

Kapittel 5 drøfter resultatene opp mot aktuelle teorier, tidligere forskning, samt egen forståelse.

Kapittel 6 inneholder en sammenfatning av studien og inkluderer ulike aspekter ved dens kvalitet, samt forslag til videre forskning.

1.5 Tidligere forskning

Søk etter relevant forskning har vært et kontinuerlig arbeid gjennom hele forskningsprosessen. For å få oversikt over aktuell litteratur og tidligere forskning som kan relateres til tema for studien, er det søkt systematisk i følgende databaser; Svemed, BibSys, Nora og PubMed. Søkene er utført med ulike kombinasjoner av følgende søkeord; psykisk helse, psykose, samisk, sami, psychosis, sami ethnicity, mental health. Søkene etter relevant litteratur ga 13 treff, som hovedsakelig var kvalitative studier. I april 2018 gjorde jeg oppdaterte søk som resulterte i at jeg inkluderte ytterligere en studie.

Det finnes en del forskning som er knyttet opp mot samisk språk, kulturforståelse og levesett. Flere studier trekker frem kulturkompetanse som et viktig perspektiv i behandling og oppfølging. Videre finnes også noe forskning på samisk kommunikasjonsform og samisk

psykisk helse. Det ble derimot ikke funnet forskning som direkte undersøker hvilken kompetanse norsk helsepersonell erfarer som betydningsfull i møte med psykoselidelser hos samiske brukere i kommunal rus- og psykiatritjeneste. Men overføringsverdien fra andre lignende studier som omhandler samisk psykisk helse, er svært verdifull.

Videre følger en presentasjon av den forskningen som belyser denne studiens tema, og som ansees som mest relevant for denne studien.

Bongo (2002) så i en studie som er basert på 8 fortellinger fra Nord-Norge på det å være ”bærer” av det onde og hvilken betydning en ufrivillig bærerrolle har hatt på deres hverdagsliv. Studien viste at samer kan forklare psykiske lidelser som noe ondt, som er påsatt av noen som ikke ønsket vedkommende noe godt. Resultatene fra denne forskningen viste at denne gamle sykdomsforståelsen som omhandler psykisk lidelse, fortsatt er levende hos deler av den samiske befolkningen.

Nergårds studie (2017) så på psykiske helsearbeiderens kompetanse innen samisk språk og kulturforståelse, og dens betydning ved psykiatrisk behandling av samiske brukere ved norske behandlingstilstander i *samiske områder*. Forskningen viser en positiv betydning av at psykiske helsearbeidere besitter forståelse av samisk språk- og kultur.

Andersen (2007) viser til ulike forhold som kan sette i gang bedringsprosesser hos mennesker med tidligere psykiske lidelser i sjøsamiske områder. Studien viser at begrepet å *berges* har stor betydning for det å klare seg selv i dagliglivet, med de plager og lidelser man har.

Sexton (2009) belyste i sin doktoravhandling samspillet mellom bruk av lokale hjelpetradisjoner og de offentlige psykiske helsetjenestene i Nord-Troms og Finnmark. Studien så nærmere på hva lokale hjelpetradisjoner i de samiske områdene bestod av, deres utbredelse og hvorvidt det var ønskelig med et større samarbeid mellom det offentlige helsevesenet og tradisjonell samisk helbredelse. Studien viste at samiske brukere ønsket integrering av tradisjonell hjelp i helsevesenet, og at samiske brukere benytter seg av lokale hjelpetradisjoner i større grad enn det norske brukere gjør.

En studie som Møllersen, Sexton og Holte (2005) gjorde i Finnmark, undersøkte betydningen av helsepersonells og brukers etnisitet generelt, og dens betydning for behandlingsforløpet. Studien viste at sjansen for et positivt behandlingsresultat var større dersom helsepersonell og bruker har lik etnisitet, samtidig som det fremkom av studien at det skal mer enn felles etnisk bakgrunn til for en vellykket behandling. Studien viste også at samisk og ikke- samisk helsepersonell benyttet ulike behandlingsmetode, men begge viser til like gode behandlingsresultater.

Bals (2015) forsket på samisk helsepersonells erfaringer med brukere som mente de led av ganning. Gammel samisk overtro som forteller at psykiske lidelser som er påført gjennom gand, ikke er uvanlig å se i en kontekst med samisk psykisk helse. Studien viste at kunnskap om samisk kommunikasjonsform og språk er et viktig utgangspunkt for kultursensitive samtaler. Helsepersonells forståelse og anerkjennelse i møte med samisk sykdomsforståelse regnes som svært viktig for å kunne vise brukeren respekt. Videre viste Bals forskning at samisk helsepersonell kan oppleve det som utfordrende å fremme samisk kulturforståelse som inkluderer gand og overtro, fordi det kan bli en kilde til latterliggjøring av samisk kultur- og sykdomsforståelse hos majoritetsbefolkningen. Studien viste at frykten samisk helsepersonell har for latterliggjøring kan medføre at den kulturkunnskapen de besitter forblir skjult.

Langås Larsen (2012) så nærmere på bruken og forståelsen av læsing i den nordnorske og samiske kulturen. Studien viste at læsing fortsatt brukes av mange til tross for dagens moderne, høyteknologiske helsevesen. Terskelen for å benytte helbredere er lavere jo nærmere man er i familie med helbrederen. Samtidig viste studien at helbredere benyttes i større grad til mindre alvorlige sykdommer som for eksempel øyebetennelse og øreverk, der helbrederen har nær familiær tilknytning. Ved mindre tilknytning til helbrederen ble helbreding oftest brukt ved mer alvorlige sykdommer. Videre viste studien at det ikke ligger noen forventning om at den som blir helbredet må tro på Gud for at helbredelsen skal virke positivt på sykdomsforløpet, men det kan derimot virke som at personen som anbefaler en helbreder oftere er troende. Henvendelser om helbredelse foregår ofte gjennom en tredje person, og det er ikke uvanlig at henvendelsen om helbredelse skjer uten at den syke selv har bedt om helbrederhjelp.

Silviken og Stordahl har i boken *Samisk psykisk helsevern* (2010) samlet en rekke fagartikler fra forskning utført av Samisk nasjonalt kompetanse senter. Forfatterne i boken drøfter betydningen av hva et kultursensitivt tjenestetilbud betyr i praksis, og viser til eget forsknings- og utviklingsarbeid. En av forfatterne i boken, Gerhardsen (2010) reflekterer over kommunikasjonsformen og kroppsspråket til den samiske brukeren, og hvordan det kan oppstå mistolkninger og misforståelser. Gerhardsen fremholder at samers indirekte måte å kommunisere på kan bli utfordrende for norsk helsepersonell som er opplært å stille direkte spørsmål og kanskje forventer presise svar. Dagsvold (2010) reflekterer over kunnskapsmessige utfordringer helsepersonell står ovenfor i kultursensitive helsemøter, og utdyper hvor viktig det er at helsepersonell besitter kunnskaper om egen og om brukerens kultur. Her inkluderes det å ha forståelse, respekt og å anerkjenne menneskets ulikhet.

Bongo (2012) så i en studie basert på 21 samisktalende samer i Finmark, nærmere på den samiske kommunikasjonsformen i helse og sykdom. Studien viste at den samiske kommunikasjonsformen er indirekte og taus, og det fremkommer at samer ikke snakker om helse og sykdom. Samer har uskrevne normer om ikke å vise svakhet, og det å klare seg selv står sterkt. Samtaler om helse og sykdom ansees som upassende, og diagnostiske begreper kan avvises som dømmende. Dette kan resultere i at samiske brukerne tilbakeholder opplysninger om egen helse til helsevesenet. Studien viste at ulik sykdomsforståelse kan være en potensiell kilde til samhandlingsproblemer mellom den samiske brukeren og det norske helsevesenet. Studien viste videre at den samiske forståelseshorisonten må åpnes mer for norsk helsepersonell gjennom skriftliggjøring og at dette bør inkluderes i utdanningen.

Hansen (2011) gjorde en studie der han så på sammenhengen mellom psykiske lidelser, etnisk diskriminering, og helse- og levekår hos urfolk. Studien viste at etnisk diskriminering bidrar til helsemessige utfordringer og er en risikofaktor i forhold til å utvikle psykiske lidelser. Studien viste at det er samer utenfor de samiske kjerneområdene som er mest utsatt for denne typen diskriminering, og at etnisk diskriminering ofte er assosiert med dårligere selvvurdert helse.

Amundsen (2012) så i sin studie nærmere på samiske brukeres erfaring med Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern. Studien viste at samiske brukere ønsker å bli møtt med kulturforståelse når det kommer til barneoppdragelse, oppvekst, folketro og levesett.

Sørli og Nergård (2005) sammenlignet behandlingsfriheten til samiske og ikke-samiske brukere innlagt på psykiatriske institusjoner. Samiske brukere er ikke like fornøyd med behandlingen som ikke-samiske brukere. Hovedårsakene til dette er at samer ikke hadde mulighet til å bruke morsmålet sitt under behandling. Selv om studien ser på brukere som er innlagt på psykiatriske institusjon, er situasjonen sammenlignbar med brukere i kommunal rus- og psykiatritjeneste, og overføringsverdien er således stor.

Nymo (2003) viste i sin studie til hvordan fornorskningen har påvirket samers identitet og kropp. Studiet ble gjennomført i Ofoten og Sør-Troms. Samer skjuler sin identitet og påtar seg en norsk rolle for å unngå mobbing. Resultater fra studien viste også at revitaliseringen av samisk kultur har fått flere til å være stolte av sitt opphav, og til å stå frem som samiske.

Eriksen, Bongo og Mehus (2017) utforsket i sin studie urfolksperspektivet i utdanningen av sykepleiere i Norge. De utførte en kvalitativ innholdsanalyse av fagplanene til i alt 25 av 26 sykepleierutdanninger i Norge der samisk kultur, helseforståelse og sykdomstilnærming ble vektlagt. Studien konkluderer med at det er et manglende fokus på urfolksperspektiv i fagplanene til norsk sykepleierutdanning. Studien anbefaler økt samisk perspektiv i utformingen av ny rammeplan.

Resultatene fra tidligere forskning viser at kvalitative studier har stor nytteverdi og er godt egnet for å undersøke og utdype ulike forhold som vedrører den kompetansen sykepleiere erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. Studiene og forskningen over bidrar med økt kunnskap og forståelse for den samiske brukeren, og vil kunne ha betydning for behandlingsforløpet. De omtalte studiene vil bli løftet frem i kapittel 5.

2 Teoretisk utgangspunkt

Denne studien undersøker hvilken kompetanse sykepleiere erfarer som betydningsfull i møtet med samiske brukere med psykoseproblematikk i kommunal rus- og psykiatritjeneste i Troms. Teorien som presenteres i dette kapittelet starter med en redegjørelse av ulike psykotiske tilstander, etterfulgt av en gjennomgang av behandlingsformer ved psykoselidelser. Deretter følger en presentasjon av samisk kultur og språk, etterfulgt av samisk psykisk helse. Videre følger en presentasjon av Skau (2005) sin kompetansetrekant, som kan bidra til å gi en bredere forståelse av kompetansebegrepet. Avslutningsvis følger en omtale av Gadamer (1999, 2003) sin forforståelsesfilosofi, som er benyttet som forståelsesmodell og tilnæringsform i denne studien.

2.1 Psykotiske tilstander

Psykotiske tilstander er en stor og uensartet gruppe innen psykiske lidelser som både kan oppstå plutselig, eller utvikle seg gradvis over tid. Psykoser kan være både korte og forbigående, men også langvarige og med stadig tilbakevendende forløp (Skårderud et al., 2010).

En psykotisk tilstand karakteriseres av en endret virkelighetsoppfatning, ofte med en medfølgende realitetsbrist. Ifølge Skårderud et al. (2010), oppfatter ikke personer som er i en psykotisk tilstand lenger verden rundt seg, sin egen rolle, eller andre menneskers holdninger, på samme måte som det andre gjør. Symptombildet er ofte ulikt. Likevel sees forstyrrelse av persepsjon, tenkning og affekt relativt hyppig, og disse regnes som vanlige symptomer (Skårderud et al., 2010). Å oppleve sanseforstyrrelser, som for eksempel å kjenne seg forfulgt eller føle på et indre tankekaos eller andre uforklarlige forestillinger, er ikke uvanlig.

De psykotiske symptomene er et resultat av endret nevrofysiologisk funksjon i hjernen som både kan oppstå brått eller over tid og av ulike årsaker (Skårderud et al., 2010). Felles for psykotiske lidelser er at det ofte sees et fall i sosial funksjon, med tilbaketrekning, følelsesmessig avflating og utfordringer med å mestre dagliglivets aktiviteter.

For de med langvarige psykotiske lidelser kommer ofte tilleggsvansker som ensomhet, angstplager, dårlig økonomi, rusmisbruk, depresjon og arbeidsledighet. For noen kan dette resultere i varig funksjonsnedsettelse (Skårderud et al., 2010).

Psykoselidelser debuter hyppigst mellom 15 og 30 år, men forekommer i alle aldre. Lidelsen medfører ofte uførhet og økt hjelpebehov fra helsevesenet. I tillegg sees en overhyppighet av selvmord blant mennesker med psykoselidelser (Malt et al., 2003, Skårderud et al., 2010). De fleste som i dag havner inn under tvunget psykisk helsevern, lider av psykoser. Likevel er den gruppen som lar seg behandle frivillig langt større enn den gruppen som er under tvungen psykisk helsevern (Malt et al., 2003, Skårderud et al., 2010).

Psykotiske tilstander arter seg, som tidligere nevnt, forskjellig med ulike sykdomsforløp. Arbeidet med å sette de ulike psykoselidelsene inn i et diagnosesystem har pågått tilbake til 1800-tallet. På denne tiden ble lidelsen omtalt som dementia praecox (ungdomssløvsinn). Antipsykotiske midler ble inkludert i behandlingen på midten av 1900-tallet. Dette medførte håp for pasientgruppen, samtidig som det inspirerte til økt interesse for psykososialt rehabiliteringsarbeid og videre forskningsarbeid (Skårderud et al., 2010). På den andre siden stod psykiatrien samtidig overfor kritiske røster som hevdet at pasientene kun ble dopet ned (Skårderud et al., 2010). I dag benyttes diagnosesystemet ICD-10, og psykosekapittelet skiller mellom seks ulike grupper av psykoser: schizofreni, schizotyp lidelse, vedvarende vrangforestilling, akutte og forbigående psykotiske lidelser, indusert psykose og schizoaffektiv lidelse. I tillegg inkluderes stoffutløst psykose og psykose utløst av somatisk lidelse under andre kapitler i ICD-10 (Skårderud et al., 2010). Skillet mellom diagnosegruppene baseres på hvor strenge kriterier som legges til grunn, og en ser at gruppene kan vokse og minke alt etter hvilke kriterier for atferd som ligger til grunn.

Det er likevel vanlig å dele psykotiske tilstander inn i schizofrenier, Paranoide psykoser og akutte og forbigående psykoser (Snoek & Engedal, 2000). Nedenfor følger en redegjørelse for disse.

Schizofrenier er den vanligste og største formen for psykose og rammer omlag 1 % av befolkningen. Sykdommen debuterer vanligvis i relativt ung alder, mellom 15-25 år. Prognosen har de siste tiårene stadig blitt bedre, i takt med et bedre behandlingstilbud. På

siktgår man ut fra at 25 % blir friske og omlag 60 % blir delvis rehabilitert. Med det menes at enkelte restsymptomer fortsatt kan sees, men dagliglivets sosiale aktiviteter mestres (Skårderud et al., 2010). Kriteriene for å få schizofrenidiagnosen er at minimum to av de påfølgende symptomene må være tilstede over en periode på minst en måned;

- Hallusinasjoner
- Vrangforestillinger
- Disorganisert tale
- Grovt disorganisert atferd
- Flat affekt, apati, fattig språk

(Skårderud et al., 2010).

Paranoid psykose omfatter flere ulike lidelser hvor enkeltstående vrangforestillinger eller beslektede vrangforestillinger utgjør det mest fremtredende kliniske trekket. Brukerens atferd er relativt upåfallende, bortsett fra den atferden og de holdningene som har direkte sammenheng med vrangforestillingene. Paranoide psykoser forekommer oftest fra midten av livet. Det finnes ingen god oversikt over hyppigheten, men paranoide psykoser regnes som en relativt sjelden tilstand (Snoek & Engedal, 2000).

Paranoide vrangforestillinger sees også sammen med flere andre typer psykiske lidelser. Disse uklare grenseovergangene til andre psykiske tilstander bidrar til at det er utfordrende å få noe eksakt bilde av hyppigheten av paranoid psykose.

Behandling av paranoide psykoser er krevende fordi vrangforestillingene ofte er så sterkt følelsesladet, samtidig som de oppleves så ekte, at brukerne ofte ikke er motivert for behandling. Kommer brukeren i en behandlingssituasjon vil imidlertid relativt små mengder antipsykotiske legemidler dempe vrangforestillinger (Snoek & Engedal, 2000).

Akutte og forbigående psykoser er en sammensatt gruppe lidelser som kjennetegnes med at de psykotiske symptomene oppstår som et akutt og med et merkbart avvik fra brukerens normale atferd (Snoek & Engedal, 2000). Det kliniske bildet ligner andre psykotiske tilstander, og symptomene avgjør hvilken spesifikk akutt psykosetype det er. Vanlige akutte psykoser er polymorfe, schizofrenilignende, paranoide, eller andre forbigående akutte psykoser. Det er

ikke mulig å gi et eksakt tall på forekomsten av akutte og forbigående psykoser (Snoek & Engedal, 2000).

For noen kan det å bli psykotisk oppleves som å miste seg selv (Skårderud et al., 2010). Å miste fotfestet i den felles menneskelige virkelighetsoppfatningen og ikke lenger evne å se verden på samme måte som tidligere, det kan oppleves skremmende. Det kan også bli vanskelig å stole på andres forsikringer om at alt er i orden. Samtaler går i stå, folk trekker seg unna, og det kan oppleves ydmykende å bli behandlet som om man er gal. Det blir som en selvforsterkende sirkel der ensomhetsfølelsen fører til angst, som igjen medfører tankemessig forvirring, som fører til isolasjon (Skårderud et al., 2010).

Arbeidet med brukere med psykoseproblematikk kan være energitappende. Faglig påfyll og opprettholdelse av kompetanse blir viktige elementer for at helsepersonell skal kunne utføre sitt arbeid og stå i de utfordringer som de møter med brukere med psykoseproblematikk (Skårderud et al., 2010).

2.2 Behandling av psykoselidelser

Det fremkommer i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, at formålet er å gi en felles plattform for alle nivåer i tjenesteapparatet og gi et godt grunnlag for en faglig trygg og forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2013). Videre poengterer retningslinjene at tidlig oppdagelse, systematisk og riktig behandling gir økt mulighet for tilfriskning og bedrer muligheten for på sikt å komme ut i ordinært arbeid. Anbefalingene fra Helsedirektoratet (2013) bygger på viktige behandlingstiltak, som å inkludere utdanning og arbeid som et ledd i den helhetlige behandlingen. Videre anbefaler de at tjenesten tilrettelegges for å kunne bidra til best mulig livskvalitet for brukere som har behov for sammensatte og langvarige tjenester.

Medikamentell behandling med antipsykotiske legemidler er en av grunnpilarene i behandlingen av psykotiske lidelser (Malt et al., 2003, Helsedirektoratet, 2013).

Helsedirektoratet (2013) legger særlig vekt på å kombinere den individuelt tilpassete psykofarmakologiske behandlingen med psykoedukativt familiesamarbeid og kognitiv terapi

spesielt rettet mot spesifikke symptomer (Malt et al., 2003). Helsedirektoratet (2013) viser videre til at tilfriskningen synes å avhenge av kontinuitet gjennom en langvarig, engasjert og tillitsfull relasjon mellom helsepersonell og bruker. Behandlingen bør evalueres etter hvert som brukerens helsetilstand og fungering endrer seg, i takt med en fasespesifikk behandlingsmodell. Det pekes på at brukermedvirkning bidrar til økt mestring og videre økt deltakelse i samfunnet (Helsedirektoratet, 2013).

Den lengste delen av behandlingsforløpet foregår ofte i kommunehelsetjenesten, mens spesialisthelsetjenesten normalt står for en kortere del av behandlingen. For best mulig effekt av behandlingen fordres det et godt samarbeid mellom nivåene. Det er faktorer som brukerens kliniske tilstand, behandlingsbehov og tilgjengelig kompetanse, og ikke diagnosen som er avgjørende for hvilket nivå behandlingen skal foregå på (Malt et al., 2003).

Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) bør behandlingen tilpasses psykoselidelsens fase, brukerens funksjonsnivå og symptombelastning. Psykologiske og sosiale forhold, brukerens ressurser, og betydningen av utdanning og arbeid vil sammen med individuelt tilpassede tjenester kunne bidra til økt mestring, livskvalitet og deltakelse i samfunnet. En særlig utfordring retningslinjene peker på er økt selvmordsrisiko, spesielt i ung alder. I tillegg har personer med langvarige psykoselidelser en markant redusert levealder. Oppfølging av den somatiske og fysiske helsen, samt selvmordsforebygging, vies nå økt oppmerksomhet i alle faser (Helsedirektoratet, 2013).

Psykoselidelser innebærer store påkjenninger både for de som rammes, og for deres familie. Helsedirektoratets (2013) nevnte retningslinjer fokuserer på symptomer, psykososiale tiltak, fysisk helse og meningsfull aktivitet. Som nevnt, viser Helsedirektoratet (2013) til at forskning på tilfriskningsprosesser understreker at behandlingen skal være basert på tålmodighet, engasjement og langvarige tillitsfulle relasjoner. I motsatt fall ser man at stadige brudd i relasjoner ofte medføre resignasjon hos alle involverte parter. Det er den enkelte brukers motivasjon og evne til å lære nye ferdigheter som blir avgjørende for i hvilken grad brukeren selv evner å ta styring over eget liv. Helsepersonell bør tilrettelegge og bekrefte

autonomien, egenviljen og handlingsevnen hos de brukerne som viser motivasjon og initiativ til å ta kontroll over handlinger og beslutninger som påvirker deres liv (Helsedirektoratet, 2013).

For brukere som har gjennomgått psykoser er det viktig å lære å håndtere livet slik det er blitt etter psykosen, og mange opplever sosial angst, som kan være utfordrende å overvinne. For å finne tilbake til dagliglivets sosiale aktiviteter, krever behandlingsforløpet kreativ tenking, der sykepleier ser etter faktorer som kan være av betydning for tilfriskningsprosessen. Familie, mulige nettverkstilknytninger, utdannings- og jobbmuligheter eller andre kvaliteter i samfunnet kan utnyttes (Skårderud et al., 2010). Anbefalingen fra Helsedirektoratet (2013) viser også til at behandlere bør gjennomgå opplæring i kultursensitiv brukerbehandling.

2.3 Samisk kultur og språk

I Norge er samer et urfolk som helt frem til etterkrigstiden ble utsatt for en omfattende fornorskingsprosess med undertrykkelse og påtvunget assimilering fra norske myndigheter. Fornorskingsprosessens normer medførte at mange samer mistet sitt språk og levesett. Det finnes fortsatt eldre samer som selv opplevde deler av denne fornorskingspolitikken, og som ikke minst fikk sine foreldres generasjoners opplevelse gjenfortalt.

Den samiske befolkningen er hovedsakelig bosatt i Norge, Sverige, Finland og Russland. Samene har sitt eget språk, en særegen kultur og politisk historie (Helsedirektoratet, 2013, Solbakken, 1990). Det samiske språket finnes i 10 ulike varianter, der tre av disse, nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk benyttes i Norge i dag.

I samisk kultur er det sterke slektsbånd. Storfamilien, og ikke bare kjernefamilien er viktig. Samer identifiserer seg ofte gjennom slektskap på en måte som langt overskrider det vanlige i Norge. Samer bærer sin kulturarv med stolthet. Innad i flere samiske familier blir slektsbåndene og kulturarven sett på som grunnpilaren i livet. Gjennom en narrativ tradisjon viderefremmes kulturarven tidlig til den yngre generasjonen gjennom muntlige fortellinger der språk og levesett er viktige elementer. Alt bygger på tradisjonell nedarvet kunnskap gjennom generasjoner (Helsedirektoratet, 2013).

De førkristne samiske fortellingene strekker seg flere hundre år tilbake, til sjamanisme og trolldomskunst. Naturen var sett på som levende, og mennesket stod i kontakt med åndene i naturen. I underverden holdt de avdøde ånder til. Noaiden, det samiske navnet for sjaman var bindeleddet mellom ånde verden og menneskene (Hanem, 1999). Aktiv misjonering startet på 1700-tallet med misjonæren Thomas von Westen. Men først på 1800-tallet opplevde samene en kristen vekking, først og fremst gjennom presten Lars Levi Læstadius (1800-1861), som selv var av samisk slekt (Hanem, 1999). Den kristne tankegangen fikk etter hvert mye å si for hele Nordkalotten, og tankene om trolldomskunst ble forsøkt revet bort. På tross av kristendommens inntog overlevde tankegangen om de gamle kulturelle og overnaturlige forestillingene. Ganning, renselse eller helbredelse, påsatt ondskap og varsler eller tegn fra naturens side, som blant annet varslet død mellom de nærmeste, er fortsatt en levende del av samenes kultur og går i arv mellom generasjoner (Pollan, 1993, Hanem, 1999).

Fornorskingspolitikken var sentral i Norge fra midten av 1800-tallet og til midten av 1900-tallet. Tanken var at den samiske befolkningen ikke bare skulle snakke norsk, men også skulle bli norsk. Fornorskingsbegynnelsen i kirker og skoler, men inkluderte etter hvert hele samfunnet. De overgrep som den gang ble gjort, har både konge og statsminister i nyere tid beklaget overfor den samiske befolkningen (Sametinget, 2017).

2.4 Samisk psykisk helse

På midten av 1980-tallet startet det omfattende arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet innen psykisk helse for samiske brukere (Silviken & Stordahl, 2010). Intensjonen var at samer skulle kunne få psykisk helsehjelp tilpasset sin kultur, tenkemåte og levested. Ansvar for å utvikle tilbudet innen psykisk helsevern lå hos Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Lakselv (VPP) og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Karasjøk. Institusjonene var baser for utviklingen av kunnskap om flerkulturell psykiatri og ble etter organisatoriske endringer gjort om til et distriktpsikiatrisk senter (DPS). Institusjonene utviklet seg videre og ble i 2005 omgjort til et Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS).

Veien fram mot å etablere et Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse var ikke helt enkel. Politiske og faglige uenigheter dreide seg om hvorvidt den samiske befolkningen var i behov for et eget tjenestetilbud innen psykisk helse. Dette ble imidlertid motargumentert med at samer som en etnisk og språklig minoritetsgruppe kunne være mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser enn det majoritetsbefolkningen for øvrig var (Silviken & Stordahl, 2010).

I dag er SANKS et vel etablert helseforetak med omlag 30 fagstillinger i tillegg til annet støttepersonell. De fleste har samisk bakgrunn og kan tilby utredning og behandling med kulturell forståelse og på brukerens morsmål (Silviken & Stordahl, 2010). SANKS kan i tillegg gi veiledning til helsepersonell som har oppfølging av samiske brukere. Samiske brukere fra hele landet kan henvises til SANKS (Silviken & Stordahl, 2010).

Imidlertid kommer ikke alle samiske brukere med psykoselidelser i kontakt med SANKS, og de mottar som oftest oppfølging fra første og andrelinjetjenesten i sin bostedskommune. Denne studien møter sykepleiere som har gjort erfaringer i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk i Troms, og som mottar tjenester fra sin bostedskommune.

I 2001 ble senter for samiske helseforskning (SSHF) ved UiT, Norges arktiske universitet opprettet. Senteret er en enhet ved Institutt for samfunnsmedisin. Hovedoppgaven til senteret er å fremskaffe ny kunnskap tilknyttet helse og levekår blant den samiske befolkningen i Norge (Silviken & Stordahl, 2010).

Etter sameloven § 3-5 (Lovdata) har de som ønsker det, anledning til å bruke sin rett til å bli betjent på samisk innenfor det samiske forvaltningsområdet, som strekker seg fra enkelt kommuner i Finmark, Troms, Nordland og Nord Trønderlag. Det er derfor riktig å tilby samiske brukere samisk helsepersonell i utredning og behandling der det er mulig (Silviken & Stordahl, 2010).

Det samiske språket, morsmålet, er hjertespråket. Ifølge de Nasjonal faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av mennesker med psykoselidelser, er det i dag dokumentert at samiske brukere med psykoselidelser opplever dårligere behandlingsallianse med norsk helsepersonell enn tilsvarende norske brukere (Helsedirektoratet, 2013). I sårbare

situasjoner vil det kunne oppleves uvant å snakke om følelser på norsk, til tross for at norsk er et språk som de mestrer godt i dagliglivets samtaler.

I møtet mellom helsevesenet og den samiske brukeren er forståelse og anerkjennelse av brukerens kulturelle kontekst viktig. Forestillinger fra en samisk bruker kan være knyttet opp mot åndeverden og forankret i tradisjonell folketro eller oppfatning, og regnes i utgangspunktet som normalfenomener i den samisk-kulturelle konteksten. Det kan for eksempel gjelde magisk tenking, kontakt med underjordiske, døde eller hjelpere. Forestillinger om å ha mottatt budskap gjennom dyr eller drømmer er ikke uvanlig (Helsedirektoratet, 2013).

I retningslinjene fra Helsedirektoratet (2013) fremkommer det at den samiske kulturen, språket og den politiske historien vektlegges, og det poengteres at den i mange sammenhenger ikke er blitt tatt tilstrekkelig hensyn til eller anerkjent. Som en forutsetning for å kunne yte god helsehjelp vises det videre til at helsepersonellet bør ha både en kulturell og en språklig kompetanse som avspeiles i den faglige tilnærmingen. Retningslinjene (2013) viser videre til at det kan tyde på at samer har en høyere terskel for å søke helsehjelp enn det nordmenn for øvrig har. I verste fall kan dette få alvorlige konsekvenser dersom sykdommen er alvorlig og brukeren egentlig er i behov for behandling (Helsedirektoratet, 2013).

I flere samiske miljøer er det fortsatt tabu å snakke om psykiske lidelser eller vansker, og mange kan være redde for stigmatisering og utstøting. Tidlig intervensjon ved psykoselidelser vil derfor kunne være en større utfordring hos den samiske befolkningen. Helsedirektoratet (2013) poengterer at samer har en tradisjon for å mestre sykdommer og plager uten nødvendigvis å involvere helsetjenesten.

Helsedirektoratet (2013) viser til at den samiske brukergruppen i møte med det norske helsevesenet kan møte på utfordringer som handler om anerkjennelse, språk og forståelse av deres kulturelle kontekst. Således kan manglende kulturforståelse bidra til misforståelser mellom helsepersonell og brukere, der brukerens eventuelle tanker om tradisjonelle og kulturelle helbredelsesmetoder, er tanker og ideer som helsepersonell kan mistolke og oppfatte som psykotiske forestillinger

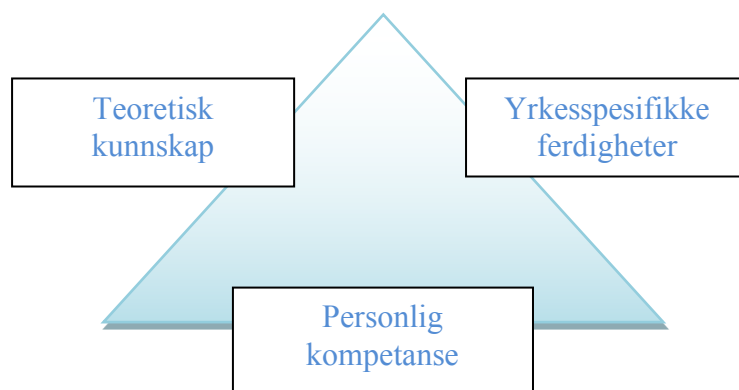
2.5 Kompetanse

Kompetansebegrepet stammer fra den latinske betegnelsen *competentia*, som betyr å være i stand til, eller svare til (Kassah et al., 2016). Kompetansebegrepet er komplekst og det finnes mange ulike definisjoner og forklaringer på hva det innebærer. Å være kompetent kan bety:

- At man i kraft av sin stilling har myndighet, eller rett, til å gjøre noe.
- At man har nødvendige kvalifikasjoner til å fylle sin stilling, kunne uttale seg om et spørsmål og ivareta bestemte oppgaver (Skau, 2005).

Skau (2005) bruker kompetansebegrepet om det å være kvalifisert eller skikket til det man gjør, og omtaler kompetansebegrepet som kontekstuel, med betydningen av at det bare gir mening i forhold til noe; at det må være sammenfall mellom personens skikkethet og oppgavens eller arbeidets karakter. I en profesjonsutdanning er det vanlig å skille mellom teori og praksis, der man knytter ulike kompetanseformer opp mot disse to områdene. Skau (2005) mener likevel at denne tradisjonelle teori- og praksisenkningen ikke synliggjør det personlige kompetanseaspektet i tilstrekkelig grad, og påpeker at det grunnleggende ved arbeid med mennesker er møtet mellom menneskene og relasjonen som skapes.

Skau (2005) viser til kompetansetrekanten som er en modell for samlet profesjonalitet, der de ulike sidene utgjør en helhet, der alle tre sidene henger sammen og påvirker hverandre.



Bildet illustrerer kompetansetrekanten til Skau (2005)

Formålet med å inkludere sidene i kompetansetrekanten er at fagfolk skal utvikle seg. Ifølge Skau (2005) vokser ikke gode fagfolk på trær, men de vokser som personer gjennom hele sitt yrkesaktive liv. Ved å innbefatte kompetansetrekanten tre sider i sitt arbeid, vil sykepleieren stadig utvikle seg som fagperson. Videre følger en presentasjon av kompetansetrekantens tre ulike sider.

Teoretisk kunnskap omhandler faktakunnskap, allmennkunnskaper og forskningsbasert viten som fagfolk tilegner seg gjennom studier. Her inkluderes også kunnskap om ulike modeller og teorier. Denne kunnskapsformen vektlegges særlig i akademiske miljøer, og folk som scorer høyt på denne kompetanseformen betegnes ifølge Skau (2005) som *flinke*. Imidlertid foreldes mye av denne kompetanseformen relativt hurtig, noe som er et paradoks med tanke på at den regnes som den mest prestisjetunge kunnskapsformen (Skau, 2005).

Viktig teoretisk kunnskap for den som jobber med samiske brukere med psykoseproblematikk vil for eksempel kunne være kunnskap om symptomer, årsaksteorier, medikamentlære, behandlingsmodeller og kulturkunnskap.

For å vite hva man skal se og spørre etter i klinisk vurdering og behandling, er faktakunnskaper viktige. Rosenvinge et al. (2004) ser videre på forståelsen av faktakunnskaper og omtaler denne kunnskapsformen som grunnlaget for profesjonell kompetanse. I dag er strømmen av nye kunnskapsbaserte fagartikler så stor at det kan være utfordrende for helsepersonell å følge med og være oppdatert til en hver tid. Ifølge Rosenvinge et al. (2004) kan nettopp bevisstheten av overflod av ny kunnskap paradoksalt nok føre til en bekymringsverdig utvikling der helsepersonell leser mindre fagstoff. Videre fremholder Rosenvinge et al. (2004) at kunnskap kan omdannes til kompetanse på følgende måter: *Metodeforståelse* som omhandler kritisk vurdering av faktakunnskapens pålitelighet, både når det gjelder årsaksforhold, utbredelse og effekt av behandling. *Kunnskapens kontekster* omhandler refleksjon omkring kulturelle, politiske og sosiale rammene for kunnskapsproduksjon, og *Kunnskapens nytteverdi* omhandler det å klargjøre hva kunnskapen kan eller skal brukes til (Rosenvinge et al., 2004).

Yrkesspesifikke ferdigheter omhandler det profesjonsspesifikke som praktiske ferdigheter, metoder og teknikker tilhørende sin yrkesgruppe. For en sykepleier som arbeider med

samiske brukere med psykoseproblematikk, vil yrkesspesifikke ferdigheter for eksempel kunne være evnen til å kartlegge tjenestebildet, evnen til å tilrettelegge for den gode samtalen eller evne til å sette en injeksjon på en god måte. Ifølge Rosenvinge et al. (2004) er kliniske ferdigheter praktiske ferdigheter i konkrete behandlingssituasjoner. Selv om de kliniske ferdighetene i første rekke er relasjonelle, dreier det seg også om å beherske ulike spørreskjemaer eller andre hjelpemidler i den kliniske vurderingen, på en slik måte at det fremmer behandlingsrelasjonen. I motsatt fall kan bruk av slike hjelpemidler fremstå som regelstyrte og som rigide handlinger som er dårlig integrert i den profesjonelle væremåten (Rosenvinge et al., 2004). Mennesker med høy ferdighetskompetanse betegnes gjerne som dyktige praktikere, og blant håndverkere tillegges denne kunnskapsformen mest verdi (Skau, 2005). Det er således mulig å være en dyktig håndverker uten at man teoretisk kan redegjøre særlig for hva man gjør. Det er likevel viktig å huske at man ikke kan la denne kompetanseformen stå alene.

Personlig kompetanse handler om hvem vi er som person, vår personlige væremåte, vår intuisjon, vårt sosiale mot, vår skaperkraft og vår ansvarfølelse, både for oss selv og i samspill med andre, og er derfor en vesentlig del av profesjonaliteten (Skau, 2005). Den personlige kompetansen inkluderer også hvem vi lar andre få være i møtet med oss. Den personlige delen i vår profesjonsutøvelse avgjør hvordan vi handler og tenker i ulike situasjoner. Personlig kompetanse er vanskelig å beskrive konkret. Den er vanskelig å bedømme og dokumentere, og det er den vi er kommet kortest med å utdanne. Samtidig er det den kompetanseformen det tar lengst tid å utvikle (Skau, 2005).

”I alle yrker der samspill mellom mennesker er viktig, er personlig kompetanse en betydningsfull integrert og nødvendig del av den samlede profesjonelle kompetansen. Det er en form for kompetanse som forutsetter menneskelig modning og erfaring, og som vi kan utvikle gjennom hele livet” (Skau, 2005:55).

Alle yrkesutøvere benytter sin personlige kompetanse i yrkesutøvelsen. Likevel er ikke personlig kompetanse yrkesspesifikk. Imidlertid innehar den en kombinasjon av menneskelige egenskaper, kvaliteter og ferdigheter som kan tilpasses ulike situasjoner i profesjonell sammenheng (Skau, 2005).

Gjennom refleksjoner av hendelser tilegner vi oss personlig og erfaringsbasert kunnskap. Personlig kompetanse er gradvis utviklet gjennom våre personlige erfaringer, våre fortolkninger og vår bearbeiding av disse. Således kan man si at personlig kompetanse er unik, og individuell, men kan også deles med andre. I psykisk helsearbeid er relasjoner mellom helsepersonell og bruker viktig. Personlig kompetanse har stor betydning for hvordan samspillet mellom menneskene er, og denne kompetanseformen vil kunne være avgjørende for hvor langt man kan nå med sine teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter (Skau, 2005). Som nevnt tidligere viser også Helsedirektoratet (2013) i retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser at tilfriskningen synes å avhenge av kontinuiteten ved en langvarig, engasjert og tillitsfull relasjon mellom helsepersonell og bruker.

For å være en god sykepleier viser Skau (2005) til at det ikke holder kun å besitte og benytte teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter. Det er måten man utøver yrket sitt på, hvordan man lar seg berøre, og på hvilken måte man tar i bruk personligheten på, som er viktig. Ifølge Rosenvinge et al. (2004) er det å ha en grunnleggende positiv holdning til andre mennesker en forutsetning for fagetisk forsvarlighet. En sykepleier som mangler evne til å sette seg inn i brukerens situasjon, eller oppfatter brukeren som brysom, manipulerende eller vanskelig, kan ikke kalles kompetent (Rosenvinge et al., 2004). Således kan man si at teoretisk kunnskap og tekniske ferdigheter hjelper lite, hvis man ikke evner å skille mellom egne og brukerens behov og videre evner å sørge for en kompetent regulering av nærhet og distanse (Rosenvinge et al., 2004).

2.6 Forståelse og tilnærming

En sykepleier vil ofte, i likhet med andre mennesker, og gjerne i forkant av et mellommenneskelig møte, danne seg et bilde av hva man tror som venter en i møtet med en ny bruker. Dette bildet vil være preget av tidligere møter og lignende situasjoner, hva andre har fortalt, og videre hva man vet om diagnosen og om kulturen. Sykepleieren bestreber både å finne en best mulig helhetlig forståelse av brukeren, samtidig som sykepleieren søker en felles forståelse med brukeren.

En bevissthet på egne fordommer og forforståelse er sentralt i Gadamer's filosofi (1999). Det står som en forutsetning for all forståelse, både i tolkningen av en tekst og i et møte med ulike fenomener. Den hermeneutiske regel innebærer at man søker å utvide sin forforståelse ved å forstå helheten ut i fra delene, og delene ut fra helheten, hvor man kontinuerlig beveger frem og tilbake fra helhet til deler i en sirkel (Gadamer & Jordheim, 2003). For å forstå en tekst, må man se på hva teksten formidler og være mottakelig for tekstens annerledeshet, i tillegg til egne formeninger og fordommer. Bare på en slik måte vil tekstens sannhet kunne stilles opp mot formeningen til fortolkeren (Gadamer & Jordheim, 2003). Forforståelse omhandler forståelsen i forkant av ny forståelse, og Gadamer (1999) benytter begrepet *horisont* om alt det synskretsen innbefatter, og viser også til at man ikke kan forstå situasjonen fullstendig så lenge man fortsatt selv befinner seg i den.

Ifølge Gadamer (1999) er fordommene alltid tilstede. Likevel må de ikke nødvendigvis sees på som noe negativt. Fordommene er deler av vår forforståelse, og er en nødvendig brikke for å kunne forstå nye situasjoner. Personlig bakgrunn og forforståelse kan sees på som en ressurs, fordi man er i stand til å forstå hva det snakkes om, samtidig som man må være åpen for det uventede og det som ikke er planlagt. Fordommer kan oppleves umerkelig, og derfor er det viktig å være oppmerksom på at man har dem og fokusere fremover, samtidig som man bruker fordommene aktivt for å oppnå ny innsikt. Først når fordommene blir provosert, kommer de frem. Man må derfor være oppmerksom på hva som sies, og at det kan være annerledes enn ens egen mening (Gadamer, 1999).

Gadamer (1999) formidler betydningen av å ha en bevissthet på vår virkningshistorie, der man alltid er påvirket av historien, ut fra at forforståelsen virker inn på fordommene. Å være historisk er ifølge Gadamer at man aldri har en fullstendig viten om seg selv. Gadamer (1999) viser til at en virkningshistorisk problemstilling bør inkluderes når vi søker innsikt og klarhet i noe. Ved å benytte en slik problemstilling vil man ikke umiddelbart finne mening og full forståelse i søken etter innsikt, da den er underlagt virkningen av historien. Dersom man tror at den umiddelbare forståelsen av fenomenet er den fulle sannhet, har man allerede ifølge Gadamer (1999), blitt et offer for virkningshistorien.

Begrepstrilogien om de tre blikkene; det kyndige blikk, det ukyndige blikk og det døde blikk viser til ulike måter å forstå verden på (Meløe, 1994).

Det kyndige blikk: Blikket til en som er på innsiden av en kultur. Dette blikket kjenner alt som er tilstede, det er fortrolig med og har erfaring fra konteksten og forstår hva som foregår.

Det ukyndige blikk: Blikket til en som står utenfor, og som ikke ser alt i møte med en kultur. Dette blikket er utenforstående, men kjennetegnes med en undring og en åpenhet til det ukjente.

Det døde blikk: Blikket til en som ikke forstår kulturen. Blikket tilhører en som mener å forstå alt og derfor ikke er åpen om at det kan være noe man ikke ser. Dette blikket ser ikke sin manglende forståelse (Meløe, 1994).

Med bakgrunn i egne erfaringer gjør de tre blikkene det mulig å dele verden inn i hva man kan se, og hva man ikke kan se. Først når man besitter erfaringer fra en virksomhet, er man i stand til å se denne virksomhetens verden på en måte man ikke ville evnet dersom man ikke hadde hatt erfaringer fra virksomheten (Meløe, 1994). For eksempel vil trolig en sykepleier observere en psykotisk bruker med andre øyne enn en tilfeldig forbigående. Hvilket blikk man ser med er interessant, og tanken om at man ikke kan forstå den andre før man har opparbeidet seg erfaring og kunnskaper, har visse likhetstrekk med Gadammers tanker om at forforståelse og fordommer er en forutsetning for forståelsen.

I den etiske fordring løfter Løgstrup (2012) frem sitt syn på selvstendigheten til det enkelte mennesket. Løgstrup (2012) viser til at tanken om individuell selvstendighet ikke er helt feil, men poengterer at dersom vår forestilling er at dette er det hele, vil den bli gal. Ifølge Løgstrup (2012) ville hvert enkelt menneske med en slik tanke bli i en verden for seg selv, der alle andre står utenfor. Løgstrup (2012) hevder at selvstendigheten og autonomi bygger på at vi er hverandres liv og hverandres skjebne.

Løgstrup (2012) fremholder videre at mennesker i utgangspunktet møter hverandre med en grunnleggende tillit, der man aldri har med et annet menneske å gjøre uten at man legger noe

av sitt liv i den andres hånd. Denne omsorgsetiske tanken beskriver således at tillit også innbefatter en sårbarhet som kan komme til syne i møte med andre og kommunikasjon med dem, hvor man blottstiller seg og utleverer seg betingelsesløst til den andre ved å driste seg frem i håp om å bli imøtekommet (Austgard, 2002).

På veien mot økt forståelse kan Løgstrups filosofi benyttes som et verktøy i alle menneskelige møter, også i sykepleier- brukerrelasjon. Våre holdninger til hverandre bidrar til å gi hverandres verden vidde, farge og form. Ved å ha en sånn grunntanke er man med sin holdning til andre mennesker således med på å forme deres opplevelse av sin verden, både som vid eller snever, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig – og ikke minst er man med på å gjøre den truende eller trygg (Austgard, 2002).

3 Metode.

I dette kapitlet redegjøres for studiens forskningsdesign, samt en beskrivelse av forskningsmetoden som er benyttet for å besvare studiens spørsmål. Så følger en presentasjon av forskerens rolle, der det sees nærmere på det å forske i eget felt. Videre redegjøres det for utvalg og rekruttering av informanter, utførelse og gjennomføring av intervju med transkribering og analysing. Avslutningsvis redegjøres for studiens troverdighet og overførbarhet, samt etiske betraktninger.

3.1 Valg av forskningsmetode og design

Forskningsspørsmålet legger føringer for studiens design (Thagaard, 2009). Utformingen av forskningsspørsmålet har vært en kontinuerlig prosess underveis i skrivingen av denne oppgaven. Dette er i tråd med Thagaard (2009), som viser til at det å konkretisere hva som skal settes ord på, samtidig som man må vise fleksibilitet ovenfor de retninger forskningen kan ta, kan være den mest utfordrende siden ved en forskningsprosess.

Med utgangspunkt i denne studiens forskningsspørsmål er kvalitativ tilnærming valgt som metode. Ifølge Malterud (2011) kjennetegnes en kvalitativ metode av forskerens nærhet til forskningsfeltet. Metoden egner seg godt når man søker en dypere forståelse av et fenomen, som i denne studien, der ønsket er å gå i dybden for å se hva sykepleierne erfarer som betydningsfull kompetanse i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. En kvalitativ metode bygger i hovedsak på teorier om menneskets erfaringer og fortolkninger (Malterud, 2011).

En kvalitativ metode søker å forstå virkelighet, og metoden baseres på hvordan den som studerer virkeligheten forstår den. I studier som denne, med nær kontakt mellom forsker og deltager, vil en kvalitativ tilnærming egne seg til å forstå fenomenene og ut fra deltagerens egne perspektiver. Denne tilnærmingformen vil således kunne gi et godt grunnlag for et rikt datamateriale og videre mulighet for å kunne beskrive verden slik deltagerne opplever den, og

for videre fordypning i fenomenet, med den forståelse at den virkelige virkelighet er den mennesker oppfatter (Kvale et al., 2009, Thagaard, 2009).

Denne studien lar seg inspirere av en hermeneutisk forskningstradisjon. En hermeneutisk tilnærming vektlegger fortolkningen i søken etter å finne en dypere mening, og bygger på prinsippet om at mening kun kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer, er en del av, og at vi underveis forstår delene i lys av helheten (Gadamer & Jordheim, 2003, Thagaard, 2009). Denne forståelsesprosessen om at delene forstås ut i fra helheten, samtidig som helheten påvirker forståelsen av delene, kalles en hermeneutisk sirkel (Gadamer Jordheim, 2003). I en hermeneutisk tilnærming vektlegges det at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes ulikt og på flere nivåer, og at det finnes mer enn en sannhet (Thagaard, 2009). Formålet med hermeneutikkens måte å tenke på, er å utvide forståelsen eller gjenopprette manglende eller redusert forståelse (Kvale et al., 2009). Det vil derfor i denne prosessen være viktig å være ha en bevissthet om å møte deltagerne med åpne og fordomsfrie øyne. Likeså vil det være viktig å være bevisst egen forforståelse.

Denne studien som ser på hvilken kompetanse sykepleiere erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk, er basert på halvstrukturerte forskningsintervjuer av fire sykepleiere som alle har erfaring fra kommunal rus- og psykiatritjeneste. Halvstrukturert forsknings intervju beskrives av Thagaard (2009) som en metodisk tilnærming som har som mål å innhente beskrivelser av deltagerens erfaringer. Gjennom en hermeneutisk inspirert tilnærmingsform er intensjonen å kunne skape en fri samtale, der målet er å søke deltagerens meninger, holdninger og erfaringer, og videre finne ut hvordan de opplever og reflekterer over forskningsspørsmålet (Kvale et al. 2009, Thagaard, 2009).

3.2 Forskerens rolle

Med min flerkulturelle bakgrunn som utgangspunkt, er min erfaring at det samiske folket har en sterk tro til naturmedisin. De oppleves viljesterke, og er oftest selvberget. Psykiske lidelser er sjeldent et tema det samtales høyt om, men ved behov benyttes ofte *læsing* som et

alternativ til helbredelse eller tilfriskning. Det er heller ikke uvanlig at psykisk lidelse sees i sammenheng med ganning påført fra noen som ikke ønsker vedkommende noe godt.

Videre er min erfaring at det norske helsevesenets forståelse av samers kulturelle kontekst er noe mangelfull, og at dette kan skape uheldige misforståelser i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. Denne erfaringen har medført undring og refleksjoner over at det samiske perspektivet, som har så nær tilknytning til denne studiens geografiske nedslagsfelt, ikke synes å vektlegges i tilstrekkelig grad. Dette har bidratt til at jeg nå søker mer kunnskap om dette temaet, som kan være så betydningsfullt for samiske brukeres psykiske helse og livskvalitet, både på godt og ondt. Malterud (2011) viser til at forforståelsen vår ofte en motivasjon for å sette i gang forskning om et bestemt tema. Det er ikke til å unngå at min forforståelse har påvirket forskningsprosessen (Malterud, 2011). Således har jeg vært en del av forskningsfeltet jeg har innhentet datamateriale fra. Som en uskreven regel har jeg valgt å lete etter hva jeg må legge til side for ikke å ekskludere eller inkludere noe i deltageres historier. Samtidig opplevde jeg at med å ha en slik tanke, var det lettere å gjengi deltageres historier på en lojal måte.

Utgangspunktet for denne studien er altså forskning utført i eget arbeidsfelt og med kunnskap om samisk kultur og levesett. Ifølge Thagaard (2009) får forskeren et særlig godt utgangspunkt og grunnlag for forståelse av de fenomener som studeres ved å være innenfor miljøet. Gjennom å ha erfaring og kjennskap fra det miljøet som forskes, på vil det være mulig og lettere å gjenkjenne fenomener når forskerens og deltageren deler samme erfaringer. Dette gir videre ifølge Thagaard (2009) et godt utgangspunkt for søken etter utvidet forståelse. Likevel er det viktig å være oppmerksom på at kjennskap og tilknytning til et miljø også kan føre til at fenomener overses og spørsmål ikke stilles, fordi de synes selvsagte. Thagaard (2009) viser til at forskeren dermed blir mindre åpen for ulike nyanser i situasjoner.

For å møte denne studiens fenomener fordrer det åpne og fordomsfrie øye, og en bevissthet rundt egen forforståelse (Kvale et al., 2009). Egen kultur, tradisjon og historie vil alltid farge og sette begrensninger ved egen forståelse. Forforståelse må likevel nødvendigvis ikke sees som noe negativt, for den medbringer både fordeler og ulemper ved tolkningsarbeidet. For å kunne møte studiens resultater med åpne og fordomsfrie øyne har jeg bevisst utfordret egen

forforståelse og forsøkt å legge den til side, slik at jeg kan være åpen for ny innsikt og for hva deltagerne formidler, samtidig som jeg er jeg klar over at min forforståelse påvirker forskningsprosessen uansett, i ulike grader i de forskjellige delene.

I følge Malterud (2011) avviser moderne vitenskapsteori forestillingen om den nøytrale forskeren som ikke øver innflytelse på kunnskapsutviklingen og hevder at spørsmålet ikke er om forskeren påvirker prosessen, men på hvilken måte forskeren påvirker den.

3.3 Utvalg og rekruttering av deltagere

Strategisk utvalg er, ifølge Thagaard (2009), ofte benyttet ved rekruttering av deltagere i kvalitative studier. Et strategisk utvalg vil si at deltagerne som ble valgt er antatt å besitte kvalifikasjoner eller egenskaper som er relevante i forhold til problemstillingen og undersøkelsens perspektiv.

Utgangspunktet for utvalg av deltagere til denne studien, bygger på ønsket om å kunne besvare forskningsspørsmålet på best mulig måte. Rekrutteringen av deltagere ble derfor utført gjennom et strategisk utvalg.

Deltagerne i denne studien representerte sitt praksisfelt i sin tilhørende kommunale rus- og psykiatritjeneste. Det var ønskelig med noe geografisk spredning på deltagerne, samtidig som det var vesentlig at deltagerne kom fra områder utenfor det som karakteriseres som samenes kjerneområde. Rekrutteringen av deltagere til denne studien er derfor, etter et strategisk utvalg, sykepleiere med erfaring fra arbeid i kommunal rus- og psykiatritjeneste fra kommuner i Troms.

Denne studien er basert på intervjuer av fire norske sykepleiere i alderen 30-50 år. Deltagerne har arbeidet eller arbeider i kommunal rus- og psykiatritjeneste. Det var ikke lagt føringer for alder og kjønn ved rekruttering av deltagere.

For å være deltager i denne studien ble følgende inklusjonskriterier lagt til grunn:

- deltagerne skal ha bachelor i sykepleie, eller tilsvarende.

-deltagerne skal ha minimum tre års erfaring fra arbeid i kommunal rus- og psykiatritjeneste, som inkluderer arbeid med samiske brukere med psykoseproblematikk.

Inklusjonskriteriene bidro til at deltagere som ble rekruttert til denne studien hadde et godt utgangspunkt og gode forutsetninger for å kunne besvare studiens forskningsspørsmål. Inklusjonskriteriene sikret også at deltagerne hadde bred teoretisk bakgrunn, feltkunnskaper og praksiserfaringer til å kunne besvare spørsmålene på en reflektert måte og bidra til å farge studiets resultater.

Ut fra studiens omfang, metodiske tilnærming og drøftinger med veileder, ble det besluttet at det var ønskelig med fire informanter. Utvalget kunne ha vært større, men med bakgrunn i at flere deltagere ikke nødvendigvis ville gi økt forståelse for fenomenet som skulle studeres, ble utvalget bestående av fire deltagere. Ifølge Thagaard (2009) vil et for stort antall deltagere kunne medføre at materialet blir uoversiktlig og at analysen kan bli overflatisk. Også Malterud (2011) viser til at det ikke er slik at overførbarheten øker i samsvar med økt antall av deltagere.

For å rekruttere deltagere til denne studien, ble en forespørsel om deltagere først gjort på telefon til ledere innen helse og omsorg i flere kommuner, med påfølgende presentasjon av prosjektet. Totalt ble tre ulike kommuner i Troms kontaktet. Alle kommunene stilte seg positivt til prosjektet. To av kommunene er representert med deltagere, mens den siste kommune ikke hadde deltagere som fylte inklusjonskriteriene. I tillegg ble en fjerde kommune kartlagt, men i forkant av en forespørsel ble det oppdaget at de ikke hadde sykepleiere, som var et av inklusjonskriteriene for denne studie, i den aktuelle rus- og psykiatritjenesten.

Etter avtale ble et informasjonsskriv (vedlegg 1) om studien, og et samtykkeskjema (vedlegg 2) sendt på e-post til de lederne som mente å ha deltagere som kunne være interesserte i dette prosjektet. Lederne på de forskjellige arbeidsplassene videreformidlet forespørselen til aktuelle sykepleiere, og bidro videre med å navngi fire deltagere som hadde samtykket til deltagelse.

Nedenfor kommer en kort og anonymisert presentasjon av informantene. Navnene er fiktive.

Kari er en kvinne i 40 årene. Hun har over 7 års praksiserfaring.

Anne er en kvinne i 40 årene. Hun har relevant videreutdanning for fagfeltet. Hun har over 10 års erfaring fra fagfeltet.

Marit er en kvinne i 30 årene. Hun har relevant videreutdanning på masternivå, og hun har over 12 års erfaring fra fagfeltet.

Ole er en mann i 50 årene. Han har relevante videreutdanninger på fagfeltet, og over 20 års praksiserfaring.

3.4 Intervjuguide

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg spørsmålene til intervjuguiden (vedlegg 4).

Intervjuguiden er rammeverket for intervjuet (Dallan, 2004). Den kan enten være stramt strukturert eller bare inneholde temaer som skal tas opp.

Halvstrukturert intervjuform ble valgt ut i fra et ønske om å lede intervjusamtalen i retning av denne studiens problemstilling. Spørsmålene omhandlet temaer som jeg ønsket å få belyst. En halvstrukturert intervjuform gir også rom for en fri samtale der rekkefølgen på spørsmålene ikke må følges (Dallan, 2004). Å utforme spørsmålene var tidkrevende, men samtidig en faglig og mental forberedelse til å møte intervjudeltagerne.

Det var viktig at deltagerne skulle få opplevelsen av å kunne snakke fritt og av å være en ressurs. Videre var det viktig at deltagerne ikke fikk følelsen av å måtte bevise sin kompetanse under intervjuet. I intervjuguiden ønsket jeg derfor at spørsmålene skulle være lett forståelige, uten akademisk språk, noe som ifølge Kvale et al. (2009) er faktorer som er med på å beskrive gode intervju spørsmål. Videre var det ønskelig at spørsmålene skulle formuleres slik at de ga rom for refleksjoner underveis.

Intervjuguidens formål er som tidligere nevnt et bidrag til å strukturere intervjuforløpet. Denne studiens intervjuguide bestod av seks spørsmål, samt flere mulige tilleggsspørsmål. Innledningsvis startet jeg med noen generelle oppvarmings spørsmål som omhandlet alder, yrkesbakgrunn og antall års erfaring.

I forkant av intervjuene utførte jeg et pilotintervju på en kollega. Dette gav meg nyttig informasjon om tidsperspektiv, samt praktiske forhold, eksempelvis rundt båndopptaker og dens avstand til deltager. Pilotintervjuet gav også nyttig informasjon om selve spørsmålsformuleringene. Etter pilotintervjuet samsnakket jeg med min kollega, for å forhøre meg om hvordan spørsmålene virket, samt om spørsmålsformuleringen fungerte etter hensikten. Dette bidro til noen små justeringer for å forbedre intervjuguiden. Pilotintervjuet gav således nyttig erfaring som jeg tok med meg til intervjuene.

3.5 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i løpet av en uke i begynnelsen av desember 2017. Jeg gjorde avtaler om dag og tidspunkt for intervjuene på forhånd og i god tid før møtetidspunktet.

Hvert intervju ble gjennomført på hver sin dag i løpet av en uke. Deltagerne hadde i forkant av intervjuet fått et informasjonsskriv (vedlegg nr.1), som forberedelse til intervjuet. Ved å ha et intervju per dag fikk hvert intervju sitt eget fokus der det var tid for både forberedelser og refleksjoner.

Intervjuuken opplevdes som et kontinuerlig arbeid knyttet opp mot intervjuene, der alle tanker og refleksjoner etter hvert intervju ble nedskrevet, før prosessen med å forberede seg til neste intervju startet. På denne måten bidro hvert intervju med erfaringer inn i neste intervjusituasjon.

Alle deltagerne fikk selv velge hvor og når intervjuet skulle gjennomføres, noe Tjora (2013) påpeker viktigheten av. På denne måten kan deltagerne oppleve en mer avslappet og trygg atmosfære.

Tre av intervjuene ble utført på egne møterom i tilknytning til deltagerens arbeidsplass. Dette var tidsbesparende for deltagerne. Møterommene var skjermet for støy. Et intervju ble etter avtale avvirket på et eget møterom på UiT, Norges arktiske universitet.

I forkant av intervjuene ble formålet for studien gjennomgått. Videre fortalte jeg kort om min rolle som forsker, før jeg formidlet hvordan selve intervjuet skulle gjennomføres med

lydbåndopptaker og senere bli transkribert. Jeg minnet også deltagerne på at deres anonymitet ville bli ivaretatt. Før lydopptakeren ble slått på, fikk deltagerne anledning til å stille spørsmål. De ble også orientert om at det var mulig å stille spørsmål underveis.

Det ble tilstrebet å skape trygge rammer og en hyggelig atmosfære som kunne bidra på en positiv måte til at deltagerne følte at det var greit å snakke åpent om egne erfaringer. Målet med intervjuene var å gjenspeile deltagernes erfaringer, samt gi et rikt materiale i henhold til tematikken. Ifølge Kvale et al. (2009) er det å beherske aktiv lytting like viktig som det å beherske ulike spørreteknikker. Med dette i tankene forsøkte jeg underveis i intervjuene å ha en balanse mellom spørsmålsstillingen og aktiv lytting. Min oppmerksomhet var hele tiden rettet mot deltageren og hva som faktisk ble sagt.

Intervjuene varte om lag 40 til 50 minutter og ble tatt opp på lydopptaker. Alle deltagerne hadde rike beskrivelser og refleksjoner og delte velvillig flere erfaringer. Intervjuguiden opplevdes som et godt verktøy som gav trygghet og var med på å holde intervjuet innenfor temaets ramme. Intervjuguiden gav også ro til å følge deltagernes fortellinger.

Avslutningsvis oppsummerte jeg intervjuet og gav deltagerne anledning til eventuelle tilføyelser.

3.6 Transkribering

Alle intervjuene ble både tatt opp på lydbånd og på intervjufunksjonen på mobiltelefonen. Lydkvaliteten på mobiltelefonen opplevdes å være tydeligere samt at den forenklet transkriberingsprosessen med at enkel *touch*- metode kunne benyttes under spoling frem og tilbake. Transkriberingen av materialet begynte samme dag som siste intervju, og transkriberingen av alle intervjuene ble utført de påfølgende dagene. Malterud (2011) viser til at de virkelige rådataene er situasjonen slik den faktisk fant sted. For å huske stemning og andre visuelle inntrykt, ble det derfor viktig å utføre transkriberingen kort tid etter selve intervjuet.

Det var viktig at transkriberingen ble utført så detaljert som var mulig. I følge Tjora (2013) vil det være mer hensiktsmessig å transkribere mer detaljert enn man kanskje først tenker er nødvendig. På denne måten unngår man å miste deler som kan vise seg å ha betydning i analysen. For eksempel vil en detaljert transkribering lettere kunne synliggjøre deltagerens trykthet i situasjonen, og om deltageren leter etter ord eller er usikker på svaret.

Jeg ønsket å transkribere intervjuene selv, for på den måten å kunne minske tapet av visuelle inntrykk og informasjon om stemningen under intervjuet. I følge Malterud (2011) skjer det alltid en forandring av hendelsen når muntlig tale omsettes til skriftlig tekst. Det var derfor ønskelig at transkriberingen skulle fange opp samtalen på en måte som representerte deltagerens mening på en best mulig måte (Malterud, 2011).

Alle intervjuene ble nøye lyttet til før de ble transkribert ordrett inn i hvert sitt Word-dokument. Intervjuene ble transkribert på dialekt, før de senere ble omskrevet til bokmål fordi det opplevdes å gi materialet en bedre struktur før jeg skulle i gang med analyseprosessen. At transkriberingen ble gjort på bokmål opplevdes også som en bedre måte å bevare deltagerens anonymitet på. I transkriberingen ble pauser i teksten markert med flere punktum etter hverandre. Jo lenger pause jo flere punktum. Ord som ble ekstra vektlagt av deltagerne, ble markert med kursiv- skrift, og ord som ble uttalt med forhøyet volum, ble markert med store bokstaver. Latter i intervjuene ble markert med et enkelt ”hehe”. Mine mange ”mhm”, ”ja” og ”mm” ble ikke tatt med i transkriberingen da disse ordene ikke opplevdes å gi teksten en bedre sammenheng og heller ikke hadde noen betydning for helheten. Strukturen på intervjuene opplevdes også bedre og man fikk et bedre helhetsinntrykk på denne måten.

Lydbåndopptakene hadde stort sett god kvalitet, men inneholdt enkelte uklarheter og forstyrrelser. Disse var ikke av betydning for å høre hva som ble sagt eller for helhetsinntrykket. Transkripsjonsprosessen var en tidkrevende, men en uproblematisk prosess. Intervjuene ble lyttet til gjentatte ganger, og opplevdes nærmest som et første ledd i analysen. Resultatet av transkriberingen gav meg en god oversikt over materialet. Det totale materialet av fire intervju på om lag 40 til 50 minutter hver, ble 24 sider med transkribert materiale, med enkel linjeavstand og skriftstørrelse 12.

3.7 Analyse

Som hjelpeverktøy for å analysere dennes studiens kvalitative materiale, har jeg valgt å la meg inspirere av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Formålet med analysen er å forsøke å bygge bro mellom studiens råmateriale og resultater. Malterud (2011) viser til at dette er en trinnvis prosess som innbefatter organisering, fortolkning og sammenfatning. Analysen gjennomføres i fire trinn:

- 1) Få et helhetsinntrykk.
- 2) Identifisere meningsbærende enheter.
- 3) Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene.
- 4) Sammenfatte betydningen av dette.

Analyseprosessen var en møysommelig prosess, der jeg flere ganger opplevde å måtte stoppe opp, tenke og se meg tilbake. Underveis ble det utført flere omrokkinger, med både inkluderinger og ekskluderinger av temaer, utsagn og koder. Underveis opplevde jeg likevel å finne en taus logikk som var med å åpne min forståelse av materialet. Dette er også i tråd med hvordan Malterud (2001) beskriver prosessene i systematisk tekstkondensering.

Det første trinnet i systematisk tekstkondensering handler om å få en helhetlig oversikt over materialet og finne materialets temaer. Lydbåndopptakene ble lyttet til, og det transkriberte materialet ble lest gjentatte ganger. Jeg arbeidet bevisst med å være åpen for de inntrykk som materialet gav, og forsøkte å ikke la meg farge av egen forforståelse og teori, samtidig som jeg visste at egen forforståelse ikke er mulig å legge helt bort (Malterud, 2011). Gjennom å se på intervjuene fra et *fugleperspekt*, ble det tydeligere hva som var materialets temaer. I analysens første del endte jeg opp med følgende åtte temaer: Samisk kulturforståelse, samisk språk, tålmodighet, engasjement, lydhørhet, tillit, relasjon og ydmykhet.

Det neste trinnet i analyseprosessen bestod av å finne meningsbærende enheter. Jeg organiserte materialet ved systematisk gjennomlesning, der alle meningsbærende enheter ble markert etter fargekoder. De ble videre satt inn i en tabell i et eget dokument i word, ut fra sammenheng med de foreløpige temaene fra det første trinnet. Samtidig pågikk en gradvis omforming og systematisering av meningsbærende enheter. De foreløpige temaene utviklet

jeg til å bli koder som ble satt inn i tabellen i word- dokumentet. Kodene i studien var samisk kulturforståelse, samisk språk og å skape relasjoner. Kodene fikk videre hver sin farger, og alle meningsbærende enheter fra første trinn ble flyttet, slik at de nå kom under sine nye koder.

Temaene i analysens første trinn og kodene i neste trinn avvek fra intervjuguidens tema, noe som ifølge Malterud (2011) er en fordel. Videre ble all annen tekst enn de meningsbærende enhetene lagt tilside. Kodene var fortsatt bare et organiseringsprinsipp, og ikke resultatet av selve analysen jamfør Malterud (2011).

I analysens tredje trinn blir kunnskapen abstrahert (Malterud, 2011). Med utgangspunkt fra de tre kodegruppene fra forrige trinn, ble nå materialet sortert videre etter nyanseforskjeller som beskrev forskjellige meningsaspekter av de ulike kodegruppene til nye subgrupper.

Subgruppene ble å inneha kultursensitivitet, å skille virkelighetsbrist og overtro, betydningen av samisk språk, å komme i posisjon til å danne en relasjon, og betydningen av den personlige egnetheten. Subgruppene ble satt inn i tabellen i word- dokumentet, og de meningsbærende enhetene ble nå flyttet til riktig subgruppe.

Nå startet abstraheringsprosessen som handler om å lage kondensater; kunstige sitater (Malterud, 2011). I hvert kondensat ble alt innhold fra de meningsbærende enhetene under subgruppen benyttet.

Underveis i prosessen kom det frem at kategorien samisk språk ikke hadde tilstrekkelig med meningsbærende enheter, og kunne derfor ikke deles videre i subgrupper. Samisk språk ble derfor gjort om til en subgruppe under samisk kulturforståelse. På dette trinnet valgte jeg ut et gullsitat som illustrerte budskapet i de kunstige kondensatene i hver subgruppe. Kondensatene ble skrevet i jeg- form og det ble tilstrebet at alle deltagerne sine stemmer skulle være representert i hvert av kondensatene (Malterud, 2011).

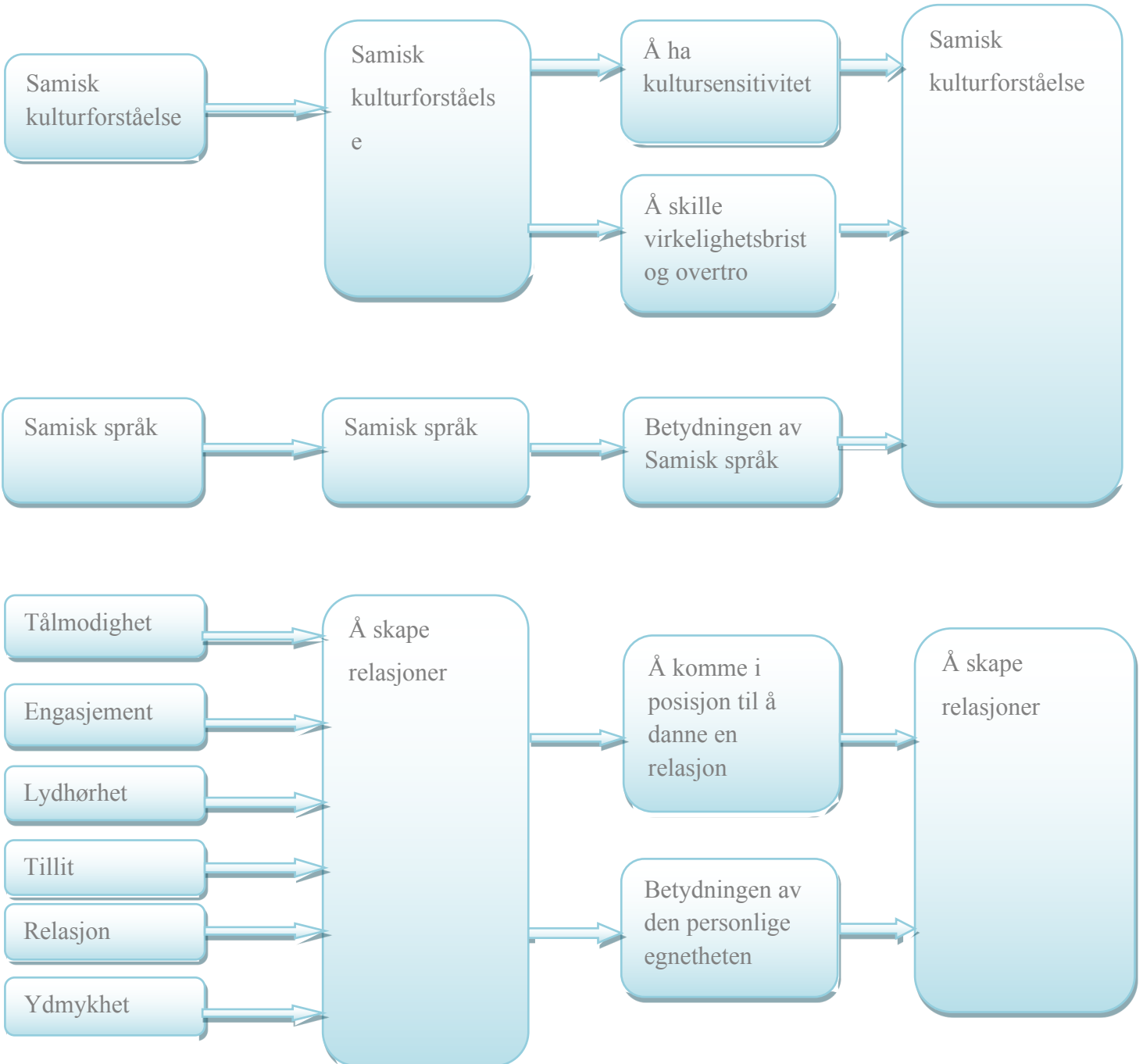
I analysens fjerde og siste trinn besto den systematiske tekstkondenseringen i å rekontekstualisere, altså sette bitene sammen igjen, i form av gjenfortellinger. Inspirert av Malterud (2011) gav jeg hver tekst en overskrift som sammenfattet innholdet i materialet. For å minne meg på mitt ansvar for mine tolkninger, forsøkte jeg å skape en analytisk distanse til

materialet. Tekstene ble således skrevet i tredjepersons form, og gjenfortellingene representerte resultatene av analysen.

Inspirasjon til å finne overskrifter til både subgruppene og kategoriene fant jeg hovedsakelig i deltagerne egne sitater. Deltagerne egne sitater opplevdes å sammenfattet innholdet. Dette er også i tråd med Malterud (2011) som poengterer at man i prosjekter som ønsker å utvikle nye beskrivelser, kan bruke navn eller begreper som allerede foreligger i teori eller i forståelsen.

I tråd med Malteruds (2011) systematiske tekstkondensering ble til slutt resultatene validert ut fra den sammenheng de var hentet fra, altså de originale tekstene. Å sikre validiteten, regnes i følge Malterud (2011), som det viktigste tiltaket en forsker kan gjøre. For å sikre validiteten i dette arbeidet gjorde jeg avslutningsvis en systematisk gjennomgang av alle intervjuene. Jeg var spesielt oppmerksom på om noe tekst motsa mine resultater.

Tabellen på neste side gir en oversikt over stegene i analyseprosessen, fra tema ved gjennomlesing til endelige kategorier med subgrupper.



3.8 Troverdighet og bekreftbarhet

Studiens troverdighet (validitet) omhandler hvorvidt metoden som er benyttet egner seg til å undersøke det den faktisk sier at den skal undersøke, og om forskningen svarer på spørsmålet man har stilt (Kvale et al., 2009, Tjora, 2013). Malterud (2011) viser til at troverdighet er studiens gyldighet. Studiens gyldighet finner man ved å se på hvilken relevans det innsamlede materialet faktisk har for studiens problemstilling.

Studiens bekreftbarhet (reliabilitet) omhandler tolkning av materialet og ser på om den svarer til studiens spørsmål (Kvale et al., 2009, Thagaard, 2009, Malterud, 2011).

Ved intervjuene i denne studien har det vært gjort flere tiltak som er med på å sikre metodens troverdighet og bekreftbarhet.

For å være best mulig forberedt til intervjuene, gjennomførte jeg et pilotintervju på en kollega. Dette gav meg erfaring og konstruktive tilbakemeldinger. Deltagerne fikk tidlig sendt ut et informasjonsskriv (vedlegg 1). Dette bidro til at de fikk mulighet til å bli kjent med studiens hensikt og formål.

Under intervjuene tilstrebet jeg å ikke påvirke situasjonen ut i fra min egen forforståelse. Avslutningsvis oppsummerte jeg min forståelse av intervjuet, slik at deltagerne fikk anledning til å høre min tolkning av deres svar. Det gav også mulighet for deltagerne å korrigere eventuelle feil eller legge til noe.

Etter transkriberingsprosessen ble samsvaret mellom de transkriberte tekstene og lydopptakene kvalitetssikret med å lytte til opptakene, samtidig som teksten ble lest. For å unngå eventuelle tolkningsfeil under analyseringen, tilstrebet jeg å benytte logiske og tydelige utsagn fra deltagerne. Tema og kategorier ble underveis diskutert og drøftet sammen med veileder, i lys av problemstillingen. Alle trinnene i analyseprosessen ble dokumentert, og forsøkt tydeliggjort i studiens tekst, slik at leseren lettere skal kunne følge stegene i analyseprosessen.

3.9 Etiske overveielser

Intervju som metode er en moralsk undersøkelse, som påvirkes av det menneskelige samspillet under intervjuet. Kunnskapen som kommer til uttrykk, kan påvirke vårt syn på menneskets situasjon (Kvale et al., 2009).

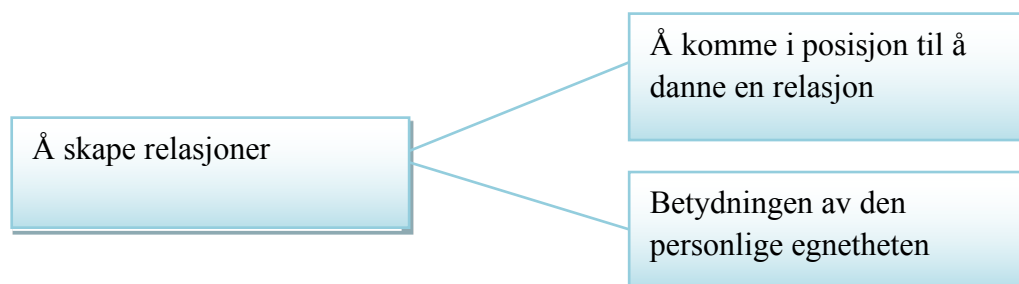
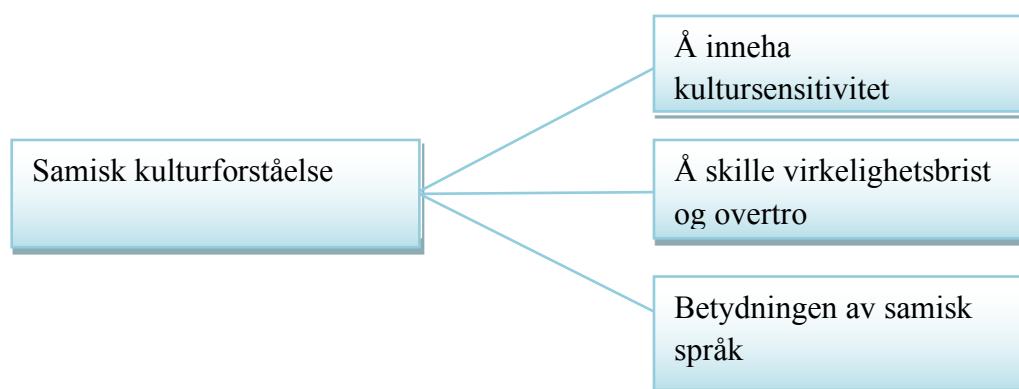
Gjennom hele studien har jeg tilstrebet å ta hensyn til mulige etiske problemer. Studien omhandler hvilken kompetanse sykepleierne erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk, noe som kan oppleves som et følsomt tema å samtale om. Det ble derfor viktig å fokusere på at deltageren følte seg trygg i situasjonen, ved at det ikke ble brukt ord og uttrykk som kunne skape avstand og utrygghet. Det var viktig å bevare deltagerens konfidensialitet. Alle deltagerne fikk fiktive navn, og navnet på deres arbeidssted er ikke oppgitt. Annen informasjon som kunne ha identifisert deltagerne, som for eksempel kommunenavn, er også utelatt. Sitatene som benyttes er omskrevet til bokmål, samt at det er gjort enkelte små endringer som vil gi bedre flyt i språket til leseren. Det understrekes at meningsinnholdet ikke er endret. Videre er også identiteten til de brukere som er beskrevet av deltagerne anonymisert.

Før deltagere ble forespurt, ble det innhentet godkjenninger fra deres respektive ledere innen helse og omsorg. Etter å ha blitt gjort kjent med studiens formål, samtykket samtlige deltagere. De var blitt informert om studiens frivillighet, noe som inkluderte at de kunne trekke seg når som helst uten å oppgi grunn. Personopplysninger ble oppbevart i en egen mappe som var innelåst i en skuffe på hjemmekontoret. Disse vil bli slettet når studiet ferdigstilles. Lydopptakene ble slettet umiddelbart etter transkribering.

I samsvar med forskningens krav om personvern, ble prosjektplanen meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) for behandling. Studien ble der godkjent (Vedlegg 3).

4 Presentasjon av resultater

Dette kapittelet inneholder en beskrivelse av resultatene som kom frem gjennom bearbeiding og analysering av intervjumaterialet. Deltagernes erfaringer er tematisert og konkretisert i to overordnede kategorier. Sitatene er forsøkt tydeliggjort på en måte som fremhever den meningssammenheng de utgår fra. Selv om resultatene er delt inn i kategorier og subgrupper henger de i noen tilfeller noe sammen. Presentasjonene av resultatene vil derfor gå litt over i hverandre enkelte steder. Subgruppene under de ulike kategoriene beskriver nyansene til de overordnede hovedkategoriene. Nedenfor følger en presentasjon av hovedkategoriene med tilhørende subgrupper.



4.1 Samisk kulturforståelse

Denne kategorien handler om hva sykepleierne erfarer om viktigheten av å inkludere samisk kulturforståelse i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. Kategorien omfatter også ulike nyanser av deltagerens kunnskapssyn på hvordan man på best mulig måte kan forstå denne brukergruppen med bakgrunn i kulturforståelse. I analysen ble samisk kulturforståelse delt inn i tre subgrupper som presenteres med beskrivelser og sitater nedenfor.

4.1.1 Å inneha kultursensitivitet

Kultursensitivitet omtales av flere av deltagerne som nødvendig i oppfølgingen av samiske brukere med psykoseproblematikk. Deltagerne forteller at det er viktig å huske på den kulturelle bakgrunnen til brukeren, og de forteller at de erfarer at kulturforskjeller gjenspeiler seg fra brukerens oppvekst og liv. Også fornuftspolitikken som rammet samene hardt trekkes frem av noen av deltagerne, som en faktor som fortsatt kan påvirke den psykiske helsen til samiske brukere.

Å ha gode kunnskaper i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk, blant annet i form av kulturforståelse gjør at deltagerne ville følt seg bedre rustet i møte med denne brukergruppen. Deltagerne formidler at de ønsker mer kunnskaper om samisk kultur og leveste, og at økt kunnskap ville bidratt til en større trygghet i hjelprollen.

Deltagerne forteller at de ikke synes oppfølginga til samiske brukere med psykoseproblematikk er tilstrekkelig tilpasset i deres kommuner; det er for lite fokus på den samiske kulturen og leveste i kommunal rus- og psykiatritjeneste, og også i grunn- og videreutdanningen. Anne forteller at hun ikke kjenner til at kontaktpersoner til samiske brukere har fått noen spesiell veiledning i forhold til den samiske kulturen og leveste. Anne sier:

”Det snakkes lite om samisk kulturforståelse, det er ikke et tema, og det er liksom ikke en del av det faglige puslespillet”.

Deltageren presiserer at helsepersonell som arbeider i psykisk helse, spesielt i Nord-Norge burde hatt mer kunnskaper om den samiske kulturen og levesettet. Anne sier:

”Kanskje et semester i utdanningen kunne vært å jobbe spesifikt opp mot samiske kulturforskjeller”.

Noen av studiens deltagere forteller at de har vært deltagende på faglige refleksjons- fora, hvor betydningen av det å være samisk, eller det å ha en samisk bakgrunn, har vært drøftet. For å bygge opp egen kulturkompetanse mener studiens deltagere at slike faglige refleksjonsforum er en god arena for helsepersonell å kunne drøfte og reflektert sammen om utfordringer omkring det de står i, både med samiske brukere og andre relevante saker. Noen av studiens deltagere forteller at de også har fått veiledning fra SANKS. De forteller at dette har bidratt til at de har forstått ting bedre og at oppfølgingen av samiske brukere har vært bedre. Ole forteller:

”Vi vil nok trenge mer veiledning fra SANKS også i tiden som kommer. De systemene vi har i dag er i hovedsak tilpasset den norske delen av befolkningen. Jeg tror ikke vi kunne gjort en like god jobb uten denne veiledningen”.

Mens noen deltagere har positiv erfaring med veiledning og faglige refleksjonsfora, viser resultatene at andre deltagerne ikke har særlig mye slik erfaring, og heller ikke annen veiledning som inkluderer samisk kulturforståelse. En enkelt episode med faglig refleksjon trekkes frem av en av deltagerne. Resultatene viser således at deltagerne som har hatt veiledning fra SANKS eller benyttet faglige refleksjonsforum, mener at det har vært meget betydningsfullt. Her fremkommer tydelige forskjeller på deltagerne opplevelse av oppfølgingen til samiske brukere hos de som har hatt veiledning fra SANKS og faglige refleksjonsfora, og de som ikke har hatt det.

Deltagerne forteller at de i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk, bruker hele den faglige kompetansen de har som sykepleier. Her inkluderer de personlige egenskaper, teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter, som en beskrivelse for helhetlig kompetanse. I tillegg har de erfart at man må tenke kulturelt i møte med ulike kulturer. Deltagerne fremholder at helsepersonell trolig ville hatt et bedre utgangspunkt i møtet med samiske

brukere med psykoseproblematikk, dersom de hadde hatt basiskunnskaper om den samiske kulturen og levesettet. At det å inneha kulturelle basiskunnskaper trolig ville vært en gevinst for alle parter.

Deltagerne forteller at de opplever at det er noe som mangler i oppfølgingen av samiske brukere, men at det er utfordrende å fortelle konkret hva det er. Likevel fremholder deltagerne mangelen på kulturkunnskaper som en vesentlig årsak. Marit beskriver sine refleksjoner etter et ansvarsgruppemøte med en samisk bruker:

”Vi var flere som satt rundt bordet og drøftet og vi hadde varierende grad av samisk kulturforståelse. Noen hadde kanskje mer forståelse for en ting og noen andre for noe annet. Men en ting som slo meg på dette møtet var at her er det mange personer, instanser og andre etater involvert, så summen av alt skulle jo tilsa at det ble gitt mye god hjelp. Men hvis ikke hjelpen blir riktig eller blir tilpasset det individuelle, så når man kanskje ikke frem med den hjelpen som tilbys. I det her tilfellet var kanskje den samiske bakgrunnen det individuelle”.

Deltagerne forteller at det kan virke som at den samiske levemåten har stor betydning for både måten brukeren opptrer på, men også for hvordan brukeren blir oppfattet av helsepersonell. Om dette sier Ole.

”Mangfold styrker og kultursensitivitet er viktig i den jobben som skal gjøres”.

Flere av deltagerne forteller at når de tenker tilbake, tror de kanskje at flere av brukerne de har fulgt opp gjennom årene kunne hatt samisk bakgrunn, uten at de har visst om det. Kanskje fordi brukeren selv ikke har fortalt det. Noen av deltakerne har merket at en del brukere med samisk bakgrunn ikke nødvendigvis forteller om sin samiske bakgrunn. Om dette sier Marit:

”Jeg oppfattet at en del brukere med samisk bakgrunn ikke alltid vil fortelle om verden at de har det, at det på en måte er greiere å bare være norsk”.

Sitatet belyser at deltagerne erfarer at samiske brukere kan oppleve kulturelle utfordringer i møte med norsk helsepersonell. Oppsummerende kan man si at deltagerne i studien forteller

om viktigheten av samisk kulturforståelse og at norsk helsepersonell kanskje har for lite kunnskaper på dette området.

4.1.2 Å skille virkelighetsbrist og overtro

Flere av deltagerne forteller om møter med samiske brukere som snakker om naturfenomener, overtro og ganning. De forteller at det ikke alltid er like lett å forstå om det brukeren forteller om, og tror på, handler om psykose, overtro, eller om det for personen er en naturlig del av livet. Ole har gjort erfaringer med dette og forteller:

”Det er vanskelig å oppfatte hva som er virkelighetsbrist og hva som er overtro. Og trolig kan det fort bli misoppfattet”.

Flere av deltagerne forteller at de opplever at overtro og naturfenomener er fremtredende innenfor den samiske kulturen og levesettet, og at samiske brukere ikke alltid har samme syn som norsk helsevesen på hva sykdom er, på hva som er normalt, og på hva som ikke er normalt.

Marit forteller om et møte med en samisk bruker som hadde ideer om hva som var forutbestemt og hva man burde gjøre og ikke burde gjøre, fordi det i følge brukeren kunne bære ulykke med seg. Marit har erfart at norsk helsepersonell kan se på slike ideer og tanker hos samiske brukere som virkelighetsbrist. Hun viser videre til at det er viktig at helsepersonell er åpne i møte med samiske brukere, for det trenger ikke nødvendigvis å være slik. Her får hun støtte fra flere andre deltagere som også har erfart at mye kan forklares både ut i fra kultur og tradisjon.

Deltagerne forteller at det ofte oppleves annerledes med samiske brukere sammenlignet med norske brukere, og ifølge flere av deltagerne kan det være lettere å skille mellom psykotisk prat og en samtale som, for brukeren er helt naturlig og fra det virkelige liv, hvis man har kunnskaper om brukerens kultur. Deltagerne poengterer at samiske brukeres kulturelle bakgrunn ofte er synlig, og at de kulturelle trekkene gjerne er fremtredende både i den daglige

væremåte og under samtaler. Marit forteller om et eksempel der hun erfarte hvordan kulturelle forskjeller kan føre til misforståelser:

”Det er kanskje lettere å ha forståelse for det samiske, at de lever på sin måte hvis du har kjennskap til og forståelse for hvorfor de velger som de velger. For eksempel det med å møte til avtale i riktig klokkeslett, det hører jo kanskje til den samiske kulturen, og det var det noen som kanskje irriterte seg over, mens andre hadde mer forståelse for at det var kulturelt betinget”.

Flere av deltagerne forteller om situasjoner hvor de har opplevd at samiske brukere ikke ønsker utredning. Dette er noe deltagerne tror helsepersonell kan forveksle med vrangvilje eller lite samarbeidsvillighet. Derimot har de erfart at det kan ligge mange forklaringer bak det å ikke ville la seg undersøke. Deltagerne påpeker at det kan være utfordrende å vite om det er psykose eller om det er den samiske bakgrunnen som gjør at det kanskje er vanskelig for samiske brukere å beskrive sin egen situasjon. Flere av deltagerne forteller om erfaringer de har gjort som viser at det å tro på noe kan være ganske kraftfullt, at det å tro på noe, kan sette store krefter i sving hos brukeren. Samiske brukere kan ha tanker og ideer som først kan oppfattes unormale eller merkelig, men flere av deltager forteller at de har erfart gjennom dialoger at det ikke nødvendigvis trenger å være slik, og at disse tankene og ideer kan være en naturlig del av kulturen og livet.

Anne forteller om et møte med en eldre samisk bruker som anbefalte henne å ringe en helbreder i en samtale der smerter i en kroppsdel til en venn ble et tema. Den eldre brukeren la til rette med telefonnummer, og fortalte Anne nøye hva hun skulle si. Anne forteller:

”Jeg er ikke overtroisk og har egentlig ikke veldig tru på slike ting. Likevel synes jeg det er spennende og interessant og det tror jeg kanskje brukeren merket. Så lenge helbrederne ikke tar betalt så tenker jeg at det er gode uansett. Det kan gi et håp”.

I intervjumaterialet kom det frem at flere av deltagerne har møtt samiske brukere som har en sterk gudstro, som i noen tilfelle kan sees i sammenheng med helbredelse. Kari forteller at hun flere ganger har undret seg over om denne sterke gudstroen kan forklares kulturelt med oppvekst og tidligere opplevelse. Hun forteller:

”Jeg har flere ganger reflektert over denne troen, for den virker så utrolig sterk”.

I sine møter med samiske brukere med psykoseproblematikk forteller noen av deltagerne om utfordringer med å forstå samiske brukere sitt forhold til ganning. Marit forteller om et møte med en samisk bruker som forklarer sin diagnose med ganning:

”Jeg fikk en forståelse av at personen selv hadde en annen forklaring på sin diagnose, og den gikk på ganning og en oppfattelse av at lidelsen var påført av noen andre. Det var en eller annen uoverensstemmelse hvor det var sagt noe helt konkret knyttet til et organ. Når det senere ble sykdom i det samme organet, ble det oppfattet som ganning”.

Marit forteller at brukeren nok ikke følte seg helt møtt på sin opplevelse og at helsevesenet ikke helt forstod brukerens tanker om ganning. Flere av deltagerne forteller at de erfarer at det er ulik oppfattelse av kulturforskjeller og ganning, og at flere er usikre på hvordan man løser dette. Om dette forteller Marit:

”Men så var det den her kulturforskjellen, og så kom det her med oppfattelse av ganning inn i bildet, og jeg tenkte hvordan gjør man det da? Jeg sitter ikke med noen fasit svar på det, og det er ikke enkelt”.

Flere av deltagerne erfarer som nevnt at oppfølgingen av samiske brukere med psykoseproblematikk kan bli litt mangelfull, og at det kan være utfordrende for norsk helsepersonell å skille psykotisk prat fra det som er kulturelt betinget. De utelukker heller ikke at det noen ganger kan dreie seg om en blanding av begge deler. Om dette sier Marit:

”Jeg tror nok at det var noen som kanskje var innom den tanken på at det var psykoseprat, men så bevegde tankene seg mer over på å tenke kultur og ganning og noen tenkte kanskje at det var en sammenblanding av begge deler. Det var jo lett på grunn av psykosen å tolke det som ganning, men jeg tenkte nok at det hadde mest med kultur, altså den samiske bakgrunnen, å gjøre”.

Sitatet belyser utfordringer norsk helsepersonell kan ha med å skille psykotiske vrangforestillinger fra samisk sykdomsforståelse og kulturelle faktorer.

4.1.3 Betydningen av samisk språk

Deltagerne mener at å mestre brukerens språk er en viktig faktor for å kunne yte god helsehjelp, og flere av deltagerne snakker om hvor viktig språket er i mellommenneskelige relasjoner. Deltagerne forteller at det å ikke kunne snakke samisk i noen møter og situasjoner medfører utfordringer. Videre fremholder deltagerne kommunikasjon som veldig viktig i psykisk helsearbeid, og flere av deltagerne poengterer at dersom arbeidsplassen har ansatte som kan samisk, burde det være prioritert at de følger opp samiske brukere. De tenker at det trolig er en fordel både med tanke på språk og kulturforståelse. Ole forteller:

”Jeg tenker jo at vi aller helst burde hatt noen som snakket samisk, for jeg trur at det vil gi en større troverdighet ovenfor den samiske gruppen. Først da viser vi at vi tar det på alvor. For det er jo ingen av oss som snakker samisk, så der kommer vi til kort. Vi burde ha en mye større andel av samisktalende personell, ikke bare innenfor vårt yrke, men også i forhold til annen saksbehandling, legesiden, skole og barnehager. Først da er man på riktig vei”.

Deltagerne fremholder at det trolig er tillitsskapende med helsepersonell som kan samisk eller har samisk bakgrunn i møte med samiske brukere. Videre viser deltagerne til at man må være åpen for at samiske brukere kan oppleve seg forstått på en annen måte, i møte med samisk helsepersonell, enn de tilsvarende ville gjort i møte med norsk helsepersonell. Ole forteller:

”Det å ikke bli forstått på et ordentlig vis, trur jeg kan være utfordrende. Det tror jeg også kan være grunnen til at en bruker med samisk som førte språk, kanskje vegrer seg i kontakt med det offentlige tjenestetilbudet. For det er nok problematisk og ikke blir forstått på et ordentlig vis”.

Deltagerne forteller at vi har mye å gå på i forhold til tilrettelegging og alle er enig om at kommunikasjon og språk er viktig. Flere av deltagerne tar opp at norsk og samisk språk er veldig ulikt. De sier at det samiske språket er veldig rikt på det som har med natur og fenomener i naturen å gjøre, og kanskje ikke riktig så rikt som norsk når det gjelder dagligtale. Det samiske språkets ulikheter sammenlignet med det norske er også noe Anne snakker om:

”Mange av de samiske brukerne har kanskje behov for å snakke samisk spesielt når de er som dårligst. Jeg har jo lagt merke til at det samiske språket ikke er så likt det norske”.

Flere av deltagerne forteller at de tror at brukerne som har vokst opp med samisk som førstespråk ønsker å bruke samisk der det er mulig, og kanskje spesielt i behandlingssituasjoner. Deltagerne forteller også at de tror at samiske brukere har lettere for å uttrykke seg på morsmålet sitt. Dette gjelder spesielt for de brukerne som har vokst opp i for eksempel Kautokeino eller Karasjok, og senere flyttet ut av samenes kjerneområder, dermed blir kanskje norsk et andrespråk, som det kanskje ikke oppleves helt naturlig å snakke.

Flere av deltagerne mener også at det noen ganger kan direkte hemme en relasjon at de ikke kan det samiske språket. Anne forteller:

”Det kan virke som at med det norske vokabularet er det kanskje litt vanskeligere å sette ord på de aller innerste og de mest vanskelige tingene. Jeg tror kommunikasjonen ville blitt friere og hadde gått lettere om man kunne snakket samisk med brukerne. Det er nok mange flere ord de kan bruke på sitt eget morsmål enn på norsk”.

Alle deltagerne forteller om erfaringer med mangel på samisktalende personell og om utfordringene det skaper, og i noen tilfeller sees mangelen på samisk språk hos helsepersonell på som relasjonshemmende. Alle deltagerne sier at samisk helsepersonell bør benyttes der det er mulig i oppfølgingen av samiske brukere.

4.2 Å skape relasjoner

I denne delen presenteres deltagerens erfaringer med ulike sider ved en relasjon, samt hvilken betydning den personlige egnetheten har i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. I analysen ble temaet å skape relasjoner delt inn i to ulike subgrupper som presenteres med beskrivelser og sitater nedenfor.

4.2.1 Å komme i posisjon til å danne en relasjon

Alle deltagerne påpekte verdien av å etablere tillitsfulle relasjoner. De forteller at de kulturelle ulikhetene skaper utfordringer for relasjonsbyggingen. Deltagerne påpeker at det å komme i posisjon til å danne en relasjon til samiske brukere med psykoseproblematikk nok ville blitt lettere med felles kultur og språklig bakgrunn. Deltakerne forteller også at tidsperspektivet for å danne tillitsfulle relasjoner til denne brukergruppen i noen tilfeller er lengre og mer krevende, enn tilfellet er med norske brukere. Økt kunnskap om brukerens samiske bakgrunn og kultur trekkes frem som et viktig element som trolig bidrar til at det å danne relasjoner til samiske brukere med psykoseproblematikk går lettere. Ole forteller:

”Vi bruker mye tid og ressurser på å komme i posisjon til å danne en god relasjon”

Flere av deltagerne forteller at de noen ganger merker en enorm skepsis fra samiske brukere til det norske helsevesenet. Deltagerne tenker at det kan skyldes en redsel for å bli misoppfattet. Når deltakerne reflekterer videre over dette fremkommer det at brukeren kan virke redd for resultatet av en undersøkelse. At resultater fra en undersøkelse vil kunne påminne brukeren om at det kan blir utfordrende å mestre dagliglivet som tidligere. Er for eksempel brukeren en reindriftsutøver vil det trolig handle om mer enn det å ikke lenger mestre jobben. Det å ikke mestre jobben vil kunne bety at man mister sin måte å leve på. Er brukeren for eksempel en reindriftsutøver, er det således ikke bare en jobb, men en livsstil som det ofte følger lange tradisjoner med.

Flere av deltagerne forteller at de tror det kan være mye som ligger bak skepsisen som noen samiske brukere kan ha til det norske helsevesenet. For lettere å kunne forstå samiske brukere med psykoselidelser, og for lettere å kunne komme i posisjon til å danne en relasjon, sier deltagerne at helsepersonell har behov av en viss kjennskap til den samiske kulturen og dens ulikheter. Marit forteller:

”Jeg tenker at det samiske på mange måter er nært oss her i Nord-Norge, men samtidig er det likevel kanskje fjernt for mange”.

Noen av deltagerne forteller at de også har møtt flere brukere som ikke har fortalt at de er samiske, der deltagerne har tenkt at kanskje brukeren er det. Noen deltagere har reflektert

over dette. Det kan virke som det forenkler situasjonen for noen samiske brukere å fremstå som norske. I slike situasjoner forteller deltagerne at de prøver seg litt frem, for å kjenne på om det er noe brukeren vil vedkjenne seg.

Som nevnt tidligere ble faglig refleksjons-fora trukket frem som en betydningsfull arena der helsepersonell kan drøfte ulike saker og situasjoner med samiske perspektiver, der man kan reflektere omkring de utfordringer de står i. Verdien av slike faglige fora trekkes stadig frem, og deltagerne viser til at dette har stor nytteverdi og er av stor betydning i relasjonsarbeidet.

Flere av deltagerne opplever at det er lettere å komme i kontakt hvis man viser at man er interessert og opptatt av brukerens liv og kulturelle bakgrunn. Dette viser at man er på samme arena eller på likefot som brukeren. Deltagerne forteller at det å være på samme arena eller på likefot kan gi et bedre grunnlag for å bygge en relasjon. Brukeren vil trolig lettere kunne åpne seg opp og samtalen vil således kunne gå lettere.

Deltagerne viser til at den enkelte helsearbeider har sin egen måte å være på og jobbe på. De forteller at man ikke kun kan lese teori og følge en teoretisk liste om hvordan man skal kommunisere. Men deltagerne viser til at man gjennom sin holdning gjenspeiler sin interesse og engasjement. Marit forteller:

”Det er ikke likt med hver enkelt bruker. Alle er ulike, så man må tilpasse tilnærmingen til den enkelte bruker. Mennesket er ulikt og noen har tillit, mens andre har mindre tillit”.

Sitatet belyser som deltagerne poengterte, at tilnærmingen må tilpasses den enkelte bruker. Deltageren forteller at de opplever det som spennende å arbeide med brukere som har ulike kulturelle bakgrunner.

4.2.2 Betydningen av den personlige egnetheten

Deltagerne forteller at de tillegger den personlige egnetheten stor betydning for hvordan de oppfattes som person i mellommenneskelige relasjoner. Å være rolig, gi seg tid, vise respekt,

være ydmyk og tålmodig er personlige egenskaper som nevnes av flere av deltagerne som viktige elementer.

Deltagerne forteller at tillit for dem handler om å bli forstått, og ikke å bli misforstått. Deltagerne poengterer at det ikke nødvendigvis trenger å være slik at man enten blir forstått eller misforstått, men de mener at det å bli forstått godt nok, er en faktor som bygger opp under tillit. I motsatt fall kan manglende tillit være årsak til at folk trekker seg unna, og avstår fra eller unngår hjelp fra norske helsevesen. Ole forteller:

”Alle har sin historie, sin tradisjon og kultur som de forholder seg til. Jeg tror ikke vi klarer å hjelpe folk uten at vi også er nysgjerrig og interessert i både tradisjoner og ikke minst, deres kultur”.

Flere av deltagerne oppgir det å være lydhør og samtidig prøve å se litt bak brukeren; hva står brukeren i, og hva grunnen kan være til at ting er som de er, som viktige faktorer i en god tilnærming til det samiske.

Flere av deltagerne mener at mange av de som jobber med mennesker og psykisk helse har gjort et bevisst yrkesvalg og ofte også har egenskaper som gjør dem ydmyke og nysgjerrige på brukerens bakgrunn. De ønsker å kunne hjelpe og prøver å forstå og prøver generelt å bidra til at brukeren skal få det bedre. De er også enige om at den personlige egnetheten har stor betydning for relasjonsarbeidet. Dette vises tydelig i det Ole forteller:

”Jeg tror den personlige egnetheten er av kjempestor betydning. Har du ikke evnen til å komme i kontakt med folk så gjør du ingenting med den formelle kompetansen heller”.

Deltagerne er opptatt av *møtet* med samiske brukere. Spesielt når man arbeider hjemmebasert og mye av den daglige oppfølgingen finner sted i hjemmet til brukeren, er det en felles oppfatning blant deltagerne at man opptrer på en respektfull måte.

Deltagerne fremholder personlige egenskaper som en betydningsfull faktor når man skal etablere en god relasjon, og deltagerne poengterer at man må trå varsomt, og føle litt på hva man kan si, og hvordan man skal bevege seg inn på de ulike temaene. Videre viser deltagerne

til at personlige egenskaper alene ikke veier opp for en eventuell manglende samisk kultur kunnskap og forståelse.

I situasjoner der man skal forklare helsevesenets syn på sykdom, sier flere av deltagerne at man må trå varsomt, spesielt i de tilfeller hvor brukeren selv har en annen sykdomsforklaring. Noen av deltakerne har lagt merke til at den kulturelt betingete forklaringsmodellen med ganning, er mer synlig hos den eldre samiske brukeren. Marit forteller:

”Jeg tror det er viktig å møte brukeren med respekt og ydmykhet og vise at de får lov å fortelle sin sykdomshistorie og ikke bare forkaste den som overtro. Man kan ikke bare avvise en brukeres syn”.

Dette viser et eksempel der sykepleieren reflekterer over betydningen av å bruke den personlige egnetheten i møte med en bruker. Det viktigste er ikke nødvendigvis å få frem hvilken sykdomsforståelse som er den rette, men det å la brukeren få komme frem med sin mening og sin opplevelse, er også viktig.

5 Drøfting

I drøftingsdelen vil resultatene av analysen bli drøftet i lys av teori og tidligere forskning. Studiens resultater er delt inn i 2 hovedkategorier; *samisk kulturforståelse og å skape relasjoner*. I det følgende vil derfor også drøftingen deles inn etter de samme hovedtema. Resultatene vil likevel henge noe sammen og gå litt over hverandre, noe også drøftingen vil gjøre.

5.1 Samisk kulturforståelse

5.1.1 Å inneha kultursensitivitet

Studien viste at deltagerne opplever at kultursensitivitet er meget sentralt i oppfølgingen av samiske brukere. Samisk kulturkunnskap og samisk kulturforståelse er avgjørende faktorer for hvorvidt helsepersonell evner å forstå brukeren. Kultursensitivitet innebærer ifølge studiens resultater, å ha kunnskap og forståelse om egen og andres kultur. Videre viste studien at kultursensitivitet inkluderer det å være ydmyk, vise respekt og anerkjenne mennesket på tvers av ulikheter. Ifølge Thornquist (2003), er den kunnskapen vi besitter om ulike fenomener, med på å styre våre oppfatninger, våre meninger og våre holdninger til fenomenet. Dette er i tråd med denne studien som viste at det å inneha kultursensitivitet er betydningsfull kompetanse, som er med på å styre sykepleierens blikk, altså hva som det sees etter, vektlegges, og hva som overses.

Studien viste at helsevesenets oppfølging av samiske brukere ikke er tilstrekkelig tilpasset den samiske kulturen og levestilten i de representerte kommunene. Studien viste videre at norsk helsepersonell har lite kunnskap om samisk kultur, men samtidig viste studien også at norsk helsepersonell ønsker mer kunnskap om temaet.

I likhet med resultater hos Bals (2015) viste også denne studien at deltagerne ikke etterspør en egen behandlingsmodell for oppfølging av samiske brukere, som en minoritetsgruppe blant majoritetskulturens helsetjenester. Imidlertid ønsker de at behandlingen i større grad tilpasses den samiske kulturen og levestilten, samt at helsepersonell er mer åpne for å inkludere samisk

kultursensitivitet i behandlingen. Dette gjelder spesielt i de områdene som geografisk ligger rett utenfor grensen til det samiske forvaltningsområdet.

Bals (2015) viser til at samisk kulturkompetanse regnes som den viktigste kompetanseformen, nest etter det samiske språket. At kompetanse om den samiske kulturen er viktig i behandlingen, er gjenfinnbart i denne studien, hvor resultatene tydelig beskriver behovet for kultursensitivitet. Å besitte kunnskap om den samiske kulturen vil kunne være grunnpilaren i den mellommenneskelige relasjonen og bidra til et positivt behandlingsforløp for denne bruker gruppen.

Et annet resultat i denne studien viste at det er for lite fokus på samisk kultur både i grunn- og videreutdanningen for sykepleiere. I flere studier som omhandler samisk helse og levekår, fremkommer ulike utfordringer rundt norsk helsepersonells manglende kompetanse om samisk kultur og leveste (Dagsvold, 2010, Amundsen, 2012, Bongo, 2012, Nergård, 2017). Behovet for økt samisk kulturkompetanse hos norsk helsepersonell er et tema som gjennom den senere tids samiske revitalisering, har fått fornyet interesse.

Helsedirektoratet (2013) fremholder også samisk kulturkompetanse i de Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av mennesker med psykoselidelser. Her anbefaler Helsedirektoratet at behandlere bør gjennomgå opplæring i kultursensitiv brukerbehandling, noe som også fremkommer i denne studien, som et stadig tilbakevendende tema gjennom intervjuene. Helsedirektoratet viser til at det er å foretrekke at behandlere og brukere har samme etnisitet og språk. Møllersen et al., (2005) har i sin studie funnet at felles etnisitet mellom behandler og bruker kan gi et bedre behandlingsresultat. Dette er gjenfinnbart i denne studiens fortellinger, hvor deltagerne fortalte at det var riktig å tilby samiske brukere en behandler med samme etnisitet, så langt som det var mulig.

I stortingets opptrappingsplan for psykisk helse fremheves viktigheten av forholdet mellom kultur og psykisk helse:

”En person med psykiske problemer må ikke bare ses som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører

grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester” (St.prp. nr. 63, 1999-206, s. 6).

Her fremkommer det gjennom loven at kulturelle behov og eksistensielle spørsmål skal tas hensyn til og være en del av det helhetlige tilbudet til brukerne. Selv om oppfølgende instans ikke har en egen behandlingsmodell som inkluderer samisk kulturkompetanse, skal likevel de nødvendige hensyn til menneskets kulturelle behov ivaretas.

Rosenvinge et al., (2004) fremholder faktakunnskapen som grunnlaget for profesjonell kompetanse, og sier at faglige og teoretiske faktakunnskaper gir et stødig utgangspunkt for å kunne vite hva man skal se og spørre etter, både i den kliniske vurderingen og i behandlingen. Dette er i tråd med resultater fra prosjektets analyse, der alle deltagerne fortalte at de tenker det er viktig at sykepleieren har grunnleggende faglige og teoretiske faktakunnskaper, og inkluderer det i sitt daglige arbeid, uavhengig av en eventuell mangel på kultur kompetanse. Nergård (2017) så nærmere på kompetansen til psykiske helsearbeidere, med fokus på samisk språk og kulturforståelse, og hvilken betydning dette aspektet har for behandling av samiske brukere i psykiatrien. Funn i Nergårds studie styrker og er i tråd med resultater fra analysen i denne studie, og viser en positiv betydning av at helsepersonell besitter samisk kulturforståelse.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere viser til at det å oppfriske og holde seg oppdatert er viktig. Videre fremkommer det at sykepleieren skal hold seg oppdatert om forskning og utvikling og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleieforbund, 2016). Relatert til pasientgruppen som omtales i denne studien tenker jeg at her kan man trekke en tråd til sykepleieren som møter samiske brukere og samisk kultur. For at behandlingen skal få gode resultater og for å unngå relasjonshemmende misforståelser, er kompetanse om samisk kultur en nødvendig del av sykepleierens kompetanse.

Bongo (2012) fremholder at ulik forståelse kan være en potensiell kilde til samhandlingsproblemer mellom den samiske brukeren og det offentlige norske helsevesenet. Bongo (2012) belyser at det blant samer er en felles forståelse av at de ikke snakker om helse og sykdom, at det finnes uskrevne normer om ikke å vise svakhet, og at de helst skal vise at

de skal klare seg selv. I tråd med denne studiens resultater om for lite samisk kulturperspektiv i utdanning, understreker også Bongo (2012) at forståelseshorisonter må åpnes mer for ikke-samisk helsepersonell både gjennom skriftliggjøring og ellers inkluderes i utdanningen. Når en sykepleier i møte med en samisk bruker for eksempel vinkler samtalen inn på brukerens sykdom eller lidelse, uten å inneha den kulturelt betingete viten om at en slik type samtale anses som upassende, og når diagnostiske begreper samtidig avvises som dømmende av samiske brukere, er dette en kilde til misforståelser og er et element som vil kunne ha en negativ innvirkning på selve behandlingsforløpet (Bongo, 2012). Bongo (2012) poengterer at dette kan resultere i at samiske brukerne holder tilbake opplysninger om egen helse til hjelpeapparatet. På den annen side er det også mulig at sykepleiere som ikke kjenner til samisk kultur og språk, kan oppleve flere utfordringer i møte med samiske brukere. For eksempel er det tenkelig at de kan få en opplevelse av tilkortkommenhet, og at de mangler elementære kunnskaper om samisk kultur, levesett og sykdomsforståelse, som kan gjøre at de ikke evner å se hva som kan påvirke brukerens helse positivt. Dette kan forlenge et behandlingsforløp, eller i verste fall medføre feilbehandling.

Som Bongo (2012) formidler, er mye av den samiske kunnskapen taus. At kunnskapen er taus, vekker en undring: hvordan skal norske sykepleiere kunne innhente denne kunnskapen, hvis den er taus? Dersom man selv ikke har vokst opp med tilknytning til den samiske kulturen, vil det kunne være utfordrende. Flere studier med fokus på samisk helse (Hansen, 2011, Bongo, 2012, Bals, 2015) tar opp spørsmålet om hvor åpenheten er i samisk psykisk helse. Selv om fornorskingspolitikken er et tilbakelagt kapittel i dagens samfunn, viser tidligere forskning at arven etter fornorskingspolitikken henger igjen, og kommer til syne i folks holdninger (Hansen, 2011, Bals, 2015). Samisk helsepersonell besitter en redsel for å bli latterliggjort av egen og brukers overtro hos majoritetsbefolkningen. Dette gjør at samisk helsepersonell nærmest skremmes til taushet, og det å løfte frem samisk kultur, forskning og tenkemåte til norsk helsepersonell oppleves som utfordrende og sårt. Fornorskingen har således satt spor i form av mindreverdighetsfølelse og skam. Den redselen samisk helsepersonell besitter, forklarer undringen over hvorfor denne kunnskapen er taus, men gir ikke et fullgodt svar på hvordan kunnskapen skal kunne videreformidles.

Denne studien viste en varierende grad av benyttelse av Samiske nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS). Senteret tilbyr utredning og behandling på brukerens morsmål, med samiskspråklige behandlere (Silviken & Stordahl, 2010). Samiske brukere fra hele landet kan henvises til SANKS. Deltagerne som hadde benyttet veiledning fra SANKS opplevde kulturfaglig vekst og de beskriver veiledningen som avgjørende for økt kvalitet i den jobben de har gjort med samiske brukere. Deltagere uten veiledning fra SANKS forteller at det snakkes lite om kulturforståelse. Mens deltagere som har fått veiledning fra SANKS, har positiv erfaring med dette, viser resultatene i denne studien at det stiller seg noe annerledes for de som ikke har fått veiledning fra SANKS om kultursensitivitet, og at det ikke er et tema som løftes frem. De opplever at de som helsepersonell kunne hatt et bedre utgangspunkt i møtet med samiske brukere, dersom de hadde fått basiskunnskaper og veiledning om den samiske kulturen og levesettet.

Resultatene fra studien viste at det å jobbe med brukere med psykoseproblematikk generelt kan være utfordrende, og i noen tilfeller kanskje spesielt i møte med den samiske brukergruppen. I slike tilfeller står helsepersonell således i en dobbelt utfordrende situasjon, der arbeidet er energitappende i utgangspunktet (Skårderud et al., 2010), samtidig som mangelen på kulturforståelse og samisk språk gjør at det blir enda mer utfordrende og føle at man gjør en god jobb. For at helsepersonell skal kunne utføre arbeides sitt og kunne stå i de utfordringer som de møter med samiske brukere med psykoseproblematikk, viste denne studien at det er behov for faglig påfyll og økt kunnskap om samisk kultur. Dette er også i tråd med Skårderud et al., (2010) som poengterer betydningen av faglig påfyll og opprettholdelse av kompetanse i møte med brukere med psykoseproblematikk.

Ifølge Andreassen (2007) bør samisk helsepersonell benyttes som kunnskapsformidlere til norsk helsepersonell der det arbeides med bedringsprosesser hos samiske brukere med psykiske lidelser, for å forebygge misforståelser, og i verste fall, feilbehandlinger.

Sammenligner man disse ulike resultatene fra de deltagere med og uten veiledning fra SANKS, fremkommer tydelig veiledningens verdi. SANKS kunne med fordel vært benyttet i enda større grad som veiledende aktør overfor hjelpeinstanser som arbeider med samiske brukere, og som mangler kunnskaper om samisk kultur og levesett.

Det samiske perspektivet i helsefagutdanningene har, spesielt fra samisk side, vært etterlyst siden 1980-tallet, og kampen for et samisk perspektiv i utdanningen har vært lang. Likevel er det mye som tyder på at det samiske perspektivet i stadig større grad er på tur opp og frem. Eriksen, Bongo og Mehus (2017) gjorde en studie på urfolksperspektivet i sykepleieutdanningen, der 25 av 26 norske sykepleieutdanninger deltok. Studien avdekket at det mangler samisk perspektiv i sykepleierutdanningen i Norge. Ingen av utdanningsinstitusjonene hadde undervisning om samiske kulturelle forhold, og halvparten av utdanningsinstitusjonene hadde ikke pensumlitteratur på samiske kulturforhold. Dette til tross for at regjeringen har anerkjent den internasjonale ILO- konvensjonen 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater, som sier at urfolksgrupper skal anerkjennes på alle nivå. De viste at fagplanene til sykepleierutdanningen i Norge i dag mangler et urfolksperspektiv, og anbefaler at det samiske perspektiv vektlegges i større grad og tas med i utformingen av ny rammeplan.

Regjeringen (2017) pålegger et samisk fokus i Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, der et felles læringsutbytte etter fullført helse- og sosialfagutdanning skal inkludere at kandidaten har:

”kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk og kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse. Kandidaten skal også kjenne til samers rettigheter, og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk” (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Den nye forskriften er med å sikre kultur- og urfolkskompetanse på et nasjonalt nivå, og er gjelder fra studieåret 2019/2020.

Det helsevitenskapelige fakultet i Tromsø tilbyr ved studiets oppstart et kurs som omhandler ulik sykdomsforståelse i forskjellige kulturer, der noen av eksemplene som benyttes viser til samiske brukere. Utover dette eksisterer det ingen helhetlig undervisningsplan i samisk helse for helsefagene. Likevel viser UiT, Norges arktiske universitet (Uit, 2018) til at det et mål å etablere en plan som sikrer fremtidens studenter grunnleggende opplæring i urfolksmedisin og samisk helse. UiT, Norges arktiske universitet har tette bånd til både Samisk høgskole og UiT

sitt Senter for samiske studenter (SESAM). Dette gir et solid fundament av samisk helseforskning som de kan bygge på i utviklingen av nye fagplaner.

Rektorene ved Samiske høgskole og UiT, Norges arktiske universitet, Guttorm og Husebekk forteller at det arbeides med å få til et eget bachelor- studium i samisk sykepleie i nær fremtid, men dette avhenger av økonomiske tildelinger (UIT Helseblogg, 2017).

Samiske brukere som lider av en psykoselidelse, balanserer på en linje der deres mentale tilstand stadig står til vurdering av helsepersonell. Denne studien viste at en samisk kultursensitivitet trolig vil kunne forhindre mellommenneskelige feiltolkninger. Dette kan, som tidligere nevnt, medføre lengre behandlingsforløp, eller i verste fall feilbehandling. Dette vil drøftes videre i neste kapittel.

5.1.2 Å skille virkelighetsbrist og overtro

Studien viste at det kan være utfordrende å vurdere hvorvidt psykosesyntomer hos samiske brukeren er virkelighetsbrist, overtro eller samisk kultur- og sykdomsforståelse. Videre viste studien at tanker og ideer om overtro og naturfenomener kan være fremtredende hos samiske brukere, og deltagerne erfarer at det ikke alltid like lett å vite hvordan man skal møte samiske brukeres tanker om sykdomsforståelse og ganning. Studien viste imidlertid også at deltagerne har erfart at det er viktig å være åpen for brukerens tanker. Med en åpenhet til temaet vil man lettere kunne se at det som ved første øyekast kan oppleves som overtro og virkelighetsbrist, kan være en naturlig del av livet for den smiske brukeren.

At det kan være utfordringen å skille mellom virkelighetsbrist, overtro, eventuelt samisk kultur- og sykdomsforståelse, er i tråd med tidligere forskning (Bongo, 2002, Urheim, 2007, Bals, 2015). Dette resultatet bekrefter at det er en risiko for at norsk helsepersonell kan feiltolke eller i verste fall feilbehandle samiske brukere med psykoseproblematikk. At helsepersonell som arbeider med samiske brukere bør ha kjennskap til samisk kultur og levesett, har vært et gjennomgående tema i denne studien. Ifølge Urheim (2007) er manglende kjennskap til samisk kultur hos norsk helsepersonell et potensielt problem, spesielt når det kommer til hendelser der samiske brukere forteller om opplevelser som for eksempel

omhandler det å se og høre stemmer. Mange samer er også opptatt av å fortelle minst mulig til norsk helsepersonell, fordi erfaringene har vært at det kan bli brukt mot dem (Urheim, 2007).

Også Bongo (2002) formidler at det å høre stemmer kan i et samisk kulturelt perspektiv forstås som det å være i kontakt med døde mennesker, og bli sett på som normalt innenfor kulturen. Bongo fremholder at samer kan se på psykisk lidelse som noe ondt som kan være påsatt av andre som ikke ønsker vedkommende noe godt, gjennom gand. At den gamle samiske overtroen som fremholder at psykiske lidelser er gitt brukeren gjennom gand, fortsatt er levende i noen samiske miljøer, forsterkes av Bals (2015) forskning på samiske terapeuters erfaringer med pasienter som mente de led av ganning. Bals (2015) formidlet at det er viktig at behandlere til samiske brukere har forståelse og anerkjenner den tradisjonelle samiske sykdomsforståelsen. Bals (2015) viste til at den samiske sykdomsforståelsen som inkluderer gand og overtro er utfordrende for samer å snakke om og utdype, spesielt til norsk helsepersonell, uten å oppleve skam, eller frykt for å bli latterliggjort. Bals (2015) viste videre til at det trolig er lettere for helsepersonell som besitter samisk kulturkunnskap og kultursensitivitet å fornemme hva som formidles, selv om brukeren kun samtaler overflatisk om temaet.

At samiske brukere kan tro at den psykiske lidelsen er gitt gjennom gand, er trolig en faktor som gjør det mer utfordrende for norsk helsepersonell å skille psykosesymptomer hos brukeren fra om det er virkelighetsbrist, overtro eller samisk kultur- og sykdomsforståelse. Mangel på samisk kulturforståelse hos norsk helsepersonell og ulik sykdomsforståelse kan således utvikle seg og vanskeliggjøre forståelsen. Ifølge Larsen (2012) er bruken av kulturelle og tradisjonelle behandlingsmetoder i psykisk helsevern, som for eksempel det å benytte læsing utført av en helbreder for å stoppe blod, ta bort verk, smerte eller å fjerne kreft, psykiske plager og andre alvorlige lidelser fortsatt eksisterende. Dette er også i tråd med Helsedirektoratet (2013) som viser til at samer har en tradisjon for å mestre sykdommer og lidelser uten nødvendigvis å involvere helsevesenet. Samiske brukeren kan være engstelig for å samtale med norsk helsevesen om sin sykdomsforståelse. Også Altern og Minde (2000) viser til at samer kan oppfatte lidelser som mer enn bare en feil i den menneskelige organismen, og at den samiske forståelsen og fortolkningen av lidelsen ofte sees i forbindelse

med tidligere hendelser, sosiale forhold, livssyn eller trosforestillinger. Dette temaet er sårbart for denne brukergruppen, som vil være i behov av forståelse og anerkjennelse når temaet først utdypes, og trolig kommer norsk helsevesen her til kort.

En forutsetning for et positivt behandlingsforløp er tillit. Tillit mellom sykepleier og bruker er sentralt i samspeilet, og en avgjørende faktor for om den samiske brukeren vil kunne samtale om sin sykdomsforståelse uten å føle skam, eller frykte for å bli latterliggjort. Det grunnleggende fenomenet i livet er tillit, sier Løgstrup ifølge Austgard (2002:143). Gjennom å møte den samiske brukeren med forståelse, vil vedkommende kunne få en opplevelse av trygghet i møte med norsk helsepersonell. Ifølge Løgstrup (2012) står alltid mennesker i et forhold til andre mennesker. Om et møte mellom mennesker, sier Løgstrup (2012) videre at man våger oss frem, og ønsker å bli imøtekommet. ”*at vove sig frem for at blive imødekommet*” (Løgstrup 2012:27). Her ligger en taus fordring, og situasjonen hvor den samiske brukeren med sin sykdomsforståelse møter norsk helsepersonell, kan sees i sammenheng med denne.

Å være åpen i møte med samisk kultur er et gjennomgående tema i denne studiens. Løgstrups filosofi, belyser også viktigheten av sykepleierens holdning, og at den gjenspeiler åpenhet for det som er annerledes. På den måten favner man om den samiske brukeren som *vover seg frem*. Ifølge Løgstrup (2012) farges hvert enkelt møte av holdningene til personene som er til stede. Holdningen får således stor betydning for opplevelsen av hverandre. Ifølge Austgard (2002) sier Løgstrup:

”Med hvor blotte holdning til hinanden er vi med på at give hinandens verden dens skikkelse. Hvilken vidde og farve den andens verden får for ham selv er jeg med til at bestemme med min holdning til ham. Jeg er med til at gjøre den vid eller snæver, lys eller mørk, mangfoldig eller kedelig – og ikke mindst er jeg med til at gjøre den truende eller tryk. Ikke ved teorier eller anskuelse, men med min blotte holdning”
(Austgard, 2002:145).

På tross av at oppfølgende instans i dag ikke har en egen behandlingsmodell som inkluderer samisk sykdomsforståelse, er det tenkelig at det likevel er nødvendig med en åpenhet fra

sykepleiers side. At sykepleier gjennom sin holdning viser at her er det rom for den samiske brukeren, å ha sin sykdomsforståelse, uten frykt for skam, latterliggjøring, eller at sykepleier skal vurdere den mentale tilstanden med sykdomsforståelsen som bakgrunn. Det er imidlertid også et ønske fra den samiske brukeren å få benyttet og integrert tradisjonell samisk hjelp i behandlingen (Sexton, 2009). Ved å være åpen for og med kunnskap om kulturelle forklarings- og forståelsesmodeller i samisk kultur, vil trolig eventuelle misforståelser og feilvurderinger og behandlinger kunne forebygges.

5.1.3 Kommunikasjon med samiske brukere

Studiens viste at kommunikasjon i psykisk helse generelt er svært viktig og det regnes som en av hovedverktøyene i arbeidet med samiske bruker med psykoseproblematikk. Studien viste at det å ikke kunne snakke samisk til brukerne som har samisk som førstespråk, oppfattes som hemmende for relasjonen, og manglende samiske språk- og kulturkunnskaper, blant norsk helsepersonell, kan også resultere i at samiske brukere ikke blir forstått på et ordentlig vis. Dette er noe som kan oppleves utfordrende for den samiske brukeren, og som trolig kan sees i sammenheng med at samiske bruker kan vegre seg i kontakt med det offentlige tjenestetilbudet.

Studien viste at samiske brukere, spesielt i perioder der deres psykiske helse er dårligere, kan ha et behov for å snakke på morsmålet sitt, og videre viste denne studien at helsevesenet har mye å gå på når det gjelder tilrettelegging for samiske brukere.

Tidligere forskning som omhandler samisk helse (Møllersen, Sexton og Holte, 2005, Gerhardsen, 2010, Bongo, 2012, Bals, 2015, Nergård, 2017) avdekket at det å ha samme språk er relasjonsfremmende og tillitskapende. Nergård (2017) viste til psykiske helsearbeideres erfaringer hvor man ser at det å beherske samisk er inngangsporten til å oppnå brukers tillit i møte med samiske brukere. Samtidig vil et felles språk kunne minske risikoen for samhandlingsproblemer og misforståelser. Møllersen, Sexton og Holte (2005) viste til at felles etnisitet mellom bruker og behandler kan gi bedre behandlingsresultater. Også Bals (2015) viste til at det samiske språket, og forståelsen for den samiske

kommunikasjonsformen, er blant behandlerens viktigste kunnskapsverktøy, samt at samisktalende helsepersonell har et fortrinn når det gjelder å oppnå en tillitsfull relasjon til den samiske brukeren.

Som nevnt tidligere viser Urheim (2007) til at språket er det viktigste verktøyet i psykiatrisk behandling, og at i en slik sammenheng kan norske sykepleiere komme til kort i møte med samiske brukere. At det kan være utfordringer å ikke ha et felles språk viste også denne studiens resultater. Derimot vokste en stå-på mentalitet frem gjennom refleksjon, der et felles språk ikke kun sees på som ensbetydende med gode behandlingsresultater. Deltagerne er oppmerksomme på at de må jobbe for å overkomme utfordringene, og at det finnes nye vinklinger og metoder for å løse utfordrende situasjoner. Dette fremkommer også i tidligere forskning, som viste at det skal mye mer enn felles etnisk bakgrunn til for en vellykket behandling. Selv om samiske og ikke-samiske behandlere benytter ulike behandlingsforløp, er ofte resultatene som fremvises like gode. (Møllersen, Sexton og Holte (2005).

Kommunikasjonen har flere sider enn språket alene. Ved å fremstå åpen, ærlig og nysgjerrig på brukerens liv trenger ikke mangelen på samiske språkkunnskaper stå til hinder for kommunikasjonen. Ved å reflektere over ordet kommunikasjon og betrakte dens betydning, som ifølge Eide og Eide (1999) er å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller å ha forbindelse med, kommer kommunikasjonens dybde og helhet tydeligere frem. God kommunikasjon fordrer kunnskap og ferdighet, gjensidig respekt, toleranse og anerkjennelse. Ifølge Eide og Eide (1999) kan man benytte alternative kommunikasjons verktøy for å få til en god dialog, eksempelvis; det nonverbale språket, bekræftende ferdigheter som å vise at man ser og forsøker å forstå, speile følelser, og det å gi oppmuntring og anerkjennelse.

Urheim (2007) trekker som nevnt frem språket som et av de viktigste verktøyene i psykiatrisk behandling. For norske sykepleiere i møte med samiske brukere vil kanskje en bevissthet og refleksjon omkring de kommunikative verktøyene og det nonverbale språket, være av betydning. Nonverbal kommunikasjon beskrives av Eide og Eide (1999) som et responderende språk. I møte med samiske brukere vil den norske sykepleieren i utgangspunktet trolig ha mer utfordringer med å oppnå en tillitsfull relasjon til den samiske brukeren, enn sin samiske kollega har, og i slike tilfeller blir det ekstra viktig for den norske

sykepleieren å vise at man ser og prøver å forstå, med hjelp av et tydelig kroppsspråk. Blikk, tonefall, ansiktsuttrykk, bevegelser og kroppsholdning formidler en ærlig og ofte spontan reaksjon. Og det er gjennom våre nonverbale uttrykk at signaler fortolkes (Eide & Eide, 1999). Det er imidlertid også viktig å være oppmerksom på at nonverbale signaler kan være flertydige og ofte vanskelige å fortolke og oppfatte. I alle møter bidrar nonverbal kommunikasjon til å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Også stillheten, eller talepauser, er en del av den nonverbale kommunikasjonen som kan være et nyttig, sterkt og kraftfullt virkemiddel som er viktig å bruke bevisst (Eide & Eide, 1999).

Kommunikasjon innebærer ikke bare å forstå språket, men også all den menneskelige erfaringen som språket uttrykker (Skau, 2005). Det samiske språket er blant annet rikt på metaforer. Bals (2015) viser til at man må ha et visst kjennskap til den samiske kulturen for å forstå helheten av metaforens betydning. Om den samiske brukeren benytter seg av metaforer som for eksempel raven, ulven og skjæra, vil man uten kjennskap og forståelse for metaforen trolig ha utfordringer med å forstå budskapets helhet.

Bongo (2012) fremholder at samiske brukere kan ha en tendens til å være stille, tilbakeholdne, eller bruke lengre tid på å komme til poenget. Taushet har en verdi, og kan benyttes som en metode av samiske brukere for å forholde seg til ulike situasjoner. Og når de først velger å samtale, kan de ofte snakke i gåter eller benytte metaforer. Bongo (2012) poengterer at samiske brukere kan oppleve den direkte samtaleformen som norsk helsevesen ofte verdsetter, som frekk eller ubehagelig.

Ifølge Skau (2005) uttrykker helsearbeideren gjennom kommunikasjonen sitt verdigrunnlag, sitt menneskesyn, sine holdninger til seg selv og andre, sine livserfaringer, sine kunnskaper og innsikt. Og man ikke kan komme lengre i sin kommunikasjon enn det man er kommet i sin menneskelige utvikling (Skau, 2005).

Ut fra resultatene fra denne studien er det er tenkelig at samtaler med samiske brukere ville blitt friere og gått lettere dersom sykepleieren hadde kunnet det samiske språket og hatt kjennskap til samisk kulturforståelse. Det samiske språket omtales av samer som hjertespråket. Ifølge Helsedirektoratet (2013) er det dokumentert at samiske brukere med psykoselidelser opplever sin behandlingsallianse med norsk helsepersonell som dårligere enn

norske brukere opplever tilsvarende allianse. Også Sørli og Nergård (2005), viser til at samiske brukere er mindre fornøyde med behandlingen fra norsk helsevesen, sammenlignet med de norske brukerne. Hovedårsaken til dette tilskrives manglende samisk språkkompetanse hos norsk helsepersonell.

I sårbare situasjoner vil det kunne oppleves uvant å snakke om følelser på et annet språk enn morsmålet, dette til tross for at de i dagligdagse samtaler snakker norsk godt. Etter sameloven § 3-5 fremkommer det at de som ønsker å bruke samisk, har rett til å bli betjent på samisk innenfor det samiske forvaltningsområdet, som dekker enkeltkommuner i Finmark, Troms, Nordland og Nord Trønderlag (Helsedirektoratet, 2013).

Studien har vært gjennomført utenfor samenes kjerne- og forvaltningsområde, hvor samiske brukere etter loven ikke har krav på behandling på morsmålet, men viser at deltagerne likevel synes at helsevesenet her kommer til kort, og har mer å gå på når det gjelder tilrettelegging for samiske brukere. Dersom hjelpeinstansen har samisk helsepersonell eller personell med kjennskap til samisk språk og kulturforståelse, foreslår deltagerne at disse bør benyttes i møte med de samiske brukerne.

Det må understrekes at selv om studien viste at norske sykepleiere kommer til kort med tanke på språket, poengterer Skau (2005) at kommunikasjon alltid er utfordrende i arbeid med mennesker, uavhengig av ulik kulturell bakgrunn. Sykepleiere bør derfor jobbe mot et fokus der egen kommunikasjon stadig videreutvikles.

I drøftingen har vi sett at norske sykepleiere mangler den *gratis inngangsbilletten* som samisk språk gir, men holdningen og mentaliteten viser at de norske sykepleierne ønsker å overkomme utfordringene og arbeider for et best mulig behandlingsresultat. For selv om de norske sykepleierne mangler det samiske språket, er det flere aspekter og flere mulige vinklinger på tilnærmingen, som er med å bygge opp en relasjon. Dette vil bli drøftet i en større sammenheng i neste kapittel om relasjon.

5.2 Å skape relasjoner

5.2.1 Å komme i posisjon til å danne en relasjon

Deltagerne i studien bruker mye tid og ressurser på å komme i posisjon til å danne en relasjon, og trolig er tidsperspektivet for å danne en relasjon noe lenger for norsk helsepersonell i møte med samiske brukere, enn det tilsvarende er for samisk helsepersonell. I tråd med resultater fra tidligere forskning, (Møllersen et. al., 2005, Bongo, 2012, Nergård, 2017) løftes også her kjennskap til kulturen frem som en viktig faktor for å komme i posisjon til å skape en posisjon.

Studien viste at tålmodighet er en grunnleggende faktor for å skape en relasjon. Deltagerne har erfart at for å komme i posisjon til å skape en relasjon, må tilnærmingen tilpasses. Tiden som brukes sammen med brukeren trenger ikke nødvendigvis bestå av terapeutiske samtaler. Studien viste at relasjonene mellom sykepleier og bruker utvikles gjennom å bruke tid sammen, og ved å la tillitsforholdet gradvis vokse frem i relasjonene gjennom en tilpasset tilnærming. Dette er også i tråd med Helsedirektoratet (2013) som i retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoseproblematikkviser til at tilfriskningen kan synes å avhenge av kontinuiteten gjennom langvarige, engasjerte og tillitsfulle relasjon mellom helsepersonell og bruker.

En tilpasset tilnærming kan beskrives som å være på *likefot* eller være på samme *arena* som brukeren. Dette fordrer at sykepleieren har en viss kjennskap til kulturen og vet hvilke faktorer som er av betydning for brukeren. Kontaktetableringsfasen er avgjørende for relasjonen, og er med på å farge og forme det mellommenneskelige forholdet. Ifølge Hummelvoll (2003) hviler sykepleie- bruker- fellesskapet på noen sentrale hjørnesteiner, der likeverdighet står fremst, som selve kjernen i fellesskapet. Det å skape en felles forståelse på tvers av kulturforskjeller fordrer en åpenhet for ulikheter. Uten en trygg og tillitsfull relasjon er ikke sykepleier og bruker på samme *arena* eller på *likefot*, noe behandlings resultatene vil kunne bli preget av.

Dagsvold (2010) viser til at relasjon er en av nøkkelingrediensene for å lykkes med utformingen av en hensiktsmessig helsehjelp. Forståelse og respekt for andres verdier og

unikheter er viktige elementer i arbeid med alle mennesker og spesielt i møte med etniske minoriteter. Dette krever ifølge Dagsvold (2010) at vi på holdningsplan anerkjenner den andre som likeverdig, noe som innebærer at man er bevisst sin egen livshistorie, egne holdninger og normer. Gjennom refleksjon over egen kultur og bakgrunn vil forståelsen for kulturen og hvilke verdier den bygger på, vokse frem (Silviken og Stordahl, 2010). I en slik sammenheng er det ikke tilstrekkelig å kun besitte erfaringsbasert kulturkunnskap, men man må også evne å analysere de mellommenneskelige forholdene i et kulturelt perspektiv (Silviken og Stordahl, 2010).

Kulturell selvrefleksjon kan sees i sammenheng med Gadamer's filosofi om at bevisstheten på egne fordommer og forforståelse, er en forutsetning for all forståelse. Denne studien viste at deltagerne ønsket å benytte faglig forum med kollegaer, for å dele erfaringer, drøfte og reflektere over oppfølgingen av samiske brukere (Gadamer & Jordheim, 2003).

Ifølge Gadamer kan man ikke forstå en situasjon fullstendig så lenge man selv fortsatt befinner seg i den (Gadamer & Jordheim, 2003). Sykepleierne i studien tilstreber gjennom refleksjoner over situasjoner å forstå det helhetlige sykdomsbildet. Ved å benytte sin kunnskapsbagasje utvider sykepleieren gradvis sin forståelse, gjennom å forstå helheten ut fra delene, og delene ut fra helheten, jamfør Gadamer (2003). På denne måten bygger man opp et grunnlag for å kunne forstå den andres situasjon. Ifølge Gadamer (1999) må man imidlertid vokte seg for å tro at den umiddelbare forståelsen er den fulle sannhet. Men den nye erfaringen gir ny forståelse og innsikt, og utvider horisonten (Gadamer, 1999). Også Meløe (1994) løfter erfaringskunnskapen frem som grunnleggende for forståelsen, og fremholder at man først kan forstå den andre, når man selv besitter tilstrekkelig kunnskap og fortrolighet innenfor samme emne. Kunnskapen sykepleieren besitter vil således være utslagsgivende for hvordan den samiske brukeren med psykoseproblematikk forstås, noe som igjen vil ha betydning for behandlingen som gis.

Studien viste også at samiske brukere noen ganger kan oppleves å være skeptisk til norsk helsevesens troverdighet, og at det kan virke som samiske brukere tilbakeholder opplysninger om at de har samisk bakgrunn. Dette kan trolig sees i sammenheng med

fornorskingspolitikken, selv om den i dag er et tilbakelagt kapittel. Kanskje fremkaller fornorskingspolitikken fortsatt mange følelser for den samiske brukeren, og det kan virke som det forenkler deres situasjon, å fremstille seg som norsk. Selv om noen samiske brukere kan forsøke å skjule sin identitet, så viste studien at den samiske siden hos brukeren, og de kulturelle trekkene likevel kan være godt synlig. Dette er i tråd med Nymo (2003) som viste til at samer spesielt før den samiske revitaliseringen, skjulte sin identitet og påtok seg en norsk rolle for å unngå stigmatisering. Det er derfor viktig at sykepleieren alltid er åpen for å se hva som ligger bak brukeren ytre. Ifølge Hansen (2011) kan etnisk diskriminering medføre helsemessige utfordringer og kan og være en risikofaktor for psykiske lidelser. Denne type diskriminering av samer er ifølge Hansen (2011), størst utenfor det samiske kjerneområdet.

Også Urheim (2007) fremholder at situasjon for samene i dag fortsatt kan bære preg av den 150 år lange fornorskingsperioden. Urheim (2007) viser til at flere samer bevisst velger en strategi der de tilpasser seg majoritetsbefolkningen, for på den måten å skape et bedre liv og et bedre utgangspunkt for anerkjennelse og arbeid. Selv om vi i dag står ovenfor en samisk revitalisering, er fortsatt graden av integrering varierende. Urheim (2007) viser til at fornorskingsens undertrykkelse og tildels den negative holdning fra majoritetsbefolkningen, ble en belastning, og at det samiske av noen kunne oppleves skambelagt. Dette har gjennom årene påvirket den fysiske og psykiske helse hos flere samiske brukere. Dette kan trolig sees i sammenheng med denne studien som viste at ikke alle samer står frem som samiske.

5.2.2 Betydningen av den personlige egnetheten

Et siste hovedresultat i denne studien er at den personlige egnetheten som inkluderer personlige egenskaper har stor betydning i profesjonsutøvelsen. Den personlige egnetheten er en viktig del av den personlige kompetansen, og inngår som en selvfølgelig del av den samlede profesjonaliteten til sykepleieren, som videre også inkluderer teoretisk og praktisk kunnskap. Studien viste at helsepersonell ofte besitter den type egenskaper som er med på å gi et grunnlag for yrkesprofesjonaliteten. Videre fremkom det av denne studiens resultater at det kan virke som at de som velger å jobbe med mennesker og psykisk helse har gjort et bevisst yrkesvalg og ofte også har den type egnethet som skal til. Evne til å være oppmerksom, ha

innlevelse, empati, tilstedeværelse og tålmodighet ble trukket frem av deltagerne som viktige egenskaper å ha i møtet med samiske brukere med psykoseproblematikk.

Ifølge Skau (2005) handler graden av tålmodighet om hvem vi er som person, både for oss selv og i møte med andre. Å utvikle den personlige kompetansen som man benytter i utøvelsen av sykepleie tar tid, og Skau (2005) fremholder at den personlige kompetanse ikke er yrkesspesifikk, men en viktig faktor som forteller noe om hvem man lar andre være i møte med seg selv.

Sykepleierens profesjonalitet handler om de verdier, kunnskaper og ferdigheter som er med på å fylle yrkesrollen (Skau, 2005). Studien viste at refleksjon og utvikling av kompetanse har stor verdi i utvikling av den personlige kompetansen. Gjennom bevisstgjøring av egne verdier og holdninger bygges en personlig trygghet, som gir mulighet til å se teoriers nytte, troverdighet og konsekvenser, som igjen gir faglig trygghet (Skau, 2005).

Også Molander (1996) fremhever refleksjon som forutsetning for læring og påpeker at kunnskap først utvikler seg gjennom handling. Kunnskapen er ikke fullstendig kun gjennom teoretisk innføring. Ferdigheten bevises når den kommer til uttrykk i praksis.

Skau (2005) viser til Ichak Adize som trekker et skille mellom to ulike kompetanseformer: *Det å være* og *det å vite*. Han fremholder at det et menneske vet, i form av faktakunnskaper og ny forskningsbasert kunnskap, er viten som foreldes relativt raskt flere ganger i løpet av livet. Mens i utviklingen av personlig kompetanse er derimot tiden en nødvendighet og en positiv faktor, og beskrives som en modningsprosess, som i tillegg til tid også trenger påfyll av aktiv refleksjon over det man opplever i livet. Denne modningsprosessen beskriver Weidemann i følge Skau (2005) med å si: *"Det tar tid å bli et menneske. Et liv omtrent"*

Den personlige kompetansen kan således sees som unik hos hver enkelt sykepleier, og den skiller seg fra de teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter som er felles for profesjonen. Det er således den enkeltes individuelle personlige kompetanse som er avgjørende for graden av egnethet som sykepleier.

I Psykisk helsearbeid er relasjoner mellom mennesker, som tidligere drøftet, viktig. Den personlige kompetanse tillegges stor betydning for samspillet mellom mennesker, både av

deltagerne og av Skau (2005), som fremholder denne kompetanseformen som avgjørende for hvor langt man vil kunne nå med de teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter man besitter. For å være en god sykepleier holder det derfor ikke å kun ha teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter. Ifølge Skau (2005) er måten man utøver faget på og måten man lar seg berøre på, samt i hvilken grad man tar i bruk sin personlighet, like viktig. Ved å følge denne tanken som løfter sykepleierens personlighet, fremkommer betydningen av den personlige kompetansen. Dette er i tråd med denne studien, som viser at personlig egnethet er svært sentral i profesjonsutøvelsen, i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk.

Skau (2005) deler, som tidligere nevnt, kompetansebegrepet inn i yrkesspesifikke ferdigheter, teoretiske kunnskaper og personlig kompetanse, og understreker at de tre ulike aspektene kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde. Kompetansen utgjør således en helhet der de ulike sidene henger sammen, påvirker hverandre og avhenger av hverandre. Dette sammenfaller med denne studien hvor det fremkommer at all kompetanse henger sammen, og at både personlig egenskaper, teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter er nødvendig i arbeidet som sykepleier i kommunal rus- og psykiatritjeneste.

5.3 Styrker og begrensninger ved studien

Det er en styrke ved studien at den kan være med på å belyse et kunnskaps- og kulturfelt hvor, det norske helsevesenet kan synes å komme til kort. Studien har som kvalitativ studie en styrke ved at den kan generere eventuelle nye problemstillinger og således videre danne et utgangspunkt for ytterligere nye studier. Dette kan på sikt bidra til å styrke og øke kunnskapen om dette temaet og videre generere økt inkludering av samisk kulturforståelse.

Denne studien har fire deltagere, og vil av den grunn ikke være generaliserbar i den forstand at man kan trekke slutninger fra denne studien over i større populasjoner. Likevel kan studien ha en overføringsverdi, for eksempel gjennom at andre sykepleiere vil kunne kjenne seg igjen i deltagerens erfaringer og dra nytte av disse.

Det er rimelig å anta at en annen forsker sannsynligvis ville kunne gjennomføre den samme studien ved å følge mine beskrivelser. Det betyr imidlertid ikke at vedkommende

nødvendigvis vil komme frem til samme resultater. Deltagerne tilegner seg stadig nye kunnskaper, holdninger og erfaringer som vil være er med på å sette farge på deres oppfattelse av studiens intervju spørsmål.

Det å forske i eget felt har også sine styrker og begrensninger. Min dobbeltrolle som spesialsykepleier med samisk bakgrunn gir meg en fordel ved at jeg har kunnskaper om temaet som kan gi meg en bedre forutsetning for å stille spørsmål som personer uten denne bakgrunnen kanskje ikke tenker på. Samtidig kan det være en begrensning at jeg kan overse forhold som synes selvsagte, eller av samme grunn unnlater å stille spørsmål.

5.4 Refleksjoner og implikasjoner

I offentlige føringer (Helsedirektoratet, 2013, Sosial og helsedepartementet, 1995) fremkommer det at det fortsatt er udekkede behov i behandlingstilbudet for samiske brukere med psykoselidelser, og at det fortsatt er behov for økt inkludering av kulturkunnskap til helsepersonell som behandler samiske brukere. Samtidig ser man en økt prioritering av det samiske perspektivet i offentlige føringer, både i utdanningen og i praksisfeltet. Mine resultater er i tråd med de offentlige føringene, og viste at deltagerne opplever at oppfølgingen av samiske brukere med psyko-seproblematikk ikke er tilstrekkelig tilpasset, og at helsepersonell mangler samisk kulturforståelse. En implikasjon av denne studien kan være at sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen vil kunne ha stort utbytte av kurs eller videreutdanning som styrker sykepleierens kompetanse og kulturforståelse. En annen implikasjon kan være å utvikle arenaer der sykepleiere som jobber med samiske brukere med psykoselidelser, kan reflektere sammen med annet helsepersonell. Begge disse implikasjonene vil kunne bidra til å styrke sykepleieres kompetanse, noe som igjen vil styrke kvaliteten på oppfølgingen av denne brukergruppen.

6 Avslutning

6.1 Oppsummering

I denne studien er det satt fokus på hvilken kompetanse sykepleiere erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. Oppgavens formål var å synliggjøre mulige utfordringer ved dette temaet og videre kunne bidra til en økt forståelse av hva som er god behandling for denne brukergruppen.

Problemstillingen i denne oppgaven var:

Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk?

Resultatene viste at sykepleierne har erfart at det å ha kompetanse om samisk språk, kultur og levesett har stor betydning i møte med og i oppfølgingen og behandlingen av samiske brukere med psykoseproblematikk. Både teori og forskningsresultater indikerer at det er mangel på undervisning om samisk kulturforståelse og kunnskap om samisk levesett i grunn- og videre utdanningen, og at kunnskapen om dette også er mangelfull i dagens helsevesen.

Studiens resultater viste at oppfølgingen til samiske brukere med psykoseproblematikk ikke var tilstrekkelig tilpasset i denne studiets område, som ligger utenfor samenes kjerneområder.

Videre viste resultatene at sykepleierne ønsker mer kunnskap om samisk kultur og levesett for å få et best mulig grunnlag for et kultursensitivt møte, oppfølging og behandling. Dette er for øvrig i tråd med Helsedirektoratets (2013) anbefalinger om at helsepersonell bør besitte samisk kulturell og språklig kompetanse som en forutsetning for å kunne yte god helsehjelp.

Resultatene viste at samiske brukere kan være skeptiske til norsk helsevesen, og at mangel på samisk språk og kulturkunnskap virker relasjonshemmende. Studien viste også at de av deltagerne som har fått veiledning fra SANKS, har opplevd dette som avgjørende for at den jobben de har gjort har vært god nok. Videre viste resultatene at mangel på samisk kulturforståelse hos helsepersonell kan medføre at brukerens tanker om overtro og forståelse

av egen kultur kan feiltolkes som psykosesyntomer og virkelighetsbrist. Noe som i verste fall kan medføre feilbehandling. Dette er for øvrig i tråd med tidligere forskning.

Resultatene viste også at deltagerne har erfart at evnen til å skape en relasjon er av stor betydning i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk. Å være åpen for andre sykdomsforståelser og å finne *likefot* med brukeren er relasjonsfremmende. Deltagerne bruker mye tid og ressurser på å komme i posisjon til å danne en relasjon, og personlig egnethet og personlige egenskaper fremheves av deltagerne som avgjørende kompetanse for å oppnå en trygg og god behandlingsrelasjon, og inngår således som en del av den helhetlige profesjonelle kompetansen.

6.2 Videre forskning

Norske sykepleiernes erfaringer om hvilke kompetanse som er betydningsfull i møte med samiske brukere er en viktig del av utøvelsen av sykepleiefaget. Å arbeide med dette temaet har vært berikende, lærerikt og interessant.

I fortsettelsen ser jeg at det hadde vært interessant å sett på utbredelsen av eventuelle feiltolkninger av samisk kulturforståelse og overtro og psykosesyntomer i kommunehelsetjenesten.

Videre hadde det også vært et interessant bidrag til kunnskapsfeltet med en lignende studie utført i samenes kjerneområder, for å kunne sammenligne hvilken kompetanse sykepleierne erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykiske lidelser i de forskjellige områdene.

Litteraturliste

- ALTERN, I. & MINDE, G.T. 2000. *Samisk folkemedisin i dagens Norge*. Rapport fra seminar i regi av Institutt for sosiologi og Senter for samiske studier, Tromsø 26-27 nov 1998. Skriftserie nr 9. Senter for samiske studier. Universitetet i Tromsø. Tromsø.
- AMUNDSEN, K. T. 2012. *Psykisk helsevern til den samiske befolkningen – kulturelle utfordringer* (Masteroppgave). Universitetet i Nordland. Bodø.
Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/140505>
- ANDERSEN, K. B. 2007. *Å berges: erfaringer om bedringsprosesser ved alvorlige psykisk lidelser i sjøsamisk område* (Masteroppgave). Høgskolen i Hedmark; Høgskolen i Vestfold; Høgskolen i Gjøvik; Elverum.
Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/132544>
- AUSTGARD, K. 2002. *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleieren*. Oslo: J. W Cappelens Forlag AS.
- BALS, M. E. I. 2015. *Samiske terapeuters erfaringer med pasienter som mener de lider av ganning* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet. Tromsø. Hentet fra: <https://munin.uit.no/handle/10037/9352>
- BONGO, B. A. 2002. *"Hva er en bærer"?: Belysning om en måte å forstå psykiske lidelser på i den samiske kulturen* (Hovedfagsoppgave). Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- BONGO, B. A. 2012. *"Samer snakker ikke om helse og sykdom" Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ studie i samisk kultur* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet. Tromsø.
Hentet fra: <https://munin.uit.no/handle/10037/5458>
- DALLAN, O. 2004. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3.utg., 4 oppl. Oslo: Gyldendal.
- EIDE, H., EIDE, T. 1999. *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 1.utg., 5 oppl. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- ERIKSEN, L., BONGO, B., MEHUS, G. 2017. *Urfolksperspektiv i utdanning*. Nordisk sygeplejeforskning 03/2017 (vol. 7). Hentet fra: https://www.idunn.no/nsf/2017/03/urfolksperspektiv_i_utdanning

- GADAMER, H.-G. Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip i:
GULDDAL, J & MØLLER, M. 1999. *Hermeneutik: en antologi om forståelse*.
København: Gyldendal.
- GADAMER, H.-G & JORDHEIM, H. 2003. *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*. Oslo: Cappelen.
- GUTTORM, G., & HUSEBEKK, A. 2017. *Helse og omsorg på samisk*. UIT Helseblogg.
Hentet fra: <http://blogg.uit.no/helsefak/tag/samisk-helse/>
- HANEM, T. 1999. *Kartlegging av nokre folkelige førestillingar om sjukdom og ulukke i eit samisk område. Drøfting av klinisk implikasjoner i møte med vestleg psykologi*.
Diedut.4/199. Sami Instituhtta/Samisk Institutt, Kautokeino.
- HANSEN, K. L. 2011. *Ethnic discrimination and bullying in relation self-reported psysichal and mental health in Sami settlement areas in Norway*. (Doktoravhandling)
Universitetet i Tromsø- Norges Arktiske Universitet, Tromsø. Hentet fra:
<https://munin.uit.no/handle/10037/3259>
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2001. *Mangfold og likeverd – Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002-2005*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-1046-b/id102013/>
- HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven).
- HELSEDIREKTORATET 2013. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*.
- HUMMELVOLL, J. K. 2003. *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*.
5. utg., 5. oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- KASSAH, B. L. L, TINGVOLL, W. & NORDAHL-PEDERSEN, H. 2016. *Forebyggende helsearbeid i sykepleie i kommunal helse og omsorgstjeneste*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- KUNNSKAPSDEPARTEMENTET 2017. *Forskrift om felles rammeplan for helse- og Sosialfagutdanninger*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse-og-sosialfagutdanninger/id2569700/>
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

- LARSEN, L, A. 2012. *Fortellinger om læsing* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet. Tromsø. Hentet fra: <https://munin.uit.no/handle/10037/4340>
- LØGSTRUP, K. E. 2012. *Den etiske fordring*. 4. utg., 2. oppl. Aarhus: Forlaget Klim
- MALT, U. F., RETTERSTØL, N. & DAHL, A. A. 2003. Psykiatriens historie. In: MALT, U. F., RETTERSTØL, N. & DAHL, A. A (red.). *Lærebok i psykiatri* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- MELØE, J. 1994. *Steder og verdener i kunnskap og utvikling*. Rapport fra Nasjonal Fagkonferanse i Pedagogikk Haavelsrud, Magnus (red.) Norges forskningsråd og universitet i Tromsø 1994.
- MOLANDER, B. 1996. *Kunnskap i handling*. Göteborg, Daidalos.
- MØLLERSEN, S., SEXTON, H. C & HOLTE, A. 2005. *Ethnic variations in the initial phase of mental health treatment: A study of Sami and non-Sami clients and therapists in northern Norway*. Scandinavian Journal of Psychology. Vol.46 (5), pp.447-457.
- NORSK HELSEINFORMATIKK 2018. *Schizofreni – omfang og betydning*. (NHI.NO) Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-forekomst/>
- NORSK SYKEPLEIEFORBUND 2016. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NERGÅRD, R. J. M. 2017. *Psykiske helsearbeideres erfaringer med å inneha samisk språk- og kulturforståelse i møte med samiske pasienter* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø – Norges arktiske Universitet. Tromsø
- NYMO, R. 2003. *”Har løst å kle på sæ kofte, men tør ikkje og vil ikkje”*: en studie av fornorskning, identitet og kropp i markebygdene i Ofoten og Sør-Troms. Hovedoppgave i sykepleievitenskap, Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- POLLAN, B. 1993. *Samiske sjamaner. Religion og helbredelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- ROSENVINGE, J., LARSEN, E., SKÅRDERUD, F. & THUNE-LARSEN, K-B. 2004. *Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres?* Tidsskrift for Norsk psykologiforening, 6.
- SAMELOVEN 1987. *Lov om sametinget og andre samiske rettsforhold*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1987-06-12-56#KAPITTEL_3
- SAMETINGET 2017. *Historikk*. <https://www.sametinget.no/Om-sametinget/Bakgrunn/Historikk>
- SEXTON, R. 2009. *Traditional healing and the public mental health services in Sami areas of northern Norway: interfaces and cooperation*. (Doktoravhandling) Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet. Tromsø. Hentet fra: <https://munin.uit.no/handle/10037/2450>
- SILVIKEN, A., STORDHAL, V. 2010. *Samisk psykisk helsevern: Nye landskap, kjente steder og skjulte utfordringer* (red.) ČálliidLágadus. Karasjok.
- DAGSVOLD, I. Det kultursensitive helsemøtet. Kunnskapsmessige utfordringer.
- GERHARDBSEN, E. ”Jeg skjønner meg ikke på dem” – om kulturelle faktorer i kommunikasjon.
- SKAU, G. M. 2005. *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 3. utg. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- SKÅRDERUD, F., STÄNICKE, E., HAUGSGJERD, S. A. M. D. & ENGELL, S. 2010. *Psykriatiboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- SNOEK, J. E. & ENGEDAL, K. 2000. *Psykatri: Kunnskap - forståelse - utfordringer*. Oslo: Akribe
- SOLBAKKEN, J. T. 1990. *Samene - en håndbok*. Sami instituttha – Davvi Girji OS. Karasjokk.
- SOSIAL OG HELSEDEPARTEMENTET 1995. *Plan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge*. (NOU 1995: 6) Oslo: Sosial- og helsedepartementet Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1995-6/id139873/>
- SOSIAL OG HELSEDEPARTEMENTET 1997-98. *Stortingsproposisjon nr. 63. Opptrappingsplan for Psykisk helse*. Oslo.
- SØRLIE, T & NERGÅRD, J. I. 2005. *Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment: A comparative study*. Transcultural Psychiatry 42:295-316.

- THAGAARD, T. 2009. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. 3.utg. Bergen: fagbokforlaget.
- THOMASSEN, M. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- THORNQUIST, E. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- TJORA, A. 2013. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2. utg., 2 oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- UNIVERSITETET I TROMSØ- NORGES ARKTISKE UNIVERSITET (2018). *Helse i Sápmi: Helsefaks samiske profil i forskning og utdanning*. Det helsevitenskapelige fakultet. Hentet fra:
https://uit.no/om/enhet/artikkel?p_document_id=542470&p_dimension_id=88108
- URHEIM, R. 2007. *Trenger samer et tilpasset helse- og sosialtilbud?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2007(1). pp.141-143. Hentet fra:
https://www.idunn.no/tph/2007/01/trenger_samer_et_tilpasset_helse-og_sosialtilbud

Vedlegg 1

Informasjonsskriv

”Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk?”

Mitt navn er Elin Beate Løvstad. Jeg er masterstudent i Helsefag og studerer ved Institutt for helse og omsorgsfag, ved UiT, Norges arktiske universitet. Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie der hensikten er å få en forståelse av hvilken kompetanse sykepleiere erfarer som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk i hjemmet.

For å belyse min problemstilling ønsker jeg å intervju sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste, som har minimum 3 års erfaring i arbeid med samiske brukere med psykoseproblematikk. Intervjuet vil bestå av noen forberedte spørsmål, og vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1 time.

Prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste (NSD). Informasjonen som registreres om deg skal brukes som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer. Et fiktivt navn vil knytte deg til dine opplysninger. Det er kun jeg som har adgang til ditt navn og som kan finne tilbake til deg. Jeg planlegger å avlegge eksamen våren 2018. Lydbånd vil bli slettet og utskrevne intervju vil bli makulert når studien er ferdigstilt.

Jeg ønske å intervju deg om dine erfaringer med å jobbe med samiske brukere med psykoseproblematikk. Årsaken til at du blir spurt om deltagelse i studiet er med bakgrunn i din erfaring fra arbeid med denne pasient gruppen. Denne undersøkelsen vil gi et utgangspunkt for videre arbeid med min masteroppgave.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien. Opplysningene du har gitt meg og ditt navn vil da umiddelbart bli slettet.

Jeg håper du finner prosjektet interessant og at du ønsker å delta. Vedlagt ligger en samtykkeerklæring som jeg ønsker at du signerer og returnerer i vedlagt frankert konvolutt. Når jeg har mottatt ditt samtykke vil jeg ta kontakt med deg på telefon og avtale tid og sted for intervjuet. Jeg vil så langt det lar seg gjøre tilstrebe å få dette tilrettelagt i din arbeidstid.

Dersom det skulle bli aktuelt å trekke seg, eller du har andre spørsmål, kan du kontakte:

Elin Beate Løvstad

Spesialsykepleier Tromsø kommune og student ved UiT Tromsø

Epost: Elinblovstad@gmail.com

Telefon: 95744183

Prosjektansvarlig ved universitetet i Tromsø: Maria Bakland

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i mastergradsprosjektet:

”Hvilken kompetanse erfarer sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste som betydningsfull i møte med samiske brukere med psykoseproblematikk?”

Jeg (skriv ditt navn her).....

Har lest gjennom informasjonsskriv og samtykker herved til å delta i prosjektet.

Min deltakelse i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltakelse.

Sted Dato.....

Signatur

Kontaktadresse.....

Mobilnummer E-post

Tlf. jobb E-post jobb.....

Vedlegg 3.



Maria Bakland

9037 TROMSØ

Vår dato: 09.10.2017

Vår ref: 56061 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

56061	<i>Hvilken kompetanse erfarer sykepleieren i kommunal rus- og psykiatritjeneste som betydningsfull i behandling av den psykotiske samiske brukeren</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Maria Bakland</i>
Student	<i>Elin Beate Løvstad</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

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

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endrings skjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 20.06.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no

Vedlegg 4.

Intervjuguide

Informasjon før intervjuet.

Formålet med prosjektet, min rolle som forsker, gjennomføring med lydopptak, transkribering og anonymisering. Undersøker om informanten har noen spørsmål og åpne for at informanten kan spørre underveis.

Alder, yrkesbakgrunn, mange års erfaring?

- 1) Kan du fortelle litt om dine erfaringer med å jobbe med samiske brukere med psykoseproblematikk?
- 2) Kan du fortelle om et møte med en samisk bruker med psykoseproblematikk som du synes ble fint eller gjorde inntrykk?
- 3) Hvilken kunnskap/kompetanse tenker du bør vektlegges i møte med denne bruker gruppen?
(Stikkord: teori/faktakunnskap, erfaringsbasert kunnskap, forskningsbasert, kultur kunnskap).
- 4) Hvilke personlige egenskaper hos deg som sykepleier vektlegger du i møte med denne bruker gruppen.
- 5) Opplever du noen ulikheter/likheter i møte med samiske brukere med psykoseproblematikker sammenlignet med norske brukere med samme problematikk?
- 6) Hvordan opplever du at oppfølgingen og tilpassningen til samiske brukere med psykoseproblematikk er i din kommune/ arbeidssted?

Oppfølgingsspørsmål kan være:

- Hvordan opplever du å samtale om slike tema
- Kan du si noe mer?
- Kan du gi et eksempel?

Til slutt vil jeg oppsummere intervjuet og spørre om informanten har noe mer han/hun vil si?