

Uttalelser fra norske helsearbeidere, ofte hørt på informasjonsreiser (for SANKS) rundt i Norge.

# Den som tier samtykker – eller ikke

*Kulturforståelse og samhandling med den samiske pasienten*

AV SNEFRID MØLLERSEN

Å forutsette at den som tier samtykker, er en kulturelt betinget handling. Å forutsette at den som tier ikke samtykker, er en handling som er forankret i en annen kultur. I den norske kulturen er taushet ofte uttrykk for enighet. I den samiske kulturen er taushet ofte uttrykk for meningsforskjell. Taushet er en av mange sosiale «koder» som forenkler samhandling og kommunikasjon, når man har felles forståelse av koden. Men det kan føre til misforståelser, forvirring, mistenksomhet og engstelse når «koden» har ulik mening for den som sender og den som mottar. I helsevesenet kan denne typen misforståelse i verste fall avstedkomme feilvurderinger og uhensiktsmessig behandling.

Vi ser, oppfatter og tolker omgivelsene i det perspektivet som er naturlig og selvfølgelig ut fra den kulturen vi selv er en del av. De fleste som jobber i norsk helsevesen tilhører majoritetskulturen. Opplæringen i helsefagene foregår ved utdanningssteder med majoritetskulturens forståelse av helse, sykdom, livsverdier og sosiale standarder. Organiseringa av og innholdet i helsevesenet i Norge er modellert etter den vestlig kulturens livsverden. Pasientene blir møtt på majoritetskulturens premisser, og helsepersonellet jobber etter majoritetskulturens anvisninger.

Erfaringer med fremmedkulturelle innvandrerbefolkninger har i løpet av noen tiår fremtvunget økende erkjennelse av at samarbeidet med pasienten forutsetter samarbeid med (kulturelle) verdier og normer i pasientens livsverden. Oppmerksomheten på etniske minoriteter er imidlertid oftest begrenset til mennesker med geografisk opprinnelse i andre verdensdeler. Det er gjerne synlige fysiske kjennetegn som utløser tanken om at en annen person tilhører en minoritetskultur. Mennesker uten tydelige ytre kjennetegn på annerledeshet i forhold til majoritetsbefolkningen, blir ofre for den kortslutning at det er en sammenheng mellom observerbare biologiske kjennetegn og kultur. Det gjelder bl.a. den samiske urbefolkning. Hel-



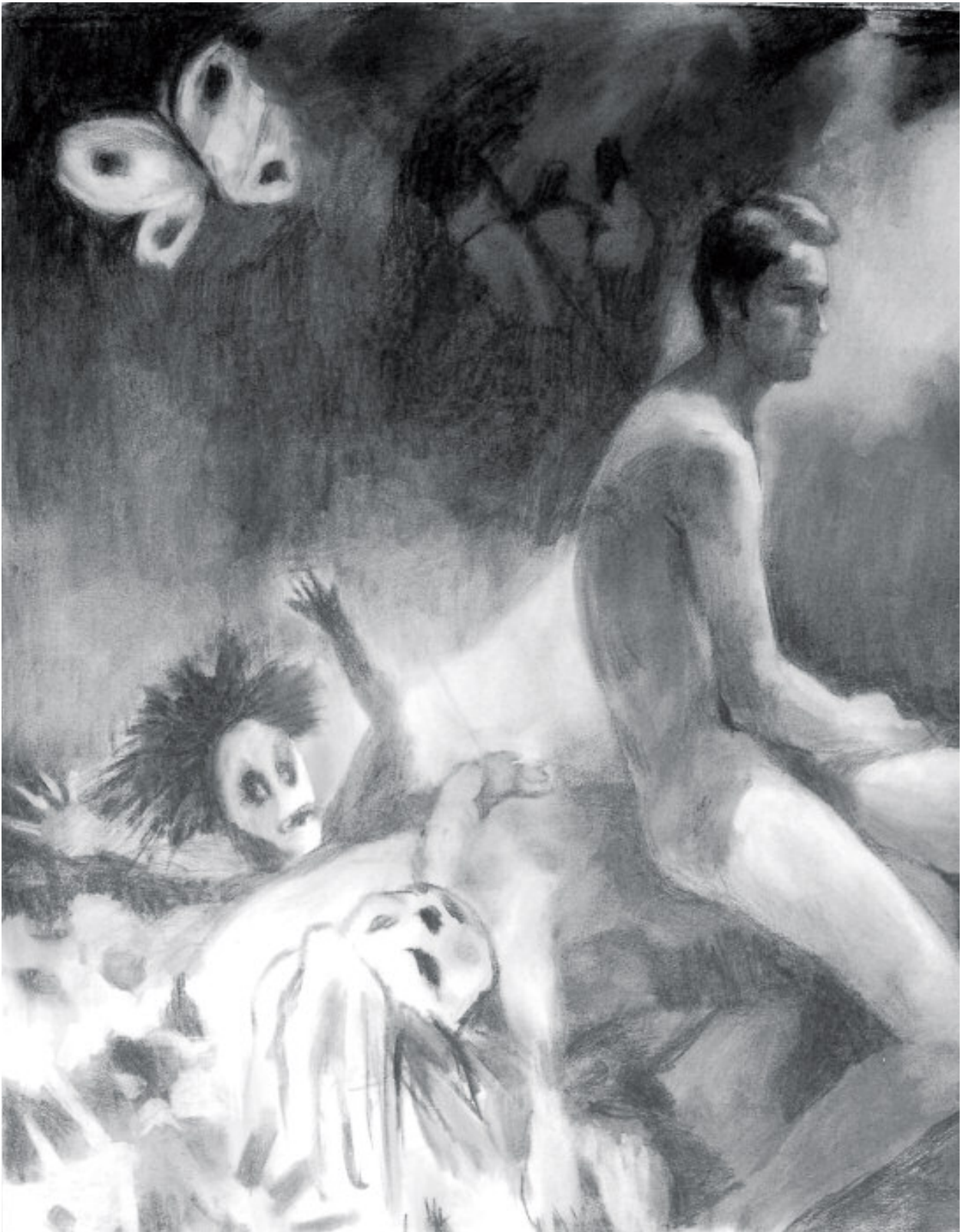
**Snefrid Møllersen**, 57 år. Utdannet psykolog fra København Universitet 1976, spesialist i klinisk psykologi 1984, dr. psychol 2008. Har jobbet i PP-tjenesten, Barne- og Ungdomspsykiatrien og Voksenpsykiatrien. Har de siste par år vært ansatt ved Samisk Nasjonalt Kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS), avdeling for voksne, akutt-teamet med arbeidsområde Midt-Finnmark og sørsamisk område.

sevesenet møter den samiske pasienten uten å være forberedt på eller fange opp pasientens kulturelle ståsted. Eller retttere, helsevesenet overser den samiske pasienten.

*«Jeg skjønner ikke helt behovet for å fokusere så mye på en gruppe som knapt nok eksisterer.»*

## Kultur og helse

Kultur er generasjoners erfaringer fra samspillet med de gitte fysiske, sosiale og politiske omgivelsene. Kulturen overleverer forestillinger og funksjonelle levestandarder slik at mennesket skal kunne håndtere livets sosiale og praktiske utfordringer. Den samiske kulturen er en gammel kultur utviklet i tett samspill med landskapet i det området samene bebodde allerede før nasjonalstaten ble dannet. Kulturen ble påvirket av koloniseringen med fortregning fra landområder og næringsgrunnlag. Med fremveksten av velferdsstaten kom nye politiske føringer: hele befolkningen skulle få del i velferdsgodene. Den samiske befolkning ble assimilert inn i velferdsgoder som var tuftet på majoritetskulturens verdier, normer, levemåte og ideologi/tro. Samisk språk, spiritualitet, levesett og opparbeidet kunnskap om bl.a. helse og helbredelse ble aktivt forsøkt fjernet.



Dagens samiske kultur er formet av de historisk-politiske prosesser den samiske befolkning har vært igjennom. Møtet med den samiske pasienten handler om møtet med mennesker som har denne historien i sin kulturelle bagasje. Helsevesenet må forholde seg til at slike minoritetserfaringer med majoritetssamfunnet finnes nedfelt i kulturen og at det kan prege møtet med den samiske pasienten.

I dagens Norge er det blitt et politisk mål – parallelt med endringene i andre vestlige postmoderne samfunn - at hele befolkningen skal få delta i samfunnslivet gjennom utforming av kulturelt relevante velferdsgoder. Dette er uttalt som en rettighet til urfolk og en plikt for nasjonalstaten i ILO-konvensjon nr 169, om urfolk og stammefolk i selvstendige stater (1).

*«Jeg skal da ikke måtte svi for den politikken man førte i Norge før jeg ble født!»*

WHO har definert helse som velvære gjennom evnen til å håndtere livets prøvelser, være produktiv og yte sosialt. Det er den praktiske hverdagen og de sosiale omgivelsene (geografi, klima, størrelsen på samfunnet/gruppen, religion/ideologi, næringsvei etc) som definerer utfordringene i livet, hva som er produktivt og hva de sosiale forventningene er. Helse er relativ til det livet man lever. Dysfunksjon, sykdom, lidelse, skade står likeledes i et forhold til de krav et samfunn har til individets fungering.

Menneskers helse og velvære, spesielt psykisk helse, er tett knyttet til positiv selvfølelse og identitet. Den sosiale identiteten blir til gjennom de meldinger og reaksjoner mennesket får fra sine sosiale/kulturelle omgivelser. Kulturen gir redegjørelser for normative og verdifulle måter å møte livets prøvelser på. Når individet behersker disse redegjørelsene i praksis, blir det sosialt bekreftet. Det øker følelse av mestring og opplevelse av å være et verdifullt menneske. Sosial (kulturell) identitet innebærer altså en vellykket integrering av kulturelle normer og verdier. Kulturen utgjør menneskets livsverden. Den gjør verden forutsigbar og trygg. De kulturelt betingede normer, verdier, handlingsmønstre og forestillinger blir et sett av selvfølgheter som gjør at vi i mange saker oppfatter, forstår, tenker og handler som de andre omkring oss, og som gir oss følelse av fellesskap med andre. Endrede livsbetingelser initierer kulturelle endringer. Men dette kan gå tregt, for fellesskapet og forutsigbarheten skal ivaretas samtidig (2, 3, 4).

Kulturell forståelse er å skjønne at god helse, mulighet for livsutfoldelse og velvære, bare gir mening for det enkelte

mennesket når det er kulturelt relevant. Og at dårlig helse er det som begrenser den kulturelt definerte livsutfoldelsen, være seg fysisk eller sosialt. Helse, sykdom og kultur kan derfor ikke løsrives fra hverandre. Å måtte fungere på andre kulturers premisser kan avstedkomme engstelse og sinne, hvis det innebærer brudd med egen kultur. Risikoen for avvisning og nedvurdering fra sine egne, kan innebære tap av sosial tilhørighet, trygghet og forutsigbarhet. Å måtte motta helsehjelpa i en form som skaper utrygghet, er spesielt uheldig. For den (ofte usynlige) samiske pasienten, kan møtet med helsevesenet bli både anstrengende og ydmykende. For den (ofte uvitende) helsearbeider kan oppriktige intensjoner om å bidra til bedre helse falle på stengrunn. Derfor er det viktig å lære seg og lytte til pasientens livsverden.

*«De er jo akkurat som oss, jeg skjønner ikke hvorfor de skal ha særbehandling»*

#### Forpliktelse

I Norge har vi lenge hatt et lovverk som skal sikre den samiske folkegruppa og andre etniske minoriteter rettigheter og tjenester i forhold til egen kultur. I Grunnlovens § 110 a (1988) pålegges myndighetene «å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv». Lov om pasientrettigheter § 3-5, (5) pålegger helsepersonellet å gi pasientene informasjon tilpasset kultur- og språkbakgrunn, og sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Gjennom Norges ratifisering av ILO-konvensjon nr. 169 (1) i 1990 har Norge forpliktet seg til å sørge for tilfredsstillende helsetjenester til den samiske befolkning i landet. «Slike tjenester skal planlegges og administreres i samarbeid med vedkommende folk og ta hensyn til deres økonomiske, geografiske, sosiale og kulturelle forhold så vel som deres tradisjonelle forebyggende metoder, behandlingspraksis og medisiner» (Del V. Trygd og helse, Artikkel 25).

Det er altså ikke opp til den enkelte helsearbeider å vurdere om helsevesenet trenger å ta hensyn til de kulturelle forskjellene mellom majoritetskulturen og samisk kultur. Det er nedfelt juridisk at helsetjenesten må innrette sin praksis etter det kulturelle mangfoldet i befolkningen. Utfordringen er hvordan helsevesenet og helsepersonellet skal omsette disse rettigheter og pålegg til klinisk praksis. Hva må gjøres annerledes for at helsehjelpa skal være kulturelt relevant for pasienten?

*«Her hos oss behandler vi alle pasientene likt, uansett hvem de er. Samene får akkurat samme tilbud og behandling som alle andre. Vi diskriminerer ingen.»*

### Likedan eller likeverdig helsetjeneste

I regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning 2002–2005 (6) påpekes det at manglende kunnskap om samisk kultur blant helse- og sosialarbeidere ofte resulterer i feilslått oppfølging av samiske brukere, og at de samiske brukerne på sin side ofte bærer på angst og mistillit til norske myndigheter. Vi er ikke flinke nok til å gi vår samiske befolkning likeverdige tjenester.

Begrepet om lik behandling har liten relevans når vi snakker om kulturforståelse. Kulturforståelse reflekterer en holdning der det er en likeverdig behandling som etterstrebes. Likeverdig behandling innebærer lik fordeling av helseressursene, at helseressursene er like tilgjengelige, når like godt frem til ulike grupper i samfunnet i en form som er funksjonelt i folks liv (7). Likeverdige tjenester til samisk befolkning innebærer en ivaretagelse av pasienten og dennes kulturelle ståsted på en faglig hensiktsmessig måte. Likeverdig behandling er kjennetegnet ved at pasienten blir møtt med respekt for sin livsverden, at pasientens kulturelle ballast (språk, forklaringsmodeller, væremåter) gis en synlig plass i helsevesenet. Eksempelvis vil samisk språk ha like stor verdi som norsk språk i helsetjenesten først når språket tas inn i helsevesenet som et faglig viktig behandlingsspråk. I dag har samisk språk slik status noen få steder i helsetjenesten. Samisk språk er likeverdig som behandlingsspråk når helsetjenesten definerer språket som like viktig i behandlingen av den samiskspråklige pasienten, som helsevesenet definerer norsk i behandlingen av den norskspråklige pasienten. «Har pasienten behov for tolk?», heter det. «Har helsevesenet behov for språkkyndige?», kunne det hete. Slik at behandlingsspråket sikrer innfrielse av §3-5 i Pasientrettighetsloven. Når helsepersonell formidler den holdning at samisk språk er noe som «kompliserer» behandlingen, som vanskeliggjør arbeidet, bekjentgjør man en avvisning av personer som har samisk språk som en del av sin identitet. For å få positiv respons fra det

norske helsevesen vil mange samiskspråklige pasienter prøve å stille opp med det språk helsepersonellet blir mest fornøyd med.

### Noen tips

Den faglige utfordringen er å håndtere helsefaglig kunnskap på en kulturelt treffsikker måte. Slik mestring innebærer elementer av både holdningsendring, ny kunnskap og også praktiske grep.

Først må helsevesenet anerkjenne eksistensen av samisk befolkning. Helsepersonell må erkjenne at kultur og etnisk identitet ikke nødvendigvis opptrer hos den enkelte pasient som et observerbart avvik fra majoritetsbefolkningen (hudfarge, klesdrakt). Identitet og kultur er sosialpsykologiske prosesser som viser seg i andre former.

For det andre må man endre på den selvpåførte uvitenhet som majoritetssamfunnet er preget av i forhold til kunnskap om samisk historie, de politiske prosesser som har påvirket befolkningen, kulturen, religion og om dagens samiske befolkning. Denne kunnskap er viktig bl.a. for å kunne fange opp de holdninger mange samer møter det norske helsevesen med. Pasienter fra minoritetsgrupper bærer ofte med seg egne eller overleverte negative erfaringer fra møter med majoritetssamfunnets institusjoner, og beskytter seg mot gjentakelse av slike opplevelser gjennom å spille på lag med norsk kultur, være tilbakeholden med å utlevere seg, stille med avventende tillit til helsehjelpa, vise lite interesse for standarder/rutiner i det norske helsevesen, bruke alternative «hjelpere» osv. Når man tilhører en minoritetsgruppe som er blitt usynliggjort gjennom påtvungen kulturell assimilasjon, og man i tillegg er sjuk, utslitt, smertepåvirket, i psykisk ubalanse eller liknende, kan det være altfor krevende å ta risikoen med å stå frem med den etnisitet og den kultur man identifiserer seg med.

*«Hvis det er noen samer som kommer, og vi ikke vet det, – hvorfor kan de ikke bare si det da, si at de er samer. Det er da ikke min jobb å sitte og gjette sånt.»*

*«Det er til å skjemmes over. Vi hadde ikke tenkt at det var samer her hos oss. Det er pinlig å ikke vite sånt. Hvor mange kan det være som bor her tro? De må jo syns det er rart at ingen vet om dem.»*

For det tredje må helsetjenesten presentere seg slik at det er synlig for pasientene at samisk befolkning og kultur er kjent for tjenesten. Å ha informasjonsmateriell på samisk, bekjentgjøre at helsetjenesten bruker samisk språkkjendige for å kunne yte beste helsehjelp når pasienten ønsker det (NB: 3 – tre språk), benytte samisk dekorasjon, symboler og lesestoff på venterom og liknende. Det er en forskjell for pasientene å komme til et sted som viser at man er ventet, sammenliknet med å komme til et sted der ingenting tyder på at man vet at du fins. Det er enklere å snakke om det som betyr noe for livet og helsa si, hvis man tror den man snakker til kanskje skjønner.

For det fjerde er det viktig at kommunikasjonsbrist og manglende samhandling omkring pasientens helse, ikke automatisk tolkes som pasientens manglende evne til å forstå. Helsepersonell ønsker å gjøre det som er best for pasienten, og gjør naturlig nok det man ut fra egne kulturelle verdier, fagets kulturelle verdier og institusjonens kulturelle verdier antar at er det beste. Når pasienten ikke «forstår sitt eget beste», kan det ha flere forklaringer. Én av disse kan være at pasienten har kulturelt forankrede verdier og forklaringsmodeller med andre anvisninger for hva som er best. Eksempelvis kan nevnes at mens autonomi og individualitet er viktige verdier i den vestlige kulturen, har kollektivitet en fremtredende aksje i urfolkskulturer. Helsehjelp til enkeltmennesket må avstemmes etter det. Helsehjelp som er organisert i forhold til individets selvstendighet og kjernefamiliens betydning, kan komme i konflikt med pasienters forpliktelser til kollektivet, slekta og lokalsamfunnet. Pasienten kan risikere negative reaksjoner fra det sosiale/kulturelle miljøet pasienten henter sin daglige bekreftelse som menneske fra. Denne type verdikonflikter er særlig nærliggende når behandling berører mestring av sosiale problem, som ved helsehjelp for psykiske plager.

Til sist, kulturforståelse i helsearbeid til samisk befolkning – så vel som til andre etniske minoriteter – krever en selvstudie av forskjellen mellom egne holdninger og normer på

den ene siden og faglige faktakunnskaper på den andre. Slik at vi som helsepersonell blir mer varsomme med å bruke vår autoritet til å fremstille egne kulturelt forankrede verdier og normer som globale sannheter. Kultur er en kombinasjon av «gammel tro» og tilpasning til nye livsbe- tingelser, og kulturelle sannheter er forbigående. Det gjelder den norske vestlige kultur, det gjelder urfolkskulturer og andre minoritetskulturer. Kulturelt treffsikre helsetje- nester utformes når faglig kunnskap kombineres med pasi- entens kulturelle «sannheter». Og pasientens kulturelle sannheter, faller ikke alltid sammen med helsevesenets kul- turelle sannheter.

Vår urbefolkning, den samiske befolkning, lever i mange deler av landet, er godt tilpasset majoritetssamfunnet gjennom utdannelse- og yrkesliv og varierte posisjoner i samfunnet. De seinere år har det foregått en revitalisering og modernisering av samisk kultur og samisk samfunns- liv. Tilknytning til egen kultur (enkulturasjon) står ikke i et motsetningsforhold til tilpasning til majoritetssamfunnet (akkulturasjon). Samiske pasienter har med seg sin samisk- het til helsetjenesten. Helsepersonellet må tillate det. Helse- hjelpa må tilrettelegges og utøves slik at det inviterer til samhandling med hele pasienten.

#### Referanser

1. International Labour Organization.(1989). ILO-convention no 169 concerning indigenous and tribal peoples in independent countries. Oslo: Kommunaldepartementet
2. NOU 1984: 18 Om samenes rettsstilling. Oslo: Universitetsfor- laget
3. Banks, J. A., Banks, & McGee, C. A. (1989). Multicultural edu- cation. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
4. Kluckhohn, C. & Kelly, W.H. (1945). The concept of culture. In R. Linton (Ed.). The Science of Man in the World Culture. New York
5. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) (1999) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
6. Mangfold og likeverd – regjeringens handlingsplan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002–2005. (2001). Oslo: Sosial- og helsedepartementet
7. Davidson, R. G. (2007). 10 best resources on ... health equity. Health Policy and Planning, 22(5):348–351.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: [snefrid.mollersen@helse-finnmark.no](mailto:snefrid.mollersen@helse-finnmark.no)