



NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

NOU 1995:6

Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge

**Fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og
helsedepartementet den 24. oktober 1991.**

**Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 16. februar
1995.**

STATENS FORVALTNINGSTJENESTE
STATENS TRYKNING

OSLO 1995

Til Sosial- og helsedepartementet

Utvalget som ble oppnevnt av Sosial- helsedepartementet den 24. oktober 1991 for å utrede plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning, legger med dette fram sin innstilling.

Oslo, den 16. februar 1995

Kirsten Myklevoll leder

Hans Petter Myrland

Øivind Vandbakk

Inger Iversen

Ruth Persen

Inger-Ann Fosslie

Anna Granefjell

Kåre Tønnesen

Wenke Brenna sekretær

Forkortelser

BFD	Barne- og familiedepartementet
KUF	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet
KAD	Kommunal- og arbeidsdepartementet
KD	Kulturdepartementet
LD	Landbruksdepartementet
MD	Miljøverndepartementet
SHD	Sosial- og helsedepartementet
Sht	Statens helsetilsyn
LUA	Lokalt utviklingsarbeid
KS	Kommunenes Sentralforbund
KO	Kommunal Opplæring
SH	Samisk Høgskole
SUR	Samisk utdanningsråd
NSI	Nordisk Samisk Institutt

KAPITTEL 0

Sammendrag

Det overordnede mål for denne planen er likeverdige helse- og sosialtjenester til den norske og den samiske befolkning. Utvalget har konstatert at det er mange utfordringer i å utvikle en helse- og sosialtjeneste som fungerer tilfredsstillende for den samiske befolkning. Planens delmålsettinger går nærmere inn på utviklingen av tjenestene innen de enkelte delområder av helse- og sosialsektoren. Her er det behov for utprøving av tiltak gjennom forsøksvirksomhet for å høste erfaringer, og for å foreta lokale tilpasninger.

Utvalget har slått fast at det i Norge må være en integrert og samordnet helse- og sosialtjeneste for den norske og den samiske befolkning, som bygger inn tilstrekkelig hensyn til den samiske folkegruppe. Dette må innebære forskjellige former for kompetansebasert og nettverk for fleksibel bruk av den samiske språklige og kulturelle kompetansen som opparbeides innen de forskjellige delområder i helse- og sosialsektoren, slik at denne kan komme samer over hele landet tilgode.

Ansvarsdelingen for en satsing for samene følger således de ordinære helse- og sosialtjenestene. En utbygging av tjenestene til den samiske befolkning med en spesiell satsing på utprøving gjennom tiltak og prosjekter, og gjennom kompetanseoppbygging, må bygge på det eksisterende tjenestetilbudet i kommuner, fylkeskommuner og institusjoner. Sosial- og helsedepartementet vil ha det overordnede ansvar for å innarbeide de etnisk-kulturelle aspekter i den ordinære helse- og sosialtjenesten, og sikre samordning og framdrift av dette, basert hovedsakelig på en gjennomføring av forslagene i denne planen.

Sametinget må være en viktig pådriver i denne prosessen, og en formidler av samiske synspunkter til Sosial- og helsedepartementet. Særlig viktig vil Sametinget være som premissleverandør i det forsøks- og utviklingsarbeid som vil være en viktig del av arbeidet med å finne fram til de etniske, språklige og kulturelle aspekter innen helse- og sosialtjenestene.

Utvalget ønsker at planen skal gjennomføres i form av en periode med forsøksvirksomhet i kommuner, fylkeskommuner og institusjoner. Deretter ønsker man en satsing i form av nettverksbygging for å trekke med alle kommuner og fylkeskommuner som har samisk befolkning. Satsingen bør gi et reelt grunnlag for å vurdere omfanget av merutgifter ved å ta språklige og kulturelle hensyn i helse- og sosialvesenet. Først da vil en likeverdig behandling av samiske og norske pasienter og klienter kunne være en realitet.

KAPITTEL 1

Utvalgets oppnevning og mandat**1.1 BAKGRUNNEN FOR UTREDNINGEN****1.1.1 Begynnende utvikling av samiske synspunkter på helse- og sosialspørsmålene**

De samiske helse- og sosialfaglige organisasjonene ble dannet midt i 1980-årene. Dette var Samisk sykepleierforening, Samisk Legeforening og Samisk Sosialarbeiderforening. Organisasjonsdannelsen må ses som et uttrykk for at helse- og sosialarbeidere med samisk bakgrunn følte behov for fora hvor man kunne diskutere og fremme krav om en bedre tiltrettelegging av helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning. Organisasjonene uttrykker målsettinger om å utvikle helse- og sosialtjenester i de samiske områder som bygger på og tar hensyn til samisk språk, kultur og samfunnsnivå. I 1984 og 1985 kom utredningene om samenes rettsstilling og om samisk kultur og utdanning, med forslag til Lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold, om forslag til grunnlovsfesting av samenes status, og om forslag til Samisk språklav. Revitaliseringen av samisk kultur og ønsket om å ta særskilte samiske hensyn kom etterhvert også til uttrykk innen helse- og sosialsektoren.

Diskusjonene rundt behovet for å utvikle helse- og sosialtjenester som ivaretar særskilte hensyn til samisk språk og kultur medførte bl.a. et initiativ fra de samiske organisasjonene til det daværende Norsk Sameråd, som var myndighetenes rådgivende organ i samiske spørsmål, om å behandle spørsmålet. Norsk Sameråd konstaterte således i 1985 at helse- og sosialtilbudet for den samiske befolkning ikke fungerte tilfredsstillende, og tok spørsmålet opp med Sosialdepartementet. Samerådet pekte også på at blant de utredninger og meldinger som omhandlet helse- og sosialtjenester i 1980-årene var det ingen som direkte drøftet problemstillinger av betydning for den samiske befolkning. Rådet ønsket derfor en egen utredning av helse- og sosialtilbudet til den samiske befolkning.

Samisk Legeforening besto bl.a. av flere nyutdannende samisktalende leger som ønsket å arbeide i distrikter med samisk befolkning. Ut fra behovet for samisk språk- og kulturkunnskap innen helsesektoren gikk Legeforeningen bl.a. inn for at Finnmark fylkeskommune skulle etablere et legespesialistsenter i Karasjok bemannet med samisktalende spesialister i indremedisin.

Finnmark fylkeskommune uttalte seg positivt til en slik utredning som Sametinget ønsket. I Helse- og sosialplanen for Finnmark 1986 — 87 het det bl.a. at «hovedmålsettingen må være at befolkningen i Finnmark er sikret mulighetene for å oppnå samme helse- og sosiale trygghet som i landet forøvrig. Helse- og sosialtjenesten må utvikles i samsvar med de kulturelle og språklige særtrekk en finner i fylket.»

I møte i april 1986 mellom Norsk Sameråd, Kommunaldepartementet og Sosialdepartementet, var det første gang spesifikke samiske problemer i forhold til helse- og sosialsektoren ble diskutert på sentralt hold. Møtet tok bl.a. opp de samhandlingsproblemer som kan oppstå i forhold til den enkelte pasient/klient når behandleren ikke har tilstrekkelig kjennskap til samisk språk, kultur og samfunnsnivå. Man diskuterte således den betydning kultur- og språkkompetanse vil ha for kommunikasjonen mellom behandler og pasient/klient, og at en slik kompetanse vil kunne utgjøre en forutsetning for riktig behandling. Norsk Sameråd pekte bl.a. på

at også samer som vanligvis fungerer som tospråklige vil kunne ha behov for å bruke sitt morsmål, altså samisk, når de er i en krisesituasjon, eller skal uttrykke seg om personlige forhold. Rådet viste til at manglende språk- og kulturkompetanse hos behandler eller sosialarbeider kan føre til at folk ikke benytter seg av det eksisterende helse- og sosialtilbudet i tilstrekkelig grad. Møtet diskuterte behovet for en gjennomgang hvor disse problemene ble sett i relasjon til eksisterende helse- og sosialtjenester. Man ønsket en vurdering av samers behov for helse- og sosialtjenester. Norsk Sameråd formulerte dette som svar på spørsmålet: Hvordan kan de eksisterende helse- og sosialtjenester bedre tilpasses den samiske befolknings behov? Rådet fremmet i dette møtet ønske om en utredning som kunne kartlegge problemområder og angi forslag til tiltak. Møtet resulterte i en henvendelse til Universitetet i Tromsø om å vurdere medvirkning til å utforme problemstillinger, og å vurdere eget engasjement på feltet. Universitetet svarte høsten 1986 at de ikke kunne påta seg et slikt oppdrag.

Norsk Sameråd fulgte opp sine synspunkter. I en uttalelse til NOU 1986:4 Samordning i helse- og sosialtjenesten høsten 1986 pekte rådet på behovet for å ta hensyn til samenes språk og kulturbakgrunn, og på behovet for å vurdere tilpasninger og særtiltak for den samiske befolkning på grunn av kulturelle og språklige forhold. Rådet pekte på at dette kunne være særlig avgjørende for kvaliteten på det psykososiale tjenestetilbudet. Rådet tok også opp de særskilte problemene knyttet til spørsmålet om kompensasjon for merutgifter ved tospråklige helse- og sosialtjenester, og problemene med ressursmangel for å realisere de målsettingene man ønsket.

Det store helse- og sosialpolitiske møtet som ble arrangert i Karasjok i mai 1986 var det første møtet i sitt slag. Møtet ble arrangert i regi av de samiske helse- og sosialfaglige organisasjonene. Det var en bred mønstring av samiske og norske helse- og sosialarbeidere, organisasjoner, helse-, utdannings-, og forskningsinstitusjoner, og av kommunale, fylkeskommunale og statlige myndigheter. Møtet fokuserte særlig på samhandlingsproblemer i samenes møte med det norske helse- og sosialvesenet, og belyste flere sider ved de språklige og kulturelle barrierer i dette møtet, og konsekvensene av dette.

1.1.2 Utviklingen skyter fart i Finnmark

Sosialdepartementet reserverte i 1986 midler til et forprosjekt: «Analyse av helse- og sosialtjenesten for den samisktalende befolkning i Finnmark». Norsk Sameråd ønsket at dette også skulle omfatte den samiske befolkning utenom Finnmark. Det ble likevel fokusert på Finnmark som det fylke i Norge med størst andel samisk befolkning. I Finnmark fylkeskommunes handlingsplan for helse- og sosialtjenester, vedtatt i 1987, ble «en egen helse- og sosialplan for den samisktalende befolkning» pekt ut som et av hovedsatsningsområdene.

I Finnmark ble det etablert to institusjoner med mål å gi helse- og sosialtilbud på samisk språk, nemlig barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok og det private somatiske spesialistlegesenteret også etablert i Karasjok, med driftstilskudd fra fylkeskommunen. Siden 1989 har staten dekket 75% av driftskostnadene for disse tjenestene etter en plan utarbeidet i samsvar med Finnmark fylkeskommune. I statsbudsjettet for 1989 ble det satt av 2,2 mill. kroner til spesialisthelsetjenester til samisktalende. Oppbyggingen ble forutsatt å skulle skje i samarbeid med Finnmark fylkeskommune. I Finnmark var det nå foruten institusjonene i Karasjok flere fylkeskommunale institusjoner som hadde fått definert et ansvar for behandlingstilbud til den samiske befolkning, nemlig den voksenpsykiatriske poliklinikken i Lakselv og psykiatrisk avdeling ved Porsanger Helsetun.

Høsten 1988 ble det etter initiativ fra Sosialdepartementet satt igang en arbeidsgruppe for å utarbeide et opplegg for en 3-årig plan for spesialisthelsetjenester for den samiske befolkning i Finnmark. Planen kom i praksis til å gjelde de to nevnte institusjonene i Karasjok, som departementet ga betegnelsen «spesialistsenteret». Arbeidsgruppen avga innstilling i februar 1989. Innstillingen ga forslag om en konkret fordeling av de bevilgede statlige tilskudd, og et forsøk på en avklaring av ansvarsforholdet mellom stat og fylkeskommune mht. utbyggingen av en helsetjeneste for den samiske befolkning. Arbeidsgruppen sa at en totalvurdering av oppgavefordelingen mellom stat og fylkeskommune tilsa at staten finansierer merkostnadene ved utviklingsarbeidet med å gi den samiske befolkning en bedre helsetjeneste, mens det utøvende ansvar ligger i fylkeskommunen. Av dette følger at fylkeskommunen har ansvaret for å planlegge tilbudet. Denne innstillingen forutsatte utarbeidelse av en helhetlig plan for helse- og sosialtjenster for den samisktalende befolkning.

Planutvalget for fylkeskommunale helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Finnmark ble oppnevnt i mai 1989. Formålet var å legge fram en samlet plan for utviklingen av en helse- og sosialtjeneste på 2. linjenivå for den samisktalende befolkning i fylket. Utvalget hadde 9 medlemmer, hvorav 6 medlemmer hadde samisk bakgrunn. Utvalget ble ledet av ass. fylkeshelsesjef Bjørnar Hansen. Fylkeskommunens hensikt med planen ble uttrykt som et ønske om å skape et tilbud til den samisktalende befolkning i fylket som kunne gi resultatlikhet i forhold til tilbudet til den norsktalende befolkning. Man ønsket bl.a. en vurdering av mulighetene for samarbeid med den kommunale helse- og sosialtjenesten, og av mulighetene for tilbud til den samiske befolkning utenom Finnmark, herunder et samarbeid med Lappland i Finland og Norrbotten i Sverige.

Utvalget så det som sin hovedoppgave å finne fram til tiltak som ville gjøre den eksisterende helse- og sosialtjenesten i Norge like tilgjengelig for den samiske som for den norske befolkning. Man slo fast at ulike tilgjengeligheter hadde å gjøre med språklige og kulturelle barrierer, og at det dreier seg om å sette iverk de tiltak som vil være nødvendig for at formelle rettigheter skal bli reelle; i dette tilfellet lik rett til helse- og sosiale tjenester uavhengig av etnisk tilhørighet.

Innstillingen om plan for fylkeskommunale helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning ble avgitt i mai 1990. Utvalget fant at en ressursmessig styrking av deler av helse- og sosialtjenesten forutsetter en tilføring av kunnskap om samisk språk og kultur såvel som en styrking av behandlingsskapiteten ved institusjoner i Finnmark. Handlingsplanen fremmet forslag om at institusjoner i midt- og indre Finnmark skulle danne kjernen i en fylkeskommunal helse- og sosialtjeneste for den samiske befolkning. Utvalget regnet med at det primære opptaksområdet ville gi et befolkningsgrunnlag på 20 000—25 000 mennesker. Dessuten ville personer med samisk bakgrunn i andre fylker i Norge også kunne ha muligheter til å benytte de tilbud som ble planlagt i Finnmark. Dette var også tenkt som tilbud til personer i Finland og Nord-Sverige, selv om dette nok i praksis ville utgjøre et lite antall personer.

Utvalget kom fram til at iverksetting av de foreslåtte tiltakene skulle innarbeides i fylkeskommunens langtidsbudsjett. Det ønsket imidlertid å avvente en avklaring med sentrale myndigheter om statlige midler til utviklingen av en helse- og sosialtjeneste til den samiske befolkning i Finnmark før tiltakene ble iverksatt. Utvalget foreslo 1991 — 1994 som planperiode.

Høsten 1990 ble forslaget til plan sendt ut på høring til kommuner og institusjoner i Finnmark fylkeskommune. Så godt som alle høringsinstansene berømmet utvalgets arbeid og uttalte støtte til planen. Spesielt gjaldt dette forslagene om utbygging av kompetanse innen samisk språk og kulturkompetanse. Det var stor

enighet om at en plan bør innebære et tilbud til hele den samiske befolkning, både norsktalende og samisktalende samer.

Ellers mente endel høringsinstanser at det ville være uheldig å sentralisere 2. linjetjenestene i så stor grad til en kommune som utvalget hadde gått inn for. Det ble bl.a. pekt på at institusjonene ville ha større dekningsgrad i den kommunen hvor de ble etablert. Lokalisering måtte vurderes i forhold til avstander og pasientgrunnlag. Lokalisering av en 2. linjetjeneste betyr dessuten ressurs- og kompetansetilførsel til denne kommunen, ikke minst i betydning utvikling av et faglig miljø også innen 1. linjetjenesten. Man ønsket at 2. linjetjenestene skulle styrke de allerede organiserte tjenestene i hver kommune. Flere høringsinstanser pekte på at det trengs en mer begrunnet utarbeidet plan for lokalisering av 2. linjetjenesten for en minoritet som befinner seg i en så spesiell situasjon som samene. Et vesentlig mål måtte være å organsere tjenestene slik at alle kommuner i det samiske bosettingssområdet kunne dra nytte av tjenestene på like fot. Også andre institusjoner i fylket hadde et basisansvar for den samiske befolkning. (f. eks. Ravdojok Behandlings-senter, Sieiddajohka Barnepsykiatriske behandlingshjem.) Det ble også pekt på det gunstige i å dra nytte av den kompetanse som allerede var utviklet ved institusjoner ellers i fylket, og på behovet for og nytten av å styrke allerede eksisterende behandlingsinstitusjoner. Det ble etterlyst en oversikt over eksisterende tilbud innen helse- og sosialsektoren i de samiske områder med kompetanse i samisk språk og kultur som kunne danne utgangspunkt for et nettverk av transkulturell etnisk kompetanse, for stimuleringstiltak, o.a.

Noen høringsinstanser pekte særlig på behovet for ny og utradisjonell tenkning for samisk spesialisttjeneste. Dette gjaldt særlig avveiningen mellom behovet for kontakt med miljøet i de enkelte kommunene, sett i forhold til behovet for faglige baser og tilknytning til institusjoner. Dette må vurderes i forhold til de enkelte tjenestene. Dette er områder med lange avstander hvor reiser er ressurskrevende. Spørsmål som må utgreies nærmere vil være desentralisering og ambulerende tjenester. Et alternativ vil være en form for filial- eller «satelittutbygging». Mange høringsinstanser etterlyste sterkere fokus på og styrking av 1. linjetjenesten som forutsetning for en tilfredsstillende 2. linjetjeneste. Det ble pekt på at en desentralisering ville styrke det faglige miljøet i 1. linjetjenesten. Mange mente at utviklingen av en 2. linjetjeneste bør skje sammen med en sikring av ressursene til 1. linjetjenesten. Noen pekte også på behovet for en mer omfattende plan angående rekruttering og kompetanseoppbygging.

Det var også en viss kritikk mot planutvalgets sammensetning. Flere høringsinstanser ville ha ønsket en bedre fordeling ut fra dekningsområdene til samiske helse- og sosialtjenester, slik at flere berørte kommuner kunne være med på å utforme planen. Flere kommuner med stor andel samisk befolkning hadde ikke vært med i utvalgsarbeidet. Noen pekte på at utvalget hadde liten sosial og politisk bredde. Flere instanser fant innstillingen noe mager, og mente det var behov for å gå mer i dybden for å kartlegge behovene blant samer for spesielle helse- og sosialtjenester.

Det ble også bemerket at de foreslåtte tiltakene var så spesielle for Finnmark, som har så stor andel av den samiske befolkning i Norge, at staten må direkte inn i forhold til investerings- og driftskostnader for at utviklingen av tjenester til samene ikke skal komme på bekostning av allerede etablerte tilbud til befolkningen som helhet.

I høringsrunden etterlyste flere instanser en landsomfattende helse- og sosialplan for den samiske befolkning. Man fant den foreliggende planen svært begrenset, og så behovet for en helhetlig vurdering av helse- og sosialtjenestene på alle nivåer. 1. linjen må utgjøre basis for en godt fungerende 2. linjetjeneste. Man så

også behovet for at de forskjellige fylkeskommuner sammen vurderer den samiske befolknings behov for helse- og sosialtjenester. Derfor var det ønske om en mer helhetlig og fullstendig vurdering av den samiske befolknings behov for disse tjenestene.

Finnmark fylkesting sluttet seg i sitt vedtak i 1991 i all hovedsak til den foreslåtte planen. Fylkestinget slo fast at målgruppen for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning må være personer som snakker samisk, og de som kanskje ikke bruker samisk språk til daglig, men som har en samisk kulturbakgrunn og levemåte. Fylkeskommunen pekte på at ansvaret for samisk helse- og sosialtjeneste måtte være et delt ansvar mellom staten, fylkeskommunen og kommunene når det dreide seg om finansiering av utbygging og drift av denne. Fylkestinget støttet tanken om en «base» for den samiske spesialisthelsetjenesten i de allerede etablerte fylkeskommunale institusjonene, og i spesialistlegesenteret i Karasjok. Utover disse «basene» bør man i størst mulig grad satse på en styrking av det samiske helse- og sosialfaglige miljøet innenfor 1. linjetjenesten, og yte bistand ut fra de etablerte fagmiljøene.

Fylkestinget mente at helt nye tiltak som ble foreslått i planene måtte ses i sammenheng med fylkets øvrige helse- og sosialplaner, og fylkeskommunens økonomi. Tiltak som et eget samisk ungdomshjem som et tilbud til den samiske befolkning i landet som helhet, mente man forutsatte full statlig finansiering.

1.1.3 Videre utvikling

I april 1991 fikk Sosialministeren et spørsmål i Stortingets spørretime som viste til Finnmark fylkeskommunes vedtak om en fylkesplan for en helsetjeneste for den samiske befolkning, og at Sametinget hadde ønsket en landsdekkende plan for slik helsetjeneste. Spørsmålet gjaldt Sosialministerens oppfatning om behovet for en slik landsdekkende plan. Statsråden redegjorde for den utviklingen som hadde vært. Hun viste til Finnmark fylkestings behandling av plan for fylkeskommunale helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning, og kommenterte at behandlingen var skjedd uten at fylkeskommunen hadde foreslått noen spesiell innbyrdes prioritering av de foreslåtte tiltak. Statsråden sa videre at den behandling Sametinget og fylkeskommunen hadde gitt helseplanen ga Sosial- og helsedepartementet et godt grunnlag for å arbeide videre med saken. Hun viste til at utviklingen av helsetjenester til den samiske befolkning måtte ses i sammenheng med både den kommunale, fylkeskommunale og regionale helsetjeneste. Statsråden ønsket derfor et møte mellom Finnmark fylkeskommune og Sametinget om prioriteringer mellom de tiltak som er foreslått i planen og statens videre medvirkning til drift av samiske helsetjenester. Hun påpekte at det var flere forhold som måtte diskuteres i en slik sammenheng, slik som hvilke særskilte behov som finnes blant samene, og hvordan en helse- og sosialtjeneste for den samiske befolkning eventuelt skulle organiseres og finansieres.

I mai 1991 var det et møte mellom Sosial- og helsedepartementet og Sametinget for å drøfte en helhetlig samisk helse- og sosialplan. Sametinget ønsket en plan som kunne skape et tilbud til den samiske befolkning og som kunne gi resultatlikhet i forhold til den norske befolkning. Man diskuterte behovet for en gjennomgang av eksisterende tjenester, nye forslag til organisering av helse- og sosialtjenestene i de samiske områder og behovet for hensiktsmessige samarbeids- og samordningsformer. Man diskuterte nødvendigheten av tjenestetilbud som var bedre tilrettelagt og tilpasset behovene hos samiske brukere. Sametinget uttrykte ønske om at Sosial- og helsedepartementet skulle være oppdragsgiver for en utredning om dette. Utvalget ble oppnevnt den 24. oktober 1991.

1.2 FORMÅLET MED UTREDNINGEN

Sosial- og helsedepartementet ser at det arbeidet som til nå er gjort, utgjør et godt grunnlag for videreutvikling av helse- og sosialtilbudet til den samiske befolkning. En overordnet målsetting for departementet er å sikre reell tilgjengelighet og størst mulig grad av resultatlighet i bruk av helse- og sosialtjenestene. Dette innebærer bl.a. lik rett til helse- og sosialtjenester uavhengig av etnisk tilhørighet, og sikring av tilgjengeligheten av helse- og sosialtjenestene til den samiske befolkning.

En av hovedoppgavene må være å finne fram til tiltak som medvirker til at den eksisterende helse- og sosialtjenesten gjøres like tilgjengelig for den samiske som for den norske befolkning. Departementet ser at ulik tilgjengelighet bl.a. har å gjøre med geografiske, språklige og kulturelle barrierer.

Det vil være nødvendig at en vurdering av helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning også ser på de samiske bosettingsområder utenom Finnmark, og vurderer hele det samiske bosettingsområdet i sammenheng.

Finnmark fylkeskommunes planutvalgs forslag om at institusjoner i midt- og indre Finnmark skal danne kjernen i en fylkeskommunal helse- og sosialtjeneste for den samiske befolkning, tilsier at såkalte «samiske riksdekkende tjenester» legges til disse områdene. Tankegangen om slike «baser» i Finnmark er ikke utviklet i samarbeid med de øvrige fylkeskommuner med samisk befolkning, og det er i liten grad gjennomgått hva dette vil innebære for andre områder med samisk befolkning.

Departementet ser også behovet for at en plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning i Norge skal omfatte primærhelsetjenesten, siden det er her den grunnleggende kontakten mellom behandler og pasient finner sted. En slik plan bør dessuten omfatte alle samer i landet — både norsk- og samisktalende. En utredning av det slag det her er snakk om, bør også omfatte sosialsektoren. En vurdering av tilgjengeligheten er ikke minst viktig for disse tjenestene. På dette grunnlaget har departementet ønsket å igangsette arbeidet med en egen plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning i Norge.

Utredningens forslag vil berøre samer i kontakt med helse- og sosialvesenet såvel som samiske og norske helse- og sosialarbeidere i områder med samisk befolkning. Forslagene vil også kunne berøre organiseringen av helse- og sosialtjenestene slik de idag ytes gjennom 1. og 2. linjetjenesten. Fylkeskommuner, kommuner, utdannings- og forskningsinstitusjoner vil bli berørt gjennom forslag til organisering av tiltak, prosjekter, og utdanningstilbud som fremmer hensynet til samisk språk og kultur.

Departementet har ønsket en systematisk gjennomgang av samiske problemstillinger sett i forhold til tjenestetilbudene i helse- og sosialsektoren. Dette er et nytt felt med lite tilgang av data. Desto viktigere vil det være å samle den kunnskap og de synspunkter som finnes. En stor del av utvalgets arbeid må forventes å bestå i innhenting av problemstillinger, og å foreta vurderinger knyttet til disse. Utvalgets arbeid vil i så måte langt på vei måtte betegnes som et pionerarbeid. Valget av utredningsutvalg som form, er gjort for å imøtekomme et ønske om bred direkte deltagelse fra de som problemene angår og som vil berøres av utvalgets forslag. Denne arbeidsformen åpner også for å trekke inn forskjellige ressurspersoner og grupper. Et bredt sammensatt utvalg vil kunne fremskaffe flere og mer nyanserte synspunkter og problemstillinger, noe som bør kunne øke gjennomførbarheten av forslagene.

1.3 UTVALGETS MANDAT OG SAMMENSETNING

Utvalget fikk følgende mandat:

Utvalget skal fremme forslag til en plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning i Norge.

Dette skal skje på en bakgrunn av en gjennomgang av foreliggende dokumentasjon over hvilke sykdomstilstander og sosiale problemer blant den samiske befolkning som er av en slik karakter og omfang, at det kan være hensiktsmessig å organisere spesielle tjenester.

På bakgrunn av en vurdering av de eksisterende tjenester, såvel de ordinære kommunale og fylkeskommunale som de spesielt samiske, skal utvalget drøfte hvilket grunnlag det vil være for videreutvikling av tjenester for den samiske befolkning.

I den forbindelse skal utvalget vurdere mulighetene for å rekruttere personell med kunnskaper i samisk språk og kultur til helse- og sosialtjenesten og at tjenestene tilpasses den samiske befolkning.

Utvalget skal drøfte modeller for samarbeid mellom kommunal, fylkeskommunal og statlig forvaltningsnivå for samiske helse- og sosialtjenester, samt komme med forslag til hvordan tjenestene skal finansieres.

Utvalget skal også vurdere om det vil være hensiktsmessig å inngå et nordisk samarbeid om tjenesteutveksling til den samiske befolkning og hvordan en slik utveksling kan finansieres. Utvalget kan om det finner det hensiktsmessig identifisere forskningsområder innenfor forebyggende arbeid som man mener er av stor viktighet for den samiske befolkning. Utvalgets utredning vil være et grunnlagsdokument for beslutninger av de politiske myndigheter. Utvalgets forslag til tiltak skal derfor være i prioritert rekkefølge. Utvalget skal utrede økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene, og i henhold til regelverksinstruksen skal ett forslag være basert på uendret ressursbruk innenfor vedkommende område.

Utvalget fikk slik sammensetning:

Fhv. fylkesordfører Kirsten Myklevoll, Skånland (leder). Ass. rådmann Hans P. Myrland, Furufalten. Økonomisekretær Inger Iversen, Alta. Helse- og sosialsjef Ruth Persen, Porsanger. Lege Øyvind Vandbakk, Kautokeino. Helse- og sosialsjef Inger-Ann Fossli, Lavangen. Sykepleier Anna Granefjell, Røros. Byråsjef Kåre Tønnesen, Oslo.

Utvalgets sekretær har vært førstekonsulent Wenke Brenna.

Utvalgets medlemmer er oppnevnt av Sosialdepartementet, etter forslag fra Sametinget, Troms fylkeskommune, Finnmark fylkeskommune og Kommunenes Sentralforbund. Sosialdepartementet som oppdragsgiver har en representant i utvalget.

1.4 UTVALGETS ARBEID

Utvalget har hatt 17 møter. Utvalgsmøtene har i hovedsak funnet sted i Tromsø. Utvalget har også hatt møter i Karasjok, Kautokeino og Tysfjord. Utvalget har opprettet en arbeidsgruppe bestående av leder Kirsten Myklevoll, utvalgsmedlemmene Ruth Persen, Inger-Ann Fossli, og sekretær Wenke Brenna for spesielt å se på problemstillinger knyttet til sosialsektoren. Det har vært i alt 4 møter i sosialarbeidergruppen.

Det har vært nødvendig å gi utredningsarbeidet en form hvor man trekker inn ressurspersoner, organisasjoner og institusjoner for å finne fram til det som eksisterer av materiale og kompetanse, og for å få en bredest mulig kartlegging av problemstillinger og mulige tiltak i forhold til den samiske befolkning innen de forskjellige delområder av helse- og sosialsektoren. Man har også ønsket å få et inntrykk av situasjonen i de forskjellige deler av det samiske bosettingsområdet.

Utvalget har i denne sammenheng foretatt henvendelser til fylkeslegen og fylkesmannen i de fylker der det er tradisjonell samisk bosetting. Utvalgsmedlemmer, leder og sekretær har hatt kontakt med helse- og sosialarbeidere innen 1. og 2. linjetjenesten i samiske områder, og med samiske helse- og sosialarbeiderforeninger, samt forskere, utredere og representanter for andre urbefolkningers helsevesen. De har også deltatt i faglige møter og seminarer. Dette har medført nyttige bidrag og innspill til utvalgsarbeidet i form av synspunkter og materiale.

Utvalget har konstatert at det her dreier seg om et pionerarbeid og en etablering av de etniske og flerkulturelle aspekter som et tildels nytt og eget fagfelt innen helse- og sosialsektoren. Utvalget har derfor brukt en relativt stor del av sin tid til søking og kartlegging av problemstillinger. Man fant at relevante problemstillinger i liten grad har vært gjennomarbeidet i de forskjellige fagmiljøer, og at de i liten grad er nedfelt i praktiske, politiske diskusjoner som angår utformingen av helse- og sosialsektoren med henblikk på den samiske befolkningens behov.

Et tilbakevendende tema i utvalgets diskusjoner og forslag har vært behovet for å utvikle kompetanse innen de forskjellige delområder av helse- og sosialsektoren, samt behovet for å gjennomføre prosjekter og foreta forskjellige former for forsknings- og utviklingsarbeid for å finne fram til hvilke tiltak som vil være best egnet til å ivareta samene i møtet med helse- og sosialvesenet. Det gjenstår ennå mye arbeid med å finne fram til de etniske og kulturelle aspekter innen de fleste områder. Dette må skje som prosesser som innebærer utvikling og modning over tid. Dette utvalgets arbeid må ses i denne sammenheng. Utvalgets ønske har vært at utredningen skal belyse problemstillinger og fremme forslag til tiltak som et bidrag til en slik utvikling. Denne planen skal inneholde forslag til tiltak som skal gjelde den samiske befolkning i hele landet. For noen kommuner og institusjoner vil flere av forslagene til tiltak virke selvfølgelig, mens de vil virke ukjente for andre. Utvalget har funnet fram til en målstruktur med forslag til tiltak for å nå målene.

Utvalgets arbeid må altså ses i forhold til en prosess hvor man går inn på de språklige, kulturelle og etniske aspekter i forhold til helse- og sosialsektoren, konkretisert gjennom den samiske befolkningens behov og situasjon. Vi er i en situasjon med etablering av et nytt felt med behov for videre faglig utvikling og politiske prosesser. Det gir seg således heller ingen endelige svar på alle spørsmål knyttet til fastlegging av administrative og økonomiske konsekvenser av utvalgets forslag på dette stadiet, da fastsetting av ansvar og tallfesting av virkemidler også må være en del av prosessen videre. Det er ikke minst behov for en analyse av virkningene av de foreslåtte tiltakene. Det er behov for justeringer og tilpasninger av forslagene, og vurderinger av virkninger på organisatoriske og personellmessige forhold (omorganiseringer og kompetanseutvikling, bemanningsbehov, sammensetning av bemanningen ut fra hensyn til utdanning og kompetanse, etc.), i hver enkelt kommune og fylkeskommune ut over det som kan framgå av en landsdekkende plan.

Utvalget har også sett problemer knyttet til det å tallfeste virkninger av tiltak som skal rette på problemer som i liten grad er blitt registrert. Noen eksempler kan nevnes: Brukes det lengre tid når legen skal ta hensyn til kulturelle faktorer? Blir det kortere liggetid på sykehus eller tid hos legen når språkproblemer og kulturelle barrierer blir mindre? Hvordan måler vi den langsiktige effekten av kulturelle tiltak? Hvordan ser vi virkningene av forebyggende tiltak for barn som tar hensyn til deres kulturelle og etniske situasjon? Dessuten vil de positive og negative virkninger av slike tiltak også kunne berøre ulike sektorer.

1.5 SAMMENDRAG AV UTREDNINGEN MED HOVEDMÅL

"Utvalgets oppnevning og mandat" i **Kapittel 1** gir en redegjørelse for bakgrunnen for igangsetting av utredningsarbeidet, og av utvalgets oppnevning og mandat.

"Rettingheter og regionale variasjoner. Noen bakenforliggende forhold" i **Kapittel 2** skisserer noen bakenforliggende forhold som vil virke inn på planlegging av tjenestene, og som vil måtte ligge til grunn for lokale tilpasninger av tiltak og prosjekter.

Kapitlet gir en gjennomgang av de alminnelige pasient- og klientrettigheter i helse- og sosialsektoren, og enkelte rettslige dokumenter som regulerer norske myndigheters forhold til den samiske folkegruppe. Det gir også en beskrivelse av endel forhold som karakteriserer den regionale og kulturelle differensieringen som eksisterer mellom de ulike typer samiske samfunn.

Et overordnet mål for hele planen er likeverdige tilbud innen helse- og sosialsektoren til den norske og den samiske befolkning. Utvalgets syn er at det i Norge må være en integrert og samordnet helse- og sosialtjeneste for den norske og den samiske befolkning, som bygger inn tilstrekkelige hensyn til den samiske folkegruppe. Ansvarsdelingen for en satsing for samene følger således de ordinære helse- og sosialtjenestene. Planens målstruktur er utviklet med dette for øye.

Utredningens *"Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet"* i **kapittel 3** tar opp møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet, og omhandler endel av de barrierer som ligger i dette. Et hovedmål er rekruttering og kompetanseoppbygging med henblikk på den samiske befolkningens behov. Dette omfatter rekruttering av samer og samisktalende til helse- og sosialsektoren, og den opplæring av alt personell som er nødvendig for å gi et tilfredsstillende og likeverdig tjenestetilbud. Dette er en av forutsetningene for å gjennomføre mange av de øvrige tiltakene i planen. (Behovet for en satsing på rekruttering og kompetansehevede tiltak omhandles ellers nærmere i *"Rekruttering og kompetanseoppbygging"* i kapittel 12.)

Et av planens mål er en tilfredsstillende og funksjonell norsk-samisk/samisk-norsk tolketjeneste i helse- og sosialsektoren. Rutiner for identifisering av tolkebehov og for bruk av tolk for samiske pasienter og klienter vil være avgjørende for å utvikle helse- og sosialtjenester som er likeverdige for den norske og den samiske befolkning. Dette innebærer bl.a. utvikling av faste rutiner for bruk av tolk i kommuner, fylkeskommuner og institusjoner som betjener pasienter og klienter fra forvaltningsområdet for Samelovens språkregler. Det innebærer videre utvikling av prosjekter med bruk av tolk for kommuner og institusjoner utenom forvaltningsområdet for språkreglene. Utvalget ønsker også at de mulighetene som ligger i telemedisin i forhold til utviklingen av en samisk tolketjeneste, vurderes nærmere. I andre land har det vært mer oppmerksomhet rundt tolkens rolle som kulturell formidler. Det bør vurderes å gjøre et utviklingsarbeid her også i Norge. En funksjonell tolketjeneste forutsetter utdannede tolker. Det må derfor utvikles relevante utdanningstilbud for tolker i helse- og sosialsektoren.

En forutsetning for et likeverdig tjenestetilbud, er at det settes inn en innsats med sikte på å øke kvaliteten på tjenestene for de samiske brukerne. En slik kvalitetsøkning vil ha mange komponenter. Utvikling i kunnskap om samiske og transkulturelle forhold hos helse- og sosialpersonell er en av dem. De forskjellige kommuner, fylkeskommuner og institusjoner vil måtte gjennomføre dette på forskjellige måter, ut fra forskjellige forutsetninger og behov. Gjennomføring av obligatoriske kurs for nytilsatte i samisk historie og samfunnsforhold vil være aktuelt for mange, særlig før dette legges inn i de forskjellige grunnutdanningene. Kurs i bruk av tolk for helse- og sosialpersonell hører også med her. I helseregion 5 bør man vurdere behovet for og en eventuell organisering av en veiledningstjeneste for hel-

sepersonell i fleretniske samfunn i Nord-Norge. Innarbeiding av kapitler om etnisk medisin i håndbøker for helse- og sosialpersonell vil bidra til å gjøre folk kjent med problemstillinger knyttet til fleretniske og flerkulturelle forhold.

Utvalget antar at man i de forskjellige institusjoner og lokalsamfunn vil finne fram til et mangfold av tiltak som vil kunne gjennomføres for å bedre kvaliteten for samiske brukere innen de forskjellige deler av helse- og sosialsektoren. Utvalget har i denne planen gått inn på enkelte forhold knyttet til behovene og mulighetene for kvalitetssikring. Det gjelder bl.a. kartlegging av behovene hos samiske barn på sykehus og i institusjon, og tiltak for disse i et kvalitetssikringsperspektiv. En pasientvennordning for norsk- og samisktalende samer på sykehus og institusjon bør vurderes på samme måte. Utvikling og praktisering av sykepleie over kulturgrenser vil være en viktig del av kulturelt relevante tiltak for samiske pasienter og klienter. Helse- og sosialfaglig informasjon til den samiske allmennhet på samisk bør kunne utvikles i adskillig videre omfang enn hva tilfellet er i dag, bl.a. gjennom radio og TV-programmer. Det vil også befeste en samisk terminologi innen dette feltet. Det bør i kommuner og institusjoner utvikles større, helhetlige prosjekter med kvalitets-sikring for samiske brukere som overordnet målsetting. Å utvikle og sikre rutiner som vil ivareta de samiske brukernes behov i møtet med helse- og sosialvesenet, må her stå sentralt. Dette bør i første rekke være aktuelt for kommuner i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler.

Den samiske kompetanse vil ikke utvikles i jevnt takt over hele landet. Utvalget har sett betydningen av at det utvikles et landsdekkende nettverkssamarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner, sykehus og andre institusjoner, for fleksibel bruk av den samisk språklige og kulturelle kompetanse. En utredning av hvordan samenes interesser skal ivaretas i pasientombuds-funksjonen, og en vurdering av situasjonen for den samiske minoritet i Norge i forbindelse med nytt forslag til pasientrettighetslov, vil også kunne høre med når det i et større perspektiv er snakk om bedring av kvaliteten for de samiske brukerne i helse- og sosialsektoren.

Det må arbeides for en utvikling og innarbeiding av samisk som fagspråk i helse- og sosialsektoren. Det bør i første rekke skje gjennom en videreføring og videreutvikling av de eksisterende prosjekter for utvikling av terminologi og av ordbøker. Både helse- og sosialsektoren bør fanges opp av dette arbeidet. Det må vurderes om det er behov for ytterligere forskningsvirksomhet for å utvikle av samisk som fagspråk innen de enkelte delsektorer i helse- og sosialtjenesten.

I Sameloven fastsettes et avgrenset område for forvaltning av språkreglene. Flere av utvalgets forslag reflekterer de grenser dette setter for planleggingen av ensartede tiltak for samene innen helse- og sosialsektoren. Det er således behov for å vurdere tiltak for å legge til rette for en samhandling innenfor rammen av samisk språk i helse- og sosialsektoren i samiske områder også utenfor forvaltningsområdet for Samelovens språkregler. For å sikre en likeverdig betjening av samiske brukere, ønsker utvalget at det utvikles en ordening hvor samisk språk og kultur likestilles som kriterium for henvisninger innenfor systemet med gjestepasientordninger. Der det ikke vil være hensiktsmessig å sende pasienter eller klienter ut av kommunen, bør den nødvendige kulturelle kompetansen kunne innhentes til den aktuelle kommune eller institusjon. Utvalget mener også at Sametinget bør kunne foreta en vurdering av utvidelse av forvaltningsområdet for Samelovens språkregler spesielt med henblikk på behovene i helse- og sosialsektoren, og eventuelt fremme en anbefaling til sentrale myndigheter på bakgrunn av dette. En utredning av mulighetene for bruk av samisk språk innen apotekvesenet, og for bruk av samisk språk ved landsdekkende institusjoner vil også kunne være viktig for å gi bedre kvalitet på tjenestetilbudet til samene.

Det er hittil fokusert relativt lite på at samene har et språklig og kulturelt utgangspunkt for å forholde seg til helse- og sosialvesenet, som er annerledes enn hva nordmenn og andre etniske og kulturelle grupper har. "*Samiske forutsetninger og kulturell bakgrunn*" i **Kapittel 4** tar sikte på å antyde noe av den *samiske tradisjonelle kunnskap*, som også kan være relevant for helse- og sosialsektoren. Det må være et mål å utvikle samiske forutsetninger og kulturell bakgrunn som faglig kompetanse, og å innarbeide denne samiske kulturelle kompetanse i de forskjellige delområder i helse- og sosialsektoren. Dette innebærer i første rekke vurdering av et forskningsprogram om samisk sedvane og tradisjonell kunnskap, og vurdering av opplegg for informasjon om tradisjonell kunnskap i helse- og sosialfaglige miljøer der denne kunnskap vil være hensiktsmessig.

Samiske barn og unge er i en spesiell situasjon som innebærer valg i en oppvekstsituasjon mellom den norske majoritets- og den samiske minoritetskulturen. "*Samiske barn og unge mellom to kulturer*" i **Kapittel 5** forsøker å kaste lys over samiske barn og unges oppvekstsituasjon mellom to kulturer. Oppvekstvilkårene legger betingelsene for utvikling av holdninger til kultur, språk og identitet hos samiske barn. Utvalget mener at en oppvekst med to språk og to kulturer må være en berikelse for samiske barn og unge, og at dette må være en klar målsetting for utvikling av tiltak for denne gruppen. Dette arbeidet må i vesentlig grad skje innen barnehager og skoler, som er viktige arenaer for identitetsutvikling hos samiske barn.

Utvalget ønsker å styrke barnas samiske identitet ved å fremme bruken av samisk språk, og ved å formidle samisk kultur og levesett i *barnehagen*. I denne sammenheng må det vurderes å gjennomføre forslaget om endring i barnehagelovens §7, slik at man kan arbeide ut fra et lovfestet grunnlag for samiske barnehager. De samiske barnehagene er mange steder inne i en positiv utvikling. Utvalget ønsker at man samler og formidler de erfaringene som til nå er gjort i arbeidet med å revitalisere samisk språk og kultur i barnehagen, for å spore til en ytterligere utvikling på dette området. Barne- og familiedepartementet må her ha et initierende og samordnende ansvar. Det gjelder også det videre arbeidet med utvikling av pedagogisk materiell og veiledning for å fremme et samisk innhold i samiske barnehager. Fylkesmennene og Samisk Utdanningsråd må også være aktører her.

Mål for *skolens* virksomhet må være en skole som formidler og utvikler det språk, de verdier, den kultur og den historie som samiske barn skal fungere i forhold til. Utvalget mener at det bør skje en samlet oppsummering av de erfaringer man nå har med prosjekter og strategier for språkutvikling i skolen. Det bør skje et videre forsøks- og utviklingsarbeid for å fremme en samisk kulturformidling i skolen. Barne- og familiedepartementet bør være samordnende instans, i første rekke med Samisk Utdanningsråd og Samisk Høgskole som aktører. Det bør også legges vekt på informasjon og veiledning ved valg av undervisningsspråk i skolen, slik at samiske foreldre kan få et godt grunnlag for valg av språk for sine barn.

Et overordnet mål i *barnepolitikken* er et barnevern til barns beste. Utvalget finner det derfor naturlig at det utvikles tiltak etter en målsetting om et barnevern til samiske barns beste. Etter innspill fra helse- og sosialpersonell i samiske områder, mener utvalget at det må skje en avklaring av virkninger av lov om barneverntjenester for samiske barn. Det bør eventuelt vurderes en forskrift til lov om barneverntjenester eller en lovendring som presiserer praktisering av loven i forhold til samiske barn. Utvalget har sett behovet for en utvikling av kompetanse i barnevernet, slik at den nødvendige kunnskap om etniske og kulturelle forhold kan ligge til grunn bl.a. for iverksetting av de tiltak som barnevernloven omhandler. En slik kunnskapsutvikling bør bl.a. bygge på innhenting og formidling av kunnskap innen sosaletaten og barnevernet i samiske områder. De regionale kompetansesentra for

barnevern, særlig kompetansesenteret for barnevern i helseregion 5 bør ha hovedansvaret for en slik faglig utvikling. På grunnlag av den barnevernfaglige utvikling som skjer på regionnivå, bør det i regi av fylkesmannen utvikles relevant og tilpasset kursmateriell om samiske og flerkulturelle/fleretniske forhold, og det bør skje en opplæring av personell i kommuner og fylkeskommuner om samiske og fleretniske/flerkulturelle forhold innen barnevernet.

For at helsestasjon og skolehelsetjeneste skal fungere etter de fastsatte målsettinger også i forhold til samiske foreldre, vil en *helsestasjon* og en *skolehelsetjeneste* som møter samiske barn og unge og deres foreldre på deres eget språk, og innenfor rammen av deres egen kultur kunne være avgjørende. Informasjon og veiledning til helsepersonell om betydningen av tospråklighet og tokulturell oppvekst må være en del av fylkeslegens veiledningsoppgave, og bør inngå i kommunenes kursvirksomhet. Helsestasjonen bør gi informasjon og veiledning til foreldre om tospråklighet og tokulturell oppvekst. I noen kommuner vil det være aktuelt å vurdere opplegg for språklig diagnostisering. Det foreldreveiledningsarbeidet som skjer i regi av Barne- og familiedepartementet og Sosial- og helsedepartementet bør også innrettes på samiske foreldre.

En satsing på å legge til rette for en samisk kulturell og språklig identitetsutvikling hos samiske barn, må ha et samisk oppvekstmiljø for samiske barn og unge som en av forutsetningene. I sikring av et samisk barne- og ungdomsmiljø må Barne- og familiedepartementet være pådriver og koordinator, i samarbeid med aktuelle fagmiljøer. Utvalget mener at kommunene må ha en planlegging for barn og unge som også synliggjør samiske barn og unges behov. Satsingen her vil måtte variere mellom de forskjellige samiske områder. En utprøving av metoder for barn og unges medvirkning bør også skje i samiske kommuner. En ordning med et eget samisk barneombud, og behovet for en samiskspråklig kontakttelefon for barn og unge bør også vurderes. Utvikling av metoder og modeller for videreformidling av samisk språk og kultur innen skolefritidsordningene vil kunne bidra til en styrking av et samisk oppvekstmiljø. For å samle kunnskap om de forskjellige betingelser i samiske barns og unges oppvekstmiljøer, ønsker utvalget en vurdering av et landsomfattende prosjekt på oppvekstmiljøprofil i forskjellige samiske lokalsamfunn.

Samisk ungdom er i en spesiell situasjon som ungdom av en minoritet. Ungdommene må ta stilling til mange forhold som innebærer valg mellom minoritets- og majoritetskulturens verdier. De raske endringsprosesser som de samiske samfunnene går igjennom, og uklarheter mht. normer og kulturelle verdier, kan gjøre dette vanskelig. "*Risikogrupper blant samisk ungdom*" i **Kapittel 6** ser nærmere på *risikogrupper blant samisk ungdom*. Dette er utsatte grupper som krever mer spesifiserte forebyggende tiltak. Det samiske samfunn trenger sin ungdom. Utvalget mener derfor at integrasjon av risikogrupper blant samisk ungdom som en ressurs for det samiske samfunnet, må være et klart mål innen barne- og ungdomspolitikken. Dette innebærer en utvikling av forebyggings- og behandlingsstrategier som er spesielt innrettet på samisk ungdom, og som sikrer at de møtes av et hjelpeapparat med relevant språklig og kulturell kunnskap. Tjenesteapparatet må rustes opp for å møte disse ungdommenes behov. Det bør iverksettes prosjekter som spesielt tar sikte på å prøve ut samarbeidsformer i forebyggingsarbeidet relatert til den samiske ungdomsgruppen. Skolens og elevenes rolle i det forebyggende arbeidet bør styrkes, og miljøskapende tiltak bør utvikles i kommunene, eventuelt i samarbeid med arbeidsmarkedsetaten. Utvalget ønsker at Sametinget og Norges Forskningsråd bør vurdere opplegg for et forskningsprogram for økt kunnskap om samiske familier og nærmiljørelasjoner i et samisk samfunn i endring.

Samiske eldre er en gruppe som har et spesielt behov for å bli møtt på samisk språk, og for å ha referanser til samisk språk og kultur under opphold i institusjoner

og sykehus. Det er hittil blitt lite fokusert på samiske eldres situasjon. Det legges lite til rette for samiske eldre i hjemmehjelptjenesten og hjemmesykepleien, og vi har liten kunnskap om demensutvikling og tospråklighet hos eldre. "*Eldreomsorg i samiske områder*" i **Kapittel 7** tar opp dette. Når det gjelder mål for *eldreomsorgen i samiske områder*, ønsker utvalget en utvikling som bidrar til å sikre samiske eldre en samisk livskvalitet i alderdommen. Dette målet bør gå igjen i planlegging av omsorgstjenester for eldre på alle forvaltningsnivåer. Dette kan dreie seg om enkle pleietiltak som gjennom hensyn til de eldres språklige og kulturelle forutsetninger, fremmer stabilitet og stimulering i omsorgen av samiske eldre. Det behøver ikke være særlig behov for ekstra midler for å gi samiske eldre det de trenger for en verdig alderdom. Det dreier seg ikke så mye om ekstra utstyr og personell som utvikling av tiltak og generelle omprioriteringer innenfor de rammer som allerede finnes. Kommunene må i sin planlegging både av den hjemmebaserte og den institusjonsbaserte omsorg vurdere mål og tiltak spesielt for samiske eldre. Personell med samisk språklig og kulturell kunnskap er en knapp ressurs i de fleste kommuner. Kommunene bør utvikle systemer for en samordnet og fleksibel bruk av sin bemanning, slik at man kan gjøre en mest mulig effektiv bruk av samisk språklig og kulturell kompetanse. Tiltak som lokalsamfunnsmedvirkning gjennom lokale foreninger og pasientvennordninger vil nok være særlig viktig i omsorgen av samiske eldre både hjemme og på institusjon. Samiske eldre vil ha særlig behov for helseopplysning på samisk språk.

Utvalget mener at Sameloven og Grunnlovens §110 A stiller krav til en eldrepolitikk for eldre samer på et samisk språklig og kulturelt grunnlag. Særlig kommuner i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler bør satse på en forsøksvis utvikling av et språklig og kulturelt tilpasset tjenestetilbud innen eldreomsorgen. Utvalget foreslår at alle kommunene i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler, sammen med Sametinget, fylkeskommunen og staten, går inn i et prosjekt med mål å skape en kulturelt betinget eldreomsorg.

En forskning rundt aldersdemens og tospråklighet bør gi nyttig kunnskap for utviklingen av en samisk eldreomsorg. Gerontologisk institutt bør forestå en slik utvikling, ut fra erfaringer og medvirkning fra fagpersoner i samiske områder. Utvikling og inkorporering av samisk språk- og kulturkompetanse i geriatrisk utredning og diagnostisering av samiske eldre, kan også gjøres gjennom et samisk-språklig områdegeriatrisk team. Det bør utvikles et nettverkssamarbeid innen eldreomsorgen som sikrer effektiv bruk av den språklige og kulturelle kunnskap også i områder der det bor få samer.

"*Psykisk helsevern og behandlingstilbudet til den samiske befolkning*" i **Kapittel 8** tar opp *behandlingstilbudet til den samiske befolkning innen psykisk helsevern*. Utvalget konstaterer at det i svært liten grad er tatt hensyn til etniske og kulturelle forhold ved behandling av samer innen psykisk helsevern. Ved diagnose og behandling innen psykisk helsevern, samt ved fastsettelse av mål for en terapi, vil kjennskap til pasientens kulturelle og språklige bakgrunn kunne være avgjørende for utfallet av behandlingen. Utvalget ønsker derfor at det må skje en utvikling av de etniske og kulturelle aspekter innen psykisk helsevern i Norge. Det bør i større grad enn hva tilfellet er idag, foreligge et behandlingstilbud til samiske pasienter innenfor en språklig og kulturell ramme. Særlig i Nord-Norge bør det skje en utvikling av den etnokulturelle kompetanse. Åsgård sykehus og Universitetsklinikken bør være sentrale i en slik utvikling, og bør utgjøre en spisskompetanse også på dette området, som kan komme kommuner med samisk befolkning til gode.

Utvalget har i "*Habilitering og rehabilitering*" i **kapittel 9** valgt å se spesielt på *habilitering og rehabilitering*. Det ville være ønskelig om rehabiliteringsprosessen kunne organiseres slik i forhold til brukerne, at det ikke ville forekomme sosiale,

språklige eller kulturbetingede barrierer. Imidlertid har utvalget sett det nødvendig med særskilte mål for å identifisere og følge opp alle pasienter og klienter med rehabiliteringsbehov i samiske områder, på tvers av språklig eller kulturell bakgrunn. Dette innebærer at det må bygges inn samisk språk- og kulturkunnskap i kommunenes og fylkeskommunenes rehabiliteringstjeneste, og at fylkeskommunene driver et veiledningsarbeid som sikrer en kulturelt og språklig tilpasset habilitering og rehabilitering. Dette innebærer bl.a. en samisk språklig og kulturell kompetanse i de fylkeskommunale rehabiliteringsteam, i første rekke i Finnmark fylkeskommune. Regionale og landsdekkende rehabiliteringsfunksjoner må også utvikles og tilpasses til det beste for samiske brukere. Ut fra de raske samfunnsmessige endringer som skjer i samiske områder, med endringer i kulturelle verdier og oppdragelsesmønstre, har utvalget valgt å peke på behovene for nye veier innen yrkesrettet rehabilitering for klienter med samisk kulturbakgrunn. Utvalget mener det bør skje en kompetanseoppbygging i Arbeidsmarkedsetaten, og en utprøving av tiltak for å sikre dette.

Utvalget har merket seg at det i liten grad er diskutert *arbeidsmiljøtiltak i reindriften*. Det er en stadig stigende forekomst av ulykker, og av fysiske belastninger og stress (psykiske og psykososiale belastninger) i næringen. Dette tas opp i "*Arbeidsmiljøtiltak i reindriftnæringen*" i **kapittel 10**. Tiltak må settes inn for å skape et bedre arbeidsmiljø i reindriftnæringen. Strategier for utviklingen av et helsefremmende og forebyggende arbeid i reindriftnæringen bør diskuteres i avtaleforhandlingene mellom reindriftnæringens organisasjoner og Landbruksdepartementet. Blant annet bør et eget arbeidsmiljøsenner og opprettelse av en vernetjeneste i næringen diskuteres. Utvalget ønsker at det i forbindelse med omstillingsprogrammet for indre Finnmark diskuteres et prosjekt for forebygging av psykologiske og sosiale konsekvenser av de pågående omstillingsprosessene i reindriftnæringen. Det vil være svært viktig at Sametinget og Norges Forskningsråd går inn i en dialog om et forskningsprogram hvor de nødvendige faktorer for vedlikehold av reindriftssamiske samfunn identifiseres og vurderes.

Livssituasjonen for mennesker i de samiske bosettingsområder er i dag preget av faren for forurensing av naturmiljøet. De gjelder særlig *miljøtrusler* i de nordlige deler av de samiske bosettingsområder, såvel som virkningene av Tsjernobyl-ulykken, som rammet de mer sørlige områder. For å få kunnskap om forurensinger i næringskjeden, må det skje et miljøovervåkingsarbeid i disse områdene. Dette behandles i "*Mennesker og miljø i nord*" i **kapittel 11**. Utvalget mener at målet for forsknings- og overvåkingsarbeidet, må være en bærekraftig utvikling som sikrer gode levekår for menneskene, og økologisk balanse i bruk av naturressursene i samiske bosettingsområder. Det bør være forbindelseslinjer mellom slikt arbeid lokalt, og de store overvåkingsprogrammene som skjer i landene i det sirkumpolare området, initiert av Rovaniemi-prosessen i 1991. Det bør skje en vurdering og samordning av det samlede forsknings- og miljøovervåkingsarbeidet, og det bør sikres samisk deltagelse i dette arbeidet. Helse- og sosialpersonell bør få veiledning om problemer knyttet til forurensingssituasjonene, og det bør avholdes informasjonsseminarer om miljøproblematikk i samiske områder. Miljøvern og ressursovervåking bør utvikles på lokalt nivå, og det bør gjøres bruk av lokal samisk kunnskap om natur og økologi i dette arbeidet. For å formidle resultatene både fra det sirkumpolare og det lokale overvåkingsarbeidet, bør det utgis en bulletin med informasjon på samisk og norsk.

En fortsetning for å utvikle likeverdige helse- og sosialtjenester mellom samer og nordmenn, vil være å sikre *rekruttering og kompetanseoppbygging* i områder med samisk befolkning. "*Rekruttering og kompetanseoppbygging*" i **Kapittel 12** omhandler dette. Utvalget mener at et mål for utviklingen må være å bygge opp en

stabil stamme av helse- og sosialpersonell med samisk språklig og kulturell kompetanse i kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning. Nyrekruttering av ungdom til helse- og sosialsektoren i samiske områder vil være viktig for den utvikling man ønsker. Det bør arbeides med å utvikle utfordrende arbeidsplasser hvor det er muligheter for å utvikle faglig kompetanse, inkludert kompetanse i samisk språk og kultur. Det må settes igang tiltak for å sikre rekrutteringen av helse- og sosialpersonell med samisk språk og kulturkompetanse til de eksisterende videre- og etterutdanningene, og det må iverksettes tiltak for å fremme lokal rekruttering til studier i helse- og sosialfag. Viktig for likeverdig behandling av samiske brukere, og en utvikling av tjenestene etter samenes behov, vil være å innarbeide et samisk innhold i de helse- og sosialfaglige utdanningene. Det vil i seg selv også stimulere rekrutteringen av samer til disse utdanningene.

Utvalget har i "*Utredning og forskning om samiske forhold*" i **kapittel 13** endel merknader knyttet til behovet for forskning om samiske forhold med relevans for helse- og sosialsektoren. Det er behov for utvikling av forskning knyttet til samisk kultur og levemåte. Det er videre behov for en forskning innen helse- og helsetjenesteforskning relevant for samer i Norge, og en utvikling av flerkulturelt sosialt arbeid. Det er utvalgets oppfatning at dette er områder som bør utredes nærmere i en dialog mellom Sametinget, Norges Forskningsråd og berørte instanser.

I Langtidsprogrammet for 1994—1997 (St.meld. nr. 4 (1992—93)) heter det: «Regjeringen vil sikre hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, god tilgang på helse- og omsorgstjenester i et offentlig styrt helse- og omsorgsvesen av god kvalitet.» I St.meld. nr. 50 (1993—94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste legger regjeringen følgende til grunn for sine prioriteringer: «Helsetjenester bør fordeles slik at alle skal kunne bli så friske som de etter sine muligheter har forutsetning for. Tilbudet bør være like tilgjengelig, relevant og faglig godt for alle uavhengig av kjønn, seksuell legning, etnisk bakgrunn, religiøs tilknytning, sosial status eller bosted.» Utvalget går ut fra at dette i prinsippet også gjelder sosialtjenesten. Ut fra dette må det utvikles tjenester som kan gi grunnlag for likeverdige tilbud for samer og nordmenn innen helse- og sosialtjenesten.

Det offentlige helse- og sosialtilbudet i Norge er sterkt desentralisert. Kommuner og fylkeskommuner har det vesentlige ansvar for å sette den nasjonale helse- og sosialpolitikken ut i livet. Dette gir et godt grunnlag for lokal tilpasning av tjenestene. De kommunale og fylkeskommunale tjenester må innrettes slik at de er i pakt med de nasjonale målsettinger når det gjelder tilgjengelighet og kvalitet i forhold til den samiske befolkning. Stortingets Sosialkomite påpeker i sin innstilling til budsjettforslaget for 1993 at det er den enkelte kommunes ansvar å utarbeide rasjonelle og hensiktsmessige tjenestetilbud, og at det må legges vekt på lokale behov, faglig utvikling og effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Dette må etter utvalgets oppfatning også gjelde for fylkeskommunene.

Det er både fra regjering og Storting understreket at et sektorovergripende samarbeid er vesentlig for å oppnå de nødvendige resultater. Stortinget har ment at Sosial- og helsedepartementet skal ha en pådrivende rolle overfor andre sektorer, særlig i det forebyggende arbeid. Utvalget vil peke på at når det gjelder samepolitikken, er det Kommunal- og arbeidsdepartementet som har koordineringsansvaret og Kulturdepartementet som har forvaltningen av Samelovens språkregler. Med den betydning samenes rettigheter har fått gjennom Grunnlovens paragraf 110 A, er det slik at staten har et overordnet ansvar for at den samiske minoritet sikres levekår og velferd på linje med den øvrige befolkning. Utformingen av tjenestetilbudet innen helse- og sosialsektoren er av avgjørende betydning for levekår og velferd. Det kan være behov for særlige samarbeidstiltak mellom Kommunal- og

arbeidsdepartementet, Kulturdepartementet og Sosial- og helsedepartementet for å samholde Samelovens intensjoner med helse- og sosialpolitikken. Når det gjelder utdanning av kvalifisert personell som skal arbeide i samiske områder, bør Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet trekkes inn som ansvarlig fagdepartement. Uten tilstrekkelig personell som er kvalifisert for å arbeide i områder med samisk befolkning, vil man etter utvalgets syn ikke kunne oppfylle de mål for helse- og sosialpolitikken som er sitert ovenfor. Et kvalifisert personell er også en av forutsetningene for det forebyggende arbeidet, slik dette er beskrevet i St.meld. nr. 37 (1992—93). Utvalget mener derfor at Sosial- og helsedepartementet må ha en koordinerende og pådrivende rolle for at de helsepolitiske og sosialpolitiske målsettinger skal kunne nås i forhold til samer, og at det må være en prioritert oppgave i Sosial- og helsedepartementets pådrivende funksjon å få utviklet et nært samarbeid mellom de ansvarlige departementer.

I flere av de senere meldinger fra Sosial- og helsedepartementet til Stortinget vektlegges behovet for tverrsektorielt samarbeid på de forskjellige nivåer. Utvalget mener at dette bør vurderes spesielt i forhold til utformingen av tjenestetilbudet til den samiske befolkning. Det eksisterende lovverk og tjenestetilbud innen helse- og sosialsektoren inkluderer også samene. Ifølge regelverket har de forskjellige instanser ansvaret for å bygge ut tjenester til befolkningen med utgangspunkt i de behov innbyggerne har. Dette innebærer at kommuner og fylkeskommuner skal ha det samme ansvar og de samme plikter i forhold til samiske innbyggere som til andre, og at samer har fulle rettigheter til helse- og sosialtjenester i sin kommune og sin fylkeskommune etter lover og regelverk.

Det bør være et mål å legge opp en helhetlig og planmessig helse- og sosialpolitikk for samer lokalt og regionalt. Dette er prinsipielt sett et spørsmål om å gjennomføre den vedtatte helse- og sosialpolitikk til den del av landets borgere som er samer, og at det eventuelt medfører en ekstra ressursinnsats å foreta en tilpasning av de eksisterende helse- og sosialtjenestene. Det må derfor være hensiktsmessig å komme fram til generelle retningslinjer for statens økonomiske medvirkning i forhold til kommuner og fylkeskommuner.

Utvalget legger opp til en gradvis gjennomføring av planen med det langsiktige mål å finne fram til et system for faste overføringer til dekning av merutgifter ved helse- og sosialtjenestene for samer. Utvalget ønsker at denne planen bør danne utgangspunkt for en forsøksvirksomhet i de forskjellige kommuner og fylkeskommuner, som tar utgangspunkt i lokale behov og forutsetninger. Planens delmålsettinger går nærmere inn på utviklingen av tjenestene innen de enkelte delområder av helse- og sosialsektoren. Her er det behov for utprøving av tiltak gjennom forsøksvirksomhet for å høste erfaringer, og for å foreta lokale tilpasninger. Utvalget ønsker at det i forsøksarbeidet prioriteres tiltak for bedring av samhandlingssituasjonen og kompetanseoppbygging hos helse- og sosialpersonell for å møte samenes behov for å bli møtt innenfor rammen av samisk språk og kultur i helse- og sosialsektoren. Målet med forsøksvirksomheten må være å utvikle et sammenhengende tjenestetilbud som omfatter alle sektorer og nivåer, og som tar de nødvendige hensyn til den samiske befolkning. De kommuner og fylkeskommuner som ligger i forvaltningsområdet for samisk språklav, er i en særstilling, ved å være bundet av de forpliktelser som ligger i denne loven.

Sosial- og helsedepartementet vil ha det overordnede ansvar for å innarbeide de etnisk-kulturelle aspekter i den ordinære helse- og sosialtjenesten, og sikre samordning og framdrift av dette, basert hovedsakelig på en gjennomføring av forslagene i denne planen. Sametinget må være en pådriver og en formidler av samiske synspunkter til Sosial- og helsedepartementet. Dette gjelder særlig det forsøks- og

utviklingsarbeid som vil være viktig for å finne fram til de etniske, språklige og kulturelle aspekter innen helse- og sosialtjenestene.

Etter en forsøksperiode ønsker man en satsing i form av nettverksbygging for å trekke med alle kommuner og fylkeskommuner som har samisk befolkning. Satsingen bør gi et reelt grunnlag for å vurdere omfanget av merutgifter ved å ta språklige og kulturelle hensyn i helse- og sosialvesenet. Først da vil en likeverdig behandling av samiske og norske pasienter og klienter kunne være en realitet. Det må vurderes om merutgiftene skal inngå i det ordinære inntektssystemet, eller gis som øremerkede tilskudd. En integrert evaluering vil være viktig gjennom hele prosessen.

KAPITTEL 2

Rettigheter og regionale variasjoner. Noen bakenforliggende forhold**2.1 INNLEDNING**

I sammenheng med spørsmålene rundt helse- og sosialtjenester for den samiske befolkningen har utvalget konstatert endel bakenforliggende spørsmål og forhold. Det dreier seg i første rekke om pasient- og klientrettigheter i helse- og sosialsektoren, om samenes rettslige stilling i Norge, og om den regionale og kulturelle differensieringen som eksisterer mellom de samiske områder i landet.

Utvalget har derfor sett behovet for en innledende generell framstilling av alminnelige pasient- og klientrettigheter i helse- og sosialsektoren. Utvalget har også funnet det nødvendig med en kortfattet framstilling av de viktigste dokumenter som berører samenes rettslige stilling i Norge i dag. Likeledes har utvalget sett behovet for en framstilling som viser den regionale og kulturelle differensieringen som eksisterer mellom de samiske områder.

Dette er felter som utgjør viktige rammebetingelser for samenes situasjon innen helse- og sosialsektoren, og som setter premisser for den framtidige utviklingen. De danner rammen rundt utviklingen av problemforståelsen, og legger betingelser for de tiltak som det i nærmeste framtid vil være mulig å iverksette innen de forskjellige delområder av helse- og sosialsektoren. Det sier også noe om behovet for utvikling innen de forskjellige områder, og om behovet for en faglig tilnærming mellom forskjellige områder, f.eks. helse- og sosialrett og samerett.

2.2 ALMINNELIGE PASIENT- OG KLIENTRETTIGHETER I HELSE- OG SOSIALSEKTOREN**2.2.1 Innledning**

Utvalget har sett behov for en framstilling av noen alminnelige pasient- og klientrettigheter i helse- og sosialsektoren. Hensikten er særlig å gi perspektiver på framstillingen av samhandlingsproblemer i samenes møte med helse- og sosialtjenestene, både i *"Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet"* i kapittel 3 og i utredningen forøvrig. Framstillingen gir også en bakgrunn for drøftelsen av den betydning Samelovens språkregler har i helse- og sosialsektoren. Den vil også kunne tjene som rettslig bakgrunn for diskusjoner om mulige virkemidler i forbindelse med en helse- og sosialplan for samer, og en innpassing av disse i den eksisterende helse- og sosialforvaltning. En såvidt utfyllende oversikt over rettsreglene, vil også sette fokus på pasienters og klienters behov for kunnskap om feltet, og på behovet for å se hele dette feltet i sammenheng med etnisitetsproblematikk. Utvalget har derfor valgt å be stipendiat cand.jur. Marit Halvorsen om å framstille en gjennomgang av alminnelige pasient- og klientrettigheter som basis for utvalgets vurderinger. Hennes framstilling følger nedenfor. Hun står også for framstillingen av samelovens språkregler i *"Tolkning av lovteksten"* i kapittel 3.3.1.

2.2.1.1 Innledning

Retten til å bli undersøkt og behandlet for sykdom fremstår som en sentral pasientrettighet, og vil bli mest inngående behandlet i denne framstillingen. Som hovedregel er det pasientene selv som tar skritt for å bli undersøkt og behandlet, og for å få sine rettigheter oppfylt. Dette følger av den alminnelige handlefrihet. Pasienter må anmode om behandling, og legene må ha pasientenes tillatelse før de foretar seg noe. Unntak fra dette er der det finnes andre rettsgrunnlag for behandlingen, som egen lovhjemmel (for eksempel hjemmel for tvangsinnleggelse i psykiatrisk sykehus), representert samtykke (foreldre på vegne av små barn, verger på vegne av umyndiggjorte) eller nødrett. Rett til økonomisk kompensasjon, det vil i hovedsak si rett til gratis legehjelp og kur og pleie i sykehus blir sykepenges, ikke behandlet i denne sammenheng.

Begrepene «pasientrettigheter» og «pasienters rettssikkerhet» har preget helsepolitikken og den offentlige debatt de siste ti — femten år. For en redegjørelse for pasientrettighetenes utvikling henvises til *Asbjørn Kjørstad, «Pasientrettighetenes framvekst»*, *Kjørstad og Syse, red.: Helseprioriteringer og pasientrettigheter*, Oslo 1992.

«Pasientrettigheter» omfatter blant annet rett til å bli undersøkt og behandlet for sykdom, rett til økonomisk kompensasjon for utgifter, rett til informasjon og konfidensialitet og rett til å kreve sanksjoner ved feil behandling. «Klientrettigheter» er først og fremst retten til forskjellige ytelser fra sosialtjenesten (herunder barneverntjenesten), og partsrettigheter knyttet til forvaltningens saksbehandling. Hvert av disse områdene reiser en rekke rettslige spørsmål. Noen skal drøftes i det følgende. Først må imidlertid selve rettighetsbegrepet presiseres.

Sykepengerrettighetene følger av lov om folketrygd, 17/6—66 nr. 12, kap. 2. Kompensasjon for utgifter til legehjelp og kur og pleie i sykehus er flyttet fra folketrygdloven til henholdsvis kommunehelsetjenesteloven og sykehusloven, men uten at rettighetenes innhold skulle endres. For framstilling av reglene om sykepenger henvises til *Asbjørn Kjørstad, Innføring i trygderett*, Oslo 1991 kap. 2.1., og *Aslak Syse, «Trygderett»*, i *Andenæs og Olsen, red.: Sosialrett*, Oslo 1993, kap. 6.

Retten til informasjon er en forutsetning for at pasienter og eventuelt deres representanter, skal kunne gi tillatelse til behandling: Gyldig samtykke fordrer at den som samtykker, vet hva samtykket innebærer. Retten til konfidensialitet er speilbildet av helsepersonellens taushetsplikt. Hovedreglene om informasjon og om taushetsplikt blir derfor nevnt.

Journalinnsynsretten er en av de viktigste pasientrettigheter. Den er i mange tilfelle en forutsetning for å kunne utøve kontroll og eventuelt klage eller kreve sanksjoner. Sanksjoner for feilbehandling knyttes til alternativene straff, erstatning og forvaltningsmessige reaksjoner (autorisasjonstap, arbeidsrettslige følger). De forvaltningsmessige følger berører forholdet mellom helsepersonell og myndighetene, og faller således på siden av en framstilling av pasienters rettigheter. Spørsmål om innsynsrett, klage, erstatning og straff er de siste årene kommet i sterkere fokus, og blir kort gjennomgått.

De materielle klientrettigheter i sosialtjenesten og barneverntjenesten blir også summarisk behandlet, med en oversikt over de viktigste saksbehandlingsreglene.

Trygdevesenet er organisert som en egen forvaltningstjeneste, med de lokale trygdekontorer nærmest publikum, Rikstrygdeverket på toppen og et eget domstolslignende organ, Trygderetten, som behandler ankesaker. Selv om folketrygden i og for seg er en sosial ordning, skal den ikke behandles her. Saksbehandlingen på trygdekantorene er ikke omfattet av den utvidede rettighetsbestemmelsen for helse- og sosialsektoren, men følger hovedregelen i Samelovens §3—3.

I "*Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet*" i kapittel 3.3 om samhandlingssituasjonen mellom den samiske pasient og klient og de norske helse- og sosialtjenester gjennomgås samelovens språkregler, med fokus på helse- og sosialsektoren ("*Samelovens språkreglers betydning i helse- og sosialsektoren*" i kapittel 3.3). Her diskuteres den nærmere betydning av Samelovens §3—5, som gir utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren. Spørsmålet om Samelovens §3—4 om utvidet rett til bruk av samisk skal gjelde for fylkesnemnda blir også berørt. Noen praktiske og økonomiske konsekvenser av språkrettighetene blir også berørt.

2.2.2 Kort om de alminnelige pasient- og klientrettigheter i helse- og sosialvesenet

2.2.2.1 Rettighetsbegrepet

I dagligtale brukes «rettighet» ganske upresist, og kan omfatte regulære juridiske krav, menneskerettigheter, moralske krav og rene meningsyttringer. Også i debatten omkring helsevesenet er det vanlig å bli konfrontert med forskjellige betydninger av rettighetsbegrepet, ofte uten at den som bruker ordet gjør klart i hvilken betydning det brukes. «Det er en menneskerett å bli behandlet for sykdom» kan for eksempel bety at man mener det er et krav som springer ut av en *menneskerettighetskonvensjon*. Men det kan like gjerne bety at man mener det er menneskelig riktig å behandle folk; da er det et moralsk krav på behandling som fremsettes.

I vanlig juridisk språkbruk vil «rettighet» motsvares av «plikt», altså slik at noen må ha plikt til å yte hvis noen skal ha rett til å kreve. Begrepsparet plikt/rettighet er knyttet til domstolsbeskyttelse: *Den som har en rettighet, kan kreve den beskyttet eller oppfylt gjennom rettsapparatet. Man kan også snakke om individuelle rettskrav. Det betyr da at enkeltpersoner har krav på ting eller ytelser fra bestemte adressater. I et slikt perspektiv betyr «rett til behandling» at den som ikke får behandling, må kunne få prøvet sitt krav ved en rettsak. Tvistetema i en slik sak vil være om saksøker har behov for behandlingen, og om den konkrete behandlingen faller innenfor det tilbudet helsevesenet plikter å yte.*

Kjerneproblemet i spørsmålet om hva slags rettskrav borgerne har på helse- og sosialtjenester, er å avgjøre hva slags tjenester det offentlige plikter å yte. Dette er i siste instans et politisk spørsmål, fordi offentlig helsevesen og sosialtjeneste er politiske konstruksjoner. Men innenfor de rammer som politikken har skapt, må rettsapparatet kunne ta stilling til pliktens innhold.

Det offentlige kan også tilby tjenester som går utover de pliktmessige. Slike tjenester følges ikke av rettskrav for borgerne, selvom mange kan mene at de for eksempel har et moralsk krav. De må stille seg i kø eller konkurrere på andre måter om tildelingen. Det er likevel ikke helt fritt opp til myndighetene å fordele tjenestene etter eget skjønn. Rettssystemet fordrer at fordelingen ikke er vilkårlig, ikke bygger på usaklige eller uriktige hensyn, og heller ikke er diskriminerende. Men innenfor disse rammer kan de myndigheter som er ansvarlige for tjenestene, både avgjøre tilbudets omfang og kriterier for tildeling. *I det følgende vil det med «rett» eller «rettighet» menes rettskrav som kan kreves oppfylt ved domstolenes hjelp.*

Rettighetsbegrepet i helse- og sosialretten er drøftet av flere forfattere. Leif Oscar Olsen behandler begrepet i «Rettighetsbegrepet i helse- og sosialretten», i Andenæs og Olsen, red.: Sosialrett II, Oslo 1990. Han gir uttrykk for at det på dette område er vanskelig å snakke om enten rettigheter eller ikke rettigheter. Etter hans mening er det heller snakk om et kontinuum fra de sterke via de svakere til de betydningsløse rettigheter. Tanken følges opp av Asbjørn Kjønstad, selvom han vil beholde et prinsipielt skille mellom rettigheter og rett til rasjonerte ytelser. Han

stiller i Rett til helsehjelp og sosiale tjenester, Oslo 1990 opp en analysemodell for rettigheters styrke eller svakhet (s. 17 flg.). For det første må det legges vekt på språklig forståelse av lovteksten, og forarbeidene vil være et viktig tolkningsmoment. Dernest må man se på hvordan de spørsmål som er aktuelle for rett/plikt-relasjonen er behandlet. Videre er det av betydning om ytelsen er pliktmessig eller frivillig. Hvilke rettssikkerhetsgarantier som gjelder, og om og hvor langt domstolene kan prøve avgjørelsen, er de to siste punkter på listen. Listen samsvarer antagelig med det som i svensk rett er kalt «baskrav» for å etablere en rettighet i forvaltningsretten og sosialretten, se Lotta Westerhäll, «Rättigheter, skyldigheter och sanktioner inom socialrätten», i Tidsskrift for Rettsvitenskap 1986 s. 627.

2.2.2.2 Rett til å bli undersøkt og behandlet for sykdom

Rett til å bli undersøkt og behandlet for sykdom knyttes særlig til lov om helsetjenesten i kommunene av 19/11—82 nr. 66 (khl.), til lov om sykehus av 19/6—69 nr. 57 (sykhl), lov om psykisk helsevern av 28/4—61 nr. 2 (phvl) og utkast til lov om vern mot smittsomme sykdommer (smvl) (Ot.prp. 91, 1992—93).

Det finnes også spesiallovgivning som angår bestemte helsetjenester, for eksempel abort, jfr. lov om svangerskapsavbrudd av 13/6—75 nr. 50 og sterilisasjon, jfr. lov om sterilisering av 3/6—77 nr. 57. Disse tjenestene kan som regel vanskelig sies å være behandling av sykdom, men tilhører klart helsevesenets oppgaver. Dessuten finnes lovgivning som regulerer saksbehandling og andre sider av visse behandlingstilbud eller tjenester, for eksempel lov om transplantasjon m.m. av 9/2 1973 nr. 6 og lov om kunstig befruktning av 12/6—87 nr. 68. Felles for de nevnte tjenester er at de tilhører spesialist- og institusjonshelsetjenesten, eller helsevesenets 2. og 3. linje. Det må til sist nevnes at leger og jordmødre har en lovbestemt plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, som i utgangspunktet er uavhengig av tid og sted.

Primærhelsetjenesten

Nøkkelformuleringen finnes i khl. §2—1, første ledd: «Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommunen der han bor eller midlertidig oppholder seg». Rettighetens innhold er hva som er *nødvendig helsehjelp*.

Asbjørn Kjønstad gir i Rett til helsehjelp... en oversikt over hva rettskravet på helsehjelp innebærer i forhold til den kommunale helsetjenesten. Rettstilstanden er ytterligere avklart gjennom Høyesteretts dom referert i Rt. 1990 s. 874 («Austestad» eller «Fusa-dommen»). Dommen gjelder en funksjonshemmet kvinnes krav på hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Det fremgår av dommen at det finnes en minstandard for ytelsene uavhengig av kommunens økonomi, selvom dommen ikke uttaler noe generelt om nivået.

«Helsehjelp» må skilles fra sosiale tjenester. Det menes med andre ord hjelp som nokså direkte er knyttet til pasientens helsetilstand. Det meste av det som gjøres for pasienter på legekontorer, hos fysioterapeuter og helsestasjoner er helsehjelp. Men også hjelp som ytes andre steder kan være helsehjelp. Det er for eksempel helsehjelp når pasienten blir vasket og stelt hjemme, og når den sengeliggende pasientens seng blir redd opp. Men når den samme pasientens hus blir vasket, er det hjemmehjelp, som er en sosial ytelse og som sådan sorterer under sosialtjenesteloven. Grensen mellom helsehjelp og annen hjelp er i prinsippet klar nok, men kan være vanskelig å trekke i praksis. Kommunene er imidlertid ansvarlig for hjelpen i begge tilfelle.

Aslak Syse drøfter grensen mellom helsetjenester og sosialtjenester i «Psykisk utviklingshemmetes rett til spesialiserte helsetjenester», Institutt for offentlig retts skriftserie nr 5/1992, s. 41—50.

Helsehjelpen skal være «nødvendig». I dette ligger et signal om at ikke alle helsetjenester faller inn under lovens område. Helsetjenester som har ingen eller bare meget liten helsemessig betydning, må befolkningen derfor enten betale selv eller konkurrere om. Det er ikke de individuelle pasientenes oppfatning av nødvendigheten som er avgjørende, men en faglig medisinsk vurdering. I forhold til den kommunale helsetjenesten kan influensavaksine tjene som eksempel: Det er ingen grunn til å vaksinere ellers friske mennesker som ikke er spesielt utsatt, mot den årvisse influensa. I forhold til svake pasienter som vil tåle en influensa meget dårlig, kan vaksine derimot være nødvendig helsehjelp. Et annet eksempel er ultralydsundersøkelse under svangerskap. Hvis det ikke er grunn til å tro at noe er i veien, må ultralydundersøkelse sees som et tilbud, og ikke som en pliktmessig ytelse.

Skillet mellom nødvendig og ikke-nødvendig helsehjelp må også diskuteres i forhold til 2. og 3. linje tjenesten. (Se nedenfor om begrepet «nødvendig helsehjelp» i tilknytning til tjenester utenfor primærhelsetjenesten.) Typisk eksempel på ikke-nødvendige tjenester er kosmetisk kirurgi som ikke er medisinsk indisert. Kunstig befruktning blir av noen fremhevet som nødvendig, til tross for at denne virksomhet ligger nokså langt fra det som vanligvis forstås med nødvendig behandling av sykdom. Helsetjenester som nok er nødvendige, i den forstand at pasienten objektivt sett trenger dem, men som er umåtelig kostbare, smertefulle og sterkt risikopregede, kan falle utenfor hva som skal regnes som nødvendig helsehjelp. Et godt eksempel her er operasjoner på barn med hypoplastisk venstre ventrikel (medfødt, alvorlig hjertefeil). I en annen kategori kommer tjenester som klart er medisinsk nødvendige, men som faktisk er nedprioritert. Et eksempel på dette er behandlingstilbud for unge sinnslidende. Smittevernlovutkastet slår fast at nødvendig smittevernhjelp er en rettighet, jfr. smvl. e 6—1, som henviser til khl. §2—1 og sykh. §6. En som kan være eller er smittet med en allmenfarlig smittsom sykdom (forskriftene til smittevernloven avgjør hvilke sykdommer dette er), har rett til diagnostikk, behandling, pleie og annen smittevernhjelp.

Forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven forutsetter at kommunenes økonomi kan spille inn ved fastsettelsen av nivået på kommunens pliktmessige ytelser. Dommen i Rt. 1990 s. 874 slår fast at det skal ytes helsehjelp av en viss standard uavhengig av økonomien. Det er et laveste nivå som må oppfylles, selvom det er uklart hvor dette nivå ligger. Det foreslås at retten til smittevernhjelp uttrykkelig ikke kan beskjæres utfra hensyn til kommuneøkonomien, jfr. smvl. §6—1, annet ledd, siste pkt. For andre tjenester er det ikke lovfestet lignende garantier. Minstekrav må være at helsehjelpen er faglig forsvarlig, og at ytelsenes omfang passer med omfanget på andre tjenester det offentlige organiserer under tilnærmet monopol, som folketrygden og skolevesenet.

Den kommunale helsetjenestens oppgaver er å drive forebyggende helsearbeid, diagnostisere og behandle sykdom og skader, sørge for medisinsk attføring, og for pleie og omsorg, khl. §1—3. første ledd. Det fremgår av khl. §1—3 annet ledd at den kommunale helsetjenesten *minst må omfatte almenlegetjeneste med legevaktordning, fysioterapi, hjemmesykepleie og helsesøstertjeneste, sykehjem og boformer med heldøgns omsorg og pleie og medisinsk nødmeldetjeneste.*

Skolehelsetjenesten regnes som forebyggende arbeid (jfr. forskrift fra Sosialdepartementet, 23/11—83 med endringer), og er obligatorisk for skolene. Rent faktisk vil skolehelsetjenesten også kunne spille en viktig rolle i diagnostisk sammenheng, og den er derfor en viktig del av helsehjelpen. Ergoterapi og bedriftshelsetjeneste er fakultative (ikke-obligatoriske) tjenester som kan opprettes etter skjønn.

Også slike tjenester kan etter forholdene ansees som nødvendig helsehjelp (jfr. *Kjønstad, op. cit. s. 35*).

Helsetjenestene kan organiseres helt kommunalt, slik at alle som yter hjelpen, er ansatt i kommunen, eller ved at kommunen inngår avtaler med privatpraktiserende helsepersonell, khl. §3—1, tredje ledd. Disse får da såkalt driftstilskudd fra kommunen, som utgjør en sum tilsvarende lønn for en viss mengde arbeid. Privatpraktiserende helsepersonell uten kommunale avtaler (i praksis leger og fysioterapeuter) kan også høre til primærhelsetjenesten, men er ikke del av den kommunale tjenesten. Pasienter har derfor heller ikke rettskrav etter kommunehelsetjenesteloven på deres tjenester, selvom de kan ha krav på refusjon av utgiftene til privatpraktiserende personell fra folketrygden. Det finnes ingen regler som pålegger kommunene å ansette eller inngå avtale med et bestemt antall leger, fysioterapeuter o.l. utfra for eksempel kommunens folketall.

Leger og fysioterapeuter som etablerer seg uten kommunal driftsavtale etter 10/10—92, kan ikke kreve refusjon fra folketrygden for tjenestene de yter. Pasientene må følgelig betale alt selv, ikke bare egenandelen. Regelen forutsetter at kommunene ansetter tilstrekkelig helsepersonale eller inngår mange nok avtaler om driftstilskudd, til at behovet for helsetjenester er rimelig dekket. Kommunene kan altså ikke basere tilbudet på at det finnes privatpraktiserende personell. Det samme gjelder for fylkeskommunene i forhold til legespesialister og kliniske psykologer.

Spesialist- og institusjonshelsetjenestene

De helseproblemer som er for kompliserte til at de kan tas hånd om i primærhelsetjenesten, skal henvises til helsetjeneste i 2. eller 3. linje. Dette vil gjelde alle tilstander som krever sykehusinnleggelse, alle psykiske lidelser og alt annet som krever legespesialist eller tannlege.

Vanligvis er befolkningens rettskrav på helsetjenester i 2. og 3. linje diskutert i forbindelse med sykh. §6, som omhandler såkalt «øyeblikkelig hjelp». Bestemmelsen pålegger sykehus og fødehem «uoppholdelig å motta en pasient når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen kan gi er påtrengende nødvendig». Bestemmelsen gir en individuell rett til å bli vurdert og, hvis nødvendig, behandlet. Hvilke tilstander som utløser retten etter sykh. §6, er ikke fastlagt. Utgangspunktet er at det må dreie seg om livstruende tilstander eller tilstander som ubehandlet vil føre til alvorlige helseskader. Smittevernloven gir for sitt område rettskrav på behandling og pleie ved almenfarlige smittsomme sykdommer også overfor 2. og 3. linjetjenesten, jfr. smvl. §6—2. Bestemmelsen bidrar slik sett til forståelsen av sykh. §6.

Lov om psykisk helsevern har en egen bestemmelse om rett til øyeblikkelig hjelp, phvl. §2, sjette ledd. Den er formulert som en plikt til å motta pasienter etter samme vilkår som sykh. §6. Det fremgår av lovens forskrifter (1/11—82 nr. 3951) at tilstanden skal være særdeles alvorlig før retten utløses. I prinsippet gjelder motaksplikten både frivillige og tvungne innleggelse.

Tilstander som ikke påkaller øyeblikkelig hjelp, er i helserettslig litteratur behandlet under synsvinkelen «konkurrans om knappe ressurser». Det innebærer at befolkningen ikke skal ha noe rettskrav på disse ytelser, jfr ovenfor under pkt. I. Sykehusenes plikter utover sykh. §6 kan knyttes til sykh. §2, første ledd, eventuelt til phvl. §2, første ledd. Her pålegges fylkene plikt til å bygge og drive helseinstitusjoner slik at befolkningens behov blir dekket. Bestemmelsene er vanligvis tolket slik at de ikke gir individuelle rettigheter.

Se for fremstillinger av dette standpunkt for eksempel Asbjørn Kjønstad, *Helserett*, Oslo 1987 s. 23 og «Rett og rettferdighet ved fordeling av helsetjenester» i

Festskrift til Eckhoff, Oslo 1986; Ståle Eskeland, Den psykiatriske pasient og loven, Oslo 1983 s. 17—18 og «Ressurser, rettssikkerhet og forvaltningens ansvar», i Festskrift til Eckhoff, s. 295. I utredningen «Lov om pasientrettigheter», NOU 1992:8, har Eskeland skiftet mening. Han sier der: «Etter Fusa-dommen, er det imidlertid grunn til å tolke loven slik at den gir rettskrav på visse minstestytelser...» (s. 25). Se også Aslak Syse, Abortloven. Juss og verdier, Oslo 1993 s. 86—89; han omtaler også den såkalte «ventelistegarantien» som en slags mellomposisjon (jfr nedenfor).

Denne tolkning får som konsekvens at en tilstand som utløser rettskrav overfor primærhelsetjenesten, faller ut av denne rettighetsposisjon i samme øyeblikk som det viser seg at den krever spesialistbehandling uten at det er snakk om øyeblikkelig hjelp.

Antagelig gir den såkalte «ventelistegarantien» (forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter, 25/7—90 nr. 620) rettskrav til pasienter for hvem det vil få «katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på lengre sikt» om de ikke får behandling. Ganske mange av dem som trenger «nødvendig helsehjelp» i 2. og 3. linje tjenesten, dekkes av denne forskriften.

2.2.2.3 Litt om rett til informasjon og om taushetsplikt

Informasjon

Pasienter har krav på informasjon, jfr. legel. §25, tredje ledd: Legen «skal gi hver pasient de opplysninger han bør ha om sin helsetilstand og behandling...». Det er ikke nødvendig at det er legen personlig som gir opplysningene; det må kunne overlates til for eksempel en sykepleier. Men legen er selv ansvarlig for at pasienten får de nødvendige opplysninger.

Informasjonsplikten ivaretar flere hensyn. For det første er den en forutsetning for at pasienten skal kunne samtykke til behandling. Selvom pasienter kan avgi en slags «blankofullmakt» ved å gi forhåndssamtykke til det legen finner nødvendig å gjøre, må man bygge på at pasienten har rett til å få den nødvendige informasjon, men velger å avstå. For det annet er informasjonsplikten en side av legens alminnelige plikt til å utøve sin virksomhet på forsvarlig måte, jfr. legel. §25, første ledd. Informasjon vil jo ofte være nødvendig for at behandlingen skal være riktig, for eksempel hvis den krever en bestemt medvirkning av pasienten (som å ta medisin). Det er denne andre siden som fokuseres i legel. §25. Informasjon som grunnlag for samtykke følger av alminnelige rettsgrunnsetninger om gyldige avtaler.

Informasjonsplikten begrenses av et nødvendighetssynspunkt. Det betyr at pasienter for eksempel ikke kan kreve opplysninger om enhver tenkelig, men helt usannsynlig bivirkning av en behandling. Men informasjonen må avpasses etter pasientens kliniske situasjon. Legen må derfor alltid foreta en individuell vurdering av hva slags informasjon som er nødvendig.

Informasjonsplikten er bare oppfylt dersom informasjonen kan nå frem til pasienten. Legen må legge an informasjonen etter pasientens oppfattelsesevne og kunnskapsnivå. Legen må også sørge for at informasjonen blir gitt på et språk som pasienten forstår, eller til en tolk. I så fall må pasienten eventuelt samtykke i at tolken blir kjent med opplysninger som er underlagt taushetsplikt. Det kan ikke stilles opp noe absolutt krav om at informasjonen faktisk er nådd frem; hvis informasjonen ellers er adekvat, er det pasientens eget ansvar å være villig til å ta informasjonen til seg.

Pårørende har et visst krav på informasjon om «pasientens tilstand og sykdom og om behandlingen», legel. §26, første ledd. «Pårørende» er i utgangspunktet den eller de som pasienten selv oppgir som pårørende. Informasjon skal gis i «den

utstrekning forholdene tilsier det». Det begrenser informasjonsretten til det som er nødvendig av hensyn til de pårørendes videre kontakt med pasienten, for eksempel for å gi riktig pleie og hjelp når pasienten kommer hjem. Det må også tas et visst hensyn til at pårørende som står pasienten meget nær, kan ha behov for informasjon fordi de er glade i pasienten. Hvis pasienten motsetter seg at opplysninger gis til de pårørende, kommer informasjonsretten på tvers av taushetsplikten. Den siste kan da måtte vike.

Lov om barn og foreldre av 8/2—81 nr. 7 har i §50 en bestemmelse som skal sikre at foreldre som ikke har foreldreansvar, får opplysninger om barnet bl.a. fra helse- og sosialvesenet. Det forutsettes at opplysningene ikke kommer i konflikt med taushetsplikten, og at det ikke kan være til skade for barnet at opplysningene gis.

Taushetsplikt

Rett til konfidensialitet oppfattes som en grunnleggende side av forholdet mellom pasienter og helsevesen. Legenes taushetsplikt er nedarvet fra antikken, og ble lovfestet i 1902. I dag fremgår regelen av legelovens §31, første ledd: «En lege skal iakttas taushet og hindre at andre får kjennskap til opplysninger om folks legems- og sykdomsforhold eller andre personlige forhold han får kunnskap om under sin legevirkosomhet.» Taushetsplikt for annet helsepersonell er modellert over legelovens regler. Den som har krav på konfidensialitet, kan løse den taushetspliktige fra taushetsplikten ved å samtykke til at opplysningene gis videre.

Taushetsplikten innebærer plikt til mer enn å la være å si noe; den innebærer plikt til aktivt å forhindre at opplysninger kommer ut. Det betyr for eksempel at leger må snakke med pasienter i enerom med mindre pasienten samtykker til å snakke i situasjoner der andre (for eksempel studenter eller romkamerater på sykehus) kan høre. Det innebærer også krav til at pasientjournaler og lignende ikke ligger utildekket slik at andre som befinner seg i rommet (andre pasienter, rengjøringsspersonale) kan lese.

Det gjelder en rekke unntak fra taushetsplikten. De viktigste er knyttet til lovbestemte meldeplikter og opplysningsplikter (for eksempel i forbindelse med rettsaker) og til annet helsepersonells behov for kunnskap om pasienten for å gjennomføre riktig diagnostikk, behandling og pleie. Det er verdt å merke seg at helsepersonell ikke står fritt til å dele opplysninger om pasienter med hverandre; det forutsettes i legeloven §34 at opplysningene er nødvendige av hensynet til undersøkelsen og behandlingen. Utkastet til smittevernlov hjemler også en rett for legen til å bryte taushetsplikten overfor den smittede pasienten hvis det er helt nødvendig for å forhindre at andre blir smittet, smvl. §2—2, annet ledd. Den smittede skal i så fall underrettes.

Også barn har krav på konfidensialitet. Legens informasjonsplikt overfor foreldrene begrenses til opplysninger om barnets «tilstand og sykdom og om behandlingen», legel. §26, første ledd. Andre opplysninger legen får, kan ikke fortelles videre. Er barnet over 16 år, skal det behandles på samme måte som voksne. Er barnet mellom 16 og 12 år, skal informasjonen gis både til foreldre og barn, hvis ikke barnet ber om at bestemte opplysninger ikke gis til foreldrene og legen mener dette ønske må respekteres, legel. § 26, annet ledd.

Taushetsplikten er kommet i nytt lys ettersom oppbevaring av pasientopplysninger ved hjelp av elektronisk databehandling har vunnet innpass i helsevesenet. Muligheten for å sammenkoble registre og mulighetene for at uvedkommende skal få adgang til opplysningene reiser vanskelige personvernspørsmål.

For en fremstilling av taushetspliktreglene med diskusjon om personvernsspørsmål i forbindelse med EDB, se *Asbjørn Kjønstad*, helserett, Oslo 1987 del III. For en grundig redegjørelse for problemer omkring personvern, pasientvern og helsevern, se også NOU 1993:22 pseudonyme helseregistre.

2.2.2.4 Sanksjoner ved feil behandling

Forutsetning: Journalinnsynsretten

Hva enten pasienten ønsker ny vurdering, annen behandling, unnskyldning fra helsevesenet eller erstatning for skade, er muligheten til å få innsyn i journalen en vesentlig forutsetning. Det samme gjelder der det er snakk om arbeidsrettslige sanksjoner (advarel, oppsigelse, avskjed) eller straffereaksjoner mot helsepersonell som svikter i behandlingen av pasienter. Journalen skal gi opplysninger om hva som er gjort med pasienten, hvilke vurderinger som er foretatt, og hvilke konklusjoner som er trukket. Dokumentasjon i journal tjener flere formål: Dels skal den være et arbeidsredskap for videre undersøkelser og behandling, og dels skal den kunne brukes til å fastlegge hva som allerede er skjedd, altså som bevis.

Pasienters innsynsrett i egen journal fastslås i legel. §46: «En pasient har rett til å gjøre seg kjent med sin journal med bilag, med mindre legen av hensyn til hans helse eller hans forhold til en person som står ham nær, finner det utilrådelig at han får kjennskap til den eller deler av den». Det skal mye til før en pasient kan nektes innsyn. Men skjer det, har pasienten rett til å utpeke en representant. Er representanten en lege eller advokat, skal det særlig sterke grunner til for å nekte vedkommende innsyn. Nektelse kan påklages til Sosialdepartementet.

Journalinnsynsretten gjelder alt som er nedtegnet om pasienten, både legejournal, sykepleiejournal, røntgenbilder, prøveresultater, sosialrapporter eller hva det kan være. Krav om innsyn oppfylles vanligvis ved at pasienten får en fotostatkopi av journalen, eventuelt deler av den, som det kan kreves en mindre godtgjøring for (jfr. forskrift om leges og helseinstitusjons journal for pasient av 17/3—89 nr. 277, §12).

Pasienter kan kreve feil i journalen rettet, forskr. §12. Legen har også selvstendig plikt til å rette feil. Rettelsen skal foregå ved at den skrives inn i tillegg, og at det anmerkes i journalen hva som er rettet. Det som allerede står, må ikke fjernes eller slettes. Dette henger sammen med journalens bevismessige betydning; det kan i ettertid være meget viktig å vite hva som opprinnelig stod, for eksempel i forbindelse med en rettssak.

Ny vurdering. Klage m.m.

Pasienter som ikke er tilfredse, ønsker ofte å få en ny vurdering av en annen lege. Dette kan i mange tilfelle minne om en forvaltningsklage, selvom den nye vurdering ikke blir foretatt av et overordnet organ slik det er tilfelle i forvaltningen. Behovet for ny vurdering eller klage er særlig sterkt der pasienten blir tilbudt en annen behandling enn det vedkommende selv mener er den riktige, eller der en bestemt behandling blir nektet.

Den forvaltningsrettslige klageadgang er knyttet til bestemte avgjørelser, såkalte enkeltvedtak, som tas av offentlige myndigheter. Tradisjonelt er meget få pasientrelaterte avgjørelser i helsevesenet blitt regnet som enkeltvedtak. Klageadgangen er derfor begrenset.

Lov om psykisk helsevern gir tvangsinnlagte pasienter rett til å klage over vedtak om innleggelse og tvangsbehandling til særlige kontrollkommisjoner, jfr. for eksempel phvl. §§3, 5, 6 og kap. III. Kontrollkommisjonene er forvaltningsorganer

som skal overvåke at den tvangsmessige psykiske helsetjenesten er lovlig. Både pasienten og de som etter loven regnes som pasientens nærmeste (bl. a. ektefelle, myndige barn, foreldre, myndige søsken), kan klage. Kontrollkommisjonene skal også ta opp ulovlige forhold av eget tiltak.

Kommunehelsetjenesteloven innførte i §2—3 klagerett til kommunestyret og helse- og sosialstyret over vedtak om å gi (eller ikke gi) nødvendig helsehjelp etter khl. §2—1. Det kan klages både over valg av helsehelptiltak, og over omfanget.

Smittevernlovforslaget gir både den som søker smittevernhjelp og vedkommendes pårørende klagerett til fylkeslegen over avgjørelser om smittevernhjelp som fattes i primærhelsetjenesten, smvl. §6—1, tredje ledd.

NOU 1992:8 inneholder forslag til nye regler om klage og ny vurdering («second opinion»), jfr. kap. 4.3.

En rett til å klage må holdes adskilt fra muligheten til å beklage seg. Denne mulighet omtales ofte som en «rett», men er ingen rettighet i juridisk forstand. Pasienter har likevel alltid muligheten til å beklage seg over avgjørelser og vurderinger de er uenige i, og det er opp til den som mottar beklagelsen å bestemme om det er grunn til å gi en ny vurdering og forandre avgjørelsen. Kravet til forsvarlig legevirksomhet jfr. legel. § 25 kan innebære at pasientens beklagelse må føre til den ønskede endring.

Erstatning

Det er et prinsipp i norsk rett at den som er påført skade, skal ha sitt tap erstattet. I forhold til helsevesenet betyr det at den som er påført økonomisk tap eller legems-skade som følge av feil behandling, kan kreve erstatning. Erstatning for legems-skade, såkalt ménerstatning, gis bare hvis skaden er en «varig og betydelig skade av medisinsk art», lov om skadeserstatning, 13/6—69 nr. 26 (erstl.) §3—2. Dette forstås slik at skaden må medføre en viss medisinsk invaliditetsgrad (15% er anvendt som retningsgivende) og være om ikke endelig, så langvarig.

Foruten skaden og årsakssammenheng mellom skade og behandling, må det foreligge et ansvarsgrunnlag. Det kan være et *skyldansvar*, som betyr at *skadevolderen må ha oppført seg uaktsomt eller forsettelig med hensyn til skadefølgen, eller et objektivt ansvar*, der man ikke spør etter skyld, men bare ser på årsakssammenheng og skade. Etter alminnelige erstatningsrettslige regler gjelder et skyldansvar for feil begått av helsepersonell. Pasienten må sannsynliggjøre at behandlingen ble utført uaktsomt (forsettsalternativet har liten praktisk betydning). Er den uaktsomme skadevolder ansatt, for eksempel i den kommunale helsetjenesten eller på et sykehus, er det arbeidsgiveren som må utrede en eventuell erstatningssum. Dette følger av det såkalte arbeidsgiveransvaret, som er lovfestet i erstl. kap. 2. Arbeidsgiveransvaret dekker også kumulative feil, der det er vanskelig å sette fingeren på én bestemt uaktsom handling og feilen skyldes flere forhold som til sammen blir uaktsomt. Anonyme feil, der skadevolderens identitet ikke lar seg bringe på det rene, dekkes også.

Etter praksis gis det også erstatning for skade som skyldes tekniske feil eller svikt ved sykehusets utstyr. Dette er et objektivt ansvar. Det blir ikke reist så mange saker med krav om erstatning etter skader som skyldes feil begått i helsevesenet. En årsak kan være at rettssaker tar lang tid og koster mange penger. En annen årsak kan være at pasienter har vært tilbakeholdne med å reise sak, og at det har festnet seg et inntrykk av at det er vanskelig å nå frem med krav mot leger og sykehus. Det kan nok i en viss grad skyldes at pasientene i utgangspunktet må sannsynliggjøre at legen eller sykehuset har opptrådt uaktsomt.

Mange skader oppstår uten at det er skjedd noe irregulært. For å gi pasienter en mulighet til å få erstattet tap som ikke dekkes av de alminnelige erstatningsreglene, og for å gjøre det enklere i det hele tatt for pasienter å søke erstatning, ble Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) opprettet med virkning fra 1. januar 1988. Dette er en avtalebasert ordning som har mange likheter med en forsikringssammenslutning, og som nå omfatter hele den offentlige helsetjenesten. NPE kan gi erstatning på objektive grunnlag, slik at pasientene bare må sannsynliggjøre sitt tap og årsakssammenhengen, men slipper å føre noe bevis for uaktsomhet. NPE kan også behandle krav som baseres på skyldansvar, og er således et alternativ til domstolsbehandling. Alle NPEs avgjørelser kan overprøves av domstolene.

NPE kan gi erstatning for fysiske skader som følger av undersøkelse, diagnostikk, behandling, pleie eller informasjonssvikt. Skaden må ha ført til tap på minst kr. 5.000. Skader som følger av en kjent risiko som må aksepteres, eller av behandling som utfra vurdering i ettertid var forsvarlig, er de viktigste unntakene fra ordningen. Skader som skyldes legemidler er også unntatt, men slike skader kan erstattes etter særlige regler i lov om produktsansvar av 23/12—88 nr. 104 kap. 3.

I NOU 1992:6 Erstatninger ved pasientskader fremlegges forslag til lov om pasientskadeerstatning, som må sies å bygge på erfaringene fra NPE og være en videreføring av ordningen, men med enkelte endringer.

Straff

Pasienter som blir utsatt for feil behandling kan i enkelte tilfelle ønske å anmelde forholdet til påtalemyndigheten for å få det strafferettslig vurdert. En forutsetning for at straffesak blir reist, er at behandlingen ikke bare er feil, men ulovlig. Spørsmål om straff for ulovlig behandling er meget sjelden oppe i praksis, og de fleste sakene dreier seg om brudd på lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur av 19/6—36 nr. 9 (kvaksalverloven).

Kvaksalverlovens straffebestemmelser retter seg mot behandlerne, og ikke mot pasientene. Det er derfor fritt opp til enhver å oppsøke alternative behandlere. Alternative behandlere som vil drive lovlig virksomhet, må ikke anvende legemidler som er unntatt fra vanlig salg i apotek, ikke operere, bedøve eller gi innsprøytninger, og de må avstå fra å behandle blant annet tuberkulose, kjønnsykdommer, kreft og sukkersyke.

Skolemedisinsk behandling kan være straffbar hvis den ikke utføres på en måte som er forsvarlig utfra vanlig medisinsk praksis. Hvis behandlingen resulterer i legemsskade eller død, kan straffeloven av 2/5 1902 kap. 22 om Forbrydelser mot Liv, Legeme og Helbred gi de aktuelle bestemmelser. I debatten om aktiv dødshjelp er strl. §235, annet ledd kommet i fokus. Bestemmelsen foreskriver mildere straff (enn det som er vanlig for drap) for den som «af Medlidenhed berøvet en haabløs syg Livet eller medvirket hertil». Forøvrig finnes et eget forbud mot medisinsk malpraksis i strl. §157. Det kan anvendes selv om behandlingen ikke resulterer i skade. Felles for straffelovens regler er at de stiller krav om strafferettslig skyld. Det innebærer at legen måtte forstå at behandlingen var irregulær, eventuelt at den ville medføre skade. Uaktsomhet kan også straffes. Disse straffebestemmelsene må sees i sammenheng med kravet om at leger skal utøve sin virksomhet forsvarlig, jfr. legel. §25.

I den senere tid er det fokusert på pasientenes selvbestemmelsesrett, herunder retten til å nekte behandling. Det blir også stilt spørsmål om pasienter kan kreve noen form for sanksjoner dersom de er blitt behandlet uten samtykke, typisk ved å bli operert uten å ha fått tilstrekkelig informasjon til selv å avgjøre om operasjonen skulle utføres eller ikke. Problemet stilles på spissen hvis operasjonen er medisinsk

vellykket og ikke fører til skade som dekkes av de alminnelige erstatningsregler eller av reglene for NPE. Det kan hevdes at bruddet på plikten til å skaffe pasientens samtykke i seg selv må føre til reaksjoner. Dette kan sees under en strafferettslig synsvinkel, der handlingen må vurderes i forholdet til strl. §222 om ulovlig tvang. Det kan også diskuteres om det bør gis et erstatningsrettslig vern. I så fall er det erstl. §3—5 om oppreisning som synes mest relevant. Det er et erstatningsansvar for den som forsettlig eller grovt uaktsomt har krenket en annen, i dette tilfelle ved ikke å ha innhentet pasientens tillatelse.

2.2.2.5 Materielle rettigheter i sosialsektoren

Sosialtjenesten

Befolkningens rett til sosiale ytelser fremgår av lov om sosiale tjenester m.v. av 13/12—91 nr. 81 (sostjl.). Loven avløste sosialomsorgsloven fra 1964, men innebærer ikke omfattende endringer av sentrale materielle rettigheter.

Sosialtjenestelovens regler og klientenes rettigheter er beskrevet i *Kjønstad, Bernt, Kjelle vold og Hove*, Sosial trygghet og rettsikkerhet, Bergen 1993 og av *Kristian Andenæs og Leif Oscar Olsen*, «Sosialloven», *Andenæs og Olsen*, Sosialrett.

Sosialhjelp kan gis som råd og veiledning, som naturalia, eller som økonomisk stønad. Så langt rettigheten rekker, er kommunen forpliktet til å fremskaffe de sosiale tjenestene, uavhengig av budsjettet. Når disse forpliktelser er oppfylt, står selv sagt kommunene fritt til å yte flere tjenester så lenge de alminnelige forvaltningsrettslige prinsipper om saklighet og likhet i fordelingen følges.

Etter sostjl. §4—3 har «de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengige av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål», krav på hjelp jfr. sostjl. §4—2. Hjelp er i denne bestemmelsen definert som praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt eller plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjeneste og lønn til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastningstiltak og omsorgslønn skiller seg fra de øvrige ytelsene ved at de tilkommer andre enn den som på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker har krav på sosiale tjenester; det er familien eller omsorgspersonen som får hjelp til å gjennomføre den innsats som gjøres for den opprinnelig hjelpetrequende.

Asbjørn Kjønstad, «Sosiale tjenester og naturalytelser», i *Kjønstad m.fl. Sosial trygghet...*, beskriver de forskjellige hjelpetiltakene som kommunene må eller kan yte etter sostjl. Kap. 4.

Retten til økonomisk stønad fremgår av sostjl. §5—1: «Den som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad». Slik stønad kan gis som «bidrag, lån, garanti for lån, eller varer og tjenester», sostjl. §5—4, første ledd. Alternativet varer og tjenester skal bare brukes i særlige tilfelle. Det kan knyttes vilkår til stønaden, så lenge de har sammenheng med tildelingen og ikke utgjør noe urimelig inngrep i klientens handlefrihet, sostjl. §5—3. Eksempler på slike vilkår er at klienten må skaffe seg rimeligere bolig, gå på yrkesopplæringskurs, avtale trekkordninger for faste utgifter, osv. Etter sostjl. §5—3 2. ledd kan det også stilles som vilkår at klienten utfører passende arbeidsoppgaver i kommunen.

Loven gir liten anvisning på rettighetenes omfang. I så måte er det en likhet mellom retten til helsehjelp og retten til sosial hjelp; begge er skjønnsmessige ytelser. Sosialhjelpen skal bare ytes ved et stort nok behov, og den skal gi en akseptabel levestandard. Lovens formål, forarbeider og praksis forutsetter at stønadsnivået skal ligge over et helt nødtørftig minimum. Samtidig er det helt på det rene at det

skal være en nøktern vurdering av hva som er akseptabel levestandard. Den ovenfor nevnte dom i Rt. 1990 s. 874 uttaler seg også om sosialhjelpen (dommen gjaldt den gamle sosialomsorgsloven, men er en viktig rettskilde også for tolkning av den nye loven.)

Spørsmålet om sosialhjelpen skulle knyttes til normerte satser, for eksempel til satsene i folketrygden, ble diskutert i forbindelse med den nye loven, men forkastet. I praksis er likevel folketrygdens stønadsnivå et utgangspunkt, skjønt det kan fra- vikes både oppover og nedover. Jan Fridthjov Bernt gir i «Rett til stønad til livs- opphold» i Kjønstad m.fl. Sosial trygghet..., en grundig gjennomgang av reglene i sostjl. kap. 5 og diskuterer bl.a. stønadsnivået.

Et eget kapittel i sosialtjenesteloven, kap. 6, er viet særlige tiltak overfor rus- middelmissbrukere. Kommunene har plikt til å innrette en omsorgstjeneste for rus- middelmissbrukere, og sørge for behandlingsopplegg hvis det er behov for det og klienten ønsker det, §6—1. Loven gir også hjemmel for å tvangsbehandle i visse tilfelle, og til å tilbakeholde klienten mot vedkommendes vilje i inntil tre måneder, §6—2.

Barneverntjenesten

Barneverntjenesten er en del av den kommunale sosialtjeneste, og er regulert i lov om barneverntjenester av 17/7—92 nr. 100 (bvtjl.). Loven avløste barnevernloven fra 1953. De fleste av dens materielle regler korresponderer i all hovedsak med de tidligere bestemmelsene.

Den nye loven er beskrevet av *Harald Hove*, «Lov om barneverntjenester», *Kjønstad m.fl. Sosial trygghet* og *Kirsten Sandberg*, «Barnevernloven», i *Andenæs og Olsen*, Sosialrett.

Spørsmålet om barnevernsloven gir rettigheter eller ikke, er flittig diskutert. Ønsket om å gi barn rettigheter bunner i kunnskaper om at mange barn lever under forhold som ikke sømmer seg i vårt samfunn, og at det offentlige må ha plikt til å bidra til å hjelpe dem. Men å lovfeste rettigheter innebærer at man kan identifisere både hvem som har rett til hjelp, og gi antydninger om hva retten inneholder. Det kan være vanskelig på et område som jo til dels preges av ufrivillighet og tvang, og der behovet for hjelp er så individuelt. Forarbeidene til den nye loven drøfter også spørsmålet, og konkluderer med at barneverntjenester ikke er noen rettighet. Kommunen har likevel plikt til å yte barneverntjenester, selvom loven ikke gir helt klare signaler om kvalitet og omfang. Denne uklarhet må antagelig forstås slik at det tross alt foreligger en viss rett; kommuner uten barneverntjeneste bryter loven. At bvl. §6—9 oppstiller tidsfrister for barneverntjenestens saksbehandling som kan håndheves gjennom mulkt pålagt av fylkesmannen, bidrar også til å gi loven preg av rettighetslov. Formålet med loven tilsier forøvrig at barn som på grunn av sin unge alder sorterer under barnevernloven, ihvertfall ikke skal være dårligere stillet enn om de hadde blitt klienter under sosialtjenesteloven.

På det generelle nivå skal barneverntjenesten bedrive forebyggende arbeid, og samarbeide med andre offentlige organer for at barns interesser blir ivaretatt, bvl. kap. 3. Individuelle tiltak spenner over et vidt spekter, men de må alle først og fremst være til barnets beste, bvl. §4—1. Lovgiver har tatt stilling i en eventuell interessekonflikt mellom foreldre og barn, og legger avgjørende vekt på barnas interesser. Barneverntjenester kan være for eksempel barnehageplass, støttekon- takt, avlastningstiltak, hjelp til fritidsaktiviteter, utdanning, tilsyn, økonomisk støtte med mer, bvl. §4—4. I helt akutte situasjoner der barnet blir uten omsorg, for eksempel fordi foreldrene er syke, kan barneverntjenesten sette inn midlertidige tiltak, bvl. §4—6. Hvis barnet er sykt og foreldrene ikke sørger for behandling, kan

barneverntjenesten bistå med å få det til, §4—10. Poenget med bestemmelsene er å tilføre barnet og familien ressurser som kan bedre situasjonen.

Er situasjonen permanent preget av alvorlig omsorgssvikt, kan barneverntjenesten iverksette flytting av barnet, bvl. §4—12, eventuelt kombinert med fratagelse av foreldreansvaret, bvl. §4—20. Barnevernloven

2.2.2.6 Noe om saksbehandlingen i sosial- og barneverntjenesten

Saksbehandling

Sosialtjenesten skal ha en administrasjon som ledes av et helse- og sosialstyre, sostjl. §2—1. Barneverntjenesten kan organiseres friere, så lenge det fastlegges hvem som utgjør dens administrasjon, og eventuelt hvilket folkevalgt organ (unntatt kommunestyret) tjenesten hører under, bvl. §2—1. I mange kommuner er barneverntjenesten samordnet med helse- og sosialtjenesten.

I forbindelse med den nye kommuneloven av 25/9—92 nr. 107, foreslås det i Ot.prp. 59 for 1992—93 endringer i ledelsen av helse- og sosialtjenesten, bl. a slik at helse- og sosialstyre ikke lenger skal være noen obligatorisk ordning.

Utgangspunktet for organenes saksbehandling er forvaltningslovens saksbehandlingsregler, men justert for sosialsektorens spesielle behov, sostjl. §8—1 og bvl. §6—1. Et eksempel på dette er at hver søker til en tjeneste det er knapphet på, for eksempel sykehjemsplass, utgjør en egen sak. Etter forvaltningslovens system vil alle som søker om samme gode være parter i samme sak, og dermed ha rett til partsinnsyn i hverandres saksdokumenter. Dette kan være uheldig i saker som angår helse og sosiale forhold. Særreglene bidrar til å beholde retten til konfidensialitet om private opplysninger.

Saksbehandlingen skal så langt det er mulig skje i samråd med klienten, sostjl. §8—4 og bvl. §6—4. Barn har krav på å bli hørt, og kan, såfremt de forstår hva saken gjelder, gjøre partsrettigheter gjeldende i sosialsaker fra de er 12 år gamle, sostjl. §8—3, og i barnevernsaker fra de er 15 år, bvtjl. §6—3.

Taushetsplikten er en viktig del av saksbehandlingsreglene. Sostjl. § 8—8 og bvl. §6—7 har identiske regler om taushetsplikt, bygget på hovedregelen i forvaltningsloven. Taushetsplikten omfatter alle opplysninger om klienten — og så fødested, fødselsnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, adresse og arbeidssted, som etter forvaltningslovens hovedregel ikke regnes som «personlige forhold». Den gjelder for alle i forvaltningen som får befatning med saken. Taushetsplikten består selvom klientforholdet er avsluttet eller saksbehandleren slutter i arbeidet. Klienten kan løse saksbehandleren fra taushetsplikten. Foreldre kan i utgangspunktet samtykke i at opplysninger som angår barn, gjøres kjent. Hvis barnets interesser tilsier det, kan fylkesmannen eller departementet bestemme at taushetsplikten likevel skal gjelde. Ellers må unntak fra taushetsplikten hjemles i lov. Det viktigste unntaket er hensynet til at saken skal bli behandlet: Det kan være nødvendig å avgi taushetsbelagte opplysninger til medarbeidere eller andre forvaltningsorganer for å få til en hensiktsmessig arbeidsdeling og en løsning på problemet.

Taushetsplikten pålegger den som får opplysningene å forhindre at andre får tilgang til dem. Det innebærer krav til forsvarlig arkivsystem, makulering av dokumenter som skal kastes, at sakspapirer ikke ligger utildekket etc. Taushetsplikten inntreffer ikke bare i kontortiden; det avgjørende er om opplysningene blir vedkommende til del i hans eller hennes egenskap av sosialarbeider, barnevernkonsulent osv.

Sosial- og barneverntjenestens vedtak kan påklages til fylkesmannen, sostjl. §8—6 og bvl. §6—5. Etter bvl. §6—6 kan fylkesmannen overprøve alle sider av vedtaket, det vil si både lovtolkning og skjønnsutøvelse. Etter sostjl. §8—6 er fyl-

kesmannens myndighet mer begrenset; lovtolkningen kan prøves, men skjønnet kan prøves bare hvis det er åpenbart urimelig.

Fylkesnemndene

Sosialtjenesteloven innførte et nytt organ, som foreløpig særlig har funksjoner i forhold til barneverntjenesten, nemlig fylkesnemndene. De nærmere regler om fylkesnemnder fremgår av sostjl. kap. 9, og er gjort gjeldende for barneverntjenesten, jfr. bvl. §7—1.

Fylkesnemndas oppgave er å fatte vedtak i saker om tvangsbehandling m.m. av rusmiddelmissbrukere, sostjl. §9—1, og å avgjøre barnevernsaker som innebærer vedtak om tiltak mot foreldrenes — og eventuelt barnets — vilje, såsom fosterhjemsplassering, medisinsk behandling, omsorgsovertagelse, plassering i særskilt institusjon m.m., bvl. §7—2.

Nemnda er et domstolslignende organ som ledes av en jurist, og som ellers består av to sakkyndige og to lege representanter, som utpekes fra et utvalg, sostjl. §9—2. Saker for fylkesnemnda innledes etter forslag fra sosial- eller barneverntjenesten. Private parter har rett til å få oppnevnt advokat på det offentliges bekostning, sostjl. §9—5, jfr. lov om fri rettshjelp av 13/6—80 nr. 35, §22, tredje ledd. Saksbehandlingen fordrer forhandlingsmøte mellom partene, der klienten har rett til å uttale seg, sostjl. §9—8. Vedtaket skal begrunnes på samme måte som dommer, sostjl. §9—9. Fylkesnemndas vedtak kan bringes inn for domstolene til full overprøving, sostjl. §9—10. Barn som forstår hva saken dreier seg om, kan reise sak fra de er 12 år etter sosialtjenesteloven, og 15 år (som hovedregel) etter barnevernloven.

2.2.3 Utvalgets vurderinger

Både det alminnelige regelverket og det regelverket som omfatter rettigheter innen de forskjellige delområder av helse- og sosialsektoren er omfattende felter. Utvalget konstaterer at regelverket innen de forskjellige delområdene ikke i noen særlig grad er blitt vurdert ut fra hvordan de fungerer innenfor det samiske virkeområdet, i forhold til den samiske befolkning. Heller ikke er samelovens språkregler systematisk vurdert i forhold til helse- og sosiallovgivningens regelverk. En tolkning av samelovens språkreglers virkning innen helse- og sosialsektoren følger i *"Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet"* i kapittel 3 om møtet mellom de samiske brukere og helse- og sosialtjenestene.

2.3 RETTSLIGE DOKUMENTER SOM REGULERER NORSKE MYNDIGHETERS FORHOLD TIL DEN SAMISKE FOLKEGRUPPE

Norges forhold til samene tar utgangspunkt i at samene er et eget folk, en urbefolkning, og utgjør en egen etnisk minoritet i det norske samfunn. Forholdet til samene reguleres av en del internrettslige og folkerettslige instrumenter. De viktigste instrumentene er:

- Grunnlovens §110 a om samiske rettigheter
- Sameloven av 12. juni 1987 med senere endringer
- Europarådets charter for regions- og minoritetsspråk.
- Kulturvernbestemmelsen i artikkel 27 i FN's konvensjon om sivile og politiske rettigheter fra 1966
- ILO-konvensjon nr. 169 om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater
- FN's konvensjon om barnets rettigheter.

2.3.1 Sameloven og grunnlovens §110A

Samerettsutvalgets grunnsyn er uttrykt i NOU 1984:18 Om samenes rettsstilling. Blant de ulike momentene i grunnsynet som særlig trekkes fram, er det forhold at samene er en egen etnisk gruppe — et eget folk. Samene har videre holdt til i det som nå er norske områder (og tilstøtende områder i nabolandene) siden før den norske riksdannelsen. Som egen folkegruppe utgjør samene dessuten et lite mindretall av landets befolkning. Det er nettopp samenes stilling som egen folkegruppe med langvarige bosetningstradisjoner i landet som ligger til grunn for spørsmålet om hvordan myndighetene gjennom lovgivning og andre tiltak kan bidra til å sikre at samene kan bestå som et eget folk også i framtiden.

Målsettingen om å opprettholde samisk etnisitet i landet kan ikke oppnås uten særskilte tiltak overfor den samiske befolkningen. Dette vil medføre at det i noen grad må skje avvik fra den formelle likestillingen i snever forstand mellom samfunnsborgerne. Men hensikten vil være å oppnå en likestilling i videre forstand, eller med andre ord en reell likeverdighet mellom samisk kultur og annen kultur i det norske samfunnet.

I Ot.prp. nr. 33 (1986—87) Om lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold (Sameloven) slutter Justisdepartementet seg til Samerettsutvalgets grunnsyn, både hva angår helheten og de enkelte momentene.

Sametinget ble opprettet ifølge Lov av 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget og samenes rettsstilling (Sameloven). Hovedbegrunnelsen for opprettelsen av Sametinget er blant annet å styrke samenes politiske stilling, og å skape et forum hvor samene selv kan debattere og ta ansvar for den samiske kulturs framtid.

Sameloven består av 4 kapitler. Dette er allmenne bestemmelser (1), om Sametinget (2), om samisk språk (3) og bestemmelser om overgangsregler og ikrafttredelse (4). Samelovens formål (§1—1) er å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe i Norge kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv. Dette tilsvarer ordlyden i Grunnlovens 110 a. I §1—2 heter det at den samiske folkegruppe skal ha et landsomfattende sameting valgt av og blant samene.

Regler om bruk av samisk språk er tilføyd ved lov av 21. desember 1990 nr. 78. Loven likestiller samisk og norsk språk innenfor et nærmere definert forvaltningsområde for samisk språk. Her skal regler, lover og forskrifter oversettes til samisk, kunngjøringer skal skje på samisk og norsk, visse skjemaer skal foreligge på de to språk og folk har rett til å bli betjent muntlig og skriftlig både på norsk og samisk. Det er egne regler for bruk av samisk språk i rettsvesenet, i kirken og i helse- og sosialsektoren.

Grunnlovens §110 a lyder: «Det paaligger statens Myndigheter at lægge Forholdene til Rette for at den samiske folkegruppe kan sikre og udvikle sit Sprog, sin Kultur og sit Samfundsliv.» Grl §110 a inneholder både et vern mot en politikk som truer samisk kulturutøvelse og en forpliktelse til å foreta positive disposisjoner for de angitte formål. Man må i dag kunne legge til grunn at begge sider ved forpliktelsen i bestemmelsen omfatter det materielle grunnlaget for samisk kultur. Antagelig vil det være riktig å legge til grunn at artikkel 27 i FNs konvensjonen om sivile og politiske rettigheter fra 1966 og prinsippene i Grunnlovens § 110 a stiller de samme krav. Således vil Grunnlovens bestemmelse forsterke de folkerettslige regler, ved at de samme krav til fordel for samiske rettigheter også er gitt et vern på Grunnlovens trinnhøyde.

2.3.2 Europarådets charter for regions- og minoritetsspråk

Det europeiske charter for regions- og minoritetsspråk ble ratifisert av Norge den 5. november 1992. Charteret, eller pakten, fastslår at beskyttelse av de historiske

region- og minoritetsspråk i Europa, hvorav noen står i fare for å dø ut, bidrar til opprettholdelse og utvikling av Europas kulturelle rikdom og tradisjoner, og representerer et viktig bidrag til oppbyggingen av et Europa basert på prinsippene for demokrati og kulturelt mangfold. Charteret definerer region- og minoritetsspråk som språk som tradisjonelt brukes innenfor et gitt område av en stat av borgere av denne stat som utgjør en gruppe som er tallmessig mindre enn resten av statens befolkning, og er forskjellig fra de offisielle språk i staten. Ved ratifikasjon forplikter statene seg til å vedta et minimum av bestemmelser valgt fra de forskjellige deler av pakten.

De fleste bestemmelser i charteret er avgrenset til det geografiske området hvor det aktuelle språk er brukt i så stor grad at det rettferdiggjør spesielle tiltak. Artiklene omfatter forpliktelser på områder som utdanning, rettsmyndigheter, administrative myndigheter og offentlige tjenester, media, kultur, økonomi og sosialt liv og utveksling over landegrensene. Mange av reglene inneholder alternativer med hensyn til grad av vern.

For Norge har charteret vært aktuell for samisk språk. Gjennom samelovens språkbestemmelser, Grunnlovens §110 A, grunnskolelovens regler om samiskopplæring og lov om stadnamn, oppfyller Norge i dag langt mer enn paktforslagets minimumskrav, om enn ikke alle øvrige bestemmelser. De bestemmelsene som Norge så langt har ratifisert, er således i samsvar med eksisterende lovverk og norsk forvaltningspraksis. Norge vil også kunne vurdere å ratifisere noen av de øvrige bestemmelser, etter grundigere vurdering.

2.3.3 Artikkel 27 i FN's konvensjon om sivile og politiske rettigheter fra 1966

Artikkel 27 i FN's konvensjon om sivile og politiske rettigheter fra 1966 sier: «I stater hvor det består etniske, religiøse eller språklige minoriteter, skal de som tilhører slike minoriteter, ikke berøves retten til, sammen med andre medlemmer av sin gruppe, å dyrke sin egen kultur, bekjenne og praktisere sin egen religion, eller bruke sitt eget språk. (uoffisiell norsk oversettelse.) Art. 27 kan forstås slik at den inneholder en skranke mot rettslige og faktiske inngrep og en forpliktelse for staten til visse positive tiltak overfor samene.

Kulturbegrepet i art. 27 omfatter helt klart den ideelle kultur, kulturelle ytringsformer som språk, musikk, litteratur osv. Et sentralt spørsmål er om kulturbegrepet også omfatter de materielle forutsetninger for kulturen. Samerettsutvalget har foretatt en grundig drøftelse av denne artikkelen. Det er ganske klart at artikkelen ikke bare verner minoriteter i forhold til negativ forskjellsbehandling, men også gir grunnlag for positiv særbehandling. Dette vernet går lengre for minoriteten enn for andre borgere. Samerettsutvalget konkluderer med at: «De beste grunner taler etter dette for at begrepet »kultur« oppfattes så vidt at også de materielle sider ved en etnisk minoritets kultur er omfattet av bestemmelsen. De næringsmessige og andre økonomiske forhold bør i så fall være omfattet i den grad dette er avgjørende for at gruppen skal kunne opprettholde og videreføre en egen kultur.»

Justisdepartementet uttrykker i Ot.prp. nr. 33 (1986—87) om Sameloven, at de folkerettslige regler som Norge er bundet av og som angår minoriteter, setter grenser for statens handlinger overfor samene. Når det gjelder spørsmålet om statene også må anses for forpliktet til å foreta positive tiltak, uttrykker departementet forståelse for at det her er ulike oppfatninger. Dette gjelder særlig hva angår tolkningen av artikkel 27 i FN's konvensjon om sivile og politiske rettigheter. Et flertall av høringsinstansene støttet Samerettsutvalgets synspunkter. Utvalgets konklusjon med hensyn til bestemmelsen er altså at staten må anses forpliktet til å gi aktiv støtte

til minoritetsgrupper, og at begrepet «kultur» i artikkel 27 må forstås slik at det også omfatter de materielle forutsetninger for kulturen. Justisdepartementet sluttet seg til Samerettsutvalgets prinsipielle tolkning av artikkel 27. Tolkningen innebærer at staten påtar seg en forpliktelse til positivt å bidra til at den samiske folkegruppe har forutsetninger for å dyrke sin kultur og sitt språk. Hvor langt denne forpliktelsen rekker i enkeltheter, fant departementet det på det tidspunktet ikke nødvendig å ta stilling til.

Under henvisning til Samerettsutvalgets og Justisdepartementets tolkning uttalte Stortingets justiskomite blant annet at: «Komiteen slutter seg til oppfatningen om at staten har en forpliktelse til positivt å bidra til at den samiske folkegruppe har materielle forutsetninger for å dyrke sin kultur og sitt språk, samt gis innflytelse på det fysiske og økonomiske grunnlaget for sin kulturform (Innst. O. nr. 79 (1986—87))

Både på denne bakgrunn og på bakgrunn av professor Carsten Smiths betenkning i «Om samenes rett til naturressurser — særlig ved fiskerireguleringer,» Lov og Rett 1990 (s. 507—535), må det anses klarlagt at artikkel 27 ikke bare tilsikrer et vern for samisk kultur i snever forstand, men også omfatter samisk materiellkultur og de nødvendige materielle forutsetninger for å bevare og styrke samisk kultur generelt.

Herav følger at artikkel 27 medfører en forpliktelse for Norge som stat til å utarbeide og iverksette tiltak til støtte for samisk kultur, og medfører en forpliktelse til positiv særbehandling av samer i nødvendig utstrekning. Formålet vil være å gjennomføre en rimelig grad av resultatlikhet for minoritetenes kulturutøvelse i forhold til det øvrige samfunn. Av praktiske og rimelighetsmessige grunner kan imidlertid særbehandling av individer ofte ha uheldige virkninger. Det kan derfor være nødvendig å utforme særrettigheter for samiske bosetningsområder, slik at artikkel 27 vil kunne medføre særrettigheter knyttet til visse områder.

2.3.4 ILO-konvensjon nr. 169 om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater

ILO-konvensjonen nr. 169 ble vedtatt den 27. juni 1990, og trådte i kraft den 5. september 1991. Formålet med konvensjonen er å motvirke negativ diskriminering og å oppnå reell likebehandling av urbefolkninger. Konvensjonen inneholder regler som tar spesielt hensyn til urbefolknings behov og til deres kultur. Ved å ratifisere ILO-konvensjonen i henhold til norsk statsrett påtar den norske stat seg både en folkerettslig og en internrettslig forpliktelse til å innrømme norske borgere de rettigheter eller forpliktelser som konvensjonen hjemler.

Konvensjonen innebar en revisjon av den tidligere ILO-konvensjon nr. 107. Utgangspunktet for konvensjonen var et behov for anerkjennelse av urbefolknings ønsker om kontroll over sine egne institusjoner, sin livsform og sin økonomiske utvikling, og om å opprettholde og utvikle videre sin identitet, sitt språk og sin religion innenfor rammen av de nasjonalstater de lever i. ILO's utgangspunkt var videre at urbefolkninger i mange deler av verden ikke er i stand til å nyte godt av fundamentale menneskerettigheter på linje med den øvrige befolkning i de stater de lever i, og at deres rettsorden, verdier, sedvaner og synsmåter stadig er blitt undergravd. ILO viste også til de særlige bidrag urbefolkninger og stammefolk yter til kulturelt mangfold, til harmoniske sosiale og økologiske forhold for menneskeheten, og til internasjonalt samarbeid og forståelse. Flere artikler i konvensjonen omtaler forhold der det kan være aktuelt med positiv særbehandling av urbefolkninger, og flere artikler er direkte eller indirekte av betydning for urbefolkninger og deres stilling innenfor helse- og sosialsektoren.

I konvensjonens artikkel 2 nr. 1 heter det at regjeringen skal ha ansvaret, med deltakelse av vedkommende folk, for å verne urbefolkningenes rettigheter, og å garantere at deres integritet blir respektert. Det heter videre at slik virksomhet skal omfatte tiltak for å «fremme full virkeliggjøring av disse folks sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter med respekt for deres sosiale og kulturelle identitet, skikker og tradisjoner og for deres institusjoner».

Ifølge konvensjonens artikkel 4 skal det treffes særlige tiltak på hensiktsmessig måte for å sikre enkeltpersoner fra vedkommende folk og deres institusjoner, eiendom, arbeid, kultur og miljø. Artikkel 5 sier at disse folks sosiale, kulturelle, religiøse og åndelige verdier skal respekteres, anerkjennes og vernes, og det skal tas tilbørlig hensyn til de typer av problemer de møter både som gruppe og som enkeltpersoner. Videre skal det treffes tiltak som kan minske problemer disse folk får i forhold til endringer i levekår og arbeidsforhold, med deltaking av og i samarbeid med de folkene dette gjelder.

Artikkel 7 uttrykker dette videre. Etter artikkel 7 nr. 1 skal urbefolkningene «ha rett til å vedta sine egne prioriteringer for utviklingsprosessen i den grad den angår deres liv, tro, institusjoner, åndelige velvære og de landområder de lever i eller bruker på annen måte, og til så langt som mulig å ha kontroll med sin egen økonomiske, sosiale og kulturelle utvikling. I denne sammenheng skal de delta i utforming, gjennomføring og evaluering av nasjonale og regionale utviklingsplaner og -programmer som kan få direkte konsekvenser for dem. I artikkel 7 nr. 2 heter det at »forbedring av levekår, arbeidsforhold og standarder for helse og utdanning for vedkommende folk skal foregå med deltaking fra og i samarbeid med dem, og skal prioriteres i planer for den allmenne økonomiske utvikling av de områder der de bor«. Og videre: »Spesielle utviklingsprosjekter for disse områdene skal også legges opp slik at de fremmer slike forbedringer«. Artikkel 7 nr. 3 pålegger myndighetene å gjennomføre analyser av konsekvensene av planlagte utviklingstiltak på områder av sentral betydning for urbefolkningene. I artikkel 7 nr. 4 heter det at myndighetene skal treffe tiltak for å verne og bevare miljøet i de områder der urbefolkningene lever i samarbeid med disse.

I artikkel 8 heter det at «Ved anvendelse av nasjonale lover og forskrifter overfor vedkommende folk, skal det tas tilbørlig hensyn til deres sedvaner og sedvarerett.» Og i 8.2: «Disse folk skal ha rett til å beholde sine egne skikker og institusjoner der disse ikke strider mot grunnleggende rettigheter fastlagt i nasjonal rettsorden eller mot internasjonalt anerkjente menneskerettigheter.» Konvensjonens del 2 omhandler landrettigheter. Artikkel 13 og 14 er de sentrale bestemmelser når det gjelder urbefolkningenes landrettigheter.

Konvensjonens del 3 tar for seg sysselsetting og arbeidsliv. Artikkel 20 tar for seg behovet for særlig vern med hensyn til rekruttering til arbeidslivet og sysselsettingsvilkår for urbefolkninger. Diskriminering skal hindres når det gjelder adgang til sysselsetting, likelønn, samt «medisinsk og sosial bistand, helse og sikkerhet i arbeidsforhold, alle trygdeytelser og enhver annen yrkesmessig betinget ytelse og til bolig».

Konvensjonens del 4 omhandler yrkesopplæring, håndverk og bygdenæring. Artikkel 22 legger vekt på yrkesopplæringsprogrammer basert på økonomiske forhold, deres sosiale og kulturelle vilkår og praktiske behov. Artikkel 23 sier at tradisjonell primærnæringsvirksomhet skal anerkjennes som viktige faktorer for å opprettholde kultur, økonomisk bæreevne og utvikling. Tiltak og programmer skal utvikles og iverksettes i samarbeid med urbefolkningene.

Del 5 om trygd og helse omfatter artikkel 24 og 25. Artikkel 24 sier: «Sosiale trygdeordninger skal gradvis utvides til de dekker vedkommende folk, og skal anvendes uten at det diskrimineres mot dem.» Artikkel 25 nr. 1 sier at myndighe-

tene skal sørge for at tilfredsstillende helsetjenester blir gjort tilgjengelig for vedkommende folk, og skal skaffe dem ressurser til utforming og gjennomføring av slike tjenester under deres eget ansvar og kontroll, slik at de kan nyte godt av så høy fysisk og mental helsemessig standard som mulig.« Artikkel 25 nr. 2 sier videre at»i størst mulig grad skal helsetjenester finnes i lokalmiljøet. 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.« Artikkel 25 nr.3 sier at helsetjenesten skal legge hovedvekt på opplæring og sysselsetting av lokale helsearbeidere, og skal konsentrere seg om primærhelsetjeneste, samtidig som det skal holdes nær kontakt med andre nivåer i helsetjenesten. Artikkel 25 nr. 4 sier at »Ordninger for slike helsetjenester skal samordnes med landets økonomiske og sosiale tiltak forøvrig.

Konvensjonens del 6 omhandler utdanning og kommunikasjon. Artikkel 26 sier at «det skal treffes tiltak for å sikre medlemmer av vedkommende folk minst like god mulighet til å skaffe seg utdanning på alle nivåer som det den øvrige del av nasjonalsamfunnet har». Artikkel 27 sier at utdanningstilbud skal omfatte folkenes historie, kunnskaper, teknologi, verdssystemer og deres sosiale, økonomiske og kulturelle ønskemål forøvrig. Disse skal utvikles og gjennomføres i samarbeid med urbefolkningene. Folkene skal delta i utforming og drift av utdanningsprogrammer med sikte på at dette ansvaret skal overføres til vedkommende folk.

Det framgår av konvensjonens alminnelige bestemmelser at de tiltakene som blir truffet for å iverksette konvensjonen skal fastsettes på en fleksibel måte ut fra de særegne forhold i Norge, og at iverksetting av konvensjonen ikke skal virke ugunstig inn på de goder og rettigheter samefolket har i henhold til andre lover, konvensjoner, avtaler eller sedvaner.

2.3.5 FNs konvensjon om miljø og utvikling i Rio de Janeiro 3. — 14. juni 1992. Agenda 21

FNs konvensjon om miljø og utvikling i Rio de Janeiro 3. — 14. juni 1992 (UNCED) fattet vedtak som også særskilt berører den samiske befolkning. Verdenskommisjonen for miljø og utvikling gikk i rapporten «Vår felles framtid» (1987) inn for at oppfølging av rapporten skulle behandles på en FN- konferanse for å sette nye mål og gi nye impulser til arbeidet fram mot en bærekraftig utvikling. Ved FN- konferansen i 1992 ble forskjellige samfunnssektorer og organisasjoner trukket med på en måte som var ny for FN. Rapporten fra Verdenskommisjonen hadde understreket betydningen av at bærekraftig utvikling forutsetter en bred medvirkning fra de ulike sektors side, og at medansvar og deltakelse er viktig i demokratiske prosesser. Rio- konferansen førte fram til flere vedtak:

- «Agenda 21», som er en handlingsplan for arbeidet med miljø og utvikling inn i neste århundre.
- «Rio-erklæringen», som inneholder prinsipper om miljø og utvikling, og om forholdet mellom miljø- og utviklingshensyn.
- Skogprinsippene, som inneholder prinsipper for bærekraftig skogforvaltning.
- Klimakonvensjonen, som ble åpnet for undertegning i Rio.
- Konvensjonen om biologisk mangfold, som også ble åpnet for undertegning i Rio.

Dokumentene befester en felles internasjonal forståelse av behovet for handling når det gjelder miljø og utvikling. Sentralt står enigheten om at alle land har et ansvar for å bevare livsgrunnlaget også for framtidige generasjoner, men at størst ansvar

hviler på industrilandene som skaper mest forurensing, og som har et forbruks- og produksjonsmønster basert på høyt uttak av ikke-fornybare ressurser.

«Agenda 21» er en handlingsplan for arbeidet med miljø og utvikling inn i neste århundre, og er et dokument som dekker de fleste sektorer av betydning for miljø og utvikling. Sentralt i Rio-konferansens behandling av Agenda 21 sto spørsmålet om industrilandenenes ansvar, og behovet for innsats for å sette utviklingslandene i stand til å rydde opp i egne miljøproblemer, og å delta i det internasjonale samarbeidet om miljøproblemene. Det ble ikke enighet om disse spørsmålene på konferansen. Norge er blant de land som i ettertid har arbeidet for økte ressuroverføringer til utviklingslandene basert på en rimelig byrdefordeling mellom giverlandene, slik at utviklingslandene kan følge opp Agenda 21 på en tilfredsstillende måte.

Agenda 21 har egne kapitler om ulike grupper med særskilte mål i forhold til miljø og utvikling. Urbefolkninger er en gruppe blant disse. Agendaens kapittel 26 omhandler anerkjennelse og styrking av rollen for urbefolkninger og deres samfunn. Den fastslår at urbefolkninger har et historisk forhold til sine landområder. Med landområder menes miljøet i de områder som urbefolkninger tradisjonelt bebor. Kapittel 26 fastslår at urbefolkninger gjennom flere generasjoner har utviklet en helhetlig kunnskap om sitt landområde, naturressurser og miljø. Det er på den ene siden nødvendig å bevare naturmiljøet og sikre en bærekraftig utvikling, og på den annen side viktig å sikre det kulturelle, sosiale og økonomiske grunnlaget for urbefolkningene. Derfor bør nasjonale og internasjonale anstrengelser for å sette iverk en miljømessig sunn og bærekraftig utvikling anerkjenne, tilpasse seg, fremme og styrke rollen til urbefolkningene. Agenda 21 peker også på at disse målsettingene allerede ligger i ILO konvensjon 169 om urbefolkninger, og også er foreslått i den universelle erklæringen om urbefolkningers rettigheter som er under utarbeidelse i FNs arbeidsgruppe for urbefolkninger. Den fastsår at i fellesskap med urbefolkningene selv bør regjeringene og — så langt det er hensiktsmessig — internasjonale organisasjoner ta sikte på å nå følgende mål:

- Beskytte urbefolkningens landområder mot aktiviteter som ikke er bærekraftige, eller som urbefolkningene det gjelder betrakter som sosialt og kulturelt uønskelig.
- Anerkjenne urbefolkningenes verdier, tradisjonelle kunnskap og praksis når det gjelder ressursforvaltning.
- Anerkjenne at urbefolkningenes tradisjonelle og direkte avhengighet av fornybare ressurser og økosystemer, inkludert bærekraftig høsting, er grunnleggende for deres kulturelle, økonomiske og fysiske velferd.
- Utvikle og styrke nasjonale ordninger for konsultasjon med urbefolkningene med sikte på at deres behov, verdier, kunnskap og skikker inkorporeres i nasjonal politikk vedrørende ressursforvaltning, bevaring og utviklingsprogrammer som angår dem.

Under de aktuelle tiltak som konferansen framhever blir det understreket at noen urbefolkninger i samsvar med den nasjonale lovgivningen kan kreve utvidet kontroll over sine landområder. De kan videre kreve egen administrering av egne ressurser, herunder deltakelse i de beslutningsorganer som berører disse interesser. Der det anses nødvendig, kan de delta i etableringen av forvaltningen av beskyttede områder. Det blir i denne forbindelse oppfordret til at regjeringene:

- Vurderer ratifikasjon av eksisterende internasjonale instrumenter vedrørende urbefolkningene og deres samfunn, og støtter en deklarasjon om urbefolkningenes rettigheter i FNs Generalforsamling.
- Vedtar eller styrker nødvendige prinsipper eller legale instrumenter som vil

beskytte urbefolkningenes intellektuelle og kulturelle eiendom og retten til å opprettholde sedvaner og administrative systemer og praksis. Det oppfordres til at FN-organisasjonene og internasjonale utviklings- og finansieringsinstitusjoner og regjeringer skal samarbeide aktivt med urbefolkningen og deres samfunn. De bør innarbeide disse grupperes verdinormer, oppfatninger og kunnskaper hva angår ressursforvaltning og andre retningslinjer og programmer som angår dem. I denne sammenheng pekes det spesielt på den spesielle rolle urbefolkningkvinnene innehar. Her oppfordres blant annet til:

- At hver enkelt internasjonal organisasjon utpeker et kontaktledd for urbefolkninger. Det forutsettes at det utvikles et samarbeid mellom de respektive organisasjoner for å bistå regjeringer med innarbeidelse av urbefolkningenes synspunkter i utformingen og gjennomføring av retningslinjer og programmer. Under denne prosessen bør urbefolkningene og deres samfunn være informert og rådspurt og få delta i den nasjonale beslutningsprosess; spesielt gjelder dette regionale og internasjonale samarbeidstiltak.

I samråd med berørte urbefolkninger forutsettes det at deres rettigheter og ansvar inkorporeres i nasjonal lovgivning. Det kan tas hensyn til situasjonen i hvert enkelt land. Det bør også gis faglig og finansiell bistand til kompetanseoppbygging. Dette kan skje gjennom forsknings- og undervisningstiltak, basert på tilpasning og utveksling av tradisjonell erfaring og kunnskap hos urbefolkningene når det gjelder ressursforvaltning. Målet er å fremme bærekraftig utvikling i urbefolkningsområdene og styrke kvinnenenes rolle.

På Rio-konferansen la Norge og Danmark på vegne av 25 urbefolkningsgrupper fra hele verden fram disse gruppernes felles forslag til urbefolkningskapittel i Agenda 21. Dette forslaget kom til å danne grunnlaget for forhandlingene. Nordisk Sameråd, og da særlig norske samiske representantene, var blant de mest aktive pådrivere i forhold til urbefolkningenes forslag. Sentralt i urbefolkningenes forslag var at verdens urbefolkninger må sikres større kontroll med egne territorier og ressurser for å kunne gjennomføre en bærekraftig utvikling i pakt med sine tradisjoner.

Det må også nevnes at kapittel 27 i Agenda 21 slår fast at frivillige organisasjoner (non-governmental organisations) spiller en avgjørende rolle i å utforme og gjennomføre de demokratiske prosessene i samfunnet, og at alle typer organisasjoner og bevegelser bør anerkjennes som partnere i gjennomføringen av Agenda 21. Samfunnet, regjeringer og internasjonale organer bør utvikle mekanismer som gir frivillige organisasjoner muligheter til å være medspillere. Konferansen understreket organisasjonenes rolle i gjennomføringen av bærekraftig utvikling.

Agenda 21 tar også opp de lokale myndigheters betydning i miljøarbeidet. Globale miljøproblemer er summen av lokale handlinger og adferd. Dette gjør de lokale myndigheter — fylkeskommunene og kommunene — til en avgjørende faktor når miljømålene skal oppfylles. Det er de lokale myndigheter som gjennom sin planlegging har ansvaret for å utvikle en lokal miljøpolitikk, og å følge opp nasjonale og internasjonale miljøpolitiske mål og retningslinjer, samt sørge for en tilrettelegging innen de forskjellige områder som harmonerer med denne. De lokale myndigheter har ved sin nærhet og oppgaver overfor sine innbyggere, både på lokalsamfunns- og individnivå, også en viktig rolle med hensyn til informasjon, holdningsskapende arbeid og mobilisering av befolkningen i en bærekraftig utvikling.

2.3.6 FN's konvensjon om barnets rettigheter

Norge ratifiserte FN's konvensjon om barnets rettigheter i januar 1991. Konvensjonen bygger på en grunnleggende erkjennelse av barns behov for spesiell beskyttelse, og omhandler sivile, politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Ratifikasjon av konvensjonen nødvendiggjorde ingen lovendringer, men Norge tok forbehold til artikkel 40 2b V om overprøving i straffesaker.

Konvensjonen tar hensyn til den betydning hver enkelt folkegruppes tradisjoner og kulturelle verdier har for barnets vern og dets harmoniske utvikling.

Artikkel 8 omhandler respekt for barnets rett til å bevare sin identitet, herunder nasjonalitet, navn og familieforhold. Artikkelen er ikke vurdert i forhold til barn av minoriteter.

Artikkel 17 fastslår medias betydning for barn, og sier at partene skal oppmuntre massemedia til å ta særlig hensyn til de språklige behov hos barn som tilhører en minoritetsgruppe eller urbefolkning.

Artikkel 24 erkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og av tilbudene om behandling av sykdom og rehabilitering. Barnet skal ikke berøves adgang til slike helseomsorgstjenester. Denne artikkelen er ikke vurdert i forhold til samiske barns situasjon og behov. Artikkel 24 nevner også helsestasjonenes og foreldreveileledningens rolle i gjennomføringen av denne rettigheten.

I artikkel 29 om utdanning heter det at utdanningen skal ta sikte på å forberede barnet til et ansvarlig liv i et fritt samfunn i en ånd av forståelse, fred, toleranse, likestilling mellom kjønnene og vennskap mellom alle folkeslag, etniske, nasjonale og religiøse grupper og personer som tilhører urbefolkningen.

Artikkel 30 lyder slik: I hvert land hvor det finnes etniske, religiøse eller språklige minoriteter eller urbefolkning, skal et barn som tilhører en slik minoritet eller urbefolkning, ikke nektes retten til sammen med andre medlemmer av sin gruppe å nyte godt av sin kultur, å bekjenne seg til og utøve sin religion eller til å bruke sitt eget språk.

Konvensjonen forplikter statene til å virkeliggjøre de rettigheter som anerkjennes gjennom lovmessige, administrative og andre tiltak. Dette skal gjøres under hensyn til det enkelte lands ressurser, og om nødvendig innenfor rammen av internasjonalt samarbeid. Norge avga i 1993 sin første rapport til FN om konvensjonen om barnets rettigheter.

2.3.7 Utvalgets vurderinger

De rettslige dokumentene som her er nevnt, med grunnlovens paragraf 110a i første rekke, bærer preg av å være prinsipperklæringer til forpliktelse for myndighetene overfor den samiske befolkning. Det gjenstår å se hvordan stadfestelsen av samiske rettigheter og forpliktelsen om å ta hensyn til samisk kultur nedfeller seg i politiske målsettinger på de forskjellige nivåer, og hvilket gjennomslag de får i utviklingen og gjennomføringen av praktisk politiske tiltak innen de forskjellige samfunnsområder. Det nærmeste tiåret vil bli bestemmende særlig for hvordan grunnlovsbestemmelsen og ILO-konvensjonens bestemmelser skal etterleves i praksis. Dette vil også bli bestemt av rettsutviklingen på de forskjellige områder, og hvordan de samiske aspekter innarbeides når lovverk skal utformes og praktiseres.

2.4 SAMISKE OMRÅDER I NORGE. REGIONAL OG KULTURELL DIFFERENSIERING

2.4.1 Innledning

Ifølge mandatet skal utvalget foreslå tiltak for en samisk helse- og sosialplan som skal omfatte hele landet, dvs. hele det samiske bosettingsområdet i Norge. Ideelt sett bør en gjennomgang av sosiale og helsemessige problemer, såvel som en vurdering av de eksisterende tjenestene ta hensyn til lokale variasjoner over hele det samiske bosettingsområdet. Dette vil ikke være praktisk mulig i en enkelt plan, og det finnes heller ikke tilstrekkelig materiale til å foreta en slik gjennomgang, og som kan danne grunnlaget for de nødvendige vurderinger.

Det er imidlertid helt klart at de forskjeller i utvikling som har funnet sted i de samiske samfunnene, viser seg i deres situasjon i dag. Det blir selvsagt en meget forenklet framstilling å snakke om forskjellige typer samiske samfunn. Det er lite materiale å bygge på, og en slik framstilling vil fange opp en svært liten del av samisk virkelighet. Den vil likevel bidra til å synliggjøre forhold typiske for samfunn med samisk bosetting. Utvalget ser derfor behovet for å antyde mangfoldet i samisk virkelighet, ved å antyde noen av de prosesser som har virket inn på utviklingen i de samiske samfunnene.

De variasjoner og særtrekk som finnes i de forskjellige typer samiske samfunn i henhold til næringsmessige tilpasninger, og i henhold til vedlikehold av egne samiske kulturelle tradisjoner, opprettholdelse av sosiale nettverk og holdninger til egen samisk identitet. De skaper forskjellige forutsetninger for å forholde seg til det norske helse- og sosialsystemet, og kanskje også for utviklingen av sykdom. Dette vil skape variasjoner i behovene for forskjellige typer helse- og sosialtjenester, og for hvordan tilpasningen av tjenestene etter de samiske behovene eventuelt skal skje.

Dersom det i praksis på lokalt nivå skal tas hensyn til samisk kultur ved en utvikling og en tilpasning av de eksisterende helse- og sosialtjenestene, så må det også tas hensyn til hvilken type samisk samfunn man har å gjøre med.

Denne type hensyn må også tas dersom man finner det nødvendig å utarbeide strategier for forebyggende tiltak som omfatter utviklingen av en trygg samisk identitetsfølelse, og som innebærer strategier for identitetsforvaltning hos individer, familier eller sosiale grupper. En skisse av forskjellige trekk ved de ulike samiske samfunn vil også si noe om den kunnskap både samiske og norske helse- og sosialarbeidere bør ha som del av sin kompetanse. For å synliggjøre litt av denne problematikken, har utvalget valgt å foreta en om enn stikkordspreget gjennomgang av faktorer som medvirker til å skape forskjeller mellom de forskjellige typer samiske samfunn.

2.4.2 Samisk folketall og bosetting

Det har vært endel oppmerksomhet rettet mot det faktum at det i dag ikke eksisterer ajourførte registreringer av hvor mange samer det er i Norge, og hvor i landet samene er bosatt. De senere folketellinger har ikke registrert etnisitet, og tidligere folketellinger har vært beheftet med forskjellige mangler. Det har dessuten vært variasjoner i hvilke kriterier som legges til grunn for en definisjon av det å være same.

Hvis man går ut fra Sametingets objektive kriterium at en same er en person som enten selv har samisk som hjemmespråk, eller at en av foreldrene, beste-, eller oldeforeldrene har hatt det, vil antallet samer i Norge kunne bli omlag 70 000. Hovedtyngden av samene er bosatt i de nordligste fylkene, særlig i Finnmark og

Nord-Troms. Ifølge folketellingen i 1970 er det ca. 40 kommuner med samisk bosetning, hvorav de fleste ikke umiddelbart regnes som samiske. I flere kommuner har man knapt regnet med noen samisk befolkning i det hele tatt. Likevel viser folketellingen at også i disse deler av Norge lever det mennesker med samisk identitet. Den samiske bosettingens historie er beskrevet i tidligere offentlige utredninger (NOU 1983:43, NOU 1984:18, NOU 1985:14). Det som i denne sammenheng er langt mer interessant enn oppgaver over antallet samer og hvor de er bosatt i landet, er hvilke typer samiske samfunn vi har å gjøre med.

2.4.3 Noen faktorer som kjennetegner variasjon i det samiske samfunn

De samiske bosetningene som i Norge strekker seg fra grensen mot Russland i nord og inn i Hedmark i sør, samt nyere bosetninger utenfor det tradisjonelle sameområdet, kan ikke sies å utgjøre et enhetlig eller homogent samfunn. Selv om det er mange fellesnevnerer som knytter folk sammen til en egen folkegruppe, er det også forhold som bidrar til tildels store variasjoner. Dette er både av næringsmessig og kulturell karakter. Utover den næringsmessige variasjonen, kan det samiske samfunnet også sies å være sammensatt av en rekke kulturfellesskap eller grupper. Den som besøker en større samekonferanse vil for eksempel kunne oppdage at folk bærer ulike kofter, taler ulike samiske dialekter, og noen behersker kanskje ikke samisk i det hele tatt. Blir en nærmere kjent, vil en også oppdage at mange vurderer saker ulikt, ut fra sine regionale kulturer. Særlig etterkrigstida har med den tiltagende modernisering og kulturelle homogenisering bidratt til en ulik fordeling av samiske kulturelle ferdigheter, slik som bruk av samisk språk, vedlikehold av kulturtradisjoner m.m. Dette har ofte også gitt seg utslag i regionale forskjeller. Dette har ofte gitt seg regionale utslag. Utover dette kan vi også konkludere med at det moderne samfunn har gitt grunnlag for et vidt spekter av variasjon innafor yrke og næring, livsstil og utforming av samisk kultur og identitet.

I de følgende avsnitt skal det summeres opp en del forhold som på ulike plan har bidratt til å skape variasjoner innenfor det samiske samfunnet, men samtidig også nevne forhold som har bidratt til å knytte samene sammen til en egen folkegruppe eller nasjon. Det blir videre gitt en kort beskrivelse av de ulike bosetninger og særtrekk ved disse.

Tradisjonelle regionale samiske kulturfellesskap. Det samiske samfunn i Norge har tradisjonelt vært sammensatt av en rekke kulturfellesskap eller grupper. Disse var og er fremdeles sterkt knyttet til ulike avgrensbare geografiske regioner. I Kommunaldepartementets utredning (1992) «Samene i Europa» er det gitt en oversikt over de forskjellige regionale kulturfellesskap. Antallet samiskættede personer i en region kan variere mellom 100 og opptil flere tusen. De samiske regionene eller de ulike samegruppers bosetningsområde følger ikke kommune- og fylkesgrense, og flere er også delt opp av riksgrensene på Nordkalotten. Samene bosatt i en region utgjør på mange måter et kulturelt og sosialt fellesskap. Dette gjelder både i forhold til den omkringliggende norske, og også kvænske befolkning, og ikke minst til samer i andre regioner. I regionen har språk og kulturtradisjoner knyttet folk sammen, og utgjort en slags felles kulturell eiendom, og gitt grunnlag for en noenlunde felles forståelse av seg selv og verden omkring. Her kan nevnes regional dialekt, duodjitradisjoner, sangtradisjoner, sagntradisjoner, felles historisk bakgrunn i forhold til den øvrige befolkningen og andre samegrupper, samt også felles erfaring overfor disse, ensartethet i næringstilpasning, religionsutøvelse som læstadianere m.m. Foruten felles kulturtradisjoner har også befolkningen vært knyttet sammen gjennom et vidstrakt slektskaps- og bekjentskapsnettverk. Bare for noen tiår tilbake var det i første rekke det enkelte lokalsamfunn og regio-

nen som utgjorde den helt sentrale samiske samhandlingsrammen. Vektlegging av ulike kultur- og identitetsbevarende trekk har variert noe fra region til region. I noen regioner har f.eks. tradisjoner rundt reindrift vært sentrale for vedlikehold av samisk kultur og identitet. I andre derimot, har religion som læstadianisme spilt en viktig rolle.

Til tross for kulturelle ulikheter mellom regionale fellesskap, har det også vært mye som har bundet dem sammen i et større fellesskap. Mellom regionene har det vært visse slektskaps- og bekjentskapsrelasjoner. Læstadianismen har også bidratt til å binde personer fra ulike regioner sammen. Reindriften som beveger seg over store områder har også på flere måter knyttet samene sammen. Det samme kan sies om de store sesongfiskeriene i Lofoten og Finnmark. Her møttes folk fra mange hold. Flere kulturelle fellesnevner gjorde at det ikke var vanskelig å identifisere hverandre, og føle fellesskap.

I dag har også mange samer flyttet til byer og tettsteder som ofte er lokalisert langt unna hjemmeregionene. For samisk identitet i de nye omgivelsene, utgjør tilknytningen til hjemmeregionen en slags kulturell referanseramme. Fysisk avstand til hjemmeregionen betyr nødvendigvis ikke utelukking av å delta i dets kulturfellesskap. På sine nye boplasser, ofte med folk fra mange sameregioner, har mange innflyttere i tillegg etablert en ny felles kulturell gruppetilhørighet. Dette har særlig kommet til syne gjennom lokale samelag og foreninger.

De regionale samiske samfunn har således frem til i dag vært basert på uformelle nettverk. Det vil vel være riktig å si at det samiske samfunn har vært et etnisk nettverkssamfunn tilknyttet en norsk nasjonal infrastruktur. Her kan nevnes norsk skoleverk, helsevesen, forvaltning av naturressursene m.m. Konsekvensene for mange regionale samiske samfunn har vært ei utvikling i retning av assimilasjon og kulturell utarming.

Innenfor samepolitikken gjøres ofte regionale kulturforskjeller relevante. Samtidig som de bygger opp og styrker det indre samhold og egne tradisjoner, fungerer de også som en markering av samisk identitet. De kan bli gjort relevante i samhandling med norske myndigheter, samiske kulturfellesskap imellom, og sentrale samiske myndigheter. Som et ytterpunkt kan nevnes, at talsmenn for en av de mindre regionale samegruppene i enkelte tilfelle har signalisert, at de burde anses som en egen etnisk minoritet. I motsatt fall finnes det også regioner som utad bare i liten grad eller aldri har gjort kulturforskjeller relevante. Dette kan ha forskjellige årsaker. I noen tilfeller har sterk fornorsking gjort indre konsolidering og markering vanskelig.

Fremveksten av en samisk nasjon. I de første 10-årene etter siste krig fremsto det samiske samfunnet som nokså fragmentert. Det manglet både en felles organisering og en sterk kollektiv identitet. Samtidig var det inne i ei tid med store samfunnsmessige endringer, både økonomisk og kulturelt. Dette ga grunnlag for en stadig tiltakende samisk organisasjonsvirksomhet. Målet med denne virksomhetene var å knytte de regionale samfunnene tettere sammen, gi grunnlag for et nytt fellesskap på tvers av de regionale, skape en fellessamisk identitet, og følgelig felles muligheter for å fremme samiske krav. I dette lå også arbeidet med å skape nye konstitusjonelle rammebetingelser for samene som et eget folk, og å revitalisere den tradisjonelle kultur i en moderne form.

En viktig faktor i det samepolitiske arbeidet har vært å bygge opp en samisk infrastruktur, som både ivaretar det fellessamiske og det mer regionale. Her kan nevnes fellessamiske fjernsyns- og radiosendinger, utdannings- og forskningsinstitusjoner, nærings- og kulturfond m.m., samt mer regionalt avgrensede tiltak som museer og kultursentra, m.m. I begrepet infrastruktur ligger bl.a. både etablering av samiske fagfelt og ofte opprettelse av tilhørende institusjoner. F.eks. fremvek-

sten av fagfeltet samisk helse- og sosialvesen føyer seg inn i rekken av mer eller mindre etablerte samiske fagfelt, som massemedia, musikk, litteratur, teater, skole og utdanning, museumsvirksomhet, kulturminnerenn, idrett, kirke- og menighetsliv m.m. En av de sterkeste begrunnelser for etablering av samiske fagfelt, har vært erkjennelsen av at de etablerte (storsamfunnets) fagfelt ikke eller fullt ut har vært i stand til å forvalte de flerkulturelle sider av de forskjellige virkefeltene. Viktige elementer i denne oppbyggingsprosessen har vært satsing på utdanning og profesjonalisering som er basert i en samisk virkelighet. utover arbeidet med oppbygging av et større samisk fellesskap, er samene som nasjon også på vei inn i et større globalt samarbeid med lignende befolkningsgrupper. Sentralt i arbeidet er oppbygging av et verdensomfattende fellesskap rundt en urbefolkningsidentitet.

Variasjon i vedlikehold av samisk kultur og identitet. Etter inkorporeringen av sameområdene i de nordiske nasjonalstatene opphørte etterhvert samene, i statsrettslig forstand, å være en egen folkegruppe. Med unntak av visse rettigheter tilkjent reindrift, har samene ikke hatt spesielle rettigheter. Den norske stats samepolitikk har variert fra målrettet assimilasjonspolitik, til det på slutten av 1980-tallet ble lagt nye konstitusjonelle rammebetingelser for samene som et eget folk. Her kan nevnes Sameloven, opprettelse av Sametinget, grunnlovsfesting av samenes rettsstilling og ratifikasjon av ILO-konvensjonen. Særlig i etterkrigstida har de økonomiske og kulturelle endringene vært store og dramatiske. Det nye Norge var bygget på idèen rundt velferdsstaten, hvor stikkordene bl.a. var planøkonomi, sektorisering og sentralisering. Alt dette var basert på en likhetsideologi, som ga lite rom for samiske kulturelle aspekter i samfunnsplanleggingen. Også samene fikk det etterhvert bedre økonomisk, men utviklingen medførte en stadig aksellerende forrnorskingsprosess. Norsk kultur og identitet var grunnleggende for deltakelse i det nye velferdssamfunnet. Denne utviklingen fikk noe ulike konsekvenser i de forskjellige sameområdene. Vi finner derfor i dag regioner og lokalsamfunn som varierer med hensyn til vedlikehold av både samisk språk, kultur og identitetsbevarende faktorer. Særlig i mange kyststrøk foregikk et sterk kulturell utarming. Flere steder fikk vi en utvikling som kan karakteriseres som «fra samisk samfunn til norsk utkant». Her kan nevnes flere sjøsamiske samfunn i Nord-Troms og Vest-Finnmark. Det er dermed ikke sagt at disse er fullstendig assimilert. Flere forhold tyder på at samisk identitet og kultur igjen, og i en langt sterkere grad, er på vei til å bli en faktor i hverdagen. Andre sjøsamiske samfunn kunne igjen være underlagt andre betingelser, og her kunne samisk kultur og identitet få noe bedre levevilkår. Det kan nevnes bosetninger i den nordlige delen av Nordland og Sør-Troms, deler av Nord-Troms, Porsanger, indre Tanafjord og Nesseby m.m. Folk herfra kom relativt tidlig med i den samepolitiske mobiliseringen og la ned mye arbeid for å skape samiske alternativ. I indre Finnmark, hvor samene har vært i flertall, har samisk språk, kultur og identitet i langt sterkere grad blitt holdt vedlike.

I de samfunn hvor tradisjonelle identitetsbærende kulturtrekk er svekket eller helt falt bort, blir kommunikasjon av samiskhet gjennom andre kulturtrekk langt viktigere. I strøk hvor språket står svakt, legges det ofte mer vekt på andre kulturtrekk eller tradisjoner, samt nye trekk som kan være et resultat av den fellessamiske organiseringen. Dagens modernitet setter ofte samisk kultur og identitet på prøve, samtidig som den også bidrar til nyskaping og kreativitet og utforming av en ny samisk virkelighet.

Variasjon i næringstilpasning. Det vidstrakte sameområdet har gitt muligheter for en rekke ulike næringstilpasninger. I det sørsamiske området i Hedmark, Trøndelags-fylkene og søndre Nordland har reindriften vært den dominerende næringsvei. I fjord-bygdene i nordre Nordland og Sør-Troms har jordbruk og fiske vært det sentrale. I samme område finnes også en rekke større og mindre markabygdbo-

ninger (innlandsbygder), og her har fiske naturligvis spilt en noe mindre rolle. De samiske kystbosetningene i Nord-Troms og Finnmark har tradisjonelt hatt en fiskebonde-tilpasning. I tillegg har det vært en utstrakt bruk av utmarksressurser som jakt, innlandsfiske, bærplukking, skogsdrift m.m. Reindrift har også dannet basis for enkelte samer bosatt ved kysten i Finnmark, Troms og Nordland, ofte i kombinasjon med andre næringer. I indre Finnmark har vi både en fastboende befolkning som tradisjonelt har drevet jordbruk, kombinert med jakt og innlandsfiske m.m., og en stor nomadisk reindriftsbefolkning.

De ulike næringstilpasninger eller livsformer har avspeilet seg i den samiske begrepsbruken om seg selv og andre samegrupper. De svenske reindriftssamene som oppholdt seg i Troms om sommeren, kalte sjøsamene for amolbmot eller apmolinit. Sine østlige naboer, skogsamene, kalte de lullihat. Sjøsamene i området kalte reindriftssamene for badjeolbmot. De av sjøsamene som bodde i den ytterste kystsonen kalte seg selv for áppisápmelazzat (havsamer). Fiskeri spilte her en noe større rolle enn for fjord-samene, som de kalte vuodnasápmelazzat. I Kautokeino blir de fastboende innlands-samer ofte benevnt som dálonat, reindriftssamene for sápmelazzat, og samer fra kysten for márronat.

I løpet av de siste 10-årene har det skjedd store endringer innenfor samisk yrkes- og næringstilpasning. Fra å være et samfunn basert på primærnæringer som jordbruk, fiske, reindrift og utmarksnæringer, har vi sett en tildels drastisk forskyvning mot sekundær- og tertiærnæringer. Nærings- og yrkestilpasningene har dermed også blitt mer differensiert og spesialisert. Næringskombinasjonsbegrepet omfatter i dag ikke bare kombinasjoner innen primærnæringer, men også sekundær- og tertiærnæringer. Samtidig har vi også vært vitne til en sterkere spesialisering innenfor jordbruk, fiske og reindrift. Etterkrigstidas integrering av det samiske samfunnet i det nye Norge har også gitt grunnlag for en langt mer differensiert yrkesstruktur. Her kan f.eks. nevnes veksten innenfor det offentlige, slik som innen helse- og sosialsektoren, skoleverket og offentlig administrasjon, hvor et stort antall arbeidsplasser er etablert. Selv om mange i dag har sitt utkomme basert på lønnsinntekter fra sekundær- og tertiærnæringer, og bor i byer og tettsteder, viser en del undersøkelser at samene fortsatt er sterkere knyttet til primærnæringene enn den øvrige befolkningen. Vi kan si at kategorisering av samer etter næring ikke er like selvfølgelig i dag som for noen tiår tilbake.

2.4.4 Indre Finnmark

Det samiske samfunn i indre Finnmark fordeler seg på tre regioner eller kulturfellesskap. Disse er Kautokeino, Karasjok og Tana. Det meste av den bofaste bosetningen har tradisjonelt vært lokalisert langs de store vassdragene som Deatnu, Karasjohka, Anarjohka, Jiesjohka og Guovdageaidnujohka. Utenfor disse vassdragene har det bare vært et fåtall bofaste bosetninger. Næringsveien har vært basert på jordbruk og utnyttelse av en rekke utmarksressurser. For de bofaste i Tanadalen og Karasjok har laksefisket vært av stor betydning. Det kan vel sies at i Karasjok og Tana har vi hatt en mer utpreget elvesamisk tilpasning enn i Kautokeino. I Kautokeino har imidlertid de bofaste i langt større grad vært integrert i reindriftssamfunnet, både økonomisk, sosialt og kulturelt. Her som andre steder har de økonomiske vilkåra endret seg i løpet av de siste 10-årene. Primærnæringene er blitt mer spesialisert og lønnsinntekter har fått større betydning. Likevel er kombinasjonsnæringsbruk eller mangsysleriet et trekk ved mange næringsutøvere. Bosetningsmønsteret har også endret seg. Mange av de faste bosetningene, særlig langs de mindre vassdragene, er i dag fraflyttet, og folk har ofte flyttet til de nærmeste tettsteder.

Indre Finnmark har den største reindrifsbefolkningen på Nordkalotten. Sommerbeitene er å finne i kystområdet fra Balsfjord/Ullsfjord i sør og til noe inn på Varangerhalvøya i nord. Indre Finnmark blir hovedsaklig nyttet som vinterbeite. Tidligere lå de fleste reindrifsbosetningene spredt rundt i vinterbeiteområdet. I dag er nok så å si alle flyttet inn til de forskjellige tettsteder. I den seinere tid har det vært mye fokusert på overbefolkning og overbeiting i reindriften. I den anledning har Staten igangsatt et omstillingsprogram, som går ut på å redusere antall reineiere, minske reinantallet, og gi arbeidsmuligheter for de som må forlate reindriften.

Karasjok og Kautokeino tettsteder er de to største samiske sentrumsdannelsene på Nordkalotten. Her finner vi på mange måter et «urbanisert» samisk miljø. Her er også de fleste fellessamiske institusjoner, som Sametinget, Samisk utdanningsråd, Samisk høgskole, Sameradioen m.m. Av andre samiske tettsteder kan nevnes Masi, Sirma, Polmak og Tana Bru. Det siste er et tettsted som har blitt etablert i løpet av de siste 20 årene. Av forskjellige årsaker har det et betydelig mer norsk preg enn de øvrige.

I indre Finnmark har samene alltid vært i absolutt flertall. Dette har bl.a. også medført at samisk språk, kultur og identitet har fått gode levevilkår. Nesten uten unntak har samisk språk og kultur vært relevant i alle sammenhenger. Dette såvel som hjemme, i skole og ellers ute i det offentlige liv.

I områder som dette, hvor den samiske befolkning er i flertall innenfor en kommune eller et lokalsamfunn, og samiske særtrekk er synlige, lærer de fleste barna samisk som førstespråk. Hjemme lærer barna ofte bare samisk. Foreldrene føler at de kan overlate til skolen å lære barna norsk. Barna får styrket morsmålet og får formidlet samisk kultur gjennom kontakt med de eldre, gjennom deltakelse i arbeid, og gjennom fortellinger, eventyr og sagn. Skolen gir tilbud om opplæring i og på samisk språk. Ferdigheter i samiske næringer som jakt, fiske og reindrift gir status, såvel som kunnskaper i det samiske språket. Slektstilhørigheten preger det sosiale livet. De ytre, synlig kulturelle kjennetegn er mange. Samekofte er vanlig i bruk i lokalsamfunnet, og moderne arkitektur har tatt form etter gammel samisk byggeskikk. Dette er også kommuner med den største oppslutningen om Sametinget.

Likevel har samisk språk og kultur vært et kontroversielt tema også her. I 1950-, 60- og 70-årenes Karasjok var vi f.eks. vitne til en sterkt opphetet debatt om hvorvidt den norske eller samiske vei skulle velges i utviklingen. I andre samiske bygder har samiskhet ikke vært oppfattet kontroversielt på denne måten. Uansett må man kunne si at de samiske bosetninger i indre Finnmark utgjør et kulturelt kraftsenter for de øvrige sameområder eller regioner.

2.4.5 Kyst-Finnmark

Den sjøsamiske bosetninga langs kysten av Finnmark omfatter flere regioner eller kulturfellesskap. (Jfr. Kommunaldepartementets utredning (1992) om «Samene i Europa», eller opplisting i vedlegg til denne utredningen.) Tyngdepunktet for denne sjøsamebosetning har vært de indre fjordstrøk. Her kan nevnes Varanger-, Tana-, Lakse-, Porsanger-, og Altafjorden. I Varangerfjorden finner vi Nesseby, som må regnes å være det mest markante sjøsamiske bosetningsområdet i Finnmark. På sørsida av Varangerfjorden i Sør-Varanger er det flere små sjøsamiske bosetninger som i Bugøyfjord, Neiden, Munkefjord, Korsfjord, Bøkfjord og Jarfjord. Særlig Kirkenes, men også Vadsø har et markant samisk miljø. I Tanafjorden er bosetningene hovedsakelig å finne i Vestertana og Langfjorden. I Laksefjorden kan nevnes området Ifjord, Friarfjord, Landersfjord og Storfjorden. Fra småstedene, har det i etterkrigstida skjedd stor innflytting til Kjøllefjord. I Porsanger særlig bosetningene Kjæs, Brenna og Leirpollen og strekninga Valdak — Indre Bille-

fjord. Skoganvarre, Olderfjord, Smørfjord og Lakselv bør også nevnes. Foruten tettstedet Alta, er sjøsamebosetningene i Altafjorden hovedsakelig å finne i det ytre fjordområdet, som i Lille Lerresfjord og i Rognsundet. I Rognsundet kan nevnes Russehavn, Pollen, Kvalfjord og på strekninga Hakkstabben — Altnes. Foruten de større fjordene, var det tidligere en nokså betydelig samebosetning i de ytre kyststrøkene. Med en del unntak, var det helst små bosetninger som lå spredt ute på øyene, og halvøyene mellom de store fjordene. I etterkrigstida blei mange av disse stedene forlatt, og folk flytta inn til tettsteder. Begynner vi fra vest, vil vi idag finne en del sjøsamiske bosetninger i Øksfjord og på noen få mindre steder i omegnen. I Sørøysundet finnes noen bosetninger i området Hønseby — Eidvågeid, og ellers i Kårhamn og tettstedet Hasvik. Rypefjord med Hammerfest har også et betydelig samisk innslag. Videre finner vi sjøsamiske bosetninger i Kvalsundområdet, Kokeelv, Litlefjord, Slåtten og Snøfjord. I Nordkapp noen få bosetninger i området Repvåg — Lafjorden.

Som alt noe nevnt, skjedde det i etterkrigstida store endringer i det sjøsamiske bosetningsmønsteret. Langs Tana- og Laksefjorden er de fleste av de veiløse bosetningene forlatt. Det samme er også tilfelle i Loppa og ute på Porsangerhalvøya. Med en del unntak er mønsteret det samme på Stjernøya, Seiland, Kvaløya og Sørøya. I Sørøysundet som er en av de mest fiskerike plasser i Nord-Norge, finnes det i dag nesten ikke tradisjonelle sjøsamiske bosetninger tilbake. Det sies at de fleste Sørøysundsamer i dag bor i Rypefjord nær Hammerfest, og i Hasvik. I Sør-Varanger er også mange samebosetninger på øyene og i småfjordene fraflytta. I mange tilfeller er folk dradd inn til Kirkenes.

Tradisjonelt har næringslivet vært basert på jordbruk, fiske og utmarksnæringer. For enkelte hushold, særlig i Varangerområdet, inngikk også reindrift som en del av næringskombinasjonen. I den ytre kystsonen har fiske naturlig nok hatt en større betydning enn inne i fjordene. Her var tilgangen på utmarksressurser langt rikere. Et viktig ledd i den tradisjonelle sjøsamiske næringstilpasninga var sesongbosetninga, dvs. flyttinger mellom en vinter- og sommerboplass. Dette mønsteret var vanlig i flere lokalsamfunn mellom Rognsundet i Alta og Sør-Varanger. Flere steder vedvarte dette frem til siste krig. Derfor er det vel riktig å si, at det er først i dette århundret at alle sjøsamene i Finnmark er blitt bofaste. Her som andre streder har det i etterkrigstida skjedd store endringer i næringslivet. Likevel er mangesystemet et trekk ved de sjøsamiske næringer i dag. Mange har bred uformell kompetanse, ofte kombinert med utdanning innenfor ulike områder. Dette gjør det mulig å kombinere en rekke felt innenfor primær-, sekundær- og tertiærnæringer. Dette kom tydelig frem under fiskerikrisa på 1980-tallet, som ramma mange sjøsamiske samfunn hardt. Når fisket slo feil, og hvis det var muligheter, kunne folk i større grad vektlegge andre næringsaktiviteter. Dette ble også gjort, og således kunne mange komme seg gjennom de harde 1980-åra. De siste åra har fiskeriene vært til dels gode, men for mange har bl.a. de statlige kvotereguleringene vært harde. I dag arbeides det med å frede fjordene for bruk av aktive fiskeredskaper. Etablering av en samisk fiskerisone har også vært på tale.

Det sjøsamiske samfunn i Finnmark har gjennom tidene vært utsatt for et sterkt fornorskingspress. Språk og kulturtradisjoner har jevnt over blitt sterkt svekka. Utviklinga i etterkrigstida både forsterka og satte fart i fornorskingsprosessen. Kulturelt kan vel 1950- og 60-tallet sies å ha vært en av de hardeste perioder i den sjøsamiske historia. For den som skulle delta i det nye norske felleskapet var samisk kultur uten verdi. Det ble heller betrakta som en hemske for utviklinga, og var noe som hørte fortida til. Fra norsk side førte dette til en ytterligere nedvurdering av samisk kultur, samtidig som mange samer mista troen på egen bakgrunn. Dette gikk bl.a. på bekostning av overføring av samisk språk og kultur fra genera-

sjon til generasjon. Selv om rammebetingelsene har endra seg, er det mange sjøsamiske samfunn og enkeltindivider som den dag i dag sliter med ettervirkningene av den problemfylte tida.

Med hensyn til vedlikehold av samisk språk og kultur, synes vi å observere en viss forskjell mellom Øst- og Vest- Finnmark. I det østlige kystområdet ser det ut for at vilkårene har vært noe bedre enn i det vestlige. Et unntak i Øst-Finnmark er kanskje Sør-Varanger. Det synes som om vilkårene for samisk kultur ikke har vært så gode i industrikommunen. I tillegg til den øvrige sjøsamebefolkninga har vi også i Sør-Varanger en liten østsamisk eller skoltksamisk befolkning. Denne befolkningen inngikk tidligere i et større fellsskap av siidaer (samebyer) som hadde sine territorier i Sør-Varanger og deler av Nord-Finland og Kola. Nasjonale grensetrekkninger, kriger og kolonisasjon fikk fatale konsekvenser for disse bosetningene. Siidaene øst for Neiden ble evakuert og tvangsflyttet til Nord-Finland og til Lovozero på Kola. Neidensiidaen mistet etterhvert sitt økonomiske og kulturelle fotfeste. Det ble lite igjen av østsamisk språk og tradisjoner. Idag forsøker en fåtallig befolkning å bygge opp et østsamisk samfunn. Nesseby derimot fremstår i dag som en sjøsamisk kommune. I Porsanger, Tana og tildels i Kvalsundområdet er det samiske nokså markant. I Kvalsundområdet er Kokelv et kulturelt senter. Her er etablert et sjøsamisk museum, det finnes samiskopplæring i skolen m.m. I Laksefjord er derimot kanskje samisk kultur noe mindre iøyefallende. Det samme gjelder også i en del øvrige sjøsamiske bosetningsområder, særlig i Vest-Finnmark. Likevel foregår her også en del aktiviteter med bakgrunn i sjøsamisk kultur. Flere småbygder har danna sameforeninger som Øksfjord og Rognsundet. I Lille Lerresfjord er det planer om et lite sjøsamisk museum. Andre steder kan også flere småtiltak nevnes, som kurs i koftesying og bygging av tradisjonelle sjøsamiske gammer m.m.

Den økende interesse for sjøsamisk kultur og bakgrunn har kommet til uttrykk på mange måter i kyst Finnmark. I kystområdet finnes det idag rundt 15—20 sameforeninger. Det er vel bare en del ytre kyststrøk, som Sørøysundområdet, som ennå ikke har noen forening. Ved opprettelse av Sametinget har folk mobilisert for å få inn sine representanter. Både Nesseby og Porsanger er kommet inn under den samiske språklovs virkeområde. I tillegg til sjøsamemuseene i Kokelv og Nesseby er også flere under planlegging. Likevel er ennå mye ugjort. Store deler av kystområdet mangler en samisk infrastruktur. I de fleste tilfelle er det bare de uformelle nettverk som gir kraft og styrke til å videreføre sjøsamisk kultur.

Klare holdningsendringer og gjenoppretting av tilliten til samisk kultur og samiske tradisjoner ser vi særlig blant de unge. Vi observerer en yngre generasjon samer fra kystbygdene som vil arbeide for å fremme sin kultur gjennom organisert aktivitet. Iblant klager de over at både myndighetene og de samiske organisasjonene har glemt samene i kystområdene. Det er verdt å merke seg at den sterkeste økningen (opp mot 80%) i oppslutningen om Sametingsvalget fra 1989 til 1993 finner sted i akkurat disse områdene.

2.4.6 Nord Troms

Fra Balsfjord og nordover finner vi en mer eller mindre sammenhengende sjøsamebosetning. I motsetning til de samiske bosetningene i Sør-Troms, har denne befolkning i hovedsak sin bakgrunn i den historiske sjøsamebosetningen, som alt nevnes i Ottars beretninger. Tyngdepunktet for denne sjøsamebosetningen har vært, og er de indre fjordområder. Her kan nevnes Balsfjord, Ullsfjord, Lyngen med Storfjord og Kåfjord, Reisafjorden med Strømfjord og Oksfjord og Kvæningen. Sjøsamebosetningen har også i noen grad vært lokalisert til øyene, og her finnes i dag flere samiske ættlinger. Av øyene kan nevnes Vanna, Arnøy, Laukøy, Kågen, Vorterøy

og Uløy. Særlig i årene etter siste krig har det skjedd mye utflytting fra regionen. I Byen Tromsø finnes det f.eks. flere sjøsamiske miljø med tilknytning til Nord-Troms.

Kommunevis er denne sjøsamebosetninga lokalisert til følgende kommuner: Balsfjord, Tromsø, Karlsøy, Storfjord, Kåfjord, Lyngen, Nordreisa, Skjervøy og Kvænangen. Tallmessig er det vanskelig å gi noe eksakt tall, men etter kjennskap ut fra dagens forhold og historiske kilder, skulle vi tro at det i regionen finnes 10—12000 personer med samiske aner.

Sjøsamebefolkninga i Nord-Troms, også inkludert noen bosetninger i nabo-kommunene i Finnmark, har fra gammelt på mange måter utgjort et eget kulturfellesskap. Felles kulturtradisjoner, slektskaps- og bekjentskapsnett har på flere felt knyttet befolkningen sammen. For denne sjøsamiske befolkninga har læstadianismen vært en avgjørende faktor for vedlikehold av samisk kultur og tradisjoner. Dette har skjedd i en tid der fornorskingspresset har vært særlig hardt. Nesten hele denne befolkningen har på en eller annen måte tilknytning til den læstadianske forsamling. Læstadianismen har både vedlikeholdt og forsterket gamle nettverk, og skapt en ny plattform for å organisere sider ved den sjøsamiske kulturen. Slik har læstadianismen sterkt bidratt til å vedlikeholde det sjøsamiske kulturfellesskapet i Nord-Troms. Tilsammen med alt annet har dette medført at vi enda idag kan snakke om et sjøsamisk samfunn eller kulturfellesskap med tilknytning til Nord-Troms.

Tradisjonelt har næringsveien vært basert på småbruk, fiske og utnyttelse av en rekke utmarksressurser. Foruten hjemmefiske deltok også mange i Finnmark- og Lofotfiske. I motsetning til flere andre sjøsameområder var det mange som på et tidlig tidspunkt skaffet seg større fiskebåter. Mens mannfolka store deler av året kunne være borte på fiske, var det kvinnfolka som passa småbruket. Småbruket og tilgjengelige muligheter for avsetning ga grunnlag for en omfattende produksjon av ull- og strikkevarer. Sjøsamene i området forsynte f.eks. flyttsamene på store deler av Nordkalotten med strikkevarer og grener som ble nytta til sengklær og vinterteltduker. I dag er mye av denne husflidsproduksjonen på sine steder organisert. Foruten å gi inntekter er den også blitt en viktig markør for sjøsamisk identitet og kultur. Først og fremst gjelder det grenene og den spesielle teknikk som blir nytta i fremstilling av disse. Næringslivet har her, som ellers i Nord-Norge, endra seg vesentlig i etterkrigstida. Likevel skal nevnes et fremtredende trekk ved næringslivet i regionen. I tider når det har vært stor etterspørsel etter arbeidskraft innafor bygg og anlegg, har det fra mange kommuner vært en omfattende ukependling til byer og tettsteder.

Det sjøsamiske samfunn i Nord-Troms har i lang tid vært utsatt for et hardt press i retning av fornorskning. Utviklinga i etterkrigstida satte særlig fart i fornorskingsprosessen. I flere områder har fornorskningen kommet relativt langt. Språk- og kulturtradisjoner er sterkt svekket, og på noen steder så og si blitt borte. Dette gjelder særlig i de ytre kyststrøk og noen områder i den nordlige og midtre del av Nord-Troms. I andre områder har derimot forhold ført til at samisk språk og kultur står noe sterkere. Her kan nevnes bygdene i indre deler av Lyngen. Likevel kan vi hos mange, særlig blant de yngre, spore en større og større interesse for sjøsamisk kultur og bakgrunn. Dette har i de siste årene kommet til uttrykk på mange måter. I regionen er det etablert en rekke samiske lag og foreninger. Det kan nevnes at rundt Lyngenfjorden finnes det idag flere sameforeninger, i Ullsfjord to og i den nordlige del av fylket et par foreninger. Gjennom disse lag og foreninger forsøker folk å gjøre sin sjøsamiske bakgrunn til en relevant og verdifull del av dagliglivet. Ut over det lokale og regionale har også mange engasjert seg i det samepolitiske arbeid, både på det nasjonale og internasjonale plan. Ved opprettelsen av Sametinget og ved seinere valg foregikk det en relativ sterk mobilisering i regionen. Nord-

Troms valgkrets har i dag tre representanter på Sametinget. I Ullsfjord, som tilhører regionen, men er tilknyttet en annen valgkrets, foregikk det ved siste sametingsvalg en større mobilisering. Her meldte langt over 100 personer seg inn i det samiske manntallet. Mye mer kunne nevnes, men disse eksempler forteller at mange idag ser verdien av sin sjøsamiske identitet og kultur, og ønsker at den skal vedlikeholdes i fremtiden. Nord-Troms og Midt-Troms har sammen med kystområdene i Finnmark hatt den sterkeste økningen i oppslutningen om Sametingsvalget fra 1989 til 1993 (Henholdsvis 53% og 78%).

I forhold til mange andre samiske samfunn, kan vi si at det sjøsamiske samfunn i Nord-Troms på mange måter står i en særstilling. Dette beror på flere forhold. Den samiske kulturen i regionen mangler bl.a. mange av de ytre kulturtrekk som er nødvendig for å markere samiskhet utad. Dette i motsetning til flere andre samiske samfunn, som har et rikere repertoar for å markere sin egenart. Som et eksempel kan nevnes kofta og klestradisjon. I dag har regionen ingen koftetradisjon. Kofta gikk ut av bruk allerede på 1890-tallet, og siden den tid har man brukt norske klær, ofte med et visst samisk snitt og fargebruk. Mange unge har tatt konsekvensen av dette. Flere personer har i den seinere tid arbeidet med å rekonstruere den gamle sjøsamekofta. Fornorskningsprosessen har med andre ord medført at den kulturelle grense i forhold til det norske, kan oppleves som nokså flytende. Samiskætta folk har faktisk mange kulturtrekk, som de deler med den øvrige befolkning. Likevel er det mange som opplever kulturelle forskjeller. Særlig med utspring i de samiske miljøene i Kåfjord med omegn, har vi i de seinere år sett hvordan slike kulturforskjeller i stadig sterkere grad er blitt gjort relevante i forskjellige kontekster. I den pågående revitaliseringsprosessen, og særlig der kulturforskjellene er små, er denne markeringen blitt viktig for det videre vedlikehold av samisk kultur. I tillegg til å kommunisere samiskhet utad, bidrar det til å styrke og bygge opp en felles ideologi og de indre bånd. Vi har alt nevnt arbeidet med rekonstruksjon og bruk av kofta, produksjon og markedsføring av den sjøsamiske ullgrena. Opplæring i, og bruk av samisk språk er en annen markør. Kåfjord ligger som kjent under virkeområdet til samisk språklov, og i den forbindelse er det under utvikling et samisk språksenter. Sjøsamiske matskikker og arkitektur blir også trukket frem. I Mandalen samles f.eks. regelmessig mye folk for å nyte og bli servert tradisjonelle sjøsamiske retter. I konfliktsituasjoner, som f.eks. kan dreie seg om om fiskerettigheter i fjordene, er sjøsamiske sedvaner og brukstradisjoner blitt trukket frem. Særlig gjelder dette i Svartskogensaka, som er en pågående konflikt mellom Statens Utmarkskommissjon og beboerne i Mandalen. Dette er eksempler som forteller om hvordan samiskhet mer og mer er blitt gjort synlig og relevant, i et område hvor kulturforskjellene mellom det samiske og det norske ofte oppleves som små.

2.4.7 Midt-Troms

Foruten det samiske miljøet i Tromsø by og deler av de to større bosetningene som er beskrevet under Nord-Troms og Sør-Troms og Nordre Nordland, er det reindrift som dominerer området. De indre deler av Midt-Troms utgjør idag sommerbeiter for rundt 150 hushold tilhørende de svenske samebyene Könkämä, Lainivuoma, Sarrivuoma og Talma. Samebosetningen ute på øyene Kvaløya, Ringvassøya, Vannøya og Rebbenøy utgjør på en måte et eget kulturfellesskap. Befolkningen består idag av fire reindriftsgrupper og slektninger av disse som over tid har forlatt reindriften. De stammer fra nomader med Karesuando-bakgrunn, som i forrige århundre kom til øyene, og her utviklet en stasjonær kystsamisk reindriftstilpassning. Den gamle sjøsamebosetninga på øyene er idag assimilert. Det finnes riktignok en del ættlinger på Vannøya og Kvaløya som er bevisst sin samiske bakgrunn.

Til Midt- og Sør-Troms og Nordre Nordland kom det på 1950-tallet en rekke reindriftsgrupper fra Kautokeino. Tilsammen utgjør disse i dag 9 reindriftsgrupper. En del av disse har sine beiteområder i Midt-Troms. Dette kulturfellesskapet har i de seinere år etablert en egen sameskole i Målselv, tufta på nomadekulturen fra Kautokeino.

2.4.8 Sør-Troms og Nordre Nordland

Området opp mot Balsfjord i nord og noe inn i Ballangen kommune i sør, kan karakteriseres som den sørligste nordsameregionen. I vest omfatter regionen også øyene Hinnøy og Senja. Det samme kan vel sies om øyene Andørja og Rolla, men her er alle samiske særtrekk så og si forsvunnet. Trass i det store området og de relativt spredte samebosetningene kan vi likevel med rette si at befolkninga på mange måter har utgjort et eget kulturfellesskap. Dette både i forhold til den omkringliggende norske befolkning, og ikke minst i forhold til samer i andre regioner. Bosetningen består av større og mindre markabygder, lokalisert et stykke fra havet, oppe i dalfører, lågfjellsområder og på lavtliggende flate områder inne på halvøyene og noen av øyene. Selv om de fleste av bosetningene er lokalisert oppe i marka, er også enkelte bosetninger å finne i strandsonen, som ved Gullsfjorden, Gratangsfjorden og enkelte steder langs Ofotfjorden. Særlig ut mot kysten er de samiske områdene omgitt av norsk bosetning. De samiske bosetninger kan lokaliseres til følgende steder: Innersiden av Senja med Gressmyrskogen, deler av Salangsdalen (fra Brandvoll-krysset og ned mot Sjøvegan), Reingjerdskog, Lavangseidet, Spansdalen, vel også Fossbakken, samt en del bosetninger rundt indre Gratangsfjord, Kvernmo, Kvanndalen, Vassdalen, Grovfjord med dalføret opp mot fylkesgrensen, Snubba, en del bosetninger i området Botnmark-Veggfjell, Evenesmark, Myrnes, Trøssemark, Kjønnå, Boltås, Sandemark, på Hinnøya kan nevnes Kongsvik, Gullsfjord og da særskilt Gullholm og bosetninger i Kanstadsfjord og Kvalsaukan. På sørsiden av Ofotfjorden kan nevnes en del bosetninger i Beisfjord, Håkvikdalen, Skjomen og også noe inn i Ballangen kommune. Andre lokaliteter kunne også nevnes som Seljeskog i Salangen og Sørvikmarka på Hinnøy, men her og flere andre steder er mye av det samiske særpreget forsvunnet. Særlig i etterkrigstida har mange flytta til byer og tettsteder i regionen. Her kan nevnes Sjøvegan, Finnsnes, Tennevoll, Bjerkvik, Narvik, Evenes, Evenskjer, Lødingen, Harstad og Ballangen. Fra 1950-tallet og utover har det også flytta en del reindriftssamer fra Kautokeino til regionen. Det er vanskelig eksakt å si hvor mange samer som bor i regionen, men at her finnes noen tusen samiskætta personer, er ganske sikkert.

Befolkningen i fjord- og markabygdene har noe av sin bakgrunn i den gamle sjøsamesbefolkningen, men har i all hovedsak sin bakgrunn i reinnomadismen. Den gamle sjøsamesbefolkninga gikk gradvis opp i den norske, men også andre samegrupper. Reinnomadene hadde en årssyklus med sommerbeiter i kystområdet og vinterbeiter i innlandet. Over tid slo mange seg ned som bofaste og da ofte i nær tilknytning til sine gamle sommerbeiteområder. De bosatte seg i områder som var ledige og i områder som de ut fra sine kulturelle forutsetninger best var i stand til å utnytte. I enkelte områder skjedde det et utstrakt inngifte med folk fra de gamle sjøsameslektene. Med bakgrunn i denne utviklinga, vokste det frem en egen og særprega bofast fjord- og markabygdkultur.

Næringsveien for folket i fjord- og markabygdene var hovedsakelig jordbruk i kombinasjon med utmarksnæringer og for mange spilte havfiske en viktig rolle. For flere var også reinen en viktig faktor for å kunne overleve. Dette enten i form av sytingsrein eller at noen hadde mindre flokker. Lønnsarbeid kom også til å få betydning. Det kunne være under de store fiskeriene eller også på anlegg, som under byg-

ginga av Ofotbanen. Foruten litt reindrift er samebefolkninga idag å finne i alle yrker. Likevel har jordbruk og beslektede næringer frem til idag vært en fremtredende faktor i næringslivet.

Særlig i etterkrigstida har de økonomiske og kulturelle endringene vært store og dels dramatiske. Utviklingen medførte en stadig akselererende fornorskningsspross. Sett i lys av dette, ble det på 1970—80-tallet danna flere sameforeninger. Deres fremste oppgave var å skape et samisk alternativ i en situasjon som syntes bare å gå en vei. Det var først og fremst den yngre generasjon samer som trådte frem, og ville arbeide for å fremme sin kultur gjennom organisert aktivitet. Et iøyefallende trekk ved denne region er likevel mangelen på en regional samisk infrastruktur. Særlig ille er det sett i sammenheng med at samisk kultur og identitet er sterkt truet og utsatt. Idag finner vi stort sett bare noen enkelte og spredte tiltak innfor skoleverk og barnehage. Mye av dette har vel sin bakgrunn i mangel på økonomiske og menneskelige ressurser, små muligheter for ei samla planlegging, samt også ofte manglende forståelse fra lokale myndigheter, m.m. De noe spredte samebosetningene, innfor det vidstrakte bosetningsområdet, kan vel også i enkelte tilfelle være en begrensning for planlegging og etablering av fellestiltak. Det kan f.eks. ha lett for å oppstå lokaliseringsdebatter m.m. Selv om regionen kan nyttiggjøre seg flere nasjonale samiske tiltak, finnes det også ordninger som ikke virker helt tilfredsstillende. Det kan f.eks. nevnes ordninger innenfor videreutdanning som er tuftet på den samiske språkkompetansen i indre Finnmark, og ikke den språkkompetanse som jevnt over finnes i mange av de øvrige samiske regioner. Særlig problematisk blir det, når det ellers ikke finnes noenlunde tilsvarende ordninger som tar utgangspunkt i disse regioners kompetanse innenfor samisk språk og kultur.

I regionen har fornorskningssprosessen gitt et noe varierende utslag i de forskjellige samiske lokalsamfunn. I enkelte områder som i bygdene rundt Gratangsfjorden er det samiske språket så og si borte. Noen steder som i Sørvikmarka kom denne prosessen igang på et tidlig tidspunkt, og ved utbruddet av siste krig var de fleste samiske særtrekk allerede forsvunnet. I andre områder som Spansdalen, bygdene i indre Ofoten og på Skånlandshalvøya har språk og kultur holdt seg noe bedre. Likevel er det verd å merke seg, at selv om språksituasjonen mange steder kan være svak, har mange av de gamle samiske tradisjoner blitt holdt i hevd.

I motsetning til Nord-Troms, er kulturforskjellene mellom det samiske og det norske mer markante, og de kulturelle grenser oppleves heller ikke så flytende. De fleste samebosetningene ligger som enklaver i norske omgivelser og er derfor klart definert som samiske bosetningsområder. Kommer du fra disse områder, er du også same. Andre identitetsbærende kulturtrekk er også mer kontrasterende i forhold til det norske.

I Vesterålsområdet med Andøya og særlig Langøya er det en liten befolkning med samisk bakgrunn, som opp mot vår tid har hatt tilknytning til reindrift. På mange måter har disse tidligere, og kanskje delvis også idag, utgjort et eget kulturfellesskap. Bortsett fra en del tradisjoner knytta til reindrift, er samisk språk og andre kulturtradisjoner ikke lenger levende. Her har også vært en tidligere sjøsamebosetning som idag må regnes å være så godt som assimilert, dog med en del personer som er bevisst sin samiske fortid.

2.4.9 Midtre Nordland. Lule- og Pitesamisk område

De lulesamiske bosetningene, som også utgjør et eget kulturfellesskap, er lokalisert i området mellom Saltenfjorden i sør og noe inn i Ballangen kommune i nord. Ballangen er et overgangsområde til det nordsamiske, som strekker seg helt opp til

Varanger — Kirkenes. Medregnes Ballangen, kan vi si at den lulesamiske befolkning kan deles inn i tre hovedbosetninger eller grupper. Disse er markabygdboetningene i Ballangen, fjordbosetningene i Tysfjord, Hamarøy og deler av Sørfold, og til slutt en del spredtliggende bosetninger mot Saltenfjorden. Tysfjord er den største same-kommunen, der samene utgjør ca. 25% av befolkninga. I Ballangen og Tysfjord utgjør bosetningene større og sammenhengende bygder. Sør for Tysfjord er bosetningene meget små og spredtliggende. Særlig i etterkrigstida har mange bosatt seg i byer og tettsteder. Her kan nevnes Ballangen, Kjølpsvik, Fauske og Bodø.

Vilkårene for samisk språk, kultur og identitet har vært noe varierende i regionen. I Ballangen står samisk språk og kultur svakt. Det er bare i et par eldre hushold at samisk nyttes i noen vesentlig grad. Likevel er det her dukka opp ei lita sameforening som har begynt å arbeide med kulturelle spørsmål. I den sydligste del, mot Saltenfjorden, er språket så og si borte, men her knyttes mye av samisk kultur og identitet til reindrift. Ved grunnskolen på Fauske foregår det idag opplæring i lulesamisk. I det midtre området, Tysfjord, Hamarøy og Sørfold, har samisk språk og kulturtradisjoner holdt seg relativt bra. Området er derfor sentralt i det kulturpolitiske arbeid for å vedlikeholde og utvikle lulesamisk kultur. Beskrivelsen som følger nedenfor, har i første rekke relevans for denne delen av det lulesamiske bosetningsområdet.

På 1950—60-tallet og utover skjedde det store endringer i det lulesamiske kystsamfunnet, både økonomisk og kulturelt. Fram til da hadde dette samfunnet på mange måter levd sitt eget liv, og stort sett vært sjølberga. Lulesamene hadde egne territorier (landområder, ressursområder). Disse utgjorde en del indre fjordstrøk, fjell-områdene mot svenskegrensa, og på sine steder noe inn i Sverige. Uten innblanding utenfra fikk samene her styre og stelle som de sjøl ville, og særlig i fjell-områdene hadde norsk forvaltning ennå ikke gjort sitt inntog. Økonomisk sett var lulesamene også relativt sjølstendige. Økonomien var basert på småbruk, fiske, jakt og fangst, og en rekke andre utmarksnæringer, noe reindrift og etterhvert noe lønnsarbeid. Det fantes flere kombinasjoner av de nevnte slag. Etter andre verdenskrig ble det mer og mer vanlig at samer tok lønnsarbeid. For mange betydde mulighetene på svensk side, et første skritt i lønnsarbeidsforhold. På det religiøse plan var lulesamene også relativt «sjølhjulpne» og selvstendige. For de fleste var læstadianismen den dominerende tilhørighet. Dette er stort sett også tilfelle idag. Forsamlingene hadde egne tillitsmenn, som foruten de regulerte kirkelige handlinger, forvaltet det åndelige liv. I de lulesamiske forsamlingene var samisk språk og væremåte en naturlig del av helheten.

I de første 10-år etter siste krig levde samisk språk og tradisjoner i beste velgående. På 1950-tallet var det vanlig at mange ikke beherska norsk når de begynte på skole. Det er ikke til å unngå at mange har bitre minner fra møter med det norske skoleverk og internatliv. Et møte med en verden, som var veldig forskjellig fra den de var vant med hjemmefra. Internatene var i seg sjøl lite egna for at barna kunne trives. Dessuten møtte de i skolestua en nesten uoverstigelig barriere med et helt anna språk.

Etter krigen begynte livet igjen å normaliseres, men på 1950—60-tallet begynte det lulesamiske samfunnet å merke etterkrigstidas samfunnsutvikling. Denne utvikling slo etterhvert beina unna for den tradisjonelle livsform. Det nye Norge ga få muligheter og støttet heller ikke opp om kombinasjonsnæringer, eller mangesysleriet med basis i småbruk, fiske og utmarksnæringer. Utviklinga fikk også dramatiske følger for den lulesamiske kystreindriften. Områder som Hellemofjorden, kjerneområdet for lulesamisk bosetting, ble også definert som fraflyttingsområde. Dette betydde bl.a. ingen offentlige investeringer og ingen muligheter til

å få lån i banker. Gjennom Statens boligaksjon for samiske områder, skjedde det en storstilt sentralisering av fjordfolk til Drag-Hellandområdet. Alt dette skjedde uten at det ble etablert et nytt og alternativt næringsgrunnlag i tilflyttingsområdene. Livet ble heller ikke lettere for dem som ble tilbake i fraflyttingsområdene. Det var nå ikke lenger den naturligste sak av verden at barn og ungdom skulle beherske samisk. Det skal heller ikke legges skjul på at utviklinga også bidro til å skape konflikter mellom det norske og samiske samfunn. Disse konfliktene kom særlig til syne fra slutten av 1950-årene og utover. Internt i det samiske samfunnet kom det også til konflikter, og de besto som oftest i hvilken vei som skulle velges: «den samiske» eller «den norske».

Selv om det lulesamiske samfunnet ennå i dag sliter med ettervirkningene av etterkrigstidas samfunnsutvikling, både økonomisk og kulturelt, er vi også vitne til en ny og mer positiv utvikling. Gjenreisninga av det lulesamiske samfunnet tar i dag mange former. Det gjøres bl.a. gjennom en mer eller mindre systematisk oppbygging av en samisk infrastruktur. Det lulesamiske senteret Årrån er en del av denne. Det gjelder også tiltak innenfor skole og utdanning, barnehage, duodji m.m., samt etablering av et levedyktig og differensiert næringsliv.

Det tradisjonelle pitesamiske bosetningsområdet strekker seg fra Saltenfjorden i nord, og i sør til sydhellingene ned mot Ranafjorden. Her står vi overfor en region, hvor vilkår for samisk kultur har vært til dels sterkt forskjellig fra de omkringliggende regioner. Tidligere var den samiske befolkning i regionen, både bofaste og reindriftssamer, knytta til hverandre i tette slekts- og bekjentskapsnettverk, og en felles pite-samisk kulturtradisjon. Som følge av mange årsaker og ikke minst omfattende og dramatiske nasjonale inngrep i reindriften fra slutten av forrige århundre, samt begrensede muligheter for etablering og vedlikehold av bofaste samiske lokalsamfunn, gikk det pitesamiske kulturfellesskap gradvis i oppløsning. Ved slutten av siste krig var reindriften borte, og tilbake av den bofaste befolkning var noen ganske få og spredte bosetninger. På 1950-tallet døde de siste som beherska det pitesamiske språket. Det samiske miljøet idag, som omfatter både reindriftssamer og folk utafor reindriften med samisk bakgrunn, har vokst fram i etterkrigstida. Dette gjennom innflytting av reindriftssamer fra Sverige som hadde karesuandosamisk bakgrunn. Denne reindriften knyttet til seg det som var tilbake av de bofaste bosetningene. I området er reindriften fremdeles, nær sagt, det eneste regionale tilgjengelige aktivum for kulturelt vedlikehold. Vi står idag overfor et lite samisk samfunn som både næringsmessig, sosialt og kulturelt står meget utsatt og sårbart til. Utviklinga i regionen har medført at det i dag kan være vanskelig å snakke om en egen pitesamisk kultur. Det samiske miljøet består av folk med noe forskjellig samisk bakgrunn, både karesuandosamisk, pite-samisk og også noe lulesamisk. På sine felter er det også sterkt intergrert i den norske fjellbondekulturen bl.a. gjennom inngifte. Likevel finnes det folk i dag som ønsker å gjenopplive og ivareta gamle pitesamiske tradisjoner. Det er bl.a. blitt oppført og restaurert gammer og annen pite-samisk arkitektur. Et uformelt utvalg har også begynt å arbeide med pitesamiske kulturelle spørsmål. Det samiske miljøet i regionen, utgjør noe i underkant av 200 personer, og har særlig tilknytning til kommunene Saltdal, Skjerstad, Beiarn og deler av Fauske.

2.4.10 Søndre Nordland, Trøndelagsfylkene og Hedmark

Sørsamiske bosetninger er spredt over et stort område fra og med Rana i nord og til og med Femund i sør. I Trollheimen finnes det også ei mindre bosetning. Vanligvis består bosetningene fra en til noen få familier. Trass i denne spredningen er folk

knyttet til hverandre i omfattende og tette slekts- og bekjentskapsnettverk, samtidig som befolkninga har bakgrunn i en felles sørsamisk kulturtradisjon.

Det er vel riktig å si at det store sørsamiske kulturfellesskapet er sammensatt av tre mindre miljø eller fellesskap. I nord har vi Helgelandssamene. I Hattfjelldalen har de bygd opp et kultursenter og her har de sameskole. I den midtre del har vi samene i Nord-Trøndelag. For disse utgjør Snåsa et slags kulturelt senter. Her er sameskole, samisk museum/kultursenter og reindriftskontor. I sør har vi Rørossamene. Her er det reindriftskontor, men det er foreløpig ikke etablert noen samiske institusjoner. For de som ønsker et samisk skolealternativ, blir sameskolen i Snåsa benyttet.

Det sørsamiske reinbeite- og bosetningsområdet omfatter følgende kommuner eller deler av disse: I Søndre Nordland: samtlige kommuner. I Trøndelagsfylkene og Hedmark: Flatanger, Fosnes, Grong, Høylandet, Leka, Leksvik, Levanger, Lierne, Meråker, Mosvik, Namdalseid, Namsos, Namskogan, Nærøy, Overhalla, Røyrvik, Snåsa, Steinkjer, Stjørdal, Verdal, Verran, Vikna, Rissa, Bjugn, Åfjord, Roan, Osen, Meråker, Selbu, Tydal, Røros, Holtålen, Midtre Gauldal og Engerdal.

I det sørsamiske området har reindrift vært og er fortsatt av stor betydning. På en eller annen måte har alle tilknytning til reindrift. Det er enten folk som er i reindrifta, eller som har forlatt den, kan være for flere generasjoner siden, og begynt i andre yrker eller næringer. Disse kan være bosatt i nærheten av sine gamle reinbeiteområder, eller flytta til byer og tettsteder. I Hattfjelldal var det f.eks. flere familier som slo seg ned som bofaste, og her utvikla det seg et sørsamisk jordbruksmiljø. Som andre steder, har også mange gjennom tidene forlatt det sørsamiske samfunnet. I industrialiseringsfasen rundt århundreskiftet var det flere unge og fattige som tok seg arbeid i industrien og som anleggsrallere. De fleste kom ikke tilbake, og noen emigrerte også til Amerika. Videre kan flere norske bondebygder f.eks. på Helgeland spore sine røtter tilbake til det sørsamiske samfunnet. I den seinere tid er bygd opp flere kulturinstitusjoner som sameskoler og kultursentra m.m. Dette og annen kulturpolitisk aktivitet har bidratt til fremvekst av et mangesidig samisk miljø, som også har gitt folk utenfor reindrifta bedre muligheter for å vedlikeholde samisk identitet og kultur. Likevel er det sørsamiske samfunnet meget sårbart. Befolkningen er fåtallig og bor spredt og den vesentligste del av kulturgrunnlaget hviler på reindrift. Dette kom tydelig frem når Tsjernobylulykken rammet det sørsamiske samfunnet.

Et spesielt trekk ved sørsamenes historie er deres kamp for samenes rettigheter. Det er sørsamene i Sverige og Norge som først og fremst har lagt grunnlaget for vår tids samepolitiske organisasjoner. Sørsamene har vært få, og har følt sterkt behovet for å organisere samene i et større fellesskap om sine interesser.

2.4.11 Sør Norge

I de seinere 10-år har det skjedd en nokså stor utflytting fra samiske områder til byer og tettsteder i Sør Norge. Det antydes at Oslo er Norges største samekommune, der flere tusen samiskættede skal være bosatt. Sør Norge utgjør i dag en egen samisk valgkrets, og har tre representanter på Sametinget.

2.4.12 Utvalgets vurderinger

Denne fremstillingen har vist mangfoldet i samiske kulturelle ytringsformer, i historisk bakgrunn og i næringstilpasninger. Gjennom dette er det også antydning at de samiske befolkningsgruppene i løpet av de siste generasjoner har mistet tilliten til egne lokale kulturverdier, de har fått svekket den næringsøkonomiske trygghet og

har mer eller mindre sluttet opp om det nye. Det har vært tendenser til rotløshet, utflytting og mangel på tiltakslyst i enkelte slike miljøer.

Det er stilt spørsmål om betydningen av å bevare samisk språk, kultur og identitetsfølelse. En trygg forankring i egen kultur regnes i de fleste sammenhenger for å være av grunnleggende verdi for menneskene. For de fleste mennesker er tilhørighet og lojalitet til et samfunn noe som gir trygghet og styrke, og noe man blir verdsatt etter. Ferdigheter og kunnskaper som befester en slik tilknytning, kan derfor bli svært verdifulle. Dette kommer ikke fram om man ser isolert på bortfall av enkelte samiske kjennetegn, som klær, språk, deler av en væremåte, etc. I enkelte områder er det lite igjen av synlige samiske kjennetegn. Det er en tendens som samsvarer med Folketellingen i 1970, som fant fastboende med samisk identitet i kommuner hvor de kommunale myndigheter hadde hevdet at det ikke fantes fastboende samer.

Samisk kultur er i dag på riksplanet anerkjent som en opprinnelig kultur side-stilt med norsk kultur. En sak er å erkjenne prinsipielt på statlig hold at folk skal kunne være samer. En annen sak er å ta hensyn til hvordan dette fungerer som elementer i folks hverdagsliv, og ta hensyn til det i en samlet politikk innen de forskjellige sektorer og på de forskjellige nivåer. I praksis har man nå etterhvert sett at den lave status som de samiske kulturelementene mange steder har, ikke lar seg heve gjennom isolerte enkelttiltak. Løsrevet fra en større sammenheng kan enkelttiltakene ofte virke unyttige, utenpåklistrede og endog provoserende på folk. Tiltakene bør fremstå som ledd i en samlet praktisering av en rikspolitisk målsetning som gjennom offisielle kanaler tilkjenner at samiske kulturytringer er av like stor betydning som de norske.

Samisk kulturell rehabilitering vil kunne bli en vanskelig prosess. De prosesser som har brutt ned samenes indre kraft og sjøltillit som samer har pågått over tid. Det vil ta lang tid før dette kan bygges opp igjen. Framtidstro og vilje til å satse er avhengig av selvtillit. Og det er hevet over tvil at mange mennesker i de områdene vi her snakker om, bruker mye energi på å finne balanse mellom sin tradisjon og moderne tilpasningsformer. Dette er konflikter med dimensjoner utover vanlig landsbygd/bykultur. De har også en etnisk dimensjon som ofte blir erkjent som noe smertefullt, fordi det å godta samisk herkomst ofte har vært identisk med å erkjenne egen mindreverdsfølelse. Denne nedarvede skepsisen og underlegenhetsfølelsen må samene, spesielt i kystdistriktene, overvinne før de klarer å ta vare på og markere sin kulturelle egenart. I disse bygdene er det viktig å utvikle en framtidstro ved å få de unge til å bli i bygdene. Økonomisk trygghet i miljøer der samisk er levedyktige elementer i hverdagen, er den beste måten å satse på, om en vil bevare samisk kultur.

Skal man kunne bevare og rehabilitere samisk kultur både i de sentrale og i de mer marginale områdene i Norge, så må de alle bli dratt med i en generell heving av samekulturens stilling i Norge. Kulturelle anstrengelser på samisk grunnlag må oppleves som nyttig og hensiktsmessig av og for de det gjelder. Man må på lokal-samfunnsnivå arbeide for å styrke menneskenes indre følelse av å ha en akseptabel bakgrunn, og av at denne bakgrunnen inneholder verdier en må videreføre i kommende generasjoner. Dette bør bl.a. skje gjennom sikring av næringslivet i de områder der samisk kultur har vekstvilkår. Man må gjennom mobilisering av lokal kunnskap finne fram til stedets samiske tradisjoner, videreutvikle disse, og la disse komme til nytte både i ervervs livet og som bærende elementer i kulturlivet. Dette innebærer tiltak som å gjøre samenes historie kjent, å gi samer en reell mulighet til å lære sitt morsmål, å utvikle samisk forskning, m.m.

Man opplever i dag en voksende samisk selvfølelse over hele det samiske bosettingsområdet. Dette merkes også i fjordbygdene, hvor folk bl.a. har sett bruk

av naturressursene i en etnisk sammenheng. Som samer har de vært for få og ikke flinke nok til å ivareta sine økonomiske interesser. Og det er også en tanke: Når folk har greid å bevare en samisk identitet med såpass mange odds imot seg — hva vil situasjonen da ikke kunne være når forholdene legges til rette for utviklingen av kulturelle ytringsformer? Man kan for eksempel spørre om hvilken betydning en gjennomført og reell morsmålsopplæring ville kunne ha for videreutviklingen av en egen litterær kultur. Stadig flere blant de som er vokst opp under hard fornorskning, er på leting etter tapte røtter. Disse røttene er samiske, man graver dem fram, og leter etter spirer. Det som eventuelt vil spire, vil nok gi en noe annen samisk identitet enn tidligere. Uansett er disse bestrebelsene verdt offisiell støtte og oppmerksomhet, fordi det dreier seg om mennesker med krav på et fotfeste de har tapt.

KAPITTEL 3

Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet

3.1 SAMHANDLINGSPROBLEMER

3.1.1 Innledning

Et grunnleggende spørsmål er hvordan den samiske pasient eller klient opplever samhandlingen i møtet med det norske helse- og sosialvesenet. Det er gjort lite forsknings- og utredningsarbeid rundt forhold som kan belyse samenes situasjon. Når man vurderer helheten i det som er gjort av mindre undersøkelser, og sammenholder dette med de praktiske erfaringer som helse- og sosialarbeidere i samiske områder har gjort, så gir dette likevel et bilde av situasjonen. Dette bildet bør kunne utgjøre et tilstrekkelig grunnlag for praktiske tiltak for å bedre forholdene, enten i form av varige ordninger, eller som utprøving i form av prosjekter.

For å belyse forholdet mellom forvaltningen av helse- og sosialtjenestene og de samiske brukerne av disse tjenestene, kan det være fruktbart å se det foreliggende materialet i forhold til tre problemkategorier. Det dreier seg om terskelproblemer; hvem som søker ytelse, skrankeproblemer; samhandlingen mellom klient og tjenesteyter, og kjøproblemer; hvem som blir prioritert i helsekøen.

Det er en overvekt av materialtilfang fra de samiske områder i indre Finnmark. Det er kanskje naturlig at man har begynt arbeidet med å avdekke problemene her først. Det bør etter utvalgets oppfatning ikke være til hinder for en videre utvikling og diskusjon rundt samhandlingsproblemer verken her eller i andre deler av de andre samiske områder.

3.1.2 Terskelproblemer

Terskelproblemer for den samiske pasient blir spørsmålet om noen unngår å oppsøke helsevesenet på grunn av språklige eller kulturelle problemer, eller om man får en skjev fordeling av helsetjenester på grunn av slike problemer. Terskelproblemer blir i første rekke merkbare i den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Skoganvarreundersøkelsen fra 1980 har bidratt til å belyse problemene rundt skjulte helsebehov hos samene. Her ble det foretatt en kartlegging av helsetilstanden og forbruket av helsetjenester i bygda Skoganvarre i Porsanger i Finnmark. Bygdas befolkning består av nordmenn, finlendere (kvener) og av samer. Den samiske gruppen består av sjøsamene langs Porsangerfjorden og reindriftssamene i Skoganvarreområdet mellom Lakselv og Karasjok. Distriktslegen i området oppdaget etter ei tid at folk i Skoganvarreområdet sjelden søkte lege, og at området omtrent aldri sto på sakskartet innen helse- og sosialtjenesten. Han mente dette kunne skyldes flere årsaker. Sykeligheten og forekomsten av sosiale problemer kunne være lavere enn i resten av kommunen. Det kunne være flere årsaker som gjorde at helse- og sosialtjenesten ikke nådde fram til bygda så som praktiske hindringer, lange avstander og språkproblemer. Det kunne likeledes tenkes at samenes forståelse av helse og helseproblemer var knyttet til særpreg ved en særegen leve- og tenkemåte som det norske helse- og sosialpersonellet vanskelig ville forstå. Det kunne også tenkes at samenes egenomsorgstradisjoner og folkemedisinske praksis begrenset deres behov for legehjelp.

For å belyse disse spørsmålene foretok daværende distriktslege Per Fuggeli i 1980 en samfunnsmedisinsk undersøkelse i Skoganvarre. Formålet var å kartlegge helsetilstanden i ei samebygd, og å kartlegge hvordan helsetjenesten virket i et samisk lokalsamfunn. Ønsket var at man ved å klargjøre sammenhenger mellom sykkelighet og miljø, og ved å avdekke svakheter ved helse- og sosialtjenesten i denne bygda, ville kunne skape grunnlag for forebyggende tiltak samt forbedringer av servicen i samiske lokalsamfunn. Man regnet med at funnene fra en undersøkelse med visse forbehold kunne gjøres gjeldende også for andre samiske bosetningsområder både i Finnmark, Troms og Nordland.

Undersøkelsen skjedde vinteren og våren 1980 i form av skriftlige henvendelser, hjemmebesøk, personlige intervju og legeundersøkelser, samt gjennomgang av eksisterende pasientjournaler. Oppfølging av medisinske funn og sosiale problemer skjedde i pakt med vanlig praksis. Resultater og anbefalinger ble lagt fram på møter mellom prosjektlederen og kommunen, samt på et folkemøte med innbyggerne i Skoganvarre.

120 av de 135 innbyggerne i Skoganvarre møtte fram til undersøkelsen. Av disse oppga 3/4 å være samer, mens resten var av norsk eller blandet herkomst. Det ble registrert i alt 241 sykdomstilfeller. Samene hadde større forekomst av sykdommer, 3,3 sykdomstilfeller pr. innbygger, enn de norske som hadde 2,2 sykdomstilfeller pr. innbygger. Omlag 9 av 10 sykdommer hadde en varighet på tre måneder eller mer. 46% av samenes og 32% av de norskes sykdomstilfeller førte til middels eller betydelig funksjonshemming. Ved 7—8% av sykdomstilfellene var det nødvendig med ytterligere diagnostisk oppfølging som spesialisthenvisning eller sykehusinnleggelse. Hvert tredje sykdomstilfelle resulterte i ny behandling. Ved 21% av samenes sykdomstilfeller ble det satt i verk sosialmedisinske tiltak. Når man ser på hvordan de to folkegruppers sykkelighet fordelte seg på ulike diagnosegrupper var hjerte/karsykdommer klart mindre fremtredende blant den samiske folkegruppen (9% mot 26%). Samene skilte seg imidlertid ut med en særlig høy andel sosialmedisinske problemer (70% mot 11%), først og fremst i form av dårlige boligforhold og språkvanskeligheter. Kartleggingen viste alvorlige mangler ved 85% av samenes boliger, og en langt mindre boligflate (15 mot 36 kvm for nordmenn). 4 av 5 voksne samer kunne ikke skrive sitt eget språk, og hver tredje voksne same kunne ikke skrive i det hele tatt. 45% kunne ikke lese sitt eget språk, og 14% kunne ikke lese noe språk. Den viktigste årsaken til denne språklige uforhøyet var å finne i skolen. Hver tredje voksne same hadde alvorlig mangel ved sin grunnskoleutdanning. Det vil si at skoletiden var forkortet med minst to år. Noen av samene hadde i gjennomsnitt 3,4 skoleår pr. person. Skolen hadde vært dårlig for mange av samene, dels ved at skoleåret bare hadde vært 3 — 4 måneder, og dels ved at all undervisningen hadde skjedd på norsk. Situasjonen med hensyn til skolegang og lese- og skriveferdigheter endret seg selvfølgelig i løpet av 1980-årene.

For denne bygda hadde terskelproblemer ført til en skjev fordeling av helse-tjenester. Av samenes 241 sykdomstilfeller var over 60% skjulte, hvilket betyr at sykdomstilfellene ikke hadde vært lagt fram for helsevesenet tidligere. Tilsvarende tall for norske var 40%. Omlag 20% av samenes sykdomstilfeller var tidligere kjent, men ikke adekvat fulgt opp, hvilket betyr at de var falt ut av det som anses å være vanlig allmennmedisinsk oppfølgingsrutine. Tilsvarende tall for norske var 7%. Lagt sammen betyr dette at 9 av 10 sykdomstilfeller blant samene var skjult eller forsømt. Hvordan hadde så legesøkningen vært for de to folkegrupper i Skoganvarre de siste årene fram mot 1980? 36% av samene hadde overhodet ikke søkt lege de 5 siste årene. Hver same hadde i gjennomsnitt 0,6 legekontakter pr. innbygger pr. år, mens nordmenn (og andre) hadde 1,4%. Landsgjennomsnittet ligger på 3,0 legekontakter pr. innbygger pr. år. De som var 16 år eller eldre ble spurt om

faktorer som påvirket deres legesøkning. 65% av samene oppga at språkproblemer påvirket deres legesøkning. Lang avstand til helsesenteret var den nest vanligste hindringen. Halvparten av samene, særlig reineierne, opplevde timebestilling som et hinder. 27% av samene mente at bruk av folkemedisin bidro til å minske deres legesøkning.

Situasjonen med en slik høy terskel i forhold til helsevesenet for befolkningen i Skoganvarre må ses som konsekvenser av beslutninger innenfor flere sektorer, både innen næringspolitikken, helse- og sosialsektoren, og den generelle samepolitikken, og av holdninger til den samiske befolkning både blant «folk flest» og på de forskjellige nivåer i forvaltningen. Fuggeli viser i sin tolkning av Skoganvarre-resultatene at helsetjenesten i Porsanger og landet forøvrig både er bygd opp og fungerer med utgangspunkt i norsk tenkemåte, språk, følelser, adferd, sykdomsoppfatning og legesøkningsvaner, og at dette ikke alltid harmonerer med hvordan samer tenker, føler og handler i forhold til helse og sykdom. Følgen blir at den norske helsetjenesten, beregnet på holdninger og ordninger i det norske storsamfunnet ikke passer til livet og folket i samiske bygder. Det blir mange anstøtsstener som bygger gjerde mellom samene og den norske helsetjenesten. Dette gjelder faktorer som språk, oppfatninger av tid og timebestillinger, avstander i mil og i verdener. Til det siste kan høre skrekk for norske skjemaer og kontorer, et syn på legen som norsk øvrighetsperson, en annen helsekunnskap med liten erfaring med vestlig medisin, et annet sykdomsbegrep, en annen oppfatning av plager og hjelpebehov, og en annen legesøkningssterskel.

Man kan påpeke begrensninger ved en undersøkelse foretatt av en norsk lege i en samisk bygd. Fuggeli har påpekt at metoden som ble brukt knapt oppfyller strenge krav til reproduserbarhet og objektiv målbarhet. Han har videre påpekt at muligheten for subjektiv slagside i problemformuleringer og tolkninger er tilstede i undersøkelsen bl.a. ved at han ikke har forholdt seg like lidenskapsløst og nøkternt til de problemene han møtte. Andre typer metodeproblemer henger sammen med at det ble brukt norsk målestokk på samiske emner. Han har vist til at samene for en stor del har andre tanker, følelser, begreper og adferd knyttet til helse, sykdom og død enn det som er vanlig ellers i Norge. Dessuten vil språkproblemer og tolkeordninger kunne føre til tap av nyanser og holdbare registreringer. En leges stilling som norsk øvrighetsperson vil også kunne spre taushet og mistro. Fuggeli antok at de metodebegrensningene som fulgte av «kulturkollisjonen» først og fremst svekket registreringen av sosiale og psykiske problemer blant samene. Han viste til at rehabiliteringen ved diagnoseføring av slike tilstander generelt er lav, og at den senkes ytterligere i denne undersøkelsen på grunn av den kulturelle avstanden og kommunikasjonsproblemene. Fuggeli viste til at slike undersøkelser kunne risikere å stigmatisere ei bygd og elendighetsstemple en folkegruppe. Faren for at «elendighetsforskning» skal oppleves som sten til byrden for en folkegruppe som bærer tungt fra før, ble søkt avhjulpet ved å sørge for konkret hjelp der det ble oppdaget behov for dette, og ved å spille med åpne kort overfor lokalbefolkningen. Terskelproblemene var imidlertid mindre tydelige ved en undersøkelse som ble gjort av to distriktsleger i Karasjok i 1983. De registrerte samtlige pasientkontakter i løpet av en måned inkludert en registrering av morsmål og språkproblemer ved legekontakten. Fordelingen av pasienter med norsk og samisk som morsmål hos legen denne måneden tilsvarte den totale fordelingen mellom samisk- og norsktalende i kommunen som helhet. Dette indikerer at det ikke var noen spesielle terskelproblemer for samisktalende ved legesøkningen i Karasjok. Det kunne likevel dreie seg om et underforbruk av tjenester hos folk fra reindriftsfamilier. De utgjorde 11% av pasientene, mens reindriftsmantallet omfattet 16% av innbyggerne i kommunen. Imidlertid er undersøkelsen lite omfattende og tallmaterialet så lite at sikre konklusjoner

vanskelig kan trekkes. En gruppe som ikke kom med i registreringen var aldersgruppen over 70 år. 91 % av disse hadde samisk som morsmål. Her hadde språkproblemene vist seg å være så store at man allerede før registreringen delvis var gått bort fra konsultasjoner for denne gruppen, og i stedet dro i hjembesøk sammen med samisktalende hjemmesykepleier.

3.1.3 Skrankeproblemer

Skrankeproblemer gjelder selve samhandlingen mellom pasient og lege eller sykepleier. Disse kan systematiseres i forhold til egenskaper ved forvaltningen og tjenestemennene og til egenskaper ved klientene, samt til samhandlingen ved disse to gruppene. Egenskaper ved behandleren kan gå på holdninger, verdinormer og sosial identifikasjon. Egenskaper ved klienten avhenger av ressurser som språkferdighet, sosial tilhørighet og identifikasjon. Samhandlingen vil være det som skjer med dem ut fra disse forutsetningene. Skrankeproblemer i samhandlingen kan identifiseres i alle deler av helse- og sosialtjenesten.

3.1.3.1 Den kommunale helse- og sosialtjenesten

De følgende beskrivelser er hentet fra erfaringer innen primærhelsetjenesten i de samiske områder i indre Finnmark. De går på den direkte samhandlingen pasient — lege, og sier noe om hvordan samhandlingen oppleves av pasienten selv, og i det daglige arbeidet for legene.

To distriktsleger fant i en undersøkelse i Karasjok i 1983 ut at 10% av de samiskspråklige, som utgjorde 75% av den totale befolkningen i kommunen, måtte bruke tolk hos legen, mens nesten 20% opplevde språkproblemer ved de aktuelle konsultasjoner. Dette vil si at ca. 30% av de samisktalende, dvs. 22% av alle konsultasjonene, opplevde språkproblemer ved legekonsultasjonen. Dette ble regnet som absolutte minimumstall. Undersøkelsen omfattet ikke gruppen over 70 år, hvor 91% hadde samisk som morsmål. Disse fikk legen på hjembesøk sammen med samisktalende sykepleier nettopp på grunn av språkproblemene. Spørsmålet om språkproblemer var dessuten situasjonsbestemt, idet det gjaldt den spesielle konsultasjonen. En samtale om en ørebetennelse vil være lettere å føre på et fremmed språk, enn en samtale om mer innfløkte, følelsesladede emner, som det i det hele tatt vil være lettere å ikke ta opp med legen på et fremmed språk. En annen faktor, som det er vanskelig å måle, er folks ønske om ikke å ville være til bry, eller følelsen av at språkproblemer gir en følelse av underlegenhet. Dersom pasienten kjenner legen godt og kontakten oppleves trygg, vil språkproblemene kunne oppleves som mindre vesentlige enn de ville ha vært med en ukjent lege.

Det ble i 1986 foretatt intervjuer av et lite utvalg samisktalende personer i Karasjok om opplevelser og erfaringer med norsktalende helsevesen. Alle hadde samisk som morsmål, og alle hadde gjennom årene gått til norsktalende helsevesen. Det ble brukt en kvalitativ intervjumetode med åpne spørsmål. Undersøkelsen hadde i første rekke et forstående siktemål, og vil nok være illustrerende for mange samers syn, selv om man ikke kan trekke allmenngyldige slutninger av den. Det ble lagt større vekt på språkproblemene enn på de kulturelt betingede problemene i samhandlingen mellom pasient og helsevesen.

Det var mest forholdet til legen folk hadde erfaringer fra. Flere av respondente nevnte problemer forbundet med at de ikke forsto legen da de var barn. Flere uttrykte en viss maktesløshet i forhold til å kommunisere med et norskspråklig helsevesen: «Jeg har lært det jeg skal si på norsk til legen.» «Det har alltid vært vanskelig for meg å gå til norsk lege fordi jeg ikke kan så godt norsk. Men vi må jo

bare det. Vi må jo bare stole på dem. Og de har alltid vært snille mot meg og jeg har følt de har tatt hensyn. Jeg prøver så godt jeg kan, men mye blir igjen som jeg ikke sier. Slik har det alltid vært. Kan ikke hefte legene med det. Da må de kanskje hente tolk.» Mange av de samme problemene går igjen. Språkproblemene ble opplevd alt etter språkferdigheter i norsk, og etter hva slags problemer folk skulle fremføre. Samhandlingen mellom lege og pasient er preget av forventninger til legen som diagnosestiller med tilmålt tid til hver pasient. Man forventer ikke at legen skal ta del i psykososiale forhold. Dette er ikke en situasjon som i og for seg er typisk for samer. Det spesielle her er at de språklige og kulturelle forskjeller skaper en ekstra utrygghet.

Det var flere utsagn av typen: «Det er klart det er vanskelig å snakke norsk hos legen. Men vi har lært oss såpass om kroppen og sykdommer på norsk at vi bruker akkurat de ordene. Men så blir det å snakke om akkurat det en feiler. Det begrenser seg hva man sier. Jeg tør ikke slippe meg løs. Noen ganger ville jeg ha snakket mer.» «Det hender ofte jeg ikke forstår. Da spør legen på en annen måte. Tør av og til si at jeg ikke forstår, andre ganger går jeg derfra, og jeg går og lur. Må slå opp i ordboka når jeg kommer hjem, eller jeg spør noen som kan. Men det har alltid vært slik. Man er blitt så vant.»

Intervjuene viser at som fremmedspråklig for hverandre holder lege og pasient en viss avstand ved å lære de nødvendige termer for kommunikasjon. Pasienten får sin diagnose, og behandleren/legen fungerer som tjenestemann i et fremmedspråklig distrikt. I adskillig større grad enn hva tilfellet er med norske pasienter, setter legen premissene for samhandlingen mellom lege og pasient, uansett hva han selv måtte ønske. Han har mest kunnskap i situasjonen, og behersker det felles kommunikasjonsspråket best. For pasientene kan man i denne sammenheng også snakke om «nøysomhetskultur» — menneskene er vant til å klare seg. De innretter seg etter situasjonen; de tar det som det er, og er heller ikke vant til noe bedre. Tilpassningen og nøysomheten kan henge sammen med at det å kreve ikke alltid blir sett som positivt i samisk kultur. Selvtilstrekkelighetsidealet synes å være mer dominerende.

Alle pasientene fant det klart vanskeligst å snakke om personlige forhold. «Da kommer det samiske. Det er klart, det blir vanskelig å snakke norsk da. Morsmålet kommer automatisk.» «Klart jeg ønsker å snakke samisk om personlige ting. Jeg tenker jo samisk!» «Vi har nesten aldri snakket om personlige ting. Det hadde blitt vanskelig.» Jo mer samhandlingen mellom lege og pasient går ut over det rent somatiske og inkluderer personlige forhold, erfaringer og opplevelser, jo sterkere kjenner pasientene behov for å bruke samisk språk, og jo sterkere vektlegges behovet for en lege som viser forståelse og som «bryr seg om» pasienten. I denne sammenheng må man også se de terskelproblemer som henger sammen med underforbruket av helsetjenester blant samer.

I Kautokeino kommune er bortimot 90% av kommunens innbyggere samisktalende. I 1986 gjorde kommunens helsesjef sammen med representanter fra Nordisk Samisk Institutt og Samisk Utdanningsråd en vurdering med et overslag som tilsa at 50% av befolkningen i Kautokeino helst ville slippe å snakke norsk i konsultasjonssituasjonen. Ut fra erfaringer som norsk lege i Kautokeino fremhevet distriktslegen at selv en liten og ubehjelpelig bruk av samisk fra en norsk lege kan ha en vesentlig kontaktskapende funksjon i forhold til pasienten. Pasienten blir mindre bekymret over ikke å snakke et korrekt norsk, og kommunikasjonen og formidlingen av korrekte opplysninger til legen går lettere. Språket virker dessuten inn på den innlevelse eller empati som er en del av samhandlingen mellom lege/helsearbeider og pasient. Det har en positiv effekt på en minoritetsgruppe at språket aksepteres og brukes. Det vil kunne virke inn på pasientens selvfølelse og hjelpe ved-

kommende til å takle pasientrollen. Observasjon av flere kommuneleger og mer enn 25 turnuskandidater i Kautokeino over et lengre tidsrom har også vist betydningen av den ikke-verbale form for kommunikasjon med pasientene. Erfaringene fra Kautokeino viser også at graden av språkproblemer henger sammen med konsultasjonens art. Samhandlingen blir vanskeligere når konsultasjonen dreier seg om psykiske og psykososiale forhold. Det er også forskjell på pasientkategorier. Størst problemer vil det være i samhandlingen med barn, eldre, psykisk utviklingshemmede og personer med psykiske lidelser. I Kautokeino har man også sett at ønsket om å bruke norsk eller samisk hos legen henger også sammen med holdninger til samisk språk. Det har vært en gradvis utvikling fra en situasjon hvor den dominerende oppfatning blant norske helsearbeidere var at språkproblemer var uttrykk for vrangvilje hos pasientene, og hvor pasientene ikke ønsket å gi inntrykk av at de ikke kunne særlig godt norsk, til en situasjon med økende bevissthet om verdien av samisk språk og kultur, som også slo ut i et mer utbredt ønske om å bruke samisk hos legen.

En annen brukerundersøkelse ble gjort i Kautokeino kommune i 1988. Utgangspunktet var at det i helsetilbudet til den samiske befolkning var tatt lite hensyn til problematikken rundt språklige og kulturelle forhold. Man gikk ut fra at en fullverdig kommunikasjon er nødvendig i et godt lege- og pasientforhold, og at det er en sammenheng mellom legens kulturelle innsikt, utviklingen av et fruktbart til-litsforhold mellom lege og pasient, pasientens selvtillit, riktig behandling, og pasientens psykiske helse. Siktemålet med undersøkelsen var å finne ut om pasientene var fornøyd med tilbudene ved legesenteret. Dette ble gjort ved å stille pasientene spørsmål om behandlingen og diagnosen/årsakene til plagene. Svarene ble så sammenlignet med opplysninger i pasientjournalene. En av hovedhensiktene var å avdekke eventuelle forskjeller mellom samisk- og norsktalende pasienter.

Det ble plukket ut et tilfeldig utvalg på 33 pasienter til undersøkelsen. Etter konsultasjonene ble pasientene oppsøkt med et registreringsskjema som dannet utgangspunktet for et personlig intervju. Pasientene fikk vite at hensikten var å finne ut hvordan legene fungerer overfor pasientene, at spørsmålene gjaldt den siste legekonsultasjonen, og at svarene ville bli anonymisert. Det var en blanding av åpne og lukkede spørsmål. De første spørsmålene gjaldt tilfredshet, deretter ble det spurt om medisiner, «diagnose», sykemelding, videre henvisninger, o.a. Disse siste opplysningene ble senere sammenholdt med opplysninger fra journalene for å se om pasientene hadde fått tilfredsstillende informasjon. De fleste pasientene var samisktalende. Samisktalende ble definert som å bruke samisk som hjemmespråk. Det var 16 norsktalende og 17 samisktalende med i undersøkelsen. Gruppene var delt inn i tre aldersklasser hvor man skilte mellom kjønn og språk. Fordeling etter alder og kjønn var forskjellig for de tre gruppene. Utdanningsnivået var høyere for den norsktalende gruppen.

Alle de spurte sa at de ville foretrekke å bruke sitt morsmål i konsultasjonen. Samtlige samisktalende oppga at det ikke var brukt tolk under konsultasjonen. 4 av disse sa de ville ha ønsket tolk. En ønsket ikke tolk akkurat ved denne konsultasjonen, fordi problemet hos legen var såpass enkelt. De fleste pasientene i Kautokeino syntes de hadde fått nok tid hos legen. De unge var mer misfornøyd enn de eldre. 85% av pasientene syntes de hadde fått lagt fram sitt egentlige problem hos legen, mens 15% syntes at de ikke hadde fått lagt fram sitt egentlige problem. Her var det imidlertid ingen signifikant forskjell på samisk- og norsktalende. Det var flest eldre som ikke hadde fått lagt fram sitt egentlige problem. 82% av pasientene mente de hadde fått fortalt legen det vesentlige. Her var det heller ingen signifikant forskjell mellom samisk- og norsktalende.

Det ble også stilt spørsmål om pasientene noen gang i løpet av konsultasjonen opplevde at det var vanskelig å forstå hva legen sa, forklarte eller spurte om. Totalt hadde 21% av pasientene opplevd dette. Her var det en klar forskjell mellom samisk- og norsktalende. Mens 41% av de samisktalende hadde problemer med å forstå legen, var det ingen norsktalende som anga samme problem. De samisktalende fordelte seg jevnt på de forskjellige aldersgrupper. Også på spørsmålet om de følte at legen forsto deres spørsmål godt nok, var det en vesentlig forskjell mellom språkgruppene. Kun 47% av de samisktalende var sikre på at legen hadde forstått dem godt nok, mot 81% av de norsktalende. Usikkerheten var særlig stor blant middelaldrende og eldre. Kun 52% av disse var sikre på at legen hadde forstått dem godt nok. Blant de samisktalende i denne gruppen var det svært mange som var usikre på hva de skulle svare. Det kan ha påvirket resultatene.

På spørsmål om legen viste stor nok interesse for deres «problem», svarte 54% ja på dette. Her var det ingen stor forskjell på samisk- og norsktalende, selv om de samisktalende var mindre fornøyd enn de norsktalende. Også her kan resultatene være påvirket av at det blant de samisktalende var mange som var usikre på hva de skulle svare. 73% syntes legen hadde gitt dem et godt nok svar på det de lurte på. Her var det heller ingen vesentlig forskjell mellom språkgruppene, selv om de samisktalende var mindre fornøyd enn de norsktalende. I begge grupper var unge og middelaldrende minst fornøyd. På spørsmålet om de syntes legen totalt sett hadde gitt dem nok informasjon, var 67% fornøyd med dette. Her var det ingen forskjell av betydning mellom språkgruppene.

Pasientene ble spurt om hva slags diagnoser og årsaksforklaringer de fikk av legen. Opplysningene ble kontrollert mot legenes journalnotater. 81% av pasientene hadde fått med seg disse opplysningene. Her var det forskjell mellom språkgruppene. 35% av de samisktalende hadde ikke fått med seg diagnosen. Det hadde samtlige av de norsktalende. Noen hadde bare fått med seg en del av diagnosen(e). De som ikke hadde fått med seg rett diagnose var middelaldrende eller eldre samer. Selv om begge språkgrupper var misfornøyd med informasjonen, var det blant de samisktalende man kunne dokumentere en klar informasjonssvikt. Alle pasienter som var satt på medikamentell behandling nevnte rett medikament, dose og intervall. 25% av disse pasientene visste imidlertid ikke hvor lenge de skulle stå på behandlingen. 60% hadde ikke fått, eller hadde ikke oppfattet informasjon om bivirkninger. Pasientene hadde ellers kommentarer på lang ventetid og for dårlig tid hos legen, og at det kunne være problemer med å forstå legen.

Sammenlignet med andre brukerundersøkelser fant man her en lavere andel misfornøyd pasienter. Fremtredende var det imidlertid at de samisktalende var mindre tilfreds enn de norsktalende. En vesentlig årsak til dette lå i språkproblemene. I tillegg kommer at man måtte regne med en viss underregistrering av språkproblemer. Pasienter liker ikke å innrømme slike problemer, eller de kan være så fornøyd med behandlingen ellers, at de ser bort fra dem. Materialet viste således en klar tendens til kommunikasjonsproblemer i forhold til helsevesenet, som i første rekke skrev seg fra problemer med språk. Generelt er det ofte også slik at respondenter med lav utdanning er mer tilbøyelige til å si seg enig i tendensen i spørsmålene enn de med høyere utdanning. I Kautokeino var utdanningsnivået lavest blant de samisktalende. Unge og utdannede samer vurderer generelt legetjenesten mindre positivt enn de eldre, som i større grad er takknemlig for det de blir tilbudt. Man må også kunne anta at det som omtales som «nøysomhetskultur» blant samene, er mest vanlig blant eldre. Dette kan tyde på at den tendens som går fram av materialet om at de samisktalende er mindre tilfreds enn de norsktalende, kan være registrert som for liten.

En av intervju-undersøkelsene hadde spørsmål om holdningen til samisktalende helsearbeidere. Her lå det en ambivalens hos de spurte. «Vet ikke hvordan det vil føles med bare samisk helsepersonell. Vi har jo nesten aldri hatt det.» Som samisk pasient har man godtatt situasjonen slik som den nå engang er, og man har lært seg en måte å takle lege — pasientsituasjonen på: «Vi har hatt norske leger så lenge at vi er blitt vant til det.» «Mye av det vi har lært om kroppen og sykdommer har vi lært på norsk.» «Når jeg kommer til samisk lege — kanskje jeg må snakke norsk da, fordi jeg ikke er vant med de ordene på samisk. Noe passer det liksom ikke å si på samisk». Minoritetssituasjonen og tospråkligheten har satt sine spor. Man er faktisk usikker på om man kan snakke med en lege om sine sykdommer på samisk. Samenes overlevelsesstrategi har vært å ta ting som de er, og å tilpasse seg. Holdningen kan også tolkes som en nedvurdering av egen kultur. De tillærte norske ordene føles etterhvert riktigere å si enn tilsvarende ord som egentlig etter morsmålskriteriene skulle ligge nærmere. Samisk er et «hjemmespråk». I møtet med offentlig forvaltning brukes heller norsk. Både den tidlige fornorkningspolitikken såvel som den raske utviklingen av media og moderne teknologi har bidratt til denne utviklingen. Krav om samisk helsepersonell ble sett i sammenheng med å være sameaktivist. Dessuten vil bruk av språk i en viss forstand gjenspeile holdninger hos folk. Motstand mot bruk av samisk hos legen kan også henge sammen med at samiske ord kan virke vulgært og støtende. Det er ikke mer bemerkelsesverdig enn at vi på norsk foretrekker å bruke latinske ord på visse sykdommer og kroppsdeler. Ellers var det også klare positive holdninger til å bruke samisk lege: «Det blir fint å kunne snakke samisk på legekontoret.» «Men det viktigste er at legen og de andre er interessert i meg. Det kommer foran språket — tror jeg.» «Men det har ihvertfall vært mye koseligere når jeg har vært på sykehus og det har vært samiske sykepleiere på vakt.» «Selvfølgelig vil det bli lettere å snakke sitt eget språk, men man må venne seg». «Jeg er veldig glad for at det blir samisktalende leger her — ja allslags helsepersonell. Jeg liker å tenke på at jeg kan gå til en doktor som kan snakke samisk, og jeg vil prøve å gå dit.» Ambivalensen til samiske leger i disse undersøkelsene skal ikke overdrives. Spørsmålene ble stilt til folk som ikke hadde særlige erfaringer med helsetjeneste på sitt eget språk, og før det ble etablert et helsetestetilbud på samisk.

Ambivalensen viser imidlertid det etniske dilemma som samene som minoritet befinner seg i. Dette er et dilemma som både den norske og den samiske behandleren må forholde seg til. Noen oppskrift på hvordan man skal gå fram vil være vanskelig å gi. Det krever kunnskap om kulturen og den historiske situasjonen samene befinner seg i, såvel som utvikling av personlige egenskaper som innlevelse og medfølelse. Behandleren må akseptere risikoen for å bli avvist, og kanskje særlig samisk helsepersonell må utvise varsomhet i kontakten med pasienter som har negative erfaringer med å aktivisere sitt eget språk og sin egen kulturbakgrunn for å få den hjelp de har krav på.

Det kan være interessant å sammenligne med erfaringer fra et av våre naboland når det gjelder bruk av språk i samhandlingen med samiske pasienter. Kommunelegen i Utsjoki kommune i Finland har gjort erfaringer med dette over en periode på 13 år. Hennes erfaringer underbygger erfaringene og synspunktene hos legene i Norge og resultatene av de undersøkelser som er gjort her. Hun slår også fast at uten kunnskaper i pasientens språk eller uten en dyktig profesjonell tolk, er det vanskelig for legen å få en god kommunikasjon med den samiske pasienten. Dette gjelder selv i de situasjoner hvor pasienten behersker majoritetsspråket temmelig godt. Størstedelen av befolkningen i Utsjoki kommune har samisk som morsmål, og finsk som annet språk. I likhet ned Norge er morsmålet og identitetsfølelsen blant den

samiske befolkningen svekket, og de samiske pasientene er vant med å kommunisere med leger og sykepleiere på majoritetsspråket.

Kommunelegen har finsk morsmål, men har lært seg samisk i løpet av tiden som lege i Utsjoki. Hun har således erfaringer med bruk av både finsk og samisk språk i samhandlingen med pasientene. Hun forteller at til å begynne med var hun enig med de helsearbeiderne som sa at man ikke møtte så store språkproblemer i arbeidet med de samiske pasientene. «Nesten alle snakker jo finsk, og det er jo alltid noen som kan hjelpe til litt», var en alminnelig holdning. Etter at hun lærte seg samisk, og begynte å snakke samisk i daglige pasientkontakter, så hun betydningen av å snakke pasientens morsmål. Hun viser til at allmennpraktiserende leger forventes å forstå et bredt spekter av pasientenes psykiske og sosiale liv. Det er legens oppgave å finne fram til det vesentlige i pasientens beskrivelse av forskjellige symptomer. Hun opplevde snart at når pasienten snakker sitt eget morsmål, så vil vedkommende gi en mer nyansert og allsidig beskrivelse av lidelsen, og legen får et bedre utgangspunkt for å forstå den betydning lidelsen har for pasienten. Klienter som virket enkle når de snakket finsk, kunne bli svært veltalende og nyanserte på samisk.

Selv om man har lært et fremmed språk godt nok til å beherske det i dagliglivets situasjoner, og har lært å forstå det språket som brukes i bøker og i media, vil det likevel være en annen sak å skulle snakke med legen om fysiske og psykiske følelser på dette språket. Kommunelegen i Utsjoki opplevde at hun fikk bedre og nærmere kontakt, og mer relevant informasjon fra klientene på deres eget språk, selv om hun som lege ikke hadde perfekte samiskkunnskaper. Dette stemte også i de tilfeller der pasienten snakket godt finsk. Særlig blant eldre samer med dårlige finskkunnskaper var samiskkunnskapene avgjørende for kommunikasjonen. Også i Utsjoki hadde flere pasienter problemer med å finne de samiske ordene for kroppsdeler og -funksjoner. Imidlertid så man at legen ved sin autoritet var i en god posisjon til å fremme bruken av samisk språk hos pasientene.

Både i Norge og i Finland påpekte legene at både pasient og lege bruker ordene både i en direkte betydning og i en videre og mer følelsesmessig betydning i kommunikasjonen. Denne siste betydningen er det vanskelig å beherske på et fremmed språk. Derfor oppdager legene at kontakten blir en helt annen med klienter når de kan snakke sitt eget morsmål. Arbeidet til en allmennpraktiserende lege inneholder også relativt mye psykiatri. Med kunnskaper i samisk språk blir det mulig på en ganske annen måte å diskutere psykiatriske problemstillinger med pasientene. Undersøkelsene om samhandlingen mellom behandler og pasient viser at samhandlingen preges av problemer som kan henføres til kulturelle og språklige forskjeller. Det er umiddelbart lettest å registrere språkproblemer i slike sammenhenger, men det tilsier ikke at problemer som kan henføres til kulturelle forskjeller er mindre merkbare for pasienten eller helsearbeideren. Selv om legen snakker samisk, er hun likevel representant for en fremmed kultur, hvilket selvfølgelig er merkbart for pasienten. Imidlertid gir språk- og kulturkunnskaper sammen med en forståelse for transkulturell psykiatri, et godt grunnlag for å forstå psykiske lidelser i et flerkulturelt samfunn.

Språklige og kulturelle forskjeller har betydning for samhandlingen mellom lege og pasient på flere måter. Det er selvsagt at legekontakt med store språkproblemer eller via tolk er vanskelig for pasienten. Pasienten gruer seg ofte til dette, særlig hvis legen er ukjent. Han vil lett føle seg underlegen og ydmyket på grunn av manglende norskkunnskaper, og vil ofte gi inntrykk av at han forstår mer av det legen sier enn han i realiteten gjør. Misforståelser oppstår hyppig, og de problemene som tas opp, blir stort sett begrenset til rent somatiske «maskinfeil».

For legen kan språkproblemene være en tålmodighetsprøve. Det blir vanskelig å få eksakte opplysninger, det kliniske arbeidet blir vanskeliggjort, og anamnesen kan bli svært diffus. Legen vil i lengden oppleve arbeidet som svært tungt. Stabiliteten blant legene har heller ikke vært stor i samiske områder. Legen vil ofte holde «følsomme» spørsmål tilbake i nærvær av tolk. I primærhelsetjenesten har det vært vanlig at pasienter medbringer pårørende som tolk, eller man har brukt kontorpersonalet ved legekantoret. Det er påkrevd at legen tar seg god tid. Kombinasjonen språkvanskeligheter og hastverk garanterer feil og misforståelser. Når minst 1/4 av pasientene i enkelte kommuner har språkproblemer i forhold til norsktalende lege, vil man måtte sette av lengre tid pr. pasient, og dermed ha færre pasienter pr. dag. Legetjenesten blir både mindre effektiv og dyrere for kommunen.

Det er flere grunner til skrankeproblemer på grunn av kommunikasjonsvanskeligheter. Den første kan betegnes som situasjonsavhengighet. Dvs. om man går til legen med et mer konkret problem, eller et mer innfløkt og følelsesladet problem. Språkvanskelighetene sammen med forventningene til legen gjør det lettere å ta opp den første typen problemer enn den siste. Den andre grunnen kan være en følelse av underlegenhet eller «ikke å ville være til bry» for legen ved å innrømme at man ikke forstår. Den tredje grunnen som har sammenheng med de to andre, er om man kjenner seg trygg i situasjonen. Man tør «slippe seg løs» dersom samhandlingen mellom lege og pasient kjennes god. Få av de spurte i undersøkelsene mente de var blitt misforstått av legen. Problemet lå mer i at de begrenset seg til å snakke om det de visste de kunne snakke om på norsk, og at de kunne ha problemer med å forstå legen. Det ble stadig gjentatt at «dette var man vant med».

3.1.3.2 Annen- og tredjelinjetjenesten

De fleste av de undersøkelsene som er foretatt gjelder samhandlingen mellom lege og pasient i primærhelsetjenesten, men det som kjennetegner lege — pasientrelasjonen her, vil også gjelde på institusjon og sykehus. Samiske sykepleiere har ved flere anledninger understreket den betydning språk, kulturell bakgrunn og identitet har for utøvelsen av god sykepleie. De har i flere sammenhenger hevdet at samiske pasienters behov for fullverdig kommunikasjon med helsearbeidere ikke blir tilstrekkelig ivaretatt på norske helseinstitusjoner, selv der hvor man erkjenner nødvendigheten av en skikkelig kommunikasjon med pasienten for å kunne gi riktig behandling, pleie og omsorg.

De samiske sykepleierne har vist til at en sykepleier som kjenner til pasientens språkproblemer, bakgrunn og miljø vil ha lettere for å forstå pasientens problemer. De viser til at sykepleieren i sitt arbeid må ta utgangspunkt i pasientens ressurser; fysisk, psykisk, åndelig og kulturelt, og at samhandlingen mellom sykepleier og pasient starter med en kartlegging av disse forholdene. God kommunikasjon danner grunnlaget for riktige sykepleietiltak. Et felles språk og en felles forståelsesramme er forutsetninger for utviklingen av et tillitsforhold og en kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. I denne prosessen kan den samiske pasienten bli skadelidende. Det kan også føles nedverdiggende for samiske pasienter i pleie- og omsorgssammenheng når samhandlingen blir vanskelig på grunn av manglende kultur- og språkforståelse hos helsearbeiderne.

En sykepleier uten samisk bakgrunn eller innlærte språk- eller kulturkunnskaper, vil kunne ha vanskeligheter med å forstå hvilke problemer som kan oppstå i samhandlingen med den samiske pasienten ut fra forskjeller i språk, kultur og miljø. Sykepleiere benytter seg også i mindre grad av tolk enn legene. Dette kan skyldes at støy i kommunikasjonskanalen får større umiddelbare konsekvenser i relasjonen mellom sykepleier og pasient, eller at tolketjenesten ikke er tilstrekkelig

utviklet eller tilpasset sykepleier — pasientforholdet. I sykepleieprosessen er det i større grad behov for en tolking som har karakter av fortolkning av situasjonen, enn en direkte oversettelse. Både pårørende til samiske pasienter og sykepleiere med kjennskap til samiske forhold kan gi eksempler på språkproblemer og kulturkollisjoner.

Samiske sykepleiere som også blir brukt som tolk, opplever at den nåværende tolkeordningen ikke fungerer tilfredsstillende. Dette gjelder særlig i pleie og omsorgssituasjoner, fordi det først og fremst blir tilbudt tolk ved legekonsultasjoner. De samiske sykepleierne har pekt på at dette kan komplisere sykdomsforløpet og redusere pasientens sikkerhet.

Det er kjent tilfeller hvor sykehusene har hatt problemer med å foreta utredning av samiske pasienter, at disse er blitt sendt hjem etter utilfredsstillende utredning, eller at sykehus har sagt de ikke kan ta imot samisktalende pasienter til utredning, fordi de ikke har tilstrekkelig språk- og kulturkompetanse ved sykehuset. Sosionomen ved et av sykehusene som har samisk bakgrunn, forteller at hun ofte får henvendelser fra avdelingene om å ta samtaler og foreta utredninger av samiske pasienters sosiale situasjon. Hun blir brukt fordi hun har jobbet lenge på sykehuset og de fleste kjenner til at hun finnes.

Det er det først innlærte språket som «sitter lengst» i hukommelsen, og spiller en større rolle for menneskets personlighetsutvikling, sammenlignet med senere innlærte språk. Senere innlærte språk kan lettere svekkes i stressituasjoner, ved angst, tretthet, beruselse, m.m. Det samme viser forskning innen afasi. Det har vist seg i praksis at eldre senil demente med gode norskkunnskaper har vendt tilbake til sitt opprinnelige morsmål, som i Finnmark ofte har vært finsk eller samisk. Erfaringer har vist at det å snakke selv «sånn noenlunde» krever svært mye energi og konsentrasjon, noe som igjen kan forverre språkforståelsen ved sykehusinnleggelse. Det er særlig sykepleiere ved sykehjem og sykehus som ser behovet for tolk og for samiskspråklig personell i slike situasjoner. De har som det mest prekære fremhevet behovet for språkkunnskaper i kommunikasjonen med barn, funksjonshemmede og eldre pasienter.

Undersøkelser viser at folk helst ønsker å unngå tolk, men at de kan føle det nødvendig. For eldre og for barn oppleves det særlig nødvendig med tolk. «Jeg forstår ikke så mye. Det er vanskeligst på sykehus hvor det bare er fremmede folk. Man er ikke så trygg da. Men jeg tør si ifra når jeg ikke forstår. Man blir jo så vant. Noen ganger kommer tolk, andre ganger ikke. Må bare vente.» «Jeg trenger ikke tolk selv. Mange synes det er plagsomt med tolk. De er redde at de ikke holder tett etterpå. Folk vil helst ha sine egne hvis det er mulig. På sykehus er det ikke alltid mulig.» «Jeg prøver å snakke selv. Ikke alltid at legen eller sykepleierne henter tolk. Vi prøver så godt vi kan. Hvis det er kjente folk, går det lettere. De vet jo hva jeg feiler. Men når jeg er på sykehus, ber jeg om tolk når jeg blir innlagt eller skal dra. For jeg må være sikker på at jeg har forstått riktig.» Bruk av tolk oppleves vanskelig, men nødvendig, særlig på sykehus. Folk godtar og tilpasser seg situasjonen: «Jeg ber også legen om å skrive på en lapp hvordan jeg skal ta medisin, og andre viktige ting. Og når jeg kommer hjem oversetter datteren min for meg. Da vet jeg at det blir rett.»

Bruk av tolk kan også virke fremmedgjørende i forholdet mellom behandler og pasient. Det kan bl.a. føre til at følsomme spørsmål holdes tilbake i samhandlingen. Problemene med bruk av tolk henger for en stor del sammen med mangelen på en godt organisert tolketjeneste. Pasientene er lite vant med, og lege eller sykepleier er lite trent i bruk av tolk. Pasientene må i utgangspunktet selv be om tolk, de er lite kjent med taushetsplikten hos tolkene, og de føler seg ukjent med og utrygge i en situasjon med tolk.

Både språklig og ikke-verbal kommunikasjon har også betydning for forholdet mellom sykepleier og pasient. Her vil kunnskaper om pasientens sosiale normer og kulturelle bakgrunn også ha betydning. Dersom sykepleierne skal kunne dra nytte av pasientens ressurser på det psykiske, åndelige og sosiale planet i sykepleieprosessen, vil det kunne være nødvendig å ha felles språk, og at sykepleier og lege kjenner pasientens kulturelle bakgrunn. Det vil imidlertid være nødvendig å legge arbeid ned i å finne ut hvilke praktiske konsekvenser dette skal få for forholdet til pasientene og for utviklingen av rutiner på de forskjellige nivåer i helsetjenesten.

Pasienthistorier fra de senere årene kan illustrere samiske pasienters situasjon på sykehus. Et eksempel er en kvinne født i 1915 fra Karasjok kommune, som har vært til utredning både i Hammerfest og Tromsø. Hun oppga å kunne litt norsk, men foretrakk samisk. Hun har til tider hatt sin datter med seg som tolk, men har også opplevd å måtte bruke medpasienter og besøkende som tolk. De ble tilfeldigvis identifisert som tolkekyndige, og var ikke ansatt på noen av sykehusene. I de tilfellene det var snakk om, så viste det seg at de som tolket heller ikke kunne særlig godt norsk. På spørsmål om hun har fått tilbud om tolk, svarer hun at pleierne og legene sier at hun forstår, uten å spørre. Hun fikk ikke tolk, og følte at hun ikke klarte å gjøre seg forstått i samtalen med legen. En annen kvinnelig pasient, født i 1911 også hjemmehørende i Karasjok kommune var innlagt på sykeavdelingen som avlastningspasient. Hun forsto ikke norsk i det hele tatt, og kunne bare snakke samisk. Hun hadde hatt kontakt med Hammerfest sykehus i forbindelse med et traume. På sykehuset hadde hun ikke skjønt noen ting av det som ble sagt til henne. Pasienten ble ikke tilbudt tolk. Hun hadde ikke klart å gjøre seg forstått i samtalen med legen. Begge kvinnene ville ha foretrukket en lege som kunne snakke samisk.

En mannlig pasient født i 1929, også fra Karasjok var blitt utredet i Hammerfest, operert i Tromsø, sendt tilbake til Hammerfest og derfra igjen til sykestua i Karasjok. Han fikk ikke tilbud om tolk ved sykehusene. Han kunne litt norsk, men følte at han bare delvis klarte å gjøre seg forstått i samtaler med legen. Han ble sendt tilbake til primærhelsetjenesten fordi «den kunne gi like godt medisinsk tilbud som sykehuset, og fordi den kunne gi pasienten et tilbud på hans eget språk.» I Karasjok følte pasienten at han ble forstått av pleierne, og slapp å bruke verdifull energi på å uttrykke seg når han ville si noe. Han hadde sitt sosiale nettverk rundt seg, og sykestua ble en trygghet for god helse.

3.1.3.3 Tolke som følge med samisktalende pasient fra primærhelsetjeneste til sykehus

Med hjemmel i folketrygdens §2—6 gis det godtgjøring for nødvendige skyssutgifter og oppholdsutgifter i forbindelse med reiser for undersøkelser og behandling etter nærmere forskrifter. Samiske kommuners praksis med godtgjøring til nødvendig ledsager av språklige grunner, dvs. godtgjøring til tolk til samer, har vært vurdert i henhold til §6 i forskrifter om godtgjøring av utgifter ved reise for undersøkelse og behandling. §6 forutsetter at det skal være påkrevd med kvalifisert ledsager av medisinske eller behandlingmessige grunner.

Tolk gis altså der det vurderes som nødvendig etter medisinske eller behandlingmessige årsaker. Begrepet «medisinske eller behandlingmessige grunner» er her interessant. En mulig tolkning som gir dekning for bruk av tolk etter forskriftenes §6 er at begrepet dekker de tilfeller hvor vedkommende pasient eller klient ikke klarer reisen alene, enten av sykdomsmessige årsaker, eller på grunn av språkproblemer. Den praksis som er nedfelt med bruk av tolk for samisktalende som ikke kan norsk, underbygger denne tolkningen. Tolkingen underbygges også av Rikstrykdeverkets rundskriv nr.1 og 2 (02 — 06) av 30.8.93, hvor ledsager omtales i

kommentarene til forskriftenes §1 og §6. Disse kommentarene slår fast at det ytes godtgjøring til tolk for døve og til tolk for samisktalende pasient som ikke snakker norsk. Man kan også si at Samelovens språkregler underbygger denne tolkningen av forskriftenes §6. Imidlertid kan det fra samisk synspunkt være problemer forbundet med at rett til bruk av tolk framstår som en «kan-regel» i §1 Rikstrygdeverkets rundskriv («Det kan imidlertid ytes godtgjørelse for tolk for døve og for tolk for samisktalende pasient som ikke snakker norsk.»). Det bør derfor vurderes om det er hensiktsmessig å si noe om bruk av tolk i forskriftene til Folketrygdens §2—6, eventuelt om Rikstrygdeverket kan sende ut en orientering om dette, slik at samisktalende som ikke kan norsk har en klar rett til følge av tolk.

Det er trygdekontoret som avgjør om det er nødvendig med bruk av tolk, i første rekke etter råd fra kommunelegen. Når pasienten kommer fram, er vedkommende sykehusets ansvar. Primærhelsetjenesten kan si fra i henvisningsskrivet til sykehuset at pasienten er samisktalende. Noen ganger skjer dette, andre ganger ikke.

3.1.4 Kjøproblemer

Kjøproblemer betegner vanligvis de som ikke når frem i en «helsekø». Kjøproblemer gjelder samer i den grad det gjelder spesielle kjøproblemer for folk i de samiske bosettingsområder eller med samisk bakgrunn. En konsekvens av situasjonen for samiske pasienter kan være at primærleger i samiske områder nøler med å sende samiske pasienter til norske institusjoner. Legen kan, ut fra sin kunnskap om pasientens problemer i samhandlingen med det norske helsevesen føle at han påfører pasienten ytterligere en sykdom i tillegg til den opprinnelige somatiske lidelsen, nemlig en psykisk lidelse forbundet med belastningen med ikke å beherske kommunikasjonen med lege og sykepleiere, eventuelt også angst for feilbehandling. Legen vet at i nærmiljøet vil pasienten både kunne snakke sitt eget språk, vedkommende vil kjenne seg tryggere, og være nærmere sitt eget sosiale nettverk. Kjøproblemer i denne forstand kan medføre at pasienten kommer lenger ut i køen, eller overhodet ikke får det institusjonsopphold vedkommende har krav på. Omfanget av dette er imidlertid vanskelig å registrere.

Man kan i forhold til samiske pasienter også snakke om et «omvendt kjøproblem» — pasienter som ligger lenge på sykehus før de blir sendt hjem. En undersøkelse som indikerer dette er foretatt på et sykehus i Finnmark. Den tok sikte på å undersøke om språkforskjeller kunne ha betydning for diagnostiseringen ved akutt abdomen. Det ble foretatt en sammenligning mellom samisk og norsktalende pasienter på basis av inkomstdiagnosen akutt abdomen ved en journalgjennomgang ved Hammerfest sykehus høsten 1992. Det er tolketjeneste og flere samisktalende leger både i kommunene og ved sykehusene i fylket.

Akutt abdomen er en tilstand der plutselig innsettende smerter i mageregionen dominerer sykdomsbildet. Symptomene er vanskelig å tolke, og ofte har man ingen sikre holdepunkter etter de første undersøkelsene. For disse pasientene gjelder det å komme fort til behandling, og tidlig diagnostisering er en forutsetning for å unngå langvarige plager. Anamnesticke opplysninger er således av stor betydning for diagnostikken ved denne sykdomstypen.

Undersøkelsen tok sikte på å se hva språkproblemer kan føre til av problemer for de samisktalende pasientene. For å belyse dette, ble det foretatt en undersøkelse av samisktalende pasienter fra Kautokeino og Karasjok kommuner innlagt for akutt abdomen ved Hammerfest sykehus. Disse er sammenlignet med pasienter fra andre kommuner med tilsvarende kommunikasjonsmuligheter og reisetid fra sykehuset. Det er pasientmateriale over to år, med skjematisk gjennomgang av journaler.

Aldersfordelingen var noenlunde lik i begge pasientgrupper. Det viste seg at samisktalende hadde en gjennomsnittlig liggetid på 12,9 døgn, mens de norsktalende hadde 6,7 døgn. Det vil si at samisktalende opererte lå nesten dobbelt så lenge på sykehus som de norsktalende opererte. Forskjellen var markert størst i de yngre og eldste aldersgrupper. Her lå de samisktalende omtrent dobbelt så lenge på sykehus som de norsktalende. Dette reiser spørsmålet om i hvilken grad språket spiller en avgjørende rolle for behandling og forløp.

I den samisktalende gruppen var det 10 polikliniske kontroller på 42 innleggelser, mens det ikke ble registrert noen innkallelser blant de norsktalende. Det innebærer at hver fjerde samisktalende ble innkalt til etterkontroll, men ingen norsktalende. I et så lite materiale kan imidlertid færre innkallelser bety endrede utskrivningsrutiner i løpet av den tida undersøkelsen ble foretatt. Det er dog relevant å spørre om det var spesielle problemer under sykehusoppholdet med den samisktalende gruppen, eller om språkvanskeligheter skapte usikkerhet rundt diagnose og behandling, og dermed resulterte i et ønske om å se pasienten igjen. Den siste tolkingen kan samsvare med forskjellene i liggedøgn. Det ser også ut til at det tas flere prøver av samisktalende. Blant de undersøkte ble det tatt nesten 25% flere prøver av samisktalende. Dette kan også være uttrykk for usikkerhet i forhold til pasientene som kan ha bakgrunn i språkproblemer. Legene kan ha ønsket å kompensere for sviktende kommunikasjon ved å ta flere prøver. En sannsynlig tolkning er en kombinasjon av arbeidspress og kommunikasjonsproblemer.

På grunn av uklart sykdomsbilde ble det utført eksplorativ lapartomi i begge grupper der man ikke var sikker på diagnosen. Her var andelen samisktalende noe større. Frekvens av komplikasjoner i forbindelse med operasjonen var forholdsvis lik i begge gruppene, men postoperative komplikasjoner var større i den samisktalende gruppen. Samme tendens viste seg ved gjeninnleggelse på grunn av komplikasjoner. 20% av de samisktalende som ble operert for appendicitt, hadde ikke dette, mens tilsvarende tall for de norsktalende var 0%. Det er imidlertid ikke mulig å trekke klare slutninger av et så lite materiale.

Undersøkelsen viste de største forskjeller ved liggetid og prøver, selv om også andre forhold pekte i retning av problemer for samisktalende. Hva er grunnen til disse forskjellene? Er det slik at språkproblemer spiller en avgjørende rolle for behandling og forløp? Det er ingen entydige svar. Andre faktorer kan også spille inn. Det er iallefall et tankekors at det vil være problematisk å utvikle den anamnese som skal være tilstrekkelig orienterende og betydningsfull for hurtig diagnose og behandling, dersom språkforskjeller gjør det vanskelig for pasient og lege å forstå hverandre. Det kan også tyde på at språkproblemer gjør det vanskelig å oppfylle målsetningen om å kutte ned på liggetiden, og å la pasientene bli behandlet på riktig sted i behandlingsskjeden.

3.1.5 Tolketjenesten — en bro over problemene?

De er forholdsvis lite samiskspråklig personell og lite utbredt bruk av tolk både i kommunehelsetjenesten og på sykehus. Hos primærlegen har det vært praktisk mulig å få tolk i den forstand at man enten kunne ha med seg tolk, eller bruke kontorpersonale og andre som tilfeldigvis har vært tilgjengelige. Dette forutsetter imidlertid et initiativ fra pasienten selv dersom ikke språkproblemene er så åpenbare at legen eller sykepleier umiddelbart ser behovet. Bruk av tolk har således verken vært noen klar rettighet, eller et selvfølgelig tilbud innen helsetjenesten. Situasjonen har heller vært slik at det har krevd styrke av en samisk pasient å erkjenne behovet for tolk.

Tolk er blitt mest brukt overfor «utsatte» pasientgrupper som psykisk utviklingshemmede, afasipasienter og eldre. Før samisk språklov ble iverksatt, fantes det ingen lovhjemmel for rett til tolk for noen deler av den samiske befolkning, og pasientene ble ikke systematisk gjort oppmerksom på mulighetene for bruk av tolk.

Tolketjenesten innen primærhelsetjenesten har vært basert på frivillighet fra enkeltpersoner, uten nærmere retningslinjer for hvordan denne skal fungere. Tilfeldige personer har i stor grad blitt brukt som tolker, og det er satt få eller ingen krav til hvordan disse skal fungere som tolker. Dette medfører at man ikke er garantert at noen kan tolke selv når pasienter ber om det, og det blir heller ikke alltid gjort oppmerksom på tolkenes taushetsplikt.

Sykehusene i samiske områder har arbeidet med å utvikle et system for tolketjenester for samiske pasienter. Situasjonen er de fleste steder fortsatt slik at pasienten selv må be om tolk. Sykehusene har ikke hatt rutiner for å registrere samiske pasienter ved innleggelse. Kjennskap til tolketilbudet har vært, og er nok fortsatt utilstrekkelig blant pasientene, som ikke vet når de har anledning til å få hjelp av tolk. Man kan ikke forvente at en tjeneste skal bli etterspurt før det blir kjent at den forefinnes. Det har heller ikke vært satt krav til tolkene ut over kjennskap til samisk språk. Sykepleiere og leger har heller ikke opplæring i bruk av tolk. Tolketilbudet har ikke vært nok kjent, og sykehuset har vel selv heller ikke betraktet tolk som et nødvendig og naturlig tilbud til de samiske pasientene før i den senere tid.

Hammerfest og Kirkenes sykehus i Finnmark, og Regionsykehuset i Tromsø og Åsgård Sykehus i Tromsø har alle utarbeidet lister over samisktalende helsepersonell og samisktalende personer utenfor sykehusene som kan være tilgjengelige som tolker på frivillig basis og etter avtale, og som lønnes pr. time etter egne satser. Tolkelistene foreligger ved alle avdelinger i sykehusene. Hammerfest Sykehus har en tolk i halv stilling. Regionsykehuset i Tromsø har fast kontakt på sykehuset i vanlig arbeidstid. Sykehusene har utarbeidet egne retningslinjer for bruk av den samiske tolketjenesten, og det er rutiner for ajourføring av tolkelistene. Tolk kan tilkalles av avdelingens personale eller etter ønske fra pasient eller pårørende. Det finnes også samisk oversettelse av flere skjemaer vedrørende pasientinnleggelse, observasjonsbegjæring, m.m. Det er også synlige tegn i miljøet som henspiller på den samiske folkegruppe, slik som utsmykning og skilting. Det er foreløpig lite evaluering av hvordan tolketjenesten fungerer mht. tilgjengelighet i forhold til de samiske pasientene, og det er lite klarhet i hvilke krav til utdanning og kompetanse som skal stilles til de som fungerer som tolker.

Sykehusenes lister over eksterne og interne tolker har bestått av enkeltmennesker som på frivillig basis har sagt seg villig til å fungere som tolk dersom de ikke har andre oppgaver å gjøre i sine ordinære stillinger. Dette medfører at man ikke er garantert at noen kan tolke selv når pasienter ber om det. Pasientene blir heller ikke systematisk gjort oppmerksom på tolketjenesten eller på taushetsplikten, slik man skulle ønske. De interne tolkene er samisk personell ved sykehuset. Ordningen fungerer gjerne slik at det samiske personellet på lista blir oppringt når det er behov for tolk, selv når de utfører arbeidsoppgaver som sykepleier på egen avdeling, eller som sosionom eller kontorpersonell.

Noen samiske ansatte har valgt å ikke stå på tolkelistene. De viser til at tolking er et eget fag, og at det er krevende å tolke korrekt. Helsepersonellet bør også ha kunnskaper i bruk av tolk, slik at det f.eks. ikke blir stilt spørsmål til tolken og ikke til pasienten, selv om legen kjenner tolken. Det samiske personellet på tolkelista opplevde en stor etterspørsel som de ikke kunne oppfylle i en allerede hardt presset arbeidssituasjon. De ble dessuten plaget av dårlig samvittighet ved å si nei til å tolke på grunn av egen arbeidssituasjon. De opplevde at de måtte ta ansvar for alle samiske pasienter på RiTØ som snakket dårlig norsk, noe som var en umulig situa-

sjon. Generelt er tolketjenesten presset. Avdelingene klager over manglende tolketjeneste. Avdelingens problem er at tolk ikke er å oppdrive når pasienten er der, ofte ikke før neste dag, og da kan pasienten være reist.

Ved bruk av ansatte som tolker, oppnår man å få tolker med sykepleiefaglig kompetanse, og man unngår at medklienter eller tilfeldig besøkende på helsestasjoner eller ved institusjoner brukes som tolker. Behovet for sykepleiefaglig kompetanse vil variere med de forskjellige typer situasjoner det tolkes i.

Noen eksempler kan si noe om det kompetansebehovet som kan være tilstede ved sykehusene. Det belyser også samiske helse- og sosialarbeideres opplevelse av å bli brukt som tolk. En samisktalende lege forteller at han fikk henvist en pasient fra en annen avdeling for utredning om hvorfor pasienten ikke ville ta medisiner. Avdelingens oppfatning var at pasienten ikke forstod alvoret med hvorfor han måtte ta medisinen. Pasienten hadde en alvorlig sykdom, og var som følge av dette satt ut av arbeids- og det samiske samfunnsliv. Han hadde i 1 1/2 år vært uten inntekt. Han var ikke berettiget til trygd fordi legeuttalelsen sa at han kunne arbeide litt. Yrket hans krevde enten 100% arbeidsinnsats eller ingenting. Den norske legen hadde ikke tilstrekkelig kjennskap til disse forholdene. Pasienten fortalte at medisinen gjorde han svært trett, og at han da følte seg fullstendig satt ut av spill. Han var svært frustrert over helsevesenet, og orket ikke fortelle sin historie til legene. «Jeg kan bruke 20 timer, og likevel har de kanskje ikke forstått noe». Behandlende lege bekreftet manglende kunnskaper for å kunne forstå pasientens totale livssituasjon. Den samiske legen fungerte som en kommunikator for pasienten.

Det er mange eksempler hvor samisktalende tilfeldigvis har måttet gå inn som tolk for pasienter. En legestudent forteller at han tilfeldig under undervisning på anesthesiavdelingen måtte steppe inn som tolk for en samisktalende kvinne som skulle legges i narkose før operasjon. Hun var ikke blitt informert om hva som skulle skje med henne. Samme student forteller at han ble tilkalt for å tolke for en kvinnelig samisktalende pasient som skulle sendes hjem fra øre-nese-halsavdelingen etter en operasjon. Hun skulle nå få litt informasjon. Hun var ikke blitt tilbudt informasjon tidligere, og visste heller ikke hva som var gjort med henne. At legestudenten ble tilkalt som tolk, skyldtes tilfeldigheter.

Visittene er viktige både for pasient og lege på sykehuset. Pasienten får informasjon og kan gi tilbakemelding på hvordan behandlingen virker. Legen får informasjon fra pasienten og kan legge opp behandlingen videre. Pasienten blir utrygg når han eller hun ikke kan kommunisere med legen. Videre er det klart at å legge opp videre behandling uten å ha pratet med pasienten ofte kan være direkte ufor-svarlig. Samisktalende leger og sykepleiere har også sett behovet for tolk i disse situasjonene, og har også gått inn og tolket på visittene, slik at pasientene ikke skulle bli liggende uvitende om hva som ble sagt. Her er det også behov for å utvikle rutiner for bruk av tolk. Tolk kan være nødvendig for å utvikle et godt tillitsforhold mellom pasient og lege, såvel som for å unngå unødige misforståelser som i verste fall kan føre til feil behandling og diagnose. Tillitsforhold opprettes og utvikles lettere dersom samisktalende pasienter får bruke det språket de behersker best. De føler seg tryggest dersom helsepersonellet kjenner til deres kulturelle og sosiale bakgrunn, slik at misforståelser unngås.

Forskjeller i språklige og kulturelle forutsetninger hos helsepersonell kan få konsekvenser for de vurderinger som gjøres av pasientene. Et eksempel er fra et sykehus i Finnmark, hvor en samisk legestudent skrev i journalen at en mannlig pasient var psykisk upåfallende og gjorde greit rede for seg. Under evaluering av journalen var overlegen imidlertid ikke enig i dette. Han hadde notert seg at pasienten hadde en tydelig ensephalopati og at han ikke kunne gjøre rede for seg. Dette

begrunnet han med at pasienten kun klarte å svare ja og nei på spørsmål. Legestudenten hadde oppdaget at pasienten var samisktalende, og mente at han gjorde greit rede for seg da anamnesen ble tatt opp på samisk. Dette eksemplet illustrerer at det foreligger muligheter for uriktig diagnose når språkproblemer ikke blir identifisert.

En annen samisk lege fikk henvist en ungdom for nærmere sosial utredning. Avdelingen beskrev pasienten som bortimot retardert. Det var vanskelig å komme i kontakt med pasienten. Vedkommende snakket nesten ikke, var unnvikende og det var vanskelig å få blikk-kontakt med pasienten. Avdelingen stilte seg dessuten undrende til hvorfor pasienten måtte ha pårørende med seg under oppholdet. Pasienten var innlagt for utredning av magesmerter. Den samiske legen vurderer pasienten som en helt normal ungdom. Ved spørsmål om hvorfor han må ha pårørende med seg, er svaret utrygghet i forhold til språket. Pasienten hadde heller aldri reist med fly eller vært i en by. Han hadde ikke hatt vondt i magen på et par måneder, men hadde det nå under innleggelsen. Pasienten fortalte at foreldrene var blitt separert, og at dette opplevdes meget sårt og trist. Pasienten hadde ikke klart å velge hvor han skulle bo, og han var redd for å såre den av foreldrene som ikke ble valgt. Etter at han hadde fått kjæreste, så opplevdes imidlertid ikke foreldrenes separasjon så sårt lenger nå. Denne pasienten hadde fått en dansktalende kontaktsykepleier under avdelingsoppholdet ved sykehuset. Han hadde kommunikasjonsproblemer både med pleierne og legene. Den samisktalende legen hadde en helt annen opplevelse av pasienten enn avdelingen, og vurderte han på ingen måte som «nesten» retardert. Han bemerket imidlertid at helsearbeiderne ikke hadde tilstrekkelige kunnskaper om samiske samfunnsforhold, og om hvordan kulturelle og språklige forskjeller kunne oppleves på sykehus. Selv for ungdom kan det føles truende å måtte reise til en større by. Pasienten vet at det gjelder egen helsesituasjon. Han er utrygg i det norske språket, og er usikker på om han vil klare å formidle sin helse-tilstand til legene, når denne skal vurderes. Han opplevde seg ikke forstått, var redd for undersøkelsene, og følte at han var syk. Ingen hadde gått inn på pasientens totale livssituasjon før han fikk kontakt med den samiske legen.

Eksemplene viser at tolking er et godt og nødvendig tiltak, men at det fortsatt gjøres for mye tilfeldig bruk av tolkelistene. Mye av pasientenes behov oppdages ved tilfeldigheter, og det er altfor mange tilfeller hvor tolkene ikke blir brukt når pasientene har behov for dem.

Finnmark krets av Norsk Sykepleierforbund gjennomførte i 1987—88 en analyse av behovet for tolketjenester ved Finnmarkssykehusene. Utvalget besto av tre medlemmer som sammen med pleiepersonalet var ansvarlig for gjennomføringen av undersøkelsen. Man ønsket å få en viss oversikt over antallet innlagte samisk- og finsktalende pasienter, pasienter med tolkebehov, døgn belagt med samiske og finske pasienter, og over pasientenes behov for tolk fra innleggelse til utskrivning, registrere tilgjengeligheten av samisk/finsk tolk under sykehusoppholdet, bekrefte eller avkrefte behovet for en tolketjeneste, eventuelt foreslå forslag til løsninger for organisering av en tolketjeneste. Undersøkelsen omfattet samtlige avdelinger ved Finnmarkssykehusene, og det ble utarbeidet skjemaer som skulle følge samiske og finske pasienter fra innkomst til utskrivelse. Man må regne med flere innlagte pasienter enn de som ble registrert.

Undersøkelsen avdekker nok ikke det faktiske tolkebehovet. Personalet vil neppe makte å følge opp undersøkelsen i alle situasjoner, f.eks. i akutsituasjoner eller ved mangel på personale. Pasienten er på sin side ikke vant med å kreve tolk, og både pasient og personale vil i enkelte situasjoner vite at det ikke er mulig å skaffe tolk, og innrette seg etter det. Behovet vil derfor kunne være mer omfattende enn det resultatene av undersøkelsen viser.

Man fant at i løpet av et år på Hammerfest sykehus var 40% av dagene belagt med samisktalende pasienter. Tolk var tilgjengelig 70% av tiden. Dette innebærer at samiske pasienter med et registrert tolkebehov var uten tolk 30% av tiden. 17% av tiden var belagt med finsktalende pasienter. Disse var uten tolk 20% av tiden. Ved Kirkenes sykehus var det problemer med gjennomføring av undersøkelsen, bl.a. ved at prosjektansvarlig sluttet ved sykehuset før undersøkelsen var slutført. Her ble det registrert få samiske pasienter med tolkebehov. Tatt i betraktning at Kirkenes sykehus betjener store deler av det samiske bosettingsområdet, synes det rimelig å anta at det har gjort seg gjeldende en underrapportering. Undersøkelsen viste at det i flere tilfeller hadde vært behov for tolk fra innleggelse til utskrivelse, altså daglig tolking. Tolketjenesten syntes å ha vært lite systematisk organisert. I 11% av tiden var samisktalende pasienter med tolkebehov ved Kirkenes sykehus uten tolk.

Det ble registrert at pleiepersonell og medpasienter ble brukt som tolk, samt utenforstående personer som ikke var ansatt ved sykehuset. For enkelte pasienter var det daglig behov for tolk under pleie, legevisitt, bytte av stue, informasjon, m.m. I enkelte tilfeller hadde pasienten måttet vente inntil 3 timer på tolk. Mye tydet på at innlagte barn med lang avstand til foreldre, slektninger og venner ble utsatt for ekstra belastninger. Utsatte grupper var barn som bare behersket samisk språk, og afasipasienter. Situasjonen medførte ekstra arbeidsbelastning for de ansatte ved sykehuset.

Høsten 1992 ble det foretatt en spørreundersøkelse ved Hammerfest sykehus om språksituasjonen og behovet for tolketjeneste ved sykehuset. Hammerfest sykehus er antakelig det sykehuset som tar imot flest samisktalende pasienter i Norge. Formålet med undersøkelsen var å avdekke, eventuelt peke på et behov for tolketjenester, å finne ut om helsepersonell oppfatter behovet for tolk annerledes enn pasientene, og å evaluere de tolketjenester som måtte finnes. Ønsket var å karakterisere behovet for og kvaliteten på tolketjenestene ved sykehuset med henblikk på følgende: Oppfattet helsepersonellet behovet for tolk annerledes enn pasientene? Ville de samiske pasientene ha et behov for tolk som legegruppen ikke kunne identifisere? Fungerte tolketjenestene tilfredsstillende? Var legen fornøyd med pasientkonsultasjon ved hjelp av tolk? Enn pasienten? Fikk pasientene tilbud om tolk når de trengte det? Hvor ofte var det et behov for tolk, og hvor stor var frekvensen av samiske og samisktalende pasienter ved sykehuset?

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant pasienter som ble innlagt på kirurgisk og medisinsk avdeling ved Hammerfest sykehus høsten 1992, og blant dem som skrev journal på disse. Det ble sommeren 1992 også gjort en strukturert intervju-undersøkelse av et utvalg av samisktalende pasienter i Karasjok om hvordan de opplevde sin kontakt med sykehuset. Det var turnuskandidater og medisinerstudenter i praksis på medisinsk og kirurgisk avdeling på sykehuset som sto for det praktiske arbeidet. Det var disse som i undersøkelsesperioden ville stå for mottakelse og journalskriving av nye pasienter. Tanken var at denne gruppen ville kunne gjenspeile den allmenne oppfatning av hvilke pasienter som trenger tolk, og at de representerte et snitt av de leger som pasientene møter når de innskrives på sykehuset.

Pasientpopulasjonen som skulle inngå i undersøkelsen var fordelt mellom øyeblikkelig hjelp og listepasienter. Det ble samlet inn opplysninger om i alt 325 pasienter i løpet av høsten. Pasientene ble spurt om hvilket språk de foretrakk å bruke i konsultasjonen, mens legene ble spurt om hvilket språk de mente pasientene hadde som morsmål. Omtrent 20% av pasientene kom fra kommuner innenfor forvaltningsområdet for Samisk språklav. Litt over 10% av pasientene oppga at de foretrakk å bruke samisk ved konsultasjonen. Omlag 5% var tospråklige samisk/

norsk. Ca. 1,5% foretrakk annet språk enn norsk eller samisk. Legene antok at 14% hadde samisk som morsmål, mens 2,5% ble antatt å være tospråklige.

På spørsmål om de ønsket tolk, ville 9% av de samisktalende pasientene ha med tolk, 68% ønsket samisktalende lege, mens dette var likegyldig for 23%. 77% av de samisktalende ønsket altså å bruke samisk hos legen. Nesten 20% av de tospråklige samisk/norsk ville ha foretrukket samisktalende lege. Dette innebærer at 76,5% av de rent samisktalende pasientene ønsket å bruke samisk hos legen. 33% av disse fikk tilbud om tolk. I 6,5% av tilfellene mente legene det var behov for tolk ved konsultasjonen. Dette tyder på at de samiske pasientene hadde et større behov for tolk enn legene kunne identifisere, og at det var en klar forskjell mellom pasientenes behov for tolk og legenes oppfatning av situasjonen.

Tilbud om tolk ble altså gitt til 6,5% av pasientene, norsktalende iberegnet. Over halvparten av disse tok imot tilbudet, mens de andre hadde egen tolk med seg. Det viste seg at tolk var tilgjengelig i 61% av de tilfellene hvor behov ble vurdert. En liten andel av de tospråklige med samisk og norsk morsmål fikk tilbud om tolk. Ingen av de to tospråklige pasientene med finsk og norsk morsmål, og heller ikke den trespråklige pasienten med samisk, norsk og finsk morsmål fikk tilbud om tolk. Pasienten som ikke visste hvilket morsmål han/hun hadde, fikk ikke tilbud om tolk. Legene oppga at 53% tok imot tilbudet om tolk. I 61% av de tilfeller hvor behovet ble vurdert, var tolk tilgjengelig.

Det er vanskelig å sammenligne pasientens og legens forståelse av situasjonen ut fra et så lite tallmateriale. De fleste legene var godt fornøyd med konsultasjonene hvor tolk ble brukt. Under 5% av legene følte at de ikke hadde forstått pasientene så godt som ønskelig. I konsultasjonene med tolk anga legene disse å fungere «godt» i 75 % av tilfellene, «middels» i 19% og «dårlig» i 6 % av tilfellene. De fleste konsultasjonene hvor pasientene hadde egen tolk, ble anslått å fungere midtels bra. En av konsultasjonene med egen tolk hadde etter legens mening fungert dårlig. Noen av pasientene som hadde egen tolk følte selv også at de ikke hadde klart å gjøre seg forstått i samtalen med legen. 5% av pasientene følte at de ikke klarte å gjøre seg forstått i samtalen med legen. I 1 tilfelle hadde lege og pasient gjensidig manglende forståelse. I 7 av tilfellene følte pasientene at de ikke hadde klart å gjøre seg forstått, mens legen mente å ha god forståelse for pasienten. I 5 tilfeller forsto ikke legen pasientene selv om disse følte at de hadde greid å gjøre seg forstått.

Undersøkelsen viser at frekvensen av samisktalende pasienter på Hammerfest sykehus er såpass høy at det er behov for en organisert samisk tolketjeneste ved sykehuset. Få av pasientene som ønsket å bruke samisk i konsultasjonen med lege fikk anledning til det, dels grunnet manglende tilbud fra legen, som ikke alltid så at behovet var der, dels grunnet tolk som ikke var tilgjengelig. Dette kan tolkes som forskjell mellom helsepersonells og pasientenes oppfatning av behovet for tolk. Det gjenspeiler også situasjonen hvor de samiske pasientene kommer til kort når de må beskrive hva som feiler dem på norsk, at deres språkproblemer forblir uidentifisert, og at helsevesenet oppfatter det slik at pasienten forstår mer enn han/hun i virkeligheten gjør.

Da pasientundersøkelsen startet, besto tolketilbudet på Hammerfest sykehus av en liste i mottagelsen over 3 samisktalende og 3 finsttalende som jobbet på forskjellige avdelinger. Denne lista var imidlertid dårlig kjent på avdelingene. Det var i det hele tatt liten bevissthet m.h.t. når og hvordan tolk skulle tilkalles, og man satset i praksis på de få samisktalende som var på jobb. Disse var selvfølgelig ikke til stede til enhver tid. Det forelå ingen prosedyrer for hvem sitt ansvar det var å tilkalle tolk, når tolk skulle tilkalles, eller for hvordan behovet for tolk skulle identifiseres. Mye tydet på at bruken av tolkene på lista var mangelfull i forhold til pasi-

entenes behov, og at det forelå et underforbruk av tolkene. Det var heller ingen klar konsekvens i bruk av tolk i forhold til pasientene. Den ene og samme pasienten kunne oppleve å få tilbud om tolk ved en innleggelse, for så å bli innlagt neste gang uten tolk, til tross for at pasienten da var kjent i avdelingen. Slikt er utslag av manglende oppmerksomhet rundt problemet, og av manglende prosedyrer, som f.eks. fastlegging av ansvaret for å skaffe tolk. Det ble ansatt samisk tolk ved sykehuset i løpet av undersøkelsen. Det er uvisst hvordan dette kan ha påvirket forløpet og resultatene av undersøkelsen. Antakelig var informasjonen om og bruken av tolken lite innarbeidet den første tiden. Tolken har senere opplyst at avdelingens bruk av henne viste en stigende tendens. Det virket som de hadde fått øynene opp for behovet, og at bruken av tolketjenestene var jevnt økende. I ettertid har det også kommet skilting på samisk.

Undersøkelsen illustrerer også det faktum at sykehusets tolketjeneste har vært under utvikling fra å være en mangelfull tolketjeneste preget av tilfeldigheter, til en tolketjeneste hvor en profesjonell tolk er tilgjengelig hele tiden, og hvor tolkens funksjoner tilpasses etter behovene i situasjonen. En profesjonell, fast ansatt tolk gir større valgfrihet i hvordan tolkens kompetanse kan utnyttes enn bruk av frivillige på tolkelister eller familietolk.

I intervjudelen i Karasjok var inntrykket at ingen av pasientene hadde opplevd en forsvarlig helsetjeneste, og at det tilbudet de hadde fått om tolk var langtfra tilstrekkelig. Dette til tross for at disse pasientene var lette å identifisere som samisktalende, på grunn av kommunetilhørighet, aksent, m.m. Ingen av de pasientene som ble intervjuet hadde en følelse av at de hadde gjort seg forstått i samtalen med legen. Der tolk var tilbudt, var dette preget av tilfeldigheter. Det syntes som om pasientene ble sendt hjem når de ikke hadde forstått hva som var gjort med dem, og hvordan det videre sykdomsforløpet kunne forløpe. Mye tyder på at dette ansvaret ble skjøvet over på primærhelsetjenesten, og at man i mange tilfeller lot tilfeldighetene avgjøre om pasientene forsto eller ikke. Konklusjonene fra denne intervjudelen har mye til felles med det andre har hevdet: Samisktalende pasienter er redd for ikke å bli forstått, de føler seg isolert, de er avhengig av tilfeldigheter for å få noen til å tolke, og de synes det er trygt å møte samisktalende pleiepersonell.

Leger og sykepleiere er avhengig av tolking på et høyt profesjonelt nivå for å få gjort et tilfredsstillende arbeid. Omtrentlig forståelse eller unøyaktig og tilfeldig tolking er ikke holdbart. Det er behov for en profesjonell helsetjenestetolking hvor tolken både kjenner helsesektoren og pasientens språk og kultur. Behovet for tolk må man også se ut fra den enkelte konsultasjons art. Ørebetennelser og skader vil nok kreve mindre språklige og kulturelle kunnskaper enn når konsultasjonen angår psykiske og psykososiale forhold. Viktig er det også når det dreier seg om alvorlige lidelser hvor misforståelser kan få store konsekvenser.

3.1.6 Kulturelle samhandlingsplan

Det er mye som tyder på at samer ikke søker lege før det er absolutt nødvendig, og at de har hatt liten tradisjon med å nyttiggjøre seg helsetjenesten. Språkproblemer såvel som forskjeller i kultur kan medføre betydelige problemer i samhandlingen mellom lege/sykepleier og pasient. Kommunikasjonen blir ufullstendig. Pasienten kan lett føle seg utrygg og underlegen. Misforståelser oppstår, legen har vanskelig for å få tilstrekkelige opplysninger, det kliniske arbeidet blir vanskeliggjort, anamnesen kan bli ufullstendig, undersøkelser og behandling tar tid, og helsetjenesten blir mindre effektiv og dyrere. Samhandlingen vil lett begrenses til rent «mekaniske» ytre forhold, og vil kunne oppleves utilfredsstillende både for pasient og lege/helsepersonell. Oppfølging av pasienten blir også vanskelig. Arbeidet blir rik-

tignok utfordrende, men tungt, og dette bedrer ikke stabiliteten blant leger og sykepleiere.

Gjennom erfaringer fra samiske områder såvel som fra forskning omkring tospråklighet, er det kjent at man i krisesituasjoner kan være nødt til å bruke sitt morsmål, eller sitt førstespråk for å uttrykke seg godt nok om personlige spørsmål. Det er ofte i slike situasjoner man er i kontakt med helse- og sosialtjenestene. Avhengig av sykdommens art, kan språket derfor bli avgjørende for en vellykket behandling.

Samhandlingen med den samiske pasient spesielt innen primærhelsetjenesten, må ses i sammenheng med den samhandlingen som generelt skjer mellom folk i de samiske lokalsamfunn. Denne samhandlingen skjer på flere plan. Samenes utvekslinger av erfaringer vedrørende sykdommer, bruk av folkemedisin og lokale helbredere foregår mellom samer. Dette skjer på to samhandlingsplan; ett plan vis-a-vis helbrederen som en person med tradisjonell autoritet i det samiske samfunnet, og ett plan for den mer dagligdagse samhandlingen.

Man har også den lokale mellommenneskelige samhandlingen mellom folk med norsk og samisk bakgrunn. Den kan ta mange former, fra gjensidig respekt til flere slags dominans og forsøk på skjule sin etniske bakgrunn. Utsagn fra norske helsearbeidere i likhet med: «Hun forstår nok norsk når hun bare vil», såvel som deres ønsker om å tilegne seg kunnskaper i samisk språk og kultur må ses i denne sammenheng. Dominans kan skje gjennom bruk av språk. Bruk av norsk språk kan være et signal om at den samiske parten som betingelse for samhandlingen forventes å opptre i en norsk rolle. Dette gjør at samhandlingen mellom en samisk pasient og en norsk lege kan være svært begrenset. Det er ingen forutsetning at legen har kjennskap til samisk språk eller kultur, pasientene kan ha lært seg akkurat de nødvendige ordene på norsk, og de to partene ser hverandre kanskje bare i bestemte sammenhenger, og lærer lite nytt om hverandre. Skrankeproblemene bidrar til å opprettholde et system som på flere måter fungerer beskyttende for begge parter, og forsterker grensene mellom de ulike plan det samhandles på. Legen treffer sjelden pasienten i samhandling på det dagligdagse planet, og vil ha små muligheter for å se hvordan pasienten egentlig forholder seg til sykdommen såvel som til helbredere fra egen kultur. Legen har kanskje heller ikke kjennskap til at samer ofte kan bevege seg mellom kulturelle sfærer etter som de opplever at det blir forventet av dem. Spørsmål fra legen er innenfor den offisielle sfære, og da forventes det at du opptrer som norsk.

Samhandlingen er blitt preget av en grunnleggende ulikhet; det er oppstått en etnisk relasjon hvor skrankeproblemene skaper trygghet gjennom avstand. I den grad denne avstanden er basert på at partene har stereotype, fastlåste forestillinger om hverandre, vil den gjøre de etniske forskjellene selvbekreftende, og det vil være problematisk å bryte mønsteret i samhandlingen. Det vil være vanskelig for legen å oppnå større grad av nærhet til den samiske pasienten, og det vil være vanskelig å få bukt med den samiske pasientens følelse av underlegenhet.

Det synes å ha vært en vanlig situasjon at norske og samiske helse- og sosialarbeidere beveger seg på forskjellige samhandlingsplan, eller innenfor forskjellige sfærer i samhandlingen med samiske pasienter og klienter. Disse forskjellene bidrar til å opprettholde de terskler og skranke som måtte finnes i kommunikasjonen mellom helse- og sosialarbeidere og de samiske brukerne av systemet. De bidrar også til å sette helse- og sosialpersonell som har samisk bakgrunn eller en vesentlig innsikt i samiske forhold i en spesiell situasjon, som kan oppleves svært vanskelig og isolerende.

Skrankeproblemene forsterker grensene mellom de plan den norske legen og den samiske pasienten samhandler på. Dette har på flere måter vært en situasjon

som begge parter har vennet seg til, og til en viss grad har de følt «trygghet gjennom avstand». Den norske legen er trygg som autoritet og representant for det norske storsamfunnet. Den samiske pasienten har en begrenset, tillært kommunikasjon med legen, og en slags trygghet i at legen ikke fungerer på det dagligdagse samiske samhandlingsplanet. Kunnskaper i samisk språk og kultur hos norske leger vil skape åpninger i disse barrierene. Samhandlingen mellom pasient og helsearbeider med samisk bakgrunn vil ha et annet grunnlag enn når helsearbeideren har norsk bakgrunn. Pasientens gamle koder for samhandling med et norsk helsevesen gjelder ikke lenger. Flere forhold trekkes inn i kommunikasjonen, avstanden blir brutt ned, og helsearbeideren kommer nærmere pasientens egen «samiske» virkelighet. En samisk lege gjør at den samiske pasienten må «kode om» og være i den samiske sfære også når han skal kommunisere med legen.

Dette innebærer at helse- og sosialarbeidere med samisk bakgrunn eller med tillært språklig og kulturell samisk kunnskap, kan fungere innenfor og bevege seg mellom både den samiske og den norske sfæren, mens de norske helse- og sosialarbeiderne ser bare den norske, dersom de ikke tilegner seg ytterligere kompetanse. For norske helse- og sosialarbeidere i samiske områder er situasjonene slik at de må tilegne seg en kulturell og en språklig kunnskap.

Men hva er situasjonen for de samiske helse- og sosialarbeiderne som begynner å jobbe i et samisk område? Fram til ganske nylig har situasjonen vært at de har vært «klemte» mellom de forskjellige samhandlingsplanene de har måttet fungere innenfor. I praksis i samiske områder ut fra sin bakgrunn og i forhold til samiske pasienter og klienter, opplever de at de er samer, men gjennom sin utdanning er de er norske helse- og sosialarbeidere. Konsekvensen av denne «klemma» er at de ikke kan snakke eller tenke faglig på sitt eget morsmål, og at rollene kan være vanskelig å forene i det praktiske daglige arbeidet i forhold til samiske pasienter og klienter.

Under de forskjellige helse- og sosialfaglige utdanningene lærer studentene et norsk fagspråk og et norsk begrepsapparat. For den samiske studenten som har sitt språk i behold, innebærer innlæringen av fagspråket å lære å tenke på norsk. Det finnes få muligheter til å bruke sitt eget språk under utdanningen. Det har hittil vært lite utvikling av fagspråk og -termer på samisk. For studentene oppstår lett den situasjonen at «ordene finnes ikke» på samisk. Selv med andre samisktalende fagfolk blir derfor en samtale på samisk vanskelig. De fleste tiltak innen helse- og sosialsektoren er laget av norske fagfolk og tilrettelagt for det norske samfunnet. Det har til nå vært få samiske fagfolk, og de har i liten grad gjort seg gjeldende i forhold til planlegging og iverksetting av tiltak.

Samiske sosialarbeidere som arbeider i sitt eget nærmiljø, kan for eksempel oppleve det problematisk i praksis å forholde seg til at de sosiale hjelpeordningene og arbeidsmetodene er laget ut fra norske og ikke samiske verdioppfatninger. Dette kan føre til dilemmaer hvor de må foreta vanskelige valg. Vi kjenner også til eksempler på dette fra Grønland. Faglærte inuiter kommer tilbake til Grønland etter endt utdanning, men reiser igjen etter kort tid. De orker ikke arbeide i sine hjemområder etter danske verdioppfatninger og metoder. Dilemmaene blir for store. Sosialarbeideren har få valg dersom vedkommende føler at de sosiale hjelpeordningene ikke fungerer fordi de har et annet kulturelt utgangspunkt, eller at de bidrar til å opprettholde myter om samene som en rent krevende eller lidende gruppe. Dilemmaene kan f.eks. knyttes til vurderinger rundt det å sende barn til barne- og ungdomspsykiatrisk behandling. Skal de sendes til Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i Oslo, eller til institusjoner i samiske områder? Det er eksempler på at behandling har slått feil, at adfersforstyrrelser har forverret seg, og folk har fått bekreftet sin nederlagsfølelse ved norske institusjoner uten kulturforståelse. Der-

som sosialarbeideren har en annen kulturbakgrunn og ikke samhandler med folk i en samiske virkelighet, vil vedkommende kanskje ikke se dette.

I de forskjellige utdanningene såvel som innen hjelpeapparatet, har det vært lite oppmerksomhet rundt dette. Norske lærerinstitusjoner er ikke tilstrekkelig kjent med problemene, som ofte ikke erfares før de samiske studentene kommer ut i praksis. De har tildels blitt forvaltet som en del av den «interne» samiske kunnskap på det samiske samhandlingsplanet, som et privat problem for samiske fagutdannende med norske utdanninger. For å klarlegge disse problemene må det anerkjennes at det er kulturelle forskjeller, og dette må komme til uttrykk både i utdanningene og i praksis. De samiske faglige organisasjonene har gjort et stort arbeid for å få problemstillingene på bordet, men de bør i større grad få gehør for dette også i de norske fagorganisasjonene.

Problemer erfares ofte ikke før man kommer ut i praksis. Det er kanskje først etter endt utdanning at de samiske helse- og sosialarbeiderne savner det samiske samfunnet i utdanningene, og setter spørsmål ved organiseringen av og innholdet i utdanningene. Uten nærmere presiseringer eller refleksjoner som gir rom for de kulturelle aspekter i utdanningene, kan man tro at alle problembeskrivelser passer like godt i alle typer samfunn, og det overlates i vesentlig grad til den samiske studenten eller helse- og sosialarbeideren selv å se det samiske samfunnet i forhold til den kunnskap som skolen formidler. Det er nok lettest for studenter med et klart forhold til sin samiske identitet. En konsekvens for norske studenter blir at de under utdanning unngår å forholde seg til problemer som de kan bli overrasket over å finne når de kommer ut i praktisk arbeid i samiske områder, eller i andre sammenhenger hvor flere kulturer er involvert.

Selv om det finner sted en utvikling på feltet, så har få samiske eller norske studenter blitt trent i tverrkulturell kommunikasjon, eller i bevisstgjøring rundt sitt eget kulturelle ståsted. Endel av situasjonen kan forklares ved at det har vært lite faglig oppmerksomhet og lite faglitteratur rundt disse emnene, særlig der hvor problemstillingene går direkte på samiske forhold. Det må skje en utvikling innen de forskjellige fagområder som innarbeider kunnskap om det samiske samfunnet som en del av den generelle faglige kunnskap. Dette må være en prosess som skjer over tid, og hvor utdanningsinstitusjonene i de nordligste fylkene må ha et særskilt ansvar.

3.2 ER DET GODE MØTE MULIG?

3.2.1 Innledning

Helse- og sosialtjenester over kulturgrenser — er det mulig, og hvordan kan det praktiseres? Dette er forholdsvis nye spørsmål i Norge. Utvalget har derfor valgt å si noe om hvordan kulturelle og språklige hensyn kan praktiseres innen helse- og sosialsektoren. Sykepleien er valgt som eksempel fordi den er sentral i forholdet mellom pasient og helsevesen. Sykepleieren har kontinuerlig og daglig kontakt med pasienten, og det er et uttrykt mål å fremme pasientens helse ut fra en individuell og helhetlig tilnærming til pasienten. Innen sykepleien er det gjort et visst arbeid med tverrkulturelle problemer. Man må imidlertid ikke miste av syne at tilsvarende problemer gjelder innen alle områder av helse- og sosialsektoren.

Selv med et mål om et helse- og sosialpersonell med en samisk språklig og kulturell kompetanse, vil nok bruk av tolk alltid være nødvendig i deler av helse- og sosialtjenestene. Vurderinger av tolkens funksjon som kulturell og språklig formidler er imidlertid i sin begynnelse i Norge. Det vil kunne være av betydning for utdanningen av tolkene, for organiseringen av en funksjonell tolketjeneste innenfor helse- og sosialsektoren, og for utarbeidelse av instruks for tolkene.

Flere kommuner har idag en etablert samisk tolketjeneste. De samme kommuner har ofte et vel utbygd nett for forskjellige former for telekommunikasjon. Vi har derfor sett på mulighetene for å knytte en utvikling av tolketjenesten innen helse- og sosialsektoren til de mulighetene som ligger i telekommunikasjon.

Dette er bare enkeltstående eksempler. Det finnes mange deler av helse- og sosialvesenet hvor et scenario om det gode møte vil kunne være fruktbart for å klargjøre betingelsene for en samhandling over språklige og kulturelle grenser. Det bør kunne være ledd i den faglige utvikling og kompetanseoppbygging som det er behov for innen alle delområder av helse- og sosialsektoren.

3.2.2 Sykepleie over kulturgrenser

Når pleier og pasient har forskjellig kulturbakgrunn, blir spørsmålet hvordan man skal sikre hensynet til pasienten og dennes kulturbakgrunn i samhandlingen. Dette er en del av den tverrkulturelle kunnskap som bør inngå i en samlet kompetanse for å sikre at det tas hensyn til de særskilte kulturelle forutsetninger hos den samiske pasient og klient. Kunnskap om pasientens kultur og innen tverrkulturell kommunikasjon vil legge grunnlaget for respekt og en god samhandling mellom sykepleier og pasient.

3.2.2.1 Sykepleie, kultur og kommunikasjon

Utgangspunkt og felles mål for all sykepleie er pasientens helse. Sykepleie overfor pasienter med en annen kulturbakgrunn krever bevissthet om og gjennomtenkning av hvordan de kulturelle forholdene innvirker på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Enhver tar sin egen kultur som en selvfølge. Først i møtet med andre kulturer blir vi bevisst hvordan vår egen kultur kommer til uttrykk i våre holdninger og verdier. Manglende kunnskap om og forståelse for den andre kulturen kan lett føre til misforståelser og mistro. To parter som ikke har utviklet forståelse for hverandres kulturer, kan i konfliktsituasjoner lett komme i forsvarsposisjoner og klandre den andre part «som ikke forstår». Møtet mellom kulturer kan imidlertid også fungere positivt for mennesker, dersom de er oppmerksomme på hvordan deres egen kultur fungerer som grunnlag for sin egen tenke- og væremåte.

En som er syk må kunne uttrykke sykdommen på en måte som omverdenen forstår og kan forholde seg til. Innenfor samme kultur vil behandlingssituasjonen mellom pleier og pasient stort sett være uproblematisk. Mer problematisk kan det være for en sykepleier å forholde seg til sykdomsforklaringer som henspeiler på Guds vilje eller ubalanse med naturen.

Kulturell kunnskap kan klargjøre hvordan kulturelle faktorer virker inn på pasienten i møtet med helsevesenet. Det kan dreie seg om forklaringer på sykdom og forventninger til helbredelse, reaksjoner ved frykt og smerte, o.l. Utgangspunktet for en kulturell tankegang er at symptomer på sykdom oppleves og uttrykkes forskjellig, avhengig av de erfaringer og tanker om fysiologi og sykdom og normer for behandling som finnes i den enkelte kultur og hos det enkelte menneske. Man har vel fram til i dag ikke vært særlig oppmerksom på at dette er forskjeller også mellom samisk og norsk kultur.

Ethvert språk reflekterer det samfunnet og den kulturen det har oppstått i. Gjennom oversettelse fra et språk til et annet, vil tankene uttrykkes på en annen måte, og selve ideene vil kunne forandre seg i prosessen. Språk kan deles inn i verbal og ikke-verbal kommunikasjon. Den verbale kommunikasjonen er tillært. Måten vi tenker på og bruker språket på er avhengig av kulturen. Forskjellige språk har f.eks. forskjellige måter å uttrykke sinnstilstander på. Ikke-verbal adferd, slik som gester,

mimikk, osv., er delvis medfødt og delvis tillært. Verbal og ikke-verbal kommunikasjon utfyller hverandre mer eller mindre. Man regner med at omtrent en tredjedel av all kommunikasjon er verbal, og rundt to tredjedeler er ikke-verbal. Ikke-verbal kommunikasjon utgjør således det meste av kommunikasjonen mellom mennesker. Den er nær knyttet til vår kulturelle bakgrunn, og vi har ikke like stor bevisst kontroll over den som over den verbale kommunikasjonen. Det er derfor like viktig å tilegne seg kunnskap om kommunikasjon på det ikke-verbale planet som å lære et språk teknisk korrekt, dersom man skal fremme kulturell forståelse og unngå misforståelser. Begrepsmessige forskjeller kan gjøre det vanskelig å kommunisere på et språk fra en annen kulturbakgrunn enn sin egen.

I samhandlingen mellom norsk helse- og sosialpersonell og samiske pasienter, så viser det seg at kommunikasjonsproblemene ofte har tre hovedårsaker:

1. Sykepleier og pasient snakker ikke noe felles språk.
2. Pasienten behersker sykepleierens språk i noen grad, men klarer ikke å nyanse det.
3. Sykepleier og pasient snakker samme språk, men de har ikke felles verdier og mål, og bruker ikke samme symboler, dvs. språkuttrykkene tillegges ikke samme betydning.

Den siste kategori av årsaker, med felles språk, men med kulturbaserte forskjeller i betydningsinnholdet av ordene, er ofte vanskelig å oppdage fordi samtalen tilsynelatende dreier seg om det samme. Når pasienten bare delvis behersker sykepleierens språk, kan en manglende nyanseringsevne kombinert med en overføring av språkvaner fra morsmålet, gjøre at pasientens språk virker umodent for sykepleieren. Sykepleieren kan da lett behandle pasienten på en måte som er sårende og som stenger for reell kommunikasjon.

Det er en sak å lære et språk godt nok til å greie seg i dagliglivet. En annen sak er det å tilegne seg de nyanser i språket som er nødvendig for å kommunisere om følelser forbundet med sykdom. Samhandlingsproblemene har vist at utilstrekkelig språkbeherskelse hemmer informasjonsutvekslingen mellom sykepleier og pasient, og at pasienten kan oppleve usikkerhet og avstand til egne følelser. Leger og sykepleiere i samiske områder har opplevd at informasjonen kan oppfattes feil, eller at den ikke oppfattes i det hele tatt. Ved de to siste tilfellene er det lettere å undervurdere enn å overvurdere språkproblemene. Pasienten kan dessuten ha en tilbøyelighet til å «si seg enig» i det som blir sagt fordi han ikke vil virke uhøflig, eller ikke vil erkjenne at han ikke forstår det som blir sagt. Han kan ha forstått ordene, men kan ha gått glipp av nyanser og avgjørende poenger. En slik situasjon kan føre til usikkerhet og mistenksomhet.

Når det ikke er noe felles språk, kan situasjonen oppleves svært utrygg for den syke. Vedkommende skal utlevere seg selv til mennesker som verken kjenner hans eller hennes kulturbakgrunn eller språk. De diagnostiske og terapeutiske handlinger kan være fremmede og foregå i et fremmed miljø, og behandlingen er ofte organisert slik at pasienten er adskilt fra familien eller andre som vedkommende kan kommunisere med. Når pasienten ikke har tilstrekkelige muligheter til å formidle sine tanker og følelser, vil vedkommende kunne føle seg isolert, og utvikle et negativt selvbilde. Pasienten kan føle at han selv og det han står for er av liten verdi fordi han ikke behersker det språket de andre kommuniserer på. Dette kan bidra til usikkerhet hos pasienten, og redusere evnen til å takle de belastninger som forandringer i miljø og møtet med et fremmed helsevesen kan innebære.

Både tankemåte og uttrykksform er avhengig av kulturen. I noen kulturer legges det vekt på logiske, målrettede framstillinger. I andre kulturer kan det å gå rett på sak anses som uhøflig, emnet må tas opp gradvis, og man kan legge vekt på bil-

ledlige framstillinger som vil kreve fortolkninger dersom samtalen skal oversettes. Det er også kulturelle forskjeller i holdninger til tid, og til verdien av «timing» og planlegging. Det er forskjeller mellom synet på verdien i utvikling av gruppetilhørighet og av individualitet hos mennesker. Slike tenkemåter uttrykker kulturelle verdier, og gjenspeiles i språket. Dersom morsmålets språkvaner og den kulturbaserte bruken av symboler overføres direkte til et nytt språk, vil dette kunne gjøre kommunikasjonen vanskelig, selv om man teknisk sett snakker samme språk.

3.2.2.2 Fremmedgjøring og kultursjokk i møte med institusjoner

En av de største utfordringene i samhandlingen mellom pleier og pasient kan være pasientens møte med institusjoner i en annen kultur. I det første møtet med en institusjon kan pasienten oppleve en fase med «kultursjokk». Etter en tid vil vedkommende gjerne gå inn i en prosess med tilpasning til det nye miljøet.

Kultursjokk kan defineres slik: «Kultursjokk er den sykdom som oppstår som svar på overgangen fra en type av omgivelser til en annen, hvor individet er plassert i en ukjent sosial situasjon hvor tidligere adferdsmønstre oppleves som ineffektive, og hvor det mangler grunnleggende holdepunkter i forhold til sosialt samvær.» Kultursjokkfasens grad og varighet kan ses som avhengig av styrken av påvirkning fra fem kategorier stressorer eller belastende faktorer: Kommunikasjon, mekaniske forskjeller, isolasjon, vaner og skikker, samt holdninger.

1. Kommunikasjon er primært, fordi den skaper forståelse for det som er nytt i miljøet, og hjelper pasienten til å forstå det som er fremmed for han eller henne.
2. Mekaniske forskjeller innebærer forandringer i dagliglivets gjøremål som opptrer når man beveger seg fra en kultur til en annen. Det kan dreie seg om møbler, praktiske hjelpemidler, mat og klær, m.m. Å måtte forholde seg til dette kan være en kilde til frustrasjon for en pasient.
3. Isolasjon kan være resultatet av at kommunikasjonen ikke fungerer. Den kan forsterkes av et fremmed miljø og mangel på relasjoner til mennesker i omgivelsene. Å bryte ut av isolasjon kan være en påkjenning selv for friske mennesker.
4. Vaner og skikker er knyttet til kommunikasjonen, men omfatter hele mønsteret av roller og kommunikasjonssystemer. Pasientens normer og regler gjelder kanskje ikke lenger, og forventet adferd er forskjellig fra hjemmiljøet uten at dette uttrykkes eksplisitt. Den sosiale strukturen i den fremmede kulturen og i institusjonen må forstås før pasienten kan finne sin plass i miljøet.
5. Holdninger og verdier angående menneskelig adferd er ofte forskjellig i forskjellige kulturer. Ens egne verdinormer tas ofte for gitt, og normene i fremmede kulturer kan være vanskelig å finne ut av, fordi de ikke blir eksplisitt uttrykt.

Ut fra disse kategoriene inntreer kultursjokk når de psykososiale holdepunkter som hjelper et menneske til å fungere i samfunnet blir byttet ut med nye og ukjente. Å løsrive seg fra sine røtter, særlig når det gjelder sted og gruppetilhørighet samtidig, er i seg selv en påkjenning, og kan medføre en ytterligere helsemessig belastning for en pasient, selv om dette av andre oppfattes som forandringer til det bedre.

Imidlertid må pasienten etterhvert tilpasse seg og akseptere den nye situasjonen. I en slik prosess vil vedkommende kunne gjennomgå forskjellige faser. I en første reaksjonsfase vil følelsen av å være forlatt lett få overtaket. Pasienten kan føle sorg over tapet av den livsstilen han har reist i fra, og vil lett oppfatte det nye som fiedtlig og farlig. Vedkommende vil kunne reagere med å isolere seg, utvikle passivitet eller hyperaktivitet, kan bli lettere trøtt, miste motstandskraft, m.m. Noe

av disse reaksjonene vil kunne motvirkes gjennom kontakt med slektninger eller andre som kjenner pasientens bakgrunn og kultur. Her kan sykepleierens kompetanse være avgjørende for pasientens tilpasning til institusjonen. En institusjon som gjenspeiler hjemmiljøet vil lette pasientens tilpasning til situasjonen. Pasienten vil etterhvert forsøke å tilpasse sin adferd til det nye miljøet. Vedkommende vil bli mer følelsesmessig stabil, skaffe seg venner, se mer framover, gjenetablere sin humoristiske sans og tilegne seg nye adferdsmønstre. Vedkommende pasient vil ikke bare kunne oppnå å akseptere situasjonen, men vil også kunne bearbeide og integrere sine erfaringer for å finne fram til de tilpasninger som er nødvendig for at oppholdet på institusjonen skal være en positiv erfaring. Å arbeide seg gjennom slike prosesser vil i seg selv være en psykisk påkjenning som setter

3.2.2.3 Praktisering av tverrkulturell kommunikasjon gjennom sykepleieprosessen

Kommunikasjon og tolking

Sykepleieprosessen stiller store krav til sykepleierens kommunikasjons- og observasjonsevne, og til hans kunnskaper. Prosessen kompliseres betydelig og kravene til sykepleieren øker betraktelig når pasient og sykepleier har bakgrunn i forskjellige kulturer. En tilpasning til sykehuskulturen kan være vanskelig for en ressurssterk pasient. Hvis i tillegg personale og pasient har forskjellige oppfatninger av sykdom, sykdomsforklaringer og helbredelse, vil dette gjøre sykehusoppholdet og sykepleieprosessen enda vanskeligere. Det vil være vanskeligere for pasienten å formidle sine sykdomserfaringer på en måte som omgivelsene kan forstå. Situasjonen kan virke hemmende på pasientens evne til å dekke sine behov og ivareta sin egen omsorg. Pasienten vil i en slik situasjon kunne oppvise atypisk adferd. Dersom ikke sykepleieren kjenner pasienten personlig, eller har spesiell kunnskap om dennes kultur, så vil han ikke kunne vite om adferden er atypisk eller ikke. Pasienten er i en situasjon hvor miljø, rutiner og kommunikasjonsform er ukjent. Dette gjelder i stor grad også behandlingssystemet. Pasientens opplevelse av trygghet vil i stor grad være avhengig av følelse av kontroll over situasjonen. Dette vil det være vanskelig for sykepleieren å formidle over kultur- og kommunikasjongrensene. Derfor er det ikke uten betydning hvem som gir sykepleie til en pasient fra en annen kultur.

Primærsykepleie som praktiseres i den forstand at en bestemt sykepleier tar det fulle ansvar for en pasient, gir styrket kontakt og forståelse mellom pleier og pasient. En slik praktisering av sykepleien er viktigere jo mer fremmed sykehuskulturen er for pasienten. Det bør i størst mulig grad være den samme sykepleieren som tar imot pasienten og de pårørende, og som gjennomfører alle leddene i sykepleieprosessen. Selv om pasient og sykepleier er fra samme kultur, vil sykehusmiljøet være fremmed for pasienten, og vedkommende vil trenge en «guide» i de fremmede omgivelsene. Dersom sykepleier og pasient er fra forskjellige kulturer, vil kommunikasjonsproblemer kunne føre til ytterligere forvirring og engstelse for pasienten og vanskeliggjøre sykepleierens arbeid. Selv om høflighet og vennlighet gir pasienten en viss trygghet, kan ingenting erstatte et felles språk. Man må derfor bringe på det rene i hvilken grad sykepleier og pasient behersker hverandres språk. Dersom de mangler felles språk, eller språkkunnskapene er så dårlige at den verbale kommunikasjonen blir usikker når det gjelder meningsinnhold, vil det være nødvendig å bruke tolk. Pasientens språkkunnskaper i sykepleierens språk vil lett kunne overvurderes, da pasienten gjerne gir inntrykk av å forstå mer enn hva tilfellet er, for ikke å være til unødig bry, eller fordi han ønsker å skjule manglende

språkkunnskaper. Er man i tvil, bør dette tas som et tegn på at det er nødvendig med tolk.

Det er viktig hvordan det tolkes, og hvem som tolker. Tolk bør ha godt ordforråd, og en god symbolsk og sosial forståelse. Vedkommende bør også ha kjennskap til det feltet det tolkes innenfor både når det gjelder faglige termer, og hvor forståelsesproblemer kan oppstå. Et system med faste tolker vil ha klare fordeler. Dersom sykepleieren kjenner tolken, og tolken har god kjennskap til pasientens kulturelle bakgrunn, så vil tolken kunne medvirke til en bedre kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Disse vil også kunne snakke ledigere sammen, uten at det fokuseres for mye på tolken. En fast, profesjonell tolk vil også kunne gå inn i en diskusjon om hvordan det skal tolkes. Noen ganger vil en oversettelse ord for ord være formålstjenlig. Andre ganger vil en fortolkning av budskapet inn i pasientens og sykepleierens kulturelle sammenheng være mest hensiktsmessig. Det første alternativet vil gi sykepleieren god oversikt, og man forhindrer at meningsinnholdet forvansktes. Men dersom innholdet ikke tilpasses pasientens kulturelle forutsetninger, kan det være vanskelig å forstå for pasienten. En fortolkning legger et større ansvar på tolken enn en direkte oversettelse. Det er store fordeler der sykepleier og tolk har erfaring i samarbeid. Dersom det er et system slik at profesjonell tolk kan tilkalles ved innleggelse, vil dette fungere ressursbesparende ved at det bedrer mulighetene for å innhente mer korrekte opplysninger om pasienten, og det vil gjøre det enklere å forklare sykehusets rutiner for pasienten, som på denne måten vil føle seg mindre fremmed i situasjonen.

En profesjonell tolk vil være upartisk, og vil være underlagt samme taushetsplikt som sykepleieren. Dette kan ellers være et problem innen mindre språk- og folkegrupper hvor folk ofte kjenner hverandre personlig utenom sykehussituasjonen. Bruk av familiemedlemmer eller bekjente kan virke betryggende på pasienten, men det fører ofte til at disse legger inn sine personlige synspunkter i tolkningen. Selv om det brukes tolk, vil pasient og sykepleier kunne ha en oppsummerende samtale uten at tolken er tilstede.

3.2.2.4 Systematisering av data

En pasient innlagt på sykehus i en annen kultur, vil ta med seg sin kulturs syn på helse, sykdom og behandling inn i et fremmed helsesystem. Dette gjelder også mange samer. Pasienten opplever at de strategier han opprinnelig har utviklet for å mestre slike forhold ikke strekker til, og dette kan gi en følelse av usikkerhet.

For å sikre en forsvarlig innsamling av data og riktige sykepleietiltak, må pasient og sykepleier finne et felles utgangspunkt for en kommunikasjon. Dette stiller krav til sykepleierens kunnskaper i tverrkulturell kommunikasjon. Pasienten må kunne utvikle trygghet i situasjonen, og bør i den grad det er mulig møtes på egne premisser. Et første møte med en pasient fra en annen kultur vil derfor kunne være ekstra tidkrevende. Sykepleieren bør ha generell kunnskap i tverrkulturell kommunikasjon og spesiell kunnskap om den kulturelle bakgrunn hos pasienten. Framstilling av symptomer innen en annen kulturell ramme kan ellers lett virke fremmed for sykepleieren.

Som ledd i datainnsamlingen bør sykepleieren innhente opplysninger om hvilke forventninger pasienten har til behandlingen, vedkommendes forklaringer på sykdom og forventninger til helbredelse, kulturelle faktorer som matvaner, forholdet til sykepleie, åndelige/religiøse faktorer som kan innvirke på pasientens reaksjoner, osv. Her bør man være spesielt oppmerksom på fortolkningsmuligheter ved systematisering av data. En måte å systematisere data på kan være slik:

a) Forståelse og mestring av miljøet. Her må man kartlegge pasientens kjennskap

- til sykehusmiljøet og behandlingssystemet, evnen til kommunikasjon, og muligheter for kultursjokk i møte med behandler og institusjon.
- b) Adferdsforandringer og reelle karakteristika. Dersom sykepleieren har en referanse til pasientens hjemmiljø og kultur, vil han lettere få en riktig oppfatning av pasienten. I denne kategori sorteres data som går på pasientens bakgrunn og holdninger, kommunikasjonsform, vurderinger av egen situasjon, karakteristika som fysisk og psykisk styrke, manuell dyktighet, generelle kunnskaper, evne til å motta og tolke inntrykk, etc.
 - c) Livsstil. Herunder hører den delen av pasientens adferd som går på vaner, handlinger for å tilfredsstille behov, forholdet til familie og venner, holdninger og verdier som basis for livsstilsvalg, sosiale omgangsformer, o.l. Livsstil omfatter alminnelig dagligdags adferd, forholdet til de ytre krav fra miljøet, plass i et sosialt nettverk, evner og vaner mht. å dekke behov, kostvaner, boligforhold, etc.
 - d) Symptomforklaringer. Forklaring av symptomer henger sammen med de tanker om sykdom og normer for behandling som ligger i pasientens kultur. Det er viktig for samhandlingen mellom sykepleier og pasient at sykepleieren forstår pasientens måte å forklare sykdom på.
 - e) Ytre ressurser. Disse er i likhet med livsstil knyttet til pasientens sosiale nettverk. I de samiske bosettingsområder har de fleste omfattende tverrkulturelle nettverk. Dersom pasienten ikke har venner eller slektninger der vedkommende er innlagt på sykehus, så har denne pasienten få ytre ressurser. Dersom vedkommende har et nettverk på stedet, så bør sykepleieren kjenne til og benytte seg av dette.

Disse fem kategorier forsøker å dekke alle aspekter ved pasienten, og vil kunne være et hjelpemiddel for sykepleieren til å se hele pasienten som en helhet. Sykepleieren må imidlertid forholde seg fleksibelt til et slikt materiale, og må være rede til å revurdere kategoriene for systematisering av data. Det er store verifikasjonsproblemer forbundet med å trekke tolkninger og slutninger av et slikt materiale. Både pasientmaterialet og kategoriene for systematisering av data bør være gjenstand for diskusjon blant fagpersonell.

Om samarbeid med tradisjonelle helbredere

Framstilling av symptomer og forklaringer på sykdom over kultur- og språkgrensene, samt annerledes forventninger til helbredelse og pleie stiller spesielle krav til kunnskaper og innsikt hos sykepleieren. Ansvar for å tilrettelegge for et miljø som skaper åpenhet og trygghet ligger i det alt vesentlige på sykepleieren. Primærsykepleie og bruk av tolk ivaretar en del av dette. Åpenhet rundt sykdomsforklaringer og behandlingsmetoder vil bidra til å skape trygghet for pasienten. Det bør vurderes å samarbeide med tradisjonelle behandlere som et supplement til den pleie som ytes fra institusjonens side, der pasienten ønsker dette. Kriteriene må være at et slikt samarbeid ikke hemmer eller skader det behandlingsopplegget som er igangsatt fra helsevesenets side. Et slikt samarbeid vil kunne virke helsefremmende på pasienten fordi det representerer noe kjent i en ukjent situasjon. Det vil også signalisere respekt for pasienten og for dennes kultur. En helbreder med samme kulturelle bakgrunn som pasienten vil umiddelbart forstå pasientens uttrykksform og forklaringsmåte, og pasienten vil kunne ha lettere for å rette seg etter anvisninger fra en slik person, f.eks. når det gjelder å ta medisin. En helbreder vil også formidle kunnskap om pasienten som det ellers kan være vanskelig å innhente for sykepleieren. Selv om det er vanskelig å vurdere den betydningen pasientens tro på behandlingen kan

ha for helbredelsesprosessen, så vil helbrederen i mange tilfeller kunne fungere som en psykologisk og sosial støtte for pasienten.

Tiltak, mål og evaluering for sykepleieprosessen

Målet for all sykepleie er pasientens helse. Dette innebærer å dekke særskilte behov som har sammenheng med pasientens kultur. Innsamling og systematisering av pasientdata må foregå med dette for øye. Tolkningen av disse data må være til konstant vurdering, i likhet med de tiltak som iverksettes på grunnlag av slike data. I dagens sykehus oppfordres pasienten stadig mer til å ta aktiv del i sin pleie. Et samarbeid om formen på og målet for sykepleien, innebærer en medbestemmelse som de fleste pasienter setter pris på. Et samarbeid mellom pleier og pasient bør kunne være en del av den kommunikasjon som er nødvendig for å utveksle informasjon over kulturgrenser. I et slikt pasientsentrert samarbeid vil sykepleieren kunne gjøre seg nytte av de data han i utgangspunktet har samlet inn om pasienten, han vil få utdypet og justert disse, han vil lettere kunne gi informasjon om rutiner og annet ved sykehuset, og han vil lettere kunne være til hjelp og støtte for en pasient som er iferd med å tilpasse seg et nytt og ukjent miljø. Et slikt samarbeid forutsetter en sykepleier som er utdannet og trent i å håndtere slike forhold. Sykepleieren vil stadig måtte vurdere hvordan samarbeidet om pasientens helse skal forløpe i praksis.

Et overordnet mål i sykepleien må altså være å skape et miljø som fremmer den åpenhet som er nødvendig for en kommunikasjon og et samarbeid om pasientenes helse. En god samhandling mellom pleier og pasient forutsetter en pasient som er trygg i miljøet, som føler seg respektert, og som føler at han behersker iallefall noe i det nye miljøet. Da vil pasienten lettere kunne åpne seg og bruke av sine ressurser. De viktigste tiltakene vil være primærsykepleie med sykepleiere som har innsikt i tverrkulturell kommunikasjon og etnisk medisin, og rutiner for bruk av tolk som gjør at man lett finner fram til når og hvordan det skal tolkes i de forskjellige situasjoner. I tillegg bør andre tiltak kunne vurderes som sosial og psykologisk støtte for pasienten, samarbeid med tradisjonelle helbredere, særskilte hensyn til pasientens religiøse behov, o.l. En god kommunikasjon i et åpent miljø og en kontinuerlig vurdering og justering av pasientens data vil også sikre en bedre evaluering av sykepleietiltakene.

3.2.3 Tolkenes rolle som kulturell formidler

3.2.3.1 Innledning

Det er kanskje særlig innen helse- og sosialetaten hvor tolkens betydning for samers møte med offentlige institusjoner og etater er blitt mest diskutert. Det er mange enkeltteksempler på problemer i samhandlingen, men det er gjort lite systematisk arbeid for å kartlegge tolkens rolle og betydning i samhandlingssituasjonen. Eksemplene fokuserer på problemer knyttet til direkte oversettelse f.eks. hos legen, sett i forhold til de forklaringer som kan være nødvendige ut fra hensynet til kulturelle forskjeller mellom pasient og lege. Det fokuseres også på behovet for kulturell tilrettelegging der pasient og lege i hvertfall tilsynelatende har felles språk. Dette er problemer som kommer i tillegg til rent språklige problemer, og problemer som skyldes mangel på termer og behov for språklig utvikling.

Sammen med et helse- og sosialpersonell som bygger inn språklige og kulturelle hensyn til samiske pasienter og klienter i sitt daglige arbeid, vil en bevisst og riktig bruk av tolk være en viktig grunnstein for «det gode møte» mellom den samiske bruker og det norske helse- og sosialvesenet. Hva slags tolking det er behov for, vil variere mellom de forskjellige slags situasjoner og møter mellom

samiske brukere og representanter for helse- og sosialvesenet. Skalaen mellom direkte oversetting og kulturell formidling gir mange muligheter. En forutsetning for å ta dem i bruk er en bevissthet omkring de mulighetene som ligger i bruk av tolken. Målet bør kunne være en bevisst og tilpasset bruk av tolk i helse- og sosialvesenet. Siden det ikke er gjort noen undersøkelser i Norge som kartlegger tolkens rolle i samenes møte med helse- og sosialvesenet, så har vi valgt å vise til en undersøkelse fra Canada om tolking i inuitsamfunn som eksempel på et slikt arbeid.

3.2.3.2 *Tolkens betydning i samhandlingssituasjonen i helsevesenet i inuitsamfunn. En undersøkelse fra Canada*

Mellom 1985 og 1989 ble det foretatt en undersøkelse av tolkens betydning for samhandlingssituasjonen mellom partene i helsevesenet i inuitsamfunn i Keewatin-regionen i Northwest Territories i Canada. Etter kontakt med organisasjoner i lokalsamfunnet, pasienter og enkelte klinikere hadde man fått inntrykk av at tap av tillit til helseomsorgen var et omfattende samfunnsproblem, og at dette for en vesentlig del skyldtes samhandlingssituasjonen. Undersøkelsen ble foretatt som del av de nasjonale helseforskningsprogrammer under det canadiske helse- og velferdsdirektorat (the National Health Research Programs Directorate of Health and Welfare Canada). Forskningsleder var dr. O'Neil, Department of Anthropology, University of Manitoba.

Målsetninger og planer for prosjektet

Det ble i 1985 igangsatt et forskningsprogram for å klarlegge hvilke faktorer som innvirker på kvaliteten av kommunikasjon i helsesektoren, og de særlige funksjonene som tolkene har i helsevesenet («pasienttolker») i inuitsamfunnene i nord. Helsekommunikasjon ble i denne sammenheng definert som den prosessen som gjør inuiter og helsepersonell i stand til å forstå hverandre vedrørende helseproblemer og helseomsorg.

Målene for undersøkelsen var:

beskrive de forskjellige områder inuitiske pasienttolker arbeider på, og angi de faktorer som influerer på tolkeprosessen og tolkenes utførelse av sine oppgaver. studere utviklingen av inuitiske tolkers rolle som helsearbeidere og se på hvordan de kan bidra til forbedring av helsetjenesten for inuitene.

Å undersøke kommunikasjonsprosessen i krysskulturelle møter mellom inuiter og helsepersonell.

Forskningsprogrammet brukte en metode med flere datainnsamlingsstrategier. Disse omfattet: 1) en etnografisk beskrivelse av helsekommunikasjon og tolkevirk-somhet i Keewatin-regionen, 2) lyd- og videoopptak av lege/pasientmøter i ulike helseomsorgssituasjoner, 3) etnomedisinske intervjuer med inuitiske pasienter, tolker og klinikere, og 4) faglige intervjuer med tidligere og nåværende inuitiske pasienttolker og mer generelle intervjuer med lokalsamfunnsledere, klinikere og ansatte i helseforvaltningen.

Undersøkelsen ga en oversikt over lokalsamfunnets perspektiver på alminnelig helsekommunikasjon, og bidro til å kartlegge rollen til tolkene i området. Intervjuer ble foretatt innen forskjellige samfunnsområder som primærhelsetjeneste på helse-sentre, møter i landsbyråd og regionale helsestyrer, regionale sykehus og pleie-hjem. Det ble tatt notater, lyd- eller videoopptak av intervjuer og konkrete lege/pasientmøter som bakgrunn for casestudier av samhandlingen mellom tolk/klient/lege. Man ønsket opptak av møter som representerte et bredt utvalg av miljøer og

sammenhenger innen helseomsorgen, og som viste et spekter av pasientenes, tolkenes og klinikerens kliniske, demografiske og stillingsmessige kjennetegn.

Etnomedisinske oppfølgingsintervjuer ble foretatt for å fremskaffe opplysninger om pasientens, tolkens og klinikerens kulturavhengige forståelse av sykdommer og diagnostiske og behandlingsmessige muligheter. Data fra intervjuene dokumenterte tolkens rolle med hensyn til å få frem og oversette opplysninger fra pasienten, og medisinske opplysninger fra klinikerne.

Intervjuer med et utvalg av pasienttolker om deres livs- og yrkesmessige historie ble tatt med, slik at både personer som var i arbeid som tolker på helsesentre og personer som tidligere hadde arbeidet som tolker, lokale helsearbeidere og støttestipersonell skulle være representert.

Intervjuer med tolkene fokuserte på et vidt spekter av emner, som: 1) yrkeserfaring i medisinske og andre sammenhenger, 2) betydningen av slektskapsbånd og andre personlige nettverk for rolledefinisjon og ytelse, 3) formell yrkesmessig utdanning og identifisering med målene for det eksterne helsestellet, 4) personlig kjennskap til inuitisk språk og tradisjonell kultur, 5) forståelse for og personlig engasjement i politiske og planleggingsmessige spørsmål av betydning for inuitisk helse- og samfunnsmessig utvikling, 6) innstillingen til tolking og samhandling med helseutdannet personell, 7) arbeidserfaring innen rådgivning og helseutdanning, 8) rekapitulering av eksempler på kulturell konflikt i

3.2.3.3 *Utviklingen i prosjektet*

Prosjektet om tolking i helsevesenet begynte i 1983 på de to universitetssykehusene i Winnipeg. Man undersøke opplegg for pasienttolking for den innfødte befolkning ved sykehusene for å avgjøre hvilke sosiale og kulturelle faktorer som innvirker på den rolle innfødte pasienttolker spiller når det gjelder å forbedre sykehusopplevelsen for pasienter fra den innfødte befolkning. Det ble holdt møter med landsbyråd, helseutvalg, klinikere og andre interesserte. Dette var uformelle møter, og meningen var å få frem lokalsamfunnenes syn på daglige problemer under gjennomføringen av helsetjenestene. I praktisk talt hvert eneste lokalsamfunn pekte deltagerne på at kommunikasjonsvanskeligheter overfor helsetjenestens personell var et vesentlig problem.

Etter en første periode med samtaler med medlemmer av inuitsamfunnene og personell og administratorer i helsetjenestene, begynte det første feltarbeidet. Observasjonsstudiene av lege/pasientmøter ble foretatt av inuitiske forskningsassistenter. Dette var personer med bakgrunn fra legestudier og juridiske fag, og med personlig erfaring fra arbeid med tolking og språkutvikling. Forskningsassistentene gikk gjennom et opplæringsprogram, og ble samtidig engasjert i den innledende undersøkelsen av arbeidet til pasienttolkene ved sykehusene i byene. De observerte og videofilmet inuitiske pasienter under innleggelse og etterfølgende diagnostiserende undersøkelser.

I lokalsamfunnene holdt forskningslederen og forskningsassistentene omfattende møter med personalet på helsesentrene, og med representanter for lokale organisasjoner. Prosjektet fikk kontorplass i en av landsbyene, og arbeidsplass på et helsesenter. Forskerne oppnådde en høy grad av samarbeid fra miljøet og helsearbeidene, noe som lettet arbeidet med å intervju pasienter, klinisk personell og tolker.

Etter en innledende periode med alminnelig observasjon, ble det gjort videoopptak fra møter mellom inuitiske pasienter, tolker, sykepleiere og leger. Før videoinnspillingen ble foretatt, ble det inngått samtykkeavtaler med pasienter og helsearbeidere på engelsk og inuitisk. Under prosjektleders besøk i lokalsamfunnene ble videoopptakene avspilt, og en del av deltakerne ble intervjuet. Ytterligere

reiser ble foretatt til andre lokalsamfunn for å utvikle sammenlignende informasjon. Telesamband lettet daglig overføring og feedback av datafiler med feltnotater mellom forskningsassistentene og universitetssykehusene.

Data om de mest forekommende mønstre i helsekommunikasjonen i regionen og casestudier av tolking under lege/pasientmøter ble utarbeidet fra de forskjellige datasettene. Man fant fram til opplysninger om inuitisk deltakelse i helsekommunikasjon, miljøets og fagfolkenes perspektiver på tolkeproblemer, og sammenhengen mellom helsesmessige prioriteringer og andre planleggingsspørsmål som desentralisering og lokalsamfunnsutvikling. Caseeksempler på relevante møter ble utarbeidet. Ved å kombinere opplysninger fra samhandlingen på sykehusene med opplysninger i oppfølgingsintervjuene, ble det mulig å dokumentere forskjeller i oppfatningen av og kommunikasjonen om sykdomsstadier, behandlingsmål og samhandlingsoppførsel mellom de enkelte deltakere i møtet.

Det ble lagt vekt på utarbeidelse av typetilfeller som omfattet møter der kommunikasjonen var fyllestgjørende, og av «problemtilfeller» med situasjoner som kunne føre til konflikt og sammenbrudd i kommunikasjonen. Disse tilfellene ga god informasjon om skrankene for tolkens rolle, og allmenne strukturelle faktorer som innvirker på kommunikasjon og opplevelse i helseomsorgen.

I siste fase av undersøkelsen ble det avholdt en konferanse for tolker i regionen. Den hadde to funksjoner: 1) å gi tilbakemelding om de foreløpige resultatene av feltarbeidet, og 2) å samle data fra aktive tolker om måten sykdomsbegreper og helseråd ble oversatt på. Deltagere var først og fremst tolker fra forskjellige inuitsamfunn. I et forutgående arbeidsseminar ble disse på forhånd bedt om å utføre en rekke oversettelsesøvelser som omfattet språklig oversettelse og mer omfattende kulturell tolking av sykdomsbegreper, etiologi og forebyggende helsetiltak. En analyse av oversettelsene ga en antydning om spekteret av språklige og kulturelle fortolkninger av forskjellige sykdomsbegreper, og forståelsesnivået blant aktive tolker når det gjelder smitte og forebygging av sykdom.

Tolkene ble på seminaret bedt om å gi sitt syn på forskernes oppsummering av de sosiale faktorer som berører helsekommunikasjonsproblemene. De sosiale variabler man var kommet fram til ble fremlagt for diskusjon, og hver variabels betydning og mening for pasienttolkearbeidet ble diskutert. Man kom således fram til enighet om de mest alminnelige problemer knyttet til tolking i helsetjenesten, med vektlegging på de belastninger som lå på tolken i rollen som kulturell formidler.

Problemer knyttet til tolking i helsetjenesten

Undersøkelsen kartla problemer som skyldtes forskjeller i kulturelt ståsted mellom pasient og helsepersonell. Dette er problemer som går utover og kommer i tillegg til rent språklige forhold, og i tillegg til vanskeligheter som skyldes manglende utvikling av begreper og termer.

De problemer man fant var knyttet til tolking i helsevesenet, og særlig til tolkens rolle som kulturell formidler, ble oppsummert og kategorisert slik:

1. Vanskeligheter som skyldtes inuitisk tro og forventninger forbundet med helsspørsmål.
 - Opptreden under og holdninger til samhandling mellom mennesker
 - Alder- og kjønnsfaktorer ved tolking og konsultasjoner
 - Miljømessig bevissthet
 - Inuiters oppfatninger av pleieres og legers makt
2. Vanskeligheter på grunn av medisinsk yrkeskultur.
 - Respekt og skyldfordeling til ofrene

- Klinikernes måte å meddele seg på, og deres bruk av faguttrykk
3. Vanskeligheter som skyldes strukturen i lege/pasientmøter på helsesentrene i nord.
 - Tolkens funksjon som buffer og megler
 - Forklaring av miljømessige hindringer for aksept fra pasientens side
 4. Vanskeligheter som henger sammen med at det dreier seg om lokalsamfunn.
 - Virkningen av slektskapsbånd og lokalkjennskap
 - Organisatoriske spørsmål ved ytelse av primær-helsestjenester som påvirker tolken
 - Oppfatningen av tolkens ansvar overfor lokalsamfunnet

Oversettelses- og tolkespørsmål under pasientens møter med tolker og klinikere

Oversettelses- og tolkespørsmål under pasientens møter med tolker og klinikere, ble oppsummert slik:

- Kulturelle og bakgrunsmessige faktorer ved funksjonsvurderingen
- Tolkeproblemer under opptak av sykdomshistorie
- Avklaring av den sosiokulturelle kontekst ved symptomforklaring
- Fremskaffelse av kontekstuelle opplysninger om de miljømessige determinanter for sykdom

Undersøkelsen viser de kompliserte problemer som møter både pasienttolken og klinikerne i krysskulturelle lege/pasientmøter. Selv om undersøkelsen først og fremst har fokusert på pasienttolken, er implikasjonene for effektiv medisinsk kommunikasjon mellom lege og pasient opplagt. Den illustrerer klart at tolking innebærer meget mer enn ren oversettelse av ord fra ett språk til et annet. Det kreves at mellommannen har en viss forståelse for det kulturelle innhold i det folk uttaler, og en evne til å gjengi disse uttalelsene på en forståelig måte for mennesker med en annen kulturell bakgrunn. Det viktigste er at det krever en evne til å «lese» pasientens og helsepersonalets holdninger og følelser i forbindelse med møtet, og at det gjøres forsøk på å sikre at begge parter forstår hva den annen ønsker og føler. Pasienttolken kan bare gjøre dette effektivt når helsepersonalet erkjenner hans sentrale funksjon, og oppmuntrer tolken til å bidra på en meningsfull måte til at hvert lege/pasientmøte blir vellykket.

Resultatene fra undersøkelsen

I denne undersøkelsen fremtrer tolken som deltaker både på pasientens og klinikerens side. Materialet fra lege/pasientmøtene viser at i samtlige tilfeller har tolken endret, korrigert, lagt til eller sammenfattet det budskapet som talerne mente å komme med. Undersøkelsen indikerer at tolkens rolle er mest effektiv når den inneholder sterke funksjoner som kulturell megler og pasienttalsmann.

Kulturell formidling eller megling omfatter evne til å forstå to personers eller grupper forskjellige kulturelle virkelighet, og evne til å bygge bro mellom eller forlike disse forskjellene. Kulturell megling i kommunikasjonssammenheng omfatter evnen til å formidle meningen i et budskap slik at det kan bli forstått av folk fra en annen kultur.

Undersøkelsen viser også at dersom tolken ikke taler pasientens sak i et krysskulturelt lege/pasientmøte, vil kulturell informasjon vedrørende pasientens sykdom lett komme i bakgrunnen og bli fortrent av den vestlige kulturelle medisinske tenkemåte.

Undersøkelsen illustrer også at ved siden av å undersøke pasienttolkens spesielle rolle i helseomsorgsmiljøet, kan man anlegge et kulturelt perspektiv og betrakte tolkens oppgave som en metafor for de ulike spenningene og konfliktene som gjennomsyrrer et lege/pasientmøte. Tolken er medlem både av det lokale samfunn og representant for helsetjenesten, og hans status og rolle er påvirket av dette. Han er innforstått med hverdagens problemer på helsesentrene, og har i større eller mindre grad adgang både til pasientenes og helsepersonellens «sosiale sykdomsbegreper».

Tolkens rolle som kulturell megler og talsmann må være sentral for forståelsen av pasienttolking. Den må inngå som en viktig og nødvendig funksjon dersom tolkene skal kunne formidle pasientenes oppfatninger på en skikkelig måte. Dette kommer ofte i motsetning til ønsker fra helsepersonellet om at tolken inntar en strengt nøytral rolle i tolkeprosessen. Observasjonene i denne undersøkelsen tyder på at der «nøytralitet» blir innført i tolkens virke, kan det faktisk lede til begrensninger i pasientens fremstilling av sine problemer. I betraktning av den sosiale avstand som eksisterer mellom den innfødte befolkningen og fagfolkene i helsevesenet, kan det være en nødvendig strategi at tolkene opptrer som talsmenn for pasientene, selv om det bare er for å sikre at helt grunnleggende klinisk informasjon blir gitt og oversatt.

Møtematerialet fra samfunnene i nord viste at talsmannfunksjoner var mindre vanlig i pasienttolkens rolle. Det ble likeldest klart at pasienten og representanten for helsetjenesten bare forstod en del av hverandres budskap. Selv om noen tolker i etterfølgende intervjuer ga uttrykk for at de ofte var klar over disse misforståelsene, grep de sjelden inn. I de fleste tilfellene ville det ha betydd at tolken hadde utfordret sykepleierens eller legens beherskelse av situasjonen, og det var få tolker som var villige eller i stand til å gjøre det.

Undersøkelsen viser klart at forståelsen av forholdet mellom talsmannfunksjonen og såvel kulturell tolking som den bredere kontekst i lege/pasientmøter må utdypes. Med talsmann tenker man vanligvis på en som forhandler eller uttaler seg på vegne av en annen person eller gruppe, eller som uttrykkelig griper inn som megler på vegne av andre. Talsmenn må pr. definisjon inneha en stilling i en institusjon eller et lokalsamfunn som gjør det mulig for dem å utfordre andres autoritet.

Man fant imidlertid at en slik avklart talsmannsfunksjon var langt fra virkeligheten ved primærhelseklinikkene i nord-Canada. Tvertimot var det vel så vanlig med situasjoner der pasienttolkene betrakter seg selv som representanter (og talsmenn) for helseinstitusjonene i forholdet til pasientene. Tolkene påtar seg ofte en implisitt talsmannsfunksjon. Oversettelsene av det pasientene gir uttrykk for endres gjerne for å fremheve eller minske sosiale eller kulturelle aspekter knyttet til pasientens lidelse. Siden verken pasientene eller helsepersonellet vanligvis er klar over hva som påvirker tolkeprosessen, vet ingen av dem når implisitt tolking kan ha forekommet, og de vil kunne bli frustrert og misfornøyd med resultatet av møtet uten å ha noen mening om hva som har skjedd.

Møtene som er beskrevet i undersøkelsen viser de komplekse sosiale og kulturelle budskap som utveksles i krysskulturelle lege/pasientmøter. Det framgår at pasientens tilfredshet med møtene blir påvirket av helsepersonellens tolking eller mistolkinger av sosiale signaler. Det er klart at pasienttolkene har en betydelig innflytelse på den forståelse som vokser fram under kliniske møter. Tolkene er i sine tolkeoppgaver helt tydelig influert av sin forståelse av helsevesenets struktur og kultur, og av den plass helsevesenet har i pasientenes livsverden. De kan fremheve eller undertrykke momenter, avhengig av deres oppfatning av relasjonene mellom pasienten, dem selv og legen eller sykepleieren, og av hvor relevant de mener at bredere sosiale og kulturelle spørsmål er når det gjelder dette møtet.

En eksplisitt talsmannfunksjon inntreffer i et klinisk miljø når tolkene avbryter den kommunikative prosessen for å rette enten legens eller pasientens oppmerksomhet mot den bredere, eller kliniske, sosialkulturelle kontekst. I tilfeller av misforståelse som bidrar til pasientens misnøye, kan eksplisitt talsmannfunksjon ofte medføre at tolken direkte må utfordre klinikerens ledelse av møtet. Motsatt inntreffer implisitt talsmannfunksjon når tolken forsøker å støtte pasientens (eller helsepersonellens) interesser ved å endre oversettelsene av uttalelser i løpet av et møte. Det fremgår av undersøkelsen at tolkene er mer tilbøyelig til å anlegge en implisitt strategi når mulighetene for en eksplisitt talsmannfunksjon er begrenset. Implisitte talsmannfunksjoner kan føre til mistolking, tvetydighet og forvirring, og bidra til økt misnøye blant de innfødte pasienten.

Denne undersøkelsen peker på at der hvor helsepersonellet ikke har de nødvendige kunnskaper i husholdningenes økonomi, sosiale systemer og samfunnskulturer i lokalsamfunnene, så kan de oppfordre tolkene til å bidra med dette perspektivet. Når dette ikke gjøres, oppmuntres det til at problemene i kommunikasjonen skyldes pasientene, en holdning tolkene av og til inntar. Det er også behov for at tolkene blir gjort klar over at et kulturelt uttrykk for misnøye er en opplysning det er viktig å bringe videre. Pasientene er ofte tilbakeholdne med å gi uttrykk for disse følelsene på bakgrunn av det avhengighetsforhold som er karakteristisk for helseomsorgen i nord, og tolkene styrker denne tilbakeholdenheten ved å la kritiske kommentarer komme i bakgrunnen.

Denne undersøkelsen henviser til at det bør kunne skje en utvikling av pasienttolkens oppgaver i nordområdene i Canada utover ren språkopplæring og kjennskap til medisinsk terminologi. Mulighetene for en slik utvikling henger bl.a. sammen med en overføring av ansvaret for helsetjenestene til de territoriale myndigheter, og en styrket innfødt representasjon på lokalt nivå. Denne undersøkelsen viser at pasientopplevelsen blir forbedret når tolkene er i stand til å være talsmenn for pasientenes interesser. Den konkluderer derfor med at det bør kunne skje en gjennomgang av strukturen i de lokale helsetjenestene, med det siktemål å etablere pasienttolken som en talsmann for pasientene. Undersøkelsen resulterte i endel anbefalinger knyttet til utarbeidelse av retningslinjer for pasienttolker. Disse anbefalingene følger som vedlegg til denne utredning.

3.2.4 En mulig realisering av en samisk/norsk-norsk/samisk tolketjeneste innen helse- og sosialsektoren ved bruk av telematikk

3.2.4.1 Innledning

De samiske områder er preget av lange avstander og en spredt bosetting. Televerkets tjenester er forholdsvis godt utbygd i disse områdene, og er i ferd med å bli tatt i bruk i stadig større omfang i helse- og sosialsektoren.

En tolketjeneste vil være sentral for det gode møte mellom den samiske bruker og de norske helse- og sosialtjenester. Med utgangspunkt i at det opprettes en fast organisert samisk-norsk tolketjeneste innen helse- og sosialsektoren, så har utvalget ønsket å se på hvilke funksjoner Televerkets tjenester da kan ha for å fremme og lette bruken av en slik tjeneste.

Denne framstillingen vil gi en oversikt over de teletjenestene en samisktalende bruker bør kunne benytte seg av i en tolketjeneste. Den er fokusert på de nordligste fylkene, men utvalget antar at slike tjenester bør kunne være vel så hensiktsmessige for de sørlige samiske områder, og at den bør kunne avhjelpe en del av språkproblemene for sør- og lulesamer i møte med helse- og sosialsektoren.

Framstillingen bygger på såvel eksisterende som framtidige teletjenester, idet den tar opp de muligheter som ligger i bruk av vanlig telefon, videofoni og video-

konferansestudier. Det er også skissert hvordan en slik tolketjeneste kan benyttes innenfor sosialsektoren, særlig ved psykiatriske konsultasjoner. Det er lagt særlig vekt på primærlegens kontakt med den samisktalende pasient, slik denne oppleves ved den første henvendelsen.

Framstillingen forutsetter at arbeidet med medisinske temaer og begreper er godt utviklet, og at en samisk-medisinsk ordbok foreligger, helst i form av en database. Som vedlegg til utredningen følger en kort brukerorientert beskrivelse av videofoni og videokonferanse-tjenester.

3.2.4.2 Tolketjeneste ved bruk av vanlig telefon

Tolketjeneste ved bruk av telefon er en «enkel» teletjeneste, som bør være enkel å bestille fra Televerket. Rent telemessig vil dette bli i form av en multipart-konferanse eller tilsvarende. Dette omfatter bruk av vanlig telefon, og den entydige tilgangen (dvs. kun et telefon-nummer) til tolketjenesten kan realiseres ved å ha et universelt telefon-nummer. Det betyr at det ringes automatisk opp til den tolken som har vakt. Denne vakten kan være lokalisert hvor som helst. Mobil-telefoner veier nå ned mot 0,5 kg, slik at det neppe vil by på praktiske problemer for en tolk på vakt å ha en slik telefon med seg.

Medisinsk tolketjeneste

Den samisk-medisinske tolketjenesten bør kunne fungere på forskjellige måter:

- Pasienten ringer sin primærlege, og kan etter direkte spørsmål fra legen eller når som helst i løpet av samtalen opplyse legen om at det er behov for tolk. Legen kan da ringe opp ett fast telefonnummer, og via dette bli satt i kontakt med tolk. Legen kan også ha kontakt med tolk i sin nærhet. Både lege og pasient bør kunne vurdere om det er behov for tolk i løpet av samtalen.
- Pasienten ringer opp en tolk først, via ett telefonnummer. Tolken «loser» så pasienten gjennom den telefoniske kontakten med primærlegen.
- Sykepleier eller lege ringer tolken fra institusjonen hvor vedkommende oppholder seg sammen med den samisktalende pasienten eller klienten.

Dette vil være mulig dersom en fast organisert tolketjeneste etableres på en slik måte at det til enhver tid er minst en tolk tilgjengelig ved sin telefon, med en samisk-norsk medisinsk ordbok for hånden, gjerne på PC.

Behovet for en medisinsk samisk-norsk ordbok må ses i forhold til samenes språksituasjon. Det vil være en stor hjelp for en tolk dersom en slik ordbok kan foreligge tilgjengelig i form av en database på PC. Rent EDB-messig vil en slik database være en forholdsvis enkel oppgave.

Tolk i forbindelse med sosialtjenester ved bruk av vanlig telefon

En utbygget tolketjeneste bør også benyttes til å oppfylle tolketjenester innen beslektede offentlige tjenester, slik som sosialtjenester, dersom klient eller sosialarbeider finner at dette vil lette kommunikasjonen.

Konkret vil dette være at ved henvendelse til sosialkontoret kan den samisktalende be om en tolketjeneste på samme måte som ved henvendelse til lege. Den normale situasjonen her vil vel være at den samisktalende er i sosialkontorets lokaler, slik at tolketjenesten da vil fungere i en toveis forbindelse. Teletjenestene kan nyttes slik det er beskrevet under medisinsk tolketjeneste. En medisinsk samisk-norsk ordbok bør ha et vokabular som også kan komme til nytte her, iallefall i en viss utstrekning.

3.2.4.3 *Bruk av billedtelefon (videofoni) ved tolking innen helse- og sosialtjenestene*

Medisinsk tolketjeneste gjennom bruk av billedtelefon (videofoni).

Bruk av videofoni innebærer å gjøre bruk av en enkel toveis lyd- og bilde-kommunikasjon. Hvis pasienten er hos tolken, eller helst, hos legen, vil tolken kunne se kroppsspråket hos pasienten som et supplement til talekommunikasjon.

Ved bruk av slike teletjenester må det benyttes ISDN Teletjenesten, og brukerutstyret videofoner. Dette kan beskrives slik:

ISDN er den internasjonale betegnelsen på tjenesteintegreerte datanett. ISDN-tjenesten er i dag under oppbygging, og vil etterhvert være i vanlig drift i alle tele-distrikter. For å utvikle slike tjenester til tolkeformål, vil det være naturlig å gå inn i en dialog med Televerket, ved den gruppen som driver ISDN prøvetjeneste. Ved å gjøre dette kan man ha som mål å oppnå en særlig utprøving av ISDN i tolketjenesten, eventuelt få fremskyndet utbyggingen av ISDN i Troms og Finnmark. Bruken av ISDN vil i enkleste fall koste det samme som vanlig telefon. Utviklingen av videofoni-anlegg er noe uoversiktlig, men har gått langsommere enn man regnet med. Prisnivå og kvalitet på billeddelen er i dag vanskelig å fastslå, men det er en betydelig utvikling på gang. Man må fastslå at billedkvaliteten ved dette utstyret er klart lavere enn ved den tradisjonelle videokonferansetjenesten. Viktigheten av billedkvaliteten vil variere. I enkelte sammenhenger, som ved konsultasjon pasient/primærlege på den ene siden og spesialist på den andre siden, er forskjellen i billedkvalitet av stor viktighet. Når det gjelder det å se pasienten, er den av mindre viktighet. Man regner også med at kvaliteten på videofoni vil øke etter hvert.

Dette tiltaket krever at de kommuniserende parter har ISDN-abonnement og videofoniutstyr. Hvis pasienten er hos legen eller hos tolken, vil det være tilstrekkelig at tolken og legen har ISDN-abonnement og videofoniutstyr. Hvis nå pasienten er et annet sted, må denne ha tilgang til to videofoni-anlegg og ISDN-abonnement. Det ene anlegget må være koblet opp mot tolken, det andre mot legen. Her kan flerparts konferanse benyttes (MCV). Denne typen tjeneste vil bli tilgjengelig også på ISDN.

Bruk av videofoni ved tolking i forbindelse med sosialtjenester

Her kan videofoniutstyret i tillegg benyttes ved psykiatriske konsultasjoner. Det kan være ved observasjoner av barn som leker for seg selv i et rom, og ved forskjellige kommunikasjons- og observasjonsformer av barn og voksne. Det bør foretas en vurdering om billedkvaliteten av den nye generasjon videofoni, generelt eller i forhold til forskjellige kommunikasjonsformer og observasjonstyper.

3.2.4.4 *Bruk av videokonferanse-studioer*

Medisinsk tolketjeneste

En slik tolketjeneste er å gjøre seg bruk av de videokonferansestudioer som finnes, i denne sammenheng i Troms og Finnmark. Brukemåten her vil kunne være at pasienten, legen og tolken befinner seg i et studio, og en eller flere spesialister befinner seg i et annet. I Finnmark er det videokonferansestudioer i Alta, Båtsfjord, Hammerfest, Honningsvåg, Kautokeino, Kirkenes, Lakselv, Tromsø, Tana, Vadsø, Vardø. I Troms er det foreløpig studioer i Andenæs, Bardufoss, Harstad, Lødingen og Tromsø. I og med at disse studioene alt finnes og er operative, vil tolketjenesten kunne skje på følgende måter:

- Pasienten, legen og tolken må befinne seg i hvert sitt studio.

- Bruken av studioet må finansieres, eventuelt må det avtales med Televerket å forlenge den prøvetjenesten som har vært i gang.

Teledermatologi, en overføring av bilder av hudlidelse fra pasient til hudspesialist, har vært i bruk i omlag tre år mellom allmennpraktiker i Kirkenes og hudspesialist ved Regionsyke-huset i Tromsø. Telekardiologi er i bruk både for øyeblikkelig hjelp og faste konsultasjoner mellom Regionsykehuset og sykehuset i Kirkenes. Teleendoskopiske øre-nese-hals-undersøkelser er i rutinemessig bruk mellom Alta helsesenter og Regionsykehuset. Allmennpraktikeren utfører undersøkelsen i Alta, mens spesialisten i Tromsø stiller diagnose og iverksetter behandlingen.

Sosiale tjenester

Videokonferansetjenesten er i utgangspunktet meget egnet til bruk ved observasjoner av pasienter. Nå foreligger det mulighet til å koble opp flere enn to studier til en konferanse — denne egenskapen kan være aktuell ved enkelte psykiatriske konferanser/konsultasjoner, og til veiledning/undervisning. I dag drives psykiatriske konsultasjoner mellom psykiater og pasient innen barne- og ungdomspsykiatrien mellom Seidajok behandlingshjem i Tana og Kirkenes Sykehus i Finnmark.

3.3 SAMELOVENS SPRÅKREGLERS BETYDNING I HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

En redegjørelse av samelovens språkregler med henblikk på helse- og sosialsektoren danner grunnlag for å vurdere betydningen av språkreglene for møtet mellom den samiske bruker og helse- og sosialvesenet.

3.3.1 Tolkning av lovteksten

Innledning

Sameloven (12/6—87 nr. 56) kap 3, Samisk språk, sier i §3—5: «Utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren. Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet, har rett til å bli betjent på samisk.»

Bestemmelsen må ses i sammenheng med §3—3: «Rett til svar på samisk. Den som henvender seg på samisk til et lokalt offentlig organ i forvaltningsområdet, har rett til svar på samisk. Dette gjelder likevel ikke ved muntlige henvendelser til tjenestemenn som utfører oppdrag utenfor organets kontor. Den som henvender seg skriftlig på samisk til et regionalt offentlig organ i forvaltningsområdet, har rett til skriftlig svar på samisk. Kongen kan i særlige tilfelle gjøre unntak for bestemte regionale offentlige organ.»

Med «forvaltningsområde» menes kommunene Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Porsanger, Tana og Kåfjord, §3—1 nr. 1. Lovens §3—1 nr. 2 definerer «offentlig organ» på samme måte som forvaltningsloven; det er «ethvert organ for stat eller kommune». «Lokalt offentlig organ» i forvaltningsområdet er «ethvert kommunalt, fylkeskommunalt og statlig organ som har en tjenestekrets som omfatter en kommune eller en del av en kommune i forvaltningsområdet», §3—1 nr. 3. Med «regionalt offentlig organ» menes «ethvert fylkeskommunalt og statlig organ som har en tjenestekrets som helt eller delvis omfatter flere av kommunene i forvaltningsområdet ..., men som likevel ikke er landsomfattende», §3—1 nr. 4.

I forhold til helse- og sosialsektoren betyr dette at den offentlige primærhelse-tjenesten, sosialtjenesten, inkludert rusmiddelomsorgen og barneverntjenesten, er

lokale organer. Herunder hører også sykehjem og andre boformer for heldøgns omsorg og pleie som hjemles i kommunehelsetjenesteloven. Regionale organer blir da helsetjenestens 2. og 3. linje, dvs. somatiske og psykiatriske sykehus, både på fylkes- og regionalt nivå, poliklinikker og etterbehandlingshjem og offentlige legespesialister, og de fylkeskommunale institusjoner for rusmiddelbrukere og barnevernet.

Samelovens språkregler ble føyet til Sameloven fra 1992 fordi det ble ansett som meget viktig å fastslå samisk språks betydning og status, og å gi samisktalende bedre muligheter til å fungere i både sitt eget og i det norske språksamfunnet. Reglene bygger på utredningen i NOU 1985:14 Samisk kultur og utdanning. Språkbestemmelsene er knyttet til samhandling mellom myndighetene og samisktalende borgere, og det er et viktig formål at forholdene legges til rette for best mulig kommunikasjon. Hovedreglene om bruk av samisk gis i §3—3, og skal sikre at den som henvender seg på samisk, også får svar på samme språk. Lokale myndigheter må kunne svare både skriftlig og muntlig, mens regionale myndigheter kan nøye seg med skriftlig kommunikasjon på samisk. På noen områder, slik som innenfor rettsvesenet og helse- og sosialsektoren, er retten til å bruke samisk utvidet, slik at også andre myndigheter må kommunisere muntlig.

Språkbestemmelsenes forarbeider fastslår at det er viktig for pasienter og klienter å kunne kommunisere på samisk. I NOU 1985: 14 ble det foreslått at retten til å bruke samisk i kontakt med helsevesenet skulle gjennomføres over hele landet, men i Ot.prp. nr. 60 1989—90 ble forslaget modifisert til å gjelde for de kommuner som utgjør forvaltningsområdet for samisk språk (sameloven §3—1).

Anvendelse av §3—5 skaper flere tolkningsproblemer. Det gjelder særlig betydningen av uttrykkene «helse- og sosialinstitusjoner» og «egne interesser». Det er også nødvendig å avgjøre om ordet «betjent» har en videre betydning enn ordet «svar» som brukes i §3—3.

Tolkning av «helse- og sosialinstitusjoner»

Særbestemmelsen i §3—5 gjelder etter overskriften for helse- og sosialsektoren, men ordlyden knyttes til helse- og sosialinstitusjoner. Forarbeidene er ikke særlig opplysende med hensyn til hva som menes med «helse- og sosialinstitusjon». Forslaget i NOU 1985:14 gjaldt pasienter ved helseinstitusjoner. Etter høringsrunden ble forslaget endret til å gjelde «den som tar kontakt med helse- og sosialinstitusjoner» (spesialmotivene til §3—5, Ot.prp. nr. 60 1989—90 s. 48). Det sies ikke noe om retten også skal gjelde dem som kommer i kontakt med slike institusjoner på andre måter, f.eks. den som blir bragt til sykehus etter ulykker, eller blir tvangsinnlagt etter lov om psykisk helsevern eller rusmiddelbestemmelsene i sosialtjenesteloven. Det sies heller ikke noe om hva som menes med «institusjoner».

I vanlig språkbruk menes med «helseinstitusjon» og «sosialinstitusjon» som regel et sted der pasienter eller klienter oppholder seg hele eller deler av døgnet for kortere eller lengre tid, typisk sykehus, alders- og sykehjem, kursted for rusmiddelbrukere, barnehjem, ettervernshjem osv. Hvis denne forståelse legges til grunn, faller det meste av primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten som ikke fører til sykehusinnleggelse, og all saksbehandling i sosial- og barneverntjenesten utenfor bestemmelsens rekkevidde. Dens anvendelsesområde blir da de foran nevnte typer institusjoner, som er kommunale, fylkeskommunale eller regionale. Statlige, nasjonale institusjoner, som f.eks. Rikshospitalets landsdekkende funksjoner (som organtransplantasjoner og enkelte andre behandlingstilbud), Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri og Statens senter for epilepsi omfattes etter ordlyden ikke.

Denne tolkningen fører til at bestemmelsen særlig får betydning for pasienter i kommunale sykehjem, samt inneliggende pasienter i helsetjenestens 2. og 3. linje, og klienter i de fylkeskommunale og regionale institusjoner under sosial- og barneverntjenesten, som etter hovedregelen i §3—3, 2. ledd ellers ikke kunne krevet svar på muntlige henvendelser på samisk. Pasienter i den kommunale primærhelsetjenesten og klienter i den kommunale sosial- og barneverntjenesten kan kreve at deres muntlige henvendelser på samisk blir besvart på samme språk. Men spørsmålet er om retten til å bli «betjent» etter §3—5 går videre enn retten til «svar» etter §3—3. I så fall vil pasienter og klienter som ikke er i institusjon få et dårligere tilbud enn de som er institusjonstilhørige.

Tolkning av «betjent» og «svar»

«Å bli betjent på samisk» må i vanlig språkbruk forstås slik at kommunikasjonen mellom tjenesteyteren og den som skal motta tjenesten, foregår på samisk. I forhold til helsevesenet må det bety at pasienten får all nødvendig informasjon, både skriftlig og muntlig, på samisk. Alle undersøkelser som gjøres skal ledsages av samisk språk, og pleiesituasjonen må innrettes slik at samisk blir talt. I sosialsektoren betyr det at all saksbehandling som angår klienten direkte må foregå på samisk.

«Å få svar på samisk» må nok i utgangspunktet forstås snevrere. Det innebærer at noen har henvendt seg på en måte som utkrever et svar. Den typiske situasjon som dekkes av uttrykket, er at en borger tar kontakt med myndighetene i en bestemt anledning, for å spørre om informasjon, inngi en søknad, en klage eller lignende. Dette passer godt med ordlyden i §3—3: «Den som henvender seg har rett til svar ...». Men denne situasjonsbeskrivelsen passer bare delvis på pasienters kontakt med helsevesenet, og ganske dårlig med publikums kontakt med den delen av sosialforvaltningen som driver oppsøkende virksomhet.

Det er riktig nok at pasienter henvender seg til helsevesenet, i den forstand at de tar kontakt med lege. Men hvis retten til å bruke sitt eget språk skal ha noen reell betydning, er det ikke nok å få svar; man må også bli spurt på sitt eget språk. Poenget er at hele samhandlingen må foregå på samisk — også når det gjelder for sosialtjenesten. Ganske mye av sosialtjenestens arbeid handler om å undersøke forholdene rundt klienten. For eksempel hjembesøk med hjemmel i sosialtjenesteloven eller barnevernloven hos samisktalende klienter bør foregå på samisk, selv om det ikke er klienten som har henvendt seg. Alle disse situasjonene dekkes bedre av «rett til å bli betjent» enn «rett til å få svar».

Formålet med spesialbestemmelsen i §3—5 var nettopp å sikre samhandlings-situasjonen, selv om det sies bare meget kortfattet. NOU 1885:14 sier: «Imidlertid må det ... nedfelles i norsk lov visse språklige minimumsrettigheter for samisktalende i Norge. Disse rettigheter må først og fremst være til stede der behovet for å uttrykke seg klart og presist, og behovet for å forstå de språkytringer enkeltindivider blir møtt med, er særlig viktig. I denne sammenheng står helsevern og rettsbeskyttelse sentralt. Språklig kommunikasjonssvikt på disse felter må antas å være særdeles uheldig for enkeltindivider (s. 188)». Samekulturutvalget foreslo derfor en rett for samisktalende til å bruke samisk som pasienter ved helseinstitusjoner. Departementet er enda knappere, men henviser til utvalgets forslag med høringsuttaler, og siterer fra proposisjonsutkastet: «Departementet mener at en rett til å bruke samisk overfor bl.a. helseinstitusjoner er meget viktig. Departementet foreslår derfor at det lovfestes en rett til å bruke samisk i forhold til offentlige helse- og sosialinstitusjoner» (Ot.prp. nr. 60 1989—90, s. 28). I spesialmotivene til §3—5 heter det: «Regelen har som hovedformål å sikre at klienters og pasienters interesser blir ivaretatt» (s. 48). Det er nærliggende å anta at valget av ordet «betjent»

fremfor «svar» i spesialbestemmelsen om utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren skulle understreke at det dreier seg om andre typer samhandlingssituasjoner enn dem som hovedregelen tar sikte på. Departementet sier riktignok i spesialmotivene i §3—5 at bestemmelsen «gir rett for den som tar kontakt med en helse- og sosialinstitusjon» (Ot.prp. nr. 60 1989—90 s. 48), og bruker nærmest samme formulering som den generelle bestemmelsen i §3—3. Men dette kan ikke forstås bokstavelig; ordvalget er kanskje influert av at departementet i avsnittet foran viser til sammenhengen mellom §3—5 og §3—3, ved å si at de organer som omfattes av §3—5 også har plikt til å bruke samisk etter §3—3. Denne plikten er imidlertid mindre omfattende enn spesialbestemmelsens.

Sammenfatning

Hvis både §3—3 og §3—5 forstås bokstavelig med hensyn til de ovennevnte tolkningsproblemer, altså slik at «institusjon» betyr innretning for opphold hele eller store deler av døgnet i kortere eller lengre tid, at «svar» betyr svar på henvendelse, og «betjent» tar sikte på en videre samhandlingssituasjon, blir konklusjonen at institusjonspasienter og -klienter har sterkere rettigheter enn pasienter og klienter utenfor institusjonene. Dette er ikke noe godt resultat. Man har like stort behov for å bli betjent på samisk hva enten helseproblemet kan løses poliklinisk, eller ved innleggelse i institusjon, og sosialtjenestens klienter som blir oppsøkt, må få samme språkrettigheter som dem som henvender seg selv.

Å utelukke pasienter og klienter fra den utvidede rett i §3—5 på bakgrunn av om de oppholder seg i eller tar kontakt med institusjoner, eller befinner seg i andre deler av helse- og sosialsektoren, samsvarer heller ikke med hva som er spesialbestemmelsens overskrift, nemlig utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren. Bestemmelsens formål er, som nevnt ovenfor, å sikre god forståelse i visse situasjoner der det er særlig nødvendig. Det er derfor naturlig å forstå bestemmelsen i tråd med overskriften og formålet, og på den bakgrunn forstå bestemmelsen dithen at retten til å bli betjent på samisk skal gjelde for faglig samhandling mellom samisktalende pasienter og klienter og helse- og sosialtjenestens organer i forvaltningsområdet.

Tolkning av «egne interesser»

Lovteksten begrenser retten til å bli betjent etter §3—5 til å gjelde den som skal ivareta sine egne interesser. Som utgangspunkt er dette greit; det er pasienten eller klienten selv som kan forlange at kommunikasjonen skal foregå på samisk. Andre som vil ivareta pasientens eller klientens interesser, må gjøre det på det språket som organet velger, med mindre organet har plikt til å svare på samisk etter §3—3. For eksempel vil kommunelegen ha plikt til å svare den som lovlig opptrer på pasientens vegne (for eksempel en fullmektig, jfr. forvaltningslovens §12, eller en advokat oppnevnt av en kontrollkommisjon for et psykiatrisk sykehus) på samisk, §3—3, første ledd. Men den samme fullmektig eller advokat som på pasientens vegne henvender seg til sykehuset, kan bare kreve svar på samisk hvis henvendelsen er skriftlig, §3—3, annet ledd.

En helt bokstavlig tolkning av «egne interesser» er likevel for snever. Man må nok i visse tilfelle innrømme andre retten til å bli betjent på samisk når de skal ivareta interessene til pasienter og klienter som ikke kan gjøre det selv. Det mest praktiske tilfelle er her foreldre og andre verger som opptrer på vegne av små barn. Det er kanskje drøyt å si at de ved å ivareta barnets interesser også ivaretar sine egne interesser, men det er som regel en såpass sterk identifikasjon mellom foreldre og

små barn at disse må kunne kreve betjening på samisk når barnet er pasient eller klient. Det samme behovet kan være til stede når oppnevnte verger opptrer for personer som er umyndiggjorte. Disse er i mange tilfeller nære slektninger, som har samme språkbakgrunn som den umyndiggjorte. Men også i tilfelle der det formelle vergemål ikke er ordnet, kan det være pårørende som rent faktisk må ivareta pasientens eller klientens interesser, og som best kan klare det på samisk. Dette er særlig praktisk mellom foreldre og voksne, psykisk utviklingshemmede eller sinnssyke barn, mellom barn og senile foreldre, og mellom ektefeller der den ene er senil eller sinnssyk. Ingen av disse situasjonene faller inn under ordlyden i §3—5, og bare de som har pårørende pasient eller klient i det lokale helse- eller sosialvesen, kan kreve svar på samisk etter §3—3. Men det vil være unødig formalistisk å avskjære retten til nødvendig kommunikasjon på samisk. I en del tilfelle vil legelovens informasjonsbestemmelser komme til hjelp, jfr. ovenfor. En rimelig tolkning av pårørendes rett til informasjon, jfr. legeloven §26, må være at informasjonen må gis på et språk den pårørende forstår så godt at informasjonen faktisk kan nå fram. Det kan tenkes tilfelle som ikke dekkes av legeloven hvor pårørende må kunne ivareta pasientens eller klientens interesser på samisk. Det er derfor all grunn til å forstå uttrykket «egne interesser», slik at det i konkrete tilfelle også omfatter nære pårørende som ivaretar interesser til pasienter eller klienter som selv på grunn av alder eller sinnstilstand er ute av stand til å gjøre det.

Særlig om fylkesnemnda

Av regionale organer i sosialsektoren er det fylkesnemnda som særlig vil komme i kontakt med klienter som snakker samisk. Fylkesnemnda er også omtalt under de generelle pasient- og klientrettighetene i "*Rettigheter og regionale variasjoner. Noen bakenforliggende forhold*" i kapittel 2. Spørsmålet er om fylkesnemnda i realiteten har slikt preg av å være domstol at også sameloven §3—4 om utvidet rett til bruk av samisk i rettsvesenet må gjelde. I forarbeidene til sosialtjenesteloven ble spørsmålet om hvilket organ som skulle behandle tvangssaker — grundig drøftet. Både sosiallovutvalget og departementet mente at den beste løsning var å opprette et nytt organ, fylkesnemnda, som kunne opparbeide sakkyndighet og også brukes i andre avgjørelser innenfor helse- og sosialsektoren.

Fylkesnemnda har gitt en utforming som i mangt minner sterkt om domstolene. De kan ikke instrueres av departementet, og det er i det alt vesentlige sivilprosessens regler som gjelder for saksbehandlingen. Selv om det understrekes at fylkesnemndene er forvaltningsorganer, og ikke domstoler (blant annet ved at anke over avgjørelsene skal gå til herreds- eller byretten), er nemnda for alle praktiske formål som en domstol å regne. Departementet sier: «En fylkesnemnd vil i utgangspunktet være et forvaltningsorgan, men vil etter departementets mening tilfredsstillende de krav man stiller til en domstolsbehandling, f.eks. i den europeiske menneskerettskonvensjon.» (Ot.prp. nr. 29, 1990—91).

Antagelig dekker Sameloven §3—5 de samme tilfeller som regnes opp i §3—4, fordi uttrykket «betjent» må antas å omfatte all faglig samhandling. Man må også anta at uttrykket «institusjon» må tolkes slik at fylkesnemnda inkluderes, jfr. ovenfor. Men i den utstrekning §3—4 skulle gi større rettigheter enn §3—5, er det mye som taler for at §3—4 også gjelder for fylkesnemnda.

Departementet bør ta hensyn til språkreglene ved oppnevning av utvalg til fylkesnemnder, jfr. sostjl. §9—2. Kan nemnda ikke betjene klienten på samisk, må man falle tilbake på tolk.

3.3.2 Noen praktiske konsekvenser av språkreglene

Den umiddelbare praktiske konsekvens av språkreglene er at helse- og sosialsektoren som har ansvar for kommunene i forvaltningsområdet, må ha ansatte som behersker både muntlig og skriftlig samisk. Hvis det ikke er mulig, kan språkrettighetene ivaretas ved hjelp av tolk, jfr. Ot.prp. nr. 60 1989—90 s. 28. Departementet forutsetter at tolketjenester er sekundært i forhold til at de ansatte selv behersker samisk, og understreker at målet må være å gi opplæring til flest mulig, slik at tolketjeneste på sikt blir mindre nødvendig.

For organer som befinner seg i forvaltningsområdet, må man forvente at språkreglene kan følges uten de store vanskeligheter. Det er mer nærliggende å tenke seg at det oppstår problemer i de regionale organer som har sete utenfor forvaltningsområdet, eller som skal betjene hele fylket eller regionen.

For helsevesenet fordrer språkreglene at sykehusene som betjener kommunene i forvaltningsområdet, kan stille samisktalende personell eller eventuelt tolk til disposisjon. Antagelig innebærer ikke retten til å bli betjent på samisk at pasientene skal ha konstant tilgang på samisktalende personell. Formålet med reglene er å ivareta pasientenes interesser, og det tilsier at retten til å bli betjent på samisk knyttes til kommunikasjonssituasjoner som har preg av faglig nødvendighet. Andre situasjoner, for eksempel matserving eller rengjøring, faller utenfor.

Det må også understrekes at språkreglene gir rettigheter til pasienter og klienter, som de kan benytte eller la være å benytte. Det kan tenkes situasjoner der samisktalende pasienter mener det er i deres egen interesse å bli behandlet av norsk-talende personell, for eksempel av medisinsk-faglige grunner. Disse kan ikke da henvises til samisktalende personell med den begrunnelse at språkreglene krever det. Begrunnelsen må i så fall knytte an til den alminnelige fordeling av oppgaver ved helseinstitusjonen.

Særlige spørsmål oppstår i forhold til pasienters journalinnsynsrett. Denne retten er en del av det å bli «betjent». Innsyn i egen journal er av vital betydning for å ivareta ens pasientrettigheter. Det må derfor antas at samel. §3—5 innebærer krav på å få oversatt journalen til samisk.

Fylkesmannen fungerer som klageinstans i sosialforvaltningen. Klagesaksbehandlingen foregår stort sett skriftlig, men den utvidede rett etter samel. §3—5 gjelder også for fylkesmannen under utøvelse av denne funksjon.

For å kunne oppfylle språkrettighetene, kan det være nødvendig med organisasjonsmessige endringer, og ansettelsespolitikken må innrettes med språkreglene for øyet. Her kan det oppstå konflikt mellom hensyn til faglig dyktighet og hensyn til samisk språkkyndighet. Som utgangspunkt må hensynet til faglig forsvarlighet veie tyngst, slik at språkhensynet får vekt først fra det punkt søkerens faglige kvalifikasjoner er tilstrekkelige for stillingen. Andre praktiske konsekvenser er at dataprogrammer må inneholde samiske bokstaver, og at informasjonsbrosjyrer om pasienters og klienters rettigheter og plikter må foreligge i samisk utgave.

3.3.3 Utgiftene

De ekstra utgiftene som måtte følge av språkrettighetene, for eksempel til tolketjeneste, opplæring, dataprogrammer, informasjonsmateriell osv., skal bæres gjennom departementale særbevilgninger til kommunene i forvaltningsområdet, Finnmark fylkeskommune, fylkesmannen i Finnmark og andre organer som har plikter etter loven. Et spørsmål som ikke løses direkte i loven eller forarbeidene, er utgifter som påløper regionale organer med sete utenfor Finnmark fylkeskommune, men med ansvar for kommuner i forvaltningsområdet, for eksempel Regionsykehuset i Tromsø eller Åsgård psykiatriske sykehus. Disse organer har en selvstendig plikt i

forhold til sameloven. De utfører tjenester i forlengelsen av Finnmark fylkeskommunes ansvarsområde, og får betaling av fylkeskommunen for det. Et avsnitt for «Andre regionale statlige organer» i Ot.prp. nr. 60 1989—90 s. 44, omtaler «lokale og regionale organ som ikke er omtalt spesielt». Her er det forutsatt at det antakelig bør gis særskilt kompensasjon til organer med ansvar for pasienter og klienter fra det samiske språkforvaltningsområdet.

Samisk språkråd er opprettet i 1992 i medhold av samelovens §3—12. Sametinget oppnevner rådets medlemmer, nestleder og leder. Regler om lovens oppgaver er gitt i forskrifter til samelovens språkregler. Sametinget disponerer en bevilgning over Kommunal- og arbeidsdepartementets budsjett, som fordeles av Samisk språkråd etter retningslinjer. Bevilgningen skal sette kommunene istand til i størst mulig grad å drive sin virksomhet på både samisk og norsk, og stimulere til tiltak for å gjøre lokalforvaltningen mest mulig tospråklig. Tilskuddsordningen omfatter de seks kommunene i forvaltningsområdet for språkreglene. Finnmark og Troms fylkeskommuner skal også få dekket utgifter som følge av samelovens språkregler. Det er dessuten forutsatt fra departementet at Sametinget etter skjønn kan beslutte at tildeling til andre organer som ivaretar forvaltningsinteresser på samisk dersom dette anses i samsvar med samelovens målsetting.

3.4 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

Overordnet mål: Likeverdige tilbud innen helse- og sosialsektoren til den norske og den samiske befolkning

Et overordnet mål må være likeverdige tilbud innen helse- og sosialsektoren til den norske og den samiske befolkning. Likeverdige tilbud innebærer at de norske helse- og sosialtjenestene må tilpasses de samiske pasienters og klienters behov. Dette vil kunne være forskjellig for de forskjellige delområder av helse- og sosialtjenestene, og vil variere med de forskjellige geografiske områder. På sikt må et slikt mål derfor innebære en faglig utvikling og innpassning av de samiske kulturelle og etniske aspekter i helse- og sosialfagene. Dette vil måtte være en prosess som må skje over tid. En forutsetning for å realisere et slikt mål er imidlertid at samer må bli forstått av helse- og sosialpersonell på sitt eget morsmål og ut fra sin egen kulturelle bakgrunn. Det er her de imiddelbare tiltakene må settes inn. Både sameloven, Grunnlovens §110A og alminnelige pasient- og klientrettigheter tilsier dette. Andre rettslige instrumenter som ILO-konvensjonen og Barnekonvensjonen kan også komme inn i bildet her.

Ifølge Samisk språklov har den som henvender seg på samisk til et lokalt offentlig organ i forvaltningsområdet rett til svar på samisk, muntlig såvel som skriftlig. Dette innebærer rett til tolk, eller rett til å bli betjent av samisktalende helse- eller sosialarbeider. Plikten til å besvare henvendelser på samisk gjelder også for fylkeskommunale institusjoner. Også utenom språkreglenes forvaltningsområde kan det være nødvendig med tilgjengelig tolk eller samiskspråklig helse- og sosialpersonell. Det er et spørsmål om bruk av tolk i tilstrekkelig grad ivaretar de språklige og kulturelle hensyn i helse- og sosialsektoren, og kanskje særlig i psykiatriske behandlingsinstitusjoner og innen delområder av sosialsektoren.

Det vil nok være i forhold til barn, funksjonshemmede, innen psykiatri, eldreomsorg og behandling av pasienter med spesielle lidelser som f.eks. afasi, at behovet for helsepersonell med samisk språk og kulturbakgrunn umiddelbart vil være mest synlig. Det må imidlertid være et mål å avdekke behovet for og spre kunnskap om dette behovet også hos andre grupper.

Rekruttering og kompetanseoppbygging med henblikk på samisk språk- og kulturkompetanse vil være avgjørende for å utvikle et likeverdig tjenestetilbud. Det

vil også gjelde en gjennomført og funksjonell bruk av tolk innen helse- og sosialsektoren. Det må også skje en utvikling av rutiner innen de forskjellige deler av helse- og sosialsektoren for bedre å ivareta de samiske brukerne, og det bør utvikles nettverk for kommunikasjon og fleksibel bruk av personell med samisk språk- og kulturkompetanse.

Hovedmål 1: Rekruttering og kompetanseoppbygging med henblikk på den samiske befolkningens behov

Rekruttering og kompetanseoppbygging med henblikk på den samiske befolkningens behov, vil være en grunnpillars i en tilpasning av helse- og sosialtjenestene til de samiske pasienters og klienter, og en forutsetning for å utvikle et likeverdig tjenestetilbud.

Det må skje en økning i rekrutteringen av helse- og sosialfaglig personell med samisk bakgrunn og med kunnskaper i samisk språk og kultur, såvel som med kunnskaper i transkulturelle forhold og etnisk medisin. Dette innebærer at det må gis større plass for språkopplæring og utvikling av tverrkulturell kompetanse i utdanningen av helse- og sosialpersonell. I denne utredningens "*Rekruttering og kompetanseoppbygging*" i kapittel 12 om rekruttering og kompetanseoppbygging omtales de tiltakene utvalget mener bør gjennomføres for å nå disse målene. Det berører også utdanning innen samisk språk og tolking, såvel som utdanning i forhold til behovene innen helse- og sosialsektoren.

Finnmark fylkes handlingsplan for utvikling av samisk kompetanse i Finnmark er en opplæringsplan for utvikling av fylkeskommunens kompetanse i både samisk språk og kulturforståelse. Dette er en plan som beskriver situasjonen vedrørende opplæring, og konkrete opplæringstiltak for utvikling av fylkeskommunens samiskkompetanse. Planen omhandler bl.a. tiltak for å utvikle samisk kompetanse ved de fylkeskommunale institusjoner, og utvikle sykehusenes kulturkompetanse på alle nivåer, inkludert ledernivå. Den går også inn for å ansette samisk utviklingskonsulent ved sykehusdirektørens stab ved ett av sykehusene. Det omfatter også tiltak for å utvikle nytilsattes kulturkompetanse ved sykehusene.

Hovedmål 2: En tilfredsstillende og funksjonell norsk- samisk/samisk-norsk tolketjeneste i helse- og sosialsektoren

En ordnet og funksjonell tolketjeneste i de samiske kommuner og ved de etater og institusjoner som betjener den samiske befolkning vil være av grunnleggende betydning dersom helse- og sosialtjenestene skal lykkes i å imøtekomme de samiske brukernes behov. I enkelte kommuner vil det også være en betingelse for å følge opp reglene for bruk av samisk språk i sameloven. Ut fra en medisinskfaglig synsvinkel er et godt samarbeid mellom behandler og pasient nødvendig for et godt behandlingsresultat. Ut fra et pasientrettighetsperspektiv er informasjon sentralt. Der behandleren ikke kan kommunisere med pasienten på samisk, vil bruk av tolk være et nødvendig hjelpemiddel.

Det vi har av kunnskap om tolkebehovet hos samiske brukere av helse- og sosialtjenester, viser at tolking er et nødvendig tiltak, men at det gjøres for mye tilfeldig bruk av tolkene.

Det hender at slektninger og medpasienter benyttes som tolk. Mye av pasientenes behov oppdages ved tilfeldigheter, og det er altfor mange tilfeller hvor tolkene ikke blir brukt når pasientene har behov for dem. En slik praksis rimer dårlig med god lege-etikk om å informere pasientene, og kan i verste fall resultere i feil-

behandling. Tolk bør være et naturlig tilbud til alle. Man kan ikke vente at pasientene selv skal gi uttrykk for at de trenger tolk.

Det ligger store utfordringer i å utvikle rutiner for identifisering av tolkebehov og for bruk av tolk. Tolk må være et tilbud som automatisk gis til samisktalende brukere av helse- og sosialtjenester uten at de trenger å be om det.

Delmål 1: Rutiner for identifisering av tolkebehov og for bruk av tolk

Man må etterhvert finne svar på spørsmålet om hvordan man skal organisere en tilfredsstillende og funksjonell tolketjeneste. Dette arbeidet må komme igang, og forseres, om enn gjennom forsøksvise prosjekter. De regionale forskjeller mellom de samiske områder vil muligens kunne slå ut i forhold til hva som vil være den mest funksjonelle organiseringen av en tolketjeneste i de forskjellige kommuner, fylkeskommuner og institusjoner. Likeledes vil nok tjenesten måtte organiseres forskjellig i forhold til helse- og sosialsektorens forskjellige deltjenester.

Første skritt mot en tilfredsstillende tolketjeneste må være å fange opp de pasientene som har et reelt behov for tolk allerede ved første gangs henvendelse til helse- og sosialtjenestene.

Det er kanskje i første rekke ved sykehjem, sykehus og Regionsykehus som betjener pasienter fra forvaltningsområdet for samisk språklov, at det må utvikles faste rutiner for bruk av tolk. Den praksis man har forsøkt å følge med at tolk kan tilkalles ut fra personalets behov, etter ønske fra pasienten selv eller fra pårørende, må utvikles videre slik at den kan fange opp alle pasientene som har behov for tolk.

Rutiner for bruk av tolk vil måtte gjenspeile hvordan det skal tolkes i forhold til de forskjellige pasientgrupper. Det har vi i dag lite kunnskap om. Det meste av det vi vet, forvaltes av helse- og sosialpersonell med samisk bakgrunn, eller med samisk språk- og kulturkompetanse. Viktige talsmenn for en etablert tolketjeneste er helse- og sosialpersonell uten en slik bakgrunn, men som har opplevd behovet for tolking.

De undersøkelser som er gjort om samiske brukeres behov for å kunne bruke sitt eget morsmål i kontakten med helse- og sosialpersonell, viser at også pasienter med dårlig ordforråd og en omtrentlig forståelse av norsk kan ha behov for tolk. Målgruppen for bruk av tolk bør derfor være både de rent samisktalende og de med manglende ferdigheter i norsk.

Tiltak 1: Utvikling av faste rutiner for bruk av tolk i kommuner, fylkeskommuner og institusjoner som betjener pasienter og klienter fra forvaltningsområdet for Samelovens språkregler

Utvalget mener at behovet for tolk er tilstede også utenfor forvaltningsområdet for samelovens språkregler, og at de alminnelige pasient- og klientrettigheter tilsier at tolk bør være et tilbud til den samiske befolkning, såvel som samiskspråklig personell. Det er imidlertid innenfor forvaltningsområdet for samelovens språkregler at myndighetene er særskilt forpliktet til å møte samene på deres eget språk. Det er derfor først og fremst innenfor dette området at tolketjenesten bør settes i system som en fast del av helse- og sosialsektorens virksomhet.

Tolkens arbeid kan organiseres på mange måter. Hver etat eller institusjon må utvikle tjenesten slik de finner det hensiktsmessig. I dette kapitlets framstilling av «det gode møte» mellom helse- og sosialtjenestene og de samiske brukere beskrives en mulig bruk av telematikk i tolketjenesten i den kommunale helse- og sosialtjenesten. Ved sykehus kan f.eks. tolken ha fast arbeidstid ved mottakelsesavdelingen med ambulering til sengeavdelinger for aktiv deltagelse i den totale pleie. En

del av tolkens arbeidstid kan eventuelt organiseres som passiv hjemmevakt med møteplikt ved øyeblikkelig hjelp.

Det må utvikles en praksis for å fange opp de pasientene som har et reelt behov for tolk allerede ved første gangs henvendelse til helse- og sosialtjenestene. Det må utvikles rutiner for å identifisere et tolkebehov. Her kan hjelpemidlene være enkle. Man kan begynne med å spørre pasientene hvor de er fra, hvilket språk deres foreldre brukte, og hvilket språk de selv foretrekker å bruke. Aksent er en annen indikator på tilhørighet. Man må gjerne bruke enkle ord på pasientenes eget språk. Norske leger i samiske områder har erfaringer for at det gir store kontaktskapende muligheter å snakke bare litt samisk.

For å finne fram til både enkeltpersoners og pasientgruppers behov for tolk, vil et samarbeid mellom primær- og sekundærhelsetjenesten være av betydning. Det er etterhvert en utviklet praksis at innvandreres behov varsles av primærhelsetjenesten før pasientene ankommer sykehus. Dette har ikke så mye vært regelen med samiske pasienter.

Ved sykehusinnleggelse bør det følge skriv fra primærhelsetjenesten hvor det går fram om pasienten trenger tolk. Da må det være fast rutine å tilkalle tolk. Samiske pasienter må uten unntak opplyses om mulighetene for bruk av tolk. Tilbudet bør sikres i situasjoner med ren legekonsultasjon, under legevisitten på sykehuset, og i størst mulig grad ellers også. Samisktalende pasienter kan ha behov for tolk gjennom hele døgnet. De skal ikke behøve å ligge i lengre tid og vente på tolk. Det er helt essensielt å spørre på samisk om pasientene behøver tolk. Dette er en for lengst innarbeidet praksis i andre sammenhenger, og pasientene vil ikke så lett avslå som når man spør dem på norsk.

Det bør være et mål at ved sykehus i samiske områder bør hver avdeling ha minst to samisktalende sykepleiere. Fagutdannet personell med samisk språk- og kulturkompetanse, og etterhvert med tolkekompetanse, bør kunne brukes spesielt i pleie og omsorg av samiske pasienter, og som tolker etter et avtalt system. Noen sykehus har i dag noen få samisktalende ved enkelte avdelinger. Disse er til uvurderlig hjelp både i behandling og pleie av pasientene, og som tolker.

For Finnmark bør det være mulig å få med i en felles prosedyrebok hvordan samiske pasienter skal møtes, evt. at dette innarbeides i de prosedyrebøkene som finnes på sykehusene i fylket og i regionen.

Det er behov for faste retningslinjer for bruk av tolker. Sykehusene bør opprette stillinger som tolk som bør besettes med språklig og tolkefaglig utdannede personer. Det vi hittil vet om språksituasjonen innen helse- og sosialsektoren, og om bruk av tolker i andre sammenhenger, tilsier at behovet for tolk vil komme for dagen etter at tilbudet er etablert og gjort kjent. Folks behov for tolk og for samiskspråklig personell henger sammen med institusjonenes holdninger til dette.

For sykehuset må en organisert tolketjeneste være billigere og sikrere enn å risikere utgifter ved forlenget liggetid og feildiagnostisering. En bevissthet rundt de samiske pasientenes behov og rettigheter må komme fram i alle trinn av helsevesenet, både i 1. og 2. linjetjenesten, på regionsykehus og rehabiliteringsinstitusjoner. Det må gjøres bevisst bruk av tolken både som kulturell og språklig formidler. Utvalget antar bruk av tolk i første reke bør kunne utvikles i de kommuner som inngår i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler, og ved de institusjoner som betjener pasienter og klienter fra disse områdene.

Rutiner for bruk av tolk vil bl.a. kunne sikres ved:

- Stillingsbeskrivelser for tolkene
- Tolkeutdanning med opplæringsplaner
- Språkopplæring, språkutvikling, vekt på ferdigheter i kulturell formidling som likeverdige komponenter i tolkeopplæringen

- Faglig utvikling og etterutdanning for tolker som også omfatter formidling av en annen kulturell virkelighet
- Graderte stillingsklassifiseringer. En tolk med helsefaglig utdanning bør ha høyere avlønning
- Opplæring av helse- og sosialpersonell i arbeid med tolk, og kjennskap til tolkens funksjon som både språklig og kulturell formidler
- Forskjellige tiltak for å skape en faglig samfølelse blant tolkene gjennom utdannelses tiltak, regionale arbeidsseminarer og møter, og dannelse av en forening for tolker og et forum for utveksling av erfaringer
- Eksplisitte retningslinjer for tolkenes arbeid som definerer den språklige og den kulturelle formidlingen
- System for opplysning til samiske pasienter og klienter om at tolken kan fungere både som språklig og kulturell formidler. Dette kan gjøres gjennom utarbeidelse av videoprogrammer, for å nå flest mulig målgrupper
- Møter og forum for kommunikasjon mellom pasienttolkene og fagpersonell

Tiltak 2: Prosjekter med bruk av tolk for kommuner og institusjoner utenom forvaltningsområdet for Samelovens språkregler

Utvalgets ser at det kan være behov for tolk også utenfor forvaltningsområdet for Samelovens språkregler, og at tilbud om tolk enkelte steder burde følge av de alminnelige pasient- og klientrettigheter. Tolk vil kunne være av stor betydning utenfor forvaltningsområdet, fordi tilgangen på samiskspråklig personell kan være mindre her. Det er imidlertid vanskelig å vite hvor behovet for tolk eksisterer, og hvor behovet er størst. De samiske områder er forskjellige, og behovet vil variere. Det ligger heller ikke noen særskilt forpliktelse slik som i samelovens språkregler om at samene skal møtes på sitt eget språk her. Det vil derfor være vanskelig å finne grunnlag for å etablere en tolketjeneste som en fast del av helse- og sosialsektorens virksomhet utenfor språkreglenes forvaltningsområde.

Imidlertid må det være et mål at også samer utenfor forvaltningsområdet kan bli betjent på samisk språk innen helse- og sosialsektoren der det er behov for det. Målet om et godt behandlingsresultat og hensynet til pasientrettigheter gjelder også her. Mulighetene for bruk av telemedisin vil også kunne utnyttes i denne sammenheng. Utvalget mener at tolketjenesten bør kunne utvikles som enkeltstående prosjekter utenfor forvaltningsområdet for samelovens språkregler, etter søknad fra institusjoner eller helse- og sosialpersonell i disse områdene. Her vil tolketjenesten kanskje i større grad være en beredskapstjeneste. Sosialdepartementet og Sametinget bør i fellesskap ha styring med og vurdere midler til dette. Tilskudd til slike prosjekter bør gå over Sametingets tilskudd til tospråklig virksomhet, og Sosialdepartementets midler til forsøksvirksomhet og utviklingsarbeid. Prosjektene bør nedfelles skriftlig, og evalueres av Sametinget og Sosialdepartementet i fellesskap, eventuelt i samarbeid med andre faginstanser.

Tiltak 3: Utvikling av telemedisin med henblikk på samiske brukere

En utvikling av de mulighetene som ligger i bruk av kommunikasjonsteknologi sett i forhold til samiske brukeres behov, bør kunne skje i regi av Prosjektet Telemedisin i Nord-Norge. Det ble startet av Televerkets forskningsinstitutt, og har siden 1988 vært drevet i nært samarbeid med Regionsykehuset i Tromsø. Det bør utvikles et prosjekt som særlig ser på mulighetene for tolking knyttet til telekommunikasjon i de nordlige fylkene, såvel som de sørligere samiske områder.

Samisk språk- og kulturkompetanse vil alltid være knappe ressurser som det vil være behov for over vide, spredtbygde områder. Telemedisinens muligheter for å lette det faglige samarbeidet innad i kommuner såvel som mellom 1. og 2. linjetjenesten, og over kommunale og fylkeskommunale grenser vil være særlig viktig for bruk av samisk kompetanse. Dette er også viktig tatt i betraktning de begrensninger som ligger i samelovens språkregler mht. å bli betjent på samisk.

En utvikling av telemedisinen vil på flere måter være vesentlig for en helse- og sosialtjeneste som bygger inn hensynet til samiske brukere. Den vil imøtekomme målsettingen om lik tilgang på tjenestene uavhengig av hvor i landet folk bor. Den vil bidra til å sikre målet om likeverdige tjenester for samer og nordmenn, da man lettere vil kunne legge inn hensynet til samisk språk og kultur i behandling og diagnose. Den vil bidra til å øke stabiliteten av helse- og sosialpersonell i spredtbygde områder, ved økt kontakt mellom 1. og 2. linjetjenesten, og bedre muligheter til veiledning og utdanning. Et eget prosjekt bør også vurdere muligheter i veiledning og utdanning med henblikk på samiske brukeres behov (jfr. "*Rekruttering og kompetanseoppbygging*" i kapittel om rekruttering og kompetanseoppbygging), og eventuelle andre dimensjoner som kan ha særskilt betydning for samiske brukere. Som vedlegg til denne utredningen følger en oversikt over teknologiske muligheter i bruk av ISDN og andre høyhastighets teletjenester, videofoni og videokonferanser.

Tiltak 4: Bevissthet rundt og utvikling av tolkens rolle som kulturell formidler

Den canadiske undersøkelsen som er referert i dette kapitlet illustrer de problemer som møter pasient, tolk og kliniker i transkulturelle møter, og den viser klart at tolking innebærer mye mer enn en ren oversettelse av ord fra ett språk til et annet. Det kreves at tolken har en viss forståelse for det kulturelle innhold i det folk uttaler, og en evne til å gjengi disse uttalelsene på en forståelig måte for mennesker med en annen kulturell bakgrunn. I en viss forstand kreves det også en evne til å «lese» pasientens og helsepersonellens holdninger og følelser i forbindelse med møtet, og at tolken kan arbeide for å sikre at begge parter forstår hva den annen ønsker og føler. Tolken må være aktiv og kunne stimulere til å framkalle det som viktige og konstruktive for samhandlingen. Dette innebærer at tolken ikke har en nøytral rolle, men fungerer som aktiv deltaker i samhandlingen. Den canadiske undersøkelsen tyder på at tolkens rolle er mest effektiv når den inneholder sterke funksjoner som kulturell megler og pasienttalsmann.

En eksplisitt talsmannfunksjon kan medføre at tolken må utfordre klinikerens under møtet. En implisitt talsmannfunksjon inntreffer når tolken forsøker å støtte pasientens eller helsepersonellens interesser ved å endre oversettelsene i løpet av et møte. En implisitt strategi vil framstå når mulighetene for en eksplisitt talsmannfunksjon er begrenset. Implisitte talsmannfunksjoner kan føre til mistolking, tvevetydighet og forvirring, og bidra til økt misnøye blant pasientene.

Det er utvalgets oppfatning at det også i Norge ligger store muligheter i en utvikling av tolkens rolle for å bedre samhandlingen mellom samer og helse- og sosialpersonell. Skrankene i samhandlingen mellom samene og det norske helse- og sosialvesenet antyder noen av mulighetene som ligger i en utvikling av tolkens rolle. I Norge har man hatt diskusjoner om direkte tolking vs. kulturell tilrettelegging, selv om disse diskusjonene ikke alltid har vært ført like direkte og eksplisitt. Det er hevdet klare synspunkter på at oversettelse og tolking ikke er rent språklige anliggender, men at det også har kulturelle implikasjoner. Dette tyder på at tolkene har en implisitt funksjon som talsmenn og kulturelle formidlere, uten at man dermed er bevisst hvordan denne rollen fungerer. Det finnes mange eksempler på tolken som talsmann eller kulturell formidler. Det er klart at klienten eller pasienten

opplever den samiske tolken som sin talsmann når vedkommende sier til tolken: «Du vet nå hvordan det er...», og forventer at tolken skal forklare den kulturbestemte eller sosiale konteksten for helse- eller sosialarbeideren. I en slik situasjon får tolken et valg om å være eksplisitt eller implisitt talsmann for pasienten eller klienten, uten at helse- og sosialpersonellet er klar over det, og uten at tolken har støtte fra et faglig miljø.

For å nå målet om en bevisst og riktig bruk av tolk i de forskjellige situasjoner innen helse- og sosialsektoren, så bør tilsvarende vurderinger omkring tolkens rolle i forhold til den samiske befolkning også gjøres her i landet. Det bør være eksplisitte diskusjoner i samiske fagmiljøer, blant helse- og sosialpersonell, sosialantropologer og andre samfunnsvitere. Det bør bl.a. vurderes å igangsette undersøkelser som den som er referert i dette kapitlet fra Canada. Dette bør kunne bidra til en klargjøring av tolkens rolle, hvilke muligheter som ligger i tolkens rolle som direkte oversetter og som kulturell formidler, og av hvilket behov det er for de forskjellige slags tolking i helse- og sosialvesenet i Norge. På et slikt grunnlag bør det kunne gjøres anbefalinger som vedrører utdanningen av tolker, instruks og rutiner for tolkene, etc., slik det er foreslått i denne utredningen.

Delmål 2. En tolketjeneste med utdannede tolker

Det har hittil ikke vært noen selvfølgelig regel at tolking mellom samisk og norsk i helse- og sosialsektoren har vært gjennomført av tolker som vært fast ansatt, eller som gjennomgått en tolkeutdanning. Relevante utdanningstilbud for tolker bør bidra til å rette på dette.

Tiltak 1: Relevante utdanningstilbud for tolker i helse- og sosialsektoren

Det bør tilligge Samisk Høgskole eventuelt i samarbeid med Universitetet i Tromsø å utvikle og organisere tilbud om kurs i tolking som videre- og etterutdanning, som passer for de forskjellige sektorer og nivåer innen helse- og sosialtjenesten. Kursene bør være kompetansegivende innen de forskjellige fagområder. Kommuner, institusjoner og etater bør også organisere tilbud om tolkekurs som videre- og etterutdanning blant sine ansatte. Kursene bør være kompetansegivende innen de forskjellige fagområder.

Hovedmål 3: Økt kvalitet for samiske brukere i helse- og sosialsektoren

Likeverdige tjenestetilbud til samer og nordmenn i helse- og sosialsektoren forutsetter en sikring av kvalitet i tjenestene med henblikk på de samiske brukernes behov. Utvalget ville se det som mest ønskelig om dette kunne skje som et helhetlig prosjekt som kunne omfatte kvalitetssikring i alle kommuner med samisk befolkning, og i alle institusjoner som betjener samer.

Kvalitetssikring i forhold til en etnisk og språklig minoritet innebærer imidlertid mye nytt, selv om mange av de indikatorene som er utviklet som kjennetegn på en kvalitetstjeneste på et mer teoretisk grunnlag, også omfatter forhold som vil være relevante i denne sammenheng. Utvalget ser derfor behovet for å prøve ut forskjellige kvalitetssikringstiltak som enkeltstående prosjekter. Det vil nok også være behov for å prøve ut forskjellige tiltak i de forskjellige deler av det samiske bosettingsområdet, og i de forskjellige delområder av helse- og sosialtjenestene.

Utvalgets forslag tar utgangspunkt i behovet for å øke kompetansen og forståelsen hos helse- og sosialpersonell med liten eller ingen bakgrunn fra arbeid i samiske områder, og i behovet for utvikling av tiltak direkte rettet mot den samiske

brukergruppen. Forslagene må også ses i sammenheng med de mer langsiktige tiltakene for rekruttering og kompetanseoppbygging som foreslås i denne utredningen. Utvalget har derfor valgt å foreslå endel enkelttiltak som tilsammen vil bidra til å heve kvaliteten av tjenester for de samiske pasienter og klienter, og som samlet vil kunne være en del av større kvalitetssikringsprosjekter. Forslagene går i to hovedretninger; det er forslag som tar sikte på å bygge opp kompetanse og forståelse hos helse- og sosialpersonell uten erfaring fra arbeid samiske områder, og det er tiltak som tar sikte på å legge til rette for samenes møte med helse- og sosialvesenet.

Utvalget vil også peke på sammenhengen mellom helse- og sosialtjenestenes kvalitet, og betydningen av informasjon sett fra et pasientrettighetsperspektiv. Sosialdepartementet slår i St.meld. nr. 50 (1993—94) fast at det fra en medisinsk-faglig synsvinkel er bred enighet om at et godt behandlingsresultat i utgangspunktet er avhengig av et godt samarbeid mellom pasient og behandler. Legelovens §25 såvel som andre helserettslige særlover omhandler retten til informasjon om helse-tilstand og behandling, og medvirkning til behandlingen. Dette utvalgets forslag om tolketjeneste, tilrettelegging for bruk av eget språk, og utvikling av kvalitetssikringstiltak for samiske brukere må også ses i dette perspektivet.

Delmål 1: Økt kunnskap om samiske og transkulturelle forhold hos helse- og sosialpersonell

Økt informasjon om samisk kultur, språk og samfunnsliv i alle deler av helse- og sosialtjenestene vil bidra til at helse- og sosialpersonell får øynene opp for språkproblemer og andre kulturbestemte forskjeller i uttrykkmåte når det angår sykdom og sosiale problemer.

Morsmålet er en viktig grunnsten i individets identitet, noe som igjen er vesentlig for psykisk helse. Ved å vise respekt for pasientens morsmål og kulturelle bakgrunn, kan legen støtte selvrespekten og identiteten hos pasienten. Rådgivningssamtaler om betydningen av språk og kultur, sammen med opplysning om tospråklighet, vil være viktig særlig i forhold til barnefamilier. Det må foreligge en slik kjennskap til samisk språk og kultur at språklige og kulturbestemte problemer blir tatt alvorlig. Problemene må kunne bli identifisert, og det må være mulig for helse- og sosialpersonell å finne fram til adekvate løsninger på basis av egne kunnskaper og ordninger innen de forskjellige sektorer. Dette er behov som finnes hos helse- og sosialpersonell både med samisk og norsk bakgrunn.

Språklige og kulturelle vanskeligheter må få status som godkjente problemer. Det har hittil vært tendenser til at norsk helse- og sosialpersonell har bagatellisert språklige og kulturelle forskjeller, mens de samiske har følt at de ikke har blitt «hørt». Selv om det ikke finnes umiddelbare løsninger på problemene, så er ingen tjent med at de stikkes under en stol. En førstehånds informasjon om samiske forhold vil ikke løse alle problemer, og vil være forskjellig fra den utvikling innen de forskjellige fagområder som vil være nødvendig for å identifisere problemer og finne fram til løsninger. En grunnleggende informasjon vil imidlertid bidra til en faglig utvikling og bevisstgjøring på flere plan.

Det er behov for holdningsendringer når helsepersonell gir uttrykk for at pasienten forstår norsk «bare vedkommende anstrenger seg litt», og det er behov for kunnskap når de går ut fra at foreldre kan tolke når barn er syke. Bruk av fast ansatte som tolker ved institusjoner kan også være en sovepute, og holdninger som «det er alltid noen på huset som kan samisk» kan tilsløre behovet for tolk og kompetent språklig assistanse. Helse- og sosialpersonell må forstå betydningen av og lære å bruke en ordnet tolketjeneste, slik at brukerne kan bli betjent på samisk når det er

behov for det. Situasjoner hvor behandlere i helsevesenet har hatt for dårlig kunnskap om samenes situasjon til at de har kunnet gi samiske pasienter optimal behandling må være en saga blott.

Tiltak 1: Obligatoriske kurs for nytilsatte i samisk historie og samfunnsforhold

Ved kommuner og institusjoner i samiske områder bør det derfor være obligatoriske kurs i samisk historie, kultur og samfunnsliv for nyansatte. Slike kurs kan for gjennomføres samtidig med nyansattekursene ved sentralsykehusene og ved Regionsykehusene. Slike kurs vil være svært viktig inntil fagområder som samisk kultur og historie, transkulturell kommunikasjon, etnisitet og minoritetsforhold får en selvfølgelig plass ved våre grunnutdanninger, og vil være et tiltak av avgjørende betydning dersom den samiske befolkning skal få et reelt likeverdig tilbud om helse- og sosialtjenester slik som den øvrige befolkning. Et kurs arrangert ved Regionsykehuset i Tromsø i 1994 viste klart behovet for slike kurs. Den nye sosiallovens vektlegging på etter- og videreutdanning må også omfatte utdanning i samisk språk, kultur og samfunnsforståelse.

Tiltak 2: En lommeparlør til bruk i helse- og sosialsektoren

En ide som fortjener oppfølging er å lage en lommeparlør — en miniordbok — med de mest brukte uttrykkene i en legekonsultasjon. Denne kan inneholde uttrykk som: Trenger du tolk?, Kan du kle av deg?, Har du vondt?, Når startet smertene? osv. Til denne lommeparløren kan det høre en kassett med korrekt uttale. Lommeparløren med kassett kan være pensum i et språkkurs. Et slikt kurs kan tilsvare minstekravet til de samiskkunnskaper norsktalende helsepersonell skal ha før de begynner å jobbe i samiske områder. Utviklingen av et slikt kursoppbygg bør bygge på den samiske medisinske ordboken som allerede er utarbeidet, og som det er høstet gode erfaringer med.

Tolketjenesten bør ikke bli en sovepute, men en inspirasjon for norsktalende til selv å lære de viktigste språklige og kulturelle uttrykksformene. Det beste og rikeste er å kunne kommunisere med brukerne selv. Det vil være utgangspunktet for å skape tillit og en bedre helse- og sosialtjeneste. Et enkelt språk vil også kunne være en hjelp for å identifisere de pasientene som har behov for tolk.

Tiltak 3: Kurs i bruk av tolk for helse- og sosialpersonell

Det bør også utvikles tilbud om kurs i opplæring i bruk av tolker i helse- og sosialsektoren. I likhet med kursene i tolking bør kommuner, institusjoner og etater også organisere tilbud om kurs i bruk av tolk som videre- og etterutdanning. Kursene bør være kompetansegivende innen de forskjellige fagområder.

Tiltak 4: Vurdering av behovet for og en mulig organisering av en veiledningstjeneste for helsepersonell i fleretniske samfunn i Nord-Norge

Dersom man skal kunne gjennomføre den nødvendige utvikling av kompetanse, og finne fram til de tiltak som vil være nødvendige for å bedre situasjonen til de samiske pasienter og klienter, så vil en velfungerende veiledningstjeneste være et viktig tiltak. En slik veiledningstjeneste bør være tilgjengelig for alt helsepersonell i fleretniske områder i Nord-Norge. Veiledningstjenesten bør ha spesiell kompetanse i etniske og flerkulturelle forhold slik disse er relevante for Nord-Norge. Det bør bl.a. kunne organiseres med bistand fra fagfeltet etnisk medisin dersom dette

etableres ved Universitetet i Tromsø. Det bør være både en forebyggende og en klinisk rådgivningstjeneste. Oppbyggingen bør skje i etter råd fra Sametinget og fylkeskommuner i Helseregion 5. Det bør vurderes å prioritere funksjoner i forhold til barn og unge i en oppbyggingsfase.

Tiltak 5: Innarbeiding av kapitler om etnisk transkulturell medisin i håndbøker for helse- og sosialpersonell

Et virkemiddel for å spre informasjon om samisk kultur, språk og samfunnsnivå blant helse- og sosialpersonell, og spesielle forhold som angår sykdom og sosiale problemer vil være å innarbeide dette i de forskjellige håndbøker som finnes for denne gruppen. Håndbøker for helse- og sosialpersonell bør innarbeide kapitler om etnisk transkulturell medisin. Helsestasjonsboka kan være et eksempel hvor det er behov for dette. Bør innarbeides ved nyutgivelser eller lages tillegg. De aktuelle forlagene bør forestå et slikt arbeid. Vektlegging på etnisk transkulturell medisin bør tillegges vekt ved håndbøkernes godkjenning hos offentlig instans (Helsetilsynet).

Delmål 2: Utvikling av tiltak som bedrer kvaliteten for samiske brukere i helse- og sosialsektoren

Det er gjort lite arbeid innen kvalitetssikring med særlig sikte på de samiske brukernes behov. Utvalget har derfor valgt å foreslå endel enkelttiltak som tilsammen vil bidra til å heve kvaliteten av tjenester for de samiske pasienter og klienter, og som samlet vil kunne utgjøre større kvalitetssikringsprosjekter.

Tiltak 2: Helse- og sosialfaglig informasjon til den samiske allmennhet på samisk

Når det gjelder den samiske befolkning, vil det være behov for å gjøre folk kjent med ordninger og rettigheter innen helse- og sosialsektoren på samisk. Det er også behov for ren helseopplysning på samisk, såvel som kostholdsveiledning, forebyggende tannhelse, orientering om forurensningstrusler, endringer i naturen, og tiltak innen forskjellige områder.

Dersom helseopplysning gis direkte på klientens eget språk, kan den bedre tilpasses de kulturelle forhold klienten lever under. Siden ikke alle samer er vant med å lese sitt eget språk, vil f.eks. legen lettere kunne nå fram med helsefremmende ideer dersom han kan snakke direkte med pasienten på samisk. Radio- og fjernsyns-sendinger på samisk bør kunne benyttes for helsetemaer og sosialproblematikk. Forskjellige etater kan bidra i utviklingen av spesielle temaer, det kan være temaer knyttet til trygdeetatens virksomhet, såvel som temaer knyttet til forskjellige former for forebyggende arbeid.

Dette vil for enkelte også bidra til utvikling av rent språklige kunnskaper og faglig terminologi, det vil gjøre folk mer vant med samisk som et kommunikasjons-språk innen helse- og sosialsektoren, såvel som å bidra til å øke samisktalendes trygghet, og å høyne det samiske språkets status i kommunikasjonen med helse- og sosialvesenet.

Tiltak 2: Spesielle tilbud til samiske barn på sykehus og institusjon

Det bør etterhvert utvikles særskilte tilbud til samiske barn innlagt på sykehuset, slik som fast avtale med samisktalende førskolelærer for samisktalende barn på sykehus og institusjon. Dette er tiltak som haster. Tilbudene bør omfatte både norsk- og samiskspråklige samiske barn. De bør utvikles og utprøves i alle sykehus

og institusjoner hvor det er samiske barn umiddelbart. Det vil også være viktig å oppsummere og utveksle erfaringer med tiltakene. Sykehus og institusjoner innen Helseregion 5 bør være toneangivende her.

Tiltak 3: Bruk av samisk tolk som følge fra den kommunale helsetjenesten til sykehus. Vurdering av forskrifter og rundskriv til folketrygdlovens § 2,6 nr. 1 og 2

I dag er det en praksis hvor samiskspråklig følge både begrunnes i «medisinske og behandlingmessige grunner», og i behovet for tolk på reisen. Utvalget mener at behov for tolk må framgå som en klar begrunnelse for ledsager for samisktalende pasient som ikke snakker norsk. Det bør derfor vurderes endringer i forskrifter og rundskriv til folketrygdlovens §2,6 om godtgjøring av utgifter ved reiser for undersøkelse og behandling, eventuelt at Rikstrygdeverket sender ut en orientering som presiserer praktiseringen av forskriftene. Dette må gjøres av Sosialdepartementet og Rikstrygdeverket i samråd med de lokale trygdekontorer og Sametinget.

Tiltak 4: Pasientvennordning for norsk- og samisktalende samer på sykehus og institusjon

Pasienters behov for å bruke samisk språk under et opphold på institusjon tilsvarer ikke behovet for tolking. Det er behov for samisk til andre samtaler enn der hvor det er behov for tolk. Til en del kommunikasjon trengs ikke tolk, det er i større grad behov for en annen samiskspråklig person å snakke med. Norskspråklige samer i institusjon vil også kunne ha behov for samtale med en person med samisk bakgrunn. En ordning med frivillige pasientvenner med samisk språk- og kulturbakgrunn vil kunne være til stor hjelp for samer på sykehus og på institusjon. Det gjelder hele det samiske bosettingområdet, og i de større byene. Sykehus og institusjoner bør motivere til å utvikle ordninger for pasientvenner med samisk språklig og kulturell bakgrunn. I større byer bør det eventuelt også registreres hvilke samiske språk de forskjellige pasientvennene kan kommunisere på, og i hvilke samiske områder de er kjent eller har slekt.

Tiltak 5: Utvikling av kulturelt relevante tiltak for samiske pasienter og klienter

Framstillingen av «det gode møte» mellom den samiske pasient og helsevesenet i dette kapitlet illustrerer noen av de mulighetene som ligger i en praktisering av sykepleie over kulturgrenser. Her må det dreie seg om en utvikling på sikt, basert på utprøving av praktiske pleietiltak i institusjoner i samiske områder, etc.

Innsikt i hvordan kulturelle hensyn kan praktiseres innen de forskjellige delområder i helse- og sosialsektoren, bør etter utvalgets oppfatning være en naturlig del av kompetansen hos helse- og sosialpersonell i områder med samisk befolkning. Den bør komme i tillegg til språkkompetanse og det man kan kalle orienteringskunnskap om forholdene i samiske områder.

Dette er en kompetanse som må bygges opp over tid. Det må gjøres ved å hente inn eksisterende praktiske erfaringer, såvel som gjennom oppbygging av teoretisk kunnskap. Praktisering av et kulturelt perspektiv vil måtte utprøves gjennom prosjekter og tiltak. Det kan være å prøve ut praktiske pleietiltak i institusjoner i samiske områder. Realiseringen av desentraliserte utdanningstilbud i samiske områder vil også kunne spille en rolle her. Målet må være å finne fram til hvordan man skal innpasse etniske og etiske synsvinkler i en tverrkulturell tilnærming innen de forskjellige fagområder. Eksempel på et kulturelt perspektiv kan være utvalgets forslag i *"Samiske barn og unge mellom to kulturer"* i kapittel 5 om å innpasse det

samiske perspektivet i helsestasjonens arbeid. Forøvrig vil sykehus og institusjoner være naturlige arenaer for å gjennomføre slike prosjekter. Utviklingen av slike tiltak vil sammen med tiltak som støtter bruk av samisk språk, måtte være en vesentlig del av et mer omfattende kvalitetssikringsarbeid.

Prosjektene må ta sikte på å utdype behovet for og muligheter for å praktisere tverrkulturell kunnskap i forhold til samiske brukere i de forskjellige deler av helse- og sosialsektoren. Ansvarlige for slike prosjekter bør være utdannings- og forskningsinstitusjoner i samiske områder, slik som Tromsø Helsefaghøgskole og Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Finnmark, Finnmark Sykepleierhøgskole og Samisk Høgskole.

Erfaringene må så raskt som mulig innarbeides i virksomheten ved de forskjellige utdanningsinstitusjoner, og formidles gjennom kurs og etterutdanningstilbud.

Tiltak 6: Kvalitetssikring for samiske brukere. Utvikling og sikring av rutiner som ivaretar de samiske brukernes behov i møtet med helse- og sosialvesenet

Etterhvert som det bygges opp en kompetanse i samisk språk og om samiske forhold i de forskjellige deler av helse- og sosialtjenesten, så bør denne kunnskapen settes i system med sikte på å ivareta de samiske brukernes behov. Det vil si at det utvikles rutiner for å sikre kvaliteten i tjenestene i forhold til samiske brukere.

Det vil være rutiner som fanger opp de samiske pasienter og klienter, og som registrerer deres behov for å bli møtt av noen som kjenner deres språklige og kulturelle bakgrunn. Tolketjenesten må utvikles og nyanseres, og det må organiseres en fleksibel bruk av samisk personell uten at dette blir en belastning for de det gjelder. Der hvor pasienten kommer inn i følge med tolk, bør denne delta i inntakssamtalene på sykehuset, dersom sykehusets tolk ikke er tilgjengelig. Utvikling av slike rutiner må være en prosess innen primærhelsetjenesten såvel som i sykehus og andre institusjoner. Det vil sikre tjenestenes kvalitet for de samiske brukerne, og vil være en nødvendig betingelse for å oppnå målet om likeverdige tjenester for den norske og den samiske befolkning.

Sosialdepartementet har satt kvalitet og kvalitetssikring på dagsorden. Diskusjonen om kvalitet og utvikling av systemer for kvalitetssikring i forhold til samiske pasienter har ikke blitt ført i noen utpreget grad innen helse- og sosialsektoren. Opplevelsen av samiske pasienters og klienters problemer har nærmest vært å regne som et privat problem for de av de ansatte i helse- og sosialsektoren som har sett disse problemene, og for de pårørende. Rekruttering av helse- og sosialarbeidere med samisk bakgrunn har vært en av forutsetningene for å få diskusjonen om tjenestetilbudet til den samiske pasient opp på dagsorden. Medvirkning fra denne gruppen vil også være en forutsetning for å utvikle videre kvaliteten i tjenestene til den samiske befolkning.

En slik kvalitetssikring innebærer i første rekke å sikre høy faglig kvalitet på tjenestene, bl.a. ved å vurdere standarder for utdanning, bemanningsnormer, prosedyrer, behandlingsnormer, etc. Kvalitetssikring i videre forstand vil også innebære det arbeidet som vil være nødvendig for å sikre en tilgjengelig helsetjeneste. Det innebærer å utføre de oppgaver som de aktuelle brukergruppene finner mest relevant, på en mest mulig forsvarlig måte, slik at alle nivåer og faggrupper få et ansvar i kvalitetssikringsarbeidet. Utviklingen av kvalitetssikringstiltak betinger en kompetanseoppbygging og et samarbeid mellom profesjonsgrupper på tvers av nivå- og institusjonsgrenser. En helse- og sosialtjeneste med relevant kvalitet er en tjeneste tilpasset brukernes behov. Å se kvalitet i forhold til brukernes behov vil si å anlegge et brukerperspektiv, dvs. et «fra bunnen- perspektiv» eller et «innenfra-perspek-

tiv». Kvalitetssikring bør være en kontinuerlig prosess i alt arbeid i helse- og sosialsektoren.

Det bør igangsettes prosjekter som ser på kvalitetssikring i forhold til samiske pasienter og klienter, slik at man innenfor de forskjellige sektorer og nivåer kan finne ut hva som skal sikres, og hvordan. Et kvalitetsperspektiv fokusert på den samiske brukergruppen vil vedrøre kvalitetssikring gjennom hele det systemet av helse- og sosialtjenester som må fungere vis-a-vis den samiske brukergruppen. Tjenester tilpasset de samiske brukernes behov vil si tjenester som er relevante og tilgjengelige, og som holder mål rent faglig, i tillegg til at de ulike ledd i tjenestesystemet bør fungere så knirkefritt sammen at den nødvendige oppgave- og arbeidsdeling ikke blir et problem for brukerne. Prosjekter vedrørende kvalitetssikring bør gi svar på spørsmålet: Hva kjennetegner en kvalitetsmessig helse- og sosialtjeneste i forhold til samiske brukere? Det bør kunne være av praktisk og umiddelbar betydning for helse- og sosialarbeidere i samiske områder.

Problemer og tiltak beskrevet i denne utredningen gir kun en pekepinn om noe av det som bør danne utgangspunktet for kvalitetssikringsarbeidet. Det må foretas et videre arbeid for å finne fram til kjennetegnene ved kvalitetstjenester i forhold til samiske brukere. Det må også tas med i betraktning at en kvalitetstjeneste som inneholder bedre vilkår for samhandlingen, også vil øke effektiviteten på tjenestene.

En målsetting om å utvikle kvaliteten i den norske helse- og sosialtjenesten bør innebære å ta de nødvendige hensyn til en gruppe som samene i sin virksomhet. Sosialdepartementet har utviklet endel fellestrekk eller indikatorer som kjennetegner en kvalitetstjeneste uansett nivå eller tjenestetype. Her ligger forslag til prosjekter om bl.a. tilgjengeligheten av tjenester, informasjon og holdningsskapende arbeid som vil være relevante både for samer og andre etniske grupper i Norge. En oppstilling av indikatorene finnes i vedlegg til denne utredningen. Sosialdepartementet /Statens Helsetilsyn bør kunne veilede og bevilge midler til prosjekter som er innrettet på den samiske befolkning i sitt arbeid med kvalitetssikring.

Tiltak 7: Prosjekt for utvikling av et landsdekkende nettverkssamarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner, sykehus og andre institusjoner om fleksibel bruk av samisk språklige og kulturell kompetanse

Det må etter utvalgets oppfatning igangsettes et tiltak i form av et prosjekt med det mål å utvikle et hensiktsmessig landsdekkende nettverkssamarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner, sykehus og andre institusjoner om fleksibel og adekvat bruk av samisk språklig og kulturell kompetanse.

Den samiske befolkning er spredt over store avstander, og det er knapphet på personell som har relevant kompetanse i samisk språk og kultur. Et slikt prosjekt bør ta hensyn til de regionale variasjoner i kultur og språk som finnes mellom de forskjellige grupper av den samiske befolkning. De forskjellige former for faglig samisk kompetanse som er under utvikling både innen helse- og sosialsektoren, må etterhvert innlemmes i et slikt nettverk.

Et nettverksbasert system for bruk av de nevnte ressurser vil si et system som må planlegges og prøves ut over en tidsperiode. Det må innebære rutiner for bruk og utveksling av ressurser, og forutsetter oversikt over samlet kapasitet, hvor de forskjellige former for ressurser og kapasiteter finnes, samt bygge på kjennskap og hensyn til lokale behov.

Et slikt prosjekt vil innebære et nettverk for utveksling av ressurser, kompetanse og pasienter/klienter mellom de forskjellige institusjoner og regioner. Det vil kompensere for ressurser som ikke finnes eller som ikke lar seg desentralisere, og

det vil være uttrykk for et felles ansvar for å trekke inn den samiske språklige og kulturelle kompetansen. Det må nøye vurderes og utprøves hvilke faglige baser som bør ligge hvor. Ambulering av spesialister, utnyttelse av mulighetene i telemedisin og utveksling eller hospitering av personell må vurderes i denne sammenheng. Økt fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse må være en klar hensikt med prosjektet.

Det er i dag en utvikling innen det norske helsevesen i retning av en mer helhetlig sykehustjeneste, med funksjonsdeling og nettverkssamarbeid mellom sykehusene. Ifølge St. meld. nr. 50 (1993—94) Samarbeid og styring, bør det tilstrebes større fleksibilitet og samordning på tvers av institusjoner og geografiske (administrative) grenser. Meldingen omtaler i denne sammenheng nettverksmodellen som en form for fleksibel organisatorisk løsning.

Det vil etter utvalgets oppfatning være i tråd med denne tankegangen, og en naturlig konsekvens av mangelen på ressurser med samisk språklig og kulturell kompetanse, at det utvikles et nettverkssamarbeid om fleksibel og hensiktsmessig bruk av samisk språklig og kulturell kompetanse.

Det er utvalgets oppfatning at de regionale helseutvalg i regioner med samisk befolkning, Sosialdepartementet og Sametinget i fellesskap bør legge til rette for at det utvikles et slikt prosjekt. (De regionale helseutvalg skal bl.a. gi råd om samordning, funksjonsfordeling og nettverkssamarbeid i regionene, styrke utviklingsarbeidet, osv.) Fylkeskommunene og kommunene må fatte vedtak om deltagelse og samarbeid i nettverket. Det bør vurderes utprøvd over en periode på 3—5 år, og evalueres av Sametinget, kommuner og fylkeskommuner, samt Sosial- og helsedepartementet.

Tiltak 8: Utredning av hvordan samenes interesser skal ivaretas i pasientombudsfunksjonen

St. meld. nr. 50 (1993—94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste foreslår å opprette pasientombudsfunksjoner i alle fylker. Over halvparten av landets fylker har i dag en slik ordning. De har ulike oppgaver og arbeidsformer. De fleste har fylkeskommunale institusjoner som virkefelt, men noen virker også innenfor den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Til tross for ulikhetene kan målene for de eksisterende ordningene med pasientombud kort oppsummeres som

1. å sørge for at pasienten får ivaretatt sine rettigheter og styrket sin medbestemmelse og innflytelse over helsetjenesten, og
2. å bedre kvaliteten i helsetjenesten ved å sette brukerne og deres behov i sentrum.

Pasientombudenes funksjon omfatter gjerne generell rådgivning, veiledning og informasjon, hjelp til å fremme og følge opp klager, samt meglings eller formidlings av kontakt mellom pasient og behandler.

Det er vanlig å skille mellom fire hovedformer for helsehjelp, nemlig vurdering, utredning, behandling, samt pleie og omsorg. De skal være basert på pasientens egne opplysninger og en samhandling med pasienten. Framstillingen i dette kapitlet viser at det ikke alltid er tilfelle i forhold til samene. Det er derfor behov for et pasientombud som har spesielle oppgaver i forhold til den samiske befolkning. Utvalget finner imidlertid at spørsmålet om hvordan pasientombudsfunksjonene skal ivaretas i forhold til den samiske befolkning, krever en grundig gjennomgang. Det kan gjøres ved å opprette et eget pasientombud for den samiske befolk-

ning, eller ved at de ordinære pasientombudene får spesielle oppgaver i forhold til den samiske befolkning.

Utvalget mener at Sosialdepartementet, fylkeskommunene i helseregion 5 og Sametinget bør diskutere hvordan hensynet til den samiske befolkning best kan ivaretas i pasientombudsfunksjonen. Det bør eventuelt utarbeides anbefalinger vedrørende arbeidsformer, organisering og finansiering av en ordning med et eget pasientombud for den samiske befolkning. Utvalget antar et det et samisk pasientombud vil omfatte alle tjenestegrupper og forvaltningsnivåer. En slik ordning vil kunne prøves ut over en periode på tre år.

Tiltak 9: Vurdering av situasjonen for den samiske minoritet i Norge i forbindelse med nytt forslag til pasientrettighetslov

Det har i den senere tid vært fokusert på pasientrettigheter i flere helsepolitiske dokumenter, og det har vært diskutert å lage en egen samlet lov om pasientrettigheter. Regjeringen har således foreslått at det utarbeides et nytt forslag til pasientrettighetslov.

Det er utvalgets oppfatning at man i utarbeidelsen av ny lov om pasientrettigheter bør vurdere nøye situasjonen til den samiske minoritet i Norge. Her bør Sametinget konsulteres. Det vil være i samsvar med Sameloven og Grunnlovens §110A, og de internasjonale instrumenter Norge er bundet av i forhold til samene, i første rekke ILO-konvensjonen.

Denne utredningens "*Rettigheter og regionale variasjoner. Noen bakenforliggende forhold*" i kapittel 2 gir et bilde av gjeldende rett med hensyn til de alminnelige pasient- og klientrettigheter i helse- og sosialsektoren. Utvalget har i den sammenheng bemerket behovet for en tilnærming mellom helse- og sosialretten og sameretten. Pasientrettigheter kan være et felt hvor en slik tilnærming kan være nødvendig.

Hovedmål 4: En samhandling innenfor rammen av samisk språk i helse- og sosialsektoren i samiske områder

For å realisere en overordnet målsettingen om likeverdige tilbud til den norske og den samiske befolkning innen helse- og sosialsektoren, så bør forholdene legges til rette for at samhandlingen mellom samiskspråklige pasienter, klienter og behandlere kan foregå på samisk. Det forutsetter at det er mulig også for brukere av helse- og sosialtjenester i områdene utenfor forvaltningsområdet for samelovens språkregler å bruke samisk språk i kontakten med helse- og sosialvesenet, i tillegg til det behovet for kulturell forståelse og innsikt som kan være nødvendig for en god samhandling. Mest grunnleggende er imidlertid en utvikling av samisk som fagspråk i helse- og sosialsektoren.

Delmål 1: Utvikling og innarbeiding av samisk som fagspråk i helse- og sosialsektoren

Dette kapitlet har antydnet noen av de problemene som følger av at også samiske behandlere i lang tid har brukt norsk språk i forhold til samiske pasienter og klienter. Samisk er blitt fremmed som kommunikasjonsspråk i helse- og sosialsektoren også for samiskspråklige. Helse- og sosialpersonell med samisk språklig bakgrunn har en utdanning hvor norsk har blitt innlært som fagspråk. Det samiske språket har heller ikke vært i noen sterk stilling i de samiske områder. Samiske helse- og sosialarbeidere har således vært i en situasjon med stadige oversettelser mellom norsk

og samisk i løpet av en arbeidsdag for samtaler med kolleger og pasienter/klienter. Det har ikke vært gitt at samisk har vært hovedspråket selv om både behandler og brukere av tjenestene har hatt samisk språklig bakgrunn. Også der hvor man nå har utviklet samiskspråklige institusjoner, så er det behov for en språklig utvikling som legger bedre til rette for bruk av samisk i samhandlingssituasjonen.

Tiltak 1: Et prosjekt for terminologiutvikling

Det bør skje et utviklingsarbeid i regi av Samisk språkråd, og i samarbeid med samiske helse- og sosialarbeidere med sikte på å utvikle bruken av samisk språk i helse- og sosialsektoren. Andre samarbeidspartnere kan være Universitetet i Tromsø, Nordisk Samisk Institutt og Samisk Høgskole. Dette er et prosjekt som bør startes opp umiddelbart. Det bør ta sikte på å utvikle samisk terminologi slik at samisk kan nyttes i faglige sammenhenger av samisk helse- og sosialpersonell, og i samhandlingssituasjonen og i daglige brukssituasjoner for pasienter og klienter. Prosjektet bør være praktisk innrettet, og kan spenne fra skilting ved sykehus og andre institusjoner, til å beskrive uttrykk for smerte og sykdomsforståelse.

Tiltak 2: En samisk — norsk/norsk-samisk medisinsk ordbok

Arbeidet med en medisinsk samisk ordbok bør utvikles videre. Det kan skje som et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Samisk Høgskole og Samisk Språkråd, og de samiske helse- og sosialarbeiderorganisasjoner, eventuelt også et samisk bokforlag. Den bør utvikles som en database eller en elektronisk ordbok, slik at den også kan brukes i en fast tolkeordning ved hjelp av teletjenester. En elektronisk ordbok vil lett kunne oppdateres etter som arbeidet med språkutviklingen går fremover.

Elektroniske ordbøker leveres i dag på disketter. De kan installeres på PC^ens harddisk for enkeltbrukere, eller på nettverkssystem for flere brukere. De kan brukes som selvstendig programvare og sammen med vanlig tekstbehandlingsprogram. Det fungerer slik at ordboken blir hentet fram på skjermen etter trykk på PC^ens tastatur. Tatt i betraktning den situasjonen samisk språk er i, og behovene som følger for bruk av språket, bl.a. gjennom Samelovens språkregler, så antar utvalget at det er et stort behov også for en samisk elektronisk ordbok.

Tiltak 3: Utvikling av samisk som fagspråk innen de enkelte delsektorer i helse- og sosialtjenesten

Det samiske språket har aldri vært systematisk utviklet til bruk i faglig eller utdanningsmessig sammenheng innen helse- og sosialsektoren. Vi har slått fast at likeverdige tilbud til norske og samiske pasienter og klienter forutsetter en utvikling av samisk som fagspråk innen de enkelte delsektorer i helse- og sosialtjenesten, men at man til nå har hatt en situasjon hvor fagutdanningene har foregått på norsk, og hvor helse- og sosialpersonell med samisk språklig bakgrunn er utdannet på norsk, uten å ha lært å bruke sitt morsmål i faglige sammenhenger.

Det er behov for en språklig utvikling av termer og begreper innen de enkelte delsektorer som somatikken, psykiatrien, barnevernet/sosiale tjenester, og rusvernet. Dette må skje som et omfattende og langsiktig utviklingsarbeid.

Den desentraliserte sykepleierutdanningen som nå er foreslått som et samarbeid mellom Samisk Høgskole og Finnmark Sykepleierhøgskole er den første samiskspråklige grunnutdanning innen helsesektoren som utprøves. Her vil man ha

stort behov for et utviklet samisk fagspråk. Det vil være nødvendig for undervisning på samisk, og som basis for faglitteratur på samisk.

En utvikling av samisk som fagspråk vil være en betingelse for å fremme et relevant faglig innhold innen de enkelte delområder av helse- og sosialsektoren. Det må skje en teoriutvikling innenfor rammen av samisk språk, dersom man skal utvikle de samiske aspekter innen helse- og sosialsektorens forskjellige områder. Dette vil være et mer langsiktig og faglig mer omfattende prosjekt enn det som ligger i utviklingen av terminologi for samhandling i daglige brukssituasjoner innen helse- og sosialsektoren.

Utvalget mener at Norges Forskningsråd og Sametinget bør diskutere de områder hvor det er behov for et mer omfattende språklig utviklingsarbeid med relevans for de forskjellige delområder innen helse- og sosialsektoren. Det bør utvikles en plan for et slikt utviklingsarbeid, som omfatter samarbeid og fordeling av oppgaver mellom de forskjellige institusjoner og faggrupper. Informasjon til samiske brukergrupper og oppdatering av ordbøker, etc. må også være en viktig del av et slikt arbeid.

Delmål 2: Likeverdige tilbud for samiskspråklige brukere av helse- og sosialtjenestene også utenom forvaltningsområdet for Samelovens språkregler

Det ligger forskjellige muligheter og begrensninger i Sameloven med henblikk på de samiske brukernes situasjon. Man kan betrakte Samelovens språkregler ut fra det synspunkt at de bidrar til å gjøre de alminnelige rettigheter som norske borgere har praktisk tilgjengelige for samer. Det spørsmålet vi må stille, er om den alminnelige helse- og sosiallovgivningen, sammen med Samelovens språkregler, slik de er i dag, gir et tilstrekkelig grunnlag for å sikre samer og nordmenn et likeverdig tjenestetilbud innen helse- og sosialsektoren. M.a.o.: holder de reglene vi har i dag mål for å oppnå likeverdige tjenester for samer og nordmenn?

Samelovens språkregler markerer et likeverd mellom samisk og norsk språk i språkreglenes forvaltningsområde (§1—5). Språkreglene gjelder imidlertid bare for kommunene i forvaltningsområdet, mens helse- og sosialsektorens alminnelige rettigheter følger personer. Spørsmålet blir da hvilken rett du har som same i møtet med helse- og sosialsektoren. Denne retten vil være avhengig av hvor du bor. Særskilte hensyn til samene koster penger, og denne pengebruken må ha hjemmel i lov. I dette ligger også en del av årsaken til språkreglenes utforming med den geografiske begrensningen som ligger i det definerte forvaltningsområdet for språkreglene. Utvalget konstaterer at de begrensningene som ligger i de samiske språkreglenes forvaltningsområde gjør det svært vanskelig å foreslå en helse- og sosialplan som har lik gjennomslagskraft for hele det samiske bosettingsområdet.

Et avgjørende spørsmål er hvilke rettigheter en samiskspråklig bruker av helse- eller sosialtjenester har til å bli betjent på samisk språk når vedkommende er bosatt utenom forvaltningsområdet for språkreglene,

De alminnelige pasientrettigheter innen helse og sosialsektoren må i enkelte tilfeller kunne tolkes dithen at de innebærer hensyntagen til samisk språk, og i et visst monn også kultur. For eksempel vil informasjonsplikten etter legeloven måtte gi hjemmel for tolk i tilfeller hvor det er helt åpenbart at pasienten ikke forstår informasjonen, fordi vedkommende har et annet språk. Imidlertid vil dette neppe kunne bli praktisert uten i helt opplagte og nærmest ekstreme tilfeller av språkproblemer. Og vi vet at språkproblemene så langt fra er opplagte og synlige problemer.

Vårt behov og ønskemål er dessuten en helt annen og bredere hensyntagen til samisk språk og kultur innen helse- og sosialsektoren. Tiltakene bør nå en større gruppe samer som ønsker å bevare og utvikle sitt språk ved å bruke det i dagligli-

vets brukssituasjoner. Slike tiltak vil også være i tråd med Samelovens formålsparagraf og bestemmelsen i Grunnlovens §110 A om å legge forholdene til rette for at samene skal kunne sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv. Mange tiltak vil imidlertid være helt nødvendige for at helse- og sosialtjenestene skal nå den samiske befolkning på linje med den norske. Uansett krever dette en form for organisering, og det vil koste penger utover det som i dag forbrukes i disse sektorene. Tiltak av større omfang vil derfor ikke være mulig uten en egen lov som slår fast en rettighet, og som hjemler bruk av særskilte midler til dette. Av dette følger at en samisk pasient eller klient bosatt utenfor forvaltningsområdet for Samelovens språkregler med unntak av helt åpenbare og nærmest ekstreme tilfeller, i dag ikke har noe selvfølgelig krav på betjening på samisk. Det vil også være vanskelig for kommunene å finne grunnlag for å dekke dette økonomisk, i den grad problemet overhodet er synlig.

Hvilke muligheter vi har så for å finne løsninger på dette? Vi står igjen med spørsmålet om hvilke muligheter vi har for å oppfylle et krav om å bli betjent på samisk fra brukere utenfor området for Smelovens språkregler. Helse- og sosialsektorens rettigheter følger altså personer, mens samelovens rett til bruk av samisk språk er basert på tilhørighet i spesielle kommuner. En rett til bruk av språk kan også følge etnisk bakgrunn, som en rett som følger en person fra en etnisk gruppe i forhold til tjenester i helse og sosialsektoren. Det kan være en praktisk løsning sett fra den etniske gruppens, altså samenes, side, men ikke fullt så praktisk sett fra myndighetens side, hovedsakelig på grunn av store og uoversiktlige økonomiske og administrative konsekvenser. Et annet utgangspunkt for å vurdere dette, kan være at noen sykdomstilstander berettiger økte språkrettigheter, f.eks. innen psykiatrien, hvor bruk av språk og kulturelle hensyn kan være avgjørende for behandlingen. En annen mulighet er at en rettighet til bruk av samisk språk følger bestemte brukergrupper. Det kan være barn, eldre, psykisk utviklingshemmede eller afasipasienter med samiskspråklig bakgrunn bosatt både i og utenfor de nåværende språkreglens forvaltningsområde.

I dagens situasjon er helse- og sosialetatene utenfor språklovområdet i en vanskelig situasjon i forhold til samiske brukere. Etatene er i en situasjon hvor de ikke kan oppfylle det ordinære lovverket når de ikke har kunnskaper i samisk språk, og når det heller ikke er noen hjemmel for bruk av samisk språk utenom forvaltningsområdet. Dersom man tenker seg en situasjon f.eks. med en barnevernsak i en samiskspråklig familie utenom forvaltningsområdet, så skal myndighetene ifølge barnevernloven gripe inn og kommunisere med foreldre og barn, og finne fram til tiltak som fungerer over tid overfor barnet. En kommunikasjon med foreldrene greier man nok å få til, men loven fordrer også en kommunikasjon med barnet selv. Det er få eller ingen polikliniske eller varige plasseringstilbud som tar hensyn til samiske barns språklige bakgrunn eller kulturelle fortsetninger utenom forvaltningsområdet. Alt dette innebærer at barnet ikke får den tjenesten det har krav på etter loven.

Bruk av samisk språk utenfor forvaltningsområdet for samelovens språkregler vil også være en del av arbeidet med å sikre kvaliteten i helse- og sosialtjenestene til brukerne i disse områdene.

Tiltak 1: Samisk språk og kultur likestilt som kriterium innenfor systemet med gjestepasientordninger

Det vil etter utvalgets oppfatning være hensiktsmessig å endre dagens system med gjestepasient-ordninger slik at samisk språk og kultur likestilles som kriterium ved henvisninger innenfor dette systemet. Det bør gjelde henvisning fra 1. til 2. linje-

tjenesten, såvel som henvisning over kommunegrensene. På denne måten vil man legge til rette for at pasienter og klienter med samisk språklig og kulturell bakgrunn vil kunne henvises til institusjoner og poliklinikker som kan gi et behandlingstilbud innenfor en samisk språklig og kulturell ramme. Dette er også problemer som i noen tilfeller vil kunne avhjelpest gjennom telemedisin (eller telepsykiatri). Utvalget regner ikke med at dette dreier seg om særlig store pasientgrupper, men de brukere og institusjoner det gjelder, kan være spredt over hele landet. Dette bør vurderes om endringene i ordningene bør avspeiles i (de skjønsmessige) tildelingene til fylkeskommunene i inntektssystemet.

Tiltak 2: Et system for innhenting av samisk språklig og kulturell kompetanse i helse- og sosialsektoren

Der det ikke er hensiktsmessig å sende pasienter eller klienter ut av kommunen, og der telemedisinsk konsultasjon ikke vil være tilstrekkelig, bør den nødvendige språklige og kulturelle kompetanse kunne hentes inn til den kommunen det gjelder. Det kan være problemer knyttet til at dette er knappe ressurser, men hovedproblemet i dag er vel likevel at det ikke er noen steder det er naturlig for fylkeskommuner og kommuner å søke refusjon for de ekstra utgiftene ved å innhente slik kompetanse. Utvalget mener at dette også er utgifter som det vil være naturlig at Rikstrykdeverket finner dekning for.

Tiltak 3: Vurdering av utvidelse av forvaltningsområdet for Samelovens språkregler med henblikk på behovene i helse- og sosialsektoren

De midlene som fordeles av Sametinget/Samisk språkråd kan dekke utgifter forbundet med opplæring i samisk språk for helse- og sosialpersonell i samiske områder. De er i første rekke tenkt som midler for å utvikle bruken av samisk språk i kommuner og institusjoner innenfor forvaltningsområdet for samisk språklov. Selv om Sametinget nå åpner opp for bruk av disse midlene til enkelte prosjekter utenfor språkreglenes forvaltningsområde, er det vanskeligere å få dekket slike utgifter for kommuner og institusjoner her.

Utvalget anser helse- og sosialsektoren for ett av de områder der bruk av samisk språk bør prioriteres, også utenom forvaltningsområdet for samelovens språkregler. En slik utvikling er en fortsetning for å kunne gjennomføre et likeverdig tjenestetilbud til samer og nordmenn. Denne utredningen gir en viss innsikt i omfanget og konsekvensene av misforståelser som kan føres til forskjeller i språk og kultur mellom behandlere og samiske brukere av tjenestene. Utvalget vil peke på at ved vurderinger av en utvidelse av forvaltningsområdet for samelovens språkregler, bør situasjonen og behovene innen helse- og sosialsektoren vurderes spesielt.

Med sikte på oppnå likeverdige tjenester mellom samer og nordmenn i helse- og sosialsektoren, så bør det derfor drøftes å utvide forvaltningsområdet for samelovens språkregler med henblikk på behovene i helse- og sosialsektoren, og med det siktemål å fremme et likeverdig tjenestetilbud for norsk- og samisktalende i Norge. Dette kan skje på flere måter. Det kan skje som en utvidelse til andre kommuner bare innen visse sektorer, som f.eks. ved at samelovens språkregler gjelder innen helse- og sosialsektoren i alle kommuner i Helseregion 5. Det kan også skje ved at Samelovens språkregler gjelder i enkelte kommuner utenom det nåværende forvaltningsområde der det er behov for å kommunisere med den offentlige forvaltning på samisk. Det kan være flere kommuner i Troms og Nordland. Det er utvalgets oppfatning at en vurdering av utvidelse av forvaltningsområdet for Samelo-

vens språkregler ut fra behovene i helse- og sosialsektoren, bør skje i Sametingets regi, av Sametinget selv i kontakt med aktuelle kommuner, samiske helse- og sosialarbeiderorganisasjoner og andre brukermiljøer. Sametingets endelige anbefalinger bør så legges fram for Sosialdepartementet og Kulturdepartementet som fagdepartementer, og Kommunal- og arbeidsdepartementet som samordningsdepartement.

Sametinget bør i denne sammenheng også vurdere behovene i kommuner med samisk befolkning utenom språkreglens forvaltningsområde for å innhente den nødvendige kompetanse i samisk språk og kultur til sine pasienter og klienter, samt til å sende pasienter og klienter til en 2. linjetjeneste utenom fylket som har samisk språklig og kulturell kompetanse. Det vil ventelig også være behov for å utvikle og gjennomføre prosjekter for å kartlegge brukeres behov eller utvikle ordninger i de forskjellige samiske områder.

Tiltak 4: Utredning av muligheter for bruk av samisk språk ved landsdekkende institusjoner

Det bør også utredes hvilke muligheter samiske brukere har for bruk av samisk språk i møte med nasjonale institusjoner og organer. Her vil det selvfølgelig kunne ligge muligheter i utvikling og bruk av telemedisin. Problemstillingen kan illustreres med et eksempel. Hvilken rett har en samiskspråklig person som f.eks. blir sendt fra Kautokeino til Haukeland Sykehus i Bergen for brannskade? Dersom personen hadde blitt behandlet ved Regionsykehuset i Tromsø, hadde vedkommende hatt en klar rett til tolk eller samiskspråklig personell.

Utvalget mener at rett til bruk av samisk språk bør kunne følge en person i møte med statlige institusjoner. Institusjoner med landsfunksjoner bør ha de samme forpliktelser i forhold til språkloven som institusjoner på fylkes- og regionplan, slik det framgår av språklovens §3— 5. Dette vil være en betingelse for at institusjonene kan oppfylle sine forpliktelse overfor de samiske brukerne. Dette forutsetter rutiner hvor den henvisende institusjonen sørger for å gi kunnskap om pasientens språklige bakgrunn videre til den institusjonen som har landsdekkende funksjoner. Problemet er også berørt i denne utredningens framstilling om habilitering/rehabilitering. Det bør således utredes nærmere hvilke muligheter de landsdekkende institusjoner har for bruk av samisk språk, og hvor behovet for dette er størst. Det er utvalgets oppfatning at landsdekkende institusjoner som mottar barn og eldre bør prioriteres mht. å utvikle ordninger slik at brukerne her kan møtes på samisk språk. Det følger også av utvalgets forslag om spesielle tiltak for samiske barn og eldre på sykehus.

Tiltak 5: Et prosjekt for bruk av samisk språk innen apotekvesenet

Målsettingen for apotekvesenet er bl.a. å yte samfunnet farmasøytisk service. Apotek kan være selvstendige apotek eller filialapotek. Det skilles mellom private og offentlige apotek. Sykehusapotekene eies av fylkeskommunen, mens apotekene vanligvis er selvstendige private apotek. Apotekene formidler informasjon til publikum og til leger og annet helsepersonell. Publikum har behov for generell legemiddelinformasjon på linje med vanlig helseopplysning. Dernest er det behov for mer spesiell rådgivning for å finne fram til den mest egnede medisin for den aktuelle situasjon, og veiledning for bruk av denne medisinen. Apotekets informasjon kan være generell eller individuell, skriftlig eller muntlig utformet. Den skriftlige informasjon omfatter etikettinformasjon, pakningsvedlegg, brosjyremateriell, etc. Den muntlige informasjon kan bestå i å besvare konkrete forespørsler, eller mer

aktivt ta initiativ til å informere i den utstrekning det synes nødvendig. Apotekenes informasjonsfunksjoner er ikke vurdert i forhold til Samelovens språkregler, heller ikke om det her er forskjell på sykehusapotekene og de private apotekene.

Et eksempel på hensyn til samisk språk i apotekvesenet er et vedtak i Sentralstyret i Norsk Farmasøytisk Forening fra 1993 om å støtte et forslag fra Helsedirektoratet om å opprette filialapotek i Karasjok under Lakselv apotek. I vedtaket påpekte sentralstyret betydningen av at personalet ved filialapoteket behersker samisk for å kunne gi best mulig service ved bl.a. muntlig legemiddelinformasjon.

Utvalget foreslår derfor at Sosial- og helsedepartementet og Farmasøytisk forening utvikler et opplegg for farmasøytisk service beregnet på samiskspråklige brukere i forvaltnings- området for samelovens språkregler, ved fylkessykehusene og ved regionsykehuset i Helseregion 5.

Tiltak 6: Hensyn til behovet for bruk av samisk språk i fylkesnemnda

Fylkesnemnda er et domstolslignende forvaltningsorgan som fungerer som en domstol. Nemndas oppgaver er bl.a. å fatte vedtak i saker om tvangsbehandling av rusmiddel-misbrukere, og å avgjøre barnevernsaker som innebærer vedtak om tiltak mot foreldrenes og eventuelt mot barnets vilje, såsom fosterhjemsplassing, medisinsk behandling, omsorgsovertakelse, plassering i særskilt institusjon m.m. (bvl. §7.2). Disse oppgavene viser at det er behov for både språklig og kulturell kompetanse for å utføre nemndas oppgaver i forhold til samiske klienter.

Samelovens §3—3 om rett til skriftlig svar på samisk gjelder for fylkesnemnda som regionalt offentlig organ. Fylkesnemnda bærer i realiteten preg av å være en domstol. Den hører inn under sosialtjenesteloven (kap. 9), og har særlige funksjoner i forhold til barneverntjenesten (bvl §7— 1). Sakene innledes etter forslag fra sosial- eller barneverntjenesten. Saksbehandlingen i nemnda skjer ved forhandlingsmøte mellom partene, der klienten har rett til å uttale seg (sostjl. §9—8). Her vil bruk av eget språk være naturlig for klienten. Siden utvidet rett til bruk av samisk gjelder både i sosialsektoren og i rettsvesenet (samelovens §§3—4 og 3—5), så bør den også gjelde for fylkesnemndene. I den grad det er forskjellige tolkninger av §§3—4 og 3—5, synes det som om §3—4 bør gjelde for fylkesnemndene. Dette innebærer at nemndene må betjene klientene på samisk, eventuelt ved bruk av tolk. Nemndene har anledning til å innkalle tolk og nødvendige ressurspersoner for å fylle ut egen kompetanse. Det vil være hensiktsmessige at man tar hensyn til kompetanse i samisk språk og kultur ved oppnevning av utvalg til fylkesnemnder, og ved sammensetning av nemndas medlemmer.

Tiltak 7: Vurdering av behovet for bruk av samisk språk i Trygderetten

Det er også et spørsmål om ikke Trygderetten som regulær førsteinstans bør betjene samiske parter på samisk. Trygderetten er heller ikke en domstol, men har en domstolslignende funksjon. Forholdet til Trygderetten drøftes heller ikke i forarbeidene til språkloven. I motsetning til fylkesnemnda som under enhver omstendighet har visse plikter i forhold til språkreglene fordi den er et regionalt organ, jfr. Sameloven §3—1 nr. 4, er Trygderetten som nasjonalt organ ikke omfattet av språkreglene. Men Trygderetten fungerer som førsteinstans i ankesaker over trygdekontorets avgjørelser, fordi anke over Trygderettens kjennelser skal gå direkte til lagmansretten. (Lov om anke til Trygderetten, 16/12—66 nr. 9 (trrl) §23, annet ledd.) En forskjell til de alminnelige domstoler er likevel at saksbehandlingen i Trygderetten som hovedregel foregår på grunnlag av partenes skriftlige fremstilling (trrl §19). Dette minsker i noen grad behovet for at Samelovens språkregler skal gjelde i for-

hold til der saksbehandlingen baseres på muntlige forhandlinger. På den annen side vil saksbehandlingen på trygdekontoret følge hovedregelen i Samelovens §3—3, og anke over Trygderettens avgjørelse følger spesialbestemmelsen i Samelovens §3—4. Dette kan tale for at Trygderetten som regulær førsteinstans også bør betjene samiske parter på samisk. Dette er forhold som bør utredes nærmere og eventuelt undergis regulering.

KAPITTEL 4

Samiske forutsetninger og kulturell bakgrunn**4.1 INNLEDNING**

Framstillingen av samhandlingsproblemer i møtet mellom samene og helse- og sosialvesenet, tilsier at samene har et språklig og et kulturelt utgangspunkt for å forholde seg til helse- og sosialtjenestene som er forskjellige fra det en norsk pasient eller klient har. Dette er forhold som det vanligvis reflekteres lite over, og som norske helse- og sosialarbeidere har lite kjennskap til gjennom sine ordinære grunnutdanninger.

Språklige og kulturelle forskjeller kan komme til uttrykk på forskjellige måter for helse- og sosialpersonell som arbeider i samiske områder. Pasienter og klienter kan ha en annen referanse til årsaker til sykdom og et annet forhold til helberedelse, eller de kan ha en annen oppfatning om hvilken rolle mennesker i nærmiljøet og i det sosiale nettverk skal spille i tilfeller av sykdom og sosiale problemer enn hva helse- og sosialpersonellet er forberedt på.

Selv om ikke-samer blant helse- og sosialpersonell kan gjøre forskjellige observasjoner når det gjelder sosiale relasjoner og kulturelle verdier blant samer, så kan de likevel være ganske hjelpeløse når dette ikke harmonerer med den arbeidsform og problemforståelse de er trent opp til gjennom sin utdanning. I den grad de innbefatter kulturelle aspekter i sitt arbeid, skjer dette nærmest på privat basis, uten faglig støtte og diskusjon. I dag gis det få muligheter til etter- eller videreutdanning, og det stilles lite formelle krav til noen form for slik kunnskap hos helse- og sosialpersonell i samiske områder. Det er helt tilfeldig hvorvidt en samisk pasient eller klient opplever å forholde seg til en person med kulturell kompetanse eller ikke.

Tradisjonell samisk kunnskap må i første rekke nedfelles i og utvikles av folk med samisk bakgrunn, og med kjennskap til dagliglivet i de samiske samfunn. Vi er bare i startgropa av en slik utvikling. Det er mye å hente, og det haster, fordi med dagens besteforeldregenerasjon forsvinner noe av samenes verdier, kunnskaper og ferdigheter. Det er en lang vei fram fra uformelt overførte kunnskaper som mange samer har tatt som en selvfølge, til en systematisering og formalisering av disse i en form som skal være tilgjengelig både for samer og ikke-samer.

For å antyde hva slags forhold det er behov for å belyse, har vi valgt å framstille noen problemstillinger knyttet til samiske sosiale nettverk og omsorgsrelasjoner, og noen eksempler på eldre bruk av samisk folkemedisin. Framstillingen i dette kapitlet må kun ses som et forsøk på å antyde noe av den kunnskapen som finnes om samiske tradisjoner.

Framstillingen om samisk sosial omsorg og nettverk er særlig basert på deler av arbeidene til forskeren Asta Balto og forfatteren Rauni Magga Lukkari. Asta Baltos framstilling bygger hovedsakelig på en undersøkelse gjort i 1984–86, hvor den tradisjonelle kunnskapen om oppdragelse over flere generasjoner ble innhentet, systematisert og analysert. Den følgende framstillingen innehar en del direkte utdrag fra en artikkel kalt «Samisk barneoppdragelse i endring, sentrale verdier som må sikres i den kulturelle overføringen», skrevet av Asta Balto i forbindelse med urbefolkningskonferansen i 1993. Det gjelder de følgende kapiteldeler "*Det samiske samfunnet som ramme for oppdragelsen.*" i 4.2.1., "*Slektas betydning*" i 4.2.2., "*Navn gir identitet og tilhørighet*" i 4.2.5., "*Narrideapmi — en viktig samværsform*" i 4.2.12., "*Fortellertradisjonen styrker kulturell overføring mellom gene-*

rasjoner" i 4.2.13. og *"Den tradisjonelle formidlerens pedagogikk"* i 4.2.14.) For mer om hennes forskning refereres til litteraturlisten. Rauni Magga Lukkaris framstilling er skjønnlitterær. Hun har laget et notat spesielt for denne utredningen som er basert på informasjon fra ca.100 informanter over hele det samiske bosettingssområdet, som er intervjuet mellom 1974 og 1991. Informantene er mellom 30 og 80 år, og har alle på forskjellig måte rot i den «gamle» samiske kulturen. De eldre intervjuobjektene er født ved århundreskiftet, og mange har referanser til foreldre og besteforeldre født ennå tidligere. De har et forhold til både gammel og ny tid, og vurderer sin kultur og sin identitet i forhold til dette.

Både Lukkari og Balto har et «innenfra-perspektiv» på arbeidet. Forskning i eget nærmiljø kan ha både ulemper og fordeler. Et «innenfra-perspektiv» kan være viktig der folk har opplevd sin egen kultur som lite verdt for folk utenfra. Begge opplevde at informantene sa at til en som ikke var fremmed, brukte de ikke den strategien som tilsier at man kun svarer på det folk spør om. Informantene prøvde å finne svar, selv om det var vanskelig, til en som også var en del av det samiske samfunnet. Det ble nok både vist en annen tillit, og lagt et annet ansvar på en samisk forsker og forfatter av de samiske informantene. Her var noen som kunne føre videre problemstillinger knyttet til samiske forhold, samtidig som de var i en posisjon hvor de kunne kontrollere og følge opp de opplysningene som ble gitt.

Samene har også hatt sine egne behandlingsmetoder for sykdom og lidelser som kan betegnes som samisk folkemedisin. Det er ikke dermed sagt at behandlingsmetodene kun har vært brukt av samene. Det har nødvendigvis vært en gjensidig utveksling av erfaringer med andre folkeslag og nasjoner. Den samiske folkemedisinen har dreid seg om alt fra magiske/mytologiske metoder til bruk av konkrete plantemidler eller animalske produkter, samt manuelle behandlingsmetoder som massasje, årelating, kopping og moxabrenning. Den følgende framstillingen gir noen eksempler på botemidler som anvendes ved visse sykdomstilfeller blant samene, og vil i en viss monn gi antydninger om plantemedisinske eller kulturøkologiske sammenhenger.

Den følgende framstilling gir således også innblikk i den kompetanse som helse- og sosialtjenesten iallefall i en viss monn bør ha i områder med samisk befolkning.

4.2 SAMISKE VERDIER OG KULTURELLE OVERFØRINGER I OPPDRAGELSE OG OMSORG

Den følgende framstillingen gir eksempler på samiske institusjoner, samværsformer og væremåter som formidler kulturelle verdier gjennom oppdragelse og omsorg.

4.2.1 Det samiske samfunnet som ramme for oppdragelsen.

I en del samiske hjem praktiseres fortsatt en tradisjonell oppdragelse, men for mange samiske foreldre har denne kunnskapen og disse erfaringene gått tapt. Med tradisjonell kunnskap menes hverdagskunnskaper, eller erfaringsbaserte kunnskaper som ofte ikke er systematisert eller gjort tilgjengelig gjennom skriftlig materiale.

Det samfunnet som den tradisjonelle samiske oppdragelsen fungerte innenfor, var preget av en utstrakt og synlig sosial kontroll av individet. Dette står i kontrast til den individuelle «frihet» som det moderne mennesket opplever, hvor denne kontrollen er usynliggjort.

Lokalbefolkningen i de samiske områdene kontrollerte bare for et par generasjoner siden sine omgivelser i adskillig større grad enn i dag. De satt inne med den kunnskap om klima, landskap og naturressurser som var nødvendig for å overleve, og for å overføre denne kunnskaper til neste generasjon. Oversikten over og eneretten på slik nødvendig kunnskap gjorde det samiske samfunnet i stor grad autonomt i forhold til omkringliggende samfunn.

Miljøet styrte barna gjennom institusjoner som slekt, gaibmi (navnesøster/bror)-systemet og fadderskapsrelasjonene. Også joiken var et redskap for påvirkning av barnets sosialisering. Dette var tradisjoner som ga foreldrene mulighet til å styre barnas sosialisering og identitets- utvikling på en indirekte måte. Rammen om det hele var arbeidet, som integrerte barna i voksenverdenen. Gjennom den fysiske nærhet og de voksne rolle-modellene lå forholdene til rette for normativ styring av barna.

Mens hjemmet tidligere var basis for oppdragelsen, er en stor del av sosialiseringen av barna nå lagt til skoler, barnehager og fritidsinstitusjoner. Fordi den daglige kontakten mellom generasjonene i det mer urbane samiske livet er svært liten, er den tradisjonelle overføringen av kunnskaper, ferdigheter og verdier mellom generasjonene i ferd med å gå i oppløsning. Man kan likevel fremdeles registrere at viktige deler av den tradisjonelle oppdragelsen fortsatt er levende.

4.2.2 Slektas betydning

I et samisk miljø er folk opptatt av å plassere deg i forhold til egen eller andres slekt. Barn som vokser opp i dette miljøet, er omgitt av slektsnettverket. De etablerer nærhet til voksne mennesker utover kjernefamilien. På den måten blir deres nettverk beriket, og de utvikler både tilhørighet og pliktfølelse til dette fellesskapet.

Kunnskap om slektssystemet er tradisjonell kunnskap som de eldre bærer med seg, og spesielt er kvinnene dyktige på dette området. De kan fortelle hvordan slektsstempelet tidligere kunne bestemme et menneskes livskarriere. For den som kom fra en statusfamilie betød det vellykkethet, for en som kom fra en negativt stemplet slekt, kunne det negative forfølge vedkommende gjennom hele livet. Det var også slik at en favoriserte sin egen slekt. Spesielt synlig ble dette i forbindelse med valg av ektemake, når frierferd (soagnu) ble gjennomført. Da var det om å gjøre at den som førte ordet, gjorde det til fordel for egen slekt.

Slektsnettverket viste sin styrke ved omsorgsansvar for barn, gamle og syke. Den som hadde liten slekt, var fattigere enn andre. Tanter, onkler, besteforeldre, søskenbarn og enda fjernere slektinger blandet seg i barneoppdragelsen. De kunne veilede, vurdere og sanksjonere. I dag er det nærmest bare foreldrene som tilretteviser og «bryr» seg om barn og unge. Det er blitt en privat sak, sier de eldre. Kjernefamiliemønsteret gir foreldrene større frihet til å velge verdier og metoder, samtidig som de også blir overlatt til seg selv med sine problemer. De som har negative erfaringer med slektskapstradisjonene er glade for at de svekkes. Pedagoger og andre som jobber normativt med oppdragelse i samiske områder, ser det som viktig å dyrke fram og revitalisere de gode sosiale relasjonene som slektskapet representerer.

4.2.3 Den «berømte» samiske frioppdragelsen

En gjennomgående tanke i det samiske samfunnet har vært at alle som hadde berget livet, også hadde rett til å leve. Livet selv hadde nemlig overnaturlige krefter, og det overnaturlige lekte man ikke med. Dessuten var menneskelivet hellig. Derfor

hadde hver og en, fattig som rik, frisk som syk, stygg som vakker, barn, voksen eller gammel, rett til en egen individuell eksistens.

Den som brøt livets grunnlov, ødela virkelig for seg selv! Dette gjaldt også overfor ens egne barn. Av dette ser vi at man ikke belaget seg på foreldrekjærligheten alene. Barna hadde også en beskyttelse i det omkringliggende samfunnet, i tillegg til den tryggheten foreldrene og slekta representerte. Den grunnleggende troen på at livet er hellig og et samfunn med en næringsorientert oppdragelse, gjorde barnets posisjon og det samiske samfunn svært sterkt. Foreldre og slektninger hadde mange forpliktelser overfor sine etterkommere. Barnet var foreldrenes blivende arbeidskraft og trygghet på deres eldre dager, og dette bidro til å styrke dets posisjon.

Allerede ved fødselen «så» man barnet som individ. Dersom det lignet på en dyktig og vakker slektning, ga man barnet navn etter denne slektningen. På denne måten kunne hele nærsamfunnet «se» barnet som voksen helt fra spedbarnsalderen av, og ikke bare som et barn hvis voksendyder var skjulte. Barnet ble oppdratt etter et bestemt og strukturert mønster. Barna var svært forskjellige; sutrete, snille, søvnige, våkne, ettertenksomme, småvokste, sykelige, sultne, tidlig utviklede osv. Slik fikk de være. De ble akseptert som de var. Det var ikke en alminnelig standard som var målet for oppdragelsen, da var heller en eller annen særegenhet mer ønskelig.

4.2.4 Man skulle lære barnet å kjenne

Barnet skulle ikke holdes adskilt fra moren før det ble brystavvent. Barnet skulle ikke få lov til å bestemme over moren, og moren skulle ikke rette på barnets særeheter.

De forskjellige barna i søskenflokkene ble oppdratt med ulike mål for øyet. Den eldste datteren og den eldste sønnen kunne bli opplært til foreldreansvar i tilfelle en av foreldrene skulle bli syke, forulykke eller dø før tiden. Det var også vanlig at yngste barn, som bodde lengst hjemme, hadde en form for odelsrett som bl.a. innebar plikt til omsorg for foreldrene. Det kunne også skje at det yngste barnet falt mellom to stoler; da eldre søstre og brødre var forpliktet til å hjelpe foreldrene med oppdragelsen av sine yngre søsken. Det kunne ofte føre til at foreldrene ble fremmede for sitt yngste barn, og til at heller ikke eldre søsken «kjente» den yngste. Dette barnet fikk muligheten til å lære å utnytte både sine foreldre og sine eldre søsken. Ingen hadde den fulle oversikten over oppdragelsessituasjonen til det yngste barnet. Besteforeldrene kunne også komme inn i bildet. Det kunne skje dersom de tok barnets parti i en konflikt mellom barnet og foreldrene, for eksempel dersom de følte behov for en maktdemonstrasjon mot en svigersønn eller svigerdatter de ikke likte noe videre. Barna kunne da bli kalt for bestemordalt eller bestefardalt.

Under arbeidsopplæringen pleide man ofte å gi barnet det hele og fulle ansvar for en arbeidsoppgave. Gjennom egne feil fikk barnet lære den rette måten å løse en oppgave på. Det kunne skje ved å la barnet koke grøt på egen hånd (første gangen har alle i for mye gryn!), eller ved at moren ga datteren et par kalvebellinger for å sy et par skaller til dukken sin. Fedrene kunne sende sønnene alene på snarefangst. Hva var vel gildere enn å ha hele snarebunten hengende over brystet og fare ut på ski for å sette rypesnarer! Barna har selvsagt ofte vært med foreldrene på arbeid, og hadde ofte sett grøtkoking og skallesying, de hadde fått være med og sette opp og prøve rypesnarer, men selve læringsprosessen skjedde etter barnets oppdragelsesmulighet. Barna fikk på egen hånd oppdage verden, de hadde foreldrenes hele og fulle tillit. Bak denne tilliten fantes det lover, regler og overtro som barna lærte seg i samværet med de voksne.

4.2.5 Navn gir identitet og tilhørighet

Navngivninga har også vært et redskap til å påvirke sosialiseringa. Ved å velge navn til barnet etter en voksen person, hadde man lagt til rette for en nærmere relasjon mellom barnet og den voksne. Barnet hadde sin navnesøster eller -bror (gaibmi). Man forestilte seg at positive egenskaper hos den voksne kunne overføres til barnet. En forteller at hun har fått navnet etter en dyktig samisk håndverker (duo-jaar), en annen forteller at barnet hans ble oppkalt etter en som var god til å joike.

Navnevalget har opp til våre tider vært så viktig at man spurte formødrene/fedrene til råds. Slik hendte det at noen barn fikk navn etter avdøde slektninger som «besøkte» den vordende mor i drømme. Hvis et barn ble sykt etter at det var blitt døpt i kirka, kunne det tolkes som et budskap fra formødrene/fedrene om at de ikke var fornøyd med navnevalget. I kirka hadde barnet fått sitt norske navn. Hjemme gjennomførte man et annet rituale hvor dette navnet ble vasket bort, og hvor barnet så fikk sitt samiske navn.

Det hendte også at navnet medførte en negativ opplevelse for barn som ble kalt opp etter slektninger med lav status. Slik fikk de oppleve den samme nedvurderinga i sin oppvekst. I ett tilfelle endte det med at man til egne barn valgte utelukkende norske eller amerikanske navn. Gamle, samiske navn og samisk skrivemåte var ikke var akseptert i kirkebøkene før langt ute i 1970-årene.

Gaibmi-relasjonen gir mulighet til å utvide det sosiale nettverket for barnet. Navnevalget gir også signaler om hva man ønsket for barnets framtid. I dag er det mange samiske foreldre som velger navn som barnet ikke har noe forhold til, som for eksempel norske eller amerikanske navn. Begrunnelsen er at det er et «pent» navn. Et navn med røtter tilbake gir barnet en bekreftelse på at det tilhører en større sammenheng. Bærer barnet et samisk navn, vil det utløse reaksjoner og spørsmål fra omverdenen som gjør at det lærer å forholde seg til sin egen og andres etniske bakgrunn.

I likhet med gaibmi kan fadderskap kompensere for manglende slekt. Det hendte at foreldre oppga både 10 og 15 faddere til sine barn. Fadderskapet ble ansett for å være en nær relasjon på linje med slekt. I dag har ikke slektskapet den samme bærende funksjon i forhold til overlevelsen, omsorgen og retten til å kontrollere hverandres atferd og beslutninger. Manglende kunnskap om slektsystemet hos de unge vitner om at dets funksjon er svekket. Likevel ser man at slekt, gaibmi og fadderordninga holdes i hevd.

Ved siden av disse institusjonene brukte de voksne også avanserte metoder for å oppnå den ønskede effekt av sine oppdragerbestrebelse. I likhet med de institusjonelle ordningene var også væremåtene mer indirekte, og dermed ikke så lett registrerbare eller avslørende.

4.2.6 Forskjellen mellom gutte- og jenteoppdragelse

Hvis man ser på den gamle samiske troen, og spesielt på kjønnsfordelingen blant gudene, ser man at det finnes flere kvinnelige guder enn mannlige guder. Kvinnen hadde også en skremmende «kraft» i forhold til mannen, det var nemlig kvinnen som ble svanger. Kvinnekroppen var allerede i seg selv hellig og «skremmende». Mannen måtte heller passe seg for kvinnens kraft. F.eks. burde de være adskilte fra kvinnene en stund før de dro på jakt for at de ikke skulle miste sine krefter, og for at kvinnene ikke skulle «ødelegge» (guorcut) jakta. (Guorccu er et meget feminint ord, og forteller om kvinnens kraft. Dette ordet er også brukt i dag, men da i nedsettende betydning. Brukt i forbindelse med jakt hører ordet til den gamle troen, og kan forklares som den såkalte «kvinnekraften»).

Kvinnen var forpliktet til å «beskytte» guttebarna mot kvinnenens kraft. Dette ser vi ennå i dag; guttebarna får ikke lov til å blande seg borti kvinnenens håndarbeide/duoddji. I Sapmi finnes ikke skreddere, og selv i dag syr guttene aldri klær til seg selv. Det er fremdeles kvinnene som syr skaller, og de «våker» over arbeidet sitt og kaller menn for «bálloáhkku» hvis de blander seg borti kvinnearbeid.

På denne måten hadde guttebarn mødrenes særskilte beskyttelse. Ingen mor ønsket å ødelegge sønnens «jaktinstinkt». Guttebarna ble overlatt i mennenes varetekt så snart de klarte seg selv. (Klarte å gå selv, kunne kle på seg etter værforholdene, klarte å bære sin egen proviant osv.).

For mødrene var det mye lettere å finne gjøremål til jentene og å lære dem å arbeide. Det var mer å velge mellom blant jentenes arbeidsoppgaver enn guttenes. Jentene fikk lære, og måtte lære seg alle arbeidsoppgaver som egentlig tilkom guttene. Hvorfor? Det var ikke alltid sikkert at jentene «fant» seg en make, og evnen til å overleve innebar å kunne jakt og duoddji, mat og bekledning! Jentenes helhetlige verdensbilde var mye klarere og mer jordnært enn guttenes. Jentene måtte lære husstell, de skulle bli «dugende» mødre osv. Forventningene overfor jentene var svært konkrete og forståelige. Guttene på den annen side, skulle lære seg å samle krefter, krefter som ingen definerte. Guttene skulle lære seg å «tørke svetten», med andre ord: lære seg å beherske kroppen i kulde og varme. De kan enda i dag sitte med dynejakka på innomhus, eller gå på ski med slik «fart» at svetten ikke bryter ut!

Guttebarna sov med klærne på, slik at de lærte å hvile påkledd. Det har skjedd svært lite forfrysningsulykker i Sapmi i forhold til hvor mye man har oppholdt seg utendørs over lengre tid. Guttene skulle læres opp til å bli svært sensitive, de skulle konkurrere med byttedyrets kløkt, lære å «stole på instinktet» osv. De skulle bli utholdende og beherske kroppen fullt ut. De skulle lære seg å kjenne været og forstå forandringene i naturen, med andre ord: de skulle lære å forvalte sine kunnskaper! Og de måtte lære seg å våke om nettene. Alle disse kunnskapene lærte guttene hos sine mannlige nærmeste, og kvinnene skulle på grunn av «krafta» si holde seg unna guttenes jakt opplæring. For noen har nok jakt opplæringen vært en heller brutal affære: fra morens myke fang til mennenes jaktverden der svært lite ble definert med ord, og sammenhengen mellom ting sjelden ble forklart! Men de fleste guttene fikk likevel en myk overgang til mannfolklivet.

Slik kommer dette fram i dagens oppdragelse: Mødre «kan» fremdeles ikke finne gjøremål til sine sønner. Dette henger sammen med den gamle tanken om at man ikke må ødelegge jaktinstinktet, men dette er selvsagt ikke noe man er bevisst. Enhver samisk mor lar sine døtre arbeide, ikke bare fordi de skal være til hjelp, men for at de skal kunne fungere som mødre og kvinner. Hvor mye moren enn ønsket å dele arbeidet rettferdig mellom sønnene og døtrene, styrte «jaktmyten» hverdagslivet. Hvem ville vel ødelegge for sine sønner? Svært ofte ser man i Sapmi at mødre som oppdrar barna etter moderne mønster og selv har gått på skoler, lar sønnene sine våke om nettene sommerstid, for eksempel i forbindelse med fiske, mens jentebarna må legge seg i tide, slik de nye mønstrene krever.

4.2.7 Hvem hører barna til?

Jentene forblir mødrenes eiendom helt til de gifter seg og flytter fra hjemmet. Guttene tilhører fedrene så snart de er over småbarnstadiet. Likevel føler ofte guttebarna mer tilhørighet overfor morens slekt enn farens slekt. Hvis et ektepar skilles, vil det være naturlig at barna blir hos moren, og guttebarna vil selv ettersom de vokser til ta kontakt med faren, og noen vil også flytte til faren. Men svært sjelden krangles det om barna ved en skilsmisse (egentlig tilhører nok barna moren mer enn

faren!), men barna kan nok villedes: Ved en skilsmisse fortelles barnet negative ting om en av foreldrene, og barnet kan komme til å se ned på den av foreldrene som blir baksnakket. Om den tidligere hustruen klarer seg svært godt alene med barna, kan faren føle trang til å hevde seg etter skilsmissen, da vil han ikke føle noen økonomiske forpliktelser utover det som samfunnet har pålagt han. Dette er også med på å bevise at barna ifølge alle parter regnes som kvinnens eiendom, bortsett fra jaktoppdragelsen til guttebarna, som tilfaller faren eller en mannlig slektning av moren.

Også ansvarsfølelsen overfor egne foreldre utpeker kvinnen som eier av barna. Det ser ut til at jentene ser det som sin plikt å stelle for foreldrene, og det ser ut til at de har knyttet særlig sterke bånd til moren. En jente sa at hun kunne ikke hente tingene sine fra morens hus så lenge moren var i live, det var viktigere å være en god datter enn en god kjæreste. (Hun bodde sammen med sin kjæreste).

4.2.8 Hvorfor er det vanskeligere for guttene å tilpasses samfunnet?

Guttenes oppdragelse forberedte dem til å måle sitt arbeid etter evner og resultater. Det sensitive (jaktinstinkt) skulle ikke forsvinne. Foreldrene hadde jo ved valg av arbeidsoppgaver påpekt (om enn ikke bevisst), hva som var viktig og hva som ikke var viktig. Jaktinstinkt var viktigst! Det er forståelig nok, det er ikke lenge siden at jakta var livsgrunnlaget. Selv om jaktsamfunnet forsvant, forandret man ikke på oppdragelsen, og på grunn av dette oppdras gutter den dag i dag til å bevare og beskytte jaktinstinkt. Men dagens jaktsamfunn og omgivelsene som skal fremme interessen fungerer ikke. Skolen (hvor samisk den enn er), kjenner ikke oppdragsanalysene, foreldrene lever ikke etter det samfunnsmodnetet som de oppdrar guttebarna til. Som følge av dette kommer guttene til kort hjemme, på skolen og i samfunnet. Det finnes ikke referanser til oppdragelsen. Mange mødre klager over at de er nærmest som fremmede overfor sine sønner, og leter etter feil ved samfunnet; det er jo så fornorsket. Og jentene er så greie og har lett for å lære nytt, og de klarer seg så godt på skolen. Jentebarna finner arbeid og tjener penger. Guttebarna blir igjen hjemme. Noen begynner å drikke og krangler. Det er som om de ikke duger til noe, og de klarer ikke selv å forandre på dette.

4.2.9 Mytene om reindriftsgutter

I tillegg til jaktnaturen fikk guttebarna i reindriften lære yrket, og fikk dermed økt sin selvfølelse ytterligere. Jo mer du kan, og jo flinkere du er i reindriften, dess mindre skal du bry deg om skolen og annet som tilhører nordmennenes verden. Det var første bud. Foreldrene så liten nytte i å støtte opp om skolen, fordi den stjal av den dyrebare tiden da barnet var mest lærenemt, og forståelig nok var vel yrkesopplæringen viktigere enn skolegangen, der lærte jo barna bare all slags «unødvendigheter». Reindriftsguttens selvfølelse ble også styrket av hans motvilje mot storsamfunnet. I dagens samfunn har guttebarna i reindriften det mye lettere enn andre samiske gutter, fordi deres omgivelser er noenlunde i samsvar med oppdragelsen. Reindriftsguttens selvfølelse er sterkere enn hos andre samegutter fordi det i nærmiljøet finnes referanser til oppdragelsen deres. Men på den annen side har de vanskeligere for å kjenne samhørigheten med storsamfunnet, de er jo oppdratt mot storsamfunnet/skolen. Det ble også ansett for en svakhet og en underkastelse for det norske samfunn å gå på skoler. «Han hadde ikke evner til noe annet enn skolegang!», — ble det sagt -. «Han klarte ikke å hevde seg, han lærte ikke å jakte uansett hvor han prøvde, og frossen var han også!». Taperne i reindriften gikk på skoler. De flinkeste ungdommene ble igjen i driften, og de konkurrerte seg imellom

i rikdom, dyktighet, jaktferdigheter og i det å være same. Og guttene i reindrifta har myter om seg selv også i forhold til andre samegutter. Andre samiske gutter kan ha gjort seg tanker om egne særskilte ferdigheter som fisker sommerstid, en annen om sine ferdigheter som snarefangstmann vinterstid, og noen kan gjøre seg store tanker om sin styrke som slåsskjempe. Ofte har drukkenskapen blitt en støtte for selvfølelsen: han tålte det, alltid hadde han vel en flaske, joike kunne han og var populær! I mangel av omgivelser som aksepterer og fungerer, vil friske unge skape seg et miljø som godtar og fungerer for dem.

4.2.10 Forholdet mellom mor og sønn

I Sapmi er forholdet mellom mor og sønn svært skjørt og komplisert. Moren holder kontakten med sønnen gjennom et uskrevet regelverk for oppdragelse av guttebarna: hun må hjelpe han over til mennenes verden, men på den andre siden har hun som mor et ønske om å beholde nærheten til sønnen lengst mulig. Moren må verge sønnene mot sin kvinnekraft, men samtidig skal hun med kvinnekrafta beskytte han mot verdens ondskap. Sønnen opplever dette som om moren støter han fra seg; for andre gang opplever han å bli brystavvent, og selvfølgelig føler han seg såret. Av dette ser man at for å få en vellykket overføring av guttebarna til mennenes verden, behøvdtes det godhet, kjærlighet og forståelse av barnesinnet. Svært mange har lyktes, og lykkes den dag i dag med dette. Men det finnes også eksempler på tilfeller som ikke har vært helt vellykkede. Guttene har nærmest blitt fasthengende, særlig eldre mødre kan begynne å «pleie» sønner som av forskjellige grunner har måttet bo hjemme som voksne. Det ser ut til at mødrene verken vil eller evner å hjelpe sine voksne sønner til å bli menn. Guttene ser også ut til å ha det godt under mødrenes beskyttende vinger. Men desto verre, for under morens vinger vil den voksne mannen sløves og virkelig bli et barn igjen, og dermed kan han ikke lenger stole på seg selv. Om moren ikke stelte for den voksne sønnen, ville hun jo hjelpe han over i mennenes verden. Slike tilfeller finner man overalt i Sapmi. Årsaken er ikke bare den at det er lite med boliger eller arbeidsplasser, men også et mislykket mor-sønn forhold; sønnen har ikke fått rive seg løs fra morsbåndet for å bli et mannfolk.

4.2.11 Grunnen til at jentene har lettere for å tilpasse seg i samfunnet

Jentebarnet kommer alt i tidlig alder i nær kontakt med sin voksenmodell, og kvinneverollen er bundet til det konkrete i livet. Det er mødrene i det samiske samfunnet som oftest holder kontakten mellom skolen og hjemmet, og som mer eller mindre frivillig kommer til å støtte skolen. Slik lærer datteren av sin mor å godta storsamfunnet, og avstanden mellom hjemmet og skolen blir ikke så stor for jentene som for guttene. I dag gjelder dette også i forholdet til barnehagene. Mødrene må også på andre områder holde kontakt med storsamfunnet: regninger, boligutgifter, klesinnkjøp osv, og jentene lærer. Jentene blir opplært til å være raske og flittige, de skal også føle ansvar for sine brødre. Ja, også har hjem i storsamfunnet likedanne kjøkken som samiske hjem, de har de samme kjøkkenmaskinene, samme gardinene, samme gulvmatter osv. Jentene føler i større grad enn guttene tilhørighet med storsamfunnet i dagliglivet.

Når samiske kvinner føder barn, skjer det på samme måte som for kvinnene i storsamfunnet. Samme sykehus, likedanne senger og de får den samme pleien. I hver en samisk kvinnes tanker finnes et bilde av fødsler kvinnene i gamle dager opplevde den gangen, da det harde arktiske livet gjorde hver fødsel livsfarlig for kvinnen. Mens i dag hjelper storsamfunnet «oss», slik at en fødsel bare er gøy, og

alt er så sikkert og trygt. Det er en svært så positiv betydning storsamfunnet har fått for samekvinnen. Slike tilbud fra storsamfunnet har ikke mennene fått oppleve.

Den norske jenteverdenen er mye nærmere den samiske jenteverdenen enn det den er for guttenes del. Dette gjør det lettere for jentene enn guttene å finne fornuftige gjøremål i storsamfunnet. Dermed føles det også mer naturlig for jentene å gå på skolen enn for guttene. Mange samejenter valgte bevisst den «norske verden» fordi det var det letteste. Man behøvde ikke å sy klær, og ikke behøvde man å sørge for mennenes vellykkethet heller. Den samiske kvinnes liv er veldefinert og retningslinjene er klare og lett forståelige. Man snakker om dem; kvinnene seg imellom, ofte i samfunnet. kvinnens moral blir nøye overvåket. Kvinnen er mer omtalt enn det mannen er.

Ingen av kvinnene som ble intervjuet, kunne svare nøyaktig på hvordan man burde oppdra guttebarna, men hver og en av dem fortalte at guttebarna oppdras svært forskjellig fra jentebarna. Det virket som om bare det at man snakket om mennene kunne føre til en ødeleggelse av deres jaktnatur, fordi ingenting av det som angår mennene ser ut til å ha fått verbale definisjoner. Det eneste ordet om dem som ble nevnt, var i en setning der det ble sagt at man bør være svært forsiktig med guttebarna, de er så skjøre. Når bare ord kan knuse dem!

4.2.12 Narrideapmi — en viktig samværsform

Narrideapmi betegner en ganske vanlig samværsform hvor man spøker og erter hverandre, ja man kan endog bli sint på hverandre. Det var nok en oppdragelsesform som ikke alltid var like behagelig for barn og unge. Samer kan fortelle at de som voksne tok avstand fra narrideapmi, iallefall før de innså at det handlet om oppdragelse.

Gjennom narrideapmi lærte de unge å beskytte seg selv og verne om sitt innerste følelsesliv. Barna lærte å ikke utlevere seg til fremmede og utenforstående. Lærte de å takle narrideapmi, lærte de også å takle verden omkring seg. De lærte å mestre og kontrollere sitt eget sinne, følelsesutbrudd, sårhet, aggresjon og skam. Temaet i narrideapmi kan gjerne være kjæresten i og forholdet mellom gutt og jente. Et eksempel kan billedliggjøre narrideapmi: En onkel kommer på besøk og innleder samtale med sin nevø: «Jeg så deg i sted utenfor Samvirkelaget. Du sto der og snakket med ei jente. Det var vel kjæresten din?» Istedenfor å bli sint, ler gutten lurt og sier: «Du skal ikke snakke du, du som er over 30 år og enda ikke har funnet deg en dame. Hvis du ikke finner en snart, ender du opp som gammelungkar». Onkelen og nevøen ler godt. Gutten mestret den sosiale koden på en utmerket måte.

Narrideapmi er om den lykkes, den sosiale væremåten som utvikler humoristisk sans og skaper underholdning. Barn lærer å skille mellom spøk og alvor, og de lærer selvironi. Temaet i narrideapmi kan også omhandle mestring av ferdigheter eller roller. Eksempelvis kan det gå på hva barn i forskjellige aldre forventes å skulle mestre. Narrideapmi var en effektiv metode for å opprettholde de tradisjonelle kjønnsrollene. Voksne slektninger, ofte onkler og tanter og andre nære personer viste gjennom denne samhandlingsmetoden at det forventes at gutter ikke gråter, og at jenter ikke er store i kjeften. Slik kan denne samværsmåten være et redskap for å vedlikeholde tradisjoner såvel som å utvikle nye holdninger og verdier hos de unge.

En viktig forutsetning for en oppdrager er å kjenne barnet. Narrideapmi kan brukes som et redskap for å sjekke om barnet er hissig av gemytt, eller om det er en rolig type. Det vil så danne grunnlag for valg av strategi i oppdragelsespraksisen. Det er en hårfin balanse mellom det som gjennom narrideapmi er ment som opp-

byggelig og det som kan være regelrett terging eller mobbing. I en normativ sammenheng, hvor narrideapmi brukes som en del av oppdragelsespraksisen, fordrer det selvsagt en skjerpet bevissthet hos utøveren. De eldre er bekymret over at den yngre generasjonen foreldre og voksen ikke mestrer narrideapmi. De yngre har ikke bare en snever forståelse, men også en fordreining av narrideapmi mot det de eldre vil kalle for terging (hardit). Terging har ingen ting med oppdragelse å gjøre, mener de.

4.2.13 Fortellertradisjonen styrker kulturell overføring mellom generasjoner

En annen indirekte metode som brukes ganske systematisk, er oppdragelse og kunnskapsoverføring gjennom fortelling. Et av temaene kan være formidling av hvordan barn kommer til verden. Mange samer har blitt fortalt historien om hvordan de var blitt funnet under ei tue. Dette hadde de selv fortalt videre til sine barn.

Det var gjerne en eldre kvinne som brakte barnet hjem. En forklaring til denne samiske versjonen av fortellingen om hvordan barn kommer til verden kan man finne i den samiske førkristne religion. De tre gudinnene som har med unnfangelse, fruktbarhet og fødsel å gjøre, har tilholdssted under ildstedet (arran), altså under jorda. Det er rimelig å tro at måten å fortelle om menneskets tilblivelse på har lange, ubrutte tradisjoner.

Gjennom fortellingen lærer barn indirekte normer, verdier og den moral som de voksne vil føre videre til neste generasjon. Fortellermetoden er spesielt god ved at den gir opplevelse, og er fellesskapsetablerende. Derfor kan den være en mer direkte vei til målet enn den mer vanlige verbale moraliseringen som ellers er utbredt i dag. Fortelling kan også brukes for å lære den oppvoksende slekt å forvalte naturressursene på en fornuftig måte.

En hendelse kan illustrere videreføring av slik tenkning om forholdet mellom natur og menneske. Det er bestefaren som ber dattersønnen bli med ut for å vise han noe. Fordi begge vet at bestefaren er gammel, og at han ikke har lenge igjen å leve, blir det noe høytidelig over denne turen. Bestefaren viser hvordan han har ryddet skogen og markene etter seg. Han har også revet alle gjerdene på eiendommen. Han forteller da sin etterkommer at han har brukt naturen så lenge han trengte den. Siden ingen i familien vil dyrke jordene, skal naturen igjen få gro til, og sporene etter menneskehender skal forsvinne. Den unge er forskrekket, det er deres eiendommer, bestefar har jo skjøte på det. Da svarer bestefaren: «Jeg har bare lånt jordene så lenge jeg trengte dem». Bestefaren lykkes med sitt budskap, han oppnår forståelse hos den unge for de verdier han selv står for. Det er ikke blitt sagt mange ordene, men opplevelsen blir så sterk at den gir gjenklang og vekker til live tanker som den unge ikke hadde et bevisst forhold til. Fortellingen gir rom for medopplevelse på egne premisser.

4.2.14 Den tradisjonelle formidlerens pedagogikk

Den tradisjonelle samiske oppdragelsen bar preg av en balanse mellom formidlet og erfart læring. Den hadde som mål å legge til rette for at barna skulle gjøre egne erfaringer, og å utvikle selvstendighet. Man lærte både ved egne erfaringer, og ved læring gjennom arbeid, fortellinger og narrideapmi, hvor de voksne var bevisste formidlere. Den formidlede læringen var i svært liten grad en verbal enveiskjøring hvor man snakket til barnet. I den tradisjonelle overføringsprosessen ble det meste en lærte opplevd som en personlig kunnskap, fordi den tradisjonelle formidleren også formidlet betydningen eller meningen av en hendelse, en fortelling eller en

aktivitet. Den tradisjonelle formidleren og dagens kunstner har noe til felles, nemlig det at de legger til rette for en opplevelse eller erfaring som gjør at mennesket må bruke hele seg for å kunne «leve med». Det dreier seg om en opplevelse som aktiverer både intellekt og følelser, og hvor erfaringer, fantasi og kombinasjonsevne utløses og tas i bruk i formidlingen av et budskap eller en verdi.

En slik oppdragelsespraksis kjennetegnes også av en helhetlig tenkning. Læringen er både formidlet og erfaringsbasert ved at barna gjør egne erfaringer, og den som oppdrar formidler meningen i erfaringene. Man skiller ikke mellom innholdet i formidlingen og måten å formidle på. Både innhold og metode henger nøye sammen. Fortellertradisjonen er et godt eksempel. Den tar i bruk mange sider ved mennesket, og er en unik og effektiv undervisningsmetode. Den tradisjonelle fortellingen har et budskap, den formidler noe av kulturell verdi, og den formidles gjerne i et fellesskap. Den danner et læringsmiljø som gjør barn og unge mottakelige for påvirkning og inntrykk.

Alle formidlere, enten de er kunstnere, foreldre, pedagoger, journalister, forskere eller helse- og sosialarbeidere, ønsker å vite hemmeligheten bak en vellykket formidling. Dagens samfunn endrer seg i et raskt tempo. Vi opplever et mangfold hvor både foreldre og pedagoger vurderer verdier og måter å formidle dem på. Betingelsene i dag er annerledes enn i det gamle samiske samfunnet. For samiske foreldre vil det ligge en trygghet i det å utvikle en bevissthet rundt de tradisjonelle oppdragelsesmetodene, slik at de kan inngå i oppdragelsen. Det bør kunne forenes med moderne pedagogisk kunnskap.

4.3 NOEN EKSEMPLER PÅ BRUK AV SAMISK FOLKEMEDISIN

4.3.1 Bruk av animalske produkter

Bruk av **animalske produkter** har vært utbredt. I litteraturen er organer eller deler av organer eller væskeprodukter som — blod eller melk — fra både sel, bjørn, reinsdyr, bever, slange, hund, rype, ravn, frosk m.fl. vært nevnt. Forstoppelse ble f.eks. kurert ved hjelp av fett fra kokte reinklauver, gjerne sammen med margebein fra rein. Dette er prinsipielt den samme bruk av oljer som man finner i andre kulturer.

Bruk av bjørnefett som salve mot gikt, isjas og andre smertetilstander og fett fra reinsdyrmargebein utvortes ved ulike brystsykdommer, er eksempler på mer praktisk bruk. Ved frostskafer ble reinost anvendt. Det er interessant fordi moderne vitenskap har vist at den metode med anvendelse av snø for å gni bort frostskafer som var utbredt i Skandinavia, ikke er bra. Man skal istedet bruke oppmykende fete salver og varsom oppvarming. Reinosten er fet og myk, og hensiktsmessig i behandlingen.

Urin fra dyr og mennesker har vært mye brukt på de forskjellige sykdommer. Eksempelvis er urin fra reinsdyr blitt brukt mot snøblindhet og stær, eller innvortes mot bendelorm, mens galle fra dyr generelt ble brukt mot bl.a. magesmerter, milt-sykdommer og andre lidelser.

Beverkjertler ble blant annet brukt mot rakitt. De inneholder en vokslignende substans, castorin, og bensoesyre, samt salicin og salicylsyre. Castorin er brukt i folkemedisinen mot kramper, og salicylsyre finnes i dagens magnesytabletter. Beverkjertlene bør derfor ha vært virksomme mot feberkramper. Rakitt oppstår av mangel på D-vitaminer, og særlig barn kan være utsatt for sykdommen. Det kunne derfor være interessant å få fastslått D-vitamininnholdet i beverkjertlene.

4.3.2 Eksempler på bruk av urter og planteprodukter

Urter og planteprodukter har vært utbredt i samisk folkemedisin, og bruksområdet har på mange vis vært sammenfallende med det man i dag vet om virkningene av plantemedisin (phytoterapi). Både einer, finnmarkspors, kjerringrokk, reinrose, lusegress, hestehov, ryllik, kvann m.fl. er planter som har vært hyppig brukt innvortes som utvortes. Innvortes ble det tilberedt bl.a. som te eller brukt som inhalasjoner, mens utvortes behandling ofte skjedde ved kroppsbad eller smøring direkte på huden.

Kvann (*Angelica Archangelica*) ble brukt innvortes, særlig mot fordøyelsesykdommer, hoste, snue, bronkitt, m.m. Roten ble tørket og anvendt mot katarrar, snue og magesykdommer. Kvann ble også brukt som botemiddel mot verk, f.eks. rygg smerter. Roten ble tygget som et generelt forebyggende middel mot sykdommer. Stilken ble brukt mot smitte og forkjølelse. På besøk i fjordmarkedene i Norge om sommeren og vintermarkedene i Sverige ble samene lett forkjølet. De hadde da gjerne vært sammen med sine nærmeste storparten av året, og hadde lite motstandskraft mot de fastboendes virus- og forkjølelssykdommer. Vi vet ikke om samene har vært plaget av skjørbuk. Det kan ha vært en sjelden sykdom fordi samene særlig på ettervinteren hadde enslags grønnsaksretter i sitt kosthold hvor *angelica* var hovedingrediens (*gompa* eller *juobmo*). Dette ga effektiv beskyttelse mot skjørbuk. Laboratorieforsøk har vist at *angelica* har et svært høyt innhold av C-vitaminer. På samisk heter *angelica* «posku». Det betyr å samle, og kan avspeile en tid da samling av urter var en vesentlig del av samisk kosthold. (Man må imidlertid være klar over at planten kan ligne på selsnepe, og roten av denne er svært giftig. Selsnepe finnes bl.a. i *Kautokeino*.)

Avkok av einebær ble også brukt mot forkjølelse og fordøyelsesykdommer. Einebær inneholder bl.a. oljer som regnes for å være slimløsende og urindrivende. Blodrot ble tørket og knust til pulver og brukt mot diare. Dette har sammenheng med plantens innhold av garvesyre, som virker i magesekken, og gjør at diareen bremses. Samene kjenner til planten, selv om årsaken til at den virker kanskje ikke lenger er klar.

Avkok av bjørkeløv er angitt å være virksomt dels mot urinveissykdommer og dels mot gikt. Bark av både bjørk, osp og selje kunne også brukes, bl.a. ved å knuse det til pudder som kunne legges direkte på huden. Som plaster ble bl.a. det innerste laget av bjørkenever brukt direkte på sår. En kombinasjon av animalsk fett og ulike planter eller kvæ gjorde ellers nytten både som salve og plaster. Videre kunne også lus og maur benyttes enten kokt eller levende både til innvortes og utvortes bruk.

4.3.3 Eksempler på bruk av andre produkter og metoder

Metaller som kvikksølv, svovel og messingstøv ble også brukt mot lidelser som eksempelvis hoste og stingsmerter. Også terpentin, petroleum og tjære ble brukt bl.a. mot halssykdommer.

Stopping av blod kunne skje både med og uten magiske formler, og i begge tilfeller ble det regnet for å være en følge av overnaturlige evner. Men også andre metoder enn de overnaturlige ble brukt. Ved vorter og andre utvekster var kjerringråd og bruk av magiske formler o.l. spesielt utbredt.

Ved **moxabrenning** (også kalt knuskbrenning) var det vanlig bl.a. å bruke soputvekster på bjørkestammen. Det svamplignende stoffet ble formet som en kjege (eventuelt som kuler) og brent på huden mot alle slags sykdommer og smertetilstander. Eksempelvis ble det ved tannpine brent moxa på kinnet eller underleppen, og ved forstuvninger ble det brent på hevelsen. Det ble brukt fra en til tre «kjegler» på samme pasient. Når en var utbrent ble en ny tent på samme sted. En jernring eller

lignende ble brukt på området for å minske smerten av brenningen samtidig som det holdt moxaen på plass slik at det ikke bredde seg på et altfor stort område i huden. Såret måtte hele av seg selv. Etter noen dager ble puss tatt ut av brannsåret, men skorpen måtte ikke fjernes. Noen steder brukte man plaster, fett, smør e.l. på såret. Moxabrenning ble brukt ved giktsmerter, mot leddgikt, reumatisme, hodepine og tannpine, ved betennelser og de fleste slags smerter.

Moxabrenning regnes for å ha sin opprinnelse i Kina, og brukes over hele det nordlige Eurasia fra Stillehavet i øst til de samiske områder i vest. Vi finner den f.eks. også hos samojedene. Sopputvekster fra bjørk (*Polyporus fomentaris*) har dessuten vært brukt i hele Europa som blodstillende middel. Det svamplignende stoffet suger opp blodet på en effektiv måte.

Kineserne bruker moxabrenning både direkte, slik som samene, og indirekte. Da legger man et isolerende lag mellom kjeglen og huden. Det er ofte ingefærrot, hvitløk eller salt. Det virker i seg selv både isolerende og beskyttende. Moxa lages hos kineserne av tørket buerot. Det brukes for å eliminere kulde og fuktighet i kroppen, og for å opprettholde god balanse mellom organene. Ifølge kineserne skal ikke moxa brukes ved feber eller ved sykdommer hvor kroppen har mye varme.

Et mye brukt sted for moxabrenning hos samene har vært det høyeste punktet på muskelen mellom tommel- og pekefinger. Dette tilsvarer et av tykkertarmpunktene i den kinesiske akupunkturlæren, som også regnes for å ha en alment stimulerende effekt. I tillegg til å ha innvirkning på tykkertarmen, mente man at det også virket smertedempende på kjevepartiet. Samene brant også moxa her mot tannpine.

Ellers skiller ikke samene mellom varme og kalde sykdommer på samme måte som kineserne. Dette skillet er ifølge kineserne avgjørende for om man skal foreta varmebehandling. Kinesernes medisin er i det hele tatt mer strukturert enn samenes medisin. Dette kan skyldes at mye av kunnskapen om samenes legeråd er i ferd med å gå tapt. Det ville være interessant med en gjennomgang av samisk og østlig medisin.

Ved **kopping** ble et horn (som oftest fra okse) brukt til å suge i huden til den hevet seg. Hornet skulle deretter fjernes samtidig som et lite hull i huden ble laget for at blodet skulle kunne suges ut. Kopping kunne anvendes ved smertetilstander og ved hevelser, og som oftest skulle det koppsuges på det stedet smerten/hevelsen satt. Ved eksempelvis krampetilstander skulle det koppes i nakken samtidig som pannen skulle gnies. Alle typer blå flekker måtte koppes på selve flekken og suges ut med koppehorn. Ved årelating mente man at det beste blodet rant ut, og at det derfor ikke skulle settes hull på åren ved blå flekker. Koppsuging er i dag en kjent metode i kinesisk medisin. Kineserne bruker idag glass, men fra gammelt av har de også brukt horn.

Årelating var aktuelt bl.a. ved smertetilstander i bryst, rygg, hofter, tenner m.m. Hvilke årer som skulle årelates i det enkelte tilfelle var avhengig av typen lidelse. Ved gikt for eksempel skulle ytre side av armen og ytre siden av fotleddet årelates, og ved epilepsi skulle hele 9 årer åpnes, deriblant en pulsåre. Ved hekseskudd og ryggsmarter ble det årelatt på utsiden av foten. Det tilsvarer blærekanalen og galleblærekanalen i den kinesiske akupunkturlæren. Et gammelt samisk råd er at en skal årelate på fotryggen hvis matlysten mangler. I kinesisk medisin er dette ventrikelkanalen som går med sin energibane opp til ventrikkelen. Man ser hele tiden sammenhenger og samstemthet mellom punkter og områder hvor det ble årelatt av kineserne og av samene. Hensikten var å få det vonde ut av kroppen. Kineserne oppfattet det som hete og hevelse, samene som «dårlig blod» som måtte ut.

Massasje ble også mye brukt med gode resultater, og bruken vitner om gode kunnskaper i anatomen. Massasje ble bl.a. benyttet ved ryggsmarter, fordøyelsesbesvær, hodepine, kolikk, tannsmarter, revmatisme m.m. Spesielle punkter i hodet

ble trykket og massert ved hodeverk. Det finnes tilsvarende kinesiske akupunkturpunkter som brukes mot de samme lidelsene.

I forbindelse med de magiske/mytologiske metodene hadde **runebommen** og **noaiden** en sentral plass. Etter samenes filosofi var ånder, avdøde og gannfluer årsak til sykdom på folk og fe, og runebommen fungerte både som bibel og medisin, mens noaidens oppgaver kunne sammenlignes med prestens og legens funksjon. Etter den sjamanistiske læren var noaidien en mellommann mellom guder og mennesker. Farlige sykdommer med uklar årsak og terapi, mente man ofte ble kastet på den syke fra avdøde slektninger. Noaidiens oppgave var å påvirke den avdøde til å avstå fra ønsket om å hente den syke til seg. Ofte var det nødvendig med offer og eventuelle medhjelpere. Runebommen inneholdt utskjæringer med menneske- og dyrefigurer som minner om helleristningene. Når noaidien slo på runebommen vandret en «viser» mellom figurene og ga noaidien råd og svar på vanskelige spørsmål. Beveget «viseren» seg mot solens retning eller mot tegnet «de dødes vei», var det et dårlig tegn og tydet på at den syke snart skulle dø. Offer var da ofte eneste mulighet. Noaidien måtte tilkalle sine hjelpende ånder og kunne falle i trance i mange timer mens han drev forhandlinger med avdøde om offerets størrelse. Sykdoms- og dødsdemonen Rota var viktig for samenes oppfatning av sykdom. På runebommen var Rota fremstilt ridende på en hest, og hesten forestilte offer til Rota. Etter von Westens forkynnervirksomhet ble Rota-læren umerkelig erstattet med «djevellæren». Også gannflue-motivet var angitt på de fleste runebommene og ble benyttet som «svart magi» til å fremkalle sykdommer på folk og fe. Det ble hevdet at især utslett, ødemer og blodspytting var typiske gannfluesykdommer.

En historisk framstilling av den samiske sjamanens rolle og funksjoner finnes som vedlegg til denne utredningen.

4.3.4 De tradisjonelle helbrederne

Det har vært ulike kategorier helbredere. I en kategori er **guvlar** og **lavvi**. Lavvi var betegnelsen på en helbreder fra kysten, mens guvlar er en helbreder fra innlandet. En annen kategori er noaiden, som også hadde kontakt med verden bortenfor menneskenes liv. Han var både en helbreder og en åndelig leder. Det er i dag lite sikker kunnskap om noaidens funksjoner som åndelig leder og rådgiver, og om hans samfunnsmessige funksjoner. I dag er det mye som tyder på at betegnelsen noaide er innsnevret til å gjelde en som helbreder på samme vis som guvlar eller lavvi.

De gamle samiske medisinske systemene er aldri helt forsvunnet. De har levd i dølgsmål, og har endret seg eller blitt omdefinert. Særlig noaide-institusjonen er endret og for en vesentlig del forsvunnet. Nye forestillinger er kommet til, for eksempel tro forbundet med kirkegårdsjord, som ikke kan sies å være en del av den gamle samiske forståelsen.

Helbredere oppgir at de blir oppsøkt av pasienter i alle aldersgrupper, og med forskjellig etnisk bakgrunn. Det synes ikke som om det er noen sykdommer helbrederne ikke behandler. Betalingen skjer etter pasientenes evne og samvittighet.

Flere helbredere mener at helbredelsen ikke skjer av dem personlig, men av Gud eller av Den store ånd. Helbrederne sier de har fått sine evner på forskjellige måter. Noen har fått evnene åpenbart gjennom en drøm, noen har hørt og følt ting, og noen mener evnene er en gave de har fått gjennom arv og opplæring av slektninger.

Enkelte leger og helbredere forteller om gode erfaringer i å samarbeide med hverandre, og de mener at motivasjonen i forhold til skolemedisinen øker der begge «systemene» er i bruk. Gjennom sin kunnskap og autoritet kan helbrederen ha en formidlingsfunksjon når det gjelder å forklare og motivere endel pasienter til å

følge legens anvisninger. Det bør således kunne være mulig for samisk folkemedisin og skolemedisin kan eksistere side om side.

4.4 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

Hovedmål 1: Utvikle samiske forutsetninger og kulturell bakgrunn som faglig kompetanse
Delmål 1: Innarbeide samisk kulturell kompetanse i de forskjellige delområder i helse- og sosialsektoren

Interessen for samisk kulturell bakgrunnskunnskap viser at samer møter noe av seg selv i et slikt materiale, og at det er viktig å sette ord på det selv har som «bagasje» fra sin egen oppvekst og bakgrunn. En ny bevissthet og stolthet i forhold til den kunnskap og de ferdigheter samene selv forvalter vil være grunnleggende for å videreutvikle den samiske kulturen, og for å styrke samers følelse av identitet og glede over å tilhøre denne kulturen. For ikke-samer vil en framstilling av slike temaer kunne vise at den samiske kulturen har verdier som også andre kan lære av, og at kunnskap om disse forhold trenger forskning og systematisering for at den skal være tilgjengelige for andre. For personell i helse- og sosialsektoren vil slik kunnskap være del av det som kan omtales som «samisk kulturkompetanse».

Eksemplene på anvendelsen av en slik samisk kulturell kompetanse er svært mange. Den vil kunne bidra til en forståelse av kanskje først og fremst eldre samers holdninger til leger og sykehus. Kjennskap til det samiske slektsnettverket vil kunne være til hjelp og bidra til løsninger i barnevernsaker. Anvendt i samiske barnehager og skoler vil tradisjonell kunnskap kunne ha en viktig identitetsstyrkende effekt. For samiske foreldre vil den kunne bidra til bevissthet og trygghet i oppdragsessituasjonen i et samfunn som er i rask forandring.

En anvendelse av et samisk perspektiv i sosialt arbeid og i skolehelsetjenesten vil være bruk av kulturkunnskap og kunnskaper om tospråklighetsutvikling ved vurderinger av skolemodenhet hos tospråklige barn. Likeledes krever det kulturell kunnskap ved vurderinger av barns adferd i skolen. Skyldes adferden generelle problemer på grunn av tospråklighet eller møtet mellom to kulturer i skolen, skyldes den problemer i hjemmet, kan den tilskrives en skilsmisse, eller er adferden en naturlig funksjon av en annen kulturs oppdragelse? Her kan selv elementær kjennskap til samiske sosiale nettverk og omsorgsrelasjoner være viktige bidrag til en adekvat problemforståelse. I en tid med omfattende omstillinger i primærnæringene, vil kunnskap om samiske kulturelle verdier og overføringer, såvel som om forskjeller mellom jente- og gutteoppdragelse, kunne være viktig for en forståelse av klienters situasjon både for sosialkontoret og for arbeidsmarkedsetaten, og vil kunne være avgjørende for å finne fram til riktige tiltak for folk med samisk bakgrunn.

Hos samene er de gamle legeråd i ferd med å gå i glemmeboka. Når det f.eks. gjelder kinesernes medisin skjer det motsatte. Det forskes med vestens metoder for om mulig å finne en naturvitenskapelig basis for akupunkturlæren. Det ligger empiri i form av erfaringer bak den samiske folkemedisinen. Dette er erfaringer som er arvet fra generasjon til generasjon i århundrer. Mange samer vil nok betegne situasjonen i dag slik at man vet at man skal handle på visse måter ved endel sykdommer eller symptomer, men man vet knapt lenger hvorfor. Noen mener denne kunnskapen gikk tapt på slutten av 1800-tallet.

En referanse til legevekstenes historie vil kunne sette samenes folkemedisin inn i en videre sammenheng. Mange av de samme vekstene anvendes i dag innen vitenskapelig europeisk medisin, og kineserne har fra svært tidlige tider laget pulver og salver av lignende vekster. Fornyet kjennskap til den empiriske bruk av folkemedisin bør være en del av en samisk kulturreisning. Man må imidlertid sikre seg

at dette blir seriøse forskningsprosjekter med adekvat evaluering, og man må unngå uklarheter som kan bevirke at kvakksalveri kan få noen form for offisiell godkjenning.

En fornyelse av denne tradisjonelle kunnskap vil også innebære ny kunnskap om bruk av lokale ressurser. Med utgangspunkt i et områdes vekstressurser, kan et legemiddel studeres som et kulturprodukt som gjenspeiler det samspill som har skjedd mellom mennesket og naturen i et område. En systematisk undersøkelse av samisk folkemedisin vil også gi kunnskap om hvilke sykdomstilstander som har vært dominerende blant samene. Reumatisme, tannverk, rakitt (engelsk syke), skjorbuk og magebesvær, såvel som sårbehandlinger og hodepine blir omtalt i eldre skrifter om folkemedisin, mens nyresykdommer, blodsykdommer eller tuberkulose ikke ser ut til å være omtalt. Enten fantes de ikke, eller så har man ikke kjent sykdomsbildet.

For samiske forskere, kunstnere og forfattere, såvel som for sameforeninger og kommuner vil det være viktig å finne ut i hvilken grad og på hvilken måte tradisjonelle institusjoner og væremåter kan ha aktualitet i en moderne verden. Forskere med innsyn i samisk samfunnsliv bør stå for forskning og systematisering av denne kunnskapen. For samer innebærer dette å definere kulturelle verdier som kommende generasjoner skal få del i, og å utvikle en bevisstgjøring rundt kulturelle, etiske og estetiske spørsmål.

Den nye generelle læreplanen for grunn- og videregående skole i Norge understreker betydninga av «oppfostringa» som en grunnleggende ramme for det elevene skal lære i de 12 eller 13 årene de går på skole. Det heter bl.a. at det må være et tett samspill mellom fostringen i hjemmene, skolens opplæring og i samfunnet som omgir den. Planen understreker også at samisk språk og kultur er en del av den felles nasjonale kulturarv, som det er et særlig ansvar for Norge å hegne om. Læreplanen vil være et viktig styringsinstrument for utforminga av skoleverket, og den gir rom for samisk innhold og verdier. Dette innebærer at skolen må kunne fungere som et instrument for forsterking av samisk kultur. Utfordringen blir å trekke samisk kulturell kunnskap inn i skolen, slik at den kan bli en del av skolens formelle innhold. Dette forutsetter også forskning og kunnskapsutvikling. En situasjon hvor skoleverket støtter opp under den tradisjonelle oppdragelsen, vil innebære en annen situasjon for samiske foreldre enn hva tilfellet har vært fram til i dag.

Utvalget konstaterer således et stort behov for å utvikle forsknings- og utredningsprosjekter for å fange opp samisk tradisjonell kunnskap. Satsning på en slik forskning bør være en del av Norges nasjonale satsning i forbindelse med FNs internasjonale tiår for verdens urbefolkninger som vi nå går inn i. De områder FN har skissert som det vil være særlig viktig å fokusere på i denne forbindelse, er utvikling, utdanning, helse, miljø og menneskerettigheter. En slik satsning vil også innebære en oppfyllelse av Sameloven, hvor Norge forplikter seg til at «den samiske folkegruppe i Norge kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv». Det vil også være i harmoni med ILOs konvensjon om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater som Norge har ratifisert. Her heter det bl.a. at utdanningsprogrammer og -tilbud skal utvikle og gjennomføres i samarbeid med urbefolkningene, slik at de møter deres spesielle behov. De skal omfatte deres historie, kunnskaper, teknologi, verdisystemer og deres sosiale, økonomiske og kulturelle ønskemål for øvrig. Utvalget har i denne sammenheng merket seg at ILOs eksepertkomite i sine merknader til den norske regjeringens første rapport til ILO etterlyser forskning rundt samisk sedvane og tradisjonell kunnskap.

Tiltak 1: Vurdering av et forskningsprogram om samisk sedvane og tradisjonell kunnskap

Utvalget konstaterer altså at det mangler systematisk kunnskap om samenes kulturelle bakgrunn, og at det er behov for å utarbeide et helhetlig forskningsprogram med forskjellige delprogrammer og prosjekter for å systematisere samisk sedvane og tradisjonell kunnskap. Utvalget antar at et slikt program vil kunne vedrøre områdestyrene for medisin og helse, og kultur og samfunn, under Norges forskningsråd.

Utvalget har merket seg at i St.meld. nr. 36 (1992—93) Forskning for fellesskapet, heter det at den regionale forskningen skal være orientert mot lokale behov, den skal kunne stå for utviklingen av spesialkompetanse til nytte for hele landet, og den skal være handlingsrettet. I Norges allmennvitenskapelige forskningsråds (nå Norges forskningsråds) innstilling «Nybrott og gjenreising» understrekes at den samiske dimensjon, og da særlig samisk identitet og samisk kultur, er et særskilt ansvarsområde for kulturforskningen i Nord-Norge. St.meld. nr. 36 definerer samisk forskning som den forskning som har som mål å fremskaffe mer kunnskap om områder som er av spesiell interesse for det samiske samfunnet, herunder språk, kultur, religion, samfunnsforhold, økonomi, ideologi, historie og rettshistorie. Utvalget ser et forskningsprogram om samisk sedvane og tradisjonell kunnskap som en bærebjelke i samisk forskning.

Sett med utgangspunkt i helse- og sosialsektoren, er det behov for å systematisere tradisjonell samisk kunnskap innen samisk folkemedisin såvel som kunnskap om samiske sosiale relasjoner og samhandlingsmønstre. For eksempel vil kunnskap om samiske oppdragelsesmønstre være viktig for vurderinger av flere forhold som angår samer (barnevern, rusproblematikk, yrkesrettet rehabilitering, eldreomsorg).

Siden arbeidet med å utvikle forsknings- og utredningsprosjekter er i startgropa, og vil kreve en betydelig samisk styring, bør det utvikles som et samarbeid mellom Norges Forskningsråd og Sametinget. Det må skje en samordning over fagrensene, og en satsning på enkelte felter, slik som helse- og sosialsektoren. Det bør kunne utvikles praktiske prosjekter som berører barns situasjon og samiske oppdragelsesmønstre, såvel som prosjekter som vil være relevante for eldreomsorg og for utvikling av kunnskap rundt sosiale nettverk, slik at den bl.a. kan inngå som del av sosialt arbeid i samiske områder. Utvalgets ønskemål er at det prioriteres områder med relevans for helse- og sosialsektoren. En kunnskapsutvikling her vil få direkte konsekvenser for samiske pasienter og klienter, og den vil kunne være grunnleggende for utviklingen også innen andre områder, som f.eks. arbeidsmarkedsetaten og jus- og politietaten.

Tiltak 2: Vurdering av opplegg for informasjon om tradisjonell kunnskap i helse- og sosialfaglige miljøer der denne kunnskap vil være hensiktsmessig

Det vil være spesielt viktig at den kunnskap det her dreier seg om, gjøres tilgjengelig som ledd i en kulturforståelse i aktuelle fagmiljøer. Det bør utvikles en kompetanse i takt med at det gis informasjon om forskningen i helse- og sosialfaglige miljøer.

Utvalget vil derfor foreslå at Norges Forskningsråd i samarbeid med Sametinget arbeider med tilrettelegging av informasjon om resultatene fra forsknings- og utviklingsarbeidet både på norsk og samisk språk, slik at det i størst mulig grad når fram til samiske brukere og fagmiljøer som har behov for dette i sin virksomhet, såvel som til den samiske allmenhet og samisk språk.

En utvikling av de helse- og sosialfaglige utdanningene slik at de i større grad kan innlemme samiske aspekter i sin virksomhet, er foreslått i denne utredningens "*Rekruttering og kompetanseoppbygging*" i kapittel om rekruttering og kompetan-

seoppbygging. Det krever et mer systematisk og omfattende arbeid, og er foreslått som et satsningsområde i forbindelse med utviklingen av Norgesnett for høyere utdanning og forskning.

Tiltak 3: Vurdere innhenting av erfaringer om samarbeid mellom helsearbeidere og tradisjonelle helbredere

Det er i denne utredningen nevnt at den tradisjonelle helbrederen gjennom sin kunnskap og autoritet kan ha en formidlingsfunksjon når det gjelder å forklare og motivere endel pasienter til å følge legens anvisninger, i tillegg til å bidra til at pasienten føler seg trygg på sykehuset. Utvalget er av den oppfatning at det bør innhentes erfaringer med samarbeid mellom samiske helbredere og helsearbeidere. Vi vet at det enkelte steder er høstet gode erfaringer i primærhelsetjenesten med at diagnostiseringen blir foretatt av lege, mens helbrederen stiller enslags tilleggsdiagnose, og eventuelt forklarer pasienten bruk av de anviste legemidler. Regionsykehuset i Tromsø går denne vinteren (1994/95) inn i et forsøk med bruk av tradisjonelle helbredere ved sykehuset, brukt i tillegg til alminnelig skolemedisin. Forsøket vil bli avgrenset til en avdeling og et begrenset område, og vil bli forsøkt utført med en kontrollgruppe.

Et arbeid med å innhente erfaringer med samarbeid mellom samiske helbredere og helsearbeidere kan gjøres i form av prosjekter på forskjellige måter. Sametinget og Norges Forskningsråd bør vurdere dette. Aktuelle samarbeidsparter i slikt arbeid vil kunne være Sosialdepartementet (Forsknings- og utviklingsarbeid), Finnmark fylkeskommune (Helse- og ulikhet) Universitetet i Tromsø, Avd. for samfunnsmedisin, og/eller avdeling for samiske studier, samt samiske helse- og sosialarbeidere. Det kan også hentes inn erfaringer fra andre land.

KAPITTEL 5

Samiske barn og unge mellom to kulturer**5.1 INNLEDNING**

Foregående "*Samiske forutsetninger og kulturell bakgrunn*" i kapittel 4 antyder noen oppfatninger av samiske tradisjoner når det gjelder barneoppdragelse og overføringer av kulturelle verdier. Framstillingen av regionale forskjeller mellom samiske områder i "*Rettigheter og regionale variasjoner. Noen bakenforliggende forhold*" i kapittel 2 sier noe om mangfoldet i samisk kultur, og om virkninger av fornorskningsprosessene i de forskjellige samiske samfunn. I dette kapitlet vil vi gå mer inn på forhold knyttet til en oppvekst i to kulturer, og hva som påvirker grunnlaget for forvaltning av kulturell identitet hos samiske barn og unge. Denne framstillingen vil videre si noe om mulighetene for identitetsforvaltning innen de ulike oppvekstarenaer, og hvordan mulighetene er lagt eller kan legges til rette for utvikling av forebyggingsstrategier som tar hensyn til samenes særegne kulturelle forutsetninger og situasjon som minoritet.

De forskjellige kategorier forebyggende virksomhet blir gjerne karakterisert som primærforebygging, sekundærforebygging eller tertiærforebygging. Utfyllende definisjoner av dette finnes i NOU 1991:10 Flere gode levekår for alle — Forebyggingsstrategier, og i St. meld. nr. 37 (1992—93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Primærforebygging rettes mot mulige problemer før de oppstår, og er et svært vidt begrep som favner alt fra samfunns-planlegging til tiltak utviklet for å begrense konkrete problemer. Sekundærforebyggende tiltak er i større grad innrettet mot å hindre videreutvikling eller tilbakefall til vanskelige livssituasjoner eller sykdom. Tertiærforebygging omfatter tiltak som skal hindre forverring av en funksjonshemming, en sykdom eller en problemsituasjon, når denne først er oppstått.

Forutsetninger for å kunne drive forebygging vil bl.a. være at man kan innhente og tolke informasjon, og i en viss grad se inn i framtida. Det forutsetter kunnskap om situasjoner som vil kunne utvikle seg, og at det er muligheter for å ta konsekvenser av dette. Noen ganger har man å gjøre med raske forandringer med forholdsvis enkle årsaker, andre ganger må man forholde seg til lange generasjons-overspennende trender med sammensatte årsaksforhold. Særlig i det siste tilfelle skjer forebyggingsarbeidet ofte i et langt tidsperspektiv, og berører flere og ofte høyere nivåer. Såvidt utvalget erfarer, er forebygging ikke skjedd i noen særlig grad ut fra et samisk perspektiv. Det gjenstår et arbeid med å identifisere utviklingstrekk og kartlegge årsaksforhold for å for å utvikle strategier for forebyggende arbeid blant den samiske befolkning. Dette vil være særlig viktig i forhold til barn og unge.

En oppvekst i et samisk miljø, hvor det legges til rette for en utvikling av samisk identitet hos barn og unge, vil være en betingelse for å oppfylle intensjonene i Sameloven og i Grunnlovens §110A om å legge til rette for at den samiske folkegruppe skal kunne sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv.

Den følgende framstilling vil antyde noen av de utfordringer som ligger innen de forskjellige arenaer som hjem, barnehage og skole med sikte på forvaltning av kulturell identitet, og utvikling av forebyggende tiltak som tar hensyn til samenes situasjon som etnisk og kulturell minoritet. Helsestasjon og skolehelsetjeneste samt barneverntjenesten er overvåkende instanser for tiltak rettet mot barn og unge med det overordnede mål å bidra til trygge oppvekstkår, og en utvikling mot barns og samiske barns beste. Kommunal planlegging er et verktøy i arbeidet med å sikre

helhet i tiltakene rettet mot barn og unge. Særlig i samiske kommuner er det viktig at dette arbeidet foregår tverrfaglig og tverretatlig med en bred kompetanse, og basert på en realistisk vurdering av barn og unges situasjon.

5.2 SAMISKE BARN OG UNGES OPPVEKSTKÅR. UTVIKLING AV HOLDNINGER TIL KULTUR, SPRÅK OG IDENTITET HOS SAMISKE BARN

5.2.1 Utvikling av holdninger til kulturell identitet

Hva bestemmer utviklingen av holdninger til kulturell identitet hos samiske barn? Identitetsutvikling skjer som en del av sosialisering av barn. Formidling av kulturelle normer og verdier gjennom sosialisering prosessen skaper grunnlag for felles tankemåter, tro og vurderinger, og for trygghet og sikkerhet hos barn. Sentralt for utvikling av identitet er språk, religion, slektsforhold, næringsgrunnlag, m.m. Barns oppvekstvilkår kan forstås som de materielle, sosiale og kulturelle rammer for sosialisering prosessen.

Samene er en minoritetsgruppe som lever i flerkulturelle samfunn. Samene skal fungere i en minoritetskultur som er deres egen, men også innenfor kulturen til majoritetsbefolkningen. Samiske barns oppvekstvilkår ligger i spenningsfeltet mellom de to kultursamfunnene, det norske og det samiske. Det er mange spørsmål knyttet til hvilke konsekvenser dette får for sosialisering prosessen til de samiske barna, hvilke holdninger de utvikler de til de to kulturene, og hvilken trygghet de utvikler i forhold til sin egen identitet som samiske barn.

De forskjellige oppvekstsarenaer legger grunnlag for valg av identitet på forskjellige måter. Dette er prosesser som forløper individuelt. En framstilling kan bare antyde noen av de faktorene som påvirker valg av identitet hos samiske foreldre, barn og unge. Ikke desto mindre er dette en viktig kunnskap om en minoritet i spenningsfeltet mellom to kulturer.

5.2.2 Familien

Familien er en formidler av kulturell tilhørighet og identitet. Morsmålet fungerer som kulturformidler og redskap for kulturelt fellesskap, og er en viktig grunnsten i utviklingen av et individs kulturelle identitet. Foreldres valg av språk for barna har klar sammenheng med den status de forskjellige språkene har hatt. Diskriminering og neglisjering av samisk språk og kultur har ført til at en del samiske foreldre ikke har følt noen verdi i å bevare og utvikle sin egen kultur og sitt eget språk. Det er derfor ikke like selvfølgelig at samiske barn lærer samisk, som det er at norske barn lærer norsk.

I områder der den samiske befolkning er i flertall innenfor en kommune eller et lokalsamfunn, og der samiske særtrekk er synlige, har det vært mer naturlig for foreldrene å lære barna sine samisk som førstespråk. Dette er steder hvor kommunikasjonsspråket er samisk i de sammenhenger der folk fra stedet bestemmer situasjonen. På arbeidsplassene, i butikken og på postkontoret, på idrettsplassen og i foreninger tales samisk. Også om norsktalende eller fremmede er til stede, kan mye av samtalen foregå på samisk. Hjemme lærer barna ofte bare samisk. Norsk lærer de kanskje hos lekekamerater og gjennom TV. Men de fleste kan norsk dårlig når de kommer på skolen. Barna får styrket morsmålet gjennom kontakt med flere generasjoner. Barna lærer også en god del av det ordforrådet som hører til tradisjonelle yrkesaktiviteter, som matstell, duodji (håndarbeid, håndverk) og arbeid ute. Tradisjonelt kulturstoff blir formidlet fra besteforeldregenerasjonen gjennom fortellinger, eventyr og sagn. De fleste i familien er jo ikke fullt tospråklige, norsk er

et fremmedspråk. Disse ettspråklige samiske miljøene er lite rettet mot yrkeskarriere utenfor bygdemiljøet. Foreldrene føler lite press til å lære barna norsk hjemme, det kan de overlate til skolen. I lokalmiljøet gir det status å ha yrkeskunnskaper og ferdigheter i de tradisjonelle næringer som jakt, fiske og reindrift. Til disse kunnskapene hører det samiske ordforrådet. Også dette er med og høyner det samiske språkets status i lokalmiljøet.

I områder hvor samene danner et lite mindretall i kommuner eller i lokalsamfunn, er ikke valg av samisk som førstespråk for barna en like stor selvfølge. Her kan foreldrene i større grad velge å lære barna norsk, selv om begge foreldrene er samisktalende, og er sterkt knyttet til samisk kultur. I disse samfunnene vil ettspråklige samisktalende barn være svært sjeldne. De fleste lærer norsk eller et blandingsspråk mellom samisk og norsk. Det samiske språket benyttes gjerne i uformelle fora mellom foreldre, slekt og venner. Barna lærer etterhvert å forstå det meste, men har selv et passivt forhold til språket, og snakker det sjelden eller ikke i det hele tatt. Dette er samfunn der det dominerende språket hovedsakelig er norsk. Noen samiske barn kan i en slik situasjon utvikle en utilfredsstillende tospråklighet ved at de behersker verken samisk eller norsk språk like godt som ettspråklige barn behersker sitt språk. Dette kan også betegnes som en ikke-funksjonell tospråklighet.

Endring av språk skjer ofte mellom generasjoner. Når det gjelder samisk, har man sett endringer ved at besteforeldregenerasjonen snakker samisk, foreldregenerasjonen snakker samisk og norsk, mens barna lærer norsk. Foreldrene har utviklet sin egen kulturelle forankring gjennom språket, men bruker det norske språket for å formidle samiske kulturelle verdier til barna. Mange har ut fra rent praktiske betraktninger ansett det norske språket for å ha større nytteverdi for barna, i forhold til skole og arbeidsliv. Holdningen gjenspeiles i utsagn som: «Man kommer ingen vei med samisk». Språket tillegges en materiell verdi, men man har ikke sett eller lagt vekt på språkets betydning som redskap for formidling av kulturelle verdier, og for bevaring og utvikling av et kulturelt fellesskap. Utviklingen av samiske barns identitet, og følelse av tilhørighet til samisk kultur og samfunnsliv er blitt preget av dette.

Den språklige generasjonskløften fører også til brudd i den kulturelle tradisjonen. De eldres opplevels- og erfaringsbakgrunn fra en samisk fortid er knyttet til deres samiske morsmål. Deres norsk fungerer ikke godt som fortellerspråk, og de yngste forstår ikke samisk. I det samiske samfunnet har barna fått sine første viktige språklige og kulturelle impulser fra de eldste i familien. I hjem der det foregår språkskifte, blir også den kulturelle sammenhengen brutt. Dette har skjedd uten at skolen har overtatt noe av rollen som kulturformidler. Den norske skolen i de samiske bygdene har formidlet lite av samisk kultur, og den har til ganske nylig omtalt samiske emner som noe fremmed, om det er behandlet overhodet.

Det har skjedd en utvikling i holdninger til språk og kultur hos samiske foreldre. Tidligere var det vanlig at foreldre hadde vanskelig for å tenke seg samisk som noe annet enn hjelpespråk i skolen, og kanskje ikke det heller. Mange foreldre har ikke ønsket tiltak som undervisning i samisk språk fordi det har rippet opp i egne såre opplevelser fra barne- og ungdomstida. Det er naturlig at man vil noe bedre for sine barn, og i denne sammenheng har det syntes naturlig å «velge bort» sin samiske bakgrunn. Man er nå imidlertid inne i prosesser med språkrøkt og språklig gjenvinning i samiske samfunn. Eksempler på dette beskrives senere i dette kapitlet.

Foreldre velger igjen samisk språk for sine barn, også i områder det samisk ikke er levende i lokalsamfunnet. Man kan derfor oppleve samiske barn med forskjellige språklige ferdigheter og tilknytning i samme familie. Eldre barn kan ha samisk som

første språk, mens mindre barn kan ha samisk. Virkninger av dette for familie og lokalsamfunn vet man ennå lite om.

5.2.3 Nærmiljøet

Slekt, naboer, og nærmiljø kan utgjøre det sosiale nettverk for mennesker. Det er av stor betydning for samene når det gjelder sosial stabilitet og forvaltning av kulturen. Det vises bl.a. ved at storfamilien eksisterer som familieforn i større grad enn blant nordmenn. Samer kan regne tre- eller firemenninger som søskenbarn, etc. De store bryllupene gjenspeiler også familiefølelse og slektas betydning i de samiske samfunn.

I mer homogene samiske lokalsamfunn har både foreldre og barn opplevd at identitet har bidratt til å opprettholde den tradisjonelle livsformen som de selv er bærere av. Denne situasjonen har fått samfunnsmessige konsekvenser som bl.a. har slått ut på flyttetilbøyeligheten i Finnmark. Det har vært større utflytting fra kystområdene enn fra innlandskommunene. Identitetsforvaltning har vært mindre problematisk i de mer homogene samiske samfunnene i indre Finnmark, mens det har vært verre å finne seg tilrette ute i storsamfunnet, selv om livet her har ført med seg andre fordeler.

Når samiske barn tidligere lærte norsk som førstespråk av samiskspråklige foreldre, brukte foreldrene ofte samisk i samhandling med andre, og samisk kunne være et levende språk i nærmiljøet. Barna ble imidlertid utestengt fra det samiske språket og de deler av samekulturen som språket formidlet, siden foreldrene ikke brukte det i direkte samhandling med dem. Barna kunne oppleve samisk som et «hemmelig språk» brukt av familie og nærmiljø, enten fordi man ikke ville at barna skulle forstå, eller fordi det var på dette språket man likevel uttrykte seg best.

Kontakt med norske barn og foreldre har også hatt konsekvenser for identitetsutviklingen hos samiske barn. Det er sjelden det samiske språket er tatt i bruk i lek mellom samiske og norske barn. Beskrivelser og oppfatninger av verden skjer via den norske kulturen, og holdninger til samisk språk og kultur blir bestemt av holdningene hos de norske barna. I enkelte bygdesamfunn har det nok vært slik at de samiske barna har følt seg oppmuntret til å vise negative holdninger til sin egen bakgrunn og kultur.

Det skjer en utvikling av familiestrukturen i retning av kjernefamilie også i de samiske samfunnene. Storfamilien eksisterer nå mest innen reindriften. Siidaen, eller samebyen, har flere steder vært lik en utvidet storfamilie, hvor alle har hatt sine arbeidsoppgaver. I arbeidet med reinen har alle arbeidsoppgavene vært like nødvendige, og alle har hatt like verdifulle bidrag til fellesskapet. I denne familiestrukturen har barn vært til nytte, og fått bekreftet og utviklet sin samiske identitet gjennom arbeidet. En lignende beskrivelse kan gjøres gjeldende for familier i kyst- og fjordområder med samisk befolkning, hvor livsgrunnlaget var basert på kombinasjoner av flere næringer, oftest med jordbruk og fiske som basis. Barna levde seg inn i sine rettigheter og plikter gjennom arbeidet. Forskjellige familiemedlemmer hadde forskjellige plikter i oppdragelsen og omsorgen for barna.

Man finner få spor av storfamilien ved at flere generasjoner bor i samme hus. Dette må ses i sammenheng med de tiltakene som ble gjort for å forbedre boligstandarden i de samiske områdene, slik som «boligaksjonen for de samiske bosettingsområder». Her skulle husene holde husbankstandard. Stortingsmeldingen om boligaksjonen sa om storfamilien at «i slike tilfeller kan det være riktig at det bygges et mindre hus for de eldre ved siden av eller inntil boligen for de yngre». Det er likevel vanskelig å beholde arbeidsfellesskapet og den rent fysiske kontakten og samhørigheten i storfamilien. Boligaksjonen ga sårt tiltrenge boliger i områder

som var rasert etter tyskernes tilbaketrekning gjennom Finnmark. Det er forståelig at man ikke vurderte sosiale konsekvenser av boligreisningen. Man kan også stille spørsmålstegn ved norske planleggeres forutsetninger og interesse for å planlegge for andre samfunnsforhold.

Enkelte samiske sosialarbeidere pekte på 1960-tallet på at boligaksjonen bidro til en utvikling hvor samene ble presset i retning av en familieform som kjentes fremmed for samene, nemlig bort fra den utvidede familie og mot kjernefamilien. En vurdering av boligbyggingens virkninger for kulturell kontinuitet og samebarnas oppvekstmiljø og identitetsutvikling var nok ganske fjern på 1960-tallet. Det manglet kunnskap om storfamiliens og nettverkets betydning for utviklingen av en kulturell identitet, og om de påvirkningsmulighetene som ligger i nærmiljøet for utviklingen av holdninger til språk og kultur hos barn.

Læstadianismen er også en formidler av verdier i samiske barns kulturarv. Det er en streng religiøs trosretning som står sentralt blant samene, og som finnes i svært mange lokalsamfunn med samisk befolkning. I tillegg til å formidle det kristne budskapet fungerer læstadianer-samlingene som sosiale samlingssteder hvor den etniske og religiøse identiteten bekreftes og forsterkes. Den læstadianske lære blir også en del av barnas kulturarv og virkelighetsoppfatning.

5.2.4 Skolen

Formidlingen av samisk språk og kultur i skolen virker inn på utviklingen av de samiske barnas kulturelle identitet, og deres tilhørighet til samisk kultur og livsform. Skolen hører til den offentlige sfære av sosialiseringsinstitusjonene. Skolen er basert på at det er et interessefellesskap mellom hjemmet og samfunnet. Hjemme blir barna sosialisert til å være med i familien, slekta og lokalsamfunnet, mens sosialiseringa i skolen sikter mot medlemskap i det omkringliggende samfunnet, og til deltakelse i yrkeslivet.

Før endringene i grunnskoleloven og innføringen av samisk språklov har man nok i stor grad tatt for gitt at det hersker et kulturelt fellesskap mellom familien, det omkringliggende samfunn og skolen i Norge. Man har forutsatt at elevene har hatt felles morsmål, at lærerne har hatt felles språk med elevene, og at det ikke har vært språklige og kulturelle barrierer for kommunikasjon og samvær i skolen, eller mellom hjem og skole. Denne situasjonen må ses i sammenheng med den status språket og kulturen har hatt, og den hardhendte fornorskningen som har skjedd innen skolen.

I kjølvannet av den norske nasjonalismen fra 1840-årene og utover, utviklet det seg en stadig mer konsekvent assimileringspolitikk overfor samene. De skulle gjøres norske, både språklig og kulturelt. Tsar-Russland og Finland var på offensiven. Den norske statsmakten var redd for at samene skulle bli bytte for fremmede makter. Paternalistiske og rasistiske tanker lå i tiden. Finnefondstillegget som virket i siste halvdel av 1800-tallet, var en økonomisk godtgjøring til lærerne i Finnmark etter dokumentert samvittighetsfullt fornorskingsarbeid.

Loven om bruk av norsk språk fra 1892 sidestilte nynorsk og bokmål i skolen, og slo fast at barnas talemål mest mulig skulle brukes i undervisningen. «Instruks angaaende brugen av lappisk og kvænsk som hjelpesprog ved undervisningen i folkeskolen» fra 1898 slo imidlertid fast at undervisningen av samiske og kvenske (finske) barn skulle foregå på norsk. Samisk og finsk skulle bare brukes som hjelpespråk når det var «uomgjængelig fornødent». Flere lærere gikk inn for å bruke «anskuelsesundervisning» istedenfor «hjelpespråkene». Andre offentlige bestemmelser som jordtildelingsparagrafen av 1902, hvor man måtte ha dokumenterte

norskkunnskaper for å kunne kjøpe jord i Finnmark, understreket ytterligere inntrykket av samisk språk og kultur som mindreverdige.

«Fornorskingsinstruksen» ble opphevet først ved skoleloven av 1959, da det ble adgang til å bruke samisk som opplæringspråk i skolen. I 1951 kom den første samiske ABC, og fra 1965 utkom det første samisk-norske leseverk for grunnskolen. Utviklingen av samiske videregående skoler og samiskundervisning ved lærerskolene skjøt fart i 1950- og -60-årene. I Grunnskolelovens §40 fra 1969, het det i pkt. 7 at barn i samiske distrikter kunne få undervisning i samisk når foreldrene krevde det. Samiske barn hadde ennå ikke krav på obligatorisk morsmålsundervisning på linje med norske barn.

Grunnskoleloven ble endret den 5. desember 1992 samtidig med at sameloven av 1987 fikk et tillegg om samisk språk. I sameloven heter det i kap. 3, §3—8 om retten til å bruke samisk språk at «enhver har rett til opplæring i samisk. Kongen kan gi nærmere regler om gjennomføringen av denne bestemmelsen. For opplæring i og på samisk i grunnskolen og i den videregående skolen gjelder reglene i og i medhold av Grunnskoleloven og Lov om videregående opplæring». Bestemmelsene er imidlertid avgrenset til å gjelde innen forvaltningsområdet for Samelovens språkregler. Det vil si at de gjelder for kommunene Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Tana og Porsanger i Finnmark, og Kåfjord i Troms.

Undervisningen i og på samisk i grunnskolen er sikret gjennom Grunnskolelovens §40A Samisk i opplæringa. Her heter det at: «1.) Born i samiske distrikt har rett til å få opplæring i eller på samisk. Frå og med sjuande klassesteget er det elevane sjølve som tek avgjerd. Elevar med opplæring i eller på samisk blir fritekne for opplæring i ei av dei norske målformene på 8. og 9. klassesteg. 2.) Kommunestyret kan etter fråsegn frå skolestyret gjere vedtak om at born med samisk talemål skal ha opplæring i samisk i alle ni år og at dei som har norsk som talemål skal ha samisk som fag. 3.) Opplæring i eller på samisk kan og bli gitt til elevar med samisk utanom samiske distrikt. Dersom det er minst tre elevar med samisk talemål ved ein skole, kan dei krevje opplæring i samisk.»

Samiske elever fått fastslått visse språklige og kulturelle rettigheter i medhold av grunnskoleloven, selv om fulle språklige rettigheter er begrenset til å gjelde barn i samiske distrikter. «Samiske distrikter» er ikke definert i loven. Det er fra samisk hold pekt på at språklige rettigheter ikke er sikret for hele det samiske folket i og med §40 i Grunnskoleloven. Selv om utviklingen har skjedd raskt i etterkrigstida, vil man likevel i lang tid måtte forholde seg til virkningene av fornorskningstiltakene og til neglisjeringen av samisk språk og kultur i skolen.

Samiske barn og unge er i dag i en svært forskjelligartet språksituasjon. Man finner de som behersker alle delferdigheter i både samisk og norsk: lytte, forstå, lese, snakke og skrive. Dertil mestrer de språkene på flere arenaer eller språkområder: hjemmespråk, skolespråk, språk i sammenheng med næringsutøvelse, akademiske språk, etc. Dette er til forskjell fra de som kun mestrer det å forstå og snakke samisk og ikke kan lese eller skrive språket. De kan kanskje lese og skrive norsk, men kan det bare som skolespråk og mestrer det dårlig i vanlige sosiale sammenhenger.

Det er stor variasjon og ulikhet i de betingelser for språkutvikling som samiske barn og unge har, alt ettersom hvor de befinner seg. Språket utvikler seg best der det brukes på flere arenaer i samfunnet, og hvor barn kan bruke språket mest mulig i naturlige sammenhenger. Mange samiske barn vokser opp uten å bli samisktalende. Dette er en vanskelig situasjon å forvalte samisk identitet i, og det krever en stor innsats fordi disse blir værende i en verken/eller-situasjon. I de samiske miljøene kan de bli tilskrevet norsk identitet, og i de norske miljøene kan de bli tilskrevet samisk identitet ut fra faktorer som bosted, navn og slektstilhørighet. Denne situa-

sjonen kan i seg selv virke hemmende på en generell utvikling hos barn og unge, og kan indirekte føre til dårlige skoleprestasjoner fordi barnet ikke opplever seg selv som en kompetent person. Problemer med selvbilde og identitet virker indirekte inn på skolefaglige prestasjoner.

De dårlige prestasjoner som elever i grunnskolen i Finnmark tidligere hadde i sentrale skolefag må ses i forhold til dette. Skolen var et fremmedelement med urbant, sørnorsk innhold, som ikke gikk ut fra foreldrenes kulturelle og yrkesmessige tilhørighet som undervisningsforutsetninger. For elevene var det en diskrepans mellom skolens undervisning og realitetene i det samfunnet de levde i. Mange tok avstand fra skolegang generelt, med manglende motivasjon og dårlige resultater. De ble lite i stand til å mestre sin voksne tilværelse i forhold til å ta formell utdanning, og i forhold til de kunnskaper og ferdigheter som var av betydning for livet i de samiske lokalsamfunn. De fikk vanskeligheter med å hevde seg og tilegne seg status både i norsk og samisk sammenheng.

Det er mange utfordringer som ligger i arbeidet med å utvikle et samisk innhold i skolen. Det har tatt tid å utvikle skolemateriell og å bygge opp den nødvendige kompetanse hos lærerne. Mye ressurser har gått med til diskusjoner om behovet for morsmålsopplæring og forutsetninger for utvikling av tospråklighet. Fortsatt er det en vanlig situasjon at hjem og skole har ulik kulturell og språklig referanseramme.

5.3 SAMISKE BARNEHAGER — ARENAER FOR ETNISK IDENTITETSFORVALTNING

5.3.1 Innledning

Det samiske samfunnet gjennomgår raske endringsprosesser som medfører endringer i oppvekstvilkårene for de samiske barna, og skaper behov for å ivareta og styrke deres identitet. Barnehager og skoler er sentrale institusjoner for å sikre videreføring av samisk språk og kultur, og for å gi samiske barn en trygg identitetsutvikling. Det er også sentrale institusjoner for forebyggende arbeid innen helse- og sosialtjenesten.

5.3.2 Samiske barnehager i dag

De samiske barnehagene er opprettet med utgangspunkt i å prøve å gi barnehagen et samisk innhold, både i planlegging og mål for virksomheten. Disse barnehagene ønsker å ta konsekvensene av at samiske barn tilhører en annen kultur og en annen folkegruppe enn majoritetsbarn i Norge, og har en målsetting om at dette må gjenspeile seg i driften av barnehagen.

Den første barnehagen i samisk område ble etablert i Kautokeino i 1969. Denne barnehagen ble primært ikke opprettet som en samisk barnehage, men hadde vedtektsfestet at det skulle være en rimelig fordeling mellom samisktalende og norsk-talende barn. Man tilkjennega dermed at det var tospråklige barn i kommunen, med tilhørighet i hver sin kultur.

Senere er det blitt etablert flere barnehager i samiske områder, noen kommunale og noen private. De private er for det meste drevet av lokale sameforeninger og flyttsamelag. Det er 528 samiske barn i tilsammen 30 samiske barnehager i Norge. 21 av disse barnehagene er i forvaltningsområdet for samisk språk. Det er samiske barnehager i 13 kommuner, nemlig i Vadsø, Nesseby, Tana, Porsanger, Karasjok, Kautokeino og Alta i Finnmark; Tromsø, Målselv, Lavangen og Skånland i Troms; og Tysfjord i Nordland. Den samiske barnehagen fungerer også for barn fra Evenes kommune i Nordland. Det er også en samisk barnehage i Oslo. Sør-sameområdet har hatt forsøksprosjekt med ambulerende sørsamisk barnehage som

nå er avsluttet. Vedtektene for disse barnehagene slår fast at barnehagen bygger på, og er forankret i samisk språk og kultur.

5.3.3 Om arbeidet med utvikling av de samiske barnehagene

I dag kan barnehagetilbudene for de samiske barna i hovedsak inndeles i fem grupper:

1. Samiskspråklige samebarn — samisk barnehage. Den første gruppen er barn som er samiskspråklige og som har et barnehagetilbud i en samisk barnehage som har samisk som hovedspråk
2. Samiskspråklige samebarn — samisk barnehage. Den andre gruppen er barn som er samiskspråklige, men som har et barnehagetilbud i en samisk barnehage der hovedspråket er både samisk og norsk.
3. Samiskspråklige samebarn — norsk barnehage. Den tredje gruppen er samiskspråklige samebarn som ikke har barnehagetilbud i en samisk barnehage, men i en ordinær norsk barnehage der hovedspråket i barnehagen er norsk, og der virksomheten bygger på norsk kultur.
4. Norskspråklige samebarn — samisk barnehage. Den fjerde gruppen er samiske barn der barnets hovedspråk er norsk, men der barna har et barnehagetilbud i en samisk barnehage. I den samiske barnehagen kan hovedspråket enten være samisk eller norsk eller begge deler. Barnehagen prøver å gi virksomheten et samisk innhold.
5. Norskspråklige samebarn — norsk barnehage. Den femte gruppen er norskspråklige samebarn som ikke har barnehagetilbud i en samisk barnehage, men i en ordinær norsk barnehage der hovedspråket er norsk og virksomheten bygger på norsk kultur.

Målsettingen om å styrke bruken av samisk språk må derfor ta utgangspunkt i om barnet er samiskspråklig, norskspråklig eller tospråklig.

For det samiskspråklige barnet er det av fundamental betydning at det får grunnleggende kunnskaper i og på sitt eget språk — samisk. Det er viktig at barnet får uttrykke tanker og meninger på sitt eget morsmål. Et godt utviklet morsmål danner grunnlaget for læring, utvikling og aktiv deltakelse i samfunnslivet. Men skal dette kunne skje, må det legges stor vekt på språkrøkt. Det er derfor viktig at barnehagepersonalet har et godt utviklet samisk språk, og at de er språkbevisste, for de skal være gode språkforbilder for barna. Språkarbeid i barnehagen krever en stor innsats av personalet og et godt og nært samarbeid med foreldre og miljø. Norskspråklige samebarn som ikke behersker samisk, må få et barnehagetilbud som gir dem muligheter til å utvikle kunnskaper i samisk språk og kultur. For disse barna vil ikke samisk være morsmålet, men kunnskaper i samisk språk vil være en sentral faktor i identitetstilknytningen til samisk kultur. Det er viktig at språkopplæringa trekkes inn i den daglige virksomheten i barnehagen på en naturlig måte. Også for disse barna er det viktig at personalet behersker samisk, og at foreldrene og personalet samarbeider om språkopplæring. I et tospråklig samfunn er det nødvendig å ha gode kunnskaper i begge språk. Målet for språkopplæringa for tospråklige samebarn er å gjøre barna funksjonelt tospråklige, det vil si at de skal lære å beherske begge språkene like godt.

Det samiske barnehageutvalget viser i sin tilleggsutredning til at de samiske barnehagene i dag sliter med endel problemer. Det er mangel på pedagogisk materiell utarbeidet og beregnet for samiske barnehager. Barnehagepersonalet forsøker å lage materiell til eget bruk, men dette er ikke organisert slik at det kan komme alle barnehager til gode. Det er heller ingen overordnet instans som har ansvar for

å utarbeide pedagogisk materiell beregnet på samiske barnehager, eller drive pedagogisk veiledning og utviklingsarbeid. Et problem er også mangel på samisk pedagogisk utdannet personale, og personale med utdanning og kjennskap til samisk språk, kulturhistorie og samfunnsliv. Mangel på kvalifisert personell gjør at mange samiske barnehager ikke har ansatt førskolelærere verken i styrer eller avdelingslederstillinger, noe som medfører at flere barnehager drives etter dispensasjon. I tillegg til at barnehagene mangler utdannede førskolelærere, er det også en stor del av samisk barnehagepersonell som ikke har tilstrekkelig kjennskap til samiske samfunnsforhold og kulturkunnskap. Heller ikke alle har tilstrekkelig kunnskaper i samisk språk.

5.3.4 Mål og innhold for den samiske barnehagen

På hvilken måte kan det pedagogiske innholdet i barnehagen bidra til å styrke og utvikle barnas samiske identitet? Dette kan gjøres ved at barnehagen bruker samisk språk aktivt, og søker å formidle samisk kultur, levemåte og verdier. Ved å bruke samisk språk både muntlig og skriftlig, styrker man bruken av samisk, samtidig som barnas samiske identitet styrkes og utvikles. Muntlig bruk av samisk skal gi samebarn lyst og motivasjon til å snakke samisk, og til å bruke det så nyansert som mulig.

Den nasjonale rammeplanen for barnehagen fremhever barnehagens rolle både som lærings- og utviklingsarena og som omsorgsinstitusjon for alle førskolebarn. Lek må alltid være en sentral virksomhet i barnehagen. Leken har en egenverdi, men den kan også være problemløser og være til hjelp i barnets utvikling. Gjennom lek påvirkes barnets intellekt, språk, fysiske-, sosiale- og emosjonelle utvikling. I leken utvikler og styrker barnet sin identitet og selvfølelse. Barnet får satt sine oppfatninger, verdier og normer på prøve. Slik er leken også verdi- og tradisjonsformidler. Gjennom leken overføres myter, forestillinger og tradisjoner fra en generasjon til den neste. I tråd med dette påpeker det samiske barnehageutvalget også lekens betydning for barnet både som lystbetont aktivitet og som kulturformidler. Det er viktig at leken får gode vilkår i barnehagen både gjennom tilrettelegging og innkjøp av leketøy og utstyr med tilknytning til samisk kultur og dagligliv. Det er viktig at samiske barneleker utvikles og tas i bruk, såvel som at barnehagen lager leketøyet selv, og finner fram til lokale barneleker og tradisjoner. Barna må trekkes aktivt med i slike prosesser. Da vil barnas fantasi og skapende evner kunne nyttes på en konstruktiv måte, samtidig som prosessen har et læringsaspekt i seg, og fungerer som et formidlingssystem av verdier og tradisjoner.

Slik vil barnehagen kunne formidle samisk kultur og levesett på en positiv måte. Det samiske barnehageutvalget peker også på at barnehagen gjennom ulike aktiviteter og et gjennomgripende holdningsskapende arbeid også skal hjelpe barna til å forholde seg til negative holdninger mot samer og samisk språk. Ved å drive et aktivt holdningsskapende arbeid vil barnehagen hjelpe, støtte og styrke det enkelte barn så det lykkes i å opprettholde og videreutvikle sin samiske identitet, og på denne måten tilegne seg en grunnleggende trygghet på seg selv som same. Målet må være at barnehagen skal formidle verdier og holdninger som er i overensstemmelse med barnas kulturelle bakgrunn, og det lovgrunnlag som er vedtatt i offisielle lover og retningslinjer.

På hvilken måte styrkes og utvikles barnets samiske identitet? I hovedsak er det gjennom språket og kulturformidlingen at den kulturelle identiteten utvikles og styrkes. Språkarbeid og kulturformidling er dermed de mest sentrale områder innen barnehagevirksomheten. Konsekvent språkbruk gir det samiske barnet sikre kunnskaper i det språket som barnet bruker i sitt miljø, og det vil være med på å fremme

intellektuell, sosial og emosjonell utvikling. Språket gir barnet mulighet til å leve seg inn i, og utvikle samhørighet med foreldrenes kulturelle tilhørighet. Språket blir bestemmende for vår tenkemåte, og spiller en sentral rolle i det samiske barnets personlighetsutvikling.

Språkopplæring i morsmålet er derfor en viktig målsetting i barnehagen. Det er i førskolealderen at språket dannes. Barnehagens oppgave er å forlenge og forsterke språkinnlæringa som barnet har hjemme fra. Barnehagen må ikke bidra til at morsmålinnlæringa for barnet hemmes, svekkes eller avbrytes. Dersom barnets morsmål er samisk, er det barnehagens oppgave å sikre at språkopplæringa fortsetter på samisk, og at barnehagen på denne måten bidrar til at barnets samiske identitet styrkes og videreutvikles. Hvert enkelt barn bør ha et barnehagetilbud som er tilpasset dets språklige situasjon. Bruken av samisk i barnehagen skal imidlertid også danne grunnlag for at barna skal utvikle tospråklighet. Innholdet i barnehagen må preges av å legge en helhetlig tenkning til grunn, hvor det samiske innholdet bør prege hele det pedagogiske innholdet i barnehagen. Det er ikke tilstrekkelig å begrense det samiske innholdet til enkelte temaopplegg.

Det samiske barnehageutvalget foreslår et felles verdigrunnlag for den samiske barnehagens virksomhet, som er inndelt i syv hovedområder. Disse er:

1. Styrke og utvikle samisk fellesskapsfølelse.
2. Utvikle respekt for mangfoldet i samekulturen.
3. Få kjennskap til egen lokal kultur, og trekke det samiske nærmiljøet inn i barnehagen.
4. Utvikle respekt for naturen og miljøet.
5. Aktivt samarbeid med hjemmet.
6. Likestilling mellom de to kjønn.
7. Utvikle respekt for andre kulturer og levemåter.

Det samiske barnehageutvalget legger i sin tilleggsutredning til «rammeplan for barnehagen» følgende definisjon til grunn for hva en samisk barnehage er: «En samisk barnehage er en barnehage der barna i barnehagen har samisk bakgrunn eller er samer. Barnehagen har som formål å styrke barnas identitet som samer ved å fremme bruken av samisk språk og ved å formidle samisk kultur. Barnehagen ledes av samisk pedagogisk personale.» Ansvar for å sikre samiske barn et samisk barnehagetilbud er idag ikke klart fastslått i lovverket, selv om mange bestemmelser kan tolkes dithen at de åpner for barnehager med et samisk innhold.

5.4 SAMISKE SKOLER — ARENAER FOR ETNISK IDENTITETSFORVALTNING

5.4.1 Innledning

Den foregående framstillingen av samiske barn og unges oppvekstkår viser at det ikke alltid har vært like gode forhold for opplæring i og på samisk i skolen, og for samarbeid mellom hjem og skole i samiske områder. Det har i den senere tid ikke desto mindre blitt gjort et omfattende arbeid for tilrettelegging av samisk språkopplæring og for utviklingen av en samisk skole. Man er i ferd med å få en samisk skole som kan være sentral i forebyggende arbeid for samiske barn og unge.

5.4.2 Samiske skoler i dag

Det er omlag 70 skoler som gir opplæring i samisk. I skoleåret 1992—93 er det 1539 elever som får undervisning i samisk i grunnskolen. Av disse er det 729 elever som har samisk som 1. språk, og 769 som har samisk som 2. språk. Det har skjedd

en økning i elever i begge disse kategoriene som bl.a. henger sammen med at tre kommuner i Finnmark i 1992 vedtok at samisk skulle være obligatorisk i grunnskolen. Det finnes 212 samisktalende lærere. Av disse har 147 lærere godkjent utdanning, men 21 av disse har ikke samisk i fagkretsen.

I videregående skole er det 405 elever som har samisk i fagkretsen. Av disse er det 212 elever med samisk som 1. språk, og 75 elever som 2. språk. 17 elever har samisk som b- språk, og 85 elever har samisk som c-språk. 16 elever har samisk som valgfag.

5.4.3 Om arbeidet med utviklingen av en samisk skole

Kravene til en samisk skole ble for første gang formulert av skolemannen Per Fokstad i 1924. Ifølge hans meninger om hva en slik skole skulle være, så skulle undervisningen foregå på samisk, og lærerne skulle være samiske. Samisk skulle ikke kunne velges bort, men være obligatorisk for samiske elever, slik som norsk er det for norske elever. Han mente at samene selv skulle formulere overordnede mål, og definere regelverk og forordninger for en slik skole. En samisk skole skulle ha et styre av samisk valgte representanter som skulle sørge for at skolen utviklet seg i samsvar med samepolitiske målsetninger.

Nå nesten 80 år etterpå, arbeides det fremdeles med å utvikle en samisk skole. Samisk Utdanningsråd har vært ledende i dette arbeidet. Det er mønsterplan, samiske fagplaner, læreverk for noen fag, og en del utdannede samiske lærere. Men det er ingen forsøksskole eller skoleutviklingsprosjekter med det formål å utvikle en samisk skole.

Skolen som samiske barn går på i dag er laget innenfor de rammer (plan og lovverk) som er gitt for den skolen norske barn skal gå i. Det er to ulike modeller skoler som tilbys samiske elever. De tar utgangspunkt i en standard norsk grunnskole:

1. Samisk tilbys som fag i en skole som er norsk. Det samiske er innskrenket til å gjelde undervisning i språket på samisk.
2. Undervisning i og på samisk som en del av norsk skole. De samiske elevene som har samisk som førstespråk, får undervisning på samisk også i andre fag. Det er en norsk skole som gjennomføres på samisk.

Man har høstet verdifulle erfaringer med disse modellene. Ved siste revisjon av mønsterplanen ble det gjennomført tiltak med sikte på å imøtekomme ønskene om et sterkere samisk innhold i skolen. Utarbeidelse av et planverk for samiske elever er et betydelig skritt i denne retning, selv om man fra samisk hold vil innvende at det i hovedsak er bygd over en norsk lest.

Innholdsmessig har man dog kommet et stykke på vei. Det er lagt ned mye arbeid i utviklingen av samiske fagplaner og læremidler. Det blir også stadig flere lærere som har samisk språklig og kulturell kompetanse. Men tilgangen på læremidler og utdannede lærere er fortsatt meget begrenset. Det er fortsatt ønske om en samisk skole hvor man har greid å utforme innhold og organisering og en styring som er basert på samiske verdier og interesser.

I forbindelse med utformingen av samisk språklov og grunnskoleloven for samiske elever stilte Sametinget krav om at de språklige rettighetene skulle sikres for hele det samiske folket, også for lule- og sørsamene. Sametinget pekte bl.a. på at Grunnskolelovens §40 ikke sikrer alle samiske barn i Norge opplæring i samisk, og at den bl.a. gir adgang til å velge bort samisk i ungdomsskolen også for elever som har samisk som sitt morsmål. Dessuten er sør- og lulesamiske områder falt helt utenfor forvaltningsområdet. Flere kommuner har etterhvert vedtatt å gjøre samisk

som obligatorisk fag på skolen, og man stiller fra samisk hold visse forhåpninger til at lovens virkeområde kan utvides.

5.4.4 Mål og innhold for den samiske skolen

Nordisk samekonferanse vedtok i 1971 et felles kulturpolitisk program, og i 1980 et felles samepolitisk program. Programmene understreker at det samiske folket er ett folk over riksgrensene. Konferansen i 1989 styrket det felles skolepolitiske syn. Her het det at samiske skoler skal bygge på felles samiske skoleplaner, og de samiske skoler skal styres av egne lover og regler. Samisk Utdanningsråd har vært ledende i utarbeidelsen av de skolepolitiske målsettinger.

Det er et samisk ønske at den samiske skolen skal gi elevene handlingskompetanse i det samfunnet de vil leve i. Denne handlingskompetanse eller forberedelse til et moderne teknologisk samfunn skal gis på grunnlag av de samme grunnverdier, de samme grunnholdninger og den samme kultur som forberedte samenes forfedre til å utvikle og videreføre det samiske samfunnet. Det samiske samfunn har hittil forholdt seg aktivt til de teknologiske endringene og den politiske utvikling som har skjedd og som skjer i storsamfunnet, uten at man derved har gitt opp sine forutsetninger for fortsatt å eksistere som et samisk samfunn.

Målet for en samisk skole må primært være å formidle de kunnskaper og den kultur som ut fra samenes egne oppfatninger vil være nødvendige for at barna skal utvikle en samisk identitet og fungere som samer i det samiske samfunnet. Samtidig må denne formidle de kunnskaper og den kultur som vil være nødvendig for at de samiske barna skal kunne fungere i det norske samfunnet.

Skolen skal formes slik at den integrerer det samfunnet den skal fungere i. Samiske fag og emner skal gi den allmenndanning samiske elever trenger for å fungere i samiske samfunn, slik andre elever får sin allmenndanning fra sine fag og emner. Dette skal skje uten at man forkaster verdien av å kjenne de folk og kulturer som samene lever i nær kontakt med. Man ønsker å slå fast at det ikke er en forutsetning for å berge seg i en moderne og omskiftende verden at man forkaster forfedrenes lære og kultur til fordel for majoritetskulturen.

En samisk skole skal, som enhver skole, formidle og utvikle de verdier, den kultur og den historie som finnes i det samfunnet som skolen skal fungere i forhold til. Det samiske samfunnet skal gi de rammer som skolen skal utvikle seg innenfor.

For samene er det et mål at deres kulturarv skal være fundamentet for skolen for de samiske barna, og ikke bare fragmenter i pensum, og at retten til å få gå i en samisk skole må gis til barnet og være uavhengig av hvor de bor.

Samisk Utdanningsråd har satt opp følgende punkter som grunnleggende for at en skal kunne konkretisere målsettingen om en slik skole:

- Utdanning for samer skal grunnlegges på at vi er et folk og borgere av fire land.
- Utdanningen skal bidra til at samisk identitet utvikles og styrkes, og det skal legges vekt på våre tradisjoner, miljøvern og mellomfolkelig fredsarbeid.
- Elevene skal gjennom oppdragelse og utdanning tilegne seg vår kulturarv og alminnelige etiske verdier.
- Det skal utvikles et felles planverk for den samiske skolen.
- Læremiddelutvikling skal skje i et samisk fellesskap ubundet av nasjonsgrensene.
- Alle samiske elever skal ha rett til opplæring i og på samisk.
- Alle elever i samiske områder skal ha rett til opplæring i samisk.
- Alle elever i land med samisk befolkning skal ha rett til opplæring om samisk kultur og samfunn.
- Tradisjonelle samiske undervisningsmetoder skal nyttes, og samiske lærere

skal fritt kunne velge arbeidssted i Sameland.

Forutsetninger for å kunne gjennomføre dette vil etter Samisk Utdanningsråds oppfatninger blant annet være:

- Den samiske skolen må styres av egne lover og organer.
- Landenes lovgivning må tilpasses disse mål.
- Samisk må sikres offisiell status gjennom lov i samtlige land.

En definisjon av en samisk skole er gitt i utredningen om samisk kultur og utdanning hvor det heter at: «En skole som bevisst satses på å gi elevene del i samisk språk og kulturtradisjoner, må ut fra dette betraktes som en samisk skole.» (NOU 1985:14 Samisk kultur og utdanning, s. 208). En samisk skole skal utfra en slik forståelse være en skole som er utformet med basis i, av og for det samiske samfunnet.

5.5 STRATEGIER FOR SPRÅKUTVIKLING HOS SAMISKE BARN

5.5.1 Innledning

Språk er en av de viktigste elementene i forvaltningen av etnisk og kulturell identitet. De erfaringene man etterhvert har fått fra samiskundervisningen i skolen, tilsier et behov for en videre utvikling av strategier for språkutvikling i samiske områder. Den følgende framstillingen går inn på noen problemstillinger knyttet til språkutvikling, og går gjennom enkelte utviklingsprosjekter som prøver ut strategier for språkutvikling, tilpasset de forskjellige typer samiske områder. Stadig oftere understrekes behovet for å fremme reell tospråklighet mellom samisk og norsk.

5.5.2 Foreldres valg av undervisningsspråk for sine barn

Innføring av samisk begynneropplæring og reformene i samisk skole har gitt samiske foreldre adgang til å velge samisk som undervisningsspråk for sine barn. Dette har ført til at samiske barn i samiske områder kan få sin opplæring på samisk de 6 første årene i grunnskolen. Det er nå anledning til å velge samisk både som 1. og 2. språk.

Samisk som førstespråkopplæring må ses som ledd i en målsetting om likestilling mellom samisk og norsk språk. Den er ment å skulle motvirke tidligere tiders stigmatisering, og å påvirke samiske barns forvaltning av deres etniske og kulturelle identitet, og på denne måten være et bidrag til å styrke samisk språk og kultur i framtida. Foreldres valg av undervisningsspråk for sine barn skjer etter forskjellige kriterier. I områder hvor det samiske språket har en markert posisjon, har familiens språklige tilknytning vist seg å være svært sentral for valg av språkopplæring, og er også det mest sentrale kriteriet for valg av etnisk tilhørighet. Foreldrenes yrkesmessige og næringsmessige tilknytning er også av betydning. For noen spiller også ønsket om å bli i lokalsamfunnet, og å videreføre samisk kultur, inn på valg av undervisningsspråk for barna. For samiske foreldre i norskspråklige områder, er valg av språk enda sterkere knyttet til valg av etnisitet, og til et bevisst ønske om å videreføre samisk kultur.

Valg av språkopplæring innebærer for samiske foreldre et valg og en markering av identitet, samtidig som det er et valg av pedagogisk tilbud, tilpasset språklige og kulturelle forutsetninger. Valg av undervisningsspråk framstår således først og fremst som et identitetsvalg. Dette identitetsperspektivet gjør at skolen får en underordnet rolle ved valg av opplæring. Mye tyder på at foreldrene har bestemt skoleplassering allerede før skolestart. Skolens rådgivning og foreldrenes valg ligger på forskjellige nivåer. Foreldrenes valg ligger på identitetsnivået, mens skolens

rådgivning ligger på det pedagogiske planet. Imidlertid vil foreldrenes valg av identitet for sine barn oftest falle sammen med skolens ønske om det best mulig pedagogiske tilbudet.

I indre Finnmark velger i dag de fleste samiske foreldre samisk for sine barn. Usikkerhet om skoleplasseringen oppstår der foreldrene har ulik språklig bakgrunn, eller der barna har lært to språk parallellt. I skoler utenom Finnmark gis det i liten eller ingen utstrekning undervisning i samisk 1. språk. Undervisningsspråket er norsk, unntatt ved skoler der det gis parallele tilbud. Her blir foreldrenes situasjon en annen. Skolen har i liten grad et rådgivnings- og informasjonsapparat som kan veilede disse foreldrene ved valg av opplæring.

5.5.3 Erfaringer fra undervisning i samisk i grunnskolen

Samiske elever har flere alternativer i skolen for å utvikle tospråklige ferdigheter. Alternativet for de samisktalende elevene er å velge samisk som første språk eller som andrespråk. Alternativet for de som ikke kan samisk, og de som kan norsk bedre enn samisk, er å velge samisk som andrespråk.

For de med samisk som første språk, skal all opplæring skje på samisk. Norsk lærer de bare i norsktimene. Elevene får ikke støtte i norsk i noen andre fag. Dette er ikke klart uttrykt i fagplanene, men hele fagmiljøet i skolen er samstemt i at siden samisk er minoritetsspråket, bør all undervisning foregå på samisk for å oppveie balansen mellom samisk og norsk. I praksis får de likevel noen fag på norsk fordi de ikke har tilstrekkelig antall samisktalende lærere.

For mange samer er tilbudet i samisk som andrespråk et tilbud om å få tilbake sitt morsmål. Formålet med denne undervisningen er at elevene skal bli mest mulig tospråklige. Det har imidlertid vist seg at de færreste elevene oppnår dette. Fagplanen foreskriver et opplegg hvor elevene starter med samisk som 2. språk i tredje klasse, og samisk-timene fordeles videre oppover i klassene i småporsjoner. Det er kun undervisning i samisk språk, og samisk får ingen støtte i andre fag. Samisk er lite utbredt i samfunnslivet for øvrig, elevenes fritidsmiljø er også norskspråklig, og radio og fjernsyn bidrar lite til å styrke språket hos elevene. Alt dette er med på å hemme utviklingen mot en funksjonell tospråklighet hos elevene. Mange går ut av 9. klasse uten å kunne stort mer enn høflighetsfraser på samisk. Tilbudet er ikke tilstrekkelig for å utvikle tospråklig kompetanse i samisk og i norsk. Dette innebærer at en språkundervisning som primært er lingvistisk, — dvs. først samiskundervisning, og så undervisning i fag på samisk — ikke oppfyller mønsterplanens mål om funksjonell tospråklighet. Man er nå iferd med å ta konsekvensen av dette gjennom utvikling av forskjellige prosjekter for språkutvikling.

5.5.4 Tospråklighet som minoritetsfenomen

Vi har hatt tendenser til en kategorisering av språkferdigheter fra balanserte tospråklige elever til dobbelt halvspråklige. Tidligere ble den siste gruppen ofte tilbudt spesialpedagogisk hjelp, eller den ble overlatt til seg selv som et uløst problem. Nå utvikler det seg en annen praksis på dette området. Sandfallet kompetansesenter i Alta for spesialundervisning satte i 1991 ned en ressursgruppe for å arbeide med pedagogiske spørsmål i forbindelse med spesialundervisning og tospråklighet.

Samiskundervisning i de såkalte marginale samiske områder var inntil ganske nylig heller uvanlig. I den senere tid har flere slike kommuner gått inn for synliggjøring av seg selv som samiske kommuner. Dette åpner for bruk og utvikling av den språk- og kulturkompetanse som finnes i disse kommunene, og for en pedago-

gisk virksomhet som styrker samisk språk og kultur, slik at man på sikt kan oppnå målet om en funksjonell tospråklighet også her.

Samisk språkopplæring i disse områdene har ikke alltid skjedd på en like tilfredsstillende måte. Flere steder har den nærmest utgjort en egen nisje skjult for de andre elevene, med undervisning noen timer i uka bare for samiske elever, gjerne utenom ordinær undervisning. Organisert slik blir det dårlig effekt av språkinnlæringen, og den virker ikke til å motvirke den taushet rundt det samiske som mange har valgt som strategi for identitetsforvaltning.

I de «marginale» samiske områder er det sjelden de samme personene som innehar både kulturkompetanse og fagkompetanse. Folk med fagkompetanse er ofte hentet utenfra, fra andre deler av landet, mens kulturkompetanse eksisterer i form av en erfaringsbasert kompetanse. Dette har ført til at faglige problemer er blitt koblet til elevenes tospråklighet. Selv etter at samisk fikk høyere status, så var det fortsatt tendenser til å underbygge avstanden til det samiske i skolen ved en negativ fokusering på tospråklighet som problem.

Det var på 1980-tallet en naturlig utvikling ved at den samiske fag- og kulturkompetansen ble styrket der samene var i flertall, nemlig i indre Finnmark. Det skjer en utvikling hvor folk med erfaringsbasert kulturkompetanse får formell kompetanse, og kan fungere i et samspill med andre fagfolk. Det er også en utvikling hvor kulturkompetanse erverves hos fagfolk fra andre deler av landet. Virksomheter og pedagogiske institusjoner knytter til seg fagfolk med kulturkompetanse til de har utviklet denne selv. Det nytter heller ikke med en automatisk overføring av av den faglige forståelse som er utviklet i indre Finnmark til resten av de samiske områder. De må selv få definere sin samiske virkelighet faglig, og få aksept fra de øvrige fagmiljøer. Dette gjelder både innen BUP, PPT, grunnskolen, og videregående skole.

5.5.5 Pedagogiske utfordringer i en tospråklig og tokulturell skole

Språk er et av de viktigste elementene i forvaltning av kulturell og etnisk identitet. Forskjellig syn på språk får forskjellige pedagogiske konsekvenser. Grunnlovens målsetting innebærer noe mer enn en utvikling av rene verbale språkferdigheter. Det innebærer å utvikle hele det kulturelle repertoar. Kulturelle systemer utgjør en kompleks og sammensatt virkelighet med store variasjoner. Hvordan lærer barna å forvalte sin etniske og kulturelle identitet i et samfunn preget av endring? Språket er den mest synlige delen av denne endringen. Samiskfaget er i en situasjon med lav status, selv med ganske ambisiøse lovhjemler. Det er mye som gjenstår før faget har den status og den utforming som det har krav på, slik at vi kan snakke om en samisk skole.

Den tidligere tenkningen som til nå stort sett har dominert samiskopplæringen, har sett deltagelse i samiske miljøer som ett mål, og språkopplæringen som et middel til å komme dit. Det har vist seg at etter denne metoden er det ikke oppnådd tilfredsstillende resultat. Endel prosjekter gjennomføres ut fra en tenkning basert på at språk og fag er to sider av samme sak, og at det er et gjensidig forhold mellom utviklingen av samisk språk, og deltagelsen i samiske aktiviteter og miljøer.

Dersom samiske barn får anledning til å velge bort det samiske fra sitt repertoar, vil ikke bare de selv, men hele samfunnet miste kunnskaper og kompetanse. Det elevene bringer inn i skolen og det de produserer av kultur må innarbeides i skolens innhold. Skolen må styrke, og ikke utslette elevenes samiske identitet. Den må fange opp samiske kulturytringer, og synliggjøre disse som vesentlige verdier, og motvirke tendenser til fornektning av det samiske som en kollektiv overlevelsestrategi.

Selv undervisningen på elevenes talespråk kan være mislykket, dersom den ikke tar utgangspunkt i elevens hele språklige og kulturelle repertoar. Å lykkes i dette, forutsetter imidlertid kunnskaper og kompetanse utover det som er vanlig for lærere i norsk skole. Det er en av de største oppgaver i forbindelse med etableringen av en samisk skole, og det å gi elevene likeverdig opplæring. Det vil si at skolen må utvikle kompetanse som innebærer noe mer enn det som tradisjonelt har vært forbundet med de såkalte skolespesifikke fag. Man må finne fram til hva som er relevant samisk kunnskap i de forskjellige samiske samfunn, og grunngi denne kunnskapens betydning. Å mestre disse utfordringene kan være avgjørende for utviklingen av en samisk skole, og for om skolen oppfyller kravene om å gi elever i de marginale områdene et likeverdig opplæringstilbud.

Skolens ansvar for samisk som fag må være å lykkes i å gi elevene et likeverdig tilbud ut fra de forutsetninger de har, språklig, kulturelt og sosialt. I en klasse med elever med forskjellig språklig og etnisk bakgrunn, ligger det store pedagogiske utfordringer. Et grunnleggende forhold må være å bygge opp en aksepterende holdning mellom elever og lærere. Læreren er viktig for elevenes tillit til skolen, og må formidle trygghet og ekthet. Lærere som selv har valgt bort samisk språk og kultur vil nok ha spesielle problemer i undervisningssituasjonen.

5.5.6 Strategier for språkutvikling — enkelte prosjekter

Forsknings- og utviklingsprosjekter som tar sikte på å styrke samiske barn og unges identitet er utviklet bl.a. i regi av Samisk Utdanningsråd, Samisk Høgskole og Nordisk Samisk Institutt. Et felt som krever en særskilt innsats, er å fremme en reell tospråklighet mellom samisk og norsk hos den oppvoksende generasjon over hele det samiske bosettingsområdet. Samisk Utdanningsråd har pekt på behovet for å utvikle strategier for at gruppene fra 5 år og oppover til 16 år oppnår kompetanse i funksjonell tospråklighet. Rådet mener at barn som snakker samisk, bør få så mye av undervisningen som mulig på sitt første språk, og at man må finne en funksjonell fordeling mellom bruk av samisk og norsk. Barn som snakker majoritetsspråket (norsk), bør få det meste av sin undervisning på minoritetsspråket for at det skal være mulig å bli funksjonell tospråklig. Det betyr at barn som holder på å lære seg samisk på skolen, bør få mest mulig av sin undervisning f.eks. i musikk, duodji, o-fag og matematikk på samisk. De prosjektene som beskrives her bidrar til utprøvingen av strategier for språkutvikling, og må ses som utviklingsprosjekter for å finne fram til en form som passer i de forskjellige samiske områder. Noen typer «språkbad» passer for samfunn der samisk er i daglig bruk, mens det i andre områder utvikles andre strategier, alle med den målsetting å oppfylle mønsterplanens målsetting om funksjonell tospråklighet.

Bruk av erfaringene fra Wales

Samisk Utdanningsråd og Samisk Høgskole satte i 1992 igang kurs for lærere som underviser i samisk språk som andrespråk i skolen. Deltagerne var fra hele det samiske språkområdet. Kurset baserte seg bl.a. på innbudte forelesere fra Wales, som fortalte om tospråklig undervisning i skolene der.

Språksituasjonen i det tospråklige samfunnet Wales er på mange måter sammenlignbar med situasjonen i de samiske områder. Det walisiske språket var svært truet fordi waliserne selv også hadde byttet bort morsmålet til fordel for engelsk. De har imidlertid de siste tiårene klart å stoppe den prosessen som over tid ville ført til språkdød for walisisk. De har satt i gang et helhetlig program som styrker bruken av walisisk i skolen og i samfunnet. Gjennom et slikt helhetlig fundert program har

de i stor grad klart F realisere intensjonene om tospråklighet. Forventningene til kurset er å få igang en diskusjon om hvordan man kan forbedre andre-språksundervisningen i skolen, og fremme en reell tospråklighet mellom samisk og norsk.

Prosjektet gielebiesie

Maajh-Njuana er en halvøy i Majavatn på grensen mellom Nord-Trøndelag og Nordland, og nær grensen til Sverige, med andre ord sentralt i sør-samisk språkområde. Maajh-Njuana er også betegnelsen på en stiftelse som har som mål å bevare, utvikle og fremme samisk språk, litteratur, bildende kunst, husflid og andre samiske kulturtiltak. Den eneste forbindelsen fra Maajh-Njuana til fastlandet er med båt. På bakgrunn av et ønske fra studenter ved språkkurs i Sverige og Norge om å drive intens språktrening på et sted der dette var mulig, ble Maajh-Njuana valgt for gjennomføring av opphold med intensiv språktrening i juli-august 1992. Sørsamisk var det eneste språket fra man gikk i land på øya og i løpet av hele oppholdet. Under ledelse av sørsamiske språktrenere ble kursdeltakerne inndelt i smågrupper. Hverdagslige gjøremål ble utført, og sørsamisk var det naturlige språket.

Et planlagt språktilbakeføringsprogram i en sørsamisk barnehage

Det har vært planlagt et forsøksprosjekt i Snåsa som skulle utvikle et opplegg for språktilbakeføring for sørsamiske barn på barnehagestadiet. Prosjektet var tenkt å inngå i Europarådets tospråklige program. Målsettingen for virksomheten i barnehagen var å utvikle tospråklighet hos barn slik at de kunne kommunisere på både norsk og samisk. Målet med prosjektet var at sørsamisk skulle bli et naturlig hverdagsspråk, både muntlig og skriftlig for barna, og at de unge skulle kunne følge førstespråksundervisning i sørsamisk. Prosjektet er foreløpig skrinlagt.

Tospråklig undervisning i lulesamisk område

I det lulesamiske språkområdet har man sett det som helt nødvendig at elevene får samisk opplæring allerede fra første klasse av. Det innebærer at de ikke kan følge fagplanen i samisk som 2. språk. I Musken i Tysfjord har man utarbeidet et opplegg som er en kombinasjon av samisk som 1. og 2. språk. Prosjektet ble igangsatt fra 1991/92. Musken er ei lita bygd med en fådelt skole. Det er et potensiale i foreldre og besteforeldre som språkbærere. De snakker samisk, selv om de ikke har lært det på skolen. Det langsiktige målet er å få samisk og norsk likestilt som undervisningsspråk. I 1993 resulterte prosjektet i manus til ei lærebok.

Tospråklig undervisning i Lavangen

Lavangen er en kommune utenom forvaltningsområdet for samisk språkløp. Samisk er ikke i offisiell bruk i kommune, men samisk og norsk er fremdeles i bruk i forskjellige dagligdagse sammenhenger. Utviklingen i Lavangen er betegnet som et språkskifte mot språkforenkling og enspråklig bruk av norsk som språk. En vanlig situasjon i skolen har vært at samiske elever har fått støttetimer i norsk for å kunne hevde seg i skolesammenheng. Samisk-undervisning har ikke vært vanlig.

Begrepet tospråklig undervisning betegner en undervisningsmodell der det brukes to språk, og der disse to språkene er representert blant elevene. Det kan defineres som å ta i bruk barnets første og andre språk som redskap i den generelle utdanningen. Det innebærer en undervisning som foregår både i og på samisk og norsk. Dette kan organiseres enten ved tospråklige lærere som kan bruke to språk i undervisningen, eller ved et system med to lærere. I Lavangen gjør man i størst

mulig grad bruk av tospråklig lærere. Det innebærer f.eks. at elevene kan stille spørsmål på norsk, og få svar på samisk.

Det er en målsetting at tospråklig undervisning skal reflektere økt anerkjennelse i to kulturer, og således fungere avstigmatiserende. Det er også et mål at den skal avmystifisere tospråklighet, og legitimere menneskers kapasitet til å takle mer enn et språk. Man må også takle skolesystemets problemer med å tilrettelegge praktisk for et tospråklig fundament hos elevene. Prosjektet fordrer også bevissthet rundt den gjensidige påvirkningen mellom språk og fag. Språkutvikling er ifølge denne modellen ikke bare et fag i seg selv, men en funksjon av faglig utbytterik undervisning. Språkundervisning blir således både et middel og et mål. Det er ikke gjennomgatte emner, men det elevene får ut av timene som er avgjørende for deres læring. Erfaring fra andre land viser dessuten at skolemiljøets og det omkringliggende samfunns reelle anerkjennelse av den flerspråklige gruppas forutsetninger vil kunne gi utslag i gjennomføringen av og utfallet av undervisningen. Resultatene viser seg som innlærte språk- og fagkunnskaper, og ved at elevgruppene får handlekraft både i samiske og norske sosiale sammenhenger. Man må være klar over at positive effekter nås ved en viss terskel for læring, og at det under dette finnes et nøytralt område hvor tospråklighet ikke har noen merkbare fordeler eller ulemper. Modellen stiller krav om adekvat veiledning og oppfølging i metoder for tospråklighet.

Prosjektet er tilpasset forutsetningene i Lavangen, og kan nok særlig sammenlignes med det som i USA omtales som strukturerte språkbad. Revitalisering av språk etter Wales-modellen er aktuelt først og fremst der det gjøres bruk av to språk i hjemmene. For områder hvor samisk språk ikke er så utbredt, bør det kunne vurderes å knytte kontakter med andre språkområder hvor samisk er mer utbredt som daglig kommunikasjonsspråk, for å praktisere innlæring som mer omfattende «språkbad».

5.5.7 Mulige tiltak for å fremme tospråklighet

Samisk Utdanningsråd har funnet fram til følgende tiltak som kan gjennomføres for å fremme likeverd mellom samisk og norsk, herunder en funksjonell tospråklighet i samiske områder:

1. Det er mulig å få utvidet forvaltningsområdet for samisk språklov.
2. Det er mulig å utdanne ettspråklige norske lærere til å bli tospråklige.
3. Undervisninga kan organiseres på en annen måte slik at alle elever som ønsker å lære samisk, får et tilbud om språkbad og deretter får følge undervisninga på samisk sammen med samisktalende elever.
4. Det er også mulig å gi elever som ikke går i samme klasse, tilbud om å få andre fag på samisk slik at de får aktivisert språket som medium.
5. Det er mulig å endre arbeidsformene i språkopplæringa slik at språket som medium (kommunikativ kompetanse), blir like viktig som språket som fag.
6. Holdninger til det å lære samisk kan endres gjennom motivasjon og bevisstgjøring, og de samiske miljøene kan bli mer læringsfremmede for de som holder på å lære.
7. Og ikke minst er det mulig og en stor utfordring for skolemyndighetene sentralt å vedta at tospråklighet i samiske områder og fulle språklige rettigheter til alle samiske elever skal være et satsingsområde i det norske utdanningssystemet. Norge må få sitt Wales i det samiske området.

5.6 SKOLEFRITIDSORDNINGEN SOM EN MULIGHET FOR STYRKING AV SAMISK SPRÅK OG KULTUR

Skolefritidsordningen har som formål å legge til rette for nærhet til eget miljø, språk og kultur. Den har muligheter til å videreføre barnehagens tradisjoner med åpenhet mot nærmiljøet, og å gå inn i samarbeid med f.eks. museer og aktiviteter i nærmiljøet i en friere form enn hva skolen kan. Tilretteleggingen av skolefritidsordningen må skje i tråd med de kommunale retningslinjer, og i samarbeid med ordningens ledelse, foreldre og ansatte.

Arbeidet med skolefritidsordningen har særlig skutt fart fra 1991. I St. meld. nr. 40 (1992—93) ..vi smaa en Alen lange; Om 6-åringer i skolen — konsekvenser for skoleløpet og retningslinjer for dets innhold, fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, heter det bl.a. at skolefritidsordningene bør tilrettelegges for en aktiv kulturformidling. Det fremheves at barn bør ha kontakt med lokalmiljøet og med voksne som ikke til daglig har sitt arbeid i skolefritidsordningen, særlig yrkesgrupper som kan berike barnas hverdag og gi inspirasjon til skapende aktiviteter.

I meldingen heter det også at skolefritidsordninger for barn med samisk tilknytning bør forankres i den samiske kulturarven, og gå ut fra særtrekk ved samisk hverdagsliv. Gjennom lek og kulturelle aktiviteter knyttet til samiske tradisjoner kan innholdet være med på å utvikle barnas trygghet i etnisk tilhørighet, både språklig og kulturelt.

Skolefritidsordningen gir således spesielle muligheter for videreføring av samisk språk og kultur til neste generasjon. Språkopplæring vil kunne organiseres i skolefritidsordningen i likhet med det som gjøres i språkbad eller språkbevaringsprogrammer. Skolefritidsordningen gir gode muligheter for bruk av samisk språk i dagligtale. Ved skoler der det gis samiskundervisning i enkelttimer, er ikke samisk alltid det språket barna benytter mest i dagligtale. Skolefritidsordningen kan organiseres med egne samlinger for samiskspråklige barn, eller det kan opprettes en egen samisk skolekrets med skolefritidsordning, gjerne i tilknytning til en samisk barnehage. Skolefritidsordningen har gode muligheter for å ta utgangspunkt i lokale forhold og det som er kjent for barna. Det kan gjenspeile seg i innhold og fysisk i miljøet, gi preg til bøker, leker, utsmykning, osv. Skolefritidsordninger i samiske områder bør kunne ta opp emner fra samisk kultur gjennom fortellinger, sanger, regler og mattradisjoner, og gjennom samarbeid med lokale museer og «kulturskoler».

Det er særlig fire skolefritidsordninger som har markert vektlegging av samisk språk og kultur. Det er skolene i Karasjok, Kautokeino, Polmak og Karlebotn. Det høstes dessuten nyttige erfaringer med fritidstilbud med vektlegging av samisk språk og tradisjoner utenom skoletid og på internater ved andre skoler.

I Karasjok bygger skolens hovedmålsetting på begrepene «toleranse, samarbeid og tospråklighet». Skolefritidsordningen har utarbeidet en visjon for sitt arbeid som bygger på at

elevene blir trygge på sin egen identitet
elevene skal kunne bruke både samisk og norsk språk naturlig
elevene blir tolerante overfor andre mennesker og kulturer
elevene utvikler sine evner til samarbeid

I rammeplanen for skolefritidsordningen blir det presisert at Karasjok kommune er en samisk kommune, og at samisk språk og kultur derfor er grunnlaget for skolefritidsordningen i kommunen. Det understrekes at samisk skal være hovedspråk, men at norsk skal benyttes som hjelpespråk, og at samisk språkrøkt skal ha en sentral plass. I Karasjok ledes skolefritidsordningen av kulturskolerektor/barneskole-

rektor ut fra en samordningsmodell som er vedtatt i kommunestyret. Skolefritidsordningen og 6-årstilbudet har en daglig leder som administrativt er underlagt de to rektorene. Hovedspråket i skolefritidsordningen er samisk. Skoleåret 1993—94 er det 14 barn som har samisk som hovedspråk, 22 barn er tospråklig samisk/norsk, derav et barn trespråklig (finsk). 12 barn er norsktalende. De ansatte driver «språkrøkt» sammen med kommunens språkkonsulent, og deltar på kurs om tospråklighet for å utvikle en bevisst holdning til det samiske språk.

Tilbudet i skolefritidsordningen varierer etter tilgang på instruktører, og i en viss grad budsjetter. Barna velger mellom faste aktiviteter en gang i uka. Aktiviteter knyttet til samisk husflid og håndverk har en sentral plass. Kulturskolen har et eget barnegalleri «Beaiveratta» som betyr «Solsiden». Årsplanen 1993—94 har skog og lek som prioriterte arbeidsområder. I forbindelse med de forskjellige temaene benyttes lokal kompetanse og tilgjengelige ressurser i nærmiljøet.

Utdanningsdirektøren i Finnmark planlegger å lage et forum for skolefritidsordninger som har, og som ønsker å gi ordningen et samisk innhold. Dette forum vil ha til oppgave å videreutvikle skolefritidsordninger som ønsker å vektlegge samisk språk og kultur. Erfarings- og informasjonsutveksling blir et sentralt område i det videre arbeidet på dette området.

5.7 HELSESTASJONEN OG SKOLEHELSETJENESTEN

5.7.1 Ordinære oppgaver

Helsestasjonen dekker i hovedsak aldersgruppen 0—6 år. Ifølge Helsestasjonsforskriftene skal tjenesten forebygge sykdom, og fremme barns fysiske, psykiske og sosiale helse. Det er her foreldre henter sine forsikringer om at barnet utvikler seg normalt og er ved god helse. Den skal nå sine mål gjennom systematiske medisinske spebarns- og småbarnsundersøkelser, eventuelt henvise til spesialundersøkelse og behandling. Likeledes skal den gjennomføre vanlige vaksinasjonsrutiner, og drive opplysningsarbeid om barns helse og utvikling når det gjelder ernæring, hygiene, ulykkesforebyggende og psykisk forebyggende arbeid, etc. Helsestasjonen skal også drive helsefremmende arbeid, både ut fra helsestasjonsforskriftene, og kommunehelselovens vektlegging av miljørettet helsevern.

Skolehelsetjenesten skal omfatte barn og unge i grunnskolen og den videregående skolen. Den skal inngå som en integrert del av skolens totale virksomhet. Virksomheten skal derfor omfatte både helsekontroller, miljøarbeid, helseopplysning, rådgivning og habilitering. Arbeidet er tverrfaglig og oppsøkende, og skal ta utgangspunkt i en plan for det forebyggende helsearbeidet ved den enkelte skole. Virksomheten ved skolehelsetjenesten er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene. Den er i regelen organisert som en del av kommunenes primærhelsetjeneste. Noen kommuner samordner de to tjenestene i Helsestasjon 0—18 år. Man har sett en utvikling av skolehelsetjenesten fra å være konsentrert om helsekontroller til å fokusere på levevaner og miljøspørsmål. Det forebyggende helsearbeidet har dermed fått en bredere plass og en større faglig bredde.

Helsestasjonen og skolehelsetjenesten er således sentrale i den forebyggende helsetjenesten for barn og unge. Det innebærer bl.a. at de skal kunne fungere som en førstelinjetjeneste og fange opp problemer før de eventuelt blir for store. Dette slås fast i St. meld. nr. 37 (1992—93) Utdfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, og i St. meld.nr. 50 (1993—94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.

Helsestasjon og skolehelsetjeneste får i økende grad informasjon om ulike familie- og livsforhold i barnefamilier og sosiale forhold i skoler og ungdomsmiljøer. Fordi problemene blir mer sammensatte, blir helsetjenesten mer avhengig av

samarbeid mellom sektorer og faggrupper for å finne fram til løsninger av konkrete problemer, og for å finne metoder for forebyggende arbeid.

5.7.2 Samiske barn og foreldres møte med helsestasjonen og skolehelsetjenesten

I samiske områder har nok helsestasjonen og skolehelsetjenesten fått en stadig mer sentral plass som normbærer overfor barn og unge og deres foreldre. Her vil den bl.a. kunne gå inn i rådgivende funksjoner som den samiske storfamilien tidligere har hatt. De samfunnsmessige omveltninger som har funnet sted i de samiske samfunnene tilsier at helsestasjon og skolehelsetjeneste vil kunne ha viktige funksjoner i identitetsstyrkende og forebyggende arbeid. Hva slags redskaper har så helsestasjonen i møte med samiske foreldre og barn?

Praktiske funksjoner som måling av hodeomkrets, vekt og lengde sammenliknet med en landsnorm fungerer sannsynligvis godt nok, men det er andre normer for utvikling som er vanskeligere, og som ikke lar seg måle med tall. F.eks. har det hittil vært lite tilgjengelig kunnskap på helsestasjonene om språkutvikling hos barn fra tospråklige familier. Hvordan skal da ordforrådet kunne vurderes? Dette kan illustreres med et eksempel. En mor forteller fra to-årskontrollen med sønnen, hvor helsesøster mente at gutten hadde for dårlig ordforråd. Moren forsøkte å forklare at de brukte både samisk og norsk språk i hjemmet, og at dette kanskje kunne være av betydning. Hun ble bekymret for helsesøsters reaksjon, så hun sluttet med samisk for å vise at det ikke var noe galt med gutten til 4-års-kontrollen. Gutten spør så etter en tid: «Mamma, hvorfor snakker du ikke samisk med meg mer?» Det blir et viktig spørsmål om hvem som har autoritet og hvem som har kunnskap i møtet mellom den samiske moren som føler seg usikker som småbarnsmor, og den norske helsesøster som ikke har tilstrekkelig kunnskap om den kulturen hun møter. En kulturkompetanse hos helsesøster og helsestasjon som omfatter kunnskap om språkutvikling hos tospråklige barn, kunne gitt moren ytterligere kunnskap og støtte, og virket til å fremme tospråklighet og en trygg kulturell identitet hos barnet i dette eksemplet.

Ut fra de oppgaver som helsestasjon og skolehelsetjeneste har, er det vanskelig å tenke seg en virksomhet som «treffer» samiske barn og foreldre, uten at den utgår fra en språklig og kulturell kompetanse ved helsestasjonen. Opplysning om ernæring må gis ut fra kjennskap til samiske matvaner. Ulykkesforebyggende arbeid må skje ut fra kjennskap til samiske barns lekemiljø. Rådgivning til foreldre forutsetter kjennskap til oppvekst i tospråklige og tokulturelle miljøer. Innhenting og vurdering av informasjon om familie- og livsforhold i familier, skoler og ungdomsmiljøer krever en stor grad av kulturell innsikt, osv. Dette er kunnskap som bør ligge til grunn for opplysningsvirksomhet, rådgivende funksjoner, habilitering og forebyggende arbeid for barn og unge. En slik kompetanse vil gjøre det lettere å ivareta helsestasjonens egne utfordringer, såvel som å utvikle et funksjonelt samarbeid med andre instanser, som barnehage, pedagogisk-psykologisk tjeneste, sykehus, og andre helse- og sosialtjenester.

5.7.3 Helsestasjonens og skolehelsetjenestens funksjoner og kompetansebehov

Helsestasjonen bør kunne signalisere tilhørighet til barnets samiske miljø i de ytre omgivelser gjennom innredning, utsmykning, samiske barnebøker og leker, etc. Det bør synliggjøres at helsestasjonen gir feed-back på samisk identitet. Der helsearbeiderne kjenner til samisk historie og vet hva det innebærer å leve i en minori-

tetskultur, vet de hvordan dette kan slå ut i et lokalsamfunn. De vil kjenne til bakgrunnen for foreldrenes holdninger og tvil mht. valg av etnisk-kulturell tilhørighet for barna, og de vil kunne legge opp rådgivningen etter dette.

Helsearbeidere må legge til rette for at foreldrene kan foreta realistiske vurderinger som bakgrunn for sine valg for barna. På svangerskapskursene og i rådgivningen til småbarnsforeldrene må det gis informasjon til både samiske og norske foreldre om tospråklighet og om oppvekstkår i flerkulturelle miljøer. Betydningen av morsmålet og tospråklighet må understrekes. Foreldre må gis en reell anledning til å vurdere den verdien som ligger i en trygghet i egen kultur, og betydningen av kulturell kontinuitet for barnet. Sentralt står valg av språk, for de som ennå har kjennskap til sitt morsmål. Store deler av kulturarven forsvinner med språket. Et eksempel: De færreste mennesker kjenner til eventyr og fortellinger fra en annen kultur. Innholdet i fortellingene er likeledes ofte nær knyttet til den språklige uttrykksmåten. Uten språket er det lite sannsynlig at denne delen av kulturen blir overført til barnet. Barnets kulturelle «base» snevres inn, og det blir uten den nærhet til de eldre som ligger i fortellersituasjonen. Det blir uten den kulturelle trygghet som ligger i å kunne kommunisere med både foreldre- og besteforeldregenerasjonen på morsmålet.

Kunnskap om disse forholdene må ligge til grunn både for foreldrenes valg av språk, og for valg av holdninger til egen etnisk og kulturell bakgrunn. Målet for rådgivningen må være en mobilisering av foreldrenes egne ressurser i denne prosessen. Helsestasjonen har et spesielt ansvar for å ha oversikt over, og følge opp tiltak for barn med mulig eller sikker sykdom eller funksjonshemming. Helsestasjonen skal identifisere behov og ta initiativ til at det igangsettes habiliteringstiltak. Skolehelsetjenesten har en viktig funksjon i habilitering og rehabilitering av funksjonshemmede elever. Foreldre, lærere, pedagogisk/ psykologisk tjeneste og evt. spesialisttjeneste er aktuelle samarbeidspartnere. Dersom samiske barn med funksjonshemminger har spesielle behov, så bør dette fanges opp i en tiltakskjede mellom disse samarbeidspartnerne.

Foreldrene fungerer som modeller for barna bl.a. når holdninger til alkohol utvikles. Skolen har hittil vært den kanskje viktigste arena for forebygging av rusproblemer blant barn og unge. Den er fortsatt viktig når vi har kunnskap om at debutalderen i forhold til rus er synkende. Tatt i betrakning at holdninger til alkohol dannes allerede i 4—6-årsalderen, så vil småbarnsforeldre også være en viktig målgruppe. Det innebærer imidlertid at helsestasjonene bør ha kompetanse på dette. Informasjon bør gis til alle. Helsepersonell må ha kunnskap både i fag og generell kommunikasjon for at slike problemer skal kunne tas opp med småbarnsforeldre på en systematisk måte som ikke virker moraliserende og stigmatiserende.

Fordi både samiske og norske barn påvirkes av å leve i flerkulturelle samfunn, vil det være behov for gjensidig informasjon om begge kulturer. Det bør være en naturlig del av helsestasjonens oppgaver innen informasjon og forebygging å formidle kunnskaper om kulturelle og tverrkulturelle emner til samiske og norske barn og foreldre, tilpasset etter det samiske distrikt man befinner seg i. Det vil lette situasjonen for barn av tokulturelle familier, og vil kunne være et positivt bidrag til styrking av samiske barns identitet.

5.7.4 En skolehelsetjeneste som ivaretar forebyggende funksjoner for samiske barn og unge — et forslag til organisering

Skolehelsetjenesten har flere steder valgt å ivareta forebyggende funksjoner for barn gjennom tiltak som tverrfaglig teamarbeid med representanter fra skoleledelsen, lærerne, den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjenesten, og fra skoleheles-

tjenesten. I kommuner med samisk befolkning vil det også være behov for å utvikle samarbeidsformer for en bedre tilpasning av skolehelsetjenesten slik at man kan ta de hensyn til samisk språk og kultur som vil være nødvendig for å ivareta de forebyggende funksjoner. Her vil det ofte dreie seg om en kompetanseoppbygging parallelt med en utvikling og tilpasning av tjenestene. Medspillere i dette arbeidet kan være skolesjef, rektor, helse- og sosialsjef, PPD, helsesøster, kommunelege, BUP, m.fl.

I de fleste kommuner med samisk befolkning vil det være behov for en utvikling av skolehelsetjenesten, slik at den kan ta bedre hensyn til samisk språk og kultur i kommunikasjonen med samiske barn og foreldre. Det vil spenne fra språkkunnskaper til kunnskap om samiske normer og mønstre for oppdragelse.

En plan over skolehelsetjenestens viktigste oppgaver, kan se slik ut:

- Helseovervåking av elevene baseres på en helseundersøkelse før eller ved skolestart. Sammen med foreldrene foretas en vurdering av barnas utvikling. Skolen og skolehelsetjeneste følger opp den enkelte elev i samarbeid med hjemmet. Grunnleggende her er lærernes egne observasjoner og deres møte med foreldrene.
- Bedring av det psykososiale skolemiljøet er en kontinuerlig oppgave. Bedring av skolemiljøet skjer gjerne som praktisk arbeid ved å fjerne helseskadelige faktorer, og ved helsefremmende arbeid. Dette er ofte kollektive tiltak.
- Helseopplysning i skolen er lærernes ansvar, og det skal undervises i dette.
- Deltagelse i forberedelse til arbeidslivet bl.a for yrkesvalghemmede.

De fleste kommuner har et helseprogram med en helsesøster som forestår vaksinasjoner, hørsels- og synstester, helseopplysningsarbeid, etc., og leger som kontrollerer for somatiske sykdommer. Skolen, eller lærerne, tar i første rekke kontakt med PPD der det er vanskeligheter med elevene pedagogisk, adferdsmessig eller psykisk, og med helsesøster der det er problemer med den fysiske helsen, og deretter eventuelt med skolelegen. Dette systemet hviler på lærernes vurderinger rundt barnas situasjon, og hvorvidt denne situasjonen representerer et problem.

Det må sikres:

- rutinemessig kontakt mellom lege, helsesøster, foreldre og klasseforstander, med den målsetting å få et helhetsbilde som omfatter både somatiske og psykososiale forhold hos barnet, inkludert en forståelse av barnets kulturelle og sosiale situasjon. Det vil de fleste steder innebære å systematisere den dokumentasjon som allerede finnes.
- kompetanse hos lærerne i psykososiale og kulturelle forhold
- tilstrekkelige kontaktpunkter og regelmessig oppfølging mellom skolen og helsetjenesten rutiner for samtaler mellom lege, helsesøster og klassestyrer
- tilbakemelding til lærerne
- samarbeidsrutiner mellom PPD og skolen
- samarbeidsrutiner mellom barnevernet og skolen

Målet må være en skolehelsetjeneste som bidrar til å bedre elevenes helse gjennom et helhetlig bilde av deres situasjon. Det kan sikres gjennom forskjellige funksjoner eller tiltak:

- Tilsvarende rutiner for somatiske kontroller som i dag.
- Helsepersonell bør jobbe kollektivt. Det bør være et tett samarbeid mellom lærere og helsepersonell. Det kan utvikles rutiner for gjennomgang av hver elev mellom lege, helsesøster, klassestyrer, evt. elev og foreldre i form av kontaktmøter etter behov. Barneundersøkelse i forbindelse med innskrivning på skolen, og samtaler i klassen med lærer og helsesøster kan være andre virke-

midler.

- Ut fra disse møtene å finne fram til elever som trenger videre oppfølging. Dette kan f.eks. gjøres innenfor et utvidet team i samarbeid med foreldrene.

Disse funksjonene kan forankres i basisteam og eventuelt et utvidet oppfølgings-team, bestående av representanter fra den ordinære skolehelsetjenesten supplert med representanter for PPD og eventuelt sosialkontoret eller barnevernet. Helse-søster eller skolelege kan være koordinator. Teamet kan ha faste møter og møter etter behov. Det kan tre i funksjon allerede i første klasse for de barna som trenger oppfølging. Teamets oppgaver vil være å vurdere hver enkelt elevs situasjon i sammenheng med hjem, skole og nærmiljø. Det vil kunne forestå rådgivning til foreldre og skole såvel som planlegging av oppfølging for eleven.

Skolehelsetjenesten for rene sameskoler og for samiske klasser må bygges opp etter samme modell med klassesamtaler og basisteam, og samtalene bør foregå på elevenes morsmål, helst med en samisktalende lege og en samisktalende helsesøster. Dersom disse ikke behersker samisk, må det brukes tolk for å skape en trygg atmosfære og betingelser som bidrar til å bekrefte og styrke barnets identitet. Eventuelt kan helsesøster ha en assistent som ivaretar endel av disse funksjonene. Barna må gis anledning til å gi uttrykk for plagene på eget språk og overfor mennesker som kjenner barnets kultur og livsbetingelser. Da vil de føle at morsmålet blir verdsett også utenfor hjem og skole, og de vil selv lære å bruke samisk språk i flere sammenhenger. Både skriftlig og muntlig helseinformasjon til foreldre, lærere og elever må også gis på samisk.

Hjem og skole må delta i utviklingen av en ny modell for skolehelsetjenesten. Ressursbruken vil avhenge av antallet skoleklasser i kommunene og antallet elever i hver kommune. Behovet for samarbeid med andre faggrupper vil også variere. Det kan f.eks. være samarbeid om helseopplysning i skolene mellom lærere og helsepersonell. Fysioterapeut kan trekkes inn i arbeidet med barna, både i generell undervisning og i individuell behandling av barna. Kostholdsveiledning, informasjon om rusmidler, etc. krever også et tverrfaglig samarbeid.

5.8 UTVIKLING AV SAMISKE /KULTURELLE ASPEKTER I FAMILIE-VERNET

5.8.1 Utbygging av familievernet

I 1992 og 1993 har det vært satset for å bygge ut familievernet i Norge. Familievernet er den instansen i Norge som er tillagt familien som sitt hovedansvarsområde. Dette gjelder både forebyggende og behandlende arbeid med hele familier, par og enkeltpersoner. Fra 01.01.93 trådte den nye Lov om ekteskap i kraft. Da ble obligatorisk mekling innført. Loven gjelder ved separasjon og skilsmisse der det er barn under 16 år i familien. Videre skal det også mekles etter Lov om barn når ugifte foreldre ønsker å prøve spørsmål om foreldreansvar, daglig omsorg eller samvær for domstol eller fylkesmannen. Hovedtyngden av meklerne og utvikling av meklingsfaget er tillagt familievernet. Familievernet sorterer under Barne- og familiedepartementet. Det har bl.a. vært arbeidet med avklaring av spørsmål rundt fremtidig forvaltning, finansiering og lovhjemling av familievernet. Stortingsmelding nr. 15 (1992—93) «Familievernet — oppgaver og forvaltning» vil bli behandlet av Stortinget i 1994—95.

5.8.2 De samiske/kulturelle aspekter i familievernet i Finnmark

I Finnmark har man sett de utfordringer familievernet står overfor med å arbeide i et flerkulturelt og et interetnisk spenningsfelt. Det kan nok oppleves spennende og utfordrende, men også frustrerende. Det er ikke alltid like enkelt og klart hvordan dette skal slå ut i praktisk arbeid. I Finnmark har det en stund pågått en faglig utvikling med å bringe de kulturelle aspekter inn i barnevernet. Det ligger store utfordringer i å systematisere det som eksisterer som viten og ferdigheter om kultur og faglig arbeid, og å utvikle familievernet til å inkludere flerkulturelle og interetniske perspektiv.

En del av bakgrunnen for å opprette Indre Finnmark Familievernkontor var behovet for å gi den samiske befolkningen et familieverntilbud. Det har bl.a. sin bakgrunn i at Alta Familievernkontor som tidligere dekket de samiske områdene, tok kontakt med samiske helse- og sosialarbeidere fordi de fant det vanskelig å gi den samiske befolkningen et tilstrekkelig tilbud. I vedtektene til Indre Finnmark familievernkontor er ansvaret for å ivareta det kulturelle aspektet i arbeidet vektlagt. I formålsparagrafen er det slått fast at Indre Finnmark Familievernkontor er plassert i et flerkulturelt område, og at det i sin behandling skal være spesielt oppmerksom på kulturelle aspekter. Indre Finnmark Familievernkontor har således et særskilt ansvar for den samiske befolkning i Finnmark. Dette forutsetter en faglig utvikling, og får bl.a. som konsekvenser at de kulturelle aspekter må innarbeides i familievernet som fagområde. De må også nedfelles i det tilbudet som ytes til de forskjellige kommunene, og i kontakten med kommunenes 1.linjetjeneste. Familievernkontoret bør holde seg orientert om utviklingen i de enkelte kommuner og tilpasse sine tjenester etter dette. Det er forskjeller både med hensyn til problemområder og lokale ressurser. Gjensidig innsikt og et godt samarbeid mellom kommunene og Familievernkontoret vil være gode forutsetninger for den faglige utvikling innen familievernet i samiske områder.

Familievernkontoret ønsker å prioritere utadrettet virksomhet. I 1993 dreide dette seg hovedsakelig om konsultasjoner/veiledning og undervisning til 1.linjetjenesten og Samisk Krise- og incestsenter, miljøutviklingsarbeid i skolen, samt kontakt med Sami Radio og lokalradio i Porsanger og Kautokeino. Kontoret ser det som sitt ansvar å hjelpe til at Finnmarks ungdom får utdanning i yrker der man mangler fagfolk. Erfaringene tilsier at kontoret må være synlig i lokalmiljøet, og at det må være klart at personalet kjenner klientenes hverdagssituasjon. Det er særlig viktig fordi kontoret også kontaktes direkte uten henvisning fra faginstans. Kontoret prøver å legge opp sin reisevirksomhet etter behovene i kommunene.

Familievernkontoret har hatt besøk av sosialantropolog for å utvikle sin kulturelle kompetanse, og har selv hatt forelesninger på andre institusjoner for å øke bevisstheten om den kulturelle dimensjonen i samiske områder. Forelesningen på Samisk Høgskole var over temaet «barn i vanskeligheter». En spesiell aktivitet er det krysskulturelle simulasjonsspillet BaFaBaFa. Det er i 1993 blitt brukt sammen med forelesninger om kulturelle emner. Opplegget ble brukt på Åsgård sykehus, og i en gruppe som holder på med klinisk sosionomutdanning i Barne- og ungdomspsykiatrien. «Kulturspillet» gir deltakerne erfaring med å møte fremmede kulturer, og i en etterfølgende diskusjon, drøftes de følelsene og holdningene deltakerne opplevde.

5.9 BARNEVERNTJENESTENE MED HENBLIKK PÅ SAMISKE BARNES BESTE

5.9.1 Forebygging

Å forebygge innebærer å hindre uønskede tilstander i å utvikle seg hos enkeltmennesker eller grupper. Det kan være hensiktsmessig å skille mellom primær, sekundær og tertiær forebygging. Dette defineres henholdsvis som å hindre at problemer oppstår, å forhindre utvikling av problemer hos identifiserte risikogrupper, og å hindre videre følger av et etablert problem. Innen barnevernet kan begrepene anvendes slik: Primærforebyggende tiltak skal nå ut til alle barn. Her blir effekten langsiktig og vanskelig å måle. Sekundærforebyggende tiltak kan identifiseres som tiltak for spesielt definerte utsatte grupper. Tertiærforebyggende tiltak kan kalles hjelpetiltak, i tråd med Lov om barneverntjenester. Summen av tiltaksarbeidet utgjør barne- og ungdomspolitikken. Barnevernet er i vesentlig grad preget av forebyggende tiltak.

5.9.2 Kulturelle utfordringer i barnevernet

Barnevernloven gir sammen med forvaltningsloven hjemmel for å kunne gripe inn i forholdet mellom barn og foreldre. Alle slike bestemmelser er imidlertid forbundet med utstrakt bruk av skjønn. Barnevernet skal gripe inn når barnet har særlige behov for hjelpetiltak, når det er alvorlige mangler ved den daglige omsorgen barnet får, når barnet blir utsatt for alvorlige overgrep i hjemmet eller har alvorlige adferdsvansker, etc. Barnevernet har som oppgave å sikre alle barn og unge omsorg, trygghet og utviklingsmuligheter. Disse oppgavene er nedfelt i barnevernloven. Som spesiell oppgave skal barnevernet ta vare på de mest utsatte barna. Barnevernet skal beskytte mot omsorgssvikt og motvirke fysisk og psykisk overlast. Barnevernet har både en støtte- og en kontrollfunksjon. Det skal gi støtte slik at hjemmet greier sitt oppdrageransvar, men skal også gripe inn der det er nødvendig.

Barnevernloven setter altså en ramme for hva som skal vurderes, og den legger visse kriterier til grunn for at barnevernet skal gripe inn. Innenfor denne rammen åpnes det for en stor grad av skjønnsmessig vurdering. Selv om man de senere år har diskutert kriterier for skjønnsmessige vurderinger, har man i liten grad drøftet de verdier som ligger til grunn for barnevernarbeidet i et kulturelt perspektiv. Man har såvidt begynt å diskutere disse aspektene i forbindelse med barnevernets møte med innvandrerbarn og deres familier. Diskusjonene har foregått ut fra det som brukes som et overordnet prinsipp i barnevernarbeidet, nemlig barnets beste.

Det viser seg at barns beste er et relativt begrep. Vurderingene baseres på kunnskaper om hva som hemmer vekst og utvikling hos barn og unge. Sentrale elementer i vurderingene vil være oppdragelsens grunnleggende mål og verdier, såvel som forholdet mellom foreldrenes og samfunnets ansvar for barna, barnas selvbestemmelsesrett i forhold til foreldremyndigheten, og en forståelse av barns utvikling og av familiens fungering. Dette er alle verdiladete spørsmål som har nøye sammenheng med egen kultur, samfunnssystem og lovgivning.

Studier har vist at det mål man har for barneoppdragelsen henger nøye sammen med familiemønstre og samfunnsforhold der barna vokser opp. Et samfunn basert på jakt, fiske eller reindrift vil legge vekt på å oppdra barn til toleranse og selvstendighet, til ferdigheter som er nødvendige i en barsk natur, såvel som respekt og følsomhet i forhold til naturen. Hva som betraktes som gode og flinke barn vil derfor variere mellom forskjellige kulturer.

Samiske samfunn er i stor grad kollektivt orientert. Dette henger bl.a. sammen med en samfunnsorganisering knyttet til samarbeid om utnyttelse av naturens res-

surser i det tradisjonelle samiske samfunnet. I kollektivistiske samfunn blir barn oppdratt til at hensynet til familien og gruppen er overordnet deres egne individuelle ønsker og behov. Samtidig vil de få beskyttelse og omsorg av sin gruppe. Tilhørighet til familie og gruppe blir derfor viktig. I et individorientert samfunn vil hensynet til de individuelle familiemedlemmene gå foran hensynet til familiens behov. Her vil man i første rekke legge vekt på individets rett og plikt til å ta ansvar for sine handlinger. USA og Nord-Europa regnes som eksponenter for denne holdningen. Et individorientert og et kollektivorientert samfunn vil vektlegge ulike mellommenneskelige verdier i sosialiseringprosessen.

Vi vet ennå lite om de forskjellige samiske samfunn og deres oppdragelsesformer. Studier av samiske forskere har imidlertid tilført verdifull kunnskap om samiske samfunnsforhold og barns oppdragelsesmønstre, såvel som mål og verdier i oppdragelsen. Det gjenstår imidlertid å innarbeide disse som en del av barnevernets kulturelle kompetanse.

Det vi hittil vet om samiske samfunns tradisjonelle struktur og oppdragelsesformer, gir grunn til å anta at det kan oppstå problemer når en kollektivistisk orientert minoritet som samene skal integreres i en mer individualistisk orientert majoritet som den norske. Manglende kunnskap om andre kulturer såvel som ulikt syn på barneoppdragelse både når det gjelder mål og virkemidler, kan gi grunnlag for mange konflikter og misforståelser i forhold til offentlige institusjoner. Her dreier det seg om prosesser som til nå er blitt lite påaktet innen bl.a. barnevernet.

Foreldre i minoritetskulturer kan ha en vanskelig oppgave med å oppdra barn som skal ha ståsted i to kulturer, særlig tatt i betraktning at majoritetskulturen er dominerende, og kan ha fremmede og divergerende verdier. Foreldrene ser ut til å oppleve å ha et valg mellom å fastholde tilknytningen til sin egen kultur, og å prøve å gi barna majoritetssamfunnets normer. Kontroll med den primære sosialiseringen av barn kan hos disse foreldrene fungere som et forsvar for opprettholdelse av egen kultur og identitet. Å forkaste majoritetssamfunnets verdier er imidlertid ingen løsning for barna. Studier både fra samiske samfunn og fra innvandremiljøer tyder på at der foreldrene holder fast ved sine kulturelle verdier, og samtidig tilfører barna majoritetssamfunnets normer uten at den egne kulturen blir skadelidende, så greier barna seg best. Dette krever ressurser fra foreldrene, og ikke minst forståelse fra offentlige instanser.

I kulturer der det er naturlig at slekten tar seg av barnet dersom ikke foreldrene gjør det, vil man i utgangspunktet stille seg uforstående til at det offentlige skal ha en oppgave på dette feltet. Det vil således mellom forskjellige kulturer kunne eksistere ulike forståelsesmåter angående barnevernets innblanding i barnas og familiens situasjon. Slik innblanding kan også oppleves alvorlig og faretruende dersom den innebærer verdikonflikter med hensyn til oppdragelse. Et møte med barnevernet kan avdekke forskjellige kulturelle verdier mht. å vektlegge barnets eller fellesskapets behov. Slike forhold må være en del av den kulturelle kompetansen innen barnevernet.

Eksempler på nødvendig kulturell kompetanse innen barnevernet kan knyttes til forståelsen av det uformelle sosiale nettverket som omgir barn, unge og foreldre, og hvilken rolle det spiller i oppdragelsen av barna. Nettverket kan tjene flere formål, som f.eks. assistanse med barnepass og hjelp i oppdragelsesspørsmål, det kan gi muligheter for midlertidig plassering i egen eller en annen familie, og det kan fungere som et korrektiv til foreldrenes oppdragelse. I samfunn med dominerende sosiale nettverk er ansvaret for barna et felles ansvar for storfamilien og nærmiljøet. Man kan således si at det samiske barnevernet er blitt praktisert innen familiesystemet, og at dette særlig har vært de eldre familiemedlemmenes rolle.

Det kan være et tankekor når flere studier viser at storfamilens nettverk har virket beskyttende på barn, mens splittede kjernefamilier og svake sosiale nettverk har ført til at samfunnet må beskytte barn med et eget lovverk for å gi dem vern i forhold til egen familie. Hos oss gjenspeiles dette i Barnelovens fokus på foreldrenes ansvar.

Ut fra tanken om at det er best for barnet å vokse opp i eget hjem, så skal Barnevernet alltid først vurdere om det er mulig å hjelpe familien til å fungere bedre ved forebyggende tiltak. Der barnevernet ikke har kulturell kompetanse til å vurdere betydningen av det sosiale nettverket som omgir barnet, så kan dette føre til en for rigid tolking av lovverket. Det kan f.eks. gjelde bruk av taushetsplikten i forhold til de forskjellige familiemedlemmer som ifølge samisk tradisjon har omsorgsplikter overfor barnet. Som parter i barnevernsaker med rett til innsyn, opplysninger og til å klage, er det i første rekke vanlig å regne barnet selv og foreldrene. I samiske familier regnes like gjerne bestemor eller tante som part i saken. En stivbeint praktisering av lovverket vil derfor gjøre det vanskelig å samarbeide med familien om forebyggende tiltak.

Forebyggende tiltak kan være råd og veiledning til familien, avlastning gjennom skolefritidsordninger, støttekontakter, osv. Her kan det kreves både kulturell og språklig kompetanse, både å finne fram til egnede tiltak, og til overhodet å oppnå tillit hos barnet og familien. En forståelse av foreldrenes situasjon mellom to kulturer, vil sannsynligvis også være nødvendig. Dersom slike momenter ikke inngår i en skjønsmessig vurdering rundt barnevernets funksjoner og inngripen, synes det vanskelig å forstå hvordan man innen barnevernet skal kunne sikre samebarnas beste.

Dersom forebyggende tiltak ikke fører fram, skal plassering utenfor hjemmet vurderes, i første rekke i samarbeid med foreldrene. Omsorgsovertakelse kan bare skje der det foreligger helt spesielle grunner. Man mener å ha registrert en utvikling mot mindre omsorgsovertagelser i samiske kommuner hvor barnevernets regler er praktisert av personer med samisk bakgrunn. Dette indikerer at kulturell innsikt gjør det mulig å finne riktige tiltak på et tidligere tidspunkt, slik at forebyggende tiltak kan gjøre omsorgsovertakelse unødvendig.

Dette viser at sosialarbeidere med kulturkompetanse i større grad kan bruke lovverket på en fleksibel måte slik at det blir lettere å fange opp samiske foreldres behov, og slik at barnevernet i større grad fungerer til samiske barns beste.

Konfliktene i barnevernsaker både med innvandrerfamilie og med samiske familier gjenspeiler konflikter mellom forskjellige kulturers oppdragelsessystemer. Det må være klart at det finnes ingen kulturell standard. Her må det være individuelle vurderinger og skjønn som også omfatter de kulturelle aspekter, og det kan ofte være snakk om en balansegang.

Praktisering av et kulturelt perspektiv i barnevernet kan innebære en vanskelig balansegang. Mangel på et kulturelt perspektiv kan fremme en etnosentrisk holdning der ens egne kulturelle verdier og praksis blir betraktet som overlegne i forhold til andres. En ekstrem kulturel relativisme kan imidlertid bidra til ukritisk rettferdiggjøring av behandling av barn under henvisning til at dette «ligger i kulturen». Det kan føre til dårligere standarder for barn. En tverr-kulturell forståelse innen barnevernet må omfatte både en etisk og etnisk synsvinkel, og balansere mellom disse. Det etniske perspektiv kan sies å åpne for akseptering av kulturelle normer og adferd, mens det etiske omfatter universelle normer og vurderinger uavhengig av kulturer.

Vurderinger av et annet lands kultur på barneomsorg og oppdragelsesformer kan ikke måles mot et annet samfunns standarder og praksis, men i forhold til dette samfunnets egne normer og regler, og med forståelse for hvorfor og hvordan denne

har utviklet seg. En forutsetning for en slik forståelse er at man har innsikt i egen kultur og har evnen til å være kritisk overfor egne verdimål. Kunnskap om at et individorientert og et kollektivorientert samfunn vil praktisere forskjellige sosialiseringprosesser gir ingen standarder, men kan kun fungere som del av et grunnlag for individuelle vurderinger hvor det hele tiden må balanseres.

Det må bygges opp kompetanse på dette i forhold til samiske barn i Nord-Norge. Her må man også se på hvilke virkninger etterkrigstidens raske kulturelle, sosiale og økonomiske endringer har hatt på forholdene i nærmiljø og mellom barn og foreldre. Studier fra andre samfunn viser at sosial disorganisering og sammenbrudd av sosiale nettverk og forvirring om oppdragelsesformer kan føre til omsorgssvikt i forhold til barn. Dette må også inngå i en samlet kompetanse.

5.9.3 Lov om barneverntjenester i forhold til samisk virkeområde

Den følgende framstilling antyder noen problemstillinger knyttet til gjennomføring av Lov om barneverntjenester i samiske områder. Samiske sosialarbeidere har pekt på endel faktorer som kan være av betydning dersom det skal tas hensyn til samiske barns kulturelle forutsetninger ved gjennomføring av loven.

Formålsbestemmelsen i lovens kapittel 1 er uttrykt i §1.1. Her heter det at man skal «sikre at barn og unge, som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid,» og man skal videre «bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.» Loven vil fremme hensynet til barns beste. Den gjelder alle som oppholder seg i landet, også barn fra andre kulturer. For å sikre trygge oppvekstvilkår med stabilitet og kontinuitet for alle barn, vil det være nødvendig å ta hensyn til faktorer som andre kulturers verdier og familiemønstre.

Ansvar for løsninger av oppgavene er lagt til tre ulike forvaltningsnivåer. Om kommunens virkeområde sier § 2. 1. at «administrasjonen skal utføre det daglige løpende arbeid, herunder gi råd og veiledning, treffe vedtak i henhold til loven, eventuelt innstille til vedtak, jfr. annet ledd, forberede saker for behandling i fylkesnemnda, samt iverksette og følge opp tiltak.» De organer som utfører oppgaver på vegne av kommunen utgjør ifølge loven kommunens barneverntjeneste.

Samiske sosialarbeidere har pekt på at for å utføre disse oppgavene i forhold til samiske klienter, er det nødvendig med både kulturell og lokal kompetanse så vel som kunnskaper i samisk språk. Spørsmål som behandlere må stille seg ut fra en kulturell tilnærming, kan f.eks. være: Hva er «normaliteten» i begreper som «skade», «nødvendig hjelp og omsorg», «trygge oppvekstvilkår», ut fra klientens kultur? Når bør barneverntjenesten gripe inn, hvilken form for råd og veiledning skal gis dersom man skal ta hensyn til verdier i kulturen som berører disse forholdene? Hvilke hensyn skal tas i utformingen av vedtak eller i innstillingene overfor nemndene?

Kulturkompetanse vil være avgjørende i forhold til inngrep i barns forståelsesverden. For barn som barneverntjenesten kommer i kontakt med, kan det være fremmed nok å forholde seg til denne tjenesten i seg selv. Hvis barnet attpåtil skal forholde seg til fremmede verdier og normer hos behandlerne, kan dette møtet bli ytterst kaotisk. Dette vil kunne være situasjonen så lenge kulturkompetanse ikke er en del av utdanningen. Det åpnes imidlertid for en mulighet for opplæring av personell i §2—1 siste ledd, hvor det heter at «kommunen har ansvaret for nødvendig opplæring av barneverntjenestens personell. Personellet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like. Kongen kan gi forskrifter om opplæring.» Det vil være svært viktig å utvikle og gjennomføre opplæring i samisk språk og kultur og i tverrkulturell kompetanse i kommuner med samisk befolkning. Dette gjelder spesielt så lenge

lenge kulturkompetanse ikke er en del av det norske utdanningssystemet, men vil gjelde uansett som del av barneverntjenestens vedlikehold og tilføring av nye kunnskaper. Når det etterhvert skjer en utvikling av kulturell kompetanse som del av barnevernets generelle kompetanse, med kunnskap bl.a. om samiske oppdragelsesmønstre og kulturelle valgsituasjoner, så må dette inngå som en del av kompetansen i samiske kommuner.

Om fylkeskommunens oppgaver sier § 2.2 at «etter anmodning fra kommunen skal fylkeskommunen bistå barneverntjenesten i kommunen med plassering av barn utenfor hjemmet. Fylkeskommunen har ansvar for rekruttering og formidling av fosterhjem, og for at fosterhjemmene får nødvendig opplæring og generell veiledning.»

Samiske sosialarbeidere peker på at det er mangel på kulturkompetanse i fylkeskommunen vedrørende plassering av barn i institusjoner og fosterhjem. De peker på at det er få egnede fosterhjem for samiske barn, og at kulturelle kriterier spiller liten eller ingen rolle ved plassering i institusjoner og fosterhjem. Når det opprettes eget samisk ungdomshjem i et samisk miljø, så må kulturkompetansen opparbeides her, slik at ikke avstanden mellom institusjonen og barnets kultur og hjemmiljø blir så skjebnesvanger. Likevel er ikke behovet dekket. Det finnes f.eks. ikke kriseplasseringsalternativ og psykiatriske tilbud innen samisk barnevern.

Når det gjelder statens oppgaver og myndighet, så går barnevernlovens § 2—3 inn på statens (fylkesmannens) oppfølgings- og tilsynsansvar i forhold til barneverntjenesteloven. Fylkesmannen skal vurdere erfaringene, samt gjennomføre retningslinjer og instruksjoner for å fremme lovens formål. Videre skal staten gjennomføre forskning på området, sørge for forsvarlig utdanning og veiledning av personell, samt sørge for utarbeiding av informasjonsmateriell.

Loven sier også at «fylkesmannen plikter å føre særlig tilsyn med barnevernsvirksomheten i de enkelte kommuner og fylkeskommuner». I dette ligger bl. a. at fylkesmannen skal sørge for at kommuner og fylkeskommuner får råd og veiledning, påse at kommuner og fylkeskommuner utfører de oppgaver de er pålagt etter denne loven, samt føre tilsyn med institusjoner etter kap. 5. Loven gir vide rammer, slik at det er mulig å gjennomføre samisk barnevern innenfor lovens rammer som omfatter utvikling av den nødvendige kulturkompetansen i stat og fylke. Det vil være viktig at utarbeidelsen av utdanningsopplegg, såvel som utprøving av nødvendige tiltak for å utvikle en kulturell kompetanse innen barnevernet er forankret på fylkesnivået, og at dette ses i sammenheng.

Lovens kapittel 3 handler om barneverntjenestens generelle oppgaver. § 3—1 sier at kommunen skal følge nøye med i de forhold barn lever under, og har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og adferdsproblemer. Det må utvikles kunnskap om hvilke kulturelle hensyn som vil være nødvendig for å praktisere loven i forhold til samiske barn på dette området. §3—1 handler videre om barneverntjenestens forebyggende virksomhet. Her sies det bl.a. at «barneverntjenesten har spesielt ansvar for å søke avdekket omsorgssvikt, adferds-, sosiale og emosjonelle problemer så tidlig at varige problemer kan unngås, og å sette tiltak i forhold til dette.» I denne sammenheng innebærer kulturkompetanse bl.a. en nærmere definisjon av disse begrepene i forhold til samisk kultur og familiemønstre, samt at fremgangsmåten i sakene må tilpasses kulturens normer og regler. §3—2 omhandler samarbeidet med andre deler av forvaltningen, både i barnevernsarbeidet og innen forebyggende virksomhet.

I §4 -3 om rett og plikt for barneverntjenesten til å foreta undersøkelser, heter det bl.a. at barneverntjenesten og engasjerte sakkyndige kan kreve samtale med barnet i enerom. I §4—4 om hjelpetiltak for barn og barnefamilier, heter det at barnevernet skal bidra med råd og veiledning til det enkelte barn. Hvis dette skal gjøres

ifølge loven og etter samiske barns beste, også for samiskspråklige barn utenfor forvaltningsområdet for Samelovens språkregler, bør det tilkalles samiskspråklig barnevernfaglig personell. Dersom det må brukes tolk, bør det være en tolk som også kan formidle kulturbestemte uttrykk og utsagn. Å tilkalle slikt personell betyr økonomiske utlegg for kommunene, som det ikke i dag er dekning for, hverken innenfor trygdeverkets rammer, eller Samelovens språkmidler.

Iverksetting av tiltak etter barnevernlovens kapittel 3 og 4, forutsetter at det ligger en kulturell kompetanse og innsikt til grunn for de vurderinger som gjøres, som man i dag bare finner sporadisk og ofte som uformell kunnskap i barnevernet. Paragrafene 4—23, 4—24, 4—25, 4—26, 4—27 og kap. 5 omhandler institusjonsplassering og fylkeskommunens ansvar for institusjoner. Den nye loven gir bedre rettsikkerhet enn den gamle for barn som flytter ut av foreldrehjemmet. Men loven gjelder ikke barn som foreldre selv velger å sende hjemmefra «på grunn av skolegang eller helse». I samiske områder må mange barn bo på internat for å gjennomføre grunnskolen. Der hjemmene ligger avsides i forhold til skolen, eller foreldrene driver med reindrift og er under flytting, etc. må barna bo på internat i perioder. Når det er foreldre som «velger» å sette barna sine på internat, så har ikke barna den samme rettssikkerheten som barn som plasseres med hjemmel i barnevernloven. Fylkeskommunen har heller ikke de krav overfor statsinternatene som det er til barneverninstitusjoner med henblikk på kvalifikasjoner, bestemmelser om tilsyn og veiledning av personalet. Barnevernloven sier at alle barn som plasseres på institusjon ut over et år, er langtidsplasseringer. Bestemmelsen er gjennomført for å sikre barna tilhørighet og stabilitet. Det må vurderes om noe kan gjøres for å dekke et tilsvarende behov hos barn som bor på internat. Samiske sosialarbeidere har pekt på at det i lovverket ikke er tatt hensyn til at internatlivet er en hverdag for mange samiske barn. De mister ikke bare nærkontakten med hjemmet, men også tilknytning til kulturen som formidles av familien og deres gjøremål. I tillegg er det ikke stilt noen krav til omsorgspersonens kvalifikasjoner eller egnethet, verken faglig eller kulturelt.

5.9.4 Samiske barns beste innenfor et Nord-Norsk kompetansesenter

Det er utvalgets oppfatning at Nord-Norsk kompetansesenter innen barnevern, som er under opprettelse i Tromsø, bør være en viktig medspiller i arbeidet med å styrke samiske barn og unges identitet.

Regionale kompetansesentra er et virkemiddel for å styrke barneverntjenstens kvalitet og kompetanse, slik dette behovet framgår bl.a. i Statsbudsjettet 1993 og Program for nasjonal utvikling av barnevernet. Nord-norsk kompetansesenter innen barnevern opprettes etter et initiativ fra Fylkesmannen i Troms i 1992. Dette ble begrunnet med barnevernets behov for kompetanseutvikling, med særtrekk ved Nord-Norge, økonomisk og kulturelt, og med de nye utfordringer som ville følge med den nye Lov om barneverntjenester fra 1993. Man ønsket en kompetanseutvikling i barnevernet blant annet gjennom en systematisk utvikling av praksis, evaluering og forskning både i forhold til organisasjon og faglig innhold.

BFD har gitt tilsagn om opprettelse av Kompetansesenteret. Fylkesmannen nedsatte et utvalg for å konkretisere kompetansesenterets organisasjon og funksjoner, bl.a. ivaretagelse av brukerbehovene, og for å utrede forholdet til andre institusjoner slik som Regionsenteret i barne- og ungdomspsykiatri i Tromsø, og helsefaghøgskoler og fagmiljøer i de nordligste fylkene.

Kompetansesenterets overordnede målsetting har blitt formulert som å bidra til utvikling av et offensivt barnevern som yter hjelp til rett tid og til barnas beste. Senterets forsknings- og utviklingsarbeid skal være bidrag til å utvikle en kunnskaps-

basert praksis. Det er pekt på at barnevern krever tett samarbeid mellom profesjoner, som bør gjenspeiles i sammensetningen av personalet ved senteret. Ifølge utredningen bør kompetansesenteret kunne bidra til å bygge bro mellom teoretisk kunnskap og praktisk arbeid.

Ut fra den faglige profil og den begrunnelse bl.a. i de kulturelle forholdene i nord som ligger bak opprettelsen av senteret, så antar utvalget at en utvikling av barnevernets kompetanse på hva som er samiske barns beste vil få en fremtredende plass i kompetansesenterets arbeid. Det er behov bl.a. for en klarhet rundt de verdier som formidles i barnevernarbeidet, og et arbeid rundt hvordan man skal ivareta samebarnas etniske og kulturelle identitet i barnevernet. Det må også vurderes behov for endringer i regelverk eller forskrifter, eller en ren tillempling av det som til nå de fleste steder har vært barnevernets praksis. En slik tillempling vil bl.a. kunne være resultatet av en utvikling av kompetanse innen tverrkulturell kommunikasjon i barnevernet.

Det må etter utvalgets oppfatning være et mål å innarbeide kunnskap om samiske samfunn og deres oppdragsformer, såvel som kunnskap om samiske samfunnsforhold og barns oppdragsmønstre, samt mål og verdier i den samiske oppdragelsen, som en selvfølgelig del av barnevernets kulturelle kompetanse.

Kompetansesenterets arbeidsområder er formulert som arbeid med veiledning og undervisning og forsknings- og utredningsarbeid. Man har tenkt at arbeidet med veiledning og undervisning skal skje som utviklingsprosjekter på kommunal- og fylkesnivå. Det er særlig tenkt veiledning i forhold til prosjekter og utvikling av barnevernfaglig metodikk av betydning for fagfeltet og for regionen, og metoder for evaluering og kvalitetssikring. Innen forsknings- og utviklingsarbeid ser man et klart behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget i barnevernet. Man har også tenkt å foreta vurderinger av effekter av barnevernets tiltak, og evaluering av bruk av statlige virkemidler i barnevernet.

Utvalget har merket seg at kompetansesenteret ser det som sin oppgave å drive et forsknings- og utredningsarbeid rettet mot landsdelens spesielle utfordringer, herunder forskning rundt barnevernets kunnskaps- og verdigrunnlag, og studier av tiltaksapparatets funksjonsmåte. Utvalget forventer at dette arbeidet innebærer å skape klarhet rundt de kulturelle verdier som formidles i barnevernarbeidet, og en utvikling av kompetanse innen tverrkulturell kommunikasjon som kan bidra til å ivareta samebarnas etniske og kulturelle identitet. Hensynet til samebarna vil også ivaretas gjennom en realisering av Kompetansesenterets målsetting om en oversikt over behovene for kunnskapsutvikling som basis for forslag til videreutdanningstilbud.

I tråd med målsettingen om å utvikle en faglig oppbygging av kompetansesenteret som gjenspeiler landsdelens kulturelle mangfold, bør de samiske aspekter inngå i utviklingen av senterets arbeidsområder og funksjoner fra grunnen av.

Både samiske og norske barns oppvekstmiljøer berøres av de kulturelle spenninger såvel som det kulturelle mangfold som finnes i lokalsamfunnene i nord. Det vil derfor bli meningsløst å se dette som et «samisk problem». Tverrkulturell kunnskap må derfor inngå i en helhetlig kompetanse om barns oppvekst i nord. Dette må gjøres gjennom forsknings- og utviklingsprosjekter, kompetanseoppbygging og teoriutvikling med sikte på å møte de kulturelle utfordringer i barnevernet.

Utvalget mener at det må utvikles en kompetanse som kan gi grunnlag for en utvikling som fanger opp de kulturelle utfordringene i barnevernets praktiske arbeid. Dette må bl.a. sikres gjennom de foreslåtte tiltak som etterutdanning for de som jobber med barnevern, faglig oppfølging, utvikling av undervisningsopplegg, osv., for å tilføre den nødvendige kunnskap. Utvikling av prosjekt for å utvikle eller kartlegge former for forebyggende barnevern som ivaretar hensynet til samebarnas

beste, og som møter de forskjellige kulturelle utfordringene i barnevernet bør pågå i flere samiske kommuner, og samordnes av Kompetansesenteret i Tromsø, eventuelt i samarbeid med Barnevernets Utviklingscenter, Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri i Tromsø, eller andre aktuelle fagmiljøer. Den transkulturelle kunnskap som fagmiljøene i Karasjok har opparbeidet, bør være en naturlig del av dette.

Et langsiktig mål, som bør foregå i takt med prosjekter og kompetanseoppbygging, må være å utvikle teoridannelsen innen barnevernet slik at den i større grad gjelder for arbeid i forhold til mennesker fra flere kulturer.

Som følge av dette bør en av stillingene ved senteret i Tromsø også omfatte samisk språk- og kulturkompetanse, enten som forutsetning ved ansettelse, eller som binding til utdanning og kompetanseutvikling. Det bør knyttes til stillingens arbeidsoppgaver å ivareta det samiske aspektet ved veiledning og undervisning, forskning og utviklingsarbeid, kunnskapsformidling og informasjonsarbeid, og å utvikle den nødvendige transkulturelle kompetanse.

Det må sikres en tverrfaglighet og erfaringer fra barnevernfeltet som også omfatter samisk virkelighet når kompetansekrav og stillingsrammer skal bestemmes. I en utbygging av senteret bør kompetanse rekrutteres inn fra grunnen av. Målet om å innarbeide og utvikle samiske aspekter og tverrfaglig kompetanse må nås uten at man går ned på krav om formell kompetanse og realkompetanse. Utvalget antar at dette er i tråd med målet om en organisasjonsmodell som ivaretar aktuelle brukerbehov, og med ønsket om at kompetansesenteret skal representere en ny dimensjon i forhold til praktisk barnevernarbeid. Det bør kunne defineres felles prosjekter mellom forskjellige samarbeidspartnere ut fra et samisk perspektiv.

Det er foreslått (jan. -94) representasjon fra Sametinget i prosjektstyret for Kompetansesenteret. Utvalget ser dette som en konsekvens av behovet for å sikre en kunnskapsutvikling som kan danne basis for en forsvarlig barnevernfaglig praksis i forhold til samiske barn og unge og deres familier. Det vil også gi positive signaler til de som arbeider i praksis med å ivareta hensynene til samiske barn innen barnevernet. En slik representasjon bør kunne sikre kontakt med de fagmiljøer som er nødvendige i oppbyggingen av den kulturelle kompetanse, f.eks. Regionsenteret for Barne- og ungdomspsykiatri i Tromsø, og utvikle et felles handlingsområde mellom disse fagmiljøene. Nord-Norge-programmet for utvikling av spesialpedagogisk kompetanse vil også være en samarbeidspartner. Samiske hensyn må trekkes inn i vurderinger av hospiteringer, prosjekttilknytninger, stipendiat-stillinger og oppdragsforskning, både med henblikk på utviklingen av mer teoretisk kunnskap, og på prosjekter som skal anvendes av praksisfeltet.

Utvalget er helt enig når Troms fylkes utredning slår fast at et Nordnorsk kompetansesenter innen barnevern både organisatorisk og innholdsmessig bør ivareta den samiske befolknings interesser, og bidra til utviklingen av det samiske barnevernet. Utvalget mener at dette først og fremst må gjøres gjennom prosjekter og kompetanseoppbygging ved senteret i Tromsø, og at det ikke kun kan ivaretas ved å legge en stilling til Karasjok, knyttet til Samisk Ungdomshjem, utenom kompetansesenterets ordinære rammer, slik utredningen foreslår. De erfaringer innen transkulturell kompetanse som er utviklet i Karasjok utgjør en ressurs som absolutt bør tilføres kompetansesenteret. Dette kan skje i form av «knoppskyting», med egne stillinger, prosjektsamarbeid, hospitering, eller på annen måte. Hensynet til samiske barns beste må imidlertid være en del av senterets faglige profil, og innarbeides i senterets arbeidsområder og funksjoner etter som disse utvikles.

Kompetansesenteret må både selv bygge opp og knytte til seg den kompetanse som er nødvendig i utviklingen av et barnevern som tilgodeser samiske barn og unge og deres familier på en forsvarlig måte. Det må utvikles et faglig samarbeid og et

nettverk som omfatter samiske ressurspersoner og miljøer i hele Nord-Norge. En særskilt oppgave bør også være å fange opp samiske ressurspersoner i fylker og kommuner, slik at man kan synliggjøre deres erfaringer, og la dem inngå i en videre utvikling av barnevernet i samiske områder. Likeledes bør det utvikles samarbeid med fylkeskommuner og kommuner med samisk befolkning. Dette er viktig også fordi ny lov om barneverntjenester gir kommunen større valgfrihet med organiseringen av barneverntjenestene i kommunene.

5.10 SAMISKE BARNES BESTE I KOMMUNAL PLANLEGGING

Det nasjonale utviklingsprogrammet for barnevernet for 1993 tilkjennega som overordnet målsetting et offensivt barnevern som yter hjelp til rett tid til barnas beste (Rundskriv Q-4/92 15.12.92). I et forebyggingsperspektiv er ett av delmålene i programmet å bygge opp tiltaksapparatet slik at hjelpen kan settes inn så tidlig som mulig overfor barn, unge og deres familier. Dette arbeidet angår alle som har primærkontakt med barn og unge, slik som PP-tjenesten, barnehager, helsestasjoner, etc. Program mål 5, tiltaksarbeidet, sier at kommunene skal utarbeide forpliktende planer for forebyggende tiltak, bl.a. med sikte på at flest mulig barn og foreldre fortsatt kan være sammen. Her understreker Barne- og familiedepartementet betydningen av å utvikle tiltak for å forebygge omsorgsovertakelse. Dette innebærer bl.a. utviklingen av varierte tiltak til barn og unge og deres familier, samarbeid på tvers av sektorer og etater m.m. Planen skal kartlegge eksisterende tiltak, beskrive målgrupper og organisering av tiltakene, den skal inneholde vurderinger av tiltakenes effekt, av behovene for nye tiltak, eller revidering av eksisterende tiltak. Tiltakene skal også konkretiseres i forhold til målgruppe og resultater. Planenes omfang må variere mellom de forskjellige kommuner.

Formålet er at tiltakene skal kunne settes inn på et tidlig tidspunkt, slik at omfattende barneverntjenester eller omsorgsovertakelser kan forebygges. Her må forskjellige sektorer utenom barnevernet trekkes inn. Dette er i tråd med kapittel 3 i barnevernloven. I §3—2 heter det bl.a. at barns interesser også skal ivaretas av andre offentlige organer og at det skal samarbeides om løsning av pålagte oppgaver i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomheten.

I St. meld. nr. 37 (1992 -93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, foreslår Sosial- og helsedepartementet reduksjon av psykososiale problemer som et av innsatsområdene i den kommende ti-årsperioden. Med psykososiale problemer menes bl.a. isolasjonsproblemer, rusproblemer, selvmordsforsøk, stress og belastninger i skole og arbeidsliv. Det man har av kunnskap om sosiale og psykososiale problemer blant barn og unge i samiske områder, tilsier at disse for en stor del henger sammen med en oppvekst i spenningsfeltet mellom det norske og det samiske samfunnet, og at psykososiale og sammensatte helsemessige problemer i stor grad rammer barn og unge som ikke føler tilhørighet i noen kultur, og som «faller mellom to kulturelle stoler».

Sosial- og helsedepartementets melding peker på at innsatsområdene som sådan ikke er ivaretatt av sentrale statlige institusjoner, at årsaksforholdene er sammensatte, og at innsatsen må settes inn på mange sektorer og forvaltningsnivåer. Hvilke behov det vil være for identitetsstyrkende tiltak for samiske barn og unge, vil variere mellom de forskjellige samiske områder. Tiltakene må omfatte flere etater, og knyttes til virksomhet i eller til utbygging av samiske barnehager, skoler, fritidsordninger og kulturelle aktiviteter etc. De forskjellige kommuner må finne fram til tiltak som passer i sitt område.

Rikspolitiske retningslinjer for å ivareta barn og unges interesser i planleggingen (RPR) er vedtatt med virkning fra september 1989. Retningslinjene har som

formål å synliggjøre og styrke barn og unges interesser i all planlegging, saksbehandling og vedtak etter plan- og bygningsloven. Et stort antall kommuner har gjennom flere år drevet barne- og ungdomsplanlegging. Det kan utarbeides arealplan og handlingsprogram for del av kommunen, og handlingsprogram for bestemte virksomhetsområder. Slike kommunedelplaner skal gis forberedelse og saksbehandling i samsvar med bestemmelsene om kommuneplaner.

Ved planleggingen etter plan- og bygningsloven skal det spesielt legges til rette for å sikre barn gode oppvekstvilkår. De rikspolitiske retningslinjene setter krav til den kommunale planleggingsprosessen. Kommunene skal foreta en samlet vurdering av barn og unges oppvekstmiljø for å innarbeide mål og tiltak i kommuneplanarbeidet (RPR 4b). Det er satt nasjonale mål for barn og unges oppvekstmiljø i RPR:

1a Sikre et oppvekstmiljø som gir barn og unge trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og som har de fysiske, sosiale og kulturelle kvaliteter som til enhver tid er i samsvar med eksisterende kunnskap om barn og unges behov.

1b Ivareta det offentlige ansvaret for å sikre barn og unge de tilbud og muligheter som samlet kan gi den enkelte utfordringer og en meningsfylt oppvekst uansett bosted og sosial og kulturell bakgrunn.

De rikspolitiske retningslinjene stiller ikke særskilte krav til kommunene om innarbeiding av samiske barn og unges behov i planleggingen, selv om det ligger i målene at tiltak for samiske barn og unge må inngå som en del av den samlede vurderingen av oppvekstmiljøet i kommuner med samisk befolkning.

Kommunen skal organisere planarbeidet, slik at synspunkter som gjelder barn og unge som berørt part kommer klart fram, og at ulike grupper barn og unge selv kan gis anledning til å delta.

Et eksempel på barn og unges deltakelse i kommunal planlegging er Tana barne- og ungdomsråd (TABUR). TABUR er sammensatt av elevrådsrepresentanter fra grunnskoler og videregående skoler. TABUR får alle saker som skal behandles i politisk utvalg til uttalelse før den politiske behandlingen. De kan delta i møtene i utvalgene. De kan også fremme egne forslag. Dette har f.eks. resultert i at TABUR har foreslått og vedtak er fattet i kommunestyret at alle grunnskoleelevene i kommunen skal ha undervisning i samisk språk. TABUR har også engasjert seg i arbeidet med utarbeidelse av barne- og ungdomsplan i kommunen, som skal rullere hvert år i forbindelse med budsjettarbeidet. Det er sendt ut arbeidsbøker til barn og unge og andre som er involvert og interessert i barne- og ungdomsarbeidet. I arbeidsbøkene kan alle komme med forslag knyttet til teamene: Ulike bygder- og oppvekstmiljø? Barnehager og skolefritidsordninger. Skolen og nærmiljøet, lekeplasser, trafikk/trafikkssikkerhet, forebyggende helsearbeid.

«RPR pkt 3: Miljøverndepartementet har overordnet ansvar for generell oppfølging, utvikling og veiledning i forhold til disse retningslinjene. Ansvaret skal utøves i nært samarbeid med andre berørte departementer. fylkeskommunen skal, i samråd med fylkesmannen, så langt det er mulig å veilede og gi kommunene nødvendig støtte til å sikre barn og unges interesser i kommunens planarbeid i henhold til pkt. 4 og 5 i disse retningslinjene. Fylkeskommunen og fylkesmannen skal, der det er nødvendig for å ivareta formålet med pkt. 5 (krav til fysisk utforming), gi uttalelse og eventuelt fremsette innsigelser til kommuneplan og reguleringsplan/bebyggelsesplan. Fylkesmannen skal ved utøvelsen av sin virksomhet etter plan- og bygningsloven påse at kravene til behandling i pkt. 4 (krav til den kommunale planleggingsprosessen) er tilstrekkelig ivaretatt.»

Forskjellige indikatorer på positiv helse har ligget til grunn for samfunnsplanlegging og praktisk politikk innen helse- og sosialsektoren både på sentralt statlig og kommunalt nivå. Det har hovedsakelig dreid seg om måling av subjektiv livs-

kvalitet basert på rapportering og spørreundersøkelser. Den best utbygde tradisjonen har vært sosial rapportering. Det har gjerne skjedd som samling av data i forskjellige slags rapporter. Det dreier seg om statistiske publikasjoner, utvikling av levekårsindekser hentet fra levekårsundersøkelser og helseundersøkelser, etc. Foreløpig ligger det få eller ingen etniske variabler inne i slikt materiale, og det er ikke undersøkt spesielle forhold med sikte på betingelser for etnisk identitetsforvaltning, eller vurdert relevante metoder for slikt arbeid.

5.11 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

De raske samfunnsmessige endringer som har funnet sted i samiske områder, og den spesielle oppvekstsituasjonen som kan innebære kulturelle spenninger og identitetsmessige valg i forhold hjem, skole og nærmiljø for samiske barn, setter samiske barn i en situasjon med hensyn til valg av språk og kultur som majoritetsbefolkningens barn ikke opplever. Med i bildet hører skolens historie som fremmed for samisk kultur, tendenser til lav skolemotivasjon hos barna, etc. Både foreldregenerasjonen og barna har opplevd virkningene av et nærmiljø med usikkerhet i forhold til identitet og med manglende kulturell kontinuitet. Dette kan skape utrygghet og vanskeligheter for barna, det kan gi problemer med eget voksenliv, og i verste fall kan det slå ut i form av alkoholmisbruk og vold.

Dersom samisk kultur er lite synlig og tilgjengelig i familieliv, oppvekstinstitusjoner og nærmiljø, er det vanskelig å utvikle en samisk identitet. Fram til ganske nylig har et gjennomgående trekk ved samiske barns oppvekstkår vært vanskelighetene med å velge og holde fast på sin egen samiske kultur i forhold til majoritets-samfunnets. Dette er nå iferd med å endre seg. Etterhvert har man sett nødvendigheten av tiltak for alle aldersgrupper av barn og ungdom, for å nå målet om å trygge og styrke samiske barn og unges identitet. Man har sett at påvirkning fra storsamfunnets kultur må møtes gjennom hele oppveksten med tiltak med innhold for samisk kultur. Dette kan gjøres gjennom de institusjonene som har ansvaret for barn og unge. Bruk av samisk kultur og språk knyttet til institusjoner gir samtidig en aksept som påvirker miljøet omkring.

Hovedmål 1: En oppvekst med to språk og to kulturer — en berikelse for samiske barn og unge

Samiske barn vokser i dag opp som medlemmer av en etnisk og en kulturell minoritet i Norge. Vi er i en situasjon hvor Samelovens formålsparagraf og bestemmelsen i Grunnlovens §110 A, såvel som flere internasjonale konvensjoner og instrumenter, tilsier at den samiske kulturen skal sikres, videreutvikles og videreføres til de kommende generasjoner. Det innebærer også at samiske barn må kunne sikres en oppvekst i et samisk miljø. Det gjør seg også stadig sterkere gjeldende en generell erkjennelse av ansvaret for samene som Norges urbefolkning og minoritet, og av nødvendigheten av å verne og videreføre samekulturen som en viktig del av det kulturelle mangfoldet i Norge.

Et hovedmål for de deler av barnepolitikken, samepolitikken og helse- og sosialpolitikken som berører barn av den samiske minoritet, må derfor være å legge til rette for en oppvekst hvor to språk og to kulturer kan være en berikelse for barna. I dette ligger at den samiske minoritetskulturen må styrkes i møtet med storsamfunnets kultur, og at det må settes inn tiltak på de forskjellige oppvekstarenaer, slik at samebarna kan utvikle en trygghet og en glede i forhold til sin egen kultur. Da kan de to kulturer oppleves likeverdige, og foreldre og barn vil ha et annet grunnlag for valg av kulturell tilhørighet. Det må legges til rette for en stabil identitetsutvikling

som kan danne grunnlag for trygghet og fellesskap hos barna, og en bevissthet som motvirker verken — eller kategoriseringer, slik at man kan godtas som tokulturell både i samiske og norske sammenhenger, uten å «falle mellom to kulturelle stoler».

Samiske barnehager og skoler er inne i en god utvikling som arenaer for etnisk identitetsforvaltning hos samiske barn og unge. Det ligger også interessante muligheter i de relativt nye skolefritidsordningene. Den utviklingen som har skjedd innen skoler og barnehager, er for en vesentlig del drevet fram av samiske institusjoner og enkeltpersoner i løpet av de siste 30 årene, ofte i ganske hard motvind. Hovedtyngden av tiltak må nå bestå i å forsere det som gjøres, bygge videre på erfaringer, og spre dem til større deler av de samiske bosettingsområder, og til andre sektorer som samiske barn og unge kommer i kontakt med. Det må skje en utvikling hvor kunnskaper om samebarns oppvekstkår og om grunnlaget for en positiv samisk identitetsforvaltning blir en del av kompetansen i helse- og sosialsektoren. Det gjelder kanskje i første rekke på områdene forebygging og rehabilitering, hvor barnehage og skole er sentrale samarbeidspartnere for helse- og sosialsektoren. En felles problemforståelse vil lette dette samarbeidet, og bidra til at de forskjellige sektorer og etater i større grad kan fungere etter hensikten i forhold til samiske barn og unge.

Delmål 1: Styrke barnas samiske identitet ved å fremme bruken av samisk språk og ved å formidle samisk kultur og levesett i barnehagen.

Man har nå en tid høstet erfaringer med barnehager som bygger på samisk språk og kultur, slik det er referert tidligere i dette kapitlet. Barnehager som formidler samisk kultur og levesett innebærer at man har tilsvarende tilbud til samiske og norske barn om formidling av eget språk og egen kultur i barnehagene. Det er imidlertid ikke alle samiske barn som har en slik mulighet.

Den samiske barnehagen er av spesiell betydning for samiske barn og foreldre og for det samiske samfunnet som arena for formidling av samisk språk og kultur. Den samiske kulturen er en minoritetskultur hvor man må forholde seg til virkningene av samfunnsmessige omveltninger og mange former for påvirkning fra det omkringliggende samfunn, slik som påvirkning gjennom media, etc. Barna vokser ofte opp i spredtbygde områder, eller i områder der det bare bor enkelte samiske familier i et ellers norsk miljø. Mange barn har foreldre som er «avlært» samisk språk og kultur i en periode preget av fornorskningsspolitikk, men som fortsatt har ønske om å videreføre dette til sine barn.

Ut fra et identitetsstyringsperspektiv, skal barnehagene dekke mange behov, og ha forskjellige funksjoner. Barns identifikasjon med norsk eller samisk kultur henger sammen med hvilket forhold foreldrene og familien har til sin kulturelle bakgrunn. Mange samiske barn vokser opp med en følelse av trygghet i egen kultur, enten som fullstendig tospråklige i samisk og norsk språk, eller med samisk som morsmål og som utgangspunkt for innlæring av norsk språk og kultur. Dette vil være barn som beveger seg lett i samiske såvel som i norske miljøer, og som har relativt få problemer i møtet med storsamfunnet, det norske utdanningssystemet og yrkeslivet.

Vel så vanlig er det nok imidlertid at barna opplever at de må velge en identitet og en sosial og kulturell tilhørighet. Når barn vokser opp i hjem der foreldrene selv har opplevd usikkerhet i forhold til sin samiske bakgrunn, og hvor de i større eller mindre grad har valgt å gi avkall på språk, kultur og etnisk tilhørighet, må man anta at barna sosialiseres til dette og overtar disse holdningene fra foreldrene. Det kan foregå en større eller mindre grad av identifisering med norsk kultur. Det er disse prosessene som vil avhenge av de verdier som formidles av barnehagen og skolen og det omkringliggende samfunn.

Til tross for en god utvikling ligger det store utfordringer for samiske barnehager og skoler, som fortsatt er i støpeskjeen. Det vil være viktig for sentrale myndigheter å forestå en oppsummering av erfaringene med de samiske barnehagene, for å legge til rette for at dette arbeidet både skal kunne forseres og utvikles videre.

Tiltak 1: Et lovfestet grunnlag for samiske barnehager

I tråd med at grunnlovens paragraf 110A og Sameloven angir et positivt samepolitisk grunnsyn for at samisk språk og kultur skal sikres og utvikles, har samiske elever i grunnskolen nå fått fastslått visse språklige og kulturelle rettigheter i medhold av grunnskoleloven. Barnehageloven inneholder foreløpig ingen slike bestemmelser. De samiske barna er ikke eksplisitt nevnt, og loven gir rom for forskjellige tolkninger og ulik praktisering. Formålsparagrafen inneholder en generell bestemmelse om at loven skal sikre barna gode utviklings- og aktivitetsmuligheter i nær forståelse og samarbeid med barnas hjem. Også forskriftene til barnehageloven og retningslinjene om praktisering av barnehagens formålsbestemmelser inneholder bestemmelser som er av mer generell art. Her heter det at driftsformer og virksomhet skal tilpasses lokale forhold og behov, og at lokalt språk og lokal kultur må sette sitt preg på virksomheten. Regelverket inneholder bestemmelser som kan tolkes slik at de også kan brukes som grunnlag for å opprette barnehager med et samisk innhold. Loven åpner for forskjellige tolkninger. Ansvaret for å sikre samiske barn et likeverdig barnehagetilbud på linje med norske barn, er ikke klart fastslått. For eksempel er ikke retten til å bruke morsmålet entydig sikret, verken i loven eller andre offisielle retningslinjer. Utvalget er ikke kjent med om Barnekonvensjonen, som er ratifisert av Norge, og bl.a. tilsier at barn av urbefolkninger ikke skal nektes retten til å bruke sitt språk, er vurdert i denne sammenheng.

Til tross for at barnehageloven er uklar med hensyn til å sikre samiske barn disse rettighetene, heter det i mandatet for den nasjonale rammeplan for barnehagen, at rammeplanen skal skape kontinuitet mellom barnehage og skole. Ifølge den nasjonale rammeplanen for barnehagen sikres en slik kontinuitet ved at det samme verdigrunnlag er lovfestet for barnehage og skole. Når det gjelder samiske barn, er ikke et samisk grunnlag lovfestet for barnehagen som for grunnskolen. For å unngå at kommuner og private eiere av barnehager tolker og praktiserer barnehageloven ulikt, har Samisk kulturutvalg i NOU 1987:34 foreslått følgende tilføyelse til barnehagelovens paragraf 4, fjerde ledd: «Førskoletilbud for samiske barn skal være tilpasset deres språk og kultur.» Sametinget foreslår i sitt forslag til et samisk tillegg til rammeplanen for barnehager at denne bestemmelsen tilføyes i barnehageloven. Sametinget peker på at en slik bestemmelse sikrer samiske barn rett til å få et barnehagetilbud som er i samsvar med deres språk og kultur, uansett bosted, og uansett type barnehage.

Sametinget legger i tilleggsutredningen til «rammeplan for barnehagen» følgende definisjon til grunn for hva en samisk barnehage er: «En samisk barnehage er en barnehage der barna i barnehagen har samisk bakgrunn eller er samer. Barnehagen har som formål å styrke barnas identitet som samer ved å fremme bruken av samisk språk og ved å formidle samisk kultur. Barnehagen ledes av samisk pedagogisk personale.» Sametinget har også laget forslag til et felles grunnlag for den samiske barnehagens virksomhet.

Sametinget foreslår således at Barne- og familiedepartementet foreslår en endring i barnehagelovens §4, slik at det kan lovfestes et eget grunnlag for samiske barnehager. I forslag til ny lov om barnehager (Ot.prp.nr.68(1993—94)) foreslår departementet følgende bestemmelse i lovforslagets §7 om kommunens ansvar: «Barnehager for samiske barn i samiske distrikt skal bygge på samisk språk og kul-

tur.» Departementet foreslår også lovfestet at departementet kan fastsette en rammeplan for barnehagens innhold. Departementet sier i proposisjonen at barnehageutvalgets innstilling og Sametingets innstilling vil bli lagt til grunn for ferdigstilling av den endelige rammeplanen. Proposisjonen er nå (des. 1994) i Stortinget til behandling. Utvalget anser slik lovfesting for å være et viktig skritt på veien til å sikre samiske barn språklige og kulturelle rettigheter i barnehagen.

Tiltak 2: Samle og formidle erfaringer fra arbeidet med revitalisering av samisk språk og kultur i barnehagen, og spore til ytterligere utvikling på dette området

I tillegg til det ordinære statlige driftstilskuddet til barnehager, får samiske barnehager et særskilt tilskudd. Tilskuddsordningen justeres fra 1995 ved at kravet om at samisk skal være hovedspråket i barnehagen faller bort, og tilskuddssatsen økes noe. Barne- og familiedepartementet mener at tilskuddsordningen hittil ikke har vært god nok i forhold til barnehager som ønsker å revitalisere samisk språk.

Utvalget mener at det nå må være tid for at man på departementsnivå starter et systematisk arbeid med å samle erfaringer fra arbeidet med revitalisering av samisk språk og kultur i barnehagen, for å spore til ytterligere utvikling på dette området. Erfaringene må nedfelles og formidles slik at dette kan være en spore til å forsere arbeidet med å utvikle de samiske barnehagene. Fylkesmannens sosial- og familieavdeling, og Samisk Utdanningsråd bør være sentrale i dette arbeidet.

Tiltak 3: Utvikling av pedagogisk materiell og veiledning for å fremme et samisk innhold i samiske barnehager

Sametinget viser i sin tilleggsutredning til at de samiske barnehagene i dag sliter med flere problemer. Det er mangel på pedagogisk materiell utarbeidet og beregnet for samiske barnehager. Barnehagepersonalet forsøker å lage materiell til eget bruk, men dette er ikke organisert slik at det kan komme alle barnehager til gode. Det er behov for en styrking av arbeidet med å utarbeide pedagogisk materiell beregnet på samiske barnehager, og for en styrking av pedagogisk veilednings- og utviklingsarbeid. Fra 1994 er Samisk utdanningsråd styrket med en stilling for bedre å ivareta utdanningsrådets barnehagefaglige funksjoner. Et problem er også mangel på samisk pedagogisk utdannet personale, og personale med utdanning og kjennskap til samisk språk, kulturhistorie og samfunnsliv. Mangel på kvalifisert personell gjør at mange samiske barnehager ikke har ansatt førskolelærere verken i styrer eller avdelingslederstillinger, noe som medfører at flere barnehager drives etter dispensasjon. I tillegg til at barnehagene mangler utdannede førskolelærere, er det også en stor del av samisk barnehagepersonell som ikke har tilstrekkelig kjennskap til samiske samfunnsforhold og kulturkunnskap, slik at dette kan videreformidles til barna. Heller ikke alle har tilstrekkelig kunnskaper i samisk språk.

Barne- og familiedepartementet bør sørge for at det skjer en styrking av arbeidet med utvikling av pedagogisk materiell og veiledning i samiske barnehager, og at dette arbeidet finner en hensiktsmessig form. Utvalget antar at slikt arbeid bør drives som lokalt utviklingsarbeid, og at det bør drives av fylkesmennene og Samisk Utdanningsråd i samarbeid og samråd med Barne- og familiedepartementet.

Delmål 2: En skole som formidler og utvikler det språk, de verdier, den kultur og den historie som samiske barn og unge skal fungere i forhold til

De dårlige prestasjoner som elever i grunnskolen i Finnmark tidligere hadde i sentrale skolefag, har blitt tolket som at skolen ikke klarte sin oppgave i forhold til disse elevene. Dette er blitt forklart med at skolen var et fremmedelement med urbant, sørnorsk innhold, som ikke bygde på foreldrenes kulturelle og yrkesmessige tilhørighet som undervisningsforutsetninger. For elevene var det en diskrepans mellom skolens undervisning og realitetene i det samfunnet de levde i. Elevene tok avstand fra skolegang generelt i form av manglende motivasjon og dårlige resultater. Mange ble lite istand til å mestre sin voksne tilværelse både i forhold til å ta formell utdanning, og i forhold til de kunnskaper og ferdigheter som var av betydning for livet i de samiske lokalsamfunn. Det fikk vanskeligheter med å hevde seg og å tilegne seg status både i norsk og samisk sammenheng.

Det er slike forhold vi i dag har anledning til å rette på ved en omfattende kompetanseutvikling, funksjonell tospråkighet hos samiske barn, og ved utviklingen av et samisk innhold i skolen. Innføringen av samisk som 1.språk, og de prosesser som skal ha til formål å likestille samisk og norsk språk i samfunnet, skulle tilsi en prosess hvor skole og samfunn kommer mer i «balanse».

Samisk er forholdsvis nytt som eget fag i grunnskolen i Norge. Morsmålsundervisningen startet i 1967, i 1985 ga skoleloven mulighet for undervisning på samisk, i 1987 ble egne samiske fagplaner innført, og i 1990 fikk vi Samelovens språkregler som omfattet 6 kommuner. De øvrige kommuner er fremdeles omfattet av det lovverket som eksisterte før innføringen av språkreglene. Grunnskoleloven har noen endringer, bl.a. at samisk kan gjøres obligatorisk. Grunnskoleloven forholder seg til hele landet, ikke bare til forvaltningsområdet. Spørsmålet er hvordan dette skal kunne realiseres.

Det er i den senere tid satt søkelys på samiskopplæringen utenfor forvaltningsområdet for Samelovens språkregler. Det er fokusert på at barn i disse områdene kan få et dårligere tilbud etter at språkreglene er innført. Kommunene kan komme til å føle seg mindre forpliktet overfor sin samiske befolkning, da det ikke er definert hva som er samiske områder, og dette i en viss forstand er opp til kommunene selv.

Elevers rett til opplæring i og på samisk i kommunene som ikke er omfattet av den samiske språkloven er hjemlet i Lov om grunnskolen av 13. juni 1969 nr. 24, med endringer av 4. mai 1990, nr.10 I §40, «Målet i skolen». Pkt. 7 lyder: «Barn i samiske distrikt har rett til å få opplæring i eller på samisk på barnesteget.» «Departementet fastsette regler om elevtalet, og avgjør kva som kan reknast for samiske distrikt». Det er som regel blitt fulgt en praksis med at minst 3 elever kan kreve samiskopplæring. Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet oppgir at de følger en liberal praktisering av «samiske distrikt». Mønsterplanen 1987 sier at undervisning i samisk som andrespråk skal ta sikte på å lære elevene å forstå og bli forstått på samisk, og å kunne bruke samisk godt som andre språk. Undervisningen skal gi grunnlag for videregående opplæring på samisk.

Elever som bor i kommuner innen forvaltningsområdet for samelovens språkregler av 1.1.1992 er omfattet av loven som gir formell likestilling av samisk og norsk i den offentlige sektor. Den enkelte kommune kan vedta plikt til samiskopplæring, og da er alle elever sikret rett til opplæring i og på samisk. Grunnlovens §110A som ble vedtatt i 1988 sier at myndighetene skal legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe kan sikre og utvikle samisk språk, kultur og samfunnsliv. Det samme sier Samelovens formålsparagraf. Det kan være på tide med en vurdering av i hvilken grad lover, regler og målsettinger er satt ut i livet for å sikre dette. Innen skolen kan dette gjøres på flere måter. Det kan være behov for å

informere om tilbud og rettigheter som finnes til foreldre. Det bør også legges til rette for læreplanforskning og skolevurdering for å finne fram til virkninger av planer og lover. Her må man bruke de erfaringer lærere i samiske områder har. Dette må være å foretrekke framfor å legge metoder fra fremmedspråkundervisningen til grunn for undervisning av samisk som andrespråk, slik det antydes i M-87. Man har etterhvert en lang praksis med samiskundervisning, som kan gi grunn for utvikling av læremidler, for utviklingen av et samisk innhold i skolen, og av forskningen.

Fra samisk synspunkt er ønsket om en samisk skole blitt uttrykt slik: «For samene er det et mål at deres kulturarv skal være fundamentet for skolen for de samiske barna, og ikke bare fragmenter i pensum, og at retten til å få gå i en samisk skole må gis til barnet og være uavhengig av hvor de bor». Utdanningen skal bidra til at samisk identitet utvikles og styrkes, og det skal legges vekt på samiske tradisjoner, miljøvern og mellomfolkelig fredsarbeid. Elevene skal gjennom oppdragelse og utdanning tilegne seg samisk kulturarv og alminnelige etiske verdier.

En definisjon av en samisk skole er gitt i utredningen om samisk kultur og utdanning hvor det heter at: «En skole som bevisst satser på å gi elevene del i samisk språk og kulturtradisjoner, må ut fra dette betraktes som en samisk skole.» (NOU 1985:14 Samisk kultur og utdanning, s. 208). En samisk skole skal utfra en slik forståelse være en skole som er utformet med basis i, av og for det samiske samfunnet.

Det må fortsatt arbeides for å realisere en en samisk skole som bevisst satser på å gi elevene del i samisk språk og kulturtradisjoner, med basis i det samiske samfunnet. Forsøks- og utviklingsarbeid for samiske barn og unge må prioriteres med sikte på dette. Målsettingen må være en skole som tar utgangspunkt i behovene hos samiske barn og unge, og som ivaretar formidlingen av samisk språk og kultur på samenes egne premisser. Slik vil man kunne arbeide for å sikre utviklingen av de samiske barnas kulturelle identitet, samtidig som man oppnår å ivareta intensjonene i Grunnskolelovens §110A og i Sameloven, om å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunns- liv.

Tiltak 1: En samlet oppsummering av erfaringer med prosjekter og strategier for språkutvikling i skolen

Dette kapitlet gir en pekepinn om de forskjellige typer språkutviklingsprosjekter som gjennomføres i skoler og barnehager med samiske barn og unge. De fungerer på forskjellige måter språklig og identitetsmessig styrkende for samiske barn og unge. Det er utvalgets oppfatning at Barne- og familiedepartementet og Kirke-, utdannings-, og forskningsdepartementet i fellesskap bør forestå en oppsummering av de erfaringer man har med de forskjellige prosjekter for språkutvikling i barnehager og skoler. Det må være en del av den kompetanseoppbygging om samiske barn og unge som må skje også i sentraladministrasjonen.

Det må i denne sammenheng tas hensyn til at forskjellige typer tiltak og prosjekter har fungert forskjellig i forhold til de forskjellige grupper samiske barn og unge. En oppsummering av erfaringer må ligge til grunn for departementenes politikk i forhold til samiske barn og unge. Staten har nå både nasjonale og internasjonale forpliktelser til å fremme samisk språk og kultur i skolen.

Samisk utdanningsråd, Samisk høyskole og Nordisk samisk institutt har stått for det meste av de språkutviklingsprosjekter som er blitt gjennomført. De bør i tillegg til Sametinget, skoler og skolemyndigheter være naturlige samarbeidspartnere for departementene når erfaringene med disse skal vurderes, og nye strategier skal legges opp.

Tiltak 2: Forsøks- og utviklingsarbeid for å fremme en samisk kulturformidling i skolen

Det er behov for å aksellerere arbeidet med utviklingen av innholdet i den samiske skolen. Et slikt arbeid bør være en prioritert del av det forsknings- og utviklingsarbeidet som skjer i Kirke-, undervisnings-, og forskningsdepartementets regi. Arbeidet bør baseres på praktiske erfaringer i kommunene, og tilpasses behov og forutsetninger hos de forskjellige samiske språkgrupper. Samisk Utdanningsråd og Statens Utdanningskontor i fylkene bør medvirke i et slikt arbeid. Det kan knyttes til det arbeidet som gjøres i de forskjellige kommuner med utvikling av strategier for språkutvikling, som det er gitt endel eksempler på i dette kapitlet.

Et utviklingsarbeid for å fremme en samisk kulturformidling i skolen vil kunne legge til rette for at samiske barn kan få en undervisning i sitt morsmål som er jevn- god med den undervisningen som norske barn har, i større grad enn hva tilfellet er i dag. Det vil også legge til rette for at morsmålstrening og morsmålsundervisning lettere kan følges opp i barnehage og skole. Et slikt arbeid må også ses i forhold til en konkretisering av grunnskolelovens formålsparagraf, som bl.a. kan skje ved å legge forholdene til rette slik at det i praksis kan tas hensyn til samiske barns språklige og kulturelle utgangspunkt når de skal gis en opplæring i samsvar med sine evner og forutsetninger.

Et slikt arbeid vil også legge til rette for å vurdere og utvikle tiltak for å ivareta samisk språk og kultur i skolen både innenfor og utenfor språklovens virkeområde. Det må i framtida prioriteres et arbeid med å sikre videreføring av samisk kultur gjennom tilrettelegging av et samisk innhold i skolen i de områdene hvor barnas kulturelle bakgrunn er samisk, men hvor samisk språk er borte.

Et slikt utviklingsarbeid må også være en del av grunnlaget for å vurdere om tilbud om opplæring i samisk som 1., 2., eller 3. språk bør være tilgjengelig for samiske elever i alle samiske språkområder. Departementene må påse at de gjeldende regelverk gir de beste muligheter for språkopplæring. Kirke-, undervisnings-, og forskningsdepartementet opplyser at de prioriterer utviklingen av samiske læremidler, men det bør vurderes om dette arbeidet kan forseres ytterligere.

Tiltak 3: Informasjon og veiledning ved valg av undervisningsspråk i skolen.

Skolen bør drive veiledning om tospråkighet til foreldre i samiske områder. I første rekke bør veiledningsarbeidet bidra til å gi samiske foreldre et godt grunnlag for valg av språk for sine barn. Undervisningsspråket har en viktig funksjon i forhold til et barns forhold til sin kulturelle identitet. Det bør derfor prioriteres å sette skolen i stand til å drive informasjon og veiledning ved valg av undervisningsspråk. Utvalget antar at skolekontorer og PP-tjenesten i kommuner med samisk befolkning bør stå for dette arbeidet. Kirke-, undervisnings-, og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet bør igansette og fange opp erfaringene fra dette arbeidet.

Veiledningen må i første rekke gjelde valg av språk der tilbud om samiskundervisning finnes. Det bør også orienteres om opplæring i samisk som 1., 2., eller 3. språk. Veiledningsarbeidet må fange opp de erfaringer som man får gjennom prosjekter og utviklingsarbeid om å fremme formidling av samisk språk og kultur i skolen, og la disse erfaringene bli en del av opplysnings- og veiledningsarbeidet. Det vil gjelde prosjekter om tospråklig undervisning av norskspråklige samiske barn, såvel som erfaringer med samiskundervisning i samiskspråklige områder.

Delmål 3: Et barnevern til samiske barns beste

Et overordnet mål i barnepolitikken her i landet er et barnevern til barns beste. Dette kapitlet har konstatert at det ikke nødvendigvis er tilfelle for samiske barn. Ved gjennomføring av barnevernloven er det som helhet behov for å vite mer om samiske tradisjoner, samisk kultur og tenkemåte, og de normer og regler som angår kulturens oppdragelsessyssemer. Denne kunnskapen utgjør den kulturkompetanse, som i tillegg til den tverrkulturelle kunnskap må utvikles som redskap hos barneverntjenestens personell. Dette vil være nødvendig dersom tiltakene skal være til de samiske barns beste.

Det må være et mål å tilføre de som i dag utøver barnevernarbeid i samiske områder den nødvendige kulturkompetanse. Det må også arbeides med å legge kulturkompetanse inn i de forskjellige studieretningene. Såvidt utvalget erfarer, har utdanningssystemet i de senere år påbegynt et arbeid med å formalisere slik kompetanse til et eget studium. Loven, med dets vide rammer, gir gode muligheter for utøvelse av samisk barnevernarbeid, men siden det er få som ivaretar nødvendige kulturelle hensyn, må det vurderes å innarbeide bestemmelser om dette i forskriftene til loven.

Således er utvalget av den opfatning at det må vurderes en praktisering, eventuelt endringer eller presiseringer, av eksisterende lovverk. Det må også skje en utvikling av kompetanse i barnevernet, med det mål at det kan skapes et barnevern også til samiske barns beste. Da vil også den nødvendige kulturelle kompetanse og innsikt ligge til grunn for å iverksette de tiltak som barnevernloven omhandler.

Tiltak 1: Avklaring av virkninger av lov om barneverntjenester for samiske barn

Lov om barneverntjenester hører under Barne- og familiedepartementets virksomhetsområde. Dette kapitlet har gitt noen eksempler på problemer med å praktisere lov om barneverntjenester i områder med samisk befolkning. Utvalget ønsker at Barne- og familiedepartementet skal foreta en nærmere avklaring av dette.

Tiltak 2: Forskrift som presiserer praktisering av lov om barneverntjenester i forhold til samiske barn

På basis av den redegjørelse som Barne- og familiedepartementet foretar, bør det utarbeides en forskrift, eventuelt også en veiledning, som presiserer praktiseringen av lov om barneverntjenester i forhold til samiske barn.

Tiltak 3: Kompetanseutvikling i barnevernet. Innhenting og formidling av kunnskap

For å utvikle et barnevern til samiske barns beste, må det skje en kompetanseutvikling i barnevernet. Denne kompetansen må bl.a. omfatte de samiske kulturelle forutsetninger som bør ligge til grunn for barnevernets arbeid i samiske områder, samt utvikling av den nødvendige kunnskap om transkulturelle forhold og bevisstgjøring om eget kulturelt ståsted hos de som arbeider i barnevernet.

Denne kompetansen må ligge til grunn for utvikling av arbeids- og forskningsmetoder såvel som teoriutvikling om etniske og kulturelle forhold i barnevernet. Dette må skje som en utvikling over tid. I første fase bør det igangsettes et arbeid i form av enkeltprosjekter i forskjellige samiske områder slik at man kan oppsummere og bygge på de erfaringer som allerede er gjort innen barnevernet og sosialsektoren. Prosjekter kan også gå ut på å prøve ut arbeidsmetoder som tar hensyn til samenes situasjon som etnisk og kulturell minoritet. Dette arbeidet bør skje i regi

av regionale kompetansesentra i samarbeid med sosialarbeidere med erfaring fra arbeid i samiske områder. De regionale sentra må også være ansvarlig for å videreformidle resultatene av de undersøkelsene som gjøres. Barne- og familiedepartementet og Sametinget bør holdes spesielt orientert.

Det vil være spesielt viktig at de erfaringer som gjøres av helse- og sosialarbeidere både i det daglige arbeidet og gjennom særskilte prosjekter i barnevernet, oppsummeres og videreutvikles i helseregion 5. Dette bør knyttes til det regionale kompetansesenteret i helseregion 5. Det må tilligge denne regionen et særskilt ansvar for dette, siden flertallet av samene i Norge bor her. Her er det flest sosialarbeidere som i det daglige forholder seg til samiske barn og unge og deres foreldre. Det vil være et godt grunnlag for å prøve ut prosjekter, og størst behov for å spre kunnskap om resultatene fra disse. Det er først og fremst i helseregion 5 at det vil være mulig å finne fram til ressurspersoner og miljøer som har praktisk kunnskap om samiske forhold, slik som samiske familierelasjoner og oppdragelsesmønstre, og andre forhold som kan ha betydning for barnevernets arbeid. I dette arbeidet bør de regionale kompetansesentra ha kontakt med fylkesmennenes familie- og sosialavdelinger, som skal ha oversikt over kompetansen i fylkene.

Tiltak 4: Vurdering av oppfølging av ny kunnskap innen barnevernet. Herunder utvikling av kursmateriell om samiske og flerkulturelle/fleretniske forhold

Fylkesmannen har ansvar for opplæring, informasjon og veiledning i forhold til barnehager og barnevern. På bakgrunn av den utviklingen av barnevernfaglig kompetanse som i første rekke vil skje på regionnivå, må det i regi av fylkesmannen utvikles et opplegg for veiledning og undervisning av personell i helse- og sosialsektoren om samiske og fleretniske forhold innen barnevernet. Fylkesmannsembedet må også selv ha tilstrekkelig kompetanse til at veiledningsoppgaven blir tilfredsstillende i forhold til barn med samisk/flerkulturell bakgrunn.

Tiltak 5: Opplæring av personell i kommuner og fylkeskommuner om samiske og fleretniske/flerkulturelle forhold innen barnevernet

Det er i dette kapitlet påpekt at dersom barneverntjenesten skal fungere til samiske barns beste, så forutsetter dette en utvikling av kompetanse om samiske og fleretniske/flerkulturelle forhold på alle forvaltningsnivåer.

Barnevernlovens §2—1 pålegger kommunene ansvar for nødvendig opplæring av barneverntjenestens personell. Ifølge loven er også personalet er forpliktet til å delta i opplæring som blir bestemt, og som anses nødvendig for å holde deres kvalifikasjoner ved like. Kommunene er også forpliktet til å utvikle opplærings- og utviklingsplaner for sitt personell. Dette er nærmere omtalt i denne utredningens "[Rekruttering og kompetanseoppbygging](#)" i kapittel om rekruttering og kompetanseoppbygging.

Den faglige utvikling som skjer på regionnivå, utviklingen av kursmateriell og av innholdet i fylkesmannens veiledningsoppgaver vil gjøre kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning istand til å oppfylle sine forpliktelser, og til å utvikle et barnevern til samiske barns beste på sitt nivå.

Delmål 4: En helsestasjon og en skolehelsetjeneste som møter samiske barn og unge og deres foreldre på deres eget språk og innenfor rammen av deres egen kultur

Det må være et mål i samiske områder å sikre at helsestasjonen og skolehelsetjenesten fungerer etter de fastsatte målsettinger også for samiske barn og unge og deres foreldre. Helsestasjonsarbeid og skolehelsetjeneste er hjørnesteiner i helsestasjonens forebyggende arbeid, og er av stor betydning for helsefremmende arbeid, såvel som for utvikling av selvbilde og vaner hos samiske barn og foreldre. Både når det gjelder de problemsøkende funksjoner med å avdekke og behandle problemer hos barn og foreldre, og det mer helsefremmende arbeidet som krever at helsepersonellet konsentrerer seg om positive ressurser hos barn, foreldre og lokalmiljø, så vil en kulturell og språklig innsikt kunne være avgjørende for hvordan resultatet blir i forhold til samiske barn og unge, foreldre og lokalmiljø. Økt tilgjengelighet for samiske barn og unge og deres foreldre må være et mål i den videre utviklingen av helsestasjon og skolehelsetjeneste. Utfordringene er store, men det er også mulighetene for å utvikle et arbeid som kan gi svært positive resultater.

Det er i dette kapitlet sagt litt om hvordan hensynet til samisk språk og kultur kan innarbeides i helsestasjonens og skolehelsetjenestens virksomhet. Dette må ses i forhold til at helsestasjonene ivaretar sine oppgaver på forskjellige måter. Det som er dagligdags virksomhet ett sted, kan være under planlegging et annet sted. Noen legger vekten på tradisjonell helseinformasjon, mens andre utvikler kompetanse på barns oppvekstmiljø. Tatt i betraktning de store variasjoner som eksisterer mellom de forskjellige samiske samfunnene, så er det klart at det ikke kan gis noen entydig «oppskrift», men at det må arbeides videre med hvordan språklig og kulturell samisk kompetanse skal utvikles og bygges inn i helsestasjonens arbeid. Dette vil måtte være en lokalt tilpassede prosesser hvor det inngår samarbeid med samiske barnehager og skoler, og hvor man kan dra nytte av en kompetanseoppbygging i barnevernet, og trekke på erfaringer fra relevant prosjektarbeid. For mange vil dette bety en utvikling av tverretatlige og tverrsektorielle arbeidsformer. Utvalget ser det som naturlig at kommuner i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler går foran i denne utviklingen.

En organisering av helsevesenet som legger til rette for å ta hensyn til samisk språk og kultur, og hvor helsepersonellet har kompetanse innen etnisk medisin og transkulturell kommunikasjon, vil innebære en oppfølging av Sameloven og Lov om helsetjeneste i kommunene. Ikke minst vil det innebære en betydelig forebyggingsgevinst for dagens barn og unge. Det må også tas med i en vurdering at en organisering basert på slike hensyn faktisk vil kunne føre til en bedre og mer effektiv helsetjeneste. I tillegg kommer den langsiktige økonomiske gevinst som ligger i godt forebyggingsarbeid.

Tiltak 1: Undervisning og veiledning til helsepersonell om betydningen av tospråklighet og tokulturell oppvekst

Undervisning og veiledning om betydning av tospråklighet og tokulturell oppvekst bør være en del av fylkeslegenes arbeid med veiledning og undervisning. Dette kan gjøres i forbindelse med fylkeslegenes årlige møter med helsesøstre og helsepersonell. Fylkeslegen bør innkalle personer som kan redegjøre for problemstillinger knyttet til tokulturell og tospråklig oppvekst. Det kan være forskjellige fagpersoner såvel som personell innen helsesektoren som har erfaring med slike forhold. Forøvrig er det kommunenes plikt å sørge for den nødvendige opplæring av sitt personell, også i samisk språklig og kulturell kunnskap. Dette kan skje i regi av opplæ-

rings- og utviklingstiltak innen kommunenes ordinære virksomhet og tospråklig-hetsmidler fra Samisk språkråd.

Kommunene bør ha obligatoriske kurs for helse- og sosialarbeidere i samisk språk og kulturkunnskap, såvel som i tverrkulturell kommunikasjon. Utvikling av holdninger i møtet med en annen kultur kan være svært viktig. Pasienten er i en helt annen situasjon når det er klart for begge at det er helse- eller sosialarbeideren som ikke kan pasientens språk. Et møte med helse- og sosialvesenet kan ha mye å si for utviklingen av barns holdninger til egen kultur. Det er mange veier å gå i å finne fram til utvikling av tverrkulturell forståelse og kommunikasjon. Det kan være rollespill for å øve inn samisk språk, og for å forstå den samiske pasientens eller klientens situasjon, eller man kan lære å forholde seg til at endel samiske barn kommer fra hjem hvor det har vært vanlig å bruke tradisjonelle behandlere.

Tiltak 2: Informasjon og veiledning til foreldre om tospråklighet og tokulturell oppvekst

Det er flere tiltak som kan iverksettes slik at helsestasjonen i større grad skal fungere i tråd med sine målsettinger. Det vil variere mellom de forskjellige samiske kommuner og områder. Foreldre må gis en reell anledning til å vurdere den verdien som ligger i en trygghet i egen kultur, og betydningen av kulturell kontinuitet. Betydningen av morsmålet og tospråklighet for barna må understrekes. Både på svangerskapskurs og i rådgivningen til småbarnsforeldrene må det gis informasjon til både samiske og norske foreldre.

De fleste steder vil det være aktuelt å gi samiske småbarnsforeldre tilbud om rådgivning på sitt eget språk, eventuelt med tolk. Dette kan f.eks. skje ved at helsesøster innkaller samiske barn på samme dag, og eventuelt lager egne grupper med samiske foreldre. Det bør være rutine å spørre etter språktilhørighet, og helsesøster bør ha kunnskap om samiske barns oppvekstforhold, slik at rådgivningen kan gis et relevant innhold. Råd om formidling av kulturelle holdninger, språkvalg og opplysning om tospråklighet i forhold til hjem, barnehage og skole vil være sentralt, og vil kunne gjennomføres forskjellig i de forskjellige lokalsamfunn. Hver kommune bør vurdere hvilken gevinst som ligger i å la dette bli et tema for kommunikasjon innen samme språklige og kulturelle gruppe, eller hvorvidt samiske og norske foreldre sammen skal diskutere temaer overføring av holdninger rundt kultur og etnisitet til barna, etc. Forståelsen av hva som er trygge rammebetingelser når en minoritet med en truet kultur skal utvikle bevisste holdninger til sine barns framtid vil nok variere. Målet må være utvikling av en bevisstgjøring, og en mobilisering av foreldrenes egne ressurser i denne prosessen.

Større prosjekter som tar sikte på å kartlegge behov, eller prøve ut nye tiltak på helsestasjonen, bør finne en naturlig adresse som del av det forsknings- og utredningsarbeid som pågår.

Tiltak 3: En helsestasjon som fungerer innenfor rammen av samisk språk og kultur i samiske kommuner

Helsestasjonen er sentral for videreføringen av språk og kultur til samiske barn. Som følge av Sameloven og Samelovens språkregler, bør helsestasjonen prioriteres for gjennomføring av språkreglene i kommunene.

St. meld. nr. 37 (1992—93) om helsefremmende og forebyggende arbeid, viser at kommunene i stor grad prioriterer helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Det er utviklingstrekk i helsestasjonsarbeidet og skolehelsetjenesten bl.a. i retning av nye arbeidsmåter for å møte de problemer som i dag står i fokus for barn og unge og

foreldre. Utvalget er kjent med at det er gjennomført forskjellige typer prosjekter knyttet til helsestasjonsarbeid og skolehelsetjeneste. Innføringen av Sameloven og Samelovens språkregler innebærer nye utfordringer for kommuner med samisk befolkning, som må ses i forhold til det arbeidet som gjøres i forhold til helsestasjon og skolehelsetjeneste på alle forvaltningsnivåer.

I denne sammenheng vil utvalget peke på at i de kommuner som inngår i forvaltningsområdet for språkreglene i Sameloven, må en tospråklig helsestasjonsvirksomhet og skolehelsetjeneste realiseres så snart som praktisk mulig. Utvalget vil imidlertid henstille også til andre kommuner med samisk befolkning om å bygge inn hensynet til samisk språk og kultur i sin småbarnsrådgivning og i skolehelsetjenesten. I et forebyggingsperspektiv vil et slikt arbeid være vel så viktig og gi vel så stor gevinst i kommuner hvor det er få samer, hvor kunnskapene i norsk språk virker tilstrekkelige, eller hvor det forekommer tilfeller av skjult samisk identitet. Disse områdene omfattes også av Sameloven.

Utvalget mener at Barne- og familiedepartementet bør vurdere støtte til mønsterprosjekter som går inn for å utvikle språklig og tokulturell helsestasjon. Samiske kommuner bør orienteres om muligheten for dette. Forutsetningen for støtte må være at det er tidsbegrensede prosjekter, og at erfaringene nedfelles skriftlig.

Tiltak 4: Opplegg for språklig diagnostisering i samiske områder

I noen kommuner bør det vurderes om det er ønskelig å gå inn i en prosess med språklig diagnostisering. En kartlegging av barnas språktilhørighet vil nok være mest aktuelt i typiske språkblandingsdistrikter, og i kommuner der det er store grupper barn av familier med foreldre av ulik språklig bakgrunn. Barna der har lært seg to språk mer eller mindre parallelt, og foreldre kan være usikre på skoleplassering og valg av språk. En kartlegging av språksituasjonen vil her kunne være til hjelp.

Dette kan f.eks. gjøres ved at foreldrene oppgir barnets språklige bakgrunn ved helsestasjonenes 4-årskontroller. Det bør gjelde det dominerende språket såvel som tospråklig tilknytning. Dette gir muligheter til å kartlegge språkutviklingen hos barnet, og til å få tak i det som er barnets første språk. Innlæring av det andre språket starter vanligvis ved 5—6-årsalderen. Man unngår at valget av opplæring og ønske om tilbud i skolen blir bestemmende for foreldrenes vurdering av barnets språktilhørighet. Oppgavene fra 4-årskontrollen kan sendes til skolen eller til PPD, som på dette grunnlaget kan plassere barna i språkgrupper i førskoletida. En slik plassering kan utføres av logoped ved skolen eller ved PPD. Den gruppen barn som trenger en slik kartlegging er først og fremst de som har lært seg to språk parallelt, og der foreldre trenger veiledning med henblikk på plassering i skolen. På grunnlag av en kartlegging av barnets dominerende språk, og en kunnskap om tospråklighet, kan foreldre og skole i fellesskap komme fram til den beste skoleplasseringen. Der det er samiske barnehager, vil valgene kunne gjøres i forhold til plassering i barnehagen, og foreldrene vil ha et bedre grunnlag for beslutninger om skoleplassering. Der foreldrene bevisst søker å bygge opp en tospråklighet hos barnet, må det tas hensyn til dette ved skoleplassering, tilpasning av materiell, osv.

De kommuner som finner det hensiktsmessig, bør kunne legge til rette for å gjennomføre et opplegg for språklig diagnostisering som et samarbeid mellom helsestasjon, PPD og skole. For områder utenfor samisk språkløp bør dette kunne gjennomføres som egne prosjekter med egne budsjetter. For områder i forvaltningsområdet, bør det kunne være blant ett av flere prosjekter som dekkes over eksiste-

rende midler til tospråklighet, evt. også med prosjektmidler fra Barne- og familiedepartementet.

Tiltak 5: Foreldreveiledningsarbeid innrettet på samiske foreldre

Viktige deler av arbeidet i helsestasjonene og i forebyggende barnevernarbeid tar sikte på å øke foreldrenes kompetanse. Utvalget har merket seg at Sosial- og helsedepartementet og Barne- og familiedepartementet har startet et arbeid med utvikling av foreldreveiledning for foreldre med barn i alderen 0—7 år. Denne veiledningen er tenkt forankret i helsestasjonene, fordi dette tilbudet er tilgjengelig overalt, og sikrer kontakt med de fleste barn og foreldre. I dette arbeidet bør det også sikres at erfaringer og kunnskap fra foreldre og helsepersonell i samiske områder innhentes. Samiske tradisjoner mht. oppdragelse og sykdom såvel som erfaringer fra tospråklig og tokulturell oppvekst må vektlegges. Arbeidet må ta utgangspunkt i samiske foreldres behov.

Hvis det etableres en veiledningstjeneste for helsepersonell i fleretniske samfunn i Nord-Norge slik det er foreslått i denne utredningens "*Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet*" i kapittel 3, så bør helsestasjonene være et prioritert område innenfor en slik tjeneste. Foreldreveiledningsarbeidet kan også trekke på de erfaringer man etterhvert får gjennom utvikling av fagfeltet etnisk medisin.

Erfaringene fra foreldreveiledningsprosjektet må ta sikte på å utvikle materiell (videoer, forskjellige former for kursmateriell, etc.) som møter behovene i det samiske samfunnet, og hos helsepersonell i disse områdene. Foreldreveiledning og informasjonsmateriell må utvikles med det for øye å styrke samiske foreldre i deres oppdragerrolle.

Delmål 5: Et samisk oppvekstmiljø for samiske barn og unge

St. meld. nr. 37 (1992 -93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid, foreslår reduksjon av psykososiale problemer som et innsatsområde. Lov om barneverntjenester har som formål å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Utvalget vil påpeke at slike målsettinger ikke kan være tilstrekkelig meningsfylt uten en omfattende satsing på å bedre samiske barn og unges oppvekstvilkår, slik at det kan være lettere for kommende generasjoner å velge og å føle seg trygge i en samisk kulturell identitet.

En satsning på identitetsstyrkende tiltak vil si en innsats for samiske barn og unge som også innebærer en oppfølging av FN's konvensjon om barnets rettigheter, som ble ratifisert av Norge den 8. januar 1991. I konvensjonens artikkel 30 heter det at «I land hvor det finnes etniske, religiøse eller språklige minoriteter eller urbefolkning, skal et barn som tilhører en slik minoritet eller urbefolkningen, ikke nektes retten til sammen med andre medlemmer av sin gruppe å nyte godt av sin kultur, å bekjenne seg til og utøve sin religion eller til å bruke sitt eget språk.»

Dette innebærer at samiske barn må gis mulighetene for en oppvekst innenfor rammen av samisk språk og kultur. Dette er aspekter som må tas hensyn til av statlige, fylkeskommunale og kommunale etater i deres planlegging for barn og unge.

Tiltak 1: Sikre og utvikle kulturell kunnskap i planleggingen for samiske barn og unge

Utvalget mener at det må stilles krav til kommunenes planlegging som synliggjør samiske barn og unges behov, som en del av den samlede vurderingen av oppvekstmiljøet i kommunen, og at det innarbeides mål og tiltak for samiske barn og unge i kommuneplanarbeidet ut fra lover og rettigheter. En kartlegging av mulige tiltak, og en vurdering av behovet for disse må inngå i dette arbeidet. Plan for oppbygging av kompetanse og kortsiktig og langsiktig plan for utbygging av tiltak vil også være en del av arbeidet. En hensikt med slikt planarbeid er samordning av ressurser og utvikling av samarbeidsmodeller, som igjen vil sikre en helhetlig planlegging av tiltak i oppvekstmiljøet. Dette er tiltak som må igangsettes av Barne- og familiedepartementet, og iverksettes av kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning. En revidering av veiledningen til de rikspolitiske retningslinjer for å ivareta barn og unges interesser i planleggingen (RPR) bør også vurderes i denne sammenheng. Relevant materiale om samiske barns situasjon og rettigheter bl.a. ut fra innholdet i barnekonvensjonen bør innarbeides i en slik revidering.

Tiltak 2: Utprøving av metoder for barn og unges medvirkning i samiske kommuner

Planarbeidet i kommunene skal organiseres slik at synspunkter som gjelder barn og unge kommer klart fram, og at ulike grupper barn og unge selv kan gis anledning til å delta. Dette kapitlet gir eksempel på barn og unges deltakelse i kommunal planlegging i en kommune med samisk befolkning. En utprøving av metoder for barn og unges medvirkning, bør også skje i kommuner med samiske barn og unge. Det bør vurderes og utprøves om det er særskilte former for medvirkning som bør utprøves i disse kommunene. Barne- og familiedepartementet og enkelte kommuner med samisk befolkning bør stå for dette arbeidet.

Tiltak 3: Vurdering av en ordning med et eget samisk barneombud

Man har en tid hatt en ordning med en person ansatt som samisk konsulent tilknyttet barneombudet. Det har i denne sammenheng vært gjennomført et prosjekt med innhenting av informasjon fra samiske barn og unge, om deres levekår og livssituasjon.

På bakgrunn av de erfaringer man nå har, og de behov som er avdekket, er det utvalgets oppfatning at Barne- og familiedepartementet bør foreta en vurdering av om det bør igangsettes en ordning med et eget samisk barneombud, i første rekke som et tidsbegrenset prøveprosjekt. Det bør være et barneombud lokalisert til det samiske bosettingsområdet. Barneombudets funksjoner samt spørsmål om den faglige og administrative tilknytningen bør drøftes i samråd med Sametinget. Utvalget antar at en slik ordning bør kunne finansieres av Barne- og familiedepartementet.

Tiltak 4: Vurdering av behovet for en samiskspråklig kontakttelefon for barn og unge

Barne- og familiedepartementet bør i samråd med Sametinget diskutere behovet for en samiskspråklig kontakttelefon for barn. Behovet må også ses i forhold til situasjonen for de forskjellige samiske språkgrupper og de forskjellige samiske regioner. Det må også vurderes i forhold til oppgavene til et samisk barneombud. En kontakttelefon kan eventuelt etableres som en forsøksordning over en tre-årsperiode i ett eller flere samiske områder. Barne- og familiedepartementet og Sametinget bør oppsummere erfaringene med en slik ordning.

Tiltak 5: Utvikling av metoder og modeller for videreformidling av samisk språk og kultur innen skolefritidsordningene

Skolefritidsordninger finnes etterhvert ved alle skoler. Utvalget ønsker en utvikling av metoder og modeller for videreformidling av samisk språk og kultur innen skolefritidsordningene. Dette kan vurderes som en egen «rammeplan» eller «mønsterplan» for skolefritidsordningene, eller det kan gjøres slik som i det samiske tillegget til rammeplan for barnehager.

St.meld. nr. 40 (1992—93) ...vi smaa, en Alen lange; Om 6- åringer i skolen — konsekvenser for skoleløpet og retningslinjer for dets innhold, fra Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, skisserer forskjellige metoder og modeller for videreformidling innen skolefritidsordningene.

Utvalget er kjent med at Utdanningsdirektøren i Finnmark har vurdert å lage et eget forum for skolefritidsordninger som har og som ønsker å gi denne ordningen et samisk innhold. Et slikt forum vil ha til oppgave å videreutvikle skolefritidsordninger som ønsker å vektlegge samisk språk og kultur.

Utvalget mener at tanken om et slikt forum som er nevnt her må følges opp, også i andre fylker. Et sentralt spørsmål vil måtte bli: hvordan jobbe praktisk i skolefritidsordningen? Erfarings- og informasjonsutveksling vil måtte bli sentralt i det videre arbeidet på dette feltet. Det bør utvikles informasjonsmateriell om dette i et samarbeid mellom Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Samisk Utdanningsråd og Barne- og familiedepartementet.

Tiltak 6: Vurdering av et landsomfattende prosjekt på oppvekstmiljøprofil i forskjellige samiske lokalsamfunn

Det samiske bosettingsområdet er spredt, og samiske barn og unge vokser opp under forskjellige vilkår og i forskjellige miljøer. Det er utvalgets inntrykk at samiske barn og unge har liten systematisk kunnskap om hverandre, og om betingelsene for oppvekst og samfunnsliv i de forskjellige deler av det samiske bosettingsområdet. Utvalget ser således behov for å lage en dokumentasjon av samiske barn og unges oppvekst i de forskjellige deler av bosettingsområdet. Det vil kunne gi nødvendig informasjon som grunnlag for beslutninger vedrørende samiske barn og unge. Ikke minst vil det gi samiske barn og unge nyttig kunnskap om hverandre. Således vil det også ha en identitetsstyrkende effekt i videre forstand.

Det bør f.eks. vurderes hvorvidt et slikt prosjekt skal fungere som dokumentasjon av eksisterende prosjekter i barn og unges miljø. Det bør kunne dokumentere former for barn og unges medvirkning i lokalsamfunnet, det kan dokumentere kulturell overføring mellom generasjoner i forskjellige deler av det samiske bosettingsområdet, samiske leketradisjoner, sider ved forholdet til naturmiljøet, medvirkning i miljøovervåkning, etc.

Diskusjonen om hvordan et landsomfattende prosjekt på oppvekstmiljøprofil i forskjellige samiske lokalsamfunn skal legges opp, hvilke områder som skal vektlegges, osv., bør i første rekke utgå fra Sametinget og Barne- og familiedepartementet.

KAPITTEL 6

Risikogrupper blant samisk ungdom**6.1 INNLEDNING**

Rusproblemer er etterhvert blitt definert som et folkehelseproblem. Man har nå forskningsmessig belegg for å si at sykelighet og dødelighet henger sammen med tilgjengeligheten av rusmidler i befolkningen. Det fokuseres både på direkte helseskader og de forskjellige typer sosiale problemer som følger av langvarig rusmisbruk. For eksempel vet man at mer enn 30 % av alle sykehusinnleggelseser i Norge har direkte eller indirekte sammenheng med rusrelaterte problemer. Når det gjelder forekomst av selvmord, har man på landsbasis registrert en betydelig økning i selvmordsraten fra 1960-årene, dvs. en økning med nesten 80 %.

Nasjonal Helseplan har pekt på at utbredelsen av psykiske lidelser også påvirkes av endringer i samfunnsutviklingen. Det må ikke minst gjelde utbredelse av bruk av rusmidler og selvmordshyppighet. Bruk av alkohol kan ses som en indikator på en problematisk livssituasjon for enkeltindivider, og som indikator på et samfunn som befinner seg i en vanskelig situasjon.

Den samiske folkegruppen i Norge er i en situasjon preget av raske samfunnsmessige endringer, og problemstillinger knyttet til kulturell identitet i en minoritetssituasjon. Den følgende framstillingen gir noen vurderinger knyttet til forekomsten av rusmisbruk, og mulige sammenhenger og forklaringer knyttet til dette med fokus på samisk ungdom.

Innen rusvern og i forhold til selvmordstruet ungdom, er det gjort mest arbeid direkte rettet mot den samiske målgruppen i Finnmark. Dette kapitlet går derfor først og fremst nærmere inn på forekomst av rusmisbruk og selvmord i Finnmark.

6.2 RUSMISBRUK BLANT UNGDOM I FINNMARK

Ifølge Delplan for rusmiddelbrukere er Finnmark nr. 2 i landets alkoholstatistikk med 6,44 l pr. innbygger i 1988. Finnmark ligger etter Oslo, som har 8,44 l pr. innbygger. Dette ser ut til å være noenlunde konstant. Tilsvarende tall for 1992 er henholdsvis 6,19 l i Finnmark, og 8,77 liter i Oslo. Medregnet uregistrert forbruk blir imidlertid tallene mer usikre.

Delplan for rusmidler 1988 anslår antallet storforbrukere i Finnmark til 1000 — 2000 som drikker mer enn 10 cl. pr. dag. Det totale forbruket synes stabilt, men det sprer seg til stadig yngre aldersgrupper. «Alkohol, Narkotika, Tobakk» gjorde en undersøkelse i Båtsfjord i 1988 blant 177 skoleelever i aldersgruppen 11 — 16 år. De fleste elevene hadde hatt befatning med alkohol. I 8. klasse var det heller ingen forskjell mellom kjønnene. Det dreide seg om alkohol fra øl til brennevin, mens ingen hadde vært i kontakt med narkotiske stoffer i fritiden. En tredjedel av elevene i ungdomsskolen benyttet alkohol en gang i måneden eller oftere.

Den fylkeskommunale plan for rusvernet i Finnmark (vedtatt 1994) sammenfatter tilgjengelig statistikk når det gjelder bruk av alkohol i fylket. Den fastslår at Finnmark fylke ligger nest øverst på statistikken for omsetning av alkohol i liter pr. innbygger over 15 år. Det har vært en betydelig økning i antall skjenkesteder i Finnmark, og fylket topper statistikken over antall skjenkesteder pr. 100.000 innbyggere. Et beregnet årlig forbruk av ren alkohol blant ungdom i alderen 15 — 21 år i Finnmark er 3,3 liter, mot et landsgjennomsnitt på 2,3 liter. Planen slår videre fast at forbruket av alkohol er økende i stadig yngre aldersgrupper. Man regner med at

forbruk og omsetning av både alkohol og narkotika har økt betydelig på grunn av økt tilgang av disse stoffene og på grunn av smugling fra Russland. Vest-Finnmark politikammer viser til en betydelig økning i beslag av narkotika de senere årene.

Man regner også med at Finnmark har et betydelig uregistret forbruk av alkohol, som bl.a. henger sammen med smuglervarer og hjemmebrenning. Dette forholdet har forverret seg den senere tid på grunn av omfattende spritsmugling fra Russland, både via turistskip og fiskebåter, og over grensestasjonene. Beslagene viser at omfanget er meget stort. Det har vist seg at smuglervarer også selges til barn og ungdom.

Den fylkeskommunale plan for rusvernet i Finnmark viser også til at 80 % av barn i barneverninstitusjoner har rusmisbrukende foreldre. Går man ut fra opplysninger om at det i Norge lever opp til 230.000 barn i familier der en eller begge foreldre har alkoholproblemer, vil dette tilsvare at 4000 — 5000 barn i Finnmark kan leve under slike forhold. Dette er barn hvis problemer ofte blir synlige først i voksen alder. Det er videre ofte pekt på at alkoholproblemer hos voksne er forbundet med overhyppighet av omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Barn av rusmisbrukere kan bli morgendagens klienter både innen psykiisk helsevern og rusvern. Man må også anta at Finnmark følger den utviklingen som gjelder for landet som helhet ved at kvinners drikkevaner blir mer lik menns, og yngre kvinner står for den største økningen i forbruket.

6.2.1 Drikkeadferd og problemdriking. To undersøkelser fra Kautokeino

Kautokeino kommune utarbeidet i 1993 en egen Rusmiddelplan for kommunen, og har foretatt en egen undersøkelse i den forbindelse (1992). I Kautokeino ble det i 1976 foretatt en undersøkelse av bl.a. ungdommens alkoholvaner i Kautokeino. (Jostein Hansen, Kautokeino-undersøkelsen fra 1976). Dette gir anledning til å sammenligne drikkeatferd i samme kommune over tid. Det må dog presiseres at dette er to helt forskjellige prosjekter med spørsmål som ikke er direkte sammenlignbare etter vitenskapelige kriterier. Men en sammenligning av resultatene kan likevel gi en pekepinn om utviklingen av drikkevaner og årsakene til disse hos ungdommene i en og samme område.

Kautokeino-undersøkelsen fra 1976

I 1976 ble det foretatt en undersøkelse av bl.a. ungdommens alkoholvaner i Kautokeino. Av ialt 471 ungdommer født i Kautokeino i tidsrommet 1/1—50 — 31/12—59 ble 220 personer intervjuet.

Undersøkelsen gjorde en kartlegging av Kautokeinoungdommens fritid, fritidsønsker, bruk av rusmidler og tobakk, samt fritidsplaner og -muligheter. (J. Hansen) Man kan trekke ut av resultatene at ungdommen i Kautokeino i 1977 opplevde sterke kulturkonflikter, som ble opplevd sterkere av gutter enn av jenter. Undersøkelsen sa også noe om at et relativt stort forbruk av alkohol ga uttrykk for et sterkt fluktbehov for å glemme fremmedgjøring og tomhet.

På spørsmålet «Pleier du selv å nyte alkohol?» svarte i gjennomsnitt ca. 90 % av guttene og ca. 52 % av jentene ja. Det var bare det eldste årskullet (26-årigene) blant guttene som skiller seg vesentlig ut med en nei-prosent på 45,5. Hos jentene var ja-prosenten høyest i aldersgruppen 19—22 år. De yngste jentene (født i 1950 og 1951) hadde en nei-prosent på h.h.v. 50 og 67 %, men antallet i hver årsklasse var for lavt til å trekke noe bastante konklusjoner. Når det gjelder hyppigheten av alkoholkonsumet var det mange som ikke svarer på dette, 48 % av jentene og 14 % av guttene. Av jentene oppgir 39 % at de drikker en sjelden gang, 13 % at de drikker

hver gang det er fest og ingen flere ganger i uka. Tilsvarende tall for guttene er 52 %, 31 % og 3,7 %.

Det mest interessante spørsmålet er hvorfor ungdommen drikker. Spørsmålet som ble stilt var «Hvorfor tror du man drikker?». Dette ble stilt som et helt åpent spørsmål, som måtte således tolkes og kodes. Det er forbundet med ganske store tolkningsproblemer å kode svarene på slike spørsmål, men intervjuerne oppgir at de havnet på 7 forskjellige kategorier, pluss samle-kategorien «andre svar». Tabellen nedenfor viser fordelingen av svar:

Årsaker til bruk av alkohol blant ungdom, fordelt på kjønn. Kautokeino 1976. (Tabellen viser absolutte tall. N = 176).

Årsaker	N	Gutter	Jenter
1 Få opp humøret/manne seg opp/overvinne sjenanse	58	29	29
2 Er godt/ha det gøy/slappe av	47	21	26
3 Omgangsform/sosialt samvær	40	20	20
4 Glemme problemer	30	16	14
5 Pga. fremmedgjøring/tomhet	6	5	1
6 En del av den norske kulturen	4	1	3
7 Kommer an på (til mat, for helsa, kos, fyllefest osv.)	4	1	3
8 Andre svar	18	10	8
9 Vet ikke	34	15	19
10 Ubesvart	34	14	20

De 3 første kategoriene av alkoholbrukere kan man nok oppfatte som relativt uproblematisk. Man kan på mange måter si at det er sosialt akseptert å bruke alkohol på denne måten. Kategori 4, derimot, «glemme problemer», og kategori 5, «p.g.a. fremmedgjøring/tomhet» kan nok tolkes som symptom på en mer alvorlig tilstand. Det er nærliggende å se disse svarene i sammenheng med identitets- og kulturkonflikter, arbeidsløshet, mangel på fritidstilbud osv., uten at dette direkte kan påvises.

En viss pekepinn kan det gi å sammenligne kjønnene. Man kan gå ut fra at gutter har lettere for å avregere på problemer med bruk av alkohol. At kvinner reagerer på denne måten, er ikke i samme utstrekning tolerert. Dessuten vil vel jentene p.g.a. kjønnsrolleforventninger, heller ikke reagere så sterkt på problemer som arbeidsløshet; forsørgerrollen er jo tradisjonelt mannens. Mangel på dyre fritidstilbud vil også sannsynligvis ramme guttene sterkere, fordi jentenes fritidstruk er mer «innadvendt», dvs. sentrert om inneaktiviteter i hjemmet (lesing, håndarbeid osv.).

16 av guttene og 14 av jentene oppgir at man drikker for å glemme problemer. Av de 6 som oppgir at man drikker på grunn av fremmedgjøring, er hele 5 gutter. Dette kan tolkes i retning av at guttene opplever kulturkonflikten sterkere enn jentene. Sannsynligvis blir guttene i større grad utsatt for konfrontasjonen mellom norsk og samisk kultur bl.a. på grunn av kjønnsrolleforventninger med hensyn til yrkeskarriere. Guttene blir f.eks. hyppigere tvunget til å reise ut av kommunen for å få seg arbeid eller utdanning, og får på denne måten kulturkonfliktene nærmere inn på livet. I utvalget fra Kautokeino hadde 13 gutter og 8 jenter midlertidig opphold utenfor kommunen på grunn av arbeid, militærtjeneste eller utdanning. Alle unntatt 1 oppgir her at de bruker alkohol, dvs. 95,2 % mot 76,5 % for hele utvalget. Hyppigheten synes også å være større. 33 % oppgir at de drikker hver gang det er

fest, mot 21 % i hele utvalget. Denne differansen kan selvfølgelig skyldes lettere tilgjengelighet på alkohol for de som har midlertidig opphold utenfor kommunen. Gruppen er for øvrig for liten til at man kan trekke noen konklusjoner.

Undersøkelsen viser også meget klare symptomer på identitets- og kulturkonflikter i forhold til den obligatoriske skolen. På spørsmål om årsaker til trivsel/vantrivsel i skolen svarte 89 at de vantrivdes. Hele 49 av disse oppga som årsaker problemer i tilknytning til språk, kultur og identitet. Faktorer som ble trukket fram var:

- internatliv, fremmed miljø
- dårlig kontakt lærer-elev, språkvansker
- savnet morsmålet, samisk kultur og historie
- følte seg diskriminert

Det er også tenkelig at denne vantrivselen lett kan gi seg utslag i økt alkoholkonsum. Verdt å merke seg her er en meget sterk kjønnsforskjell, idet 35 gutter vantrives mot bare 11 jenter. I tillegg har 3 norske oppgitt dårlig kontakt lærer-elev.

På spørsmål om hva de vanligvis drikker får man følgende fordeling:

Ubesvart	Øl	Hjemmebrygg	Vin	Bren-nevin	Hjemmebrent
69	117	4	31	92	13

Øl og brennevin er mest utbredt. Av de 13 som vanligvis drikker hjemmebrent, er 12 gutter. Det kan synes som om det er en generell underrapportering her, idet vi får langt høyere tall for alle kategorier på spørsmål om hva en tror vennen/venninnen drikker. Hele 48 personer har f.eks. her krysset av på hjemmebrent.

Rusmiddelplanen for Kautokeino og undersøkelsen fra 1992

I undersøkelsen fra 1992 ble det benyttet to standardiserte skjemaer. I gruppa 13—16 år er 126 av en total populasjon på 155 intervjuet. I gruppa 16—30 år er bare 111 av en populasjon på 815 intervjuet. I den siste gruppa er utvalget for lite til å kunne trekke sikre konklusjoner.

Det er ganske oppsiktsvekkende tall som legges fram for den yngste gruppa (13—16 år). Hele 77 % oppgir at de har prøvd alkohol. Gjennomsnittsalderen ved førstegangs-bruk er 12 år! Ikke uventet er guttene overrepresentert, men kjønnsforskjellen er mye mindre enn i 1976-undersøkelsen. 89,7 % av guttene har debutert mot 66,7 % av jentene. Langt flere (45 %) har også smakt hjemmebrent. 10 % oppgir at de drikker av og til, 3 % en gang pr mnd., 3 % ca. 2 ganger pr. mnd. og 4 % ca. en gang pr. uke. 56 % oppgir at de aldri drikker, men 77 % har likevel oppgitt at de har prøvd alkohol. Spørsmålet om årsakene til drikking er stilt med oppgitte svaralternativer, og gir heller liten informasjon. Her er bare 5 alternativer å krysse av på, og de fleste svarer at de drikker fordi mange voksne gjør det, og fordi det er spennende.

Alle de intervjuede ungdommene i 16—30-årsgruppen er i en skolesituasjon. Det mangler således informasjon fra andre grupper ungdom. Ifølge undersøkelsen har 27 % utviklet et alkoholmisbruk, men det er uklart hva dette innebærer. 1/3 av disse er kvinner. For å få tak i årsakene til at ungdommen drikker ble følgende spørsmål stilt: «Oppfatter du alkohol som et problem i Kautokeino?» Ca. halvparten av årsakene som er oppgitt i undersøkelsen innebærer en konstatering av fakta som f.eks. mye fyllekjøring, folk begynner i ung alder etc. Men en ting kommer i alle fall helt tydelig fram, og det er at «drikking er tradisjon her», «legalisert», «akseptert, særlig i høytidene», «foreldrene er dårlige forbilder» osv.

Det synes ganske klart at rusmidler, og da særlig hjemmebrent, er et økende problem i Kautokeino. Legestasjonen oppgir 100—150 alkoholrelaterte henvendelser pr. år. Hjemmesykepleien opplever alkohol som et stort problem i sitt daglige arbeid, bl.a. ved at de eldres situasjon forverres ved slektninger som drikker, og blir utsatt for trusler og overgrep. Innenfor sosialetaten hadde 60 misbrukere vært i kontakt med edruskapsvernet pr. 31.12.92. Dette er en fordobling fra februar 1992, da det var registrert 30 misbrukere.

Ifølge rusmiddelplanen for Kautokeino var det i sosialetaten pr. 31.7.92 registrert 60 alkoholmisbrukere, hvorav 8 % var kvinner. I aldersgruppe lå disse mellom 17 og 48 år. De fleste var langtids arbeidsledige. Mange var uten fast bopel, og bodde hos slektninger av mangel på annet botilbud. I den voksne gruppen er alle menn enslige, mange har et ekteskap/samboerforhold bak seg. Alle forteller om tidlig alkoholdebut; de begynte gjerne å drikke som 13 åringer. Etter mange års misbruk hadde de fleste utviklet angst, de turde ikke lenger å forsøke seg på arbeidsmarkedet, de følte seg utstøtt av folk i bygda, og de fortalte om en stor ensomhetsfølelse. De fleste oppga dette som grunn til å fortsette å drikke.

Rusmiddelplanen sier: «De eldre etablerte misbrukerne drikker gjerne sammen med likesinnede — de arbeidsløse utstøtte — vi har registrert 3 ulike «klikker» her. Alle disse klikkene drikker mye og lenge — opptil 8 uker og bruker da 1 uke til å komme seg på bena igjen. De fleste klarer å være rusfri i mange uker, noen klarer seg i flere måneder dersom de får tildelt en jobb. Når jobbperioden er over er de på «fylla» igjen. Alle ønsker å slutte å drikke, men klarer det ikke pga. angst og ensomhetsfølelse.» Ifølge planen bor de yngste rusmisbrukerne hjemme hos foreldrene. «De eldre bor gjerne sammen med mor som er enke, hos tilfeldige slektninger — litt her og litt der, noen få har egen bopel.»

De unge får kjøpt alkohol hos de lokale «brenneriene» eller får hos andre som har. Sosialkontoret har ei lang liste over alle som brenner. Ifølge en sentral kilde i helsevesenet har hjemmebrenning utviklet seg til en næringsvei i Kautokeino. Det brennes i alle sosiale lag, også for salg. Brenning synes å være sosialt akseptert. Ungdommene som er intervjuet sier også at det er helt i orden at folk brenner og selger hjemmebrent. Når hjemmebrenning på denne måten er legitimert, blir det vanskelig å angripe problemet. Drikkeatferden er blitt karakterisert som «cowboydriking». Det drikkes tett i perioder. Ifølge rusmiddelplanen varer periodene for ungdommen fra 1—3 uker.

Det drikkes også mye på fjellet, ofte i forbindelse med scooterkjøring. Ulike kilder peker i retning av økende problemdriking i reindriftsmiljøet, med en økende tendens til voldelig atferd. Det synes som om dette har sammenheng med krisetendensene i reindrifta, og marginalisering av en stadig større gruppe innenfor reindrifta. Når vi så vet at myndighetene har som mål å få en stor andel av utøverne ut av reindrifta, er situasjonen uhyre alvorlig. Ifølge helsevesenet er det stor telefonpågang i akutte krisesituasjoner, men få møter senere opp til avtalte time. Innenfor reindrifta snakkes det lite om problemdrikinga. Det ser ut til å mangle fora der problemet kan tas opp. Familiene er i lange perioder atskilte med mennene på fjellet og hustru og barn hjemme. Siida-systemet, distriktsstyrene og reindriftsorganisasjonene ser ikke ut til å være organer som tar opp disse problemene. Det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret innen reindrifta står også trolig i veien for en slik problemorientering. Guttene blir i stor grad oppdratt til en «tøff/lekende» manssrolle, der de overlater ansvaret for barna helt og holdent til jentene. Andelen unge, ugifte alenemødre er meget stor i indre Finnmark. Oppdragelsen er «fri», og setter få grenser. Guttene skal herdes til å tåle det harde livet på fjellet; de skal lære gjennom prøving og feiling. Det kan synes som om denne oppdragelsen ikke lenger er funksjonell i forhold til en helt annen teknologi og et helt annet kjønnsrollemønster der det er

jentene som i langt større grad tar utdanning og dermed blir mer selvstendige, både økonomisk og sosialt.

6.2.2 Drikkeadferd og problemdrikking. En spørreundersøkelse om omfanget av rusmisbruk i samiske kommuner av Samisk Ungdomspsykiatrisk Team

I forprosjektperioden for Samisk Ungdomspsykiatrisk Team i 1989 samlet teamet informasjon og vurderinger om omfanget av rusmisbruk hos 1. linjetjenestens klienter (15—30 år) i kommunene Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Tana og Nesseby. Instanser som ble intervjuet var barnevern/sosialkontor, kommunelege, helsesøster, PPT-tjenesten, skolerådgiver, arbeidsformidlingen og lensmannsetaten. 1.linjetjenesten er den instans som tidligst og hyppigst kommer i kontakt med unge rusmisbrukerne. Inntrykket var at stadig yngre grupper nyter alkohol, og at blandingsmisbruk ser ut til å ha en stigende tendens. Lensmannskontorene rapporterte om en økning i antallet volds- og sedelighetssaker. Ungdommens problemer ble primært beskrevet som mangel på arbeid og utdanning. Dette henger sammen med at ungdom helst ikke flytter fra kommunene i indre Finnmark. De blir i større grad enn andre steder gående hjemme med de tilbud som finnes.

De fleste instanser vurderte ungdommens alkoholkonsum som betydelig. Selv om omfang og mengde ikke ble nøyaktig statistisk undersøkt, ble konsumet anslått til å være relativt omfattende. I noen lokalsamfunn var misbruksmønstre som kombinasjon av tabletter og alkohol tydelige. Alkoholforbruket økte i miljøer med stor arbeidsledighet. Selv om rusmisbruk forekommer hos ungdom i alle sosiale lag, blir arbeidsledig ungdom betegnet som en risikogruppe, som lett dras inn i slike miljøer. Flere rådgivningsinstanser pekte på et klart drikkepress blant ungdom, og mente familiene måtte arbeide mer med grensesetting for ungdommen. I flere kommuner finnes ungdomsmiljøer med daglig inntak av alkohol, som også er dratt inn i kriminelle aktiviteter. Det viste seg også at selvmord eller selvmordsforsøk ofte skjedde i ruspåvirket tilstand.

Barnevernet opplyste at i de fleste tilfellene når det gripes inn for omsorgssvikt, så er det rusmisbruk med i bildet. I 1987 ble det registrert rusmisbruk hos over 80 % av foreldrene til barnevernets klienter (NIBR -Alta 1987).

De formelle instanser som klienter henvender seg til i primærhelsetjensten er foruten primærlege/kommunelege også bedriftshelsetjenesten og helsesøster. Som regel oppsøkes legen for rent kroppslige plager, eller klientens familie kontakter legen for hjelp. Legene har et problem i håndtering av rusmiddelbruk mht. når de skal gå inn i forhold til misbruk. Kommunelegene vurderte det til å være et stort rusmiddelmisbruk blant ungdom, spesielt i forhold til alkohol, uten at de kunne si noe eksakt om omfanget.

Arbeidsmarkedsetaten oppga også at den har merket en viss økning i alkoholmisbruk blant ungdom. Etaten pekte ut den samme ungdomsgruppen som risikogruppe: den ungdommen som ikke tar utdanning, og som ikke får et reelt arbeidstilbud, og hvor TV, video og rus lett får innpass.

Bruken av narkotiske stoffer er vanskeligere å kartlegge. Finnmark fylkesregionale kontaktutvalg for narkotikautvalg opplyste i 1989 at bruken av narkotika synes særlig utbredt i kystområdene. Politiet i Nord-Norge har senere fått bekreftet at byene på kysten er sentrale i narkotika- omsetningen. Dette gjelder stoff, særlig hasj, både fra Sør-Norge og over grensen fra Russland. Det ser ut til å være grupper av ungdom i hver kommune som misbruker narkotiske stoffer, og som kan skilles ut fra resten av befolkningen. Imidlertid finnes det i flere kommuner indikasjoner på at bruk av narkotika forekommer også i ungdomsskolen, og det ser ut til å være

en tendens til økning av lettere narkotiske stoffer i yngre aldersgrupper i forskjellige lokalmiljøer. Vest-Finnmark politikammer opplyser at de har registrert en økning i narkotikamisbruket i Finnmark de siste årene.

Samisk Ungdomspsykiatrisk Team sammenholdt opplysninger fra kriminalstatistikken med vurderinger hos lensmannskontorene i de 5 kommunene. Jevnt over rapporteres en økning i antallet forbrytelser. Mesteparten av kriminaliteten kan karakteriseres som vinningsforbrytelser. Politiet har små ressurser i forhold til de store avstandene, og man regner med at det kommer inn forholdsvis lite anmeldelse av forbrytelsene. Foreteelsene foretas av ungdom helt ned til 12-års-alderen. Ungdomsmiljøene ble karakterisert som harde, med en fast kjerne av kriminelle i 18 — 20-års-alderen. Dette er ofte ungdom uten skole eller arbeid. Problemene ser ut til å henge sammen med mangel på voksenkontakt og generelle tiltak som det å «ha noe å gjøre». Ungdommene opplever en frustrasjon i forhold til voksensamfunnet, og i forhold til at de ikke kan hjelpes med bolig og arbeid. Boligkonsentrasjoner i tradisjonelt spredtbygde lokalsamfunn medfører en negativ utvikling i ungdomsmiljøer. Lensmannsetaten har lite ressurser til å håndtere dette, og lite tiltak å sette inn for å møte problematikken. Størst andel grove voldshandlinger i alkoholpåvirket tilstand ser ut til å finne sted i Vest-Finnmark.

Slike undersøkelser som her er referert gir et bilde av at det er et stort alkoholkonsum blant ungdommen i enkelte kommuner med samisk befolkning, og at gjennomsnittlig debutalder er svært lav. Sett i sammenheng med at hjemmebrenning synes å være akseptert og utbredt, blir bildet foruroligende.

6.3 SELVMORD I FINNMARK

I Norge er selvmordsraten fordoblet i løpet av de siste 20 årene. Det har vært relativt størst økning blant ungdom fra 15 til 24 år. Tilgjengelig statistikk tyder på at Finnmark ligger nær «landstoppen» når det gjelder antall selvmord, sett i forhold til folketallet. I 1985 var det 20 registrerte tilfeller av selvmord i fylket, i 1988 var tallet 24, mens de siste årene har ligget på 13—14 pr. år. Selvmordsraten fra 1985 til 1988 var i Karasjok på 111 pr. 100.000, mens landsgjennomsnittet i 1986 var på 14 pr. 100.000. Senere har raten for Karasjok nærmet seg landsgjennomsnittet.

Resultatene av en analyse av registrerte selvmord i Norge viser at det i perioden 1982 — 88 skjedde en kraftig økning av selvmord blant unge menn i Nord-Norge. Ved utgangen av denne perioden (1988) lå Nord-Norge (og Sørlandet) klart høyest når det gjelder tallet på registrerte selvmord, mens de ved inngangen av perioden (1982) faktisk hadde ligget lavest. For Nord-Norges del skyldtes den sterke økningen utelukkende økning i tallet på selvmord blant unge menn. (Tidsskr. for Den norske lægeforening 16/93).

6.4 RAMMEBETINGELSER OG MULIGE FORKLARINGSFAKTORER

Nasjonal Helseplan (St. meld. nr. 41 (1987—88) har pekt på at utbredelsen av psykiske lidelser også påvirkes av endringer i samfunnsutviklingen. Det må også gjelde bruk av rusmidler og selvmordshyppighet.

Nyere norske undersøkelser viser at selvmordsraten øker mest i jordbruksdistrikter. En tolking av dette er at ungdom i områder basert på truede primærnæringer med usikre framtidsutsikter er særlig utsatt for selvmord. Slike forhold vil eventuelt også ha gyldighet for store deler av de samiske bosettingsområder, både i forhold til et usikkert jordbruk, i forhold til et kriserammet fiske og en kriserammet rein-driftsnæring. Samiske menns identitet er tradisjonelt knyttet til primærnæringsutøvelse. (Jfr. *"Samiske forutsetninger og kulturell bakgrunn"* i kap. 4.) Synspunkter

på egen identitet utvikles i samspill med forandringer i næringsstruktur, livsmiljø, situasjonen på arbeidsmarkedet, forholdet mellom generasjonene, kjønnsrolleutforming, og omgivelsenes holdninger til det å være same i Norge. De samfunnsmessige endringene som har skjedd i de samiske samfunnene de siste årtiene har resultert i endrede verdier og normer, og skapt ulikheter og kollisjoner mellom generasjonene. Dette kan medføre en manglende kontinuitet i overgangen fra barn til voksen, og stiller krav til omstilling hos den enkelte. Situasjonen indikerer at det store antall unge menn med tilpasningsvansker kan være uttrykk for en kollisjon mellom sosialisering etter gamle verdier og forandrede samfunnsmessige krav til livsførsel. De etniske problemene virker sammen med andre faktorer, og vil være vanskelig å skille ut.

Etterkrigstida har vært preget av en sterk teknologisk utvikling hvor det tradisjonelle samiske samfunnet har opplevd en prosess med integrasjon i det norske samfunnet både økonomisk, sosialt, kulturelt og språklig. Dette har medført nye bo- og levemåter, nye leveveier, samt krav til kunnskap som ikke lenger kan hentes i det tradisjonelle samiske samfunnet. Slektsamfunnets familiestruktur er i stor grad erstattet med en kjernefamiliestruktur med utgangspunkt i en lønnskøkonomi og endrede krav til forhold mellom mennesker, til omgangsformer, barneoppdragelse m.m. Fruktene av tidligere tiders assimilasjonspolitikker hvor samer lærte å undertrykke sin egen kultur og sine egne verdier har i etterkrigstida virket sammen med de store økonomiske og samfunnsmessige endringene, slik at samisk kultur nå må betegnes som en truet kultur (NOU 1985:14). Til tross for den sterke kulturelle bevissthet som har vært framtrædende i de samiske samfunn i den senere tid, så må det uten tvil være en lang og vanskelig prosess å skape et nytt ståsted for en kultur.

Andelen av befolkningen med høyere utdanning er (1989) lavere i distriktsfylkene i Norge enn den er på landsbasis. Finnmark har store interne variasjoner, med lavest utdanningsnivå i kystkommunene. En større andel kvinner enn menn har høyere utdanning i fylket. En lavere andel av 16-åringene i Finnmark går i videregående skole sammenlignet med landet ellers. Frafallet er også større, slik at det er færre ungdommer i Finnmark som fullfører videregående skole, og som sikrer seg studiekompetanse.

Det er også funnet forskjeller i skoleprestasjoner mellom forskjellige elevgrupper i Finnmark. Dette ble undersøkt første gang i 1960-årene, og gjaldt henholdsvis norske elever, samiske elever fra bygda, elever fra reindriftsmiljø og fra utkantene. Dette må ses i sammenheng med at hjem og skole har arbeidet mot forskjellige mål når det gjelder barnas sosialisering. Skolen har sosialisert for majoritetsamfunnet, mens hjemmene i større eller mindre grad har sosialisert barna ut fra hensynet til samiske verdier og til den kunnskap som ville være av nytte i det samiske samfunnet. Dette vil i første rekke si praktisk kunnskap knyttet til et familieorganisert erverv innen primærnæringene, og de verdier som er knyttet til dette. Dersom skole og hjemmiljø ikke står for felles verdier, vil det kunne skje en «desosialisering» av elevene. Deres opprinnelige tilhørighet vil kunne svekkes, noe som igjen vil kunne få følger for personlighetsutviklingen.

Den nye «Lov om grunnskolen» fra 1969 sier at «elevene skal få lov til å realisere seg selv og ta vare på samisk egenverdi». Det har likevel vært vanskelig å praktisere utviklingen av en samisk skole. Skolen har fortsatt fortont seg fremmed for samiske elever. Også i 1980-årene konstaterte man fortsatt en kløft mellom samiske lokalsamfunn og den norske skolen. Dette kom til uttrykk som sammenhenger mellom foreldres samisk kunnskaper og elevenes skolemotivasjon. De samisktalende elevene, som også i større grad hadde bakgrunn i primærnæringene, hadde fortsatt lavere skolemotivasjon og større fravær enn de norsktalende. De hadde også større ønske om å bosette seg i hjemkommunene. (NIBR-rapport

1986—1 om skolemotivasjon i Finnmark.) Gjennom en spørreunde blant rådgivningsinstansene i ungdoms- og videregående skoler og PPD i indre Finnmark (Samisk Ungdomspsykiatrisk Team 1989) fant man også en sammenheng mellom skolefravær og bakgrunn i samisk språk og tilknytning til primærnæringene. Flere av de forespurte instansene konstaterte en slags kollisjon mellom skolens og elevenes verdier, uten at dette var analysert nærmere.

Skolens funksjon som formidler av norske normer innebærer at mange voksne samer har et komplisert forhold til skolen, noe som også ofte er blitt forsterket gjennom en internattilværelse. Dette er erfaringer som kan skape holdninger som preger barnas forhold til skolen. Flere ungdommer går ut av skolen med mangelfulle kunnskaper i både samisk og norsk. Dette gjør at videre skolegang ut over ungdomsskolen synes svært vanskelig. Videregående skole i Karasjok opplyste i 1989 at det i en enkelt klasse var et frafall på 70 % fra 1. til 2. klasse, flest gutter. Dette kan også gjøre at kommunikasjonen mellom den eldre og den yngre del av befolkningen blir vanskeliggjort. De eldres verdier blir fjerne for de unge, mens de eldre vil synes de unges verdier blir et produkt av det norske samfunnet. Generasjons- og kulturkonfliktene blir således vevd inn i hverandre på en spesiell måte i det samiske samfunnet. Tidligere var det også en uttrykt holdning fra samisk ungdom at dersom du drar ut av det samiske bosettingsområdet for å få utdanning, så blir dette tatt til inntekt for at den som gjør dette er fornorsket når vedkommende vender tilbake. Dette har nok også virke demotiverende i forhold til skoleprestasjoner, og kan innebære en alvorlig trussel om avvisning for mange som ellers ville tatt utdanning. Det er for høye kostnader i å forlate det samiske lokalsamfunnet for å ta utdanning, og det er lite fremtidsutsikter i form av jobbmuligheter på hjemstedet. Dessuten risikerer man også å møte negative holdninger til den samiske kulturen om man drar ut av Finnmark. Dette kan skape en følelse av håpløshet og depresjon i ungdomsmiljøene. Det kan spre seg en følelse av hjelpeløshet — uansett hva man gjør er det ikke mulig å påvirke resultatet til noe positivt. Hjelpeløsheten og den tilhørende reduksjon i motivasjon vil være ansvarlig for de negative følelsene som preger depresjonen. Jo sterkere situasjonene oppleves som et personlig problem, jo større fare vil det være for tap av selvaktelse. Dersom situasjonen oppleves som et allment problem, vil det ikke få de samme konsekvenser for selvfølelsen. Mange av klientene til Samisk Ungdomspsykiatrisk Team manglet en positiv kulturell identifisering med egen samisk kulturbakgrunn. Mange av ungdommene følte seg som «dobbelte tapere» i den forstand at deres samiske kultur mangler status i det norske samfunnet, og de opplevde at de manglet kulturelle erfaringer og kjennetegn som kunne gi status innad i det samiske samfunnet. Utrygghet i egen identitet blir aktivert bl.a. i sammenheng med å reise bort for å ta den utdanning som vil være nødvendig for å få annet arbeid på hjemlassen. En stor del av PUT^s klientell mangler strategier for å mestre problemer som springer ut av slike forhold.

Arbeidsmarkedet i Finnmark er karakterisert av strukturell ubalanse. Arbeidsledigheten er høy innen primærnæringene, og innen industri og bygg- og anleggsvirksomhet, mens det er vanskelig å rekruttere til endel typer jobber som krever høyere utdanning. De omstruktureringene som nå skjer i primærnæringene i de samiske bosettingsområder innebærer en kraftig reduksjon i sysselsettinga innenfor disse næringene. Samisk kultur er nær knyttet til virksomheter innen primærnæringene. Raske omstillinger i primærnæringene kan derfor ses som urovekkende for den samiske kultur, såvel som for lokalsamfunn som for enkeltmennesker. Ut fra den betydning arbeidet har som identitetsskapende faktor for mennesker, og tatt i betraktning den høye arbeidsledigheten som er konstatert blant ungdom i disse områdene, må utviklingen betegnes som svært urovekkende.

I de fem Finnmarkskommunene utgjør andelen ungdom (15—30 år) av befolkningen mellom 20 og 30 %. Fylkesarbeidskontoret opplyser at omlag halvparten av de arbeidsledige (som er meldt til arbeidsformidlingen) i disse kommunene er under 30 år (1988). Gruppen 16 — 19 år følges lettest opp av arbeidsmarkedstiltak eller utdanning. Det er flest menn som har vanskeligheter med å finne arbeid. Tallene tyder på at de arbeidsledige under 30 år utgjør en voksende andel av antallet arbeidsledige. Det må dessuten regnes med en stor andel skjult arbeidsledighet innenfor primærnæringene. Arbeidsledig ungdom må kunne betraktes som en risikogruppe med hensyn til rusmiddelbruk og kriminalitet, særlig i et samfunn preget av sterke samfunnsmessige endringer og merkbare kulturelle konflikter.

Barnevernet rapporterer at det er et tiltakende problem med ungdom som ikke har fullført ungdomsskolen, og som blir gående uten arbeid og fritidstilbud. Det er også en økende arbeidsledighet blant ungdom som har fullført ungdomsskolen og ikke fortsetter på videregående skole. Det er sosialkontorene som fanger opp disse ungdommene, siden de ikke har tilstrekkelig oppsamlet poeng for å få arbeidsledighetstrygd. Sosialkontorene har få muligheter til å henvise dem til et passende tilbud. Det er lite muligheter for tilbud om arbeid eller skole, og det er lite fritidstilbud. Ungdommen bor hjemme, arbeider litt innenfor reindrift, jordbruk eller fiske, og «tar seg en fest iblant». Konsekvensen er at ungdommen befinner seg i et såkalt «ingenmannsland» uten faste tilknytningspunkter som arbeid eller bolig. Barnevernet og sosialkontorene har bemerket at den oppdragelse til selvstendighet som har vært vanlig og funksjonell innen de samiske primærnæringssamfunn i dagens samfunn fungerer som mangel på grensesetting i oppdragelsen. Dette eksisterer som et klart problem selv om det nok i større grad bør karakteriseres som et kulturelt problem eller et generasjonsproblem, enn et generelt grensettingsproblem. Flere faktorer virker sammen og fungerer som en mangel på ballast i ungdommens møte med alkohol og narkotika.

De elevene som frekventerte PPD-tjenesten var de med skulkeproblemer og adferdsvansker. Utagerende adferdsvansker og lav skolemotivasjon varierte som hovedårsak for henvisning til PPD-tjenesten, sammen med en viss selvmordsproblematikk. Risikogruppen hos PPD-kontorene var ungdom som ikke fullførte skolen. Skoleskulkerne hadde sammensatte problemer i form av ustabile hjemforhold, arbeidsledighet, m.m. PPD-tjenesten bemerket at lokalsamfunnene har vært i en vanskelig omstillingsprosess med arbeidsledighet og mindre ressurser til å skape en menigsfylt tilværelse for innbyggerne, noe som merkes først og fremst av ungdom.

Få ungdommer oppsøker arbeidskontorene. Dette kan ha flere årsaker. Mest sannsynlig er at ungdommen tenker at det ikke nytter, og at det uansett ikke finnes tilbud for dem. Dersom du er under 18 år og ikke har erfaring fra arbeidslivet, da utbetales ikke arbeidsledighetstrygd. Ungdommen er da henvist til sosialkontorene eller til barnevernet. Det er liten hjelp til å søke arbeid utenfor kommunene. Selv om arbeidskontorene kan gi tilbud om praksisplasser til endel av ungdommen i risikogruppen, så er dette langt fra tilstrekkelig.

Det kan være fruktbart å se de samiske samfunn i lys av det som skjer når den tradisjonelle sosiale solidariteten går i oppløsning. Sosiologen Emil Dürkheim er en av de mest anvendte teoretikere i moderne selvmorsforskning. Hans teori kan ses som bidrag til en allmenn samholdsteori. Tesen i «Selvmordet» er at der hvor den sosiale solidariteten er svak, vil selvmordsraten være hyppig, og der den sosiale solidariteten er sterk, vil selvmordsraten være lav. Den samiske kulturen har sett en overgang fra storfamilie til kjernefamilie. Det kan synes som om kjernefamilien ikke er istand til å oppfylle samme funksjon som storfamilien. Dürkheims hypotese kan bidra som forklaringsmodell ved at gjennom denne overgangen har den indre

sosiale solidaritet i den samiske befolkningen blitt lavere, og dette kan ifølge Dürkheim være utløsende i siste instans for selvmord. Skal man se selvmordstall i forhold til sterk eller svak sosial integrasjon, oppstår problemet med hva dette skal ses relativt til. I samisk sammenheng er det åpenbart at dette må ses i lys av avvik fra tradisjonelle forhold og verdier. Dette innebærer at de store endringer som har skjedd i det samiske samfunnet har skapt uro og utrygghet som en medvirkende årsak til den høye selvmordsraten. Det har fra samisk side vært gjort endel sammenligninger med Grønland og Alaska. Undersøkelser fra Grønland viser at selvmordsmønstrene tilsier at forskjellige slags tapsopplevelser og påvirkning av alkohol var medvirkende faktorer til selvmord. Grønland hadde i 1985 en selvmordsrate på 100 pr. 100.000. De personlige disposisjoner som ligger til grunn for selvmordet må likevel ikke underslås. Imidlertid kan det synes som om det i samfunn utsatt for sterke endringsprosesser og press fra et omliggende storsamfunn er en økt risiko for utrygghet og sårbarhet, og dermed en økt fare for selvmord som resultat. Undersøkelser fra Alaska viser også en høy selvmordsrate. Av årsaker blir det her pekt på hurtige kulturelle endringer, dårlig fungerende familier, personlig og mellommenneskelig stress ofte forårsaket av alkoholmisbruk, samt overveldende sorg skapt ved de mange dødsfallene hos familie og venner. Også i Alaska var det landsbyer med høy selvmordsrate og landsbyer som overhodet ikke var belastet med selvmord. I Alaska er det også klare indikasjoner på at de underliggende fakta som bidrar til selvmord og alkoholmisbruk er de samme. Det vil si ødeleggelse av tradisjonelle kulturelle, sosiale, familiære og økonomiske mønstre forårsaket av trykket fra en annerledes og dominerende kultur med andre verdier og en annen leve-måte. Dette bidrar igjen til en følelse av kraftløshet og forvirring, som igjen fører til selvdestruktiv adferd som alkoholmisbruk og selvmord. Alkohol blir i denne sammenheng en form for selv-medisinering som gjør at fortvilelsen blir midlertidig lettere. Fordi alkohol i store mengder er en depressant, så får alkohol også denne virkningen.

6.5 SAMISK UNGDOM OG IDENTITETSVALG

Utviklingen fra et tradisjonelt til et moderne samfunn betyr endringer i både familie- og arbeidsliv, og i det enkelte menneske. Holdningen til forandringer kan være avgjørende for hvordan unge mennesker håndterer det som på en gang kan innebære både nye muligheter og begrensninger. Det gamle og det nye liv skal forenes, og det er ofte knyttet store forventninger til de unge mht. utdanning, arbeid, bolig m.m., mens mulighetene til å oppfylle disse forventningene ikke alltid følger med. Når samfunn endrer seg svært hurtig, må den enkelte også gjennomgå en utvikling for å mestre tilværelsen.

Ungdommen er den livsfase hvor identiteten skal slå rot. Det skal tas stilling til gammelt og nytt, til samisk og norsk. Samisk ungdom opplever kultur møter på forskjellige arenaer, og håndterer dette på svært forskjellig vis. Måten de enkelte ungdommer opplever kontakten mellom majoritets- og minoritetskulturen på, blir ofte avgjørende for valg av identitet. Fortsatt er det slik at mange samiske ungdommer nedarver et negativt syn på seg selv. Dette er blitt uttrykt som utvikling av en «verken-eller-identitet», hvor man fornekter den samiske identiteten, men mangler den tilknytning som er nødvendig for å utvikle en norsk identitet. Et «tredje alternativ» har blitt brukt som betegnelse på det å velge bort eller legge lokk på etnisitet. Andre samiske ungdommer kommer ut av kultur møter og valg situasjoner ved å tilegne seg og kombinere verdier fra to kulturer. Man kan si de utvikler en «både- og identitet», ofte med en funksjonell tospråklighet, og hvor man føler seg trygg og mestrer det å forholde seg to kulturer.

Situasjonen for samisk ungdom er under stadig endring, og vil variere fra område til område. Samiske skoler og barnehager, kommuner med særskilte tiltak for samiske barn og unge, osv. gjør det lettere å velge en samisk identitet enn det var i en periode hvor fornorskningen sto sterkere. Man ser dette f.eks. ved at man har norsktalende samiske barn som har en klar etnisk selv-definisjon som same. På den annen side kan det være andre faktorer som gjør det vanskelig å være samisk ungdom i dag. Det kan være påvirkninger både fra det norske samfunnet og fra verdenssamfunnet bl.a. gjennom massemedia, som ikke gjør valget mellom kulturelle verdier særlig lettere. Situasjonen for samisk ungdom er fortsatt en valgsituasjon som vi vet vi lite om, og som er svært kompleks.

Det er ikke grunnlag for å trekke noen klare slutninger om samiske ungdommer og utviklingen av sosiale problemer, høyt alkoholforbruk eller selvmords- tilbøyeligheter, men det er et klart grunnlag for å se sammenhenger mellom etnisitet, kulturelle valg og psykisk helse hos samiske ungdommer. Dette på bakgrunn av de undersøkelser og vurderinger som er gjort i samiske områder, såvel som det vi vet om ungdom som lever under tilsvarende forhold i andre samfunn.

Man kan på flere områder se at verdier fra det tradisjonelle samiske samfunnet støtter sammen med kravene fra det moderne norske samfunnet. Dette kan gjelde familiens funksjoner, det kan gjelde verdier som å vise respekt for eldre og lytte til deres råd, å vise tilbakeholdenhet i forhold til andre mennesker, ikke snakke andre direkte imot m.m. Dette kan være andre verdier enn hva barn og unge møter i skolen og på arbeidsplassen. Om det ikke er sagt eksplisitt, så er det oftest disse andre verdier som belønnes i praksis. I det moderne samfunnet må det enkelte menneske forholde seg til langt flere roller, og det står langt mer alene med sine valg; her er det skjedd en stor grad av individualisering. En ventil for følelsene rundt dette kan være bruk av alkohol og rusmidler.

Akkulturasjon betegner en samfunnsutvikling hvor det foregår prosesser med tilpasning og utjevning mellom kulturer. Ofte medfører akkulturasjon forandringer i en eller begge kulturer. Dette medfører komplekse og uoversiktlige forhold. I samiske samfunn kompliseres situasjonen ytterligere av samenes minoritetssituasjon, og den historiske situasjon man har hatt med fornorskning i de samiske lokalsamfunn. De valgmuligheter som ligger i en samfunnsmessig situasjon hvor to kulturer møtes og tildels smelter sammen, kan framstilles som i tabell 1.1. På individnivå skal den enkelte ta stilling til to verdener, og til to sett av kulturelle verdier. Det kan fremstilles som å si ja eller nei til to spørsmål:

Fig. 6.1.

Kulturelle valg i en akkulturasjonsprosess.

Er det verdifullt å bevare den gamle kultur?			
		Ja	Nei
Er det verdifullt å leve i den nye kultur?	Ja	integrasjon	assimilasjon
	Nei	separasjon	marginalisering

De fire valgmuligheter tilsvarer fire måter å håndtere utviklingen på. Valgene henger sammen med den samfunnsmessige utviklingen, og blir bestemmende for lokalsamfunns såvel som enkeltpersoners skjebner og utvikling. Man kan anta at den stressbelastning som følger av valgsituasjoner for den enkelte øker i takt med opplevelser av konfrontasjoner mellom gammelt og nytt i samfunnet. Valgene er

midlertid ikke endelige, og de representerer ikke en statisk situasjon verken for lokalsamfunn eller for den enkelte.

Det har skjedd en individualisering av problemene og valgsituasjonene, som gjør at den enkelte same må lære å ivareta sine interesser på egen hånd, kanskje under utdanning langt hjemmefra, i en situasjon hvor familiens råd kanskje heller ikke ville være relevante. Rollen som mann er kanskje under sterkest endring. Kvinnen vil fortsatt ha en sterk identifikasjon med familie og hjemmiljø, og er dessuten den som er mest innrettet på verden utenfor lokalsamfunnet.

De kulturelle valgene er særlig merkbare i ungdommen. Identitetssøkingen skjer ofte som en prosess i flere faser. Identitetsfaser i ungdommens utvikling kan beskrives slik:

1. Uklar, påført identitet.
2. Etnisk identitetssøking.
3. Aksepterende, klarere og dypere tilhørighet.

Fase 1 oppviser en uklar etnisk identitet. Vi kan snakke om en påført identitet. Denne fasen sier noe om sosialisering i familie, barnehage og skole, og den kulturelle ballast som er resultat av oppvekstvilkår og påførte og nedarvede holdninger til identitet. Denne fasen framtrer i første del av ungdomstida, gjerne i 13 — 15-årsalderen. Det har til nå vært relativt få samiske barn og unge som har opplevd en trygg, tilskrevet tokulturell identitet. Det er å håpe at vi nå opplever en prosess med endrede oppvekstkår og identitetstyrking gjennom familie og nærmiljø, barnehage og skole, som gir en trygghet i samisk identitet, og med åpenhet overfor det nye allerede i barndommen.

Fase 2 betegner gjerne perioden fra 15 til 18 år. Det er en fase med identitetssøking og følelsesmessig bearbeiding i forhold til kulturelle valg. Det kan for eksempel innebære å måtte bearbeide foreldrenes negative erfaringer med det norske samfunnet, særlig det norske skolesystemet, og å utvikle en trygg samisk identitet. Både omstillingsprosesser i lokalsamfunnene og det å reise ut for å ta utdanning, krever tilegnelse av ny kompetanse hos ungdommene. De som mestrer situasjonen, er de som er seg bevisst sine identitetsvalg. Poenget er ikke så mye hva du velger, som at du velger.

Fase 3 innebærer en aksepterende og dypere tilhørighet til en kultur. Internaliseringen blir sterkere og mer fullstendig. Det er en fase med klarhet i forhold til etnisk identitet, og inntreffer gjerne i 18 — 20 -årsalderen. Ungdommene har valgt ledetråd for voksenlivet, og har oppnådd en etablert identitet og en etnisk og kulturell selvfølelse.

Identitetsvalg trenger ikke være endelige, men de kan være en stadig prosess. Det å ha «valgt norsk», eller virke «fornorsket» kan være en fase i en prosess med valg, og utprøving i forbindelse med dette. Valgprosessen kan også gi en periode med tokulturell ambivalens, som innebærer en følelse av skam over sin egen kultur, kombinert med en følelse av fiendskap mot den nye. Men valgprosessen kan like gjerne gi en periode med overdimensjonering av egen identitet, og en ekstremt etnosentrisk holdning i forhold til egen kultur. Å fremheve det positive i minoritetskulturen kan motvirke en følelse av underlegenhet i forhold til majoritetskulturen. Noen behersker det å utvikle forskjellige roller, og pendle mellom de to kulturer. Ikke alle gjennomgår alle faser. Noen har en ballast fra barndommen som gjør identitetssøkingen lettere, mens andre forblir i en fase med identitetssøking i en stor del av livet. Man må anta at en uavklart identitet, fortregning eller en stadig identitetssøken, kan skape problemer i et voksenliv i form av sykdom eller at man blir spesielt utsatt i sosiale stress- og krisesituasjoner.

Etnisitet oppleves og erfares i stor grad gjennom språket. Språkets diagnostiserende egenskaper er en viktig faktor for mange. Det å beherske to språk signaliserer tokulturell tilhørighet. De som ikke kan noe språk godt, er i en annen og mer utsatt posisjon med hensyn til å føle trygghet i og signalisere tilhørighet til en kultur. Tokulturell tilknytning kan oppleves adferdsmessig og holdningsmessig. Evnen til å evaluere og forholde seg til to kulturer er den holdningsmessige delen av det å være tokulturell. Den adferdsmessige delen er den synlige mestring av det å opptre i forhold til to kulturer. Den norske skolen har til nå stort sett fungert monokulturelt, idet den i liten grad har ivaretatt tokulturell læring, og det har heller ikke vært noen selvfølgelig lærdom fra den eldre til den yngre generasjon. Selvfølgelig har de kulturelle møter blitt hyppigere i moderne tid, men den ambivalens med hensyn til videreføring av egen kultur som fornorskningen har skapt hos samiske foreldre, har heller ikke skapt noe klima for videreføring av strategier for å mestre tokulturell tilknytning.

Samiske ungdommer har vært alene i sine valgsituasjoner. Det har vært få eller ingen steder å søke støtte. Dette er problemer og valgsituasjoner som samisk ungdom er alene om. Som ungdom av en etnisk og en kulturell minoritet, kan man si de har flere problemer og belastninger enn andre ungdommer. Likevel er det vanskelig å trekke slutninger til psykisk helse og psykiske problemer hos ungdommene. Det å leve i spenningsfeltet mellom to kulturer, og ikke mestre situasjoner med kulturelle valg over lengre tid, vil være en belastning. Samtidig vil de som mestrer situasjonen ha en styrke og en kulturell kompetanse som er spesiell for denne gruppen ungdom.

Det er registrert en overhyppighet av selvmord, angst og alkoholmisbruk i andre minoritets- og urbefolkningsgrupper. Vi har ikke grunnlag for å vite om det er forskjeller av stor betydning mellom den norske og den samiske befolkningen med hensyn til dette. Det er en antagelse at samisk ungdom med ambivalent identitetsforvaltning, de som «faller mellom to stoler» språklig og kulturelt, utgjør en risikogruppe. Her vil det være forskjeller innen de samiske områder, og det vil kunne skje store forandringer over tid.

6.6 UTPRØVING AV KLINISKE ARBEIDSMETODER SPESIELT I FORHOLD TIL SELVMORDSTRUET SAMISK UNGDOM I INDRE FINNMARK. PROSJEKT 1988—1989 VED BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK POLIKLINIKK (BUP) I KARASJOK

6.6.1 Utgangspunktet for prosjektet.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Karasjok igangsatte i perioden 1988—1989 et prosjekt om utprøving av kliniske arbeidsmetoder spesielt i forhold til selvmordstruet samisk ungdom i indre Finnmark. Bakgrunnen for prosjektet var situasjonen i Karasjok med høy selvmordshyppighet i ungdomsgruppen.

Utgangspunktet for prosjektet var lav kapasitet og behov for sterkere utadrettet oppsøkende virksomhet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Karasjok med sikte på å fange opp problemer i ungdomsgruppa tidligst mulig, og for å kunne gi et skikkelig behandlingstilbud.

Utprøving av kliniske arbeidsmetoder ble vurdert som spesielt viktig fordi psykiatrien er ung i Finnmark, den var ennå et tildels ukjent tilbud, og den representerte for samene et tilbud preget av norske verdier og holdninger. De forestillinger om psykiske lidelser som har røtter i tradisjonell samisk kultur kan nok også virke hemmende i forhold til å gjøre bruk av det psykiatriske hjelpeapparatet. Derfor vil «kontorpsykiatri» være vanskelig i samiske samfunn. BUP-Karasjok ønsket derfor

å utprøve utradisjonelle metoder og tilpasse disse befolkningen på en slik måte at det psykiatriske tilbudet ikke blir avvist.

Man var klar over at arbeidet ville kunne gjøres vanskelig ved at ungdomsgruppens problematikk var lite belyst fra før, man måtte anta at det hersket en mistillit til det sosiale hjelpeapparatet. Man visste at selvmord blir lite omtalt og diskutert i små samiske samfunn, og er i tillegg et tema som er uhyre sårbart. Prosjektet har dreid seg både om et helsefremmende arbeid i forhold til en totalpopulasjon, og om spesifikke intervensjoner i forhold til en gruppe ungdom med selvmordsproblemer. Dvs. BUPs intensjoner var å arbeide både med helsefremmende og forebyggende arbeid i forhold til befolkningens mentale helse.

Det behandlingsmessige perspektivet er hvorledes gripe inn i prosessene som selvmordene har skapt på en måte som virker forebyggende i forhold til nye selvmord. Det synes særlig vanskelig å gripe inn i disse prosessene i det samiske samfunnet, bl.a. fordi dette er samfunn tett sammenvevd gjennom kompliserte slektsmønstre. Dette gjør også at selvmordene har berørt store deler av det samiske samfunnet, og skapt følelsesmessige reaksjoner på mange og uoversiktlige plan. Dette er også en grunn til å betrakte hele ungdomsgruppen som risikogruppe med tanke på nye selvmord, og arbeide primærforebyggende ut fra dette perspektivet.

Det var endel felles kjennetegn som karakteriserte de som hadde begått selvmord. BUP oppsummerte at alle var ugifte. Felles var at de hadde opplevd en form for tap av egenverd eller tap av et kjærlighetsobjekt. I fem av tilfellene var det ingen signaler på forhånd. I ett tilfelle var det kraftige signaler som ikke ble tolket alvorlig av hjelpeapparatet. I noen av tilfellene kunne man i ettertid se at en forestående hendelse som kunne medføre skam og nederlagsfølelse medvirket til selvmordene. Ingen av selvmordene skyldtes psykotiske tilstander. BUP fant at alle selvmordene i Karasjok syntes å være forbundet med betydelige følelsesmessige frustrasjoner sammen med et betydelig sosiokulturelt innslag. BUP mente at det kunne synes som om tapsopplevelser i en minoritetskultur vil ha større betydning og være mer belastende enn i et storsamfunn. Dette er en hypotese som har betydning for hvilken form man skal velge for det forebyggende arbeidet.

6.6.2 Prosjektets funksjon i forhold til ungdomsgruppa

Når det gjelder tiltak og intervensjoner i forhold til selvmord i indre Finnmark, fant man tre tilnæringsmåter. Det var krisearbeid i forhold til gjennomført selvmord, klinisk arbeid i forhold til enkeltindivider, og helsefremmende arbeid i forhold til hele ungdomsgruppen. Prosjektet arbeidet som kriseteam i forhold til gjennomførte selvmord og med klinisk arbeid i forhold til enkeltindivider. Poliklinikkens materiale viser at i 1988 kom 45 % av alle nye klienter fra Karasjok i kontakt med poliklinikken utenom de tradisjonelle henvisningskanalene for 2. linjetjenesten. Gjennom prosjektet fanget man dette året opp over 70 % av alle nye selvhenviste klienter fra Karasjok. Dette viste at det å arbeide utradisjonelt med fokus på tilgjengelighet faktisk fanger opp klienter i større grad enn det 2. linjetjenesten vanligvis gjør. Disse klientene var heller ikke fanget opp av 1. linjetjenesten. Prosjektet fanget opp over 65 % av alle sakene med selvmordsproblematikk i 1988.

De fleste av klientene syntes det ville være stigmatiserende å ha samtaler på poliklinikken. Kontakten ville ikke vært oppnådd hvis ikke hjembesøk hadde vært brukt aktivt som metode. Prosjektet konkluderte med at å gjøre virksomheten tilgjengelig ved å flytte den ut fra poliklinikken, og i sterkere grad fokusere på medarbeiderrollen enn på ekspertrollen i kontakten med klientene, fungerte klart selvmordsforebyggende, idet man fanget opp klienter som ellers ikke ville tatt kontakt, eller som ville tatt kontakt på et senere tidspunkt.

Årsak til at klientene tok kontakt, var konflikter med politi, rettsvesen eller militære myndigheter, eller det dreide seg om betydelige familiekonflikter. Alle klientene hadde opplevd betydelige personlig tap i løpet av de seinere åra. Man mente i prosjektet at disse ikke ville tatt kontakt med hjelpeapparatet før krisen ble såpass overhengende at selvmord ville være svært nærliggende som problemløsende adferd.

Tilgjengelighet var klart avgjørende for å fange opp klienter som ellers ikke ville ta kontakt. Man konkluderte således med at det ga klare resultater å arbeide i team i form av oppsøkende virksomhet med en arbeidsform som gikk ut over den tradisjonelle psykolog-klientrollen, og at dette syntes spesielt viktig i forhold til ungdomsgruppene.

Prosjektet la også vekt på tilgjengelighet i forhold til utadrettet virksomhet overfor hele ungdomsgruppen, for å oppnå en indirekte forebyggende effekt på denne gruppen. Dette dreide seg om virksomhet i forhold til skolene. Dette foregikk i form av seminar om å fange opp kriser i skolen, foredrag om seksuelle overgrep, arbeid sammen med skole, sosionom og foreldre om temaet mobbing, deltagelse i skolens prevensjonsteam, arbeid i forhold til barnehagepersonale over temaer som adferdsavvik, depresjon hos barn, og generelt om takling av kriser hos barn. I en kommune ble det avholdt åpent møte om sorg og sorgreaksjoner. Prosjektet deltok sammen med en gruppe psykiatriske sykepleiere i sorggrupper i forbindelse med traumatiske dødsfall som tiltak for å forebygge langsiktige psykiske skader hos etterlatte. Prosjektet la vekt på å bidra med konsulentbistand til kommuner med selvmordsproblematikk. Generelt vil det være viktig at 1.linjetjenesten har kunnskap om hvordan selvmord kan takles i lokalsamfunnet. Man har derfor arbeidet med å gi erfaringene fra Karasjok videre til 1.linjetjenesten også i kommuner utenfor indre Finnmark.

6.7 SAMISK UNGDOMSPSYKIATRISK TEAM I FINNMARK

6.7.1 Bakgrunn, målsetting og organisering

Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP) i Karasjok fant gjennom sitt arbeid i 1980-årene at det var en omfattende rusmisbruk blant samisk ungdom, og at dette var et problem som krevde en særskilt innsats. Dette ble bekreftet gjennom et forprosjekt med et ungdomspsykiatrisk team i årene 1988 — 89, og gjennom det prosjektet for utprøving av kliniske arbeidsmetoder i forhold til selvmordstruet ungdom i indre Finnmark, som ble avsluttet høstet 1989. Det var behov for videreføring av dette arbeidet i et eget samisk ungdomspsykiatrisk team. Man ønsket at et fast kriseteam skulle være tilbud til den samiske befolkningen med personell både fra 1. og 2. linjetjenesten. Teamet skulle ha følgende funksjoner: 1.) å bistå i kriser, 2) å menneskeliggjøre det psykiatriske hjelpeapparat, og 3) å forebygge langsiktige psykiske skader hos voksne og barn som kan følge av kriser.

Samisk ungdomspsykiatrisk team (PUT) startet på dette grunnlaget sin virksomhet i 1990. Ungdomsteamet er en selvstendig enhet som er faglig og administrativt underlagt BUP. Det primære opptaksområdet er kommunene Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Tana og Nesseby. I tillegg skal teamet arbeide i forhold til samisk ungdom fra hele Finnmark. Den overordnede målsetting er behandling og rehabilitering av samisk ungdom med rusproblemer og psykiske problemer. Der nest har virksomheten som målsetting å gi et tilbud til ungdom i risikogruppen og til deres familier for å forebygge utvikling av alvorlig misbruk. Ungdomsteamet har hatt et spesielt ansvar for å følge opp prosjektet for utprøving av kliniske arbeidsmetoder i forhold til selvmordstruet ungdom i indre Finnmark.

PUTs primære målgruppe er rusmisbrukere fra 15 til 30 år. Alkoholmisbruk er den vesentligste rusproblematikken i denne målgruppen. Stoffmisbruk er ikke uvesentlig, men er ofte knyttet til alkoholmisbruk. Ungdommer som bruker narkotiske stoffer søker teamet i mindre grad. PUT har ønsket å utvikle arbeidsmetoder for i større grad å fange opp disse klientene. Teamet driver også klientrettet arbeid i forhold til selvmordstruet ungdom og deres familier, poliklinisk behandling av eldre ungdom med psykiatriske problemer, og ungdom med psykiske problemer eller tilpasningsvansker som er i en livssituasjon hvor utvikling av rusmisbruk må vurderes som en betydelig risikofaktor. Det har også vært behov for behandling av ungdom med psykiske problemer hvor rusproblemer kommer fram som mer indirekte, sekundære problemer. Teamet har også drevet rådgivning i forhold til foreldre til barn med rusproblemer.

6.7.2 Praktisering av målsettingen om tilgjengelighet

Samisk ungdomspsykiatrisk team er en 2. linjetjeneste med klientrettet arbeid som hovedarbeidsmåte. Klientene har fortrinnsvis vært henvist fra 1. linjetjenesten. PUT har på forskjellige måter forsøkt å ivareta ungdomsgruppens spesielle behov for tilgjengelighet. En gjennomført oppsøkende virksomhet har vist seg å være vanskelig å praktisere. Man har ønsket å satse på utvikling av samarbeidet med 1. linjetjenesten i kommunene, og har selv prioritert poliklinisk behandling i sin klientrettede virksomhet. Man har utviklet samarbeidsmøter med den primære helse- og sosialtjenesten i kommunene om klientsaker, faglige emner og samordningsspørsmål.

PUT har også forsøkt å ivareta ungdomsgruppens behov for tilgjengelighet ved å ta imot direkte henvendelser, ved prioritering av akutthenvendelser, ved å foreta poliklinisk behandlingskontakt hjemme hos klientene, og ved å gi muligheter for behandlingskontakt også utenom vanlig arbeidstid. Det har f.eks. vist seg at elever ikke tar kontakt med PUT i skoletida. Det syntes som om ungdommene fant det best å ta kontakt utenom sitt vanlige miljø. Man har derfor ønsket å utvikle et samarbeid med de som står i naturlig kontakt med ungdom i det daglige, nemlig lærere, rådgivere og den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjenesten (PPT), slik at disse kan formidle kontakt med ungdomsteamet når det er naturlig. Teamet har i en periode også drevet regelmessig veiledning til en ungdomsklubb i en av kommunene. PUT har arbeidet sammen med Skoledirektøren i Finnmark om opplæring i forebyggende arbeid i forhold til rusmiddelmisbruk på samisk i skolen. PUT har også søkt å drive utadrettet virksomhet gjennom aktivt informasjonsarbeid overfor både skoler og etater som sosialkontoret, politietaten og arbeidskontoret. Fra 1993 er det etablert faste samarbeidsmøter mellom PUT og Ravdojok behandlingssenter for rusmiddelmisbrukere, Voksenpsykiatrien i Lakselv, Familievernkontoret i Karasjok og BUP-Karasjok.

6.7.3 Erfaringer med klientgruppene

Det var en betydelig mindre forekomst av selvmord i Karasjok i 1989—90 enn i den foregående to-årsperioden. PUT oppdaget imidlertid gjennom sitt arbeid at en betydelig andel av klientene hadde selvmordstanker eller -forsøk som en del av sin problematikk. Dette framkom i samtaler hvor dette ikke var den primære henvisningsgrunn. Flere av klientene var jevngamle med og venner med ungdom som hadde tatt sitt liv de siste årene. Nærheten til flere selvmord på kort tid i et lite og oversiktlig miljø syntes å ha senket terskelen for å tenke seg samme utvei. PUT har derfor sett det som et viktig forebyggende arbeid å bearbeide disse tankene hos kli-

entene. Temaet har vært tatt opp i enkeltsamtaler med klienter, og det har vært et tema i kontakten med 1. linjetjenesten med henblikk på bevisstgjøring på risikosituasjoner.

Den hardest belastede klientgruppa har vært unge menn. Her fant man omfattende rusmiddelmissbruk, og det var forekomst av selvmordstanker. Ungdommene var preget av mangelfull skolegang, skiftende og sviktende omsorgsforhold under oppveksten, tilpasningsvansker og småkriminell aktivitet. De hadde dårlige framtidsutsikter med hensyn til fast arbeid på hjemstedet. De viste seg å være svært avhengige av å være i hjembygda, og hadde sterk motstand mot å reise ut, f.eks. i forbindelse med skolegang, arbeid eller militærtjeneste.

Tar man 1991 som et eksempel, viste det psykiatriske ungdomsteamets erfaringer at over 80 % av klientene hadde samisk kulturbakgrunn. Omlag 55 % var samiskspråklige eller tospråklige. Over 60 % av klientene var i aldersgruppen 13 — 24 år. Over 80 % av de henviste i gruppen under 18 år var jenter, mens i gruppen 19 — 24 år var nesten 60 % menn. En stor del av klientene er fra Karasjok. Dette henger sammen med at teamet er etablert i Karasjok, og brukes aktivt av ungdommen og av 1.linjetjenesten i kommunen. Det henger også sammen med oppfølgingen av selvmordsprosjektet i kommunen. Man ønsker å rette informasjonsarbeid også inn på ungdommene i de andre indre- Finnmarkskommunene. Målet er å utvikle et godt samarbeid med vekt på tilgjengelighet og rask utrykning. Hyppigste henvisningsinstanser er kommunelege og klientene selv. Dette indikerer et godt samarbeid med primærhelsetjenesten, at PUTs utadrettede arbeid med bestrebelser om maksimal tilgjengelighet har fungert brukbart.

De viktigste henvisningsgrunner når det henvises fra klienten selv er angstproblemer, rusmiddelbruk og selvmordsfare. En klient kan registreres på angstproblemer dersom alkoholmissbruk vurderes som sekundært til angsten. Viktigste henvisningsgrunn når det gjelder klientens miljø er familiekonflikter og seksuelle overgrep. Den siste henvisningsgrunnen forklarer at det er en overvekt av jenter i den yngre aldersgruppa.

Når det gjelder klientenes hoveddiagnose, er det flest med alkoholisme/rusproblematikk. Selv om alkoholisme/rusproblematikk topper statistikken, så har man i de fleste saker hvor rus er involvert ført opp, andre diagnoser som hoveddiagnose. Dette gjelder der hvor man har sett en psykiatrisk grunnlidelse som det primære problemet, og hvor alkoholproblemet er betraktet som sekundært til dette. I mange av sakene arbeides det med rusproblemer som tilleggsproblemer til den psykiatriske lidelsen.

Når det gjelder kliniske psykiatriske diagnoser ut fra psykososiale forhold, utgjør mishandling og seksuelt misbruk nesten 30 % av diagnosene. Dette er et høyt tall sett i forhold til landsgjennomsnittet. Mange av disse klientene har tildels store problemer med alkohol, og kjennetegnes av psykiske problemer som angst og depresjon som følge av overgrepene. Disharmoniske hjemmeforhold kjennetegner hele 22.6 % av sakene. Dette indikerer at familiebehandlingsmetoder er viktige for det psykiatriske ungdomsteamet.

6.7.4 Satsingsområder og forebyggingsstrategier. PUTs egne vurderinger

PUT vurderer det som sitt viktigste satsingsområde framover å tilføre 1. linjetjenesten kompetanse i forhold til metoder for tidlig intervensjon og kartlegging når det gjelder rusmiddelbruk hos ungdom, fortrinnsvis gjennom veiledning og undervisning. PUT mener at det samarbeidet som etterhvert er etablert i opptaksområdet bør ha lagt forutsetninger for tidlig intervensjon som arbeidsmetode. Det vil være spesielt ønskelig å nå de yngste aldersgruppene 15 — 25 år med denne metoden.

For å nå en slik målsetting ønsker PUT å satse på forebyggende prosjekter sammen med 1. linjetjenesten, samt legge vekt på oppsøkende virksomhet der ungdom er, i skoler og ungdomsklubber. Et slikt arbeid bør være under fortløpende evaluering og utvikling.

Både i forebyggende og behandlingmessig sammenheng er det en stor utfordring å bidra til å styrke folks muligheter for å utvikle en trygg identitet basert på deres egen kulturbakgrunn og faktiske livserfaringer. Dette forutsetter at forholdene legges til rette for å gi samisk språk og kultur den nødvendige gyldighet og status, og at det innad i det samiske samfunnet blir mulig å forme en legitim samisk identitet ut fra forskjellig erfaringsgrunnlag. Ungdommens problemer må løses på flere plan, ut over rene behandlingstiltak. Ungdommen bør få hjelp til å se sine problemer i perspektiv. Selvmord eller alkoholmisbruk kan ses som destruktive forsøk på å finne individuelle løsninger på problemer som er heller samfunnsmessige av karakter. Samfunnspsykiatrisk og transkulturell tenkning og forståelse må trekkes inn som del av løsninger. Ungdom må få tilbud om samtaler med en psykiatrisk tjeneste for å bearbeide problemene. Funksjonene til et ungdomsteam bør gå ut over ren akutt hjelp, og det må legges stor vekt på forebyggende arbeid.

6.8 TJENESTENE FOR UNGDOM MED RUSPROBLEMER, EN SPØRREUNDERSØKELSE I FINNMARK I 1989

Som ledd i Samisk Ungdomspsykiatrisk teams virksomhet i forsøksprosjektperioden 1988—1989 ble det i 1989 foretatt en spørreundersøkelse, og oppsummert manglene ved de forskjellige tjenester for ungdom med rusmiddelproblemer:

- Forebyggende arbeid blant barn og unge er lavt prioritert i de fleste kommuner, og forekommer sjelden.
- Forvern og ettervern er lite utbygget, og det er liten kontinuitet mellom 1. og 2. linjetjenesten med f.eks. institusjonstilbud.
- Det eksisterer intet spesialisert tilbud til unge rusmisbrukere annet enn den begrensede hjelp som BUP, voksenpsykiatrien og Ravdojok Behandlingscenter kan gi.
- De fleste instansene savner polikliniske hjelpetiltak overfor stoff- og rusklienter, og en helhetlig tiltakskjede.
- Rusmisbrukere er ressurskrevende klienter og gis liten behandlingsrettet oppmerksomhet.
- Saksmengden ved sosialkontor og barnevern har økt så sterkt de siste årene at klienter med rusproblemer ofte kommer bakerst i køen.
- Hjelpemiddelet er lite samordnet.
- Ansvar for narkotikaspørsmål faller mellom kommunen og fylkeskommunen. Det er lite avklart, slik at det oppstår samordnings- og styringsproblemer.
- Det eksisterer ingen utekontakt eller feltarbeidere innen 1.linjetjenesten til å fange opp ungdom med problemer.
- Det er få treffsteder for ungdom mellom 16 og 18 år. (Ungdomsklubben rekrutterer yngre deltakere).

Et gjennomgående problem var mangelen på fagfolk i etatene i kommunene. Man må arbeide for å løse problemene med tilførsel av ressurser, i første rekke de personmessige. Særlig vanskeligstilt er sosialetaten. Situasjonen vanskeliggjør samarbeid mellom etater og utviklingen av effektive behandlingstilbud.

Fra kommunene kom det klare signaler om behov for konsulenthjelp i ungdomsspørsmål. Man uttrykte behov for en form for poliklinisk konsultasjon med råd og veiledning som også kunne fungere som en henvisningsinstans. Kommu-

nene ønsket også umiddelbare ressurser, som f.eks. en psykolog, knyttet direkte til 1. linjetjenesten.

Det gikk videre fram av spørreundersøkelsen at det eksisterer et behov for institusjonsplasser og rusmiddelkollektiv for samer og samisktalende ungdom som ledd i en behandlingsskjede. Man må også finne måter å fange opp ungdom som «drifter» til Alta, Tromsø og Oslo. BUP-Karasjok fant at dette innebar et behov både i 1. og 2. linjetjenesten om et tverrfaglig poliklinisk behandlingstilbud, med kliniske, koordinerende og forebyggende funksjoner, og konstaterte at det forelå behov for et tverrfaglig sammensatt team med samisk språk og kulturkompetanse. Forskjellige modeller ble skissert for hvordan et tverrfaglig team skulle arbeide i disse kommunene, og resultatet ble Samisk Ungdomspsykiatrisk Team, som startet opp sin virksomhet ved inngangen til 1990.

6.9 FYLKESKOMMUNAL PLAN FOR RUSVERNET I FINNMARK

Fylkeskommunal plan for rusvernet i Finnmark (1993) fastsår følgende målsettinger med rusvernet i Finnmark:

- Fylkeskommunen og kommunene skal yte mer helhetlige tjenester i forhold til forebygging, bolig- og omsorgstiltak, rehabilitering- og behandlingstiltak.
- Individuelt tilpasse tiltak, og behandling bør skje i klientens nærmiljø, og som en del av oppgavene til kommunenes helse- og sosiale apparat.
- Økt satsning på forebyggende arbeid og tidlig intervensjon.
- Styrke kompetansen innen rusvernet.
- Et styrket samarbeid på tvers av etatsgrenser og forvaltningsnivåer.
- Et bedre tilbud til den samiske befolkning, kvinner og ungdom.

Finnmarksklinikken (Ravdojok Behandlingssenter) i Karasjok kommune er Finnmark fylkes eneste spesialinstitusjon for voksne rusmisbrukere. Institusjonen skal betjene hele fylkets befolkning, og har et spesielt ansvar for å ivareta, utvikle og gi et behandlingstilbud til samer. Institusjonen har 15 behandlingssplasser, og tar imot misbrukere av begge kjønn og med alle typer rusmiddelproblemer. Klientene får tilbud om 6 ukers klinikkopphold hvor gruppeterapi ansees å være den primære terapeutiske intervensjon.

Finnmarkskollektivet skal gjennom et bo- og arbeidsfellesskap gi et helhetlig tilbud til ungdommer mellom 18 og 25 år med rusproblemer, eller som er i faresonen for å få rusproblemer. Ungdommens problematikk må være så komplisert at det ikke lar seg løse lokalt. Finnmarkskollektivet bygger sin ideologi på følgende sentrale begreper: levefellesskap, arbeid, forandring.

I Finnmark finnes det i dag tre voksenpsykiatriske poliklinikker med regionansvar for øst-, vest- og midtfylket. De er plassert ved lokalsykehusene i Kirkenes og Hammerfest, og ved Porsanger Helsetun i Lakselv. Poliklinikkens målsetting er at disse skal ha en sentral rolle i forhold til desentralisert psykiatri, yte tjeneste og behandling, samt veiledning til befolkningen og fagpersonell i sitt område. Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) i Karasjok spesielt innrettet på behandling og rehabilitering av samisk ungdom. Med unntak av dette teamet er det ingen rusrelaterte polikliniske stillinger i 2. linjetjenesten.

Fylkeskommunens plan slår fast at det eksisterende tilbud er omfattende, og at antall institusjonsplasser og poliklinikker burde være tilstrekkelig for å dekke det behov Finnmarks befolkning har på 2.linjenivå. Det påpekes derfor spesielt behovet for faglig styrking av det eksisterende tilbud på 2.linjenivå, kompetanseheving, og større samordning på tvers av forvaltningsnivåene. Fylkesplanen kommer også

inn på behovet for et nærmere samarbeid mellom rusmiddelomsorgen og voksenpsykiatrien i fylket.

Planen tar opp flerkulturelle hensyn og spesielle forhold i samisk kultur. Faktorer som to-kulturell tilhørighet og majoritets/minoritetsforhold, samt endring av livsmønstre nevnes som viktige aspekter. Planen fastslår at erkjennelsen av kulturspesifikke forhold og problemstillinger må få følger for forebyggende og kurativt arbeid også innen rusvernet.

Det sies bl.a.: «Innenfor det forebyggende arbeid dreier deg seg om på den ene siden å ta vare på/bygge opp igjen de sosiale nettverk i den samiske kulturen, og på den andre siden å nå fram med saklig informasjon. I det kurative arbeidet er oppgaven å gjøre ulike behandlingstilbud mer tilgjengelig for den samiske kulturen, der en legger stor vekt på familiebehandlingsprinsippet. Dette krever at hjelpeapparatet besitter nødvendige kunnskaper om samisk språk og kultur.»

I Helseregion 5 er det etablert et nytt rusfaglig utdannings- og forskningsråd (RUF). Der er både Troms, Nordland og Finnmark fylkeskommune representert. Rådet vil arbeide for å gi et videre- og etterutdanningstilbud som flest mulig kan dra nytte av, samordne og bruke de ressurser som finnes i regionen.

Statens Utdanningskontor i Finnmark har egen rusmiddelkonsulent. Målgruppen for denne er elevene ved grunn- og videregående skole. For å nå frem til denne målgruppen, legges det vekt på skolering av lærerne i holdningsskapende og rusforebyggende arbeid ved alle fylkets skoler. Spesielt vektlegges rusmiddelundervisning på samisk med samisk materiell i alle samiske skoler i Finnmark, likeledes utvikling av læreplaner for rusmiddelundervisningen ved alle skoler i fylket. Etter at rusplanen ble vedtatt har bl.a. følgende skjedd:

- Finnmarksklinikken har idag 10 behandlingss plasser
- Finnmark fylkeskommune har startet opp kompetansehevingsprogrammet ovenfor kommunene
- Det gis tilbud på samisk ved Finnmarksklinikken idag, det er 2 samisktalende behandlere
- Samarbeidet i Helseregion V er godt igang, jfr. tidligere tilsendt vedtak om Nordlandsklinikken og Finnmarksklinikkens rolle i forhold til kompetanse på rusmiddelproblematikk og etniske grupper
- Finnmarkskollektivet og Finnmarksklinikken er utpekt til å ta imot klienter innlagt ved tvang

Fremtidsperspektiver på andrelinjetjenesten i Finnmark

Finnmark fylkeskommune har også skissert fremtidsperspektiver på andrelinjetjenesten i Finnmark.

I de psykiatriske poliklinikkene (barn og voksne) er det et mål å behandle klienten i dennes nærmiljø. Med utgangspunkt i dette, er det nærliggende å vektlegge utbygging av poliklinikkene. De bør bli istand til, faglig og bemanningsmessig, å utføre oppgaver innen rusvernet. Poliklinikkene bør få større mobilitet. De bør kunne gi tverrfaglig bistand til enkeltklienter i klientenes lokalmiljø, og samtidig stå til disposisjon for 1.linjetjenesten i dennes arbeid med oppgaver innen rusvernet.

Sammenhengene og årsak/virkningsforholdene mellom rusmiddelmisbrukproblemer blant voksne er så omfattende at de voksenpsykiatriske poliklinikkene bør ha som et av sine hovedmål å ivareta rusmiddelperspektivet i alle arbeidsoppgaver og arbeidsområder. (St.meld. nr. 69 (1991— 92).

Viktig for hensiktsmessig utnyttelse av ressursene må også være at man forlater den båstenkning særlig psykiatrien er kritisert for. Det er sterkt ønskelig, også fra

kommunehelsetjenesten, at rusmiddelmissbrukere ikke blir ekskludert fra et tilbud fra poliklinikkene. Det er derfor et viktig mål at de psykiatriske poliklinikker tar et større ansvar og påtar seg flere oppgaver i denne sammenheng, både når det gjelder den enkelte klient, dennes familie og pårørende. Dette gjelder såvel voksenpsykiatrien som barne- og ungdomspsykiatrien.

Poliklinisk behandling vurderes som det beste behandlingsalternativ for barn og ungdom. Institusjonsinnleggelse bør kun skje når tiltak i 1. og 2.linjetjenesten ikke er tilstrekkelig. En av oppgavene til BUP bør være å informere foreldre om hvilke konsekvenser høyt forbruk av rusmidler blant foreldrene har for barna/ungdommene.

Poliklinikkene skal kunne:

- gi tjenester til rusmiddelmissbrukere og deres familie
- gi veiledning til 1.linjetjenesten
- være et bindeledd mellom 1.linjetjenesten og institusjonene
- være sentral i arbeidet med tidlig intervensjon på sykehusene.

De voksenpsykiatriske poliklinikkene bør kunne gi behandling i krisesituasjoner, bidra med råd, veiledning og langtids poliklinisk behandling, delta i ansvarsgrupper og generelt forebyggende arbeid. Den skal bistå kommunene i samordning av tiltak, og være ansvarlig for utvikling av samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. En styrking av de voksenpsykiatriske poliklinikkene vil bidra til at poliklinikkene i større grad kan se hele familien som en enhet.

Samisk Ungdomspsykiatrisk team (PUT) bør fortsatt drive oppsøkende virksomhet, poliklinisk behandling og veiledningsbistand til forvaltningsområdet for samisk språk. I en kartleggingsfase, eller når det av faglige grunner blir vurdert trengende, bør PUT kunne ha mulighet til å disponere noen sengeplasser ved Finnmarksklinikken /Ravdojok Behandlingscenter. Institusjonen er døgnbemannet, og ligger geografisk gunstig i forhold til PUT.

Finnmarksklinikken (Ravdojok Behandlingscenter) skal gi et differensiert behandlingstilbud, både indre klinisk og poliklinisk. Det heter at institusjonen skal bli et kompetansesenter for den samiske befolkning i behandling av rusmiddelmissbruk, og at det må arbeides aktivt med at språk og sosiokulturelle forhold ikke fungerer som barrierer for kommunikasjon og behandling. Institusjonen bør i tillegg kunne gi et poliklinisk tilbud om behandling til samiske rusmiddelmissbrukere og/eller rusmiddelmissbrukere fra indre Finnmark ved behov. Dette må skje i samarbeid med PUT og de psykiatriske poliklinikkene. Det vil også være aktuelt å vurdere gruppeinntak av samisktalende klienter.

Institusjonen skal videre gi råd og veiledning i forhold til:

- konkrete klientsaker
- forespørsel fra kommunene og andre faginstanser
- forespørsler omkring rusmiddelproblematikk fra enkeltpersoner og grupper.

Ved siden av dette vil det være nødvendig å drive kursvirksomhet både ved institusjonen og i kommunene. Intensjonen med denne virksomhet vil være å tilføre fagpersonell økt forståelse når det gjelder fenomenet rusmiddelavhengighet, kartleggings- og identifikasjonsproblematikk og minimalintervensjon.

Institusjonen er tenkt å tilby praksisplasser til utdanningsstedene innen sykepleie, sosionomutdanning og andre helse- og sosialfaglige utdanninger. Den bør utvikle særskilt kompetanse med utgangspunkt i den samiske befolkning og minoritetskultur. I denne sammenheng bør det etableres et samarbeid med Nordlandsklinikken, Finnmark Distriktshøgskole, Samisk høgskole og Universitetet i Troms. (St.meld. nr. 69 (1991—92)).

Når det gjelder kompetanseoppbygging for institusjonen, bør helse- og sosialfaglig personell gis mulighet til å skaffe seg relevant kompetanse i psykiatri og familiebehandling, såvel som kompetanse i forhold til arbeid i transkulturelt samfunn.

Fremtidsperspektiv på førstelinjetjenesten i Finnmark

For å skaffe objektiv informasjon om rusmiddelmissbrukets omfang i fylkets kommuner, har fylkeshelsesjefens kontor besøkt alle kommunene i fylket som endel av forarbeidet til planen for rusvernet. Et utvetydig inntrykk er at problemet/forbruket av rusmidler er betydelig, og at problemkomplekset er mangfoldig. Alkoholmisbruk ansees å være det største problemet.

Inntrykket er at det i alle kommunene er vilje og ønske fra helse- og sosialpersonell om en høyere prioritering av rusvernet i kommunene. Det er spesielt forebyggende arbeid, på tvers av etats-/sektor- og forvaltningsnivåer som ble nevnt. Likeledes et sterkt ønske om kompetanseheving på området, både i forhold til å se problemet tidlig, og iverksetting av tiltak i klientens nærmiljø. Alle kommunene var opptatt av at opphold på institusjon alene ikke ville hjelpe en rusmiddelmissbruker, men at oppfølging i hjemkommunene er svært viktig.

Teoretisk og praktisk kunnskap og anvendbare arbeidsmodeller for førstelinjetjenesten er en av forutsetningene for en styrking av nærmiljøbasert rusmiddelomsorg. En samordning (formalisert samarbeid) av de tjenester som finnes i kommunene er avgjørende for bedre utnyttelse av eksisterende ressurser. Ressursene finnes, det som blir nødvendig, er å etablere fora hvor rusmiddelmissbruk og hva det innbefatter, settes på dagsorden. Etablering av rådgivende utvalg i kommunene, eventuelt interkommunalt, er en vei å gå.

Planutvalget ser at det er behov for en samordnet innsats innen forebyggende arbeid, behandling og oppfølgingstiltak, hvis en målsetting om en mer helhetlig og bedre rusomsorg skal kunne nås.

En samordning mellom forvaltningsnivåene vil gi:

- Gjennom kjennskap til 1.linjetjenestens arbeid kan man utvikle et institusjonstilbud som er bedre tilpasset det reelle behov.
- 1.linjetjenesten blir bedre kjent med institusjonene og blir bedre i stand til å komme med realistiske bestillinger til institusjonene.
- økt mulighet til å finne lokale løsninger og at unødvendige institusjonsinnlegger unngås.
- unngå at institusjonene lever sitt eget indre liv og stagnerer i sin utvikling.
- etablering av rehabiliteringsopplegg i kommunene.

En samordning internt i kommunene vil gi:

- Samarbeidsmønstre med overføringsverdi til videre arbeid
- økt kunnskap i 1.linjetjenesten om rusproblematikk
- bedre utnyttelse av eksisterende ressurser
- bedret livssituasjon for rusmiddelmissbrukere som velger å leve et liv som rusmiddelmissbruker (f.eks. i regi av hjemmebasert omsorg).

6.10 DET NASJONALE PROGRAMMET FOR FOREBYGGING AV SELVMORD I NORGE

Det nasjonale programmet for forebygging av selvmord i Norge ble vedtatt høsten 1993. Det vil ventelig være sentralt i det videre arbeidet med å forebygge selvmord i Norge. Det ligger bl.a. til grunn for det pågående arbeidet med handlingsplan mot

selvmord. Å minske selvmordshyppigheten er et av WHO's delmål i strategien for helse for alle innen år 2000. Gjennom handlingsplanen skal den statlige innsatsen i det handlingsforebyggende arbeidet bli mer koordinert og målrettet. Målsettingen for handlingsplanen er å hindre at mennesker som kommer i eksistensiell krise begår selvmord, og å gi selvmordstruede mennesker riktig og rask hjelp og behandling. Handlingsplanen skal gå over 5 år, og ble iverksatt i 1994. Handlingsplanen konsentrerer seg om noen innsatsområder. Disse knytter an til hvordan vi skal få til en styrket og bedre koordinert statlig innsats for å forebygge selvmord, og hvordan vi kan legge til rette for en etablering og styrking av regionale ressursmiljøer ved universitetene. Det legges opp til en styrket innsats innen forskning og en bedret undervisning og utdanning for alle som gjennom sin virksomhet arbeider forebyggende mot selvmord. Handlingsplanen legger opp til en styrking og en bedre koordinering av de tiltak som settes inn for selvmordstruede mennesker.

Programmet beskriver psykologiske/psykiatriske faktorer, biologiske faktorer og psykososiale risikofaktorer som årsaksforhold, men vektlegger de psykiske lidelsene. Depresjoner har fått en framtrødende plass i beskrivelse av årsaksforhold, og i forhold til forebyggingsstrategier. Utredningen slår fast at man må øke oppmerksomheten på kombinasjonen av alkohol- og stoffmisbruk og psykiatriske diagnoser. Det hevdes at alkoholmisbruk er en viktig risikofaktor for selvmord. Det vises til at minst 1/3 av alle som har begått selvmord hadde hatt diagnosen alkohollisme. Dessuten er 30—50 % alkoholpåvirket når de begår selvmord. Programmet peker også på at de ansatte ved sosialkontorene ofte har liten psykoterapeutisk erfaring, slik at de har begrensede muligheter til å vurdere selvmordsfare.

Av psykososiale risikofaktorer beskriver programmet kriser, forhold blant eldre, barn og ungdom (selvdestruktiv adferd), studenter og andre under utdanning, og problemer som vokser fram i institusjoner som fengselsvesenet, Forsvaret, blant innvandrere og i minoritetsgrupper, samt forhold som sosial isolasjon, arbeidsledighet og dårlig sosialt nettverk.

Programmet trekker fram nødvendigheten av utvikling av selvfølelse og trygghet hos barn, og slår fast at det er en sterk økning av selvmord blant ungdom. Det fokuserer i denne sammenheng på risikofaktorer som misbruk av alkohol og narkotika. I omtalen av immigranter og minoritetsgrupper vises det til en høyere selvmordsrate blant immigranter, selv om dette ikke er undersøkt blant innvandrere i Norge. Det vises til at Norge har tatt imot barn og unge fra andre kulturer, og at situasjonen rommer alvorlige anslag mot identitet og mestring. Tap av relasjoner og tap av tilknytning til hjemlandet framheves som viktige faktorer. Det fastslås at summen av belastningene gjør dette til en høyrisikogruppe for suicidal adferd. Programmet viser til Grønland som eksempel på at det ved store kulturelle endringer kan forekomme meget høye selvmordsrater. Forholdene for den samiske folkegruppe i Norge behandles imidlertid ikke spesielt.

Virkemidlene i programmet relateres til beskrivelsen av årsaksfaktorene. Det legges stor vekt på psykiske lidelser og behandling av depresjoner. I forhold til alkohol- og stoffmisbruk anbefaler programmet at de generelle forebyggingsstrategiene som er utviklet innen rusmiddelomsorgen bør følges. En sammenhengende tiltakskjede som omfatter behandling, ettervern og sosialt nettverk, bør styrkes, og et særlig ansvar legges til Rusmiddeldirektoratet. Programmet slår fast at det er behov for bedre diagnostikk av selvmordsfare med hensyn til misbrukere som er spesielt i faresonen for selvmord, og at selvmordsfare bør foranledige utvidet omsorg.

Det pekes også på behovet for en større innsats når det gjelder oppfølging etter selvmordsforsøk. Programmet foreslår bl.a. styrket behandlingsskapasitet for pasienter der det foreligger selvmordsfare, og behovet for å bedre samarbeidet mellom

1. og 2. linjetjenesten i forbindelse med poliklinisk behandling. Rutiner for å forebygge selvmord foreslås gjennomgått. Programmet viser til at det er behov for bedre opplæring i hvordan man skal fange opp personer som blir selvmordstruet i forbindelse med selvmord.

En trygg og stabil oppvekst framheves som det viktigste primærforebyggende tiltaket overfor barn. Programmet foreslår iverksetting av støttetiltak for barn som på bakgrunn av omsorgssvikt viser psykososial skjevutvikling. Programmet foreslår at barnevernets tiltaksarbeid generelt og samarbeid mellom barnevern og helsesøster- og psykologitjenesten bør styrkes. Nettverksorienterte tiltak er fremhevet som viktige for å motvirke sosial isolasjon, og for å skape helsefremmende livsvilkår. Tiltak innen miljørettede forebyggende tiltak var innrettet mot å bedre sosiale nettverk.

For innvandrere og minoritetsgrupper anbefales etablering av et senter med spesialkompetanse overfor asylsøkere og flyktninger som trenger psykiatrisk behandling, og styrking av psykosialt senter for flyktninger.

Programmet sier at de lokale selvmordsteam bør ha samarbeidslinjer (toveis) til familievernkontoret, og etablere kontakt i samråd med klientene. Programmet tilrår at «Bærumsmodellen» vurderes i denne sammenheng. Når det gjelder skolen, anbefales virkemidler på ulike områder, skolering av skolehelsetjeneste, PP-tjeneste og lærere, styrking av elevenes sosiale ferdigheter, selvmord som temaundervisning for elever, tiltak for risikoelever, tiltak ved selvmordsfare, tiltak ved selvmordsforsøk, tiltak etter gjennomført selvmord, lærerens rolle, PP-tjenestens og foreldrenes rolle.

6.11 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

Hovedmål: Integrasjon av risikogrupper blant samisk ungdom som en ressurs for det samiske samfunnet
Delmål: Utvikling av forebyggings- og behandlingsstrategier som er spesielt innrettet på samisk ungdom, og som sikrer at de møtes av et hjelpeapparat med relevant språklig og kulturell kunnskap

Vi vet ikke hvor stort totalkonsumet av alkohol er i Finnmark, og vi vet heller ikke om det er forskjeller i konsum mellom de etniske gruppene i fylket. Vi har heller ikke slike opplysninger om andre fylker. Vi vet heller ikke i hvilken grad alkoholkonsum og omfanget av problemdriking i kommuner som Kautokeino og Karasjok er representativt for andre samiske kommuner. Det er lite data som kan si noe om dette. Kommunene i Finnmark er svært ulike m.h.t. etnisitet, næringsstruktur, bosettingsstruktur, grad av arbeidsledighet o.s.v. Ikke minst er det store regionale variasjoner i forholdet mellom de ulike etniske gruppene, dvs. i hvor stor grad kulturkontakten er preget av kulturkonflikt. Det er også store variasjoner i de samiske næringstilpasningene fra kommune til kommune. Vi må regne med å finne svært ulike forhold i innlandskommunen Kautokeino, regionsenteret Alta, fjordkommunen Porsanger og den gamle kyst- og fjordkommunen Sørøysund. Vi kan derfor med stor sannsynlighet si at vi vil finne ulike typer problemer fra område til område. Det vil derfor være viktig å få kartlagt disse forskjellene med tanke på å utvikle strategier for forebyggende arbeid.

Det kan ikke påvises noen enhetlig forklaring på selvmordene i Finnmark. Det har vist seg at høyt alkoholforbruk også spiller inn i sammenheng med selvmordene. Årsaksforklaringene til selvmordene skiller seg ikke vesentlig ut fra det som kan påvises i de fleste andre samfunn. Samtidig ser vi at andre minoritets- og urbefolkningsgrupper har lignende problemer med stort alkoholbruk og høy selvmordsrate. Disse samfunnene er alle belastet med kulturelle og samfunnsmessige endringer som har brutt opp tradisjonelle livsformer. Flere generasjoner med undertryk-

kelse av egen verdi kan føre til helsemessige skader i form av mindreverdsfølelse og psykiske vanskeligheter. Dette er forhold som totalt skaper et særskilt høyt belastningsnivå. Denne kompleksiteten rundt selvmordsproblematikken gjør det spesielt vanskelig både å fange opp problemet, å gi behandlingstilbud og å forebygge problemet. Det vil også være spesielt viktig med et tilpasset behandlingstilbud i slike samfunn.

Undersøkelser viser at arbeidsledighet ofte gir alvorlige konsekvenser for de som blir rammet. Den kan virke passiviserende og sosialt isolerende, selvbildet får en knekk, og det kan oppstå psykiske problemer. Dette kan føre til en selvdestruktiv adferd hvor problemdriking kan være et symptom. Situasjonen er kanskje mest alvorlig innenfor reindrifta, fordi reindrifutøvernes identitet er svært knyttet til yrket. Det blir ofte hevdet at reindrifta er mer en livsstil enn et yrke. Kulturbarrieren er høy, og særlig blant guttene er utdanningsmotivasjonen lav. I tillegg er det svært få alternative arbeidsplasser i reindrifskommunene. Reindriften nå står foran er svært alvorlige problemer. Unge gutter innenfor reindriften må regnes for en høyrisikogruppe i forhold til problemdriking. En omstilling innen reindriften vil ta lang tid. Både endring av holdninger og utvikling av nye arbeidsplasser er et langsiktig arbeid. Man må derfor regne med en opphopning av undersysselsatte og arbeidsløse i reindrifskommunene i en ganske lang periode.

I de sjøsamiske kommunene er problemene også store. Undersøkelser viser at de aller fleste ungdommer i en typisk sjøsamisk kommune som Porsanger ønsker å fortsette å bo på eller flytte tilbake til hjemstedet dersom de hadde hatt arbeid der. Og når vi snakker om hjemsted her, er det på grendenivå. Tettstedet Lakselv er ikke attraktivt å bo i for ungdommen i det sjøsamiske kjerneområdet i vestre Porsanger. Arbeidsløsheten er stor også i de sjøsamiske områdene, og det er registrert klare symptomer på krise i form av problemdriking.

Problemdriking er et meget sammensatt problem, der en må søke etter årskene på mange ulike nivåer. Og uten at vi vet noe om årsakene, vil det være vanskelig både med vellykket kurativt arbeid og forebyggende arbeid. Et riktig synssett må være at de samiske områdene har en ressurs som kan utnyttes; nemlig ungdommen. Dette er ofte en ungdom som er orientert mot hjemstedet. De unge bør gis livsbe- tingelser og utdanningsmuligheter på hjemstedet. Det vil ventelig føre til større interesse for den videregående skole blant samisk ungdom og stimulere rekrutterin- gen, dersom man makter å gjøre kløften mindre mellom den norske skolen og de samiske lokalsamfunn. Denne målsettingen må ses i sammenheng med målsettin- gen om å utvikle gode og stabile arbeidsplasser i lokalsamfunnene som ivaretar behovet for en samisk identitet.

Ulike skoleretninger har forskjellige perspektiver på og ulik forståelse av hvor- for enkelte begår selvmord eller forsøker å gjøre det. En tilnærming til selvmords- problematikken ut fra et ensidig biologisk grunnlag innebærer en sterk fokusering på kroppslige forhold som årsaksforklaringer. De rent psykologiske tilnærminger innebærer å forstå problemer ut fra et individualpsykologisk perspektiv, og søker gjerne årsaker til selvmord i individets psykiske problemer. En psykisk forståelse kan imidlertid også ha et samfunnmessig eller sosialt-rettet perspektiv, slik at man kan forstå problemer på samfunnsnivå, f.eks. «smitteeffekter» av selvmord. En sosiologisk forståelse trekker inn et samfunnmessig perspektiv, og forklarer gjerne selvmordet ut fra samfunnmessige forhold, eller virksomheter på ulike sosiale fel- ter, selv om det også her er ulike måter å forstå forholdet mellom individ og sam- funn på. Forståelsen av selvmordet vil være avgjørende for valg av behandlings- form, og innrettingen av forebyggende tiltak.

Dersom man skal utvikle en forståelse av fenomener som selvmord og alkohol- misbruk blant samene, og som kan ligge til grunn for konstruktive tiltak for denne

folkegruppen, så krever dette en flerfaglig tilnærming som også omfatter de kulturelle aspekter. Et perspektiv som er viktig for å forstå årsaker til problemdriking blant samene, vil være et perspektiv som omfatter de kulturelle valg samisk ungdom må ta stilling til, sett i sammenheng med strukturelle endringer i samisk næringsgrunnlag og samfunnsliv.

Hva innebærer det så å se samisk ungdom som en ressurs for det samiske samfunnet i forhold til rusvern og selvmordsforebygging? Det må tilsi at vi må skape materielle og sosiale betingelser på de ulike sosiale arenaer som fremmer liv og livs-lyst. Det må videre innebære en handlingsstrategi der menneskene som felles ressurs virker for at enkeltmennesker ikke blir latt alene med sine livsbyrder og livsoppgitthet. Flerfaglige tilnærminger som omfatter kulturelle aspekter og transkulturell forståelse, vil i denne sammenheng innebære at profesjonelle behandlere utvider sitt perspektiv, og blant annet ser på de strukturelle, sosiale og materielle forhold som virker inn, og at de henter inn konkret hverdagskunnskap om den livsverden folk er en del av, slik at dette kan ligge til grunn for behandlings- og forebyggingsstrategier.

En rekke tiltak er satt igang innenfor forskjellige arenaer og i regi av forskjellige profesjoner. Erfaringene fra Samisk ungdomspsykiatrisk team (PUT) tilsier at ungdommens problemer må løses på flere plan, ut over rene behandlingstiltak. Ungdommen må få hjelp til å se sine problemer i perspektiv. PUT slår fast at selvmord eller alkoholmisbruk kan ses som destruktive forsøk på å finne individuelle løsninger på problemer som er heller samfunnsmessige av karakter.

St.meld. nr. 37 (1992—93) Utfordringer i helsefremmede og forebyggende arbeid lanserer psykososiale problemer som et av områdene for særskilt innsats. Helse- sosial og trygdesektoren skal medvirke i sykdomsforebyggende arbeid, og arbeide for å hindre at sosiale problemer oppstår. Meldingen slår fast at dette må skje i nærmiljøet, og på de forskjellige arenaer for barn og unges livsutfoldelse, bl.a. ved bruk av tverrsektorielle arbeidsformer. Det er utvalgets vurdering at uten tilnæringsmåter og kompetanse i tråd med det som her er skissert, vil slike prosesser vanskelig kunne lykkes i samiske områder.

Dette er en kompetanse som vil være nødvendig innen flere etater og sektorer som har med samisk ungdom å gjøre. Utvikling av både kompetanse og forebyggingsstrategier, forutsetter dessten forskjellige former for samarbeid. Barnevernet vil være en aktuell samarbeidspartner, særlig når det etterhvert utvikler strategier for å møte de kulturelle utfordringene innen sitt område.

Forebyggende arbeid både i forhold til rusmisbrukere og andre grupper må skje ut fra ulike sektorer og institusjoner. Denne utredningens "*Habilitering og rehabilitering*" i kapittel om rehabilitering omtaler eksempler fra prosjekter som fokuserer på identitetsstyrking, språkinnlæring og kulturell mobilisering hos grupper av samisk ungdom.

Tiltak 1: Utvikling av faglig kompetanse og strategier for behandling og forebygging innen rusvernet spesielt innrettet på den samiske befolkning

St. meld. nr. 69 (1991—92) omhandler tiltak for rusmiddelmisbrukere. Formålet med meldingen er bl.a. å gi grunnlag for en bred drøfting av behandlings- og hjelpetilbudene til rusmiddelmisbrukere, med bakgrunn i Lov om sosiale tjenester av 1. januar 1993 (Sosialtjenesteloven). Grunnlaget for et samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner om tiltak for rusmiddelmisbrukere i et desentralisert sosial- og helsevesen ligger i Sosialtjenesteloven. I Sosialkomiteens innstilling til lov om fylkeskommunalt ansvar for alkoholistinstitusjoner i 1984, het det bl.a. at: «hovedoppgaven i åra som kommer blir å ruste opp faglig i det generelle hjelpeapparatet

slik at flest mulig pasienter kan få hjelp i sitt eget nærmiljø og innenfor rammene av den ordinære helse- og sosialtjeneste.»

Fra siste halvdel av 1980-årene er det gjort til dels omfattende forsøk med omorgansiering og utbygging av hjelpe- og behandlingstilbudene til rusmiddelmissbrukere. Bl.a. iverksatte Sosial- og helsedepartementet fra 1989 en fireårig handlingsplan mot stoffmisbruk i samarbeid med fylkeskommunene, med hovedmål å bygge ut døgnbehandlingstilbudene. Handlingsplanen ble avsluttet i 1992, og har resultert i ca. 415 nye døgnbehandlingsplasser for stoffmisbrukere. St. meld. nr. 69 (1991—92) slår fast at vi i dag har en rimelig god dekning av heldøgns behandlingstilbud for rusmiddelmissbrukere. Handlingsplanen omfatter også etterutdanning av personell og forsøk med tverretattlig samarbeid om tiltak mot rusmiddelmissbruk i enkelte kommuner. Et ledd i handlingsplanen er «Rusmiddelprosjektet», et landsomfattende etterutdanningsprosjekt for kompetansestyrking, iverksatt av Sosialdepartementet i samarbeid med Rådet for høgskoleutdanning.

Det har i fem år fra 1985 til 1990 foregått et prosjektsamarbeid, de såkalte «prøvefylke-prosjektene» med Nordland og Østfold fylkeskommuner. Hovedmål har bl.a. vært å få bygge ut funksjonelle hjelpetiltak for rusmiddelmissbrukere så nær misbrukernes hjemmiljø som mulig, fange opp misbrukerne på et tidlig tidspunkt, og utvikle arbeids- og samarbeidsformer mellom fylkeskommunen og kommunen. Nordland har hatt prøveprosjekt i 6 kommuner, og samarbeidsavtale med 10 kommuner. I denne sammenheng er bl.a. Nordlandsklinikken forsterket som senter for utviklingsarbeid, undervisning og forskning innen rusmiddel-sektoren. Klinikken skal ha ansvaret for opplæring og kompetanseheving av personell i 1. og 2. linjetjenesten. Den skal også tilrettelegge informasjon om rusmiddelrelaterte faktorer til befolkningen og fagmiljøer i Nordland. I Nordland ble prosjektet oppsummert som svært positivt, det hadde vært en økning i tiltakene for rusmiddelmissbrukere, og man oppsummerte forebygging i klientenes lokalmiljø som riktig og viktig.

St. meld. nr. 69 (1991—92) bygger på forutsetningen i sosialloven om at ansvaret for rusmiddelmissbrukere først og fremst ligger i kommunen, og at hjelpen i første rekke skal skje i hjemmiljøet. Det vises bl.a. til at også innleggelse på institusjon må være en del av et langsiktig opplegg som legger sterk vekt på tiltak i hjemmiljøet før, under og etter oppholdet.

Meldingen slår dessuten fast at kompetansesentra med tilknytning til universitets- og andre forskningsmiljøer vil være viktig i kvalifiserings- og utdanningssammenheng. Slike sentra bør kunne drive behandling, samt utvikle og tilføre kompetanse innen omsorgen for rusmiddelmissbrukere. En forutsetning er at kompetansesenterets virksomhet skal komme den totale helse- og sosialtjenesten innen fylket eller regionen til gode. Senteret må ta initiativ til å kvalitetssikre metodeutvikling til bruk av senterets arbeid og mellom senteret, behandlings-institusjoner, poliklinikker og førstelinjetjenesten. For førstelinjetjenesten vil man vektlegge ferdigheter i tidlig identifikasjon av rusmiddelproblemer, råd- og veiledning, samt stimulere til utvikling av tverrfaglige tiltak.

Med basis i egenklinisk virksomhet, praksis og erfaring kan målet for den utadrettede virksomhet ved senteret være:

- veiledning/konsultasjon
- undervisning/faglig skolering
- bred informasjonsvirksomhet, samarbeid og støttevirksomhet.

Som utdanningsenhet må kompetansesenterets mål være å øke kompetansen i rusmiddelrelatert arbeid gjennom systematiske opplæringsprogrammer. Det kan være grunnkurs, fordypningskurs, temakurs. Senterene bør også kunne tilføres utdanningsstillinger.

Det vil i løpet av 1995 bli opprettet 7 kompetansesentra som skal drive etterutdanning av helse- og sosialpersonell, metodeutvikling og evaluering når det gjelder rusmiddelproblematikk. Nordlandsklinikken i Bodø er kompetansesenter for rus for Helseregion 5, og skal stå for kompetanseoppbygging i forhold til generelt rusvern i regionen. Det er inngått samarbeidsavtale mellom de tre fylkeskommuner i Helseregion 5 om rusvern. Her er man også blitt enige om at Finnmarksklinikken (Ravdojok) skal ha et særskilt ansvar for den samiske befolkning i forhold til rusvern i Helseregion 5, i tillegg til å forestå utvikling av samisk kompetanse i Finnmark på dette feltet. Dette er i tråd med St. meld. nr. 69, hvor det heter at «det bør iverksettes særskilt kompetanseutvikling med utgangspunkt i den samiske befolkning og minoritetskultur. I denne sammenheng kan det etableres et samarbeid mellom Nordlandsklinikken, Finnmark distriktshøgskole, Ravdojok behandlingssenter (Finnmarksklinikken) og Universitetet i Tromsø.»

Utvalget har merket seg at man nå regner med at det er en rimelig god dekning av behandlingsplasser for rusmiddelmissbrukere. Det ser ut til at satsingen på utdanning av personell og forsøk med samarbeidsformer om tiltak mot rusmiddelmissbruk, har bidratt til en positiv utvikling i tiltaksarbeidet innen rusmiddelomsorgen. Situasjonen i flerkulturelle samfunn og etniske minoriteters situasjon synes imidlertid ikke å ha stått spesielt i fokus i arbeidet så langt. Den utviklingen som har skjedd, kan imidlertid være en god basis for å ta opp de spesielle utfordringer innen rusmiddelomsorgen som ligger i utvikling av kompetanse og tiltak rettet inn mot den samiske folkegruppe. Nordlandsklinikken og Finnmarksklinikken må være sentrale i dette arbeidet. Utvalget har store forventninger til den kompetanseutvikling det her legges opp til. Det bør nå kunne skje en faglig utvikling i rusmiddelomsorgen som innbefatter de samiske aspekter. Det bør kunne skje en kunnskapsutvikling bl.a. med basis i praktiske prosjekter i områder med samisk befolkning, og i samarbeid med samiske kommuner og de fagmiljøer som har en kompetanse som man her kan trekke på. Nordlandsklinikken og Finnmarksklinikken må være ansvarlig for å samordne og spre kunnskap over hele det samiske bosettingsområdet. Styrking av fagmiljøer, innhenting av kunnskap, og veiledning i forhold til kommuner må være retningsgivende for arbeidet.

Tiltak 2: Opprusting av førstelinjetjenesten innen rusvernet med henblikk på den samiske befolkningens behov. Utvikling av kommunale tiltaksplaner

Det er førstelinjetjenesten som har kontaktflaten til befolkningen. Her ligger mulighetene for innhenting av informasjon og for å iverksette forebyggende tiltak. Førstelinjetjenesten har imidlertid vært lite mobilisert i omsorgen for rusmiddelmissbrukere, fordi denne i stor grad har vært betraktet som en institusjonsomsorg. Sosialloven gir førstelinjetjenesten klarere oppgaver og ansvar i forhold til rusmiddelomsorgen, enn hva tilfellet har vært tidligere. Kunnskapene og ressursene finnes innen 1. linjetjenesten, og denne bør tilføres ressurser for å ta seg av problemene.

Stortingsmelding nr. 69 (1991—92) sier at «en bedre og mer effektiv omsorg for rusmiddelmissbrukere må bygge på en understrekning av førstelinjens oppgaver og ansvar. Dette er viktig både med hensyn til å gripe tidlig inn i en misbrukskarriere, og for å bedre mulighetene for å følge rusmiddelmissbrukeren kontinuerlig over tid i misbrukerens eget miljø. Dette innebærer at tidlig identifisering av problemer, rådgivning, veiledning, støtte og rehabiliteringsarbeid må prioriteres i nær tilknytning til den enkelte rusmiddelmissbruker, misbrukerens pårørende, barn og nærmiljø.» Dette vil være spesielt viktig i forhold til samisk ungdom fordi disse ungdommene er spesielt knyttet til hjemmiljøet. Dette kan henge sammen med en

identitetsproblematikk, og bør i størst mulig grad løses innen rammen av lokalmiljøet.

Forebyggende arbeid blant barn og unge har vært lavt prioritert i mange kommuner. Forvern og ettervern er lite utbygget, og det er liten kontinuitet mellom 1. og 2. linjetjensten med f.eks. institusjonstilbud. Det eksisterer ennå en mangel på fagfolk i flere kommuner. Sosialkontor, primærleger og barnevern sliter i det daglige med «ordinære» oppgaver, og opplever ikke sjelden å måtte prioritere mellom klientgrupper. Ungdom med rusmiddelproblemer er dessuten en ressurskrevende gruppe som hittil er blitt gitt liten behandlingsrettet oppmerksomhet av de eksisterende hjelpeapparatet. Situasjonen vanskeliggjør samarbeid og utviklingen av effektive behandlingstilbud. Særlig ved sosialkontor og barnevern har saksmeden økt så sterkt de siste årene at klienter med rusproblemer ofte kommer bakerst i køen.

Det eksisterende hjelpeapparatet til unge rusmisbrukere synes å være lite samordnet. Barnevernets og primærlegenes problem har lenge vært at de polikliniske hjelpetiltak overfor stoff- og rusklienter er lite utbygget, og det mangler flere steder en helhetlig tiltakskjede. Det er jevnt over et dårlig utbygd spesialisert tilbud til unge rusmisbrukere. Ansvar for narkotikaspørsmål faller mellom kommunen og fylkeskommunen. Før den nye Sosialloven kom i 1993, var ansvarsforholdet lite avklart, og det var samordnings- og styringsproblemer i omsorgen. De færreste kommuner har hatt små muligheter for ettervern etter avsluttet institusjonsopphold. I de fleste kommuner er det behov for et tverrfaglig behandlingstilbud, med kliniske, koordinerende og forebyggende funksjoner, og med samisk språk og kulturkompetanse.

Et tilbud til unge rusmiddelmissbrukere bør omfatte kurativ behandling, og et omfattende poliklinisk tilbud som familierapi, individualterapi, etc. Fagfolk må kunne drive utadrettet og oppsøkende virksomhet i miljøene, og etablere tiltakskjeder rundt den enkelte for å få igangsatt de nødvendige forebyggende tiltak.

Fra de samiske kommunene er det kommet signaler om behov for konsulenthjelp i ungdomsspørsmål, gjerne i en form av poliklinisk konsultasjon med råd og veiledning, som også kan fungere som en henvisningsinstans. Det er også diskutert behovet for umiddelbare ressurser som f.eks. en psykolog knyttet direkte til 1. linjetjensten. Endel av disse behovene er søkt ivaretatt med opprettelsen av Samisk Ungdomspsykiatrisk team i Karasjok. Det kan imidlertid utvikles forskjellige modeller for hvordan et tverrfaglig team skal arbeide i de forskjellige kommunene.

Det bør utvikles tiltaksplaner i den kommunale helse- og sosialtjensten innen ungdom og rusvern. Planene bør omfatte en oversikt over eksisterende relevant kompetanse, pågående prosjekter og aktuelle tiltak spesielt rettet mot ungdomsgruppen. Hver enkelt av planene må bygge på en grundig analyse av de ulike kommunenes særtrekk m.h.t. etnisitet, kulturkontakt, næringstilpasninger, bosettingsstruktur m.m. Først da blir det mulig å sette alkoholkonsum og alkoholatferd inn i en sammenheng som vil kunne føre til et fornuftig kurativt og forebyggende arbeid.

Det bør vurderes om dette arbeidet bør gjøres av en utredningskonsulent direkte underlagt helse- og sosialsjefen. Hver kommune bør vurdere hvilken type samisk kompetanse (språk, kultur, lokalkunnskap, etc.) som skal vektlegges. Der det kommunale planarbeidet innebærer tiltak eller prosjekter av særskilt interesse, eller der hvor planen kan fungere som mønster for andre kommuner, bør Sosial- og Helsedepartementet /Helsetilsynet vurdere særskilte midler til planarbeidet.

Tiltak 3: Prosjekter med utprøving av samarbeidsformer i forebyggingsarbeidet relatert til samisk ungdom som målgruppe. Ansvarsgrupper eller basisgrupper

Forebyggende arbeid blant ungdom kan skje innen flere sektorer. Det kan være helse- og sosialsektoren, skolen, kultursektoren, kirken, eller i andre sammenhenger. For eksempel har helsesektoren i samarbeid med skolesektoren stått for forskjellige former for informasjonskampanjer med pedagogisk forebyggende materiale. Skolen har hatt forebyggende informasjon om alkohol, narkotika og tobakk. Der det forebyggende arbeidet innebærer å endre de voksnes holdninger, og de normer de skaper gjennom sin bruk av alkohol, vil helsestasjonen være en medspiller. Mange kommuner prioriterer å arbeide med å motivere ungdom til avhold der man ser et mønster av familiemisbruk og en høy toleransegrense for alkoholbruk.

Barnevernet driver også forebyggende arbeid, men få kommuner har prioritert forebyggende arbeid innen barnevernet. Det synes å være behov for å utvikle samarbeidet mellom helsevesenet, barnevernet, sosialkontoret og andre instanser. Det gjelder ofte også utvikling av samarbeidet med skolen. Det er høstet gode erfaringer med samarbeid mellom rus, barnevern og psykiatri, i de kommuner der dette er utviklet. I slike kommuner finnes det gjerne et etablert nett hvor barnevernsaker får en relevant prioritering. I andre kommuner synes slikt ikke å fungere. Mange kommuner har utviklet beredskapsteam innen rusmiddelomsorg og selvmordsforebyggende arbeid.

Det bør kunne utvikles samarbeid i ansvarsgrupper eller basisgrupper med deltagere fra de forskjellige faggrupper, inkludert den nødvendige språklige og kulturelle kompetanse. Der det allerede eksisterer et kommunalt samarbeid, bør det være et godt grunnlag for å utvikle en samisk kompetanse tilpasset ungdomsgruppene i den enkelte kommune. Her vil nok forståelse for prosesser i samiske lokalsamfunn være like viktig som språklig kunnskap. Forskjellige etater som skolen, trygdekontoret og arbeidsmarkedsetaten, bør også kunne trekkes inn i et samarbeid, slik at de kan dra nytte av kompetansen i de andre etatene.

Også her bør Sosial- og helsedepartementet eller Barne- og familiedepartementet kunne vurdere midler til forsøksvirksomhet og til å nedfelle erfaringer i rapporter, etc.

Tiltak 4: Styrke elevenes og skolens rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet

Lærerne i de samiske skolene stilles overfor helt spesielle krav. De må ha den faglige dyktighet og kompetanse som er nødvendig for å formidle det ordinære pensum til elevene. Dessuten må de være kjent med samiske kulturytringer og livsformer, og formidle disse til elevene ut fra kunnskaper i samisk historie og språk. De må også forholde seg til og formidle inntrykk fra dagens situasjon i den ikke-samiske verden, såvel som å forholde seg til ungdommens problemer i forhold valg av yrke og livsstil, som ofte kan henge sammen med vurderinger rundt etnisk tilhørighet. Den lærerutdanningen som skjer i samiske områder vil ventelig forberede lærerne på dette i større grad enn hva som har vært tilfelle tidligere. Det er fortsatt et viktig arbeid å gjøre skolen mer tilpasset samiske elevers behov. Det må satses ytterligere på lokalbaserte læremidler, og det må utdannes kvalifiserte lærere som kan utvikle og gjennomføre relevante opplæringsopplegg. Det har imidlertid også vist seg at det ofte kan være ønskelig at lærerne er kvalifisert til å se signaler og fange opp elever med problemer.

Skolen bør ha en spesiell rolle innen forebyggende og helsefremmende arbeid. Erfaringer viser at det kan være lettere for skoleelever å være åpen overfor venner enn overfor «myndighetspersoner». Venners evne til å hjelpe venner kan forsterkes

gjennom trening og støtteprogrammer innen skolen. Diskusjon om rusmisbruk, selvmord og selvmordsforebygging kan skje i skolen. Dette bør omfatte å lære å kjenne faresignaler, hvordan hjelpe venner, og når man skal ta kontakt med profesjonelle hjelpere. Forebyggingsstrategier bør vurderes som trening for lærere. Det bør inkludere å kjenne til faresignaler, intervensjon og henvisning av elever som oppfattes som høyrisikoelever, følelsesmessig førstehjelp, og hvordan fungere i krisereaksjoner. Det bør vurderes om temaer som mestringsstrategier og problemløsning bør inn i skolen for i større grad å fremme selvaktelse hos barn og unge enn hva tilfelle er i dag. Utvikling av selvaktelse og effektive problemløsningsstrategier hos barn og ungdom kan i et helsefremmende arbeid ha stor betydning for å forebygge selvmord og rusmisbruk. Skolen bør kunne forestå dette i samarbeid med andre instanser. Selvhevdelsestrening i grupper kan utprøves i regi av skolene. Det vil være verdt å prøve om dette vil kunne ha forebyggende effekt på områder som mobbing, seksuelt misbruk, kriminalitet og selvmord.

Skolen og lærernes roller er viktig mht. veiledning om behandling av barnas mentale problemer. Fagpersonalet (skolekurator, skolepsykolog, sosialarbeider) er viktig i skolens krisesituasjoner. Terapeutisk støtte for etterlatte i barneselvmord bør også gis til skolen og arbeidsplassen. Det er igangsatt et prosjekt for skoleutvikling i Finnmark i regi av Rådet for videregående opplæring. Det omfattes av de fylkeskommunale skolene i Finnmark, og ikke de samiske videregående skolene, som er statlige. Det bør kunne utvikles en hensiktsmessig forbindelse mellom hjelpeapparatet og skolen. Da vil lærerne ha lettere tilgang til konsulentbistand i forhold til både enkeltelever og problemområder, og elevene vil eventuelt også ha lettere tilgang til hjelpeapparatet.

Kunnskap om flerkulturelle forhold bør være en naturlig del av undervisningsopplegget innen lærerutdanningen over hele landet. Like viktig som faglig ajourføring av lærerne vil det være med en etter- og videreutdanning som kvalifiserer lærerne til alle disse oppgavene, og som kan fungere som et fora for utveksling av erfaringer innenfor disse områdene. En klar målsetting for utviklingsarbeid i de samiske skolene må være å skape en skole som kan gi elevene muligheter for opplæring etter egne forutsetninger og på egne premisser, og samtidig gir dem en utdanning som blir akseptert på lik linje med annen utdanning på samme nivå.

Tiltak 5: Forsøk med modeller med oppfølgingsteam innrettet på selvmordstruet ungdom i kommuner med samisk befolkning

Det er utvalgets inntrykk at det i de fleste kommuner med samisk befolkning er dårlig systematisk oppfølging av selvmordskandidater, og at kommunikasjonen mellom sykehus og kommunene ikke er så god som man kunne ønske. Modeller som den såkalte «Bærumsmodellen» eller «Gotlandsmodellen» er kjente modeller for forebyggings- og behandlingstiltak. De bør etter utvalgets oppfatning kunne tjene som inspirasjon til å utvikle modeller tilpasset det samiske samfunnet.

Bærumsmodellen omhandler psykologisk førstehjelp til mennesker som har forsøkt å ta sitt eget liv. Modellen er beregnet på folk som er psykisk sett relativt friske, og som bl.a. ikke er psykotiske. Bærumsmodellen kan ses som en modell for organisering av kortsiktig og situasjonsbestemt videreoppfølging av pasienter som har gjort et selvmordsforsøk. Modellen innebærer et åpent og forpliktende samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunen, og gir muligheter for en langsiktig oppfølging. Modellen er nærmere omtalt i vedlegg til denne utredningen. Det synes som om fokus på målgruppen «de psykisk friske» av de man vet har forsøkt å begå selvmord, bør kunne fange opp en stor del av selvmordsforsøkene i samiske områder. Erfaringene med Bærumsmodellen er at man totalt sett ivaretar flere individer

i den kritiske perioden etter et selvmordsforsøk, enn tilfellet hadde vært tidligere. Innenfor rammen av et slikt team har det vært gode muligheter for å trekke inn de ressursene som finnes i det sosiale nettverket til den enkelte. Noen pasienter er ved utskrivning berettiget til omsorg fra psykisk helsevern eller rusmiddelomsorgen. Sett under ett har derfor oppfølgingsteamet ført til at samtlige pasienter som legges inn på sykehus etter selvmordsforsøk fått et adekvat tilbud om oppfølging.

Samiske kommuner bør kunne opprette en form for oppfølgingsteam spesielt innrettet på selvmorstruet ungdom. Samarbeidet mellom kommunen og sykehuset må utvikles, og den samiske språk- og kulturkompetansen må bygges inn i teamet. I samiske områder vil det nok være funksjonelt om det kommunale teamet har representanter fra sosialkontoret, den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjenesten, foruten helsesøster, kommunelege og eventuelt psykolog. En slik oppfølging som det her er snakk om, bør også være en hjelp for den enkeltes nettverk. Å leve i nær kontakt med en som ikke orker å leve, er en stor belastning. I små samfunn med tette sosiale nettverk, er det kanskje spesielt vanskelig. Man må kunne tro at en slik systematisk oppfølging av pasienter etter selvmordsforsøk vil kunne bidra til å hindre den «smitteeffekt» man vet har gjort seg gjeldende i samiske områder.

Slike prosjekter vil bety en stor utvikling i forhold til bruk av samisk kompetanse i behandling og forebygging. Det vil derfor være viktig at erfaringer fra slike prosjekter i samiske områder nedfelles skriftlig. Sosial- og helsedepartementet/Sta- tens helsetilsyn bør kunne vurdere en ekstra finansiering, slik at erfaringene fra et slikt arbeid kan nedfelles i rapporter. Det bør også kunne fungere som innspill til det Helsetilsynets arbeid med utvikling av Handlingsplan mot selvmord (som bygger på «Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge»).

Tiltak 6: Vurdering av et program for forsknings- og utviklingsarbeid innen forebyggende arbeid for den samiske befolkning innen rusmiddelomsorg og selvmordsforebyggende arbeid

Når det gjelder videre forebyggende arbeid, så må det igangsettes videre forskning for å få en nærmere kartlegging av risikofaktorer i en befolkning som den samiske. Dette vil utgjøre grunnlag for å planlegge bedre intervensjonsprogrammer enn det man har i dag. Man bør i sammenheng med forsknings- og utviklingsarbeid søke svar på spørsmålet: hvilke forebyggingsstrategier og hvilke behandlingsformer gir best resultat for den samiske folkegruppe? Likeledes bør helsefremmende tiltak for hele befolkningen være klart prioriterte områder.

Dette vil være en viktig grunnsten i en satsing på å utvikle samisk kulturkompetanse innen rusmiddelomsorg og selvmordsforebygging, og bør ses i forhold til intensjonene med det arbeidet som skal skje med kompetanseutvikling i Helseregion 5. En slik kulturkompetanse har mange komponenter. Det vil måtte omfatte kunnskap om omstillingsprosesser i de samiske samfunn, flerkulturell oppvekst og identitetsforvaltning, drikkemønsteret i samiske samfunn, bakgrunn for strategier mht. forebygging av rusmisbruk og selvmord. Et slikt program bør vurderes i samråd mellom Sametinget og Norges Forskningsråd, berørte fagdepartementer, etc.

Tiltak 7: Økt kunnskap om samiske familier og nærmiljørelasjoner i et samfunn i endring. Et opplegg for forsknings- og utviklingsarbeid

Den samiske familien er i en spesiell situasjon i et samfunn i endring. De samfunnsmessige endringsprosesser virker bl.a. inn på, og endrer betingelsene for kommunikasjonen mellom voksne og barn. Dette virker inn på relasjonene innen familien, og kan sette preg på både nærmiljø og lokalsamfunn. Den gamle kulturens normer

for oppdragelse gjelder ikke lenger. Dette skaper behov for mer inngående vurderinger av normer for grensesetting for barn innenfor den samiske kulturens ramme. Det er behov for å bygge opp en samisk identitet som kan komme til uttrykk i relasjonen barn — foreldre.

Det er behov for at den samiske familien utvikler kunnskap om sine egne muligheter og sin egen kompetanse når det gjelder oppdragelsesformer som ligger innenfor samekulturens rammer, og som kan ta opp i seg virkningene av de samfunnsmessige endringsprosesser slik de berører samiske barn og unge. Dette må i første rekke være en oppgave for familievernet, som ut fra dette perspektivet står overfor enorme oppgaver i det samiske samfunnet.

Hjelpeapparatet over hele det samiske bosettingsområdet bør ha kunnskap om hvordan utviklingen har slått ut i forhold til barn, unge og deres familier, og i forhold til relasjonene i familien og i nærmiljøet.

Målet må være å skape betingelser for en ny plattform for familie og nærmiljø i samiske områder. Det bør kunne skje i form av et samordnet prosjektarbeid som omfatter flere deler av det samiske bosettingsområdet. Sametinget og Norges Forskningsråd bør utvikle et program for arbeid med dette. Arbeidet bør ha en bredt sammensatt referansegruppe, og ledes av en person med samfunnsfaglig og samisk-relevant kompetanse på høyt nivå. Det bør kunne ha form av flere mindre prosjekter i forskjellige samiske områder. Det bør være viktig å få folk med praktiske erfaringer inn i både prosjekter og referansegruppe.

Tiltak 8: Alkoholfrie fritidstilbud i kommunene

Kommunens kultursektor omfatter kulturtiltak, fritids- og idrettsaktiviteter, fritidsklubber og annen aktivitet. Fritidsklubbene har ofte vært resultat av sporadisk satsing, lavt aktivitetsnivå, og lite oppfølging, og er ytterst avhengig av ressursene. Ungdomsgruppen mellom 16 og 18 år faller ofte mellom to stoler. Det er få treffsteder for denne ungdomsgruppen. De er gjerne for unge til å komme inn på offentlige tilstelninger, og for gamle til å gå på ungdomsklubbene. Det bør være alkoholfrie miljøalternativer også for eldre ungdomsgrupper. Primærlegene i de samiske områder har vært helt klare i sine oppfatninger om betydningen av forebyggende tiltak blant ungdom i form av miljøskapende tiltak i ungdomsmiljøene.

Det må være et mål at både samisk og norsk ungdom kan utvikle en ungdomsidentitet i et rusfritt miljø. Et egnet fora kan være et «Ungdommens hus» med ulike aktivitetstilbud, og som et rusfritt miljø for ungdom.

Tiltak 9: Utvikling av generasjonsoverspennende miljøskapende tiltak

Et viktig tilbud vil være utviklingen av generasjonsoverspennende tiltak. Det er behov for fora hvor flere generasjoner kan treffes og utveksle erfaringer. I samiske områder vil dette kunne ha spesiell betydning som arena for kulturell videreformidling innen forskjellige områder.

Målgruppen for slike tiltak er samiske ungdommer med liten jobberfaring og liten formell utdanning. Tilbudet kan utvikles i forhold til forskjellige former for kulturelle aktiviteter, og det kan knyttes opp mot forskjellige arbeidsplasser. Det kan dreie seg om utøvelse av samisk husflid og håndverk, eller former for kulturell aktiviteter, slik som teater. Det kan også være innrettet mot praktiske aktiviteter som arbeidstrening og medvirkning i konkret arbeidsmarkedsoplæring. Det kan dreie seg om å reparere biler, scootere og båter.

I flere kommuner er det behov for flere arbeidsmarkedstiltak overfor arbeidsledig ungdom. Her bør det utvikles tiltak med tilknytning til samisk samfunnsliv.

Generasjonsoverspennende tiltak bør kunne være en del av helse- og sosialsektorens og arbeidsmarkedsetatens utvikling av næringsrettet tiltaksarbeid, og en del av kommunenes arbeid med kvalifisering og jobbskaping.

Det bør utvikles prosjekter i samiske kommuner om jobbtrening på tvers av generasjoner. Det bør kunne gå som tiltak over 3 eller 5 år. Midler bør stilles til rådigheten av arbeidsmarkedsetaten. Tiltakskonsulentene i kommunene bør stå sentralt i dette arbeidet.

Tiltak 10: Vurdering av et behandlingsstilbud med spesialkompetanse vedrørende ungdom med samisk bakgrunn

Med tendenser til økende stoffmisbruk blant ungdom, er det behov for å vurdere polikliniske tilbud, institusjonsplasser og rusmiddelkollektiv for samisk ungdom som ledd i en helhetlig behandlingsskjede. I forbindelse med etablering eller utvikling av kollektiv for ungdom med rus- og stoffproblemer, kan man hente erfaringer fra andre steder i landet hvor behandlingen av stoffmisbrukere i kollektive små enheter har fungert bra. Det bør i tillegg vurderes opprettet egne kollektiv for ungdom med samisk språk- og kulturbakgrunn, og/eller en innpassing av samisk språklig og kulturell kompetanse i de eksisterende kollektivene. Disse kollektivene bør kunne gi behandlingstilbud til ungdom som ellers «drifter» til byer som Alta, Tromsø og Oslo.

Fylkeskommuner med samisk befolkning bør vurdere hvordan samisk språk- og kulturkompetanse skal bygges inn i behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere.

Tiltak 11: Prosjekt med utvikling av samisk språk- og kulturkompetanse hos ungdomsteam i større byer

Man har lenge visst at samisk ungdom med rusmiddelproblemer «drifter» til de større byene i Finmark, og til Tromsø og Oslo. Dette blir bekreftet bl.a. hos Uteseksjonen i Oslo, og det psykiatriske ungdomsteamet tilknyttet Ullevål Sykehus. Det har også vist seg at samisk ungdom er lite motivert for behandling og for kontakt med hjelpeapparatet i de store byene. Dette kan henge sammen med språk- og kulturproblemer. Behandlingen kan virke fjern for denne ungdomsgruppen, og det kan være liten kommunikasjon med ungdommenes hjemkommuner. Det bør vurderes utprøvet et eget prosjekt for å utvikle en kompetanse i samisk språk og kultur hos ungdomsteam f.eks. i Oslo, Tromsø og Alta. Dette vil også gi bedre kunnskap om denne ungdomsgruppens problemer. Det bør også vurderes om de lokale sameforeningene i byene kan medvirke i et slikt prosjekt.

KAPITTEL 7

Eldreomsorg i samiske områder**7.1 INNLEDNING**

Det offentlige omsorgstilbudet har vært i sterk vekst de siste ti-årene. Eldre personer utgjør de viktigste forbrukere av helse- og sosialtjenester, særlig pleie- og omsorgstjenester, og prognoser tyder på en økning i antallet eldre i tida framover. Det er særlig den eldre gruppen av de eldre som er brukere av omsorgstjenester. Samiske eldre er en gruppe som i liten grad har gjort sine krav til tjenester gjeldende. De har vært lite i fokus når utvikling av tjenesteapparatet har vært diskutert, og det er svært lite skrevet eller utredet om denne gruppens behov. Det har likevel vært mulig å oppsummere de mer praktiske erfaringer i omsorgen av samiske eldre, i første rekke basert på erfaringer fra samiske sykepleiere.

Realiteter for eldre samer er at deres språk, kultur og levemåte er blitt tatt lite hensyn til både i hjemmesykepleien og på institusjon. Dette gjelder både områder der man ikke har vært kjent med at det lever samer, og i områder der samene er i flertall.

Vi vil her forsøke å gi noen holdepunkter for en forståelse av samiske eldres situasjon, en skisse av generelle tiltak som kan gjennomføres for å bedre omsorgen for samiske eldre, vil vi gå inn på mer konkrete forslag til tiltak på de forskjellige nivåer.

7.2 SAMISKE ELDRES SITUASJON

I en gjennomgang av samiske eldres situasjon, vil vi spesielt se på betydningen av samisk kulturbakgrunn og fornorskning, situasjonen til samiske aldersdemente, og til samiske eldre på institusjon.

Samisk kulturbakgrunn og fornorskning

I det gamle samiske samfunnet var det slekten som tok seg av sine eldre, syke og funksjons- hemmede. Slekten har vært av stor betydning, og det samiske samfunnet har tradisjonelt hatt sosiale institusjoner som sikret at de fleste kom innenfor «sikkerhetsnettet» for omsorg. En samfunnsutvikling med en overgang fra husholdsøkonomi til markedsøkonomi har ført til endringer i samfunnsstrukturen i de samiske områder som har skjedd raskere, på et senere tidspunkt, og kanskje med større sosiale konsekvenser enn i Norge forøvrig.

Dagens samiske eldre har opplevd en tid med fornorskning da samiske normer og verdier er blitt lite verdsatt og endatil sett ned på. Det samiske kunne oppfattes som mindreverdige også av samene selv. For å bli akseptert og verdsatt prøvde samene å opptre som nordmenn på norske premisser. Dette var lettest ute ved kysten, med skjedd også i innlandet. Noen prøvde også å gjemme seg i en finsk identitet. Der det skjedd en desentralisering til norske tettsteder fra samiske områder, kunne det være lett «å la språket bli igjen» når man flyttet. Å prøve å rette seg etter nordmenns adferdsnormer falt ikke heldig ut. Underlegenhetsfølelsen hang igjen, for det var ikke mulig helt å fortrenge sin samiske bakgrunn.

Språket forteller om menneskers identitet, personlighet, verdier og bakgrunn, og er et viktig middel til kontakt. Det har vært forventet at samer skal kunne to språk, og norsk har vært det offisielle språket som alle skulle kunne. Å be om tolk

eller bruke samisk har vært å innrømme dårlige språkkunnskaper og å tilkjenne en samisk identitet, hvilket ikke alltid har vært ønskelig. Samiske eldre respekt for autoriteter, og den takknemlighet de føler over de gode levekårene i dagens samfunn, gjør også at denne gruppen stiller svært få krav om særskilte tilbud innen eldreomsorgen.

Den nyere tids sentralisering og tettstedsutvikling har flere steder fungert slik at de pårørende til dagens eldre er flyttet til byer og lokale sentra. Kvinnene har arbeid utenom hjemmet, og familiebandene svekkes. De samiske eldre har mindre støtte i miljøet der de bor, og de har reduserte muligheter til uformell omsorg innen familien. Dessuten har både geografiske avstander og forforsking ført til mindre språklig og kulturelt fellesskap mellom generasjonene i de samiske områder.

Den samiske familien og ansvarsfordelingen mellom familiemedlemmene har tradisjonelt vært annerledes enn i de ikke-samiske familiene i Norge. Det har vært en svært positiv holdning til de eldre i det samiske samfunnet. Den yngre generasjon har hatt stor respekt for de eldre, og for deres kunnskaper om forholdet mellom mennesker, dyr og natur. De eldre er vant med dette, og vil selv ønske å følge de regler for adferd som de er opplært til og som gjelder i deres miljø. Slektskap er også en viktig faktor i det samiske samfunn, og er en vesentlig del av rammen rundt samers identitet. I samiske samfunn deles slekta bl.a. i aldersgrupper. Det er f.eks. forskjellige benevnelser på foreldrenes søsken, alt etter om de er eldre eller yngre på fars eller mors side. Man legger stor vekt på forgreininger av slektninger. Det legges større vekt på fjerne slektninger og på tilknytninger gjennom giftemål enn hva nordmenn er vant med. Gudforeldre er et viktig ledd i slektsforholdet til et barn, men også til barnets foreldre. En samisk eldre kan f.eks. være sterkt knyttet til sin gudsøster, som er en vanlig slektskapsbetegnelse i samisk terminologi. Samiske eldre kan altså ha en annen oppfatning av hvem som er nærmeste pårørende, og det kan være andre og flere personer enn det vi vanligvis regner med i det norske helsetesenet. Den eldre mister ikke bare kontakt, men også sin rolle i slekta, samt den respekten vedkommende er vant med å bli møtt med som eldre i sitt eget miljø. Mangel på daglig kontakt med familie og naboer kan sammen med lite relevante og meningsfylte aktiviteter være en trussel for den eldre som i det lange løp kan føre til depresjon og tilbaketrekning, og indirekte også til fysiske lidelser.

For samer som har levd et langt liv i nær kontakt med naturen, og som har innrettet seg etter vær og vind og reinens behov, er frihetsidealene nær knytta til å være ute og til selv å bestemme hvor og når. Å tape denne friheten, er for dem å tape en av de viktigste menneskerettighetene. Den samiske eldre kan ha et noe annet forhold til liv og død enn hva man forventer ut fra en vestlig, norsk tenkemåte. Et kvalitativt godt liv med viktige funksjoner i familien og nær kontakt med barnebarn kan være viktigere enn et mål om et langt liv i seg selv. Den samiske forståelsen av kropp og psyke er hos de eldre fortsatt sterkt knyttet til de gamle samiske kulturtradisjoner. Her er det ikke alltid samsvar med den vestlige medisinske forståelse.

Erfaringer viser at den betydningen samisk kultur og miljø har for de eldre kan overraske et pleiepersonale som ikke kjenner den samiske pasientens bakgrunn. I institusjoner kan det derfor oppstå uventede problemer med et ettspråklig norsk personale. I områder hvor alle innbyggere tilsynelatende behersker norsk språk, må man være spesielt oppmerksom på dette. Det finnes altfor mange eksempler på situasjoner hvor samisk språk og kulturbakgrunn ikke er blitt forstått eller tatt tilstrekkelig hensyn til, særlig på institusjoner. Samisk kan ha vært hjemmespråk, og brukes som «uformelt institusjonsspråk» pasienter imellom, uten at personalet er oppmerksom på det. Et eksempel kan belyse dette. Under en gudstjeneste på et pleiehjem i kyst-Finnmark ble presten etterhvert klar over at to av pasientene sang salmene på samisk. Da han snakket med de på samisk, innrømmet de noe motvillig at

samisk var deres hjemmespråk. Etterhvert viste det seg at omtrent halvparten av pleiehjemmets pasienter hadde samisk som daglig språk, uten at personalet var oppmerksom på dette.

Situasjonen for samene i omsorgsapparatet har også vært preget av fornukskningsituasjonen. Her finnes det mange eksempler. Man kjenner til tilfeller fra samiske kommuner der pleiepersonellet snakker norsk med samiske eldre som ligger for døden med den begrunnelse at «vi er jo i Norge». Eller tilfeller hvor pleiepersonell med samisk bakgrunn ikke snakker samisk til de samiske eldre av hensyn til den norske delen av personellet som ikke forstår samisk. Selv elementære kunnskaper i samisk har vist seg å være av stor hjelp i kommunikasjonen mellom pleier og pasient. Det finnes eksempler på at pasienter som var karakterisert som urolige, har utsatt toalettbesøk til de samisktalende pårørende er kommet på besøk. Enkle samiskkunnskaper vil hjelpe pleiepersonalet til å forstå pasientens mest elementære behov. Det vil motvirke uro hos pasienten, som dessuten vil oppleve en respekt hos pleiepersonalet for sin egen kultur. Bruk av tolk i omsorgssituasjoner bør være en nødløsning, og krever dessuten en spesiell kompetanse av både pleier og tolk.

Aldersdemens og tospråklighet

Aldersdemente pasienters adferd er ofte preget av uro, forvirring og vandring, utagering eller innadvendthet. Demens betegnes som en tilstand av svekket mental kapasitet hos en eldre person, og omfatter en reduksjon i psykologiske prosesser som oppfattelsesevne, læring og tenkning. Demens er således kjennetegnet av en langsom, men jevnt tiltagende forringelse av evnen til å fungere i den alminnelige hverdagstilværelsen. Det foregår en gradvis reduksjon av psykiske egenskaper og funksjoner, ofte fra 65—70-årsalderen. Denne utviklingen skjer gradvis med store individuelle variasjoner. Symptomene viser seg ofte som manglende interesse for omgivelsene, og ved en svekket hukommelse. Personligheten kan gjennomgå visse forandringer. Nærhukommelsen svekkes først. Det sist innlærte glemmes først, mens det som er fjernt og innarbeidet i yngre alder (fjernhukommelse) fortsatt kan være intakt. Noen pasienter er klar over hullene i sin hukommelse, og prøver å skjule dette. Den begrensede kommunikasjonen og følelsen av utilstrekkelighet gjør at de eldres selvbilde blir dårligere. For samiske demente eldre som har vokst opp med samisk som hjemmespråk, og har lært norsk som annet språk, vil samisk språk igjen bli det alminnelige, daglige språket. Likeledes øker de eldres behov for omgivelser som oppleves kjent ut fra deres samiske bakgrunn, for å kunne orientere seg.

Demensutvikling påvirkes altså av fysiologiske forandringer i hjernen, personens psyke og sosiale faktorer. Blant sosiale faktorer er omgivelsenes holdninger til de eldre. Disse holdningene kan være med på å skape en raskere aldring, og øke behovet for institusjonalisering, eller øke omsorgsbehovet i institusjon. Den følelsen av utilstrekkelighet som svikten i hukommelsen skaper, gjør at de eldres selvbilde blir dårligere.

Mange av de gamle samene i dag er tospråklige. Ved demensutvikling vet vi at kommunikasjonsproblemer forverres når omgivelsene og hjelperne mangler kunnskap om de gamles tidligere liv, relasjoner o.l. Når så den gamle oftere og oftere blander samisk og norsk språk uten å bli forstått, kan man lett skjønne at det må skape både frustrasjon, uro, utrygghet og andre psykiske reaksjoner.

Når helsevesenet både i og utenfor institusjoner er befolket av mennesker som bare snakker norsk, så kan dette medføre at de samiske pasientene blir sett på som langt dårligere enn de i virkeligheten er. Man må også ta med i bildet at de samiske eldre kan ha sterke idealer om et fritt liv i naturen, og at dette sammen med den

respekten for de eldre som de forventer å bli møtt med, kan gjøre det vanskelig for samiske eldre å forholde seg til det tjenestetilbudet som ligger inne i omsorgsapparatet, og øke følelsen av utilstrekkelighet. Den aldersdementes sårbarhet for andres holdninger, og opplevelse av seg selv som svak og inkompetent, kan således forsterkes i møtet med det norske omsorgssystemet. Dette er en kulturkollisjon som har vært lite påaktet.

Når de eldre får problemer med å orientere seg i forhold til tid og sted, alminnelige hendelser og personlige forhold, kan de bli usikre og mistenksomme overfor omgivelsene. Mange kan bli døgnville. Kommunikasjonsproblemer kan oppstå når konsentrasjonsevnen svekkes, og språkforstyrrelser utvikles. Pasienten kan glemme alminnelige ord, og erstatte dem med andre ord med et annet innhold som forandrer den tilsiktede meningen. Talen kan også bli utydelig og uforståelig. Når språket blir mer preget av samiske ord og begreper, kan den virke enda mer uforståelig for et norsk pleiepersonale. Personligheten kan også forandre seg under demensutvikling. Det blir ofte et stadig mindre område hvor den demente føler seg trygg, og behovet for sikre referanser til egen kulturbakgrunn øker. Noen eldre har uttrykt dette slik: «Når vi blir gamle og glemske, da kommer samiskheten ihvertfall til syne. Den lar seg ikke skjule da». Eksempelvis kan de pårørende ha fått beskjed om at pasienten «bare roter og snakker tull». Det har da gjerne vist seg at vedkommende var glemsk, men snakket utmerket samisk med de samisktalende besøkende. Pasienten har virket helt klar, men har klaget over at det «ikke har vært noen å snakke med». Det kan virke svært nedverdiggende dersom de ansatte ikke er klar over at pasienten snakker et eksisterende språk.

Samiske eldre i institusjon

Gruppen av institusjonsbeboere er ikke den samme som for 6—8 år siden. Det regnes med en større andel aldersdemente og pleietrengende pasienter. En stor andel eldre på institusjon peges av aldersdemens.

Blant de aldersdemente i institusjon finnes det pasienter med større avvik, spesielle adferdsavvik, og rastløse og vandrende pasienter som har behov for særskilte stimulerings tiltak, og vanskelig kan innpasses i vanlige sykehjem uten at det går ut over trivselen til de øvrige pasientene.

Institusjoner er som hovedregel blitt lagt opp etter samme modell over hele landet. Dette innebærer at også i de samiske områder bærer institusjonene preg av norsk tenkemåte med vekt på norsk som hovedspråk og formidling av norske kulturtradisjoner. Det tas ikke særskilte hensyn til samiske normer og verdier, og det er ingen spesiell utforming av miljøet eller tilrettelegging av aktiviteter ut fra samiske kulturtradisjoner, eller andre hensyn til samiske Eldres behov.

Det fysiske og sosiale miljøet i institusjonene bærer som regel lite preg av pasientenes språklige og kulturelle bakgrunn. Store uoversiktlige korridorer, rom med mye mennesker, gjenstander som bare er til pynt, møbler og ting som det ikke er knyttet aktiviteter til, virker fremmed for de fleste eldre samer. Det gjelder både fellesrom, aktivitetsrom og aktiviteter. De fleste samiske eldre er vant med at alle aktiviteter er samlet i et rom i hjemmet, gjerne kjøkkenet. Tidligere kunne det også være gamle eller lavvo (sametelt). Personalet i en institusjon følger i store trekk faste rutiner med lik behandling av alle pasienter. Personellmangel kan gjøre det vanskelig å imøtekomme de forskjellige pasientgruppens behov. Det er institusjonens regler og normer som gjelder. Døgnrytmen kan avvike sterkt fra hva de eldre er vant med. Overgangen til institusjonslivet kan være svært vanskelig for de samiske eldre. De kommer til et fremmed miljø, hvor språk, mat, klær, vaner og rutiner er ukjent, og kan oppleve at alt skjer i stor hastighet, på et ukjent språk, og

med mange fremmede mennesker. Å komme på institusjon kan for samiske eldre føre til en ganske stor grad av fremmedgjøring og isolasjon. For en aldersdement pasient med samisk bakgrunn kan institusjonslivet bidra til å forverre sykdommen. Evnen til å fungere i dagliglivet vil kunne avta, og pleiebehovet øke.

Eldre pasienter i samiske områder kan sjelden norsk så godt at de kan fortelle om sine behov og sine plager. Det er erfaringer for at pleiere eller leger ikke får pasientene til å samarbeide ved undersøkelser eller ved toalettbesøk fordi pasienten har vært usikker og ikke forstått hva som skulle skje. Det er for eksempel ikke uvanlig at besøkende pårørende eller andre pasienter må tolke mellom lege eller pleier og en pasient.

De eldres problemer med ikke å bli forstått kan belyses gjennom begrepet katastrofeadferd eller katastrofereaksjon, som er viktige begreper i aldersdemensomsorgen. Et eksempel kan belyse hva som menes med dette. En gammel kvinne var kommet på institusjon. Det var en stille og beskjeden dame som var selvhjulpent, men noe glemsk. Ut på ettermiddagen begynte hun å bli tiltagende urolig og ville reise hjem. Hun ble sint og virket irritert når betjeningen spurte om hun skulle på toalettet. Hun ville ikke noe, uansett hva de foreslo, og ble bare mer og mer rastløs. Til slutt kom en av pasientene og fortalte at den nye pasienten hadde tisset bak døra. Det viste seg at betjeningen den dagen ikke behersket samisk. Ved flere anledninger oppstod det lignende situasjoner ved den samme institusjonen når en ren norsktalende betjening var på vakt. Dette var en svært slitsom situasjon for alle pleierne.

Kommunikasjonen mellom norsktalende sykepleiere og samisktalende aldersdemente pasienter er avgjørende for hvordan den eldre trives på institusjon, og for hvordan behandling og tiltak for den eldre fungerer. Det har vært lite fokusert på dette. God samhandling mellom sykepleier og pasient forutsetter at sykepleieren har innsikt i og forstår pasientens språk, kultur og levemåte. Det er spesielt viktig for sykepleieren å tolke pasientens adferd når språkferdighetene avtar. Da blir det desto viktigere å forstå pasientens behov, og å bygge opp et godt tillitsforhold som grunnlag for samhandlingen. Dette gjelder særlig i forhold til den aldersdemente, som er særlig var overfor ikke-verbale signaler. Konsekvensene kan bli at pasienten ikke får den behandling vedkommende har krav på, og at sykepleieren ikke får kontakt med pasienten.

Den samhandlingen som et pleiepersonale med samisk bakgrunn har med de samiske eldre bygger på en felles bakgrunn, kulturelt, språklig og geografisk. I tillegg til det rent språklige, kommer forhold som at samiske pleiere lettere ser hvilke belastninger overgangen fra et liv knyttet til naturens vekslinger gjennom reindrift, fiske eller høsting av naturens ressurser til et liv i institusjon kan være for de eldre. Dette er en kunnskap som ikke er systematisk nedfelt, og som må komme mer fram som en ressurs til bruk for de eldre og for institusjonene.

7.3 TILTAK SOM FREMMER STABILITET OG STIMULERING I OMSORGEN AV SAMISKE ELDERE

De samiske eldre bør møtes av et pleiepersonale og en institusjonskultur som tar hensyn til den eldres behov for å ha referanser til samisk språk og kultur i sitt nærmiljø. Samiske pasienter bør i størst mulig grad ha samisktalende sykepleiere. Iallevfall bør sykepleierne kunne elementær samisk, og ha grunnleggende kunnskaper om samisk kultur, og om det distriktet de eldre samene kommer fra. Det kreves også kunnskaper i bruk av tolk, dersom tillitsforholdet til pasienten skal beholdes, og kommunikasjonen bli god.

Målet i den daglige omsorg og pleie må være å finne fram til de samiske pasientenes behov og ressurser. Dette er nesten umulig uten kjennskap til det samiske samfunnet og de eldres bakgrunn og situasjon. Dersom ikke miljøet blir tilrettelagt for dem, vil de eldres forvirring og desorientering øke, og de vil bli enda mer avhengig av hjelp til daglige gjøremål. Miljøet i en institusjon bør kunne tilrettelegges i samarbeid med de samiske eldre selv. De eldre kan ha mange ideer for å skape et mer kjent og hjemlig miljø, og det vil bli lettere å kompensere der de enkelte pasientene ikke selv mestrer sine behov.

Det bør tas spesielle hensyn til de samiske eldre som egen gruppe, og til at åndsfriske og aldersdemente samiske eldre har forskjellige problemer og behov med forskjellige typer tiltak. Det må bl.a. tas hensyn til at de aldersdemente pasientenes problemer er av en slik art at de krever en spesielt tilrettelagt pleie.

Aldersdemens kan ikke helbredes. Men det er holdepunkter for at symptomene lar seg bremse. Det er dette som må ivaretas i pleie og omsorg av aldersdemente pasienter. Det innebærer at pleierne må arbeide med sine egne holdninger til pasientene til daglig. De eldre er verdifulle mennesker og har krav på respekt til tross for sine reduserte funksjoner. Det må legges vekt på pasientenes ressurser i omsorgen, ikke bare de sider som er problematiske.

Pasientene må selv ivareta så mye av sin egenomsorg som mulig. Et samarbeid med de pårørende er viktig for et godt behandlingsopplegg. Et trygt og tillitsfullt forhold mellom pasienter og personale er en forutsetning for å trekke fram pasientenes ressurser. Utviklingen av et negativt selvbilde motvirkes ved å stimulere de funksjoner som fortsatt er intakt. Den «nedbrytingsspiralen» som både demente og andre eldre lett kan komme inn i, må erstattes av en «oppbyggingsspiral». Dette innebærer å gi pasientene muligheter til å klare ting selv, øke deres selvtillit og selvfølelse, arbeide for at avhengigheten til personalet og andre gradvis avtar, og stimulere til økt aktivitet og medbestemmelse.

Stabilitet og stimulering er to hovedpillarer i behandlingen av aldersdemente pasienter, og sykeplei tiltakene bør bygges opp rundt dette. Med stabilitet menes at tilværelsen rundt pasientene bør være mest mulig slik de har innrettet seg gjennom årene, både når det gjelder menneskelige kontakter og fysisk miljø. Demente pasienter har et forhold til det som er kjent. Med stimulering menes aktiviteter som tar sikte på å opprettholde pasientens funksjonsnivå.

For å ivareta størst mulig stabilitet må det planlegges i forhold til hver enkelt pasients omgivelser, rutiner og kontakt med andre. Kjente gjenstander fra pasientens eget hjem og miljø øker følelsen av trygghet på en institusjon. Pleierne må ha mest mulig kunnskap om pasientens bakgrunn for å skape best mulig kontinuitet med hjemmet og hjemmiljøet, og for å skape trygge omgivelser for den aldersdemente. Likeledes må pleierne skaffe opplysninger om aktiviteter som pasienten har holdt på med da vedkommende har vært funksjonsdyktig. Demente pasienter har problemer med å forholde seg til for mange menneskers vaner og væremåter. Det bør derfor ikke være for mange som tar seg av denne pasienten.

F.eks. ved å konstatere: Målet med omsorgen må være å legge til rette for et miljø og adekvate tiltak som får fram de samiske pasientenes ressurser bl.a. ved å ta hensyn til deres språk- og kulturbakgrunn. Presisere: både hjemmebasert omsorg og institusjon. Hvilke sykeplei tiltak vil kunne sikre målsettingen om stabilitet og stimulering i omsorgen for de samiske aldersdemente, og hvordan skal disse sykeplei tiltakene kunne gjennomføres på en best mulig måte for de samiske eldre? De vil kunne medvirke til forebygging helseskader og sosial isolasjon, og til å bedre evnen til å mestre dagliglivets oppgaver hos de eldre.

- Egne enheter
- Primærsykepleie

- Miljøterapeutiske tiltak
- Identitetsbevarende tiltak
- Realitetsorientering
- Gruppeaktiviteter
- Bruk av de eldres egen medvirkning
- Bruk av pårørende som ressurs

Egne enheter for samiske aldersdemente pasienter

Et ustabil miljø øker forvirringen, og virker antiterapeutisk på aldersdemente pasienter. De eldre trenger nærhet og kontakt med andre mennesker i et stabilt og oversiktlig miljø for å fungere best mulig. Det spiller også inn at samiske eldre har referanser til et samisk samfunn som er fremmed for sykepleiere med en annen kulturbakgrunn. Målet med omsorgen må være å legge til rette for et trivelig og positivt miljø som får fram de samiske pasientenes ressurser bl.a. ved å ta hensyn til deres språklige og kulturelle bakgrunn. Egne enheter kan generelt være en god løsning i pleien av eldre med samisk bakgrunn, men det vil spesielt være viktig i forhold til samisktalende og tospråklige aldersdemente på grunn av deres språklige situasjon.

En definisjon av skjermet enhet for aldersdemente kan være et bo- og behandlingstilbud på et forsvarlig nivå til en gruppe pasienter, som trenger kontinuerlig, langvarig, bevisst og stabil innsats for å fungere nær opp til den grense de organiske hjerneskader setter. En skjermet enhet for samisktalende aldersdemente bør ha samisktalende personell med kunnskaper om samisk kultur og samfunnsliv. Hovedtilbudet til demente pasienter må være å observere demensutviklingen, og å iverksette rehabilitering for å opprettholde eller bedre funksjonsevnen ut fra et mål om stabilitet og stimulering i omsorgen.

En skjermet enhet må utvikles med det for øye å gi den samiske pasienten et fullverdig liv, trivsel og trygghet i et aktivt, stimulerende miljø. Dette kan i praksis gjøres på flere måter. Miljøet må støtte opp under hjemmевante aktiviteter. En riktig tilrettelegging av et mindre fysisk miljø vil støtte opp under identitetsstyrking og realitetsorientering hos pasienten. Pasientene må kunne assosiere seg med ting som er kjente, og de bør kunne delta i aktiviteter selv der dette er mulig.

Interiøret bør knyttes til en samisk, kjent tilværelse. Pasientenes rom kan innredes med deres egne møbler og ting. Rommene kan merkes med navneskilt på samisk, og bruksting fra pasientenes hjemmiljø plasseres i oppholdsrommene.

Det bør være sammenheng i rutinene rundt den enkelte pasient, og det bør tilstrebes individuelle daglige rutiner som iallfall i et visst monn tar hensyn til vaner fra pasientens eget hjemmiljø. Opprettholdelse av pasientenes daglige rutiner virker inn på deres stabilitet. Det er et langt sprang fra å utføre gjøremål i fisket eller i reinflokken til de faste rutiner i en institusjon. Derfor er det en trygghet for pasienten at rutinene legges opp slik at de ligner mest mulig på hjemmesituasjonen. Det bør være en kontinuerlig kontakt med pleiere med innsikt i samisk språk og kultur. Personellet bør være fagutdannet og samiskspråklig, og de bør ha samisk kulturkunnskap. Det er viktig at det er nært samarbeid med de øvrige institusjoner i kommunen, bl.a. for å utnytte kapasiteten best mulig.

Behovet for en egen enhet må vurderes i hver enkelt kommune ut fra forekomsten av aldersdemens, språklige, kulturelle og sosiale forhold i hver enkelt kommune, og ut med utgangspunkt i en viss standard, på linje med det som er skissert her.

Primærsykepleie

I en vanlig avdeling kommer pasientene i kontakt med et stort antall personer, som forholder seg til andre på forskjellige måter. Demente pasienter kan lett bli forvirret og urolige av å tilpasse seg mange forskjellige personers rytmer og vaner.

Primærsykepleie innebærer at et begrenset antall personer blant personalet har hovedansvaret for omsorgen og kontakten med den enkelte pasient. Primærsykepleie gir muligheter for å ivareta kontinuitet, stabilitet og individuell pasientomsorg. Når pasientene opplever at det er de samme menneskene som omgir dem til daglig, utvikler de en større trygghet. Primærsykepleie bør kunne praktiseres slik at den sikrer de samiske pasientene en kontinuerlig kontakt med et samiskspråklig personell.

Primærsykepleie bør kunne være en hjørnestein i utprøving av tiltak for samiske eldre, fordi den vil gjøre det lettere å forstå og ta hensyn til pasientenes kulturelle bakgrunn, og å bygge opp en trygg kommunikasjon basert på samisk språk. Det gir større forutsetninger for å finne fram til de samiske pasientenes ressurser og begrensninger, og å utarbeide gode stimuleringsiltak for denne gruppen. Det er lettere for primærsykepleier å bli kjent med pasientene, å få et bilde av deres kapasitet, og å legge til rette for mer individuelt tilpassede opplegg. Det blir lettere å finne fram til rutiner som ligner på hjemmesituasjonen, og som skaper stabilitet for pasienten. Kjennskapet til pasienten gjør det også lettere å trekke inn andre faggrupper. Primærsykepleier vil lettere kunne opprettholde kontakt med pasientens sosiale nettverk; familie, venner og omgangskrets. Det vil bidra til å gjøre situasjonen mer stabil for pasienten og det vil gjøre det lettere å finne fram til og legge opp sykepleietiltak i samarbeid med familie og nærmiljø. Utviklingen mot et mer åpent system med dagpasienter eller nattpasienter på institusjon, åpner også for nye muligheter i kommunikasjonen mellom hjem, familie og institusjon.

Noen institusjoner velger en organisasjon med primærgrupper som har ansvar for den enkelte pasient, for utforming av pleieplanen, og som følger pasienten ved overføring til sykehus, etc. Det kan være en løsning å knytte en organisasjon av primærgrupper til et nettverk for fleksibel bruk av samisk språk- og kulturkompetanse i samiske kommuner og institusjoner.

Primærsykepleie er lettest å gjennomføre med et stabilt personale, noe som kan være et problem i ukantområder med samisk befolkning. Erfaringer tilsier imidlertid at et system med primærsykepleie kan medvirke til at personellet arbeider mer bevisst, og lettere kan se resultater og finne mening i arbeidet. Det kan dessuten fungere som en motiverende faktor for et personell med samisk bakgrunn at det arbeides med å ta hensyn til deres eldre.

Undervisning av hele personellet vil ofte være nødvendig for å skape et felles utgangspunkt for å forstå den aldersdemente pasientens adferd. De bør få tilbud om undervisning og veiledning i samisk språk og kulturkunnskap, og om tospråklighet og aldersdemens. Det bør prioriteres å praktisere primærsykepleie i en egen enhet for samiske aldersdemente pasienter. Primærsykepleie vil få en egen enhet for denne gruppen til å fungere best mulig, og vil sikre en best mulig utvikling av sykepleietiltakene.

Generelt bør en enhet hvor primærsykepleie praktiseres i forhold til samiske pasienter kunne fungere som en base for å utvikle kulturelt tilpassede sykepleietiltak.

Realitetsorientering

Realitetsorientering benyttes i behandlingen av desorienterte og forvirrede pasienter. Det innebærer en bevisst og systematisk orientering av pasientene i forhold til

tid og sted og praktiske realiteter. Det er høstet svært positive erfaringer med realitetsorientering som tiltak for eldre pasienter. Hensikten med slike tiltak er å øke pasientenes trygghet og tillit til omgivelsene og motvirke isolasjon, og å bedre orienteringsevnen og selvoppfattelsen både hjemme og i institusjoner.

Realitetsorienterende hjelpemidler for samiske eldre kan være svært enkle. Det er teknikker for å bringe realitetsorienteringen inn i det vanlige, daglige samværet med pasienten. Merking og innredning av rom, navneskilt, realitetsorienteringstavler, med opplysninger om måltider, dato, osv. Klær og bruksting som er kjente for pasienten kan minne om årstiden og om tidligere liv og aktiviteter.

Markering av årstider og høytider kan være viktige hjelpemidler i forhold til pasientenes hukommelse, og mye av avdelingens aktiviteter kan knyttes til dette. Realisering av sesongbundne samiske aktiviteter som duodji (samisk husflid og håndverk), bærplukking, sanking av sennagress og forskjellig slags mattilberedning vil bidra til å styrke pasientenes orienteringsevne.

For samiske eldre er det enkelt å finne aktiviteter knyttet til de forskjellige årstider. Om høsten kan man skjære og banke sennagress, henge det til tørk og ta det inn når det er tørt. Heldagsturer kan arrangeres for bærplukking. Frisk luft og «fjellkaffe» kan være like viktig som bærplukkingen. De eldre bør ha mulighet for å dra til slaktegjerdet under reinslaktingen, der dette passer. Her kan de treffe kjentfolk og samle skinn og horn til duodji. De kan spikre skinnene opp til tørk, og de kan sanke riktig ved til fyring i lavvo. De kan også besøke fiskeplassene ved elvene og fjordene. De eldre får felles opplevelser å snakke om, det knyttes bånd til tidligere tider, og språket blir aktivert. I institusjonen kan de bake brød i gryte, koke kjøtt, bearbeide skinn, og hogge ved. Om vinteren og våren kan kjøtt henge til tørk og saltes. Om våren og sommeren kan de eldre besøke reinflokken og delta i kalvermerkingen. Da er det også tid for større duodji-arbeider som må skje ute.

Årstider og kirkehøytider hører sammen. De fleste samiske eldre har tradisjoner med å gå til kirken i høytidene. Kirken var møtested for samene i påsken. Realitetsorienterende tiltak kan knyttes til lokale tradisjoner eller vaner, og vil variere mellom de forskjellige samiske distrikter og lokalsamfunn.

Det må være et mål å finne fram til tiltak som fungerer realitetsorienterende i institusjoner og i hjemmesykepleien for de samiske eldre i samiske kommuner.

Identitetsbevarende tiltak

Målet med identitetsbevarende tiltak må være å bevare identiteten og å styrke følelsen av å være respektert med andre verdier enn hva eldreomsorgen og institusjonen ellers formidler. Identitetsbevarende tiltak for samer i institusjon kan være svært enkle, og trenger ikke medføre store kostnader. De bør imidlertid utvikles ut fra kjennskap til den lokale samiske kulturen, og ut fra pasientenes bakgrunn og forutsetninger, både i den hjemmebaserte omsorg og i institusjon. Identitetsbevarende tiltak vil langt på vei kunne innebære det samme som realitetsorienterende tiltak, men de vil gå lenger i å støtte opp under pasientens samiske identitet, og krever en mer inngående kulturell kompetanse hos personellet. Det dreier seg likevel fortsatt om enkle tiltak som å tiltale pasienten med riktig samisk navn, og å la pasienten uttrykke seg gjennom ytre ting som samiske klær og bruksting. Identitetsbevarende tiltak vil være alt som bidrar til å opprettholde personligheten, som vekker minner fra fortiden, og som skaper trygghet og gjenskaper følelser, og som gir den eldre mulighet til et meningsfylt liv. Dette må skje så langt det er praktisk mulig, og etter pasientenes ønske.

Navnet oppleves og erfares av mange samer som en viktig del av deres identitet og personlighet. Å tiltale den samiske pasienten med det navnet vedkommende bru-

ker på seg selv, krever imidlertid kjennskap til samisk språk og samiske omgangsformer. I dag brukes samiske navn gjennomført, f.eks. skrives barnas navn nå ofte på samisk i kirkebøkene. Eldre samer kan ofte ha to navneformer, et offisielt og et personlig navn. Ifølge den samiske navneskikken bruker man fornavn, etternavn og slektsnavn. F.eks. kan et barn bli kalt opp etter bestefaren, Niillas (Nils). Hvis fars navn er Jovvna (John), blir den samiske navneformen Niillas Jovvna Niillas. Den offisielle norske navneformen, Nils Johnsen, er fremmed for det samiske samfunnet. Å bli tiltalt med det personlige navnet vil kunne forsterke den eldre identitet, det vil bremse identitetstap og ytterligere forvirring, og det vil vise respekt for den gamle. En eldre same vil også kunne forbinde det offisielle navnet med myndighetsutøvelse, hvilket kan forsterke tendenser til å ville trekke seg tilbake. Det personlige navnet bør brukes i størst mulig grad også i journaler og kardedex. Man må også være oppmerksom på at samiske trebokstaver kan brukes til merking av pasientenes rom og eiendeler. Tidligere ble trebokstaver brukt til å merke bjørnehi, fiskegarn, etc. I dag blir de for det meste brukt til å hårmerke rein før reinen blir øremerket. Bruksting, husflidsgjenstander og klær blir også merket med trebokstaver.

Mange eldre samer har bare brukt tradisjonelle samiske klær. I eldreomsorgen bør sykepleierne ta initiativ til å skaffe samiske klær som pasienten trenger. Pasienten blir mer selvstendig når vedkommende har kjente klær som han eller hun vet hvordan man skal ta på.

Pleierne må trenes i å tilpasse aktivitetene til pasientenes behov og forutsetninger. Ved gjennomgang av forskjellige duodji-aktiviteter vil pleieren kunne spørre om og selv se hvilke aktiviteter pasientene har vært med på tidligere, slik som koftesying. En dement pasient kan f.eks. ha god teknikk med å sy koftekantbånd (holbi). Et annet eksempel er en eldre kvinne som, etter at man hadde gjort det klart for henne at det var tillatt å joike, joiket en av guttene hun kjente i sin ungdomstid. Dette virket positivt på hennes trivsel. Her viste personalet respekt og forståelse for pasientens kultur ved at de formidlet kontakt med en lokal joiker.

Sykepleieren må samle opplysninger i pleieplanen om pasientens bakgrunn og ressurser, slik at andre pleiere kan ta hensyn til vedkommendes vaner og interesser i tilrettelegging av aktiviteter som er kjent for vedkommende. De forskjellige institusjoner bør summere opp og utveksle de erfaringene som gjøres med de forskjellige aktiviteter for samiske eldre.

Miljøterapeutisk tilrettelegging

Miljøterapi er definert som en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med miljøterapi for eldre er å fremme deres muligheter til læring, mestring og personlig ansvar.

En kjent og hjemlig atmosfære kan bedre pasientenes funksjonsnivå. En slik tilrettelegging må bl.a. få konsekvenser for valg av fysiske omgivelser og av aktiviteter i institusjoner i samiske områder. Miljøterapeutiltak må bygges opp rundt pasienten under hensyn til vedkommendes forutsetninger. Hovedprinsippet er å stimulere de funksjonene som pasientene kan nyttiggjøre seg. Miljøterapeuten må lete fram ressurser og aktiviteter som pasientene har hatt glede av tidligere, og ta utgangspunkt i disse når det bygges opp stimuleringsopplegg for pasienten. Slike prosesser forutsetter kjennskap til samiske eldres behov og kulturelle forutsetninger. Dessuten må den terapeutiske tilretteleggingen stadig vurderes og tilpasses etter som pasientens behov endrer seg.

For å nå målet med miljøterapi, vil pleiepersonalet være avhengig av et tverrfaglig samarbeid hvor flere faggrupper deltar i pasientomsorgen. For en gruppe

eldre vil ergoterapeuten være sentral, for en annen gruppe psykiatrisk sykepleier. Et nært samarbeid mellom sykepleier og andre faggrupper bør være basis for utvikling og iverksetting av stimuleringsiltak som passer hver enkelt pasient. Et slikt samarbeid åpner også for å trekke inn kulturell og språklig kompetanse ut fra pasientenes behov.

Gruppeaktiviteter

Gruppeaktiviteter er mye brukt som behandlingstiltak, særlig i institusjoner. Gjennom gruppeaktiviteter og samvær kan man stimulere flere pasienter samtidig, i tillegg til at gruppen ivaretar en sosial funksjon.

Skal gruppeaktivitetene lykkes for samiske eldre, må de være tilrettelagt slik at de kan delta fullt ut og ha nytte av samværet. Aktivitetene må ha betydning for pasientene, og de må bygge på kjennskap til hver enkelt pasient, så vel som generell kunnskap om denne gruppen eldre. Oppleggene vil måtte variere i forhold til forutsetningene hos hver enkelt pasient, og ta hensyn til hva som fungerer i den aktuelle gruppen av pasienter. For å finne fram til relevante gruppeaktiviteter for samiske eldre, så kan det være en strategi å ta utgangspunkt i den mestringsevne de har i sitt hjemmiljø, og hvilke aktiviteter de er opptatt av der. Det kan sees som en del av kompetanseoppbyggingen hos pleiepersonellet å gjøre seg kjent i pasientens hjemmiljø. Forskjellige former for samisk husflid (duodji) vil være en naturlig gruppeaktivitet for samiske eldre. Her kan det også være naturlig å trekke inn en duojar (samisk husflidsutøver) for å realisere aktiviteter. Han vil ut fra sin kunnskap også kunne bidra med å lete fram spesielle ferdigheter hos de eldre. Gruppeaktiviteter i institusjon kan være sosialt samvær knyttet til daglige aktiviteter som matlaging, til samiske radio eller TV-sendinger, eller det kan være turer til slakteplassen eller fiskeplassen. Samiske eldre bør dessuten sikres muligheter til å oppsøke de kulturelle og kirkelige virksomheter som de er vant med.

Fellesaktiviteter i forbindelse med høytidene er viktig for samiske eldre. De må imidlertid forholde seg til samisk tradisjon, som f.eks. å lage istand klær. Det har vist seg at såkalte «klippe og lime-aktiviteter» som laging av julepynt, etc., kan virke fremmede og bidra til å øke forvirringen for samiske pasienter. Da må man finne fram til andre måter å markere høytiden på. Gruppeaktiviteter utenfor institusjonen er også viktig. Det kan være viktig for sykepleierne å se pasientene i andre omgivelser. De kan bli overrasket over pasientenes mestringsevne i omgivelser som er kjente for dem.

Bruk av de eldres egen medvirkning

Når eldre i eldreomsorgen, både i de hjemmebaserte tjenester og i institusjoner, føler trygghet for at deres person er akseptert og respektert, så vil grunnlaget være lagt for deres vilje og evne til å være sjølhjulpne og positivt delta i de aktivitetstilbudene som omsorgen legger opp til. Derfor kan en eldreomsorg tilpasset samisk kultur og språk være avgjørende for eldre samers personlighet og egenutvikling. Utviklingen av tiltak for eldre bør ta utgangspunkt i en samisk hverdag, de bør omfatte de eldres egen oppfatning av den daglige omsorg og pleie, og ta i bruk deres kunnskaper om den lokale samiske kulturen. Tiltakene kan gjelde praktiske forhold som mat- og klesvaner, utvikling av aktiviteter, oppbygging av miljøet på institusjoner, osv. Ikke minst viktig er at man på denne måten vil få mer kunnskap om de eldre basert på deres egen medvirkning. Tiltakene vil kunne bli bedre og mer adekvate for den aktuelle gruppen eldre, og medvirkningen vil i seg selv fungere trivselsfremmende.

Bruk av de pårørende som ressurs

Forholdene må tilrettelegges for at pasient og pårørende skal kunne holde kontakten. Man må motvirke tendenser til at et institusjonsopphold bryter kontakten mellom pasienten og familien. Omsorgen rundt eldre i hjemmene må også fungere som et apparat med et åpent forhold til den eldre familie og nærmiljø. Det må være et mål å opprettholde og styrke kontakten mellom generasjonene. Dette er særlig viktig i samiske områder, hvor eldre tradisjonelt har en høy status, og hvor det er sterke bånd mellom eldre og pårørende, med slektskap som en viktig faktor for de eldre identitet. Kontakt med slekten og nærmiljøet vil i seg selv være stimulerende for en eldre same.

Slektskapets funksjon i samiske samfunn legger et bredere innhold i begrepet «pårørende». Her legges større vekt på fjerne slektinger enn i det norske samfunnet. Pårørende kan gi et bilde av hvordan den eldre har vært tidligere. De kan gi opplysninger som kan danne det nødvendige utgangspunkt for aktivisering og stimulering av den eldre. Dette kan være av særlig betydning der den eldre har bakgrunn i en kultur som er fremmed for pleierne.

Både familie og nærmiljø kan være viktige som ressurs og kilde til opplysninger om den eldre. De bør kunne aktiviseres i besøkstjeneste på institusjon og hjemme hos de gamle, og lokale organisasjoner bør motiveres til å skape sosiale samvær mellom de eldre og andre deler av nærmiljøet. Målet må være en sosial og kulturell forbindelseslinje mellom den eldre, sykepleieren og familien.

Når den eldre er på institusjon, kan de pårørende delta i felles aktiviteter, og bli kjent med pasientens nye hverdag og utvikle nye felles erfaringsområder. Familien kan også være en ressurs ved innkjøp og tillaging av klær, og den kan gi råd til personalet om hvordan miljøet skal kunne tilpasses pasienten best mulig. Et virkemiddel kan være informasjon for eldre og pårørende om opplegget ved institusjonen, gjerne i form av møter eller samvær. Der det er behov for det, bør dette kunne foregå på samisk, eventuelt med en tolk til disposisjon.

De pårørende vil dessuten kunne ha behov for direkte kontakt med sykepleierne. De kan ha hatt en strevsom tid før pasienten har fått plass på institusjon, og kan føle usikkerhet ved å overlate pårørende til en institusjon, særlig når de ser de kulturelle avstandene mellom hjemmiljøet og institusjonslivet. De som har et nært forhold til aldersdemente har ofte behov for å snakke om dette, og å få støtte hos hverandre under veiledning av fagpersonale. En løsning kan være en pårørende-gruppe som sammen med en sosionom som kjenner pasientens og pårørendes hverdag, kan diskutere hva det er å ha ansvar for en dement person. Det er lite litteratur som informerer om aldersdemens eller om tospråklighet og aldersdemens på samisk, eller om kulturelle forskjeller i institusjon eller innen eldreomsorgen. Det er derfor viktig å bygge på praktiske erfaringer.

7.4 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK*Hovedmål: Samisk livskvalitet i alderdommen*

Det er mange utfordringer å gripe fatt i for de offentlige omsorgstjenester for å sikre samiske eldre en trygg og verdig alderdom. Det må være et mål i eldrepolitikken å legge grunnlaget for en best mulig livskvalitet i alderdommen. God livskvalitet i alderdommen innebærer muligheter til å leve positivt og aktivt psykisk og fysisk etter sine forutsetninger, og i trygghet for at noen ser til og at noen bryr seg om en. Aktiv innsats fra samfunn og om man skal nå dette målet. Dette stiller store krav til myndighetene som har ansvar for eldrepolitikken, og det er en påtrengende utfordring til nærmiljø og familie.

I de samiske områder og bosettinger er ofte tradisjoner og levesett annerledes enn i det øvrige land. Det stilles derfor spesielle krav til at man i eldrepolitikken tar hensyn til og ivaretar de samiske kultur og språktrekk. Det er den eldste samiske befolkning som har den dypeste og mest grunnfestede tilhørighet i samisk språk og kultur. Samtidig er det nok den gruppen som har vanskeligst for å fremme sine rettigheter, og for å stille krav til offentlig service og lokalsamfunn. De kan ha problemer i forhold til norsk språk, mange har aldri fått opplæring i samisk skole. Mange har mistet sitt morsmål uten at de har fått fullverdig opplæring i norsk. Når alderdom, sykdom og ensomhet trer til, blir slike problemer forsterket. Kontakten med og nytten av de offentlige tjenester vil under slike forhold bli dårlig. Det kan være årsak til at livskvaliteten blir sterkt forringet, at dette går ut over helse og kan føre til tidlig død.

Trass i en meget sterk debatt om Eldres forhold i samfunnet ellers, har det i liten grad vært en offentlig debatt om de eldre samers situasjon. Konsekvensene av Sameloven og Grunnlovens §110 for eldrepolitikken har det såvidt utvalget erfarer ikke vært satt søkelys på. Eldreomsorgen i samiske områder legger sjelden eller aldri til grunn at Sameloven gjelder for eldre samer som for andre samer. Likevel er det klart at Sameloven hjemler også dem rett til å leve i et språklig og kulturelt miljø som har basis i det språk og miljø de har levd med gjennom et langt liv.

Den eldste samiske generasjon er naturligvis den sterkeste forbindelse til samisk kultur og språk. Utvalget mener at det haster med å legge opp en eldrepolitikk som sikrer de samiske eldre en alderdom på deres egen språklige og kulturelle grunn. Utvalget vil presisere at når det oppstår språklige og kulturelle problemer i eldreomsorgen, er det ikke den gamle same eller det samiske språk eller den samiske kulturbakgrunn som skaper problemene. Det er mangelfulle kunnskaper og forståelse hos de som har ansvar for eldrepolitikken og eldreomsorgen om at språklig og kulturell trygghet og et godt sosialt nettverk utgjør det vesentligste grunnlag for en god livskvalitet.

Delmål: En planlegging av omsorgstjenester for eldre på alle nivåer med henblikk på livskvalitet for samiske eldre

Utviklingen av omsorgstjenester som sikrer livskvaliteten for samiske eldre bør gjenspeiles i et planarbeid på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Særlig i kommunene bør det utvikles rutiner for en samordnet og fleksibel bruk av bemanningen med henblikk på en effektiv bruk av samisk språk- og kulturkompetanse.

Kommunene bør utvikle en hjemmebasert omsorg med samisk språklig og kulturell kompetanse, og som innebærer størst mulig kontinuitet for den eldre, og tiltak og forbedringer i institusjoner som omfatter et pleiepersonell og en institusjonskultur som tar hensyn til samiske Eldres behov for referanser til sitt nærmiljø og sin kultur. Her må et sentralt mål være utvikling av et pleietilbud som fremmer stabilitet og stimulering i omsorgen av samiske eldre, og som spesielt bygger opp under samiske aldersdementes behov for bekreftelse av en samisk identitet.

Det bør vurderes planlegging av eldreboliger og eldreenheter spesielt innrettet på samiske eldre, og i en utvikling med overgang til nye omsorgsformer og rehabilitering i sykehjem bør kunnskap om de Eldres kultur og hjemmiljø tas med i en helhetlig vurdering. De pårørende og Eldres egen medvirkning vil være spesielt viktig i utviklingen av et kulturelt tilpasset omsorgstilbud. En lokalsamfunnsmedvirkning gjennom lokale foreninger og pasientvennordninger vil kunne være av betydning i omsorgen av samiske eldre både hjemme og på institusjon. Utvikling av et kompetansenettverk bør kunne sikre effektiv bruk av den kompetansen som etterhvert utvikles i eldreomsorgen, også i områder der det bor få samer.

Et kulturelt tilpasset omsorgstilbud bør kunne utvikles gjennom prosjekter i eldreomsorgen. Det bør utvikles en forskning rundt aldersdemens og tospråklighet, som omfatter både geriatri og gerontologi. Tiltak innen undervisning og veiledning vil sammen med tiltakene for de samiske eldre gjøre omsorgssektoren mer attraktiv både for de samiske eldre og som arbeidsplass. Tilrettelegging for samer i institusjon vil gjøre dette til mer attraktive arbeidsplasser, og vil kunne bidra til å sikre rekrutteringen i pleie- og omsorgssektoren, særlig blant personell med samisk bakgrunn.

Tiltak 1: En kommunal planlegging av omsorgstjenester for eldre som inneholder mål og tiltak spesielt for samiske eldre

Eldreomsorg er kommunenes ansvarsområde. Kommuner med samisk befolkning er ofte utkantkommuner med forholdsvis mange personer i de aller eldste aldersgruppene. Dette er eldre som er brukere av alders- og sykehjem, av hjemmesykepleien og av hjemmehjelps- tjenester. Med en relativ overrepresentasjon av de eldste aldersgruppene følger også en stor andel en-personshusholdninger med et stort behov for omsorgstjenester.

Det er flere faktorer som er viktige for planlegging av eldreomsorgen i kommunene, slik som bosetning, alderssammensetning og husholdsstruktur. Eldreomsorgstjenester bør planlegges ut fra klare målsettinger og strategier, og i kommuner med samisk befolkning bør disse også inneholde mål og tiltak spesielt for samiske eldre. Dette innebærer at kommuner med samisk befolkning, både i og utenfor forvaltningsområdet for Samelovens språkregler, bør utvikle et tilbud om pleie- og omsorgstjenester til samiske eldre som tar hensyn til deres kulturelle bakgrunn og språk. Både i institusjoner og i hjemmesykepleien må man utvikle forbedringer som er mer tilpasset samenes behov og forutsetninger. Det trengs ikke nødvendigvis så mye mer av personell, økonomi og utstyr for å gi eldre samer en mer meningsfylt tilværelse på institusjon og i hjemmesykepleien enn hva tilfelle er idag.

De samiske eldre bør møtes av et pleiepersonell og en institusjonskultur som tar hensyn til deres behov for å ha referanser til samisk språk og kultur i sitt nærmiljø. Samiske pasienter bør i størst mulig grad møtes av samisktalende sykepleiere. I allfall bør sykepleierne kunne elementær samisk, og ha grunnleggende kunnskaper om samisk kultur, og om det distriktet de eldre samene kommer fra. Det kreves også kunnskaper i bruk av tolk, dersom tillitsforholdet til pasienten skal beholdes, og kommunikasjonen bli god. Det må være et mål i den daglige omsorg og pleie å finne fram til de samiske pasientenes behov og ressurser. Det forutsetter kjennskap til det samiske samfunnet og de eldres bakgrunn. Miljøet i institusjon og hjemmesykepleien bør tilrettelegges med dette for øye.

Mål og tiltak for pleietrengende eldre samer bør nedfelles i det kommunale planarbeidet. Flere kommuner har utviklet delplaner for eldre. Der kommunene utvikler sitt planarbeid med de samiske eldre for øye, og hvor de samiske eldre tilgodeses innenfor rammen av et kvalitetsutviklingsarbeid, bør Sosial- og helsedepartementet vurdere ekstra midler til dette arbeidet. Delplanenes omtale av samiske eldre bør bl.a. henviser til de kommunale opplæringsplaner, og kurstilbudene i samisk språk og kultur for helse- og sosialpersonell.

Tiltak 2: En samordnet og fleksibel bruk av bemanningen i kommuner med samisk befolkning med henblikk på en effektiv bruk av samisk språk- og kulturkompetanse

Et tiltak som vil kunne være av særlig stor betydning for eldre mennesker, er en samordning og en fleksibel bruk av bemanningen ved institusjoner, i hjemmehjel-

pen og innen hjemmesykepleien i de forskjellige kommuner, slik at eldre samer i størst mulig grad kan få et tjenestetilbud som innbefatter samisk språk og kulturkompetanse. Samiske eldre bør kunne få hjembesøk av en person med samisk bakgrunn, og som kjenner de eldres hjemmemiljø. Det bør være kontinuitet i tjenestetilbudet. En fleksibel bruk av bemanningen i kommunene bør kunne fungere slik at personell ved institusjoner også kan gå inn i de hjemmebaserte tjenester. Det er mulig fordi betjeningen ved institusjoner nå er ansatt i den kommunale eldreomsorgen. Det vil være naturlig om pleie- og omsorgsleder i hver kommune forestår en samordning av bemanningen. Hver kommune bør samordne bruken av de ansatte slik at personellet kan brukes mest mulig fleksibelt, og slik at personell med samisk språk- og kulturkompetanse kan settes inn der det er størst behov, både i hjemmene og i institusjoner. Institusjonene bør kunne fungere som en ressursbase for kommunen hva personell og kompetanse angår. En mulighet vil kunne være å dele kommunen inn i regioner som basis for bruk av personell med forskjellig kulturell og språklig kompetanse.

I den utvikling mot mer åpen omsorg som vi ser i dag, kan fleksibel personellbruk medvirke til en mykere overgang fra hjem til institusjon for de samiske eldre. Derfor bør man i samiske kommuner være oppmerksom på de forbedringer det vil kunne medføre for tjenestetilbudet dersom man lar en utvikling mot en mer åpen omsorg gå parallelt med en utvikling mot en mer fleksibel bruk av personell med samisk språk og kulturkompetanse innen institusjoner og hjemmebasert omsorg. Det vil også bidra til et bedre samarbeid mellom institusjoner, de hjemmebaserte tjenester og den kommunale helsetjenesten. Det er mange muligheter for funksjonelt samarbeid. Da kan man for eksempel sikre at samiske eldre under helsekontroller har kontakt med helsepersonell som er kvalifisert innen eldreomsorg, og som har samisk språk- og kulturkompetanse. Slike tiltak bør ses i et kvalitetsperspektiv, og nedfelles i det kommunale planarbeidet.

Tiltak 3: Utvikling av et pleietilbud som fremmer stabilitet og stimulering i omsorgen av samiske eldre, og som utgår fra et personell og en institusjonskultur som tar hensyn til samiske eldres behov for referanser til sitt nærmiljø og sin kultur

For at pasienten skal kunne opprettholde sin samiske identitet i institusjon såvel som innenfor den øvrige eldreomsorgen, så må det tilrettelegges for et miljø som skaper trygghet og trivsel for de samiske eldre. Dette kan innebære at institusjonene skal oppvise likhetstrekk med pasientenes eget hjemmiljø, og at det utvikles relevante sykepleietiltak som bygger opp under stabilitet og stimulering i omsorgen av de samiske pasientene. Det bør være et mål å utvikle behandlingsopplegg og pleietiltak som innebærer et kulturelt tilpasset pasienttilbud. Også i forhold til samiske pasienter må det arbeides med tiltak med utgangspunkt i at aldri etter hvert kan føre med seg redusert motstandsdyktighet overfor miljømessige og helsemessige problemer. Aktivitet og menneskelig kontakt er viktige forutsetninger for trivsel og helse. Det må være en selvfølge at man søker å legge forholdene til rette for gamle samiske pasienter. Det er lite vi kan gjøre for å forebygge aldersdemens, men riktige sykepleietiltak kan bidra til å sinke symptomene på demensutvikling. Pasienten får da leve bedre med økt livskvalitet en lengre periode.

Kommunene må arbeide for at betjeningen blir mer bevisst på å bevare pasientenes identitet. Dette må ses i forhold til en mer fleksibel bruk av den samiske bemanningen. Institusjoner med samiske pasienter bør i størst mulig grad ha samisktalende sykepleiere. Det bør være kurstilbud for sykepleiere i samisk språk og kultur, og spesielt om kommunens egen lokale samiske kultur. Språkopplæring er viktig i alle samiske områder, også utenom språklovens forvaltningsområde.

I institusjoner bør det vurderes etablert egne avdelinger eller enheter med behandlingstilbud som er tilpasset de forskjellige pasientgruppenes behov, både samiske aldersdemente og samiske åndsfriske. En egen enhet hvor primærsykepleie praktiseres i forhold til samiske pasienter bør være en god base for å utvikle kulturelt tilpassede sykepleiertiltak. Behovet for kontakt med nærmiljøet vil kunne ivaretas ved å la familien overnatte på institusjon, eller legge til rette for at de eldre kan komme hjem, f.eks. ved kjøring av rullestolbrukere fra institusjon til hjemmene, eller ved å utvikle ordninger med dagpasienter ved institusjoner. Der ikke egne avdelinger eller enheter kan opprettes for samiske eldre, så bør de eldre fra samiske bygder bo ved siden av hverandre på institusjonen. Uansett bør det til enhver tid være personell med samisk bakgrunn eller samisk språk- og kulturkompetanse på vakt.

Sykepleietiltakene ved disse institusjonene bør tilpasses slik at de tar tilstrekkelig hensyn til de Eldres behov for å ha referanser til samisk språk og kultur i sitt nærmiljø. Det bør kunne skje gjennom veiledning til de ansatte av geriatrisk eller psykiatrisk sykepleier om pasientene og om arbeidsforholdene, og gjennom samtalegrupper av ansatte. Mest mulig av tiltakene bør tilrettelegges i samarbeid med de eldre selv. Det gjelder særlig ideer for å skape et mer kjent og hjemlig miljø på institusjonen, men også for å utarbeide sykepleietiltak som på en best mulig måte sikrer stabilitet og stimulering for de samiske eldre.

Enkle tiltak knyttet til bruk av mat og klær kan øke trivselen og følelsen av tilhørighet hos de eldre. Et tiltak som bør vurderes er å holde distriktets mattradisjoner i hevd. Tradisjonell samisk middagsmat bør være med på ukemenyen i institusjoner. Maten signaliserer bruk av lokale ressurser, og kan orientere hvilken tid på året en befinner seg i. De ansatte på institusjoner og i de hjemmebaserte tjenester må få opplæring i tradisjonell samisk matlaging. Eldre samer har ofte ikke brukt annet enn sine egne samiske klær. Det kan derfor bety mye å holde kletradisjonene i hevd. Dette kan gjøres ved å motivere pårørende til å anskaffe samiske klær for de eldre. Noen institusjoner vil kunne iverksette enkle tiltak som muligheter til vask av egne klær, eller til å hjelpe til på kjøkkenet. Forskjellige institusjoner vil finne fram til forskjellige tiltak.

For å skape et kjent og hjemlig miljø på institusjon, er bruk av nærmiljøet i gruppeaktiviteter og miljøterapi viktig. Lokale lag og foreninger som sanitetsforeninger, bygdelaget, lokale frivillige organisasjoner, sameforeninger, etc. bør trekkes inn i sykehjemmene. Det bør være kulturelle tilstelninger, religiøse samlinger, kirkekaffe, etc. på sykehjemmet som også har eldre som bor i egne hjem som målgruppe. Eldre som bor hjemme bør hentes. Ansvar for slike tiltak må ikke pulveriseres. Målet med slike tiltak må være at de eldre skal føle tilhørighet til det samiske lokalsamfunn som de er en del av, og ha ansvaret for seg selv så langt det er mulig. Det må legges til rette for at bygdas befolkning informeres og inviteres til arrangementer, at lokale ressurspersoner innen f.eks. samisk husflid kan hentes inn til aktiviteter i institusjonen, osv.

Pleieplanen bør være et viktig hjelpemiddel for tilrettelegging av aktiviteter som er kjent for pasienten. De erfaringene som gjøres med de forskjellige aktiviteter for samiske eldre, bør oppsummeres i kommunene og danne basis for utveksling av erfaringer med andre kommuner og institusjoner. Sosial- og helsedepartementet bør vurdere økonomisk støtte der utviklingen av slike tiltak skjer etter en plan, og hvor det drives som løpende og systematisk kvalitetsutvikling.

Tiltak 4: En hjemmebasert omsorg med samisk språklig og kulturell kompetanse, og som innebærer størst mulig kontinuitet for den eldre

Hjemmehjelperne og hjemmesykepleierne har kontakt med pasienten i en fase der behovet for institusjonshjelp utvikler seg. Det er behov for kompetanse også i den hjemmebaserte omsorg. Her må det være kunnskap om lokale tradisjoner og språk, de må fungere i forskjellige situasjoner. Det kan være praktisk følge til postkontoret som en del av å vedlikeholde den eldre sosiale nettverk, og det kan være former for mental oppbygging av den eldre. Det som sies om behovet i institusjon, gjelder i prinsippet også den hjemmebaserte omsorg. Den hjemmebaserte omsorg bør kunne trekke på den kompetansen som finnes i institusjonene, men vil samtidig kunne tilføre disse en viktig kunnskap om de eldre hjemmiljø.

Tiltak 5: En utvikling med overgang til nye omsorgsformer og rehabilitering i sykehjem som tar i bruk kunnskap om de eldre kultur og hjemmiljø

Den pågående overgangen til nye omsorgsformer, innebærer bl.a. at de omsorgstrengende får praktisk hjelp til å bo i sitt eget hjem. Sykehjemmene vil ha «åpen linje» til hjemmene, med anledning til dags- og nattopphold, og til korttids- og langtidsopphold. Det skjer også en utvikling mot rehabiliteringsplasser på sykehjemmene. Dette øker behovet for kunnskap om og kontakt med de eldre hjemmiljø, det øker behovet for fleksibel bruk av personell med samisk språk- og kulturkompetanse.

Tiltak 6: Planlegging av eldreboliger og eldreenheter spesielt innrettet på samiske eldre

I samiske kommuner kan det tas hensyn til samiske eldre også ved plassering av eldreboliger. Det kan være behovet for nærhet til naturen, til de eldre egne sosiale nettverk, osv. som er retningsgivende. Samiske bygder kan ha behov for mindre enheter av alders- eller serviceboliger. Det kan være en kombinasjon av enkelte leiligheter, servicesenter og aldershjemsenheter hvor samisk språk og kultur er en naturlig del av miljøet og av personellens kompetanse. Slike samiske eldreenheter bør fungere som en base for utprøving av tilbud spesielt tilrettelagt for samiske brukere. Det er utviklet en rekke finansieringsordninger for ulike boformer for eldre som gjør det lettere å gjennomføre en mer helhetlig eldreomsorg, bl.a. ved å gjennomføre eldreomsorg i boformer utenfor institusjon.

Tiltak 7: En utvikling av tjenestetilbudet til samiske eldre gjennom tiltak, prosjekter og opplæringsplaner

For å sikre en utvikling av et tjenestetilbud som har basis i samiske eldre behov og som tar hensyn til de eldre språklige og kulturelle bakgrunn, bør kommuner med samisk befolkning medvirke i utvikling av prosjekter som prøver ut tiltak for samiske eldre både i hjemmesykepleien og på institusjoner. Dette kan skje eventuelt i samarbeid med Gerontologisk Institutt. Hjelpet behovet må i størst mulig grad defineres av de eldre selv. De som planlegger og står for driften av omsorgstjenestene må lytte til brukernes erfaringer, og organisere tjenester og utvikle kompetanse i tråd med dette. Slik vil man kunne utvikle den mest adekvate kompetanse i eldreomsorgen. Den konkrete utformingen av prosjektene må ta hensyn til hva slags type samisk område dette er, og hvordan strukturen i omsorgsapparatet i de forskjellige kommunene er utbygd. Et aktuelt prosjekt bør være å prøve ut et eget samisk team

i noen kommuner. Teamet bør være lett tilgjengelig for brukere, pårørende, helsepersonell og administrasjon.

Denne utredningens "*Rekruttering og kompetanseoppbygging*" i kapittel 12 understreker at kommunene må være pådrivere av opplærings- og utviklingsplaner som fremmer hensynet til språk og samisk kultur i helse- og sosialsektoren. Dette gjelder også utredning av kurstilbud for pleie- og omsorgspersonell i kommunene. En rettesnor for dette arbeidet må være at kulturkunnskap og språkopplæring er en forutsetning for å forstå pasienten, og for å tilrettelegge miljøtiltak etter pasientens behov. Økt kunnskap gir mer meningsfylt arbeid for pleieren, og gjør det lettere å finne løsninger for de eldre. Undervisning og veiledning av hele personellet er nødvendig for at de skal kunne forstå den aldersdemente pasientens adferd. De bør undervises i samisk språk og kulturkunnskap, og om tospråklighet og aldersdemens. Endel steder vil opplæring i bruk av tolk for personellet være nødvendig.

Kommunene bør utrede muligheter for interkommunalt samarbeid innen eldreomsorgen. De praktiske erfaringer som gjøres med tiltak og prosjekter bør summeres opp, og komme flest mulig tilgode. Naturlige mål for kommunalt samarbeid er utarbeiding og utprøving av opplæringstilbud for pleie- og omsorgspersonell. Det må også samles og utveksles erfaringer med kulturelt relevante aktiviteter som f.eks. kursvirksomhet for eldre samer både i og utenfor institusjon. De samiske kommunene bør også vurdere tiltak som å komme sammen med sikte på å belyse samenes kulturelle og tradisjonelle syn på helse.

Tiltak 8: Utvikling av tiltak spesielt for samiske eldre i de sørsamiske områdene

I de sørlige samiske områder vil det alminnelige bildet troligvis være at institusjonene har få eller ingen ansatte som behersker sørsamisk språk. Enkelte hjem mangler også omsorgspersoner som behersker språket. Dette skyldes det sørsamiske språkets generelle stilling, og en situasjon med inngifte av nordmenn som gjør at den yngre generasjon i dag ikke besitter de språkkunnskaper som er nødvendig for en meningsfylt samtale med de eldre. Institusjonene har heller ikke denne kunnskapen. De samisktalende eldre er ikke mange, men de må få et tilbud, og de må oppfanges av systemet. Sykepleiere med sørsamisk språk- og kulturbakgrunn utgjør en viktig ressurs. En økning av kunnskap om samisk kultur og opplæring i elementær sørsamisk for sykepleiere og hjemmehjelpere må til også her. Et system av pasientvenner med sørsamisk språk- og kulturkompetanse, såvel som et utvidet system med lønn til omsorgspersoner med slik kompetanse, vil utgjøre en betydelig ressurs. Kommunene bør også vurdere samarbeid over grensene. Det kan være flere samisktalende på svensk side av grensen, og slektskapsbåndene hos samene krysser grensene. Ikke minst i sørsamiske områder vil de eldre være en ressurs når det gjelder ivaretagelse av språk og kulturtradisjoner.

Det har altså vist seg at aldring og demensutvikling kan føre til at morsmålet blir det dominerende språket hos tospråklige personer. Dette gjelder alle samer som har hatt samisk som sitt morsmål under oppveksten. Når det gjelder omsorg for eldre virker derfor de geografiske grensene for forvaltningsområdet for Samelovens språkregler meningsløse. Utvalget vil påpeke at innen eldreomsorgen bør intensjonene i Samelovens språkregler også gjelde for eldre også utenom språkreglenes forvaltningsområde, dersom samiske eldre skal sikres en trygg og verdig alderdom. De alminnelige pasientrettigheter tilsier også at de eldre må få bruke sitt språk i kontakt med helsevesenet. Utvalget vil derfor understreke betydningen av å utvikle en kompetanse i samisk språk og kultur i eldreomsorgen også utenom det nåværende forvaltningsområdet for Samelovens språkregler.

Sørsamiske kommuner og fylkeskommuner bør kunne innlede et samarbeid med Gerontologisk Institutt om tiltak innen eldreomsorgen for samiske eldre i sørsamiske områder, som setter kvaliteten i omsorgen i fokus.

Tiltak 9: Legge til rette for pårørendes medvirkning i eldreomsorgen i samiske områder

For å heve livskvaliteten til den eldre samiske pasient på institusjon, må pårørende informeres og stimuleres til å bidra med tiltak som er trivselsskapende. Det bør være et mål å opprettholde og stimulere den uformelle omsorgen, og å utvikle støtte og avlastning for pårørende. Det bør opprettes treff og informasjons- og samtalegrupper for pårørende av aldersdemente med samisk bakgrunn. All informasjon til pårørende og pasient bør også gis på samisk, selv om pårørende er flerspråklig.

Det bør åpnes for at pårørende og andre kan brukes som en kulturell og språklig ressurs for samiske eldre. Dette kan gjøres ved hjelp av forskjellige ordninger. Kommunene har nå anledning til å utarbeide omsorgsavtaler med pårørende hvor en arbeidsdeling mellom det offentlige og den private omsorgen kan fastlegges. Her kan hensynet til samisk språk og kultur bygges inn. Fra 1.1.1988 ble det anledning til å gi lønn for personer som har tyngende omsorgsarbeid for pleietrengende familiemedlemmer. I den nye loven om sosiale tjenester fra 1992 er det vedtatt enkelte endringer slik at lønn også kan gis til nære omsorgspersoner.

Utvalget mener at denne ordningen bør utvides/praktiseres fleksibelt slik at den også kan omfatte lønn for omsorg av samiske eldre der hensynet til samisk språk og kultur ikke kan ivaretas av de nærmeste omsorgspersoner. Dette vil innebære en kombinert avlastning og ivaretagelse av språk- og kulturhensyn, og vil kunne være et betydelig bidrag i å gi samiske eldre en verdig alderdom. Forskjellige modeller for avlastningstiltak som innebygger kulturelle og språklige hensyn er mulig i kommunene. Pensjonistforeninger utgjør en betydelig ressurs, og likeledes ligger det muligheter i ordninger med pasientvenner. Formidling av erfaringer bør etterhvert prioriteres. Kommunene bør også kunne iverksette utviklingsprogram for hjemmehjelpere, pasientvenner og andre som har omsorg for samiske eldre. Praktiske samarbeidsformer over grensene bør også vurderes i eldreomsorgen, kanskje særlig i sørområdene. Tiltak som venne- og servicetjeneste, eller telefonkontaktordning for samiske eldre bør også vurderes. Her kan Norsk Pensjonistforbund trekkes inn.

Tiltak 10: Styrking av samiske Eldres medinnflytelse, og bruk av eldre som ressurs i lokalsamfunnet

Samiske eldre må også sikres medinnflytelse gjennom aktiv representasjon i relevante institusjoner, slik som pensjonistorganisasjoner og fellesutvalget for forberedelse til pensjonsalderen. Under etablering av eldreråd i kommuner og fylkeskommuner bør samiske Eldres medinnflytelse sikres. Lokale sameforeninger og pensjonistforeninger bør være bidragsyttere i en utviklingen av kompetanse om samiske eldre på kommunalt nivå såvel som for sentrale organer som Statens eldreråd.

Kommunehelsetjenestelovens forskrifter §4—10 om å sikre pasientene innflytelse via valgte talsmenn må fungere også i samiske kommuner. Der dette ikke fungerer pga. språkproblemer, kommunikasjonssvikt eller barrierer i samhandlingen må dette avhjelpest, slik at institusjonene kan få valgt en talsmann for pasientene.

Eldre må brukes som en ressurs på flere områder i lokalsamfunnet. Samiske eldre utgjør en ressurs som det særlig haster med å bruke når det gjelder å gjenvinne lokale samiske kulturtradisjoner. Det kan være språklige uttrykk, fortellinger, virksomhet i næringsssammenheng, slik som duodji og andre tradisjoner. De eldre må

brukes og respekteres som den ressurs de er i å ivareta og føre videre samisk språk og kultur. Den solidaritet mellom generasjoner og respekt for de eldre som ligger i den samiske tradisjon må ikke gå tapt.

Det samiske samfunnets tradisjoner med omsorg for eldre innen slekten, og utviklingen mot et mindre skille mellom offentlig og privat pleie- og omsorgsinn-sats, og behovet for tilførsel av samisk kompetanse i omsorgssektoren, bør skape gode betingelser for kommunenes planlegging av eldrepolitikken.

Tiltak 11: Kompetanseutvikling innen 2. og 3. linjetjenesten i omsorgen av samiske eldre

Det er behov for å utvikle kompetanse om samiske eldre innen 2. og 3. linjetjenesten. Den bør omfatte både en medisinsk, geriatriisk kompetanse, og en kompetanse om aldringsprosessen blant samer, gerontologisk kompetanse. Kompetanseutviklingen bør i første rekke prioritere tospråklighet hos eldre samer. Det bør utvikles adekvate sykepleietiltak for samiske eldre som ledd i en gerontologisk kunnskap-soppbygging.

Aldersdemens følger ikke grensene for forvaltningsområdet for samisk språk-lov. Det må derfor utvikles kompetanse på institusjoner både i området for språk-reglene, og i de samiske områder forøvrig både innen 1., 2 og 3. linjetjenesten. I kommuner og fylkeskommuner finnes kompetansen i form av praktiske erfaringer som kan danne basis for tiltak og en videre utvikling.

Det er utvalgets oppfatning at det bør kunne utvikles et kompetansenettverk for samiske eldre innen 2. og 3. linjetjenesten som omfatter hele det samiske bosetting-sområdet. Man kan tenke seg kompetansebasert bruk for hele landet, eventuelt i hvert fylke, som deler av et nettverk. Det bør være nettverk som omfatter både geriatriisk diagnostisering og gerontologisk kompetanse, og som oppfanger denne etterhvert som det skjer en utvikling på disse feltene.

Når det gjelder geriatri, bør et kompetansesenter kunne drive veiledning i forbindelse med diagnostikk og behandling, og fungere som samarbeidspartner i utviklingsprosjekter hvor samiske pasienter blir berørt. Aktuelle for en slik funksjon er i første rekke Regionsykehuset i Tromsø, sykehusene i Finnmark, og Spesialistlegesenteret i Karasjok. I dag skjer all geriatriisk diagnostisering for Helseregion V ved Regionsykehuset i Tromsø.

I Finnmark bør det vurderes om 2. linjetjenesten ved Porsanger Helsetun skal bygge opp en gerontologisk kompetanse som del av sin virksomhet i voksenpsykiatri i nært samarbeid med Gerontologisk Institutt. Det vil innebære et ansvar for praktisk veiledning og for den nødvendige utvikling av en transkulturell og psykiatriske kompetanse av relevans for eldre. Det vil være naturlig å legge denne kompetansen til Finnmark, som er det fylket med flest samisktalende, og som har flest kommuner under de samiske språkreglenes forvaltningsområde.

Et nettverk mellom institusjoner, avdelinger og enheter, og en ansvarlig 2. og 3. linjetjeneste må være målet slik at vi kan møte de kulturelle utfordringene som idag ligger i eldreomsorgen i forhold til den samiske folkegruppe. Et landsdekkende nettverk med base i Finnmark eller Troms bør for eksempel kunne hjelpe et sykehus i et sørsamisk område med en samisktalende aldersdement pasient, dersom det er behov for medisinsk eller språklig/psykiatrisk hjelp til pasienten. Noen fylkers annenlinje vil selv foretrekke å utvikle denne kompetansen, eller de velger å hente hjelp fra en kompetansebase. Dette kan også sees som etapper i en prosess hvor annenlinjetjenesten i de forskjellige fylker med samisk befolkning bygger opp sin egen kompetanse, men i en overgangsfase henter denne fra det fylket eller fra den institusjon som er ansvarlig for å utvikle den kompetansen man har behov for.

Det må bygges opp interne opplæringsprogrammer for kompetanseoppbygging i arbeidet med samiske aldersdemente ved de forskjellige sykehus og institusjoner som betjener de samiske bosettingsområder. Dette må sees i forhold til den mer praktiske beredskap med å hente inn samisktalende sykepleiere eller pasientvenner til aldersdemente, og det forsknings- og utredningsarbeid som gjøres innen gerontologien.

Et kompetansesenter bør gi praksisplasser, muligheter for videreutdanning og det bør ha delansvar for kursvirksomhet i samarbeid med universiteter, institutter og høyskoler. En første fase kan være å tilføre samisk kompetanse i en eller flere av de områdegeriatriske team som allerede eksisterer, eller opprette et nytt samisk-språklig team i et samisk område.

Tiltak 12: Geriatrisk diagnostisering ut fra hensyn til samisk språk og kulturbetinget adferd

Eldre mennesker kan ofte ha svært sammensatte problemer. Geriatrisk diagnostisering innebærer bl.a å få oversikt over og sortere disse, f.eks. å skille en tilstand av forvirring fra demens, eller finne hva slag demens det dreier seg om. Demensutvikling, slagtilfeller eller forvirringstilstander gjør ofte at pasienten snakker sitt morsmål, selv om dette ikke har vært i bruk på mange år. Dette er et fenomen som forekommer også etter operasjoner. Man har registrert at samisktalende som ellers har norsk som dagligspråk, snakker samisk etter narkosen.

Det er en forutsetning for å foreta en tilfredstillende geriatrisk vurdering at man kjenner til hva som er kulturbetinget adferd hos pasienten, og at man kan kommunisere med vedkommende på pasientens eget språk. Det er ikke klart i hvilken grad dette skjer i dag. En geriatrisk avdeling som omfatter pasienter fra samiske områder, bør ha samisk språk- og kulturkompetanse. Det bør alltid være helsepersonell med samisk språk- og kulturkompetanse på vakt på avdelingen. Alle bør ha en form for kompetanse på sammenhenger mellom kultur, språk og demensutvikling. Pr. idag er det ingen tilbud på geriatrisk diagnostisering i Finnmark. Alt blir utredet i Tromsø. For å kunne benytte Tromsø i fremtiden, bør den samiske bemanningen der styrkes, og kompetansen bygges opp. Det bør også utvikles geriatrisk kompetanse i Finnmark. De fleste kommuner i virkeområdet til Sameloven ligger i Finnmark. For å kunne gi et skikkelig tilbud til den samiske befolkning, bør et geriatrisk team arbeide i et aktivt samisk miljø.

I fremtiden bør det både i Troms og Finnmark kunne foretas tverrfaglig geriatrisk utredning og diagnostisering som også inkluderer den nødvendige samiske språk- og kulturkompetanse. En geriatrisk kompetanse i Finnmark kan utvikles i tilknytning til et av sykehusene, til Porsanger helsetun, til et spesialistlegesenter eller til en rehabiliteringsinstitusjon. En mulig modell er et samiskspråklig områdegeriatrisk team som skal betjene samiske områder i Finnmark. Det bør ha en base i Finnmark, men være knyttet til Regionsykehuset i Tromsø, som har ansvar for faglig utvikling og bistand til teamet. Teamet bør medvirke i utviklingen av den kulturelle kompetanse som det er behov for i omsorgen av samiske eldre.

Utvalget ønsker at det vurderes opprettet et samiskspråklig geriatrisk område-team for de samiskspråklige områder i Finnmark. Ansvaret for faglig bistand, utvikling og samordning bør tilligge Geriatrisk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø. Basert på erfaringer fra områdegeriatriske team i Nordland og Troms, bør Regionsykehuset i Tromsø vurdere å utvide disse til å omfatte personer med kompetanse i samisk språk og kultur.

Tiltak 13: Gerontologisk utviklingsarbeid med henblikk på samiske eldre

Gerontologisk institutt har som formål å drive aldersforskning, forsøks- og utredningsarbeid, samt å formidle kunnskaper og drive opplysnings- og veiledningsvirksomhet innen gerontologi og eldreomsorg. Det er utvalgets oppfatning at gerontologisk institutt bør utarbeide et program for utvikling av tiltak for samiske eldre, som bl.a. omfatter tiltak for tospråklige aldersdemente samer. Instituttet bør også kunne utvikle informasjonsmateriell, og utvikle veiledning for sykepleiere og hjemmehjelpere i samiske områder. Både gerontologisk institutt og Statens eldreåd kan ta opp og behandle spørsmålet om kompetanse i forhold til samiske eldre for å sikre en riktig omsorg. Det er lite litteratur som informerer om aldersdemens på samisk, eller om tospråklighet og aldersdemens. Det også lite materiell som behandler problemer knyttet til kulturelle forskjeller i institusjon eller i eldreomsorgen generelt. Slikt materiell må imidlertid utvikles på basis av de praktiske erfaringer som finnes.

Statens eldreråd er et rådgivende organ for offentlige myndigheter og organisasjoner i spørsmål som angår eldre i samfunnet. Rådet har som oppgave bl.a. å informere om tiltak og utvikling innen eldrepolitikk og eldreomsorg. Statens eldreråd bør også kunne gi råd og utvikle informasjon om samiske eldre. Rådet må derfor arbeide for å kartlegge eldre samers situasjon og behov. Det bør være et mål for eldrerådet å utvikle kompetanse og samle erfaringer med omsorgssvikt og samiske eldres situasjon i de forskjellige deler av det samiske bosettingsområdet. Det bør være en prioritert oppgave å utvikle og samle erfaringer med kulturelt tilpassede aktiviteter for samiske eldre i de forskjellige kommunene. Rådet bør utarbeide temahefter eller brosjyrer om samiske eldre, om tospråklighet og aldersdemens. Det må være et første skritt å samle de erfaringer som finnes som basis for utvikling av relevante tiltak som kan komme flest mulig samiske eldre til gode. Helsepersonell med samisk bakgrunn er en ressurs som bør utnyttes i iverksetting og utvikling av slike tiltak. De fleste av disse har opparbeidet en gjennomgående praktisk kunnskap om forhold rundt samiske eldre, demensutvikling og tospråklighet. Pårørende og eldre selv kan også bidra. Generelt bør alt utredningsarbeid som tar sikte på å bedre de eldres situasjon også inkludere de samiske eldre. Når det gjelder utredningsoppgaver og utvikling av kompetanse, er det behov for grunndata om samiske eldre og deres situasjon. Det må innsamles kunnskap og oppsummeres erfaringer om aldringsprosessen og de samiske eldre. Det må utvikles konkrete prosjekter slik at man kan høste erfaringer og utvikle kunnskap om aldersdemens og tospråklighet. Likeledes må det samles mer kunnskap om kulturelle barrierer i samhandlingen mellom det norske helsevesenet og de samiske eldre, herunder kulturelle faktorerers innvirkning på samiske pasienters opphold på institusjon. Det bør også utvikles prosjekter som har som formål å tilrettelegge for veiledning om aldersdemens og tospråklighet. Det bør samles kunnskaper om erfaringer med forskjellige aktiviteter for eldre i de forskjellige samiske områder. Dette bør skje i regi av Gerontologisk Institutt, i samarbeid og med basis i kunnskaper fra samiske fagmiljøer, samiske komuner og institusjoner.

Psykiatriplanen for Finnmark foreslår at det i forhold til alderspsykiatriske pasienter opprettes tverrfaglig sammensatte ambulante team med tilnytning til de psykiatriske sentra, som skal arbeide utadrettet mot kommunene. Døgnetenhetene ved sentrene skal ha noen avlastingsplasser for alderspsykiatriske pasienter.

Tiltak 14: Helseopplysning på samisk til samiske eldre

Eldre samer behersker norsk dårlig. Den samiske forståelsen av kropp og psyke er hos de eldre fortsatt sterkt knyttet til de gamle samiske kulturtradisjoner. Denne

samsvarer ikke alltid med den vestlige medisinske forståelse. Derfor er det spesielt viktig for denne aldersgruppen å få helseopplysning på samisk. Det bør utvikles spesielle audiovisuelle metoder, fordi de gamle sjelden kan lese nyere samisk rettskrivning.

Tiltak 15: Utvikling av kvalitetsmål og kvalitetssikringsprosjekter i eldreomsorgen spesielt innrettet på samiske eldre

Sosial- og helsedepartementet har i rapporten «Kvaliteten i eldreomsorgen» slått fast at det er vanskelig å finne fram til målemetoder som fanger opp den hjelpetrenendes livskvalitet. Det er ennå en vei å gå før man finner fram til tilfredsstillende kvalitetsmål i eldreomsorgen. Såvidt utvalget er kjent med, er ikke krav til kvalitetsmål for hjelpetrenende med samisk kulturell bakgrunn blitt vurdert.

Sosial- og helsedepartementets rapport påpeker at kvalitet i eldreomsorgen først og fremst er begrunnet i brukerens kvalitet, og at livskvalitet dreier seg om individets opplevelse av sin velferd. Den subjektive opplevelse av behov er filtrert gjennom både behov, livserfaringer og forventninger. Derfor bør det utvikles kvalitetsmål i eldreomsorgen som er spesielt innrettet på samiske eldre. Disse bør kunne danne grunnlaget for kvalitetssikringsprosjekter med samiske eldre som målgruppe. Dette er et arbeid som fordrer dyp kulturell og språklig innsikt. Det kan skje i regi av kommuner og institusjoner i samiske områder. Erfaringene bør imidlertid også oppsummeres på fylkeskommunalt og statlig nivå.

Tiltak 16: Et helhetlig prosjekt i samiske kommuner for å skape en kulturelt betinget eldreomsorg

Utvalget mener at Sameloven og grunnlovens §110 A stiller krav til en eldrepolitikk for eldre samer på et samisk språklig og kulturelt grunnlag. Det er kommunenes ansvar å formulere mål, strategier og virkemidler for eldrepolitikken. Det er stor ulikhet mellom kommuner med samisk bosetting. Det er derfor lokalsamfunnet selv som best må vite hvordan de kan oppfylle Sameloven i forhold til sine eldste innbyggere. Særlig kommuner i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler bør satse på en forsøksvis utvikling av et språklig og kulturelt tilpasset tjenestetilbud innen eldreomsorgen. Utvalget foreslår således at alle kommunene i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler, sammen med Sametinget, fylkeskommunen og staten, går inn i et helhetlig prosjekt med mål å skape en kulturelt betinget eldreomsorg.

Prosjektet må ta for seg områder som heving av kompetanse i samisk språk og kultur blant personell i eldreomsorgen, omsorgstjeneste i et flerkulturelt samfunn, aktivisering av nærmiljø, egnede boformer for eldre i samiske områder, organisering av helsetjenesten for eldre i og utenfor institusjon, rehabilitering og habilitering. Utvalget vil spesielt understreke betydningen av et aktivt og effektivt forebyggende helsearbeid. Prosjektet må omfatte informasjonstiltak tilrettelagt på samisk, både til de eldre og til lokalsamfunnet. Prosjektet må evalueres mest mulig fortløpende, og man må sikre at gode tiltak blir lagt inn i kommunenes normale planlegging og virksomhet.

KAPITTEL 8

Psykisk helsevern og behandlingstilbudet til den samiske befolkning

8.1 GENERELT OM PSYKISKE LIDELSER OG PSYKISK HELSEVERN

Når det gjelder omfanget av det vi kaller psykiske eller mentale lidelser, sier St.meld. nr. 41 — Nasjonal Helseplan følgende:

- 1 av 3 voksne har psykiske plager på et gitt tidspunkt
- 7 % av befolkningen opplever ofte nedsatt psykisk velvære
- 2—3 % av befolkningen lider av langvarig psykisk sykdom
- ca. 50 % av alle kvinner og 25 % av alle menn opplever depresjon i løpet av sitt liv
- 20—25 % av befolkningenn blir senil demente før de dør
- hele 25 % av samfunnets totale utgifter til sykdom skyldes mentale lidelser
- 23 % av alle uføretrygder skyldes mentale lidelser.«

Ifølge Nasjonal Helseplan forekommer psykiske lidelser like ofte hos barn og ungdom som hos voksne. På grunnlag av en rekke studier i vestlige land er det vanlig å regne med en forekomst på rundt 2 %. I enda større grad enn hos voksne gir slike lidelser hos barn seg utslag i et vidt spekter av problemer. En rekke studier fra vestlige land viser en variasjon mellom 10 % og 25 % i forekomst av slike lidelser hos barn og ungdom. Tilsvarende tall er funnet i Norge (Lavik, Vikan, Kolstad). Forekomsten varierer blant annet med hva slags lokalsamfunn som er undersøkt. Det vanligste er å regne med en forekomst på rundt 20 %. Barne- og ungdomspsykiatrien når kun en liten andel av de som har behov for hjelp. Det finnes lite systematisk viten om psykisk helse blant samiske barn og ungdom. Flere studier internasjonalt rapporterer imidlertid om mer sosiale og psykiske problemer blant barn og voksne i etniske minoriteter og urbefolkninger enn ellers. Også ut fra poliklinikkens og de samiske kommunenes egen kliniske erfaring, må man anta at omfanget ligger høyere enn landsgjennomsnittet.

Når det gjelder forekomst av alvorlige sinnslidelser (psykoser), er det vanlig å regne at det til enhver tid er 1 % av befolkningen som har denne lidelsen. St.meld. nr. 50 1994—95 fastslår at man må regne med at behovet for psykiske helsetjenester vil øke de nærmeste årene.

Finmark fylkeskommune har fastsatt som mål for psykisk helsevern i fylket, at behandlingstilbudet må tilpasses de kulturelle forskjeller i befolkningen som har sammenheng med ulik etnisk bakgrunn. Man ønsker et kvalitativt godt psykisk helsevern tilpasset Finnmaks befolkning, kultur og bosetting.

8.2 PSYKISKE LIDELSER OG TREKK VED SAMFUNNSUTVIKLINGEN

Endel sammenhenger som gjelder psykiske lidelser og trekk ved samfunnsutviklingen, er allerede beskrevet i "*Risikogrupper blant samisk ungdom*" i kapittel 6 om den betydning samfunnsmessige endringer og samisk ungdoms kulturelle valgsituasjon kan ha for utviklingen av rusmisbruk og forekomsten av selvmord.

I forhold til psykisk helsevern fremheves gjerne noen ytterligere trekk. I Finnmark regner man med at endringer i sosiale nettverk spiller en viktig rolle for

befolkningens psykiske helse. Plan for psykisk helsevern i Finnmark (vedtatt 13.12.1994) viser bl.a. til at i Finnmark bidrar arbeidsledigheten i landet som helhet også til å stanse fraflyttingen fra utkantstedene, og dermed til å opprettholde lokalsamfunnene. Kvaliteten på det sosiale miljøet rundt den enkelte kan imidlertid forringes nettopp som følge av at mange går ledige, uten meningsfulle oppgaver. Langvarig utestegning fra det ordinære arbeidsliv fører erfaringsmessig til at mange av dem som rammes, får økonomiske, samlivs- og andre personlige problemer. Ved siden av at dette kan føre til utvikling av psykiske lidelser hos den enkelte, svekkes også hennes eller hans «overskudd» til å ta omsorg for andre i nærmiljøet som har slike problemer. Slik svekkes de positive sidene ved det sosiale nettverket, og dermed også noe av grunnlaget for en sunn mental helse. I en undersøkelse om selvmord pekes det nettopp på at oppløsning av sosiale nettverk i og utenfor familien synes å være en viktig årsak til økningen i forekomsten av selvmord.

Et spesielt forhold er den pågående «omstillingsprosess» innen reindriftsnæringen, der blant annet økologiske forhold fører til at antall driftsenheter må reduseres kraftig. Dette vil få merkbare virkninger for det samiske samfunn i indre Finnmark, der reindriften ikke bare er den viktigste inntektskilde for mange familier, men tradisjonelt har vært den viktigste «bærebjelken» i den samiske kulturen i dette området. Særlig to forhold må her nevnes: For det første er den sosiale strukturen — de normer som gjelder for forholdet mellom menneskene, blant annet sosial status og identitet — nært knyttet til reindriften. For det andre vil bortfall av driftsenheter skape et tilsvarende behov for nye arbeidsplasser i området, noe som selvsagt ikke er lett å få til.

Det er også grunn til å nevne den krise i fiskerinæringa som rammet kyst-Finnmark på midten av 1980-tallet. Ved siden av økende arbeidsledighet må en anta at en slik situasjon skaper en større usikkerhet om framtida enn det en tidligere har vært vant med, og som igjen vil påvirke den mentale helsetilstand hos mange.

Forekomsten av samlivsbrudd er et annet forhold som kan ha betydning for folks psykiske helse. De siste tiårene har det skjedd en klar økning i tallet på skilsmisser i landet. Finnmarks andel i forhold til landet som helhet, har holdt seg omtrent uendret de siste 10-årene. I 1991 var det et landsgjennomsnitt på ca. 11 skilsmisser pr. 1000 bestående ekteskap. Oslo toppet denne statistikken med ca. 17 pr. 1000, mens Finnmark inntok en knepen andreplass foran Vestfold, Akershus og Buskerud, med ca. 13 skilsmisser på 1000 bestående ekteskap. Selv om statistikken kan antyde en nedgang, er det fortsatt et betydelig antall skilsmisser og separasjoner i Finnmark, i tillegg til et ukjent antall samboerskap som oppløses. Dette representerer således fortsatt en risiko for utvikling av psykiske lidelser hos barn og voksne.

Betydningen av natur og miljø trekkes også ofte fram i forhold til psykisk helse. Finnmark ligger på Nordkalotten, og har en lang mørketid i vinterhalvåret. Erfaringer fra medisinsk forskning og praksis tyder på at dette har uheldige virkninger for en del menneskers helsetilstand. Søvnløshet og depresjoner er stikkord i denne sammenheng.

Faren for alvorlige miljøkatastrofer i nordområdene kan på lengre sikt ha negative følger for folks mentale helse. Særlig gjelder dette dersom en ikke oppnår bedre sikring av atomreaktorene og lagrene for atomavfall på Kola. Aktivt engasjement fra befolkningens side bl.a. i lokal miljøovervåking (jfr. denne utredningens "*Rekruttering og kompetanseoppbygging*" i kapittel 12) for å gjøre noe med disse forhold må regnes for å ha stor forebyggende effekt mht. helseskader.

8.3 ER DET BEHOV FOR ET PSYKOTERAPEUTISK BEHANDLINGS- TILBUD SOM TAR SÆRLIG HENSYN TIL SAMENES ETNISKE, SPRÅKLIGE OG KULTURELLE BAKGRUNN?

Et spørsmål som fra tid til annen stilles i forhold til samiske pasienter, er om det er nødvendig at et psykoterapeutisk behandlingstilbud tar hensyn til klienters etniske, kulturelle og språklige bakgrunn. Spørsmålet reiser en diskusjon om hvorvidt eller hvordan kulturelle og språklige forskjeller virker inn på de forskjellige sider ved den psykiatriske behandlingen.

"Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet" i Kapittel 3 om samhandling har vist at det kan forekomme forskjellige former for barrierer i forholdet mellom folk med samisk bakgrunn, og representanter for det norske helse- og sosialvesenet. Vi har bl.a. sett at norskspråklige ferdigheter hos samer i første rekke omfatter alminnelig dagligtale, og at de språklige ferdighetene ofte i langt mindre utstrekning enn hva norsk helsepersonell er klar over, er anvendbare for fremleggelse av mer følelsesbetonte forhold. Det er også observert tendenser til en forsvarspreget og usikker holdning hos samiske pasienter, som kan henge sammen med eller oppleves nødvendig for å beholde selvbildet, som pasienten kan føle truet i behandlingssituasjonen.

Selv om de fleste samer etterhvert snakker godt norsk, og norsk regnes av mange som det første, og ofte som det eneste språket, så er det likevel en sentral erfaring for mange samer at de kan forvente å bli feiltolket når de skal forholde seg til norske offentlige institusjoner. Mange har også erfaringer i å mislykkes når de prøver å forklare kompliserte sammenhenger i eget liv, og de unngår derfor slike situasjoner så langt det er mulig.

Flere samer vil hevde at det er en viss tradisjon for at en elendighetsbeskrivelse er inngangsbilletten til helse- og sosialvesenet, og at den må gjentas til stadig nye mennesker og profesjoner for at troverdigheten skal opprettholdes. For den samiske pasienten blir dette en gjentakelse av en beskrivelse som likevel ikke skaper mer forståelse. En følelse av oppgitthet og en «utmeldingseffekt» kan oppstå: Når man ikke forventer å bli forstått, så har det heller ingen hensikt å prøve å forklare. I tillegg til den fornedrelse som ligger i dette, går verdifulle opplysninger tapt for terapeuten. Møtet kan også få form av kulturleksjoner fra pasient til behandler, der årsaken til at pasienten søkte hjelp forsvinner inn i historien om den eksotiske samiske kulturen.

Slike forhold er bakgrunn for at samiske pasienter legger spesiell vekt på en aksepterende holdning hos helsepersonell og terapeuter. Et godt møte vil si å oppleve interesse og forståelse. Mange samer legger vekt på forhold som: Hvordan hilser legen, inngir vedkommende en følelse av å være til stede for pasienten, eller føler pasienten at han kommer ubeleilig? Er legen ordrik og vil ha raske, konsise svar, eller gir han også rom for andres ord metaforer, og for taushet?

I en psykoterapeutisk samtale vil de ikke-verbale kommunikasjonsformene spille en annen og mer fundamental rolle enn i en vanlig samhandlingssituasjon. Man kan si at kommunikasjonen i en psykoterapi foregår på flere plan:

1. Den verbale, innholdsmessige kommunikasjonen.
2. Den paraverbale kommunikasjonen, som har med uttrykksmåten å gjøre, dvs. det som henger sammen med ordbruk, setningsoppbygging, implisitte normer o.l.
3. Den ikke-verbale kommunikasjonen, som kommer til uttrykk gjennom kroppsholdning, osv.

Betydningen av tverrkulturell kommunikasjon har vært lite påaktet i Norge. Virkeligheten kan assosieres på vidt forskjellige måter ut fra menneskets språklige og

kulturelle bakgrunn Den ikke-verbale måten å uttrykke seg på, slik som mimikk, stemmebruk, øyekontakt og kroppsbevegelse, kan også være bestemt av kulturen. Kunnskap om pasientens kultur, og mer generell kunnskap i tverrkulturell kommunikasjon vil kunne være avgjørende for den paraverbale og ikke-verbale kommunikasjonen mellom behandler og pasient. Jo mer det gjelder vanskelige følelsesmessige situasjoner, vil kulturforståelsen og orienteringskunnskapen hos behandleren være sentral.

Denne problematikken viser seg nok klart innen det psykiatriske behandlingstilbudet. Her vil språkforståelsen være svært avgjørende for behandlingsresultatet, da terapiformer innen psykiatrien i det alt vesentlige baserer seg på muntlig kommunikasjon. Det er følelsesbetonte forhold som fremlegges, og det brukes ofte bildebruk for å betegne følelsesmessige forhold. Forståelse av slik bildebruk er i stor grad avhengig av en felles kulturell referanseramme. Dersom det foreligger en økt mulighet for feildiagnostisering eller feilbehandling og forstyrret kontaktetablering, vil dette i verste fall få katastrofale følger for pasienten, og i beste fall forringe behandlingsresultatet.

De fleste vil vel i dag svare ja på spørsmålet om behandlingsapparatet for den samiske befolkning bør ha kunnskaper i samisk språk, om samisk kultur og levemåte, og i tverrkulturell kommunikasjon, tilpasset de aktuelle behovene. Det er også etterhvert blitt akseptert at kulturforskjeller stiller spesielle krav til terapeuten. Det er imidlertid et mer åpent spørsmål om de metoder som brukes innen psykoterapien, bør ta hensyn til kulturelle forhold, og hvordan dette eventuelt bør skje.

Er det så behov for et spesielt tilpasset behandlingstilbud for pasienter med samisk kulturbakgrunn? Den foregående framstillingen viser at samenes minoritetssituasjon kan innebære et sammenfall av risikofaktorer med hensyn på psykiske lidelser. Både voksne og barn kan være i en livssituasjon preget av et vedvarende krysskulturelt press med identitets- og lojalitetskonflikter, og en følelse av å være marginalisert i forhold til majoritetsbefolkningen.

8.3.1 Noen mulige feiltolkninger i en psykoterapisituasjon

Følgende framstilling bør kunne kaste lys over spørsmålet om det er behov for et behandlingstilbud i psykoterapien spesielt tilpasset den samiske befolkning. Her illustreres noen av de mulighetene for språklige og kulturelle misforståelser og feiltolkninger som kan oppstå i samhandlingen i de forskjellige fasene i en psykiatrisk behandling, her grovinn delt i diagnostikk (sykdomsbestemmelse) og terapi (sykdomsbehandling). Dette er kun enkelte eksempler for å illustrere de problemene som kan oppstå. Framstillingen tar ikke på noen måte sikte på å være uttømmende, eller på å gjennomgå de mest sentrale eller hyppigst forekommende problemene i et slikt møte.

Diagnostikk

Diagnostikken (sykdomsbestemmelsen) danner grunnlaget for behandlingen. Den baserer seg på informasjon fra og observasjon av pasienten, og en fortolkning av de opplysninger som da kommer fram. Denne kontaktetableringen krever gjensidighet og tillit, slik at det kan etableres en trygg behandlingssituasjon. Innlevelse er også en forutsetning for å oppnå kontakt. Dette danner grunnlaget for relasjonsarbeidet. Med relasjonsarbeid menes den delen av behandlingen som fokuserer på forholdet mellom terapeut og pasient, for derigjennom å bearbeide tidligere konfliktskapende og u hensiktsmessige relasjoner hos pasienten.

Det som virker terapeutisk, og som gir terapeutiske framskritt, kan betegnes som en læringsbetinget forandingsprosess. Det som læres, er nye holdninger til seg selv og andre, sammen med avlæring av holdninger som har vist seg hemmende og/eller konfliktskapende for pasienten. Brekkstangen i terapeutisk forandring er kvaliteten av møtene mellom terapeut og pasient. I terapisisituasjonen må det altså «skapes gode læringsbetingelser». Det som sikrer gode læringsbetingelser er de kvalitative faktorene ved samarbeidssituasjonen som kan deles i «terapivariabler» og «pasientvariabler».

Det innledende diagnostiseringsarbeidet har mange feilkilder dersom pasientens kulturelle og språklige bakgrunn er uklar for terapeuten. Diagnostiseringsarbeidet deles ofte inn i informasjonsinnhenting, observasjon og fortolkning.

Informasjonsinnhenting

Problemer ved informasjonsinnhenting kan være både kulturelt og språklig betinget. Et eksempel på kulturelt betingede problemer i kommunikasjonen kan være forhold som at samene i utstrakt grad er indirekte fortellende i form av antydninger framfor entydig klare utsagn. Dette kan f.eks. skje ved at informasjon av betydning nevnes først antydningvis slik at det tilsynelatende virker betydningsløst i sammenhengen. Temaet kan så igjen dukke opp senere vagt formulert eller i en bisetning. Terapeuten bør kjenne denne kommunikasjonsformen, og ha en teknikk for å finne fram til og nøste videre på den relevante informasjonen. En direkte utspørrende måte for informasjonsinnhenting vil være lite hensiktsmessig, og kan oppfattes som anstøtende av pasienten. Det er i flere sammenhenger påpekt at den samiske måten å nærme seg et problem på, er å gå sirkelformet rundt det, for til slutt å nå inn til kjernen. Behandleren må forholde seg til, og eventuelt kopiere denne tilnæringsmåten.

Noen vil mene at det å ligge i enkelte samiske miljøer å holde sine problemer for seg selv, og ikke belaste andre med sine problemer, kanskje ikke med følelser og meninger overhodet. Det kan synes som om noen samer vil oppleve det som lite hensynsfullt i forhold til andre å gi sterke uttrykk for egne oppfatninger. Det finnes flere språklige eksempler på en slik hentydende væremåte. Lignende væremåter er observert blant andre urbefolkninger.

Noe som også innvirker på informasjonsinnhenting, er at samene historisk sett har et dårlig forhold til autoriteter, og i den sammenheng har lært seg å være tilbakeholdne og forsiktige overfor autoriteter.

Språklig betingede problemer ved informasjonsinnhenting må også nevnes. Mangelfulle ferdigheter i norsk språk og dårlig ordforråd vil kunne føre til frasepregede og overfladiske uttalelser, og det kan være problemer for terapeuten med å forstå budskapet. Et annet aspekt som kanskje er mindre erkjent, men ikke mindre viktig, er at samer og nordmenn har forskjellige assosiasjonsnettverk. Avviket mellom sendt og mottatt budskap vil avhenge av hvor likt den ytre verden er representert i hukommelsen. Graden av likhet i representasjon vil stå i forhold til graden av opplevelsesfellesskap. Denne representasjonen betegnes ofte som det «semantisk-assoitative nettverk», eller bare for assosiasjonsnettverket. I dette ligger at ord og begreper er innfelt i et nettverk av tilgrensende tanke- og assosiasjonsnettverk. Et slikt forskjelligartet assosiasjonsnettverk kan lett føre til at pasient og terapeut snakker forbi hverandre. Dette kan til en viss grad avhjelpes ved å stille kontrollspørsmål på varierende måter. Norske leger med lang praksis i samiske områder har erfart nødvendigheten ved dette.

Observasjon

Observasjon omfatter den ikke-verbale kommunikasjonen, og pasientens adferd forøvrig. Ikke-verbal adferd antas ofte å gi et mer pålitelig bilde av en mening, fordi mennesker ikke kontrollerer den i samme grad. Forståelse av slik adferd forutsetter i mange tilfeller en felles referanseramme. Forskjeller i kulturbakgrunn kan derfor stenge for en forståelse av ikke-verbal adferd. Problemer kan oppstå når en samisk pasient bruker ikke-verbal kommunikasjon i større utstrekning enn en norsk pasient for å formidle sine følelser og oppfatninger. En norsk terapeut har i utgangspunktet ikke særlig kjennskap til den samiske pasientens kulturelle referanseramme, og vil kanskje i mindre grad være innstilt på å gi ikke-verbal kommunikasjon en spesiell vekt i sin diagnostisering.

Mulighetene for problemer i samhandlingen, og betydningen av faktorer som forskjellige assosiasjonsnettverk, gjør det klart at en terapeut kan komme til kort med den mer tradisjonelle fokuseringen på verbal kommunikasjon i diagnostiseringen. Selv om disse problemene ikke slår ut i grovdiagnostikken, vil de nok kunne oppstå i forhold til findiagnostikken. Man antar at problemene blir særlig aktuelle når man skal se nevrotisk eller karakteravvikende adferd i forhold til kulturbetinget karakteradferd.

Fortolkning

All diagnostikk bygger på terapeutens fortolkning av innhentet informasjon og av observasjonene. En fortolkning av psykiatrisk lidelse hos en pasient med fremmed språklig og kulturell bakgrunn forutsetter en eller annen form for transkulturell forståelse.

Når det gjelder tolkning av verbal kommunikasjon er faren for feiltolkninger pga. forskjellig meningsinnhold i ordene det mest nærliggende problemet. F.eks. så kan «ja» fra en samisk pasient like gjerne bety at spørsmålet er oppfattet som at pasienten er enig. Enighet fra pasientens side kan feiltolkes som bekreftelse, f.eks. på spørsmål om symptomer. Innholdet kan være forstått, men nyanser, og til og med hovedpoenget, kan gå tapt for pasienten.

Når det gjelder fortolkning av observasjonene, er det mange muligheter for feiltolkninger ut fra kulturell væremåte. Noen eksempler kan belyse dette. Samen vil kunne ha en mer dvelende og meditativ væremåte med pauser og gjentakelser enn hva terapeuten er vant med. Dette kan tolkes som treghet og fraværenhet, og kan styrke inntrykket av sykdom. Sammen med vagheten i en samisk uttrykksmåte, og den litt diffuse uttrykksformen som kan følge av språkproblemer, kan dette faktisk mistolkes som et schizoid eller autistisk tilstandsbilde.

Akseptering av naturens vekslinger og av livets hendelser avspeiles i den samiske kulturen, og kan gi seg uttrykk i det nordmenn kan oppfatte som en tilpassende, resignerende adferd. Samen kan ha en avventende holdning som ideal, mens terapeuten kan være opptatt av kamp og mestring. En terapeut med ikke-samisk bakgrunn og uten kulturforståelse, vil lett kunne komme til å tolke disse reaksjonsmåtene som depressive, passivt selvoppgivende reaksjonsmåter, og legge opp til en terapi som kan bli feilslått.

Terapi

Viktige elementer i en teapeutisk prosess kan betegnes som kontaktetablering og relasjonsarbeid.

Kontaktetablering

Pasientens holdning til eller motivasjon for behandling er grunnlaget for en god kontaktetablering. Den samiske pasienten vil i utgangspunktet kunne være dårlig motivert fordi han eller hun kjenner til de kulturelle barrierene i forholdet til helsearbeidere. Holdningen overfor terapeuten vil kunne være forsvarspreget og usikker. Den vil kunne forsterkes dersom terapeuten viser liten forståelse for disse problemene. Det kan imidlertid være lett å etablere en overfladisk kontakt, da den samiske pasienten kan ha en «eager-to-please»-holdning overfor terapeuten, og en skinn-enighet lett kan oppstå mellom pasient og terapeut. Det vil ikke føre til resultater å basere en terapi på denne type kontakt, langt mindre vil det føre til en varig personlighetsendring, noe som ofte er terapiens mål. Psykoterapi bygger på en dypere følelsesmessig kontakt mellom pasient og terapeut.

Bilder og lignelser brukes ofte for å forklare et problem. Terapeuten bør kjenne til pasientens bildebruk, og eventuelt kunne bruke denne i kommunikasjon med pasienten. Eventuelt bør han også lære seg og eventuelt anvende den indirekte samiske måten å spørre på. Fordi det ofte er behov for regelmessig og relativt tett kontakt med pasienten i kontaktetableringsfasen, er det kanskje her forskjellige holdninger til tid kan skape problemer. Mens samene gir hver begivenhet den tid som trengs, har den norske terapeuten en timeplan med begrenset tid til hver pasient.

Relasjonsarbeid

Relasjonsarbeidet i forhold til den samiske pasient kan vanskeliggjøres av forskjellig språk- og erfaringsbakgrunn (kommunikasjonsmessige problemer), og ved vanskelige og ubevisste overføringer og motoverføringer.

Språkproblemene er de mest opplagte kommunikasjonsmessige problemene. Her må terapeuten ta sin del av ansvaret, ellers vil man risikere at den samiske pasienten tar på seg ansvaret alene, og blir unødig preget av sin egen tilkortkommenhet i terapisituasjonen. Her kan onde sirkler oppstå. Jo mer samene får fokusert på sine egne mangler i norsk språk, jo mindre får han uttrykt i terapien, med taushet som et sannsynlig resultat. Han kan trekke seg fra relasjonen, og man risikerer å «miste» pasienten.

Det vil også kunne spille inn at den samiske pasient og den norske terapeut benytter forskjellige språk-koder. Dette uttrykkes gjerne slik at den norske terapeuten bruker en utvidet språkkode, og den samiske pasienten en innsnevret språkkode. En innsnevret språkkode består av komprimerte og forkortede uttrykksformer, ofte med en egen bruk av gester, «understatements», humor, eller endringer i tonefall. Slike koder brukes mest blant mennesker som har kjent hverandre lenge, eller som har levd i avgrensede miljøer.

Med utvidet språkkode menes rike variasjoner i bruk av ordvalg og syntaks, hvor det legges vekt på å velge mest mulig eksakte uttrykk og formuleringer, gjerne for å uttrykke mer abstrakte og kompliserte sammenhenger. Gester og indirekte uttrykk har en mindre viktig funksjon i denne uttrykksformen.

Terapisituasjonen krever at også den samiske pasienten gjør bruk av den utvidede språkkoden, bl.a. fordi terapeuten ikke deler pasientens kulturelle opplevelses- og erfaringsbakgrunn. Et skifte av språkkode kan by på problemer for pasienten i terapisituasjonen. Forskjeller i språkkoder gjør det enda vanskeligere for terapeut og pasient å kommunisere på et dypere plan, og det kan lett utvikle seg økende frustrasjoner og irritasjoner som forstyrrer relasjonen, dersom man ikke forstår dette problemet, og er seg bevisst at slike forskjeller kan skape problemer.

Muligheten for en vellykket kommunikasjon øker med en god tilbakeføring av informasjon fra mottaker til sender, d.v.s. ved god feed-back, mens faren for mis-

forståelser øker med dårlig feed-back. Dersom den samiske pasienten i en psykiatrisk behandlingssituasjon opplever at han er i dialog med «en norsk høystatus-terapeut» vil han kunne gi liten feed-back. Han vil kunne reagere ved å ta passivt imot, uten å stille spørsmål. Faktorer som den samiske mindreverdigfølelsen (mange samer føler fremdeles at det å være same er et sosialt stigma), og det at man i forholdet til norske autoriteter har lært å ikke spørre i utide, vil kunne være viktige faktorer bak en dårlig feed-back fra pasienten. En situasjon med liten eller ingen feed-back fra pasienten vil virke frustrerende på terapeuten og vanskeliggjøre relasjonsarbeidet. Problemet må erkjennes og forstås av terapeuten og tas direkte opp med pasienten for bearbeiding slik at kommunikasjonen kan komme i et bedre spor.

Man står i relasjonsarbeidet overfor spesielle vanskeligheter når det gjelder overføring og motoverføring. Å bryte ned en eventuell motstand mot norske autoriteter og behandlere vil utgjøre en krevende del av terapien og forde stor grad av innsikt hos terapeuten. Terapeutens egen motoverføring er enda vanskeligere å oppdage. Det kan f.eks. dreie seg om ubevisste nedlatende holdninger overfor pasienten. Slike holdninger kan terapeuten ubevisst bære med seg om samene som primitive, upålitelige, osv. Dette vil prege terapeuten, og komme til syne i den non-verbale kommunikasjonen. Pasienten vil merke dette, og svare med passiv boikott (samens vanligste måte å vise aggresjon og motstand på). Det samiske begrepet «guoktelussat» står for en gammel beskyttelsesmåte overfor fremmede. Det henger fremdeles igjen i forhold til «to tunger»; d.v.s. at samene overfor den norske gir uttrykk for en ting, mens han overfor «sine egne» uttrykker noe annet. Slik kan den norske bli fullstendig lurt og på en måte overvunnet. Overføring og motoverføring kan føre pasient og terapeut inn i dårlige sirkler dersom problemene ikke blir brakt fram i dagen, og det skjer en prosess med bevisstgjøring rundt dette hos begge parter.

Det er særlig i forhold til psykisk helsevern viktig å påpeke nødvendigheten av balanse mellom etiske og etnisk- kulturelle hensyn. Hensyn til pasientens kulturelle og etniske bakgrunn er grunnlaget for en tilfredsstillende terapisisituasjon. Dette må være en del av terapeutens kulturelle kompetanse. Det må også være en del av denne kompetansen å unngå å forklare alle psykiske fenomener som kulturelle fenomener. En avstand til pasienten kan være nødvendig for å unngå overidentifisering.

8.3.2 En praktisk erfaring fra et godt tverrkulturelt psykoterapeutisk møte

Vi har valgt å referere en praktisk erfaring fra en norskspråklig samisk pasient, som gradvis hadde utviklet depresjon og utbrenningssymptomer, og «gått i stå» på flere livsområder. Spørsmålet om psykiatrisk hjelp kom opp. Hvor skulle den søkes, og av hvem? Pasienten ønsket en lege som var lydhør for, og opptatt av kulturelle uttrykksmåter.

Pasienten oppsummerte senere selv hvorfor følelse av at lydhørhet for kulturelle uttrykksmåter hadde vært viktig i terapien. Hun hadde bakgrunn fra en rein-driftsfamilie. Språkkunnskapene var slik at hun ikke kunne føre en samtale på samisk, men forsto en del ord. Til daglig brukte hun norsk, og regnet seg som norskspråklig.

Hennes erfaring var at da hun skulle fortelle om traumatiske opplevelser, og hvordan hun opplevde vanskelige følelsesmessige forhold, ble det norske språket for fattig. Hun sier selv: «Det opplevdes som et tomrom mellom de ordene jeg brukte og de virkelige følelsene. Først gjennom bruk av metaforer fra naturen, synes jeg at jeg fikk fortalt det jeg ville.»

Naturmetaforene ble bærende i kommunikasjonen i med terapeuten. Utviklingen, og følelsen av den vanskelige situasjonen, beskrev pasienten med at hun vandret i tett tåke med en altfor tung sekk på ryggen. Ut av tåkehavet sprang sauer som skremte henne, og lemen satt plutselig og freste da hun skulle hvile. Steiner og snøskavler som ikke skulle ligge så lavt i dette terrenget, skapte motløshet og fortvilelse. Hun var kommet helt ut av kurs. Hva nå? Skulle hun vente til tåka letter av seg selv? Det kunne ta lang tid. Skulle hun vente til noen lette etter henne? Ja, men hvor er hun, vil de lete her? Skulle hun forsøke å finne tilbake til kjente trakter? Valget ble det siste, for slik hun kjente terrenget, måtte en bekk føre til et eller annet kjent sted. Da avslutning av terapien ble bragt på bane første gang, opplevde pasienten det som å bli hengende i løse lufta. Hun sier: «Jeg befant meg akkurat da i et tre jeg hadde feilberegnet spensten på for trygt å kunne komme meg ned på bakken igjen. Konklusjonen var at jeg ikke var forberedt enda. Dette var en følelse av at jeg ikke hadde fått fullført arbeidet som var viktig for meg. Tidsperspektivet ble justert etter mine bevegelser i dette treet.»

Legen hadde refleksjoner over erfaringene med pasientens bruk av metaforer knyttet til fjellet. «Jo mer vi konsentrerte oss om hendelser langt tilbake i tid, jo oftere brukte hun uttrykk knyttet til fjellverdenen, og uttrykk som «Da vi var i fjellet ..». «Du veit, når det er tåke i fjellet, ...» osv. Legen var oppvokst i Lofoten, og brukte selv fjellbegrepet annerledes, fordi Lofotfjellene er annerledes. Hun var derfor særlig nøyte med å danne seg et bilde av det landskapet pasienten presenterte, uten annen arbeidshypotese i utgangspunktet enn at dette kunne være viktig. I disse sekvensene stilte hun mest spørsmål, og presenterte få tolkninger. I ettertid så legen at nettopp disse bildene ga en ramme å plassere senere tolkninger i, en ramme valgt av pasienten. Noe annet hun merket seg, var at pasienten flere ganger brukte ord og vendinger på samisk, for så etterpå å forklare dem til meg. Pasienten virket sjøl overrasket over at hun brukte disse ordene, for hun hadde forlenget glemt dem. Legen opplevde at disse tidlig innlærte ordene var av sentral betydning for å få tak i følelseskvaliteten som var knyttet til de ulike hendelsene hun beskrev.

Dette eksemplet viser at selv om samer behersker norsk meget godt, er den språklige og kulturelle bakgrunnen så vidt forskjellig fra den norske, at den kan være avgjørende for forløpet og utfallet av en behandling. Det viser også at det både gjennom erfaring og utdanning bør kunne utøves lydhørhet og respekt for den samiske kulturs verdier og uttrykkformer hos psykoterapeuter som møter samene.

8.4 BARNE-OG UNGDOMSPSYKIATRIEN

8.4.1 Barne- og ungdomspsykiatri

Det psykiske helsevernet for barn og unge er regulert gjennom Lov om psykisk helsevern. Her er det slått fast at fylkeskommunene skal planlegge, føre opp og drive de institusjoner som kreves for at innbyggerne i området skal få nødvendig psykisk helsevern.

Barne- og ungdomspsykiatrien er blitt utbygd i landet som helhet med en desentralisert profil. Grunnenhetene består av mindre barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP- enheter) med tverrfaglige team og med ansvar for et begrenset antall kommuner. De er organisert tilsvarende lokalsykehusområdene, og utgjør en del av den spesialiserte fylkeskommunale helsetjenesten. I hver helseregion i landet er det de siste årene også utbygd Regionsentra for BUP med overordnet ansvar for forskning og undervisning innen feltet i den enkelte landsdel.

Etableringen av et regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri i hver region, skal være en kombinert institusjon for klinisk virksomhet, undervisning og forskning må ses i forhold til St.meld. nr. 41 (1987—88), Nasjonal helseplan, som viser

til at det er særlig for barn er viktig at psykiske lidelser behandles i lokalmiljøet, fordi barns problemer er tett forbundet med de forhold de lever under til daglig. For helseregion 5 ble et slikt senter etablert i 1991, tilknyttet fagområdet medisin ved Universitetet i Tromsø.

Forskrift av 13. januar 1991 gir nærmere retningslinjer for drift av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. Ifølge disse skal poliklinikkene stå for undersøkelser, gi råd og behandling når det gjelder barn og ungdom og deres familier der det foreligger psykiske lidelser eller problemer. Rådgivning kan også omfatte personer i pasientens sosiale miljø. Poliklinikken bør også, i samarbeid med andre instanser i det området den betjener, ta del i det forebyggende arbeid med tilknytning til psykiatriske problemstillinger for barn og unge og deres familier.

Det kreves at poliklinikkene skal ha minimum 4 fagstillinger, der følgende faggrupper skal være representert:

- lege som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri
- psykolog som er spesialist i klinisk psykologi
- sosionom med klinisk videreutdanning
- klinisk pedagog.

I henhold til Nasjonal helseplan (St.meld. nr. 41 (1987—88)) bør hvert fylke i tillegg etablere sengeavdelinger som dekker følgende:

- behandlingsenhet for barn 0—7 år
- behandlingshjem eller avdeling for barn 7—12 år
- ungdom 13—18 år
- akuttavdeling for ungdom
- Familiebehandlingsenhet som kan ta imot hele familier til dag- eller døgnopphold, eller eventuelt konsentrert poliklinisk arbeid med familier.

8.4.2 Barne- og ungdomspsykiatrien i Finnmark, og tilbudet til den samiske befolkning

Barne- og ungdomspsykiatrien er godt utbygd i Finnmark i dag, bortsett fra institusjonstilbud til ungdom i aldersgruppen 13—18 år. Tilbudet omfatter 3 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, en behandlingstilbud for barn i aldersgruppen 6—12 år, og et samisk ungdomspsykiatrisk team (PUT). Ungdomspsykiatrisk behandlingstilbud i aldersgruppen 13—18 år og familieavdeling finnes ikke i fylket. Slikt tilbud er det mangel på også i landet som helhet, og det er vanskelig å få kjøpt behandlingstilbud utenfor fylket.

Psykiatriplanen for Finnmark konstaterer at behandlingstilbudet på 2.linjenivå til ungdom med psykiske problemer kombinert med store adferdsavvik er mangelfullt. Poliklinikkens tilbud synes ikke å være tilstrekkelig. I en viss grad kan poliklinikkens kapasitet bygges videre ut, men det synes også å være behov for hel-døgns omsorgs- og behandlingstilbud til denne gruppen. Man har her tenkt seg to løsninger: Enten å etablere slike tilbud i tilknytning til eksisterende institusjoner, f.eks. barnevernets ungdomshjem, eller ved å etablere en ny institusjon. Den førstnevnte løsningen forutsetter et tett faglig samarbeid med poliklinikkene.

Det er barne — og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Øst- Finnmark, Vest-Finnmark og Midt-Finnmark. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for Midt-Finnmark er lokalisert i Karasjok. BUP-Karasjok ble opprettet i 1984 for befolkningen i Indre og Midtre Finnmark med særlig ansvar for den samisktalende befolkning i fylket. Både lokalisering og målsetting signaliserte særskilte hensyn til den samiske befolkning innen denne deltjenesten. I målsetningen het det at denne poliklinikken skulle ha et særskilt ansvar for å yte tjenester til den samiske

befolkning. Opptaksområdet var Indre- og Midtre Finnmark, men ble senere utvidet til å gjelde hele Finnmark fylkes samiske befolkningen. I tillegg åpnet man opp for å kunne gi samiskspråklige tjenester både til naboland — i første rekke de samiske kommunene på finsk side — og til samisk befolkning i landet forøvrig. Poliklinikken fikk senere fast avtale med finske myndigheter om kjøp av tjenester for samisk befolkning på finsk side. Poliklinikken er frittstående og administrativt tilknyttet administrasjonen ved Porsanger Helsetun, Lakselv. Dekningsområdet er i dag kommunene Karasjok, Kautokeino, Lebesby, Nordkapp og Porsanger. I tillegg har poliklinikken et ansvar for å gi tilbud til den samiske befolkningen i hele fylket. Tilbudet omfatter utredning, diagnostisering og poliklinisk behandling ved bruk av både norsk og samisk.

BUP-Karasjok har i likhet med andre barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i landet ansvar for å:

- gi psykiatrisk behandling til befolkningen i opptaksområdet
- gi konsultasjon/veiledning til 1.linjetjenesten i opptaksområdet
- drive forebyggende barne- og ungdomsarbeid for å bedre barn og unges mentale helse
- drive utviklingsarbeid/forskning for også å kunne forbedre tilbudene innen psykisk helsevern for befolkningen.

I tillegg har BUP Karasjok en førskolepedagogisk enhet. I samarbeid med A-BUP, Universitetet i Tromsø har poliklinikken også et særskilt ansvar som kompetansesenter innen barne- og ungdomspsykiatri for den samiske befolkningen.

I Finnmark Fylkeskommunes «Plan for fylkeskommunale helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning» fra 1991 heter det at BUP-Karasjok skal utgjøre den faglige basen for barne- og ungdomspsykiatrien for den samiske befolkningen, og skal utvikle et ressurs- og kompetansesenter innen flerkulturell psykiatri med følgende hovedfunksjoner:

- kliniske tjenester, i første rekke på samisk
- veiledning overfor kommunehelsetjenesten
- kunnskapsoppbygging
- kunnskapsformidling til kommuner og høyskoler
- tilbud til den samiske befolkningen på landsbasis og i de nordiske naboland.

Som ledd i BUP-Karasjoks målsetting om å utvikle institusjonen mot et samisk ressurs- og kompetansesenter innen barne- og ungdomspsykiatri, er det utført forskjellig slags prosjektarbeid for å tilpasse og utvikle tjenestene til den samiske befolkning. Det har bl.a. resultert i oppretting av Samisk Ungdomspsykiatrisk Team (PUT) og Førskolepedagogisk enhet (FE). Førstnevnte tar seg av kurativt og forebyggende arbeid for aldersgruppen 15—30 år med rusmiddelproblematikk, og sistnevnte arbeider med førskolebarn og barnehagene for å behandle og forebygge atferdsproblemer og følelsesmessige problemer hos den yngste aldersgruppen, 0—7 år.

Ved institusjonen legges det vekt på å samle erfaring og å utvikle en psykiatri innen en samisk kulturramme for derved å kunne bedre behandlingstilbudet til samiske familier, barn og unge. Dette krever et kontinuerlig faglig utviklingsarbeid, både klinisk og forskningsmessig. Til klinikken i Karasjok er det tilknyttet forskerstilling i sosialantropologi via Regionsenteret for barne- og ungdomspsykiatri i Nord-Norge. Samarbeidet mellom Regionsenteret (Universitetet i Tromsø) og BUP-Karasjok om forskning og utvikling innen samisk/ transkulturell psykiatri er under stadig utvikling. Institusjonen har hatt tilknyttet fast forskerstilling for sosialantropolog. Stillingen er en del av Regionsenteret for BUP i Nord-Norge, og er

plassert ved BUP-Karasjok p.g.a. regionsoppgaven med å utvikle en samisk psykiatri. Institusjonen har også hatt tilknyttet en fagstilling (1. konsulentstilling) som ledd i habiliteringstjenesten for funksjonshemmede etter HVPU-reformen. Fra januar 1991 ble også Førskolepedagogisk enhet fast etablert ved BUP etter en 3-årig prosjektperiode.

Klinikken ser det som en viktig oppgave å kunne tilby praksisplass for samiske studenter. Poliklinikken har stadig mottatt samiske studenter, legestudenter, pedagogstudenter, sosionomstudenter, barnevernpedagogstudenter og førskole- og lærerstudenter. Samlokaliseringen med Samisk Ungdomspsykiatrisk team og Familievernkontoret for Indre Finnmark sees på som nødvendig for å sikre et levedyktig faglig miljø, og sikrer effektiv utnytting av ressursene ved muligheten for nært samarbeid.

Klientarbeidet

Barne- og ungdomspsykiatri drives i utstrakt grad som et teamarbeid, der flere forskjellige faggrupper går inn overfor en og samme klient/familie. I tillegg til den henviste «primærklient» arbeides det i forhold til foreldre eller andre foresatte, i forhold til søsken og i forhold til barnets miljø, særlig skole og barnehage. Arbeidsformen skiller seg således fra den individualterapiformen som oftest benyttes i voksenpsykiatrien. I en og samme sak arbeides det ofte både individualterapeutisk i forhold til barnet, familieterapeutisk og i forhold til nettverket. Ofte går også foreldrene parallelt i parterapi. Flere terapiformer kan gå parallelt eller terapiformer skifter med skiftende faser i behandlingen. Når det gjelder behandlingsmetoder og faglig tenkning sett i forhold til oppgaven å utvikle en samisk psykiatri, er tilfang fra flere retninger av stor verdi for klinikken, slik situasjonen er i dag. Innen klinikken arbeider fagfolk i forhold til:

- systemisk/konstruktivistisk tenkning
- psykodynamisk tenkning
- sosialpsykiatrisk tenkning (strategisk nettverksmodell)
- sosiallæringsteoretisk tenkning

Da institusjonen har miljø/familiekonsulent med i teamet, arbeides det også mye miljøterapeutisk i klientenes hjem. Ofte dreier dette seg om familier henvist av barnevernet og med bedring av foreldrenes omsorgsevne som mål. «Hjemme hos»-terapier drives også av andre med familieterapeutisk skolering, fordi mange samiske familier har høy terskel når det gjelder å oppsøke offentlige institusjoner. Å møtes på klientens «territorium» istedenfor på terapeutens, har ofte vist seg nødvendig for å oppnå tillit og trygghet i forhold til behandleren. I det familieterapeutiske arbeidet har det vært arbeidet mye i forhold til flerkulturelle familier, både praktisk og teoretisk. Man har her hatt god nytte av sosialantropologisk tenkning i teoriutviklingen, og det er vel på dette feltet klinikken har kommet lengst i forhold til utvikling av nye arbeidsmetoder tilpasset samisk kultur. De samiske kommunene utgjør et område med meget stor geografisk størrelse, men med svært lav befolkningstetthet. Poliklinikken satser på å motta familier fra andre kommuner til mer intensive utrednings- eller behandlingsopphold.

I forhold til det store behovet det er for å hjelpe barn og unge med psykiske problemer, og tatt i betraktning at barne- og ungdomspsykiatrien kun når et fåtall av disse, er konsultasjonsarbeid overfor 1.linjetjenesten svært viktig. Poliklinikken legger stor vekt på samarbeid med lokale instanser; skoleverk/PPD, sosialtjenesten og helsetjenesten (primærleger og helsestasjon). Man ønsker likeledes at hjelpen gis så langt det er mulig i barnets nærmiljø/hjemmemiljø. Poliklinikken driver der-

for en utstrakt reisevirksomhet som bl.a. omfatter faste samarbeidsmøter med 1.linjetjenesten i kommunene en gang i måneden, i tillegg til samtaler med klienter. Det har også vært møter i forbindelse med krisesaker i kommunene. I tillegg til konsultasjon i saker BUP har direkte behandlingsansvar for, har det også vært gitt ikke-pasientrettede konsultasjoner og konsultasjoner i forhold til ikke-henviste saker. I de fleste kommuner har BUP-teamet i tillegg til fellesmøte med samtlige instanser hatt egne møter med enkeltinstanser.

Samisk ungdomspsykiatrisk team (PUT)

Samisk ungdomspsykiatrisk team (PUT) er lokalisert ved BUP Midt-Finnmark. Teamet har de fem samiske kommunene i Indre- Finnmark som sitt primære opptaksområde, dvs. kommunene Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Tana, og Nesseby. I tillegg har teamet et ansvar overfor samisk ungdom i de øvrige kommunene i Finnmark. Den overordnede målsettingen for teamet er behandling og rehabilitering av samisk ungdom i aldersgruppen 15—30 år med rus-/psykiske problemer. Videre har virksomheten som målsetting å gi et tilbud til risikoungdom og deres familier for å forebygge utvikling av alvorlig misbruk. Teamet gir poliklinisk behandling, ved siden av råd og veiledning i 1.linjetjenesten. Tilbudet gis både på samisk og norsk. Årsmeldingene viser at ca. 77 % av pasientene ved PUT har samisk tilhørighet. En relativt stor andel av klientmassen er henvist med rusmiddel-misbruk som primærproblem. Endel av områdene for teamets virksomhet er omtalt i denne utredningens "*Risikogrupper blant samisk ungdom*" i kapittel 6.

Førskolepedagogiske enhet

Den førskolepedagogiske enheten ved BUP-Karasjok ble opprettet i januar 1991 som en videreføring av prosjektet «Observasjonsbarnehage ved BUP-Karasjok» som fast etablert enhet ved klinikken. Førskolepedagogisk Enhet er en samisk-språklig spesialpedagogisk virksomhet som skal gi tilbud til barn i alderen 0—7 år med emosjonelle, sosiale og atferdsvansker knyttet til tospråklighet og identitetsutvikling. To stillinger er besatt med samisktalende spesialpedagoger. Opptaksområdet for Førskolepedagogisk Enhet er kommunene Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Tana og Nesseby. I tillegg kommer ansvar i forhold til den samiske befolkning i hele fylket, i første rekke bistand til samiske barnehager utenom de samiske kjernekommunene.

Arbeidsfeltet består av forebyggende arbeid, klinisk pedagogisk arbeid og spesialpedagogisk utviklingsarbeid. Innen forebyggende arbeid gis det generell veiledning til barnehagene om tospråklighet, samspill voksne — barn, adferdsvansker og seksuelle overgrep. Enheten driver kursvirksomhet for personalet i barnehagene, og har utviklet samarbeid med helsestasjonene. Det klinisk pedagogiske arbeidet har bestått i pedagogisk observasjon og diagnostikk av enkeltbarn (individuellt/i gruppe/i familien), utarbeiding av pedagogiske behandlingsopplegg, og oppfølging og behandling av barna i barnehagen og i familien. Et viktig arbeidsfelt er spesialpedagogisk utviklingsarbeid. Det samiske området som utgjør poliklinikkens opptaksområde består av forholdsvis små, gjennomsluktige miljøer. Derfor har poliklinikken vært opptatt av å utvikle og utprøve metoder tilpasset det å være behandler i små lokalsamfunn. I forhold til enkeltklienter har man utviklet bruk av hjemmebesøk som metode. De forskjellige sidene ved å arbeide med familier i deres hjem har vært vurdert, og man arbeider med å utvikle dette som metode. Førskolepedagogisk enhet har også gitt undervisning til assistenter for skolefritidsordning om atferdsproblematikk i skolen og i barnehagen.

Prosjektet «Tidlig intervensjon»

En spesialpedagog og en vernepleier arbeider med prosjektet «Tidlig intervensjon». Prosjektet drives i samarbeid med Regionsenteret for BUP i helseregion 5. «Tidlig intervensjon» er en metode som har til hensikt å fremme positive fellesaktiviteter mellom foreldre og barn. Siktemålet er å prøve ut metoden i forhold til småbarnsfamilier hvor dysfunksjonelt samspill er etablert, og hvor barnet står i fare for eller har utviklet sosiale tilpasningsvansker eller emosjonelle vansker. Målet er å prøve ut metoden i forhold til samiske familier, og vurdere den i forhold til tilpasning til samisk kultur.

8.4.3 Samarbeid mellom psykisk helsevern, barnevernet og rusvernet

Nasjonal Helseplan viser til at det særlig for barn er viktig at psykiske lidelser behandles i lokalmiljøet, fordi barns problemer er så tett forbundet med de forhold de lever under til daglig. Det vises til at det i denne sammenheng må være en klar utfordring til kommunene å samordne ressursene i hjelpeapparatet bedre enn tilfellet er i dag. For å bistå kommunehelsetjenesten trengs «en opptrapping av det spesialiserte veilednings- og behandlingstilbud på fylkesplan». Fordi de problemer barn har ofte spenner over flere fagområder, vil barnevernet på fylkesnivå være en naturlig samarbeidsinstans for barne- og ungdomspsykiatrien.

Finnmark fylkeskommunes plan for psykisk helsevern fremhever at det må være et mål å styrke det formaliserte samarbeidet både på 1. og 2. linjenivå mellom barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, barnevernet og rusvernet. I den forbindelse må det etableres samarbeidsavtaler mellom poliklinikkene og de enkelte barneverninstitusjonene samt institusjonene innen rusvernet.

I forbindelse med behandling av psykiske problemtilstander hos barn og ungdom er det ofte ønskelig og nødvendig å trekke den enkeltes nære familie direkte inn i behandlingen. For å legge til rette for dette, har det vært foreslått å opprette såkalte familiebehandlingssenheter tilknyttet poliklinikkene. Blant annet er dette et forslag i innstillingen fra planutvalget for fylkeskommunale helse- og sosiale tjenester til den samiske befolkning i Finnmark. En alternativ løsning vil være å etablere en slik behandlingssituasjon der pasienten bor, eller å kjøpe tilbudet utenfor fylket, dvs. Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri.

I Finnmark tar man sikte på å etablere et formalisert samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrien og det fylkeskommunale barnevernet, bl.a. når det gjelder inntaksarbeidet. Dette krever samarbeid og samordning av ressursene og kompetansen på tvers av fagområdene rusvern, barnevern, familievern/familierådgivning og psykiatri. På denne måten er det også større mulighet til å ivareta de familiene der rus og/eller psykiatrisk sykdom hos de voksne skaper problemer for barna.

Man tar i første rekke sikte på at de psykiatriske sentra får et delansvar for å gi polikliniske tilbud til rusmisbrukere, i samsvar med innstillingen fra rusplanutvalget, og at det etableres et samarbeid mellom poliklinikkene ved de psykiatriske sentra, Finnmarksklinikken og Finnmarkskollektivet om gjensidig veiledning vedrørende behandling av rusmisbrukere. Dette skjer ved at poliklinikkene oppretter fast veiledning til kommunehelsetjenesten i de respektive opptaksområder. Dette innebærer også at poliklinikken i Karasjok bør tilby veiledning og undervisning i flerkulturell psykiatri til kommunehelsetjenesten i kommunene som tilhører virkeområdet til samelovens språkregler, samt til barneverninstitusjonene og barne- og ungdomspsykiatrien i fylket. Poliklinikkene pålegges i samarbeid å utvikle og samordne videre- og utdanningsplaner for sine medarbeidere med prioriteringer av faglige tema/satsingsområder, eventuelt i samråd med Regionsenteret for Barne- og ungdomspsykiatri i Tromsø.

Det flerkulturelle perspektivet i forhold til det samiske ble for første gang integrert i en poliklinikks målsetting ved etableringen av BUP- Karasjok. Her la man vekt på å ivareta den samiske befolkningens behov ved et behandlingstilbud på samisk og heving av den flerkulturelle kompetansen hos medarbeiderne. Etter hvert har det flerkulturelle perspektivet i økende grad blitt integrert i flere institusjoners forståelse og tilnærming, selv om mye arbeid gjenstår for å nå alle relevante institusjoner. I dag er den viktigste kompetansen om helsetjenester overfor en flerkulturell befolkning å finne innen de psykiatriske institusjoner i Finnmark, i første rekke ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok, Seidajok barnepsykiatriske behandlingshjem og voksenpsykiatrisk poliklinikk i Lakselv. Beslutningen om den forsøksvise organiseringen av 2.linjetjenesten i Midt-Finnmark etter «Lavvo-modellen» som beskrives senere i dette kapitlet vil kunne være en viktig prøvesten for nye samarbeidsformer.

8.4.4 Forsknings- og utviklingsarbeid

Regional forskning innen barne- og ungdomspsykiatri

Et regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri for helseregion V er nå etablert i Tromsø som Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri (ABUB). Avdelingen ble våren 1993 tilknyttet fagområdet medisin ved Universitetet i Tromsø. Etablering av senteret er en oppfølging av St.meld. nr. 41, med hovedmål å delta i grunn-, videre- og etterutdanning. Det skal også legges betydelig vekt på forskning og utviklingsarbeid i nær tilknytning til klinisk virksomhet. Sentrale målområder er tiltak som stimulerer til samarbeid, samordning og tverrfaglighet. Opprettelse av regionsentre blir fra statlig hold sagt å være et viktig tiltak for stabilisering og rekruttering.

ABUP har i etableringsfasen bl.a. arbeidet med organiseringen av de kliniske videreutdanninger innen barne- og ungdomspsykiatri. ABUP har flerkulturell/samisk psykiatri som et av sine satsingsområder. Det er i dag ansatt en stipendiat med arbeidssted ved BUP-Karasjok som forsker på Finnmarks ungdoms livssituasjon og psykiske helse knyttet til etnisk identitet. Det er også ansatt en sosialantropolog ved avdelingen som er lokalisert ved samme sted, og som har som oppgave å utvikle samisk psykiatri i samarbeid med poliklinikken. ABUP har også veiledningsoppgaver i forhold til Seidajok behandlingshjem og «Prosjekt Seidajok 1994— 1998».

8.5 VOKSENPSYKIATRIEN

8.5.1 Voksenpsykiatri

Det psykiske helsevernet for voksne er regulert gjennom Lov om psykisk helsevern. Her slås det fast at fylkeskommunen skal planlegge, føre opp og drive de institusjoner som kreves for at innbyggerne i området skal få nødvendig psykisk helsevern.

Helsedirektoratet ga i 1985 ut «Nye alternativer i psykiatrien» som setter en del rammer for utviklingen i psykisk helsevern. Her anbefales det en utvikling med etablering av psykiatriske bo- og behandlingssentra. Målet med alternative behandlings-, omsorgs- og botilbud er å tilstrebe en normalisering og integrering av pasientene i deres hjem-miljø. Et viktig prinsipp er å legge forholdene til rette, slik at pasienten kan bevare, og eventuelt utvikle evnen til egenomsorg. Det legges vekt på å gi pasienten mulighet for å dekke flest mulig av sine allmennmenneskelige behov utenfor psykiatrien.

I likhet med barne- og ungdomspsykiatrien er voksenpsykiatrien desentralisert til små poliklinikker eller psykiatriske sentra. Få av disse har imidlertid fagfolk med samisk språklig og kulturell kompetanse.

Av større psykiatriske institusjoner er det Åsgård Sykehus i Tromsø (for Troms og Finnmark), Nordland Psykiatriske Sykehus i Bodø (for Nordland), og Steinkjer. Alle disse mottar samer for innleggelse. I tillegg mottar Modum Bad Nervesanatorium som, riksinstitusjon, en del samiske pasienter. Åsgård Sykehus forsøker å legge til rette for samiske pasienter ved tolking og informasjon til samisk, samt opplæringstiltak for ansatte. Imidlertid er det svært få samisktalende fagfolk ansatt.

Finnmark har ikke et psykiatrisk sykehus innenfor fylkets grenser. Følgelig har det ikke vært noe naturlig faglig «sentrum» for utvikling av det psykiatriske behandlingstilbudet i fylket. Dette kan sies å være både en styrke og en svakhet. Det kan være en styrke fordi det har gitt anledning til å bygge ut forholdsvis små behandlingseenheter med stor geografisk spredning, noe som betyr at behandlingstilbudet — både poliklinisk og i sykehjem — kan gis forholdsvis nært brukernes bosted. Dette er tradisjonelt betraktet som et gode, både av brukere og behandlere. Svakheten ved en slik struktur ligger i at det betyr en stor spredning av de faglige ressurser i små og derfor sårbare faglige miljøer. Dette har erfaringsmessig ført til store vansker med å rekruttere og beholde fagfolk en rekke steder.

I forhold til den samiske befolkning har Finnmark fylkeskommune utpekt VPP-Lakselv/Porsanger Helsetun som kompetansebase innen voksenpsykiatrien. Man arbeider for å utvikle poliklinikken og de psykiatriske avdelingene ved Porsanger Helsetun til et psykiatrisk senter med særskilt samisk kompetanse. Også her er det mulighet for spesialistutdanning av samiske fagfolk poliklinisk, mens mulighet for godkjent institusjonspraksis mangler. Det arbeides nå for å få til en akuttpsykiatrisk enhet for å styrke institusjonssiden. Avdelingen vil kunne være et nødvendig supplement til tilbudet ved Åsgård når det gjelder samiske pasienter, i tillegg til å gi mulighet for utdanning. Senteret i Lakselv har flere samiske behandlere, men har ikke maktet å rekruttere samisktalende i så stor grad som Karasjok.

Også innen voksenpsykiatrien har det foregått faglig utviklingsarbeid i forhold til samisk befolkning, bl.a. når det gjelder samiske forståelsesmåter av psykiatrisk sykdom og utvikling av samtaleteknikker som tar pasientens egen kultur som referansepunkt. For voksenpsykiatrien er det ønsket om å styrke samarbeidet mellom VPP-Lakselv/Porsanger Helsetun og Åsgård sykehus/UiTø i forhold til faglig utviklingsarbeid og forskning når det gjelder samisk voksenpsykiatri.

VPP-Lakselv/Porsanger helsetun utvikles i tråd med Finnmark Fylkeskommunes planer til et psykiatrisk senter med særskilt ansvar for den samiske befolkning, og med oppgaver både innen behandling, undervisning og veiledning. Utdanning av samiske fagfolk inngår her som en viktig oppgave. Man forutsetter et nært samarbeid med BUP-Karasjok når det gjelder utdanning, undervisnings- og veiledningsfunksjonene. Sammen med BUP-Karasjok bør en slik samisk kompetansebase innen voksenpsykiatrien i Finnmark få regionalt ansvar, og derved bistå de andre fylkeskommunene i deres kompetanseutvikling.

Psykiatrisk forskningscenter for Finnmark og Troms (PFFT)

PFFT er et frittstående forskningscenter finansiert over offentlige og private midler. Senterets virksomhet inngår som en del av universitetsklinikkfunksjonene ved Åsgård sykehus. Senterets formål er å fremme klinisk voksenpsykiatrisk/psykologisk forskning og spisskompetanse med relevans for helsetjenesten i Finnmark og Troms. Dette innbefatter både spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenesten.

Gjennom kliniske forskningsprosjekter er det et siktemål å høyne kvaliteten på evaluering og behandling ved de ulike behandlingseenhetene som deltar i prosjektene.

8.5.2 Psykiatriske tjenester på 1., 2. og 3. linjenivå i Finnmark og Troms

Åsgård sykehus

Åsgård sykehus skal i henhold til avtale mellom Finnmark og Troms fylkeskommuner dekke sentralsykehusfunksjonen for Finnmark og Troms. Finnmark fylkeskommune har medeierskap i og gjør bruk av Åsgård sykehus. Finnmark fylkeskommune har en eierandel på 35 % i eiendommen Åsgård, og deltar i driften i henhold til sin eierandel.

Åsgård sykehus har fremmet en organisasjons- og strukturplan. Den overordnede målsettingen for strukturplanarbeidet har vært at sykehuset skal plassere seg sentralt i den psykiatriske behandlingsskjeden, utvikle samarbeide med 1. og 2.linjetjenesten, og etablere en åpen og utadrettet profil, samt en effektiv indre organisering. En behandlingsskjede består av primærhelsetjenesten, poliklinikkene/psykiatriske sykehjem og sykehus.

Som et utgangspunkt for en nærmere definisjon av Åsgård sykehus som et 3.linjetilbud innen psykisk helsevern, er Åsgård sykehus bl.a. nevnt i plan for voksenpsykiatri i Troms som:

- øyeblikkelig hjelp-institusjon
- tilbud til farlige/alvorlige sinnslidende (sterkavdeling)
- tidlig diagnostisering og behandling av yngre schizofrene
- tilbud til sterkt agerende pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser
- tilbud til personer med tungt stoffmisbruk og alvorlig sinnslidelse
- tilbud til incestbelastede alvorlig sinnslidende kvinner
- tilbud til psykisk utviklingshemmede med alvorlig sinnslidelse

Sykehuset har videre lagt vekt på samarbeidsoppgaver i forhold til 1.- og 2.linjetjenesten, og har i denne forbindelse spesielt nevnt evaluering og diagnostisering, samt rehabilitering av tyngre pasienter med sikte på å gjøre dem tilgjengelig for videre rehabilitering på 1.- og 2.linjenivå.

De voksenpsykiatriske poliklinikkene i Finnmark

Det polikliniske tilbudet i Finnmark er organisert gjennom 3 poliklinikker lokalisert i Hammerfest for Vest-Finnmark (med filial i Alta), Lakselv for Midt-Finnmark og Kirkenes for Øst-Finnmark. Tilbudet omfatter i hovedsak utredning, diagnostisering og poliklinisk behandling. Videre blir det gitt veiledning og undervisning til kommunene. Poliklinikken i Lakselv er tillagt et særlig ansvar for tilbud til den samiske befolkningen i hele fylket.

Når det gjelder behandlingstilbud til gruppen av unge schizofrene/psykotiske pasienter, har det vært diskutert mulighetene for en behandlingseenhet i Finnmark, eller en satsing på de voksenpsykiatriske poliklinikkene, psykiske sentra og fylkets lokalsykehus. Dette bør i sin tur gi grunnlag for å klarere og definere behov for tjenester fra Åsgård sykehus som et 3.linjetilbud, (og andre steder enn ved Åsgård sykehus) og å unngå førstehåndsinleggelse ved Åsgård.)

Finnmark fylkeskommune vurderer en omstrukturering av det psykiske helsevernet i fylkeskommunen. Bedre organisering av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser krever at kommunene må bygge opp tilbud og kompetanse til å ta seg av personer med slike lidelser, innbefattet alderspsykiatriske pasienter. Ofte vil mennesker med psykiske lidelser ha behov for et tilrettelagt arbeids- og aktivitets-

tilbud. Mangel på sosial kontakt og aktivitet vil ofte være hovedproblemet. Et tilrettelagt tilbud kan forhindre at de psykiatiske pasientene i kommunene blir isolert, får tilbakefall og blir økende omsorgskrevende.

2.linjetjenesten må bidra aktivt for å tilrettelegge slike tilbud i kommunene. Dette kan etter hvert føre til at disse menneskene blir selvhjulpne, og behovene for andre tilbud blir mindre etter hvert.

Plan for psykisk helsevern i Finnmark foreslår at det opprettes tverrfaglig sammensatte ambulante team med tilknytning til de psykiatiske sentrene, som skal arbeide utadrettet mot kommunene. Døgnetenhetene ved sentrene skal ha 2—3 avlastningsplasser for alderspsykiatiske pasienter. Arbeidsutvalget foreslår opprettet psykiatiske sentra med de samme funksjoner som Troms fylkeskommune har tillagt sentrene i henhold til samlet plan for psykisk helsevern. Disse funksjonene er som følger:

- Psykiatrisk spesialisttjeneste på 2.linjenivå til befolkningen i lokalområdet.
- Psykiatrisk poliklinikk som gir tilbud til undersøkelse og behandling både til klienter i egne hjem til kort- og langtidsbrukere i senterets døgnetenhet, samt veiledning og konsultasjonsvirksomhet overfor kommunene.
- Døgnetenhet med differensiert tilbud om behandling, rehabilitering, omsorg og støtte.
- Treningsleiligheter med sikte på målrettet rehabilitering.
- Dagtilbud med behandlings- og rehabiliteringsoppgaver.
- Samarbeid med Åsgård sykehus om oppfølging av pasienter utskrevet fra sykehuset.
- I samarbeid med Åsgård sykehus bistå kommunene ved planlegging, etablering av tiltak i kommunal regi for enkeltpersoner og grupper personer med psykiatiske lidelser.
- I samarbeid med Åsgård sykehus drive med kompetanseutvikling i kommunene, samt yte spesialistfunksjoner overfor andre deler av helsetjenesten; somatikk, rustiltak, barne- og ungdomspsykiatri, habilitering og rehabilitering i lokalsykehusområdet.

I henhold til dette anbefaler planen at det etableres 3 psykiatriområder for Vest-Finnmark Midt-Finnmark og Øst-Finnmark der de psykiatiske poliklinikker og psykiatiske sykehjem integreres til en institusjon, med egen områdeoverlege. De psykiatiske sentrene er tenkt tillagt et reelt andrelinjeansvar overfor kommunene og Åsgård sykehus. Dette innebærer at de som hovedregel skal være første henvisningsinstans for den kommunale helsetjeneste, og vurderer behov for tiltak i egen regi eller ved Åsgård sykehus.

Finnmarkskommunenes syn på samarbeid med 2. og 3. linjetjenesten

I dag blir det store flertallet av innleggelser på Åsgård sykehus formidlet direkte av primærlegene. Av plan for psykisk helsevern i Finnmark går det bl.a. fram at de psykiatiske sykehjemmene i Finnmark fra januar 1992 til september 1994 hadde totalt 46 innleggelser på Åsgård sykehus. Av disse var 70 % henvist fra sykehjemmene i Vest-Finnmark, mens Porsanger helsetun og Tana helsesenter hadde henholdsvis 17 og 13 %. Det var en total økning på 71 % i antallet innleggelser fra fylkets sykehjem til Åsgård sykehus. Tall fra Åsgård sykehus tyder på at stor del (ca 80 %) av innleggelsene til Åsgård sykehus skjer uten at 2.linjetjenesten er involvert. De fleste kommuner henviser pasienter direkte til Åsgård sykehus, og i få tilfeller foretas forhåndsvurdering av 2.linjetjenesten før innleggelse på sykehuset.

Kommunene i Finnmark ønsker et tettere samarbeid mellom 1., 2. og 3.linjetjenesten. Det er også ønskelig med bedre kapasitet på de voksenpsykiatriske poliklinikkene og de psykiatriske sykehjemmene for å kunne ta imot på kort varsel for vurdering. De ønsker også å bedre beredskapsfunksjon ved poliklinikkene, samt gi bedre muligheter for hjemmebesøk med vurdering for innleggelse. Det er behov for å samordne tiltak før og etter sykehusinnleggelse, slik at sykehusoppholdet for den enkelte pasient kan inngå i en helhetlig tiltakskjede. Dette gjelder også nærmere samarbeid i forhold til ettervern/oppfølging. Det bør være mulighet for at pasienter som utskrives fra Åsgård, og som fortsatt trenger spesialistbehandling, utskrives direkte til 2.linjetjenesten.

Finnmarkskommunenes synspunkter på hvilke krav de mener bør stilles til det faglige tilbud ved Åsgård sykehus er bl.a.: Bedre kapasitet, både på akutt plasser, langtids plasser og psykogeriatriske plasser. Høyt faglig nivå med henblikk på utredning og behandling innen alvorlige sinnslidelser og geriatri. Åsgård sykehus bør i mye større grad være et faglig fyrtårn for poliklinikkene og primærhelsetjenesten. Det bør ha spisskompetanse på diagnostikk og medikamentell behandling, og ha større evne til å vurdere helhetlig, dvs. ta utgangspunkt i pasientens livssituasjon i lokalsamfunnet. Det bør være tett og hyppig kontakt og tilbakemelding vedrørende pasienter fra kommunene.

Plan for psykisk helsevern i Finnmark foreslår at Åsgård sykehus skal tillegges følgende funksjoner i tillegg til de funksjoner sykehuset skal dekke som sentralsykehus for Finnmark:

- Tilbud til farlige/alvorlige sinnslidende (sterkavdeling).
- Tidlig diagnostisering og behandling av yngre schizofrene.
- Bestilling fra 1. og 2.linjetjenesten med hensyn til evaluering og diagnostisering av psykiatriske pasienter, herunder råd, veiledning og ulike former for samarbeid mellom linjene.
- Bestillinger fra 1. og 2. linjetjenesten med henblikk på instituering av adekvat medikamentell behandling og eventuell oppfølging av §13.1.
- Bestillinger i forhold til den type pasienter som ikke er mulig å rehabilitere med de ressurser 1. og 2.linjetjenesten innehar. Sykehusets oppgave i forhold til denne type pasienter, vil i alt vesentlig være habilitering for å gjøre dem tilgjengelig for videre rehabilitering på 1. og 2.linjenivå.
- Bestillinger om avlastningsforhold for enkeltpasienter som i perioder representerer en for stor belastning for behandlingsmiljøet ved de psykiatriske sykehjemmene. En lignende funksjon har sykehjemmene overfor 1. linjetjenesten.
- Det opprettes en hjemmel for assistentlege ved Åsgård sykehus til bruk for kandidater fra Finnmark mot refusjon fra Finnmark fylkeskommune.

8.5.3 Forslag til en modell for samarbeid mellom 1., 2., og 3. linjenivå i Finnmark og Troms

Åsgård sykehus har foreslått en samarbeidsmodell som er gjennomgripende i alle linjene. Målet er et systematisert og nært samarbeid for planlegging av tiltak rundt den enkelte pasient, og hvor 1., 2. og 3. linjetjenesten vil kunne opparbeide seg kunnskap om hverandres situasjon, og en vil kunne koordinere og samordne ressursene på en bedre måte. Med et slikt samarbeid bør det kunne bli færre tvangsinnleggelse og flere godt forberedte utskrivninger.

Samarbeidsmodellen trekker opp en ramme som alle nivå organiserer seg innenfor, med egne ordninger tilpasset hvert nivå. Prinsippet med modellen er at det i kommunene og poliklinikker og psykiatriske sentra opprettes egne team for

ivaretakelse av psykiatriske oppgaver. Teamet settes sammen av allerede etablerte funksjoner.

For poliklinikker og psykiatriske sentra innebærer dette at det settes sammen et team som skal ivareta samarbeidsoppgaver med 1. linjetjenesten og 3. linjetjenesten (Åsgård sykehus). Teamet skal ha deltakelse i kommunens psykiatriteam.

Kommunene danner psykiatriske team av allerede etablerte funksjoner, f.eks. psykiatrisk sykepleier, kommunelege, sosionom, o.a. Dette teamet har ansvaret for psykiatriske oppgaver i kommunene, på et overordnet og klientrettet nivå. Teamenes antall og funksjoner vil avhenge av kommunenes geografiske størrelse, folketall og psykiatriske oppgaver. Teamet vil ha hovedansvar for samarbeid med 2. linjetjenesten (poliklinikk/psykiatrisk senter) og 3. linjetjenesten (Åsgård sykehus). Teamet kan i den enkelte pasientsak trekke inn andre samarbeidspartnere, slik som arbeidskontoret, pårørende, etc.

Ansvar for pasientbehandlingen ligger i denne modellen hos kommunen, og det forutsettes et nært samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det vil i hovedsak være kommuneteamets ansvar å aktivere f.eks. Åsgård sykehus, og i prinsippet vil dette skje i samarbeid med 2. linjen. Behov vil bli meldt til sykehuset etter vurderinger gjort i samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten. Sykehuset samarbeider med psykiatriteamet i kommunen, der 2. linjen har deltakelse. Via dette samarbeid vil alle parter få kunnskap om hvilke behov som er til stede, hvilke samarbeidspartnere det er behov for, og hvilken tidshorisont det er snakk om.

For langtidspasienter innlagt ved sykehuset har sykehuset ansvar for behandlingen. Posten har ansvar for å opprette, vedlikeholde og utvikle kontakt med pasientens hjemkommune slik at pasienten ikke blir glemt av kommunens helsetjeneste, og at ulike tiltak for reetablering hjemme arbeides fram. Dette kan også videreføres i 2. linjen, altså i forhold til langtidspasienter innlagt ved psykiatriske sykehjem i fylket. 2. linjeteamet skal på lik linje som posten på Åsgård, ivareta ovennevnte funksjon overfor kommunene.

Innenfor denne modellen må fleksible samarbeidsformer gjennomføres i forhold til den enkelte pasientsak. Ved noen innleggelse vil 2. linjen ikke være trukket inn i behandlingen, og samarbeidet vil i første omgang skje mellom kommunen og sykehuset. Andre innleggelse vil gå mellom poliklinikken og sykehuset eller psykiatriske sykehjem og sykehuset. I slike pasientsaker er det viktig at de involverte nivåene vurderer om det er hensiktsmessig å henvise også til annet nivå. I hovedsak bør henvisningsansvaret ligge innenfor det etablerte samarbeidet mellom psykiatriteamet i kommunen og poliklinikken/psykiatrisk senter. Sykehuset vil ikke kunne henvise eller melde fra om innlagte pasienter til poliklinikken dersom pasienten ikke samtykker i dette (taushetsplikten). Imidlertid må sykehuset være bevisst ansvaret for å motivere pasienten til å ta imot nødvendig hjelp fra 1. og 2. linjen. Det er viktig at alle nivåer ivaretar utredning av det enkelte pasientbehov og avklarer dette i det etablerte samarbeidsforum, slik at det blir kontinuitet og sammenheng i behandlingen. Det vil også gi bedre mulighet til å avklare hvilket nivå som har det nødvendige tilbud til pasienten.

Psykiatriplanutvalget for Finnmark sier at regionalisering med psykiatriske team på alle nivåer vil plassere Åsgård sykehuset tydeligere i behandlingsskjeden. Dette vil igjen fordre større grad av deltakelse fra fylkets poliklinikker/sykehjem (sentra) i en behandlingsskjede, og at 2. linjetjenesten i større grad blir involvert ved innleggelse på sykehuset. En forhåndsvurdering av innleggelse og bedre ettervern av pasienter, vil kunne føre til at pasienter blir sendt rett til forvaltningsnivå, og vil sannsynligvis kunne bidra til å forhindre reinnleggelse. Psykiatriplanutvalget foreslår at fylkeskommunen tilrettelegger for at samarbeidsmodellen kan gjennomføres, og at fylkeskommunen henstiller til kommunen å gjøre det samme.

8.6 PSYKIATRISKE TJENESTER TIL DEN SAMISKE BEFOLKNING I FINNMARK

Finnmark fylkeskommunes egne mål — slik de kommer til uttrykk gjennom fylkesplanen og plan for helse- og sosiale tjenester til den samiske befolkning — legger vekt på å sikre en tilfredsstillende helse- og sosialtjeneste til den samiske befolkning, i første rekke gjennom å tilby tjenester ved bruk av samisk språk, samt øke kompetansen om flerkulturelle forhold. Fylkesplanen omtaler de psykiatriske tjenester til den samiske befolkning på følgende måte: «Institusjonene i Midt-Finnmark har et spesielt ansvar for tilbud til den samiske befolkningen i hele fylket. Dette forutsetter bl.a. at en har fagpersonell som har samisk språkkunnskap. Dette legges vekt på å samle erfaring og å utvikle en psykiatri innen en samisk kulturramme for derved å kunne bedre tilbudet til denne befolkningen.»

8.6.1 Finnmark fylkeskommunes plan for fylkeskommunale helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning

Finnmark fylkeskommunes plan for fylkeskommunale helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning ble vedtatt i mars 1991. Planen inneholder følgende målformulering om psykisk helsevern: «Hovedmålet er å sikre en tilfredsstillende helse- og sosialtjeneste til den samiske befolkning gjennom:

1. å bygge opp kompetanse i samisk språk og kultur ved våre behandlingstilbud, og
2. tilføre nødvendige ressurser for å oppnå dette.

Det fylkeskommunale planutvalget for helse- og sosiale tjenester for den samiske befolkningen har antydnet at fylket må ha en integrert samisk helse- og sosialtjeneste. Helsetjenesten i fylket er desentralisert, og helsetjenester til den samiske befolkningen skal bygge på eksisterende baser, samt at man satser på kompetanseoppbygging i kommunene.

Det samiske planutvalget har også antydnet at de ikke vil anbefale at enkelte fylkeskommunale institusjoner får landsdekkende funksjoner i forhold til den samiske befolkningen.

Målet for selve planarbeidet er således blitt uttrykt som «å finne fram til en hensiktsmessig måte å organisere og videreutvikle den eksisterende 2. linjetjenesten i fylket, slik at kompetanse og øvrige ressurser som tilføres, kan utnyttes mest mulig effektivt til fordel for den samiske befolkning. Planutvalget ønsker å definere målgruppen som større enn de «samisktalende», slik at den også omfatter personer som ikke bruker samisk språk til daglig, men som ellers har klar samisk kulturbakgrunn som påvirker vedkommendes leve- og tenkemåte. Målgruppen omfatter dermed i prinsippet både samiskspråklige (som har samisk som førstespråk), tospråklige (som behersker både samisk og norsk) og norskspråklige (samer som ikke behersker samisk). I praksis blir dermed opplevelsen av egen samisk identitet avgjørende for hvem som blir brukere av de tilbud som innbefatter spesiell kompetanse i samisk språk og kultur.

Utvalget har pekt ut de fylkeskommunale institusjonene som en mener bør være «baser» for utvikling av kunnskap om samisk språk og kultur. Disse vil i tillegg til behandlingsoppgaver også ha oppgaver i forhold til både kommunenes helse- og sosialtjeneste og andre fylkeskommunale institusjoner når det gjelder veiledning og undervisning om flerkulturelle forhold. Utvalget fant at disse funksjonene burde legges til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok og voksenalderpsykiatrisk poliklinikk/psykiatrisk avdeling ved Porsanger Helsetun, Lakselv.

Dette vil innebære at tilgang på nye ressurser i hovedsak kanaliseres til disse institusjonene.

Fylkestinget vedtok den fremlagte planen, og sluttet seg i hovedsak til de foreslåtte forslag til tiltak. Fylkestinget sa seg enig i at planens målgruppe må defineres som bredere enn bare de samisktalende, slik at den også omfatter personer som ikke bruker samisk språk til daglig, men som ellers har en klar samisk kulturbakgrunn som påvirker vedkommendes leve- og tenkemåte. Fylkestinget understreket at ansvaret for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning må være delt ansvar mellom staten, fylkeskommunen og kommunene, når det gjelder finansiering av utbygging og drift.

Fylkestinget sluttet seg videre til at den samiske spesialisthelsetjenesten bør ha sin base i de allerede etablerte fylkeskommunale institusjoner og i det somatiske spesialistlegesenteret i Karasjok. Utover dette bør en i størst mulig grad styrke det samiske helse- og sosialfaglige miljøet innenfor 1. linjetjenesten i de aktuelle kommunene, samtidig som en yter bistand, råd og veiledning ut fra de etablerte fagmiljøene. Det ble også understreket behovet for etablering av et eget samisk ungdomshjem.

Planen ble tatt opp til ny behandling i fylkeskommunens helse- og sosialstyre i november 1992, med sikte på videre oppfølging. Når det gjelder psykisk helsevern, gikk styrets vedtak inn for utarbeidelse av forprosjekt for etablering og drift av en familiebehandlingsenhet ved BUP Karasjok. En gikk videre inn for at staten bør dekke 75 % av driftsutgiftene ved alle fagstillinger knyttet til nye tiltak. Styret vedtok i tillegg å be det statlige utvalget for nasjonal samisk helseplan vurdere etablering av psykiatriske akuttplasser ved Porsanger Helsetun.

Helse- og sosialstyret vedtok i februar 1994 å oppnevne et utvalg til å evaluere, oppdatere og revidere den fylkeskommunale planen for helse- og sosiale tjenester i den samiske befolkningen i Finnmark. Formålet var blant annet å gi innspill til det statlige planutvalget, og å få samordnet det fylkeskommunale planarbeidet med psykiatriplanen.

8.6.2 Plan for psykisk helsevern i Finnmark om behandlingstilbudet til samene

Plan for psykisk helsevern i Finnmark ble vedtatt i fylkestinget i desember 1994. Planen har som prinsipiell målformulering for psykisk helsevern i Finnmark at behandlingstilbudet må tilpasses de kulturelle forskjeller i befolkningen som har sammenheng med ulik etnisk bakgrunn. Visjonen om psykisk helsevern i Finnmark er: «Et kvalitativt godt psykisk helsevern tilpasset Finnmarks befolkning, kultur og bosetting».

Psykiatriplanen viser til at Finnmark tradisjonelt er et flerkulturelt samfunn, der den samiske befolkning utgjør den klart største minoritetsgruppen. Krav om helse-tjenester bedre tilpasset samisk språk og kultur har satt helsepolitiske mål på dagsorden. Både i den forrige og i nåværende fylkesplan er den samiske befolkning erklært som en prioritert gruppe når det gjelder utbygging av offentlige tjenester, herunder helsetjenester. Samelovens språkregler stiller også krav om, bruk av samisk språk i produksjon av offentlige tjenester.

Planen slår fast at særlig innen psykiatrien har en erkjent at det å gi et tilfredsstillende helsetjenestetilbud til den samiske befolkning ikke bare dreier seg om språkkunnskaper, men om kjennskap til samisk kultur generelt. Den utfordring det flerkulturelle samfunnet stiller helsetjenesten overfor, vil — om den tas på alvor — bety en berikelse for det helsefaglige miljøet i fylket. De helsetjenester som utvi-

kles, må ta hensyn til det flerkulturelle aspektet. Spesielt gjelder det de psykiatriske tjenester, der språket er selve redskapet i behandlingen.

Begrepet samisk psykiatri kan defineres på flere måter, avhengig av hva man ser som mest vesentlig, dvs. om man legger hovedvekten på hvem som utfører virksomheten, hvor virksomheten utøves, eller om man legger vekten på selve innholdet i virksomheten. Utviklingen av samisk psykiatri som fagfelt krever et kontinuerlig faglig utviklingsarbeid både klinisk og forskningsmessig.

I dag er den viktigste kompetansen om helsetjenester overfor en flerkulturell befolkning å finne innen de psykiatriske institusjoner i Finnmark, i første rekke ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok, Seidajok barnepsykiatriske behandlingshjem og voksenpsykiatrisk poliklinikk i Lakselv. Både ved barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok og ved voksenpsykiatrisk poliklinikk i Lakselv foregår det prosjektvirksomhet når det gjelder utvikling av psykiatriske tjenester til den samiske befolkning. Det arbeides med temaer som: Samiske forståelsesmåter av psykiatrisk sykdom, utvikling av samtaleteknikker som tar pasientens egen kultur som referansepunkt, utvikling og utprøving av nye redskap innen systematisk terapi, tilpasning av behandlingsmetoder til samiske familier. Ved poliklinikken i Karasjok har det vært lokalisert en forskerstilling i sosialantropologi via Avd. for BUP, Universitetet i Tromsø. Sosialantropologen har hatt en viktig funksjon med å trekke det flerkulturelle og samfunnsvitenskapelige perspektivet inn i det kliniske arbeidet ved poliklinikken, og i forhold til undervisning i flerkulturell psykiatri.

Ved poliklinikken i Karasjok er det opprettet en førskolepedagogisk enhet og et psykiatrisk ungdomsteam (rusvernteam) knyttet til poliklinikken. Psykiatriplanen viser til at ved siden av den kliniske virksomheten synes poliklinikken å ha en akseptabel kapasitet til å møte behovet for polikliniske tjenester til den samiske befolkning i Finnmark.

Psykiatriplanens forslag til tiltak:

- Samisk psykiatri innebærer flerkulturell psykiatri. Det vil si at det kulturelle perspektivet tas inn i den psykiatriske behandlingen på tvers av kulturer.
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og det psykiatriske senteret i Midt-Finnmark, Finnmarksklinikken og Finnmark barne- og ungdomssenter utpekes som «baser» for utvikling av kunnskap om flerkulturell psykiatri. Dette i samarbeid med regionale forskningssentre i helseregion V og den samiske høyskolen i Kautokeino.
- Dette innebærer at fylkeskommunens «baser» i samarbeid med ovennevnte instanser også får veilednings- og undervisningsoppgaver om flerkulturelle forhold til både kommunenes helse- og sosiale tjenester og andre fylkeskommunale institusjoner.
- Personell ved de øvrige poliklinikkene og de psykiatriske sentra gis tilbud om språkopplæring etter det program som er startet i fylkeskommunen, og i tråd med Samelovens språkregler. Det legges vekt på rekruttering og utdanning av fagpersonell med samisk bakgrunn og språkkunnskaper.
- Porsanger Helsetun utvikles til et psykiatrisk senter med særlig ansvar for den samiske befolkning når det gjelder pasientbehandling. Senteret forplikter seg til å gi tilbud til samer utenfor det primære opptaksområdet som ønsker dette. Arbeidsutvalget ser det som viktig å legge til rette for at den samiskspråklige befolkning kan få et tilbud om korttidsbehandling og akutt plasser ved det psykiatriske senteret i Midt-Finnmark.
- Det påpekes at Åsgård sykehus som et regionsykehus for Finnmark, har ansvar for å ivareta 3. linjefunksjonen hva gjelder psykiatriske tjenester til den samiske befolkningen. Sykehuset bør derfor arbeide aktivt med henhold til en

- bedre ivaretagelse av pasienter med flerkulturell bakgrunn. Dette innebærer at sykehuset må bygge opp en flerkulturell kompetanse og tilpasse og utvikle 3. linjefunksjonen for de ulike etniske grupper med hensyn til språk og kultur.
- Det legges vekt på å utvikle telematikktenester innenfor samisk psykiatri, for å utvikle tilbud innen språk og kultur, og styrke samarbeidet mellom 1.- og 2. linjetjenesten.
 - Den kompetanse fylkeskommunen besitter når det gjelder bruk av telematikk, tas i bruk for å etablere praktisk samarbeid mellom poliklinikkene i Lakselv og Karasjok og de aktuelle kommuner og institusjoner. Det søkes om statlige prosjektmidler til nødvendig kjøp av studioutstyr.
 - Det framtidige opptaksområdet til de psykiatriske institusjonene må drøftes i sammenheng med etableringen av poliklinikkene i Vest-Finnmark og ved etablering av de psykiatriske sentrene i fylket.
 - Planen foreslår at det som en forsøksordning på en periode på 2—3 år gjennomføres en organisering av annenlinjetjenesten i Midt-Finnmark i henhold til «Lavvo-modellen» utarbeidet av Siv Kvernmo og Vigdis Stordal. Forarbeidet til prosjektet gjennomføres i løpet av første halvår 1995. Etter forsøksperioden av organisasjonsmodellen må prosjektet evalueres. Det søkes om statlig finansiering av merkostnader.

Lavvo-modellen kan beskrives som et metaforisk uttrykk for en samordningsmodell for psykisk helsevern og tilgrensede tjenester for den samiske befolkningen. Modellen går i store trekk ut på å organisatorisk samordne institusjonene innen psykisk helsevern, barnevern, familievern og rusvern i en felles organisatorisk modell, kalt et sosialt medisinsk senter. Modellen legger vekt på å samle ulike kompetanse og nyttiggjøre denne på en bedre måte enn tidligere.

Det foreslås et felles inntaksteam bestående av fagfolk fra hvert fagfelt eller kompetanseområde. Dette inntaksteamet skal i samråd med 1. linjen og klienten, dersom det er ønskelig, plukke ut behandlere som har kompetanse innen klientens problemområde. Det vil si at dersom klienten(e)s problem er sammensatt av f.eks. rusproblemer og familieproblemer, skal man hente inn fagfolk som har kompetanse på disse felt. Videre skisserer modellen en mer effektiv organisering av internundervisning, faglige diskusjoner og ambulerende virksomhet til kommunene. En styrking av fagmiljøet i størrelse og bredere kompetanse med en samordning, vil ifølge modellen gjøre fagmiljøet mindre sårbart for tap av fagfolk.

Bakgrunnen for modellen er at flere institusjoner innen psykisk helsevern (BUP/VPP Midt-Finnmark, PUT), samt Finnmarksklinikken (rusvern), Samisk ungdomshjem (barnevern) og Indre Finnmark familievernkontor (familievern) har den samiske befolkningen som målgruppe. Institusjonene skal utvikle og tilpasse behandlingsopplegg til klientenes kulturelle og språklige bakgrunn, med andre ord utvikle en samisk psykiatri, et samisk familievern osv. Felles for alle disse institusjonene og deres oppgaver er at de skal utvikle en tjeneste med samisk innhold og samisk tilpasning. Dette er et langsiktig og krevende utviklingsarbeid som bør samordnes imellom for å få til fruktbare og konstruktive diskusjoner.

Samlet sett er de institusjoner som betjener den samiske befolkning personellmessig godt utrustet og har færre klienter pr. behandler enn andre liknende institusjoner i resten av fylket og landet for øvrig. Imidlertid er samisktalende terapeuter en mangelvare, spesielt når man snakker om behandlere som psykologer og leger. En samordning vil i større grad kunne nyttiggjøre seg de samisktalende terapeuter dersom institusjonene ses under ett enn som enkeltvis enheter. Mulighetene for utvikling av et samisk fagspråk vil også kunne styrkes med flere fagfolk som deltagere.

Klienter som henvises til psykisk helsevern og tilgrensende tilbud, er ofte innskrevet som klienter flere steder. Dette fordi klienten(e)s problem ofte er sammensatte, og krever ulik kompetanse fra hjelpeapparatet. Dermed kan pasienter risikere å bli gående mellom ulike institusjoner uten at tiltakene koordineres. Klienten kan falle ut av systemene tilbake til 1. linjetjenesten. Også for 1. linjetjenesten er det hensiktsmessig at de ulike tilbudene samordnes, og at inntaksmøtet avgjør hvilken kompetanse som trengs til utredning og behandling. Dette vil forenkle kontakten mellom 1. linjen og 2. linjetjenesten, og vil gjøre det lettere å etablere faste ambulante team som kan dekke et bredt fagfelt.

Det drives i dag internundervisning og kompetanseoppbygging innen hver institusjon. Det er liten eller ingen form for samordning eller samlet vurdering av hvilken kompetanse feltet som helhet trenger. Ved en samordningsmodell vil man spare ressurser og tid ved felles internundervisning og felles seminarer. I tillegg vil man unngå små og sårbare fagmiljøer.

Finnmarks institusjoner innen psykisk helsevern, barnevern, familievern og rusvern for den samiske befolkningen er i dag lokalisert på samme sted med unntak av VPP-Midt-Finnmark. Dette gir muligheter for utprøving av en samordningsmodell. En større grad av samordning av institusjoner med tilgrensede fagfelt slik som barnepsykiatri og barnevern, vil bli et sterkere krav i fremtiden. Også andre steder i fylket kan man tenke seg en samordningsmodell mellom de ulike institusjoner som er etablert innen fagområdet. De samiske institusjonene som nevnt ovenfor, har en særskilt oppgave i å utvikle en samisk tjeneste i Finnmark. Dette fordrer samarbeid og helhetstenkning som gjør det naturlig å prøve ut en samordningsmodell der hvor målsettingen og målgruppen er ens for alle institusjoner.

8.7 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

Viktige momenter i diskusjonen om samenes plass i det psykiske helsevern er de barrierer som kan oppstå i samhandlingen på grunn av forskjeller i språk og kultur mellom folk med forskjellig bakgrunn, og en kunnskap om at norskspråklige ferdigheter hos samer kanskje ikke strekker til i en psykoterapisituasjon.

Den diskusjonen som er spesiell i forhold til et psykoterapeutisk behandlingstilbud, dreier seg om behovet for å ta hensyn til klienters etniske, kulturelle og språklige bakgrunn, og om hvorvidt kulturelle og språklige forskjeller virker inn på den psykiatriske behandlingen.

Det er i den senere tid fokusert på at samenes minoritetssituasjon kan innebære et sammenfall av risikofaktorer med hensyn på psykiske lidelser. Både voksne og barn kan være i en livssituasjon preget av et vedvarende krysskulturelt press med identitets- og lojalitetskonflikter, og en følelse av å være marginalisert i forhold til majoritetsbefolkningen. Dette innbærer også en begrunnelse for at det er behov for særskilt kompetanse i det psykiatriske behandlingsapparatet, både når det gjelder kulturell og språklig kunnskap, og den faglige og kliniske tilnærming.

Hovedmål 1: En klinisk og teoretisk utvikling av de etnokulturelle aspekter i psykisk helsevern

Vanlige metoder innen psykoterapi har minimal oppmerksomhet på etniske og kulturelle faktorer. I forhold til samiske pasienter har det vært mest vanlig at man har benyttet seg av tradisjonell psykoterapi, kanskje med bruk av tolk, eller med assistanse av helsearbeidere med språklig og kulturell kunnskap.

Man kan skille mellom behandlingsmåter ut fra deres forhold til etniske og kulturelle faktorer:

1. Behandlingsmåter uten et definert forhold til kulturelle faktorer. Dette er behandlingsmåter som anses like gode på tvers av rase, alder, kjønn, eller sosial/ kulturell bakgrunn.
2. Kulturspesifikke behandlingsmodeller, som søker å inkorporere identifiserbare kulturelle verdier. Her er det spesifikk oppmerksomhet på kulturelle normer ved vurdering av adferd eller fastsettelse av mål for behandlingen.
3. Kombinerte, fleksible behandlingsmåter. Her er målet en fleksibel bruk av kulturellettede kulturbestemte tilnæringsmåter i terapien. Man benytter seg av mer tradisjonelle psykoterapeutiske behandlingsmåter, men med nøyaktig oppmerksomhet på kulturelle faktorer.

Forskning i andre land har vist at det er funnet feildiagnose av mentale problemer. F.eks. er det funnet en overdiagnostisering av schizofreni som psykiatrisk diagnose blant svarte minoriteter i Amerika. I denne gruppen er det også observert mistillit til helseapparatet («dropout») blant svarte pasienter i Amerika. Det finnes eksempler på stereotyper i personlighetsteorier og tolkninger av disse. F.eks. i USA har det forekommet psykologiske og psykologiserende forklaringer på kriminalitet blant svarte minoriteter i byer i USA. Man har eksempler på holdninger i undersøkelser som sier at svarte amerikanere har utviklet spesielle karaktertrekk som følge av at de er preget av nedlatende holdninger fra de hvite. Slike undersøkelser illustrerer nødvendigheten av å forstå kulturen ved å se på de som takler hverdagen, og ikke bare gjøre undersøkelser blant de som går i en terapi, når man ønsker å forstå særtrekk ved en kultur.

Vi vet ikke hvorvidt det innen psykisk helsevern i Norge har gjort seg gjeldende stereotype forestillinger når det gjelder diagnose og behandling av pasienter med samisk bakgrunn. I andre land er det oppdaget en «kulturell bias» i behandlingen av pasienter fra andre kulturer i det psykiske helsevernet. Man har også kunnet observere en mistillit til behandlere og til behandlingsapparatet, som særlig i ettertid kan ses i forhold til at psykoterapien ikke har vært i overensstemmelse med pasientenes kulturell bakgrunn.

Psykoterapi bærer i seg de kulturelle verdier fra det samfunnet hvor de er utviklet. Det er svært vanskelig, eller umulig, for en terapiform å være «kulturløs», eller «kulturnøytral». Når man har å gjøre med pasienter fra andre kulturer, må det derfor være viktig å ha et bevisst forhold til terapiens kulturelle tilknytning, og å forstå kulturens innflytelse på de forskjellige terapiformene. Man står da imidlertid overfor et nytt problem: nemlig fravær av relevant opplæring i utdanning og i klinisk praksis.

En utvikling i den faglig-teoretiske og kliniske tilnærmingen i retning av en etnokulturell og tverrkulturell psykoterapi, vil skape bevissthet i behandlingsapparatet rundt terapiformer som innebygger kulturelle aspekter, og dermed bidra til å motvirke stereotype forestillinger om folk fra andre kulturer.

I Norge er det nok lettere å finne eksempler på mer nærliggende forhold som kan skape problemer i en psykoterapi. F.eks. vil en terapeut med norsk eller ikke-samisk bakgrunn kunne oppfatte individualisme og selvhevdelse som normal og «vellykket» adferd, og vil vurdere dette som et mål for en terapi. I den samiske kulturen er ikke dette en sentral verdi i samme grad. Terapeuten kan oppleve individualisme som verdifullt i relasjon til at hver person har en separat og likestilt plass i samfunnet. Begrepet smelter sammen med en forestilling om likhet, og han vil kanskje finne det vanskelig å godta verdier som henspeler på gjensidig avhengighet og betydningen av komplementære relasjoner. Holdningene hos den samiske pasienten vil i en viss grad kunne dekkes av begrepet individualitet, som refererer til en persons frihet til å gjøre ting annerledes innenfor samfunnets grenser, og som har

større grad av toleranse for eksentrisme og lokale originaler. Forskjellige kulturer har forskjellige virkelighetsoppfatninger som sier noe om verdier i kulturen, og forklarer adferd ut fra dette.

Det vi her har kalt kulturspesifikke tilnæringsmåter, vektlegger særtrekk og mangfold i kulturen, forholdet mellom kulturelle grupper, utvikling av pasientens egen etnokulturelle identitet, vurderinger av omstendigheter som leder bort fra egen kulturen, mekanismer for tilpasning til storsamfunnet, pasientens egen forståelse og identifikasjon av stadier i sin egen identitetsutvikling, etc.

De kombinerte eller fleksible behandlingsmetodene innebærer en balanse og en fleksibilitet i bruken av kulturell og tverrkulturell kunnskap innenfor rammen av de tradisjonelle psykoterapeutiske metoder. I dette ligger en likhet med de kulturspesifikke tilnæringsmåtene, idet denne terapiformen også skal ta hensyn til faktorer som det kulturelle selvbildet, etnokulturell bakgrunn, familiebakgrunn, individets eget og familens språk, næringstilknytning, samfunnsmessige endringer, etc., og hvordan dette virker inn på selvbildet. Det må være en slik tilnærming som ligger i en etnokulturell psykoterapi.

Både normal og avvikende adferd må forstås innenfor kulturelle rammer, det samme gjelder mulige årsaker og virkninger. I en etnokulturelle psykoterapimodell vil både strategier for behandling og diagnostiske prosedyrer være utviklet med henblikk på dette. Mål for behandlingen tar normativ oppførsel og verdier i betraktning. En etnokulturell tilnærming vil forsøke å utvikle samsvar mellom behandlingsmål og kulturelle verdier og forventninger hos pasienten. En trygg kulturell identitet kan således være mål for en terapi.

En slik utvikling vil også medføre en utvikling som inkorporerer flerkulturelle erfaringer og aspekter i psykisk helsevern forøvrig. Det bør medføre endringer i pensumfagene og i opplegg for klinisk praksis, og vil gi økt kunnskap om kulturelle variasjoner og adferdsmønstre, og innebære en vektlegging på kulturell sensitivitet og fleksibilitet.

Delmål 1: Et behandlingstilbud til samiske pasienter innenfor en samisk språklig og kulturell ramme

I en tilpasning av helse- og sosialtjenester til de samiske pasienters behov, må behovene innen psykisk helsevern også vurderes. Utvalget har konstatert at man står overfor store utfordringer med henblikk på å innarbeide de etniske og kulturelle aspekter i psykisk helsevern. Det er behov for et forsknings- og utviklingsarbeid og en omfattende kompetanseutvikling for å møte disse utfordringene. Å utvikle en bevisstgjøring rundt kulturelle referanser i psykoterapeutisk behandling må skje gjennom faglige diskusjoner og utviklingsarbeid. Her må Universitetet i Tromsø og Universitetsklinikken ha et særskilt overordnet ansvar. Åsgård sykehus, Regionsykehuset i Tromsø og Avdeling for Barne- og ungdomspsykiatri må være sentrale aktører i en slik utvikling, i samarbeid med regionale sykehus og poliklinikker.

Tiltak 1: Utvikling av etnokulturell kompetanse i psykisk helsevern i Nord-Norge.

Åsgård sykehus har et selvstendig ansvar for å utvikle psykiatrien på 3. linjenivå. Sykehuset har den øverste psykiatriske kompetanse i Troms og Finnmark fylker, og skal primært dekke behovet for utredning, behandling og opphold for alvorlig akutt sinnslidende og alvorlig psykiatrisk langtidssyke. Dessuten skal Åsgård ha ansvar og være base for psykiatrisk forskning og psykiatrisk kompetanseutvikling for 1.-, 2.-, og 3. linjetjenesten. Åsgård er også universitetssykehus for psykiatrien ved Universitetet i Tromsø. Dette innebærer at sykehuset skal ivareta forskning og

utviklingsarbeid i samarbeid med Universitetet. Funksjonen som universitetsklinikk for Universitetet i Tromsø skal dekkes i samsvar med de krav som forskning og utdanning setter. Dette innebærer undervisningsoppgaver for studenter ved Universitetet i Tromsø, utvikling av spisskompetanse m.h.t. diagnostiske og behandlingsmessige metoder, samt forskning. Det er foretatt en egen universitetssykehusutredning for Åsgård sykehus (1992).

«Samlet plan for psykisk helsevern i Troms» fra 1993 oppsummerer bl.a. at «Åsgård sykehus sitt ansvar som universitetssykehus med forskning og ansvar for kompetanseutvikling og veiledning av andre ledd i helsetjenesten blir lite ivare tatt». Om universitetsklinikkfunksjonen heter det at «Sykehusets oppgaver som universitetssykehus; forskning, metode- og kunnskapsutvikling og utdanning blir lite ivaretatt, og virker negativt inn på rekrutteringen, kunnskapsutviklingen, og kvaliteten på tilbudet til pasientene også utenfor sykehuset.»

«Samlet plan for psykisk helsevern i Troms» legger føringer for den faglige utviklingen av psykisk helsevern i fylket. Den nevner følgende områder for samarbeid mellom de somatiske sykehusene og Åsgård sykehus:

- Faglig utvikling gjennom hospitering, forskning og undervisning i de respektive institusjoner.
- Felles kurs og opplæringstiltak
- Mulighet for omplassering av arbeidstakere kombinert med hospiteringsordninger.

I planen legger Fylkeshelsesjefen i Troms til grunn en utvikling for Åsgård som skal omstilles og styrkes på flere plan:

1. Økt samarbeid med kommunene.
2. Utbygging og omstilling i andrelinjetjenesten.
3. Utvikling av en tredjelinjetjeneste med høy kompetanse som skal ivareta
 - a) alvorlige akuttfunksjoner
 - b) alvorlige tunge langtidssyke
 - c) forskning og utvikling i samarbeid med UiTø

Åsgård sykehus har siden 1992 (med «Universitetssykehusutredning for Åsgård sykehus») arbeidet med en utvikling av sykehusets universitetssykehusfunksjon. De første skritt er tatt for en revurdering av universitetsklinikkavtalen, og iverksettning av nye universitetsrettede tiltak, som etablering av universitetspoliklinikker, psykiatriske stipendiatstillinger, o.l.

Utvalget har merket seg at Åsgård sykehus er inne i en positiv utvikling når det gjelder forskning og kompetanseutvikling. Utvalget vil understreke betydningen av at det som en del av denne utviklingen innarbeides en relevant etnokulturell kompetanse i psykisk helsevern i Nord-Norge.

Etablering av psykologistudiet og økning av antallet medisinerstudenter ved Universitetet i Tromsø vil på sikt også kunne gi avkastning til psykiatrien i Nord-Norge, og dermed avhjelpe de eksisterende rekrutteringsproblemer i de nordligste fylkene. Det vil være svært viktig at disse kullene får den nødvendige kompetanse i fleretniske og flerkulturelle forhold som er nødvendig for å kunne virke i disse samfunnene. En slik kompetanse vil kunne være en forutsetning for å følge prinsippet om behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON), for å kunne tilpasse tjenestene til brukernes behov, osv.

Det er også utvalgets oppfatning at utviklingen av Åsgårds universitetsklinikkfunksjoner og forsknings- og utviklingsarbeid for utviklingen av etnokulturelle aspekter i psykisk helsevern bør være veie tungt i Finnmark fylkeskommunes vurderinger av det videre samarbeidet med Åsgård sykehus. Andre sykehus i Nord-

Norge bør også kunne nyte godt av og bidra i denne utviklingen. Det gjelder nok særlig Nordland psykiatriske sykehus, samt de psykiatriske avdelinger ved sykehuse i Namsos og Levanger, og ved Regionsykehuset i Trondheim. I Finnmark bør særlig de institusjoner med et særskilt ansvar for den samiske befolkning slik som Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok og Voksenspsykiatrisk poliklinikk i Lakselv innlemmes i og være premissleverandører i en slik utvikling. Et forsknings- og utviklingsarbeid som fremmer de etnokulturelle aspekter innen psykisk helsevern må også kunne skje gjennom forskjellige former for prosjektarbeid i områder med samisk befolkning. Veiledning og kursvirksomhet bør på sikt også være en del av dette.

Utvalget antar at for å fremme en utvikling av etnokulturell kompetanse innen psykisk helsevern, så bør det vurderes et samarbeid mellom Åsgård sykehus, Universitetsklinikken og fagfeltet samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Det bør dessuten være klare samarbeidslinjer til fagfeltet etnisk medisin, dersom dette blir utviklet ved universitetet. Samfunnsmedisin og etnisk medisin bør kunne komme med innspill i den faglige utviklingen knyttet til hvordan man skal ta de kulturelle aspekter med i behandling og diagnose, hvordan bestemme mål for terapien ut fra en kulturell kontekst, osv. Forskning og utviklingsarbeid tilknyttet klinisk virksomhet er en av hovedoppgavene for Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri for helseregion V (ABUB), som våren 1993 ble tilknyttet fagområdet medisin ved Universitetet i Tromsø. ABUP har flerkulturell/samisk psykiatri som et av sine satsingsområder, og bl.a. arbeidet med psykisk helse knyttet til etnisk identitet. ABUP bør derfor være en viktig samarbeidspartner i utviklingen av en etnokulturell kompetanse innen psykisk helsevern. Utvalget antar at også Psykiatrisk forskningssenter for Finnmark og Troms (PFFT) bør kunne spille en rolle i en slik utvikling. PFFT er en del av universitetsklinikk-funksjonene ved Åsgård sykehus, og har som formål å fremme klinisk voksenpsykiatrisk/ psykologisk forskning og spisskompetanse med relevans både for 1. og 2. linjetjenesten.

Tiltak 2: Kartlegging av eksisterende ressurser og behov for samisk kompetanse innen psykisk helsevern.

Det bør utvikles et eget prosjekt for kartlegging av eksisterende ressurser og behov for samisk kompetanse innen psykisk helsevern i helseregion 5, i første rekke i Troms og Finnmark. Med samisk kompetanse menes da både samisk språklig og kulturell kompetanse, og flerkulturell kompetanse. Dette vil være mer praktisk rettede tiltak, som vil komplettere tiltak om utvikling av etnokulturell kompetanse innen psykisk helsevern i Nord-Norge. Vi kjenner i dag lite til hvilke behov og muligheter pasienter har for betjening på samisk språk innen psykisk helsevern i Nord-Norge. Et slikt prosjekt bør organiseres som et felles prosjekt gjennom Universitetet i Tromsø, Åsgård sykehus (Universitetsklinikken) og Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri for helseregion V (ABUB).

Tiltak 3: Praktisering av Sameloven i organiseringen av psykisk helsevern innen 2. og 3. linjetjenesten.

Åsgård sykehus er sentralsykehus både for Troms og Finnmark i tillegg til å være et universitetssykehus for psykiatrien ved Universitetet i Tromsø. Nordland fylke har et eget sentralsykehus. Det er således Åsgård sykehus som i første rekke må ta hensyn til språkreglene i Sameloven i organiseringen av sin virksomhet.

Ifølge ny struktur- og organisasjonsplan for Åsgård sykehus omorganiseres sykehuset i henhold til en regionalisert modell med sektor Nord, sektor Sør, Supra-

regional sektor, og Voksenpsykiatrisk poliklinikk. Opptaksområde for sektor Nord er samtlige kommuner i Finnmark, og følgende kommuner i Troms: Kvænangen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Lyngen, Nordreisa og Balsfjord. De kommuner som er underlagt samelovens forvaltningsområde, er således underlagt samme region. Dette legger forutsetninger for en behandling av samiske pasienter fra disse kommunene slik Sameloven tilsier. Åsgård sykehus har også et eget utvalg som arbeider med bedre forhold for de samiske pasienter. Det er utvalgets inntrykk at det arbeides med å legge til rette for tolking, eventuelt internoppplæring i samisk språk og i kulturell forståelse ved sykehuset. Den tilretteleggingen for samiske pasienter som Åsgård Sykehus har igangsatt, bør videreutvikles. Tiltak for samiske pasienter bør også vurderes ved Nordland Psykiatriske Sykehus, og ved psykiatriske sykehusavdelinger som mottar pasienter med samisk kulturbakgrunn. Institusjoner som har et behandlingstilbud innen psykisk helsevern bør vurdere i hvilken grad de oppfyller intensjonene i Sameloven og i hvilken grad de oppfyller Samelovens språkregler. Institusjonene bør ha kunnskap om etniske og kulturelle problemstillinger, og de bør kunne gi tilbud som omfatter tverrkulturelle behandlingsformer. Gjennom opplæring og rekruttering bør det satses på fagpersonell som er spesielt kvalifisert til å ta seg av samiske pasienter. I Finnmark er Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Lakselv, og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok tillagt et særskilt ansvar for utvikling av kompetanse relevant for den samiske befolkning. Andre fylkeskommuner bør også vurdere om poliklinikkene bør ha et slikt særskilt ansvar.

Tiltak 4: Kommunale delplaner for psykisk helsevern som innarbeider samiske aspekter.

Kommunene bør utvikle delplaner for psykisk helsevern som også innarbeider de samiske aspekter. Planene bør inneholde mål for organiseringen av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern. De bør sette mål for en eventuell styrking av tilbudet til personer med psykiske lidelser. Bemanningsituasjonen, veilednings- og kompetansebehov bør inngå i planene. De bør også omfatte en kartlegging av eksisterende ressurser og kompetansebehov i forhold til pasienter med samiske kulturbakgrunn, og en strategi for å tilføre, utvikle eller styrke en slik kompetanse. Erfaringene fra de kommunene som har tilsatt psykiatrisk sykepleier bør også nedfelles i planen. Planene bør danne grunnlag for vurderinger av behovet for bistand fra et nettverksamarbeid med Åsgård sykehus.

KAPITTEL 9

Habilitering og rehabilitering**9.1 INNLEDNING**

Med Stortingets behandling av St. meld. nr. 41 (1987—88) Helsepolitikken mot år 2000 er det fastslått at medisinsk rehabilitering skal være ett av satsingsområdene i helsepolitikken i 1990-årene. I St. meld. nr. 36 (1989—90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane er det påpekt behovet for veiledning på dette området. Flere av delmålene i Verdens Helseorganisasjons overordnede helsepolitiske målsetting har direkte relevans til medisinsk rehabilitering. Det gjelder funksjonshemmedes muligheter til å leve et tilfredsstillende liv, og organisering, sammenheng og brukervedvirkning i tjenestetilbudet til funksjonshemmede.

Rehabilitering er ennå et forholdsvis nytt virksomhetsområde, og omfatter mange sektorer og forvaltningsnivåer. Det er dessuten store variasjoner mellom de forskjellige fylker og kommuner i Norge når det gjelder organisering og ressurser knyttet til slik virksomhet.

Utvalget har her valgt å gjennomgå de mål og anbefalinger som settes fra Sosialdepartementet for rehabiliteringsarbeidet på de forskjellige nivåer, og å se dette i sammenheng med det vi vet om samiske pasienter og klienter og deres behov.

9.2 HABILITERING OG REHABILITERING. EN FELLES DEFINISJON

Helsedirektoratet har utarbeidet en felles definisjon på habilitering og rehabilitering. Den lyder: «Medisinsk (re)habilitering kan defineres som helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet på grunn av sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringssevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser.»

Den egentlige betydningen av ordet rehabilitering kan uttrykkes som «gjeninnsetting i verdighet». Det innebærer i praksis en prosess hvor den enkelte blir habil, dvs. blir istand til å mestre tilsvarende oppgaver som tidligere, eller nye oppgaver på en tilfredsstillende måte.

Forskjellen på rehabilitering og habilitering er om det dreier seg om medfødte eller ervervede funksjonshemminger. Derfor er ofte habilitering noe upresist blitt brukt i forhold til barn, og rehabilitering i forhold til voksne. I denne framstilling vil begrepet rehabilitering også omfatte habilitering, dvs. tiltak både overfor barn og voksne, og det vil omfatte fysisk så vel som psykisk rehabilitering.

Rehabiliteringsbegrepet henspiller på forholdet mellom individ og samfunn, og reflekterer det element av livskvalitet som alltid må knyttes til mål og midler i rehabiliteringsprosessen. Grunnleggende er forståelsen av rehabilitering som prosess, og som en egen virksomhet på tvers av etablerte fag- og sektorgrenser.

St. meld. nr. 23 (1977 -78) Funksjonshemmede i samfunnet definerer funksjonshemmet slik: «Funksjonshemmet er den som på grunn av varig sykdom, skade eller fysisk lyte, eller på grunn av avvik av sosial art, er vesentlig hemmet i sin praktiske livsførsel i forhold til det samfunn som omgir ham. Dette kan gjelde utdanning, yrkesvalg og yrke, fysisk og kulturell aktivitet.» Funksjonstap kan altså være mentale, fysiske eller sosiale, kortvarige eller langvarige, og eksistere i forskjellige grader. Enkelte vil ha behov for rehabiliteringstiltak hele livet. For disse er det viktig med kontinuitet i tilbudet fra barn til voksen alder.

Rehabilitering blir en prosess med tiltak der den funksjonshemmede står i sentrum. Målet blir å gjenvinne og bevare den funksjonshemmedes eksisterende funksjoner, evt. å bremse en negativ utvikling, eller å utvikle nye funksjoner. Det innebærer også å bygge opp et sosialt kontaktnett såvel som å arbeide for bedring av den sosiale funksjonsevnen. Dette forutsetter kjennskap til den funksjonshemmedes kulturelle verdier, livssituasjon og sosiale miljø. I samiske distrikter er det ingen selvfølge at helse- og sosialarbeidere har denne kunnskapen. For å virkelig gjøre en målsetting om å bevare funksjonsevnen med sikte på selvstendighet og livskvalitet på egne premisser også for samer, så må rehabiliteringsprosessen også bygge inn kunnskap om og hensyn til folks kulturelle og språklige forhold.

Slik det her er definert omfatter funksjonshemming også samiske klienter som føler at de språklig og identitetsmessig faller mellom flere kulturer, som har utviklet en dårlig sjølfølelse, og som ikke føler seg som fullverdige deltakere verken i det samiske eller i det norske samfunnet. Dette kan man kalle «sosial funksjonshemming», og det er vanskelig å forholde seg til dette som sosialarbeider eller behandler uten å kjenne samekulturens bakgrunn i det aktuelle området. Denne gruppen sosialt vanskeligstilte klienter kan utvikle både fysisk og psykisk skade, og de må behandles ut fra kunnskap om årsakene til skadene både innen medisinsk og yrkesrettet rehabilitering. Uten kulturkunnskap vil det være vanskelig å finne en diagnose eller lage et rehabiliteringsopplegg som fungerer for denne gruppen.

9.3 OM PRINSIPPER I ORGANISERINGEN AV REHABILITERINGSPROSESSEN RUNDT DEN ENKELTE BRUKER

Funksjonshemming blir ofte definert i forhold til de kroppslige og fysiske skader en person er påført. Dette begrenset rehabiliteringsmulighetene til arbeid med ren funksjonsforbedring. En deltagelsesbasert forståelse av rehabilitering går ut over dette, og innebærer en mer omfattende rehabiliteringsprosess.

Kjernen i opplevelsen av å være funksjonshemmet er at vedkommende ikke kan fortsette å leve det livet han eller hun har levet. Funksjonshemmingen er for den funksjonshemmede summen av alle de praktiske problemene han eller hun møter i sitt forsøk på å leve det livet som vedkommende ønsker å leve.

Det å være funksjonshemmet er å bli satt utenfor deltakelse i livssammenhenger som anses som viktige av den funksjonshemmede selv, og i det samfunnet vedkommende lever i. Som følge av funksjonshemmingen oppstår problemer som i praksis resulterer i manglende samsvar mellom personens funksjonsevne og funksjonskravene i miljøet.

En deltakelsesbasert definisjon av funksjonshemming utgår fra dette. Ifølge en slik forståelse er en funksjonshemming prinsipielt sett summen av de aktivitetsproblemer som oppstår som resultat av et misforhold mellom forutsetninger og krav på områder som personen er interessert i å delta i. Slik sett er det klart at funksjonshemmingen kan reduseres gjennom en bedring av forutsetningene såvel som gjennom en tilpasning av kravene.

Forutsetningene for deltakelse i en aktivitet er at personen har kompetanse for aktiviteten, og at vedkommende har mulighet og interesse for den. En funksjonshemming forrykker forholdet mellom kompetanse og mulighet slik at det oppstår deltakelsesproblemer. Kompetansen er gitt ved den funksjonsevnen personen har. Mulighetene er gitt ved de funksjonskrav som er bygget inn i naturgitte og menneskeskapte miljøer og systemer. En slik forståelse av rehabilitering er iferd med å bli innarbeidet i arbeidet med funksjonshemmede. Den innebærer en forståelse av rehabilitering som en kontinuerlig prosess på tvers av faggrensene, og kan brukes i forhold til både fysiske og psykiske funksjonshemminger. Rehabiliteringsmål må

settes ut fra kunnskap om den funksjonshemmede, og det samfunnet vedkommende skal leve i.

Utredning av rehabiliteringsmål for den enkelte er viktig i rehabiliteringsplanleggingen. Rehabiliteringsmålene må i størst mulig grad knyttes til personens egne ønsker, og dreier seg således om valg av livsverdier. I denne prosessen er kommunikasjon og samarbeid med den funksjonshemmede og de pårørende og kjennskap til dennes kultur og sosiale miljø svært viktig for fagapparatet. Ellers vil rehabiliteringen kunne innebære at fagpersoner foretar valg på klientens eller pasientens vegne, noe som kan sies å innebære en form for umyndiggjøring av de funksjonshemmede. Man må derfor utvikle betingelser og arbeidsrutiner som sikrer den funksjonshemmede deltakelse i rehabiliteringsopplegget. Betydningen av dette må særlig understrekes der fagfolk og den funksjonshemmede har forskjellig språklig og kulturell bakgrunn, og hvor det kan være vanskelig å finne en kommunikasjonsform og legge til rette for et rehabiliteringsopplegg som fungerer. Dette er også vanskelig fordi den funksjonshemmede kan reagere ved å ville avstå fra hjelp.

Det har vist seg at folk ikke uten videre greier å gjøre rede for sine basalønsker. Det dreier seg om å formulere nye livsmål innenfor nye rammer, å avklare egentlige ønsker i forhold til arbeid, osv. Utredning av rehabiliteringsbehov må bygge på en gjennomgående kartlegging av basalbehov sett i forhold til praktiske muligheter. Den funksjonshemmede og hjelpeapparatet må sammen foreta realistiske valg i forhold til dette. Det forutsetter at hjelpeapparatet kjenner den funksjonshemmedes sosiale og kulturelle miljø. Den funksjonshemmede bør få et realistisk forhold til ønsker og livsmuligheter. I denne sammenheng kan virkningene av enkelttiltak gjerne prøves ut i praksis. En skikkelig kartlegging legger til rette for en rehabiliteringsplanlegging med sikte på yrkesmessig atferd.

Der rehabiliteringsprosessen ikke bygger på reelle ønsker, vil den funksjonshemmede være mindre kompetent til å mestre hverdagsproblemene, og til å foreta realistiske valg for fremtiden. Det vil være større sjanse for både ufrivillig sosial isolasjon, og avhengighet av andre mennesker. Redusert selvhjelpenhet vil sette den funksjonshemmede i en mottakerrolle med små muligheter for gjenytelser. Det er vel de færreste som kan leve i takknemlighet uten å måtte redusere sitt selvbylde nedover. Dette gjelder kanskje særlig der klienter og pasienter i utgangspunktet har barrierer i forhold til hjelpeapparatet. Et redusert selvbylde gjør en prosess med etablering og opprettholdelse av et positivt selvbylde enda viktigere.

En rehabiliteringsprosess for den enkelte kan strekke seg over flere faser, og vil ofte kreve innsats av fagfolk på flere nivåer både i og utenfor helsetjenesten. Dette forutsetter et organsiert samarbeid på tvers av forvaltningsnivåer og sektorgrenser. I ulike faser av rehabiliteringsprosessen legges det vekt på forskjellige ledd i prosessen. Det er derfor av avgjørende betydning at det utarbeides en rehabiliteringsplan som tar sikte på å nå de oppsatte rehabiliteringsmålene. I planen må ansvar for de ulike tiltak plasseres, likeledes koordineringsansvar og ansvar for oppfølging og evaluering. Sammensetningen av fagpersonell vil variere med den enkelte rehabiliteringssak.

En generell regel må være at den funksjonshemmede skal sikres et gjennomarbeidet og realistisk forhold til sine rettigheter og plikter, at han får et grundig kjennskap til sin funksjonshemming gjennom problemkartlegging, funksjonsundersøkelser og kunnskap om og utprøving av aktuelle hjelpetiltak. Hjelpeapparatet skal dessuten se til at rehabiliteringen fungerer i praksis og over tid. Dette innebærer også å utprøve muligheter for arbeid som alternativ framfor trygd.

Fagapparatets oppgaver innebærer å sikre rammebetingelser for sosial kontakt, å sikre personens humanitære og kulturelle rettigheter, og å sikre retten til egenkontroll i rehabiliteringsarbeidet. Det vil i praksis være individuelt hvordan dette skal

håndteres. I samiske områder må fagapparatet i særlig grad innrette sin virksomhet med sikte på å sikre deltagelse i rehabiliteringsprosessen. Dette innebærer å være bevisst mulighetene for barrierer i samhandlingen mellom klient/pasient og hjelpeapparatet, og å utvikle strategier for å motvirke disse, å bygge opp sin egen kompetanse i samisk språk og kultur med sikte på å utvikle et rehabiliteringsopplegg som er funksjonelt for den funksjonshemmede.

Jo sterkere grad av egenkontroll og deltagelse som legges inn i rehabiliteringsopplegget, jo mer vil man motvirke utviklingen av en «funksjonshemmet identitet». Av den følger ofte et fenomen som fremtrer som arbeidsvegring, og som ofte egentlig dreier seg om manglende innsikt i egne ressurser og i dårlige muligheter for tilrettelegging av arbeidsforhold. Det har lenge vært et tema for diskusjon at attføringstjenesten, trygdelovgivningen og arbeidsmarkedspolitikken er lagt dårlig til rette for at funksjonshemmede skal kunne ta arbeid f.eks. ved å kombinere trygdeytelser og lønnsarbeid. Det ville bl.a. kunne gjøre det lettere for funksjonshemmede å leve i pakt med samfunnets plikter, rettigheter og sosiale konvensjoner. Funksjonshemmedes likeverdige rettigheter og plikter er også understreket i lovgivningen. Dette gjelder skole-, helse-, trygde- og arbeidslovgivningen, der integrering og sosial deltakelse er overordnede målsettinger, og er særlig uttrykt i St.meld. nr. 23 (1977—78) Funksjonshemmede i samfunnet. Yrkesmessig attføring eller rehabilitering innebærer generell arbeidstrening kombinert med utvelgelsen av arbeidsplasser som er tilpasset behovet for arbeidstrening.

Individets mål er å mestre nødvendige og relevante funksjoner. Samfunnets mål er å redusere konsekvensene av funksjonshemming, bl.a. å redusere antallet langtidssykemeldte og tallet på uføretrygdede. Det er rehabiliteringsgevinster å hente fra en praktisk tilrettelegging av forholdene både på arbeidsplassen og i dagliglivet. Et godt rehabiliteringstilbud vil også redusere utgifter for helse- og sosialstaten. I den grad rehabilitering tar sikte på å unngå forventede negative konsekvenser av funksjonshemmingen, så er rehabiliteringsarbeidet også forebyggende.

En god rehabiliteringsprosess er avhengig av et godt samarbeid mellom forskjellige sektorer og nivåer. Tiltakskjedepriippet er innført i rehabiliteringsarbeidet. En tiltakskjede er serien av tiltak overfor den enkelte bruker fra rehabiliteringsbehovet oppstår, og så lenge det behov for oppfølgningstiltak fra helsevesenet og andre instanser. Det involverer både kommune- fylkes- og regionnivået i prosessen, og skal sikre samordning av tiltakene og flyt i informasjonen mellom de forskjellige nivåer.

9.4 KULTURBETINGEDE BEGRENSNINGER I REHABILITERINGSPROSESSEN. ET EKSEMPEL

I samiske områder har man gjort endel erfaringer med hvordan rehabiliteringsprosessen fungerer for forskjellige grupper av samiske funksjonshemmede. Det er ikke mye av disse erfaringene som er summert opp og nedfelt skriftlig, men det er holdpunkter for å si at sosiale og kulturbetingede forhold kan være avgjørende for forløpet av en rehabiliteringsprosess.

En studentoppgave (case-study) tar for seg hvordan rehabiliteringsprosessen har fungert for noen samiskspråklige familier med funksjonshemmede barn. Den viser at manglende språklig og kulturell kunnskap hos fagpersonell kan virke begrensende på rehabiliteringsprosessen. Undersøkelsen prøver å si noe om hvordan språklige og kulturelle forskjeller kan ha innvirket på samarbeidet om barna, og fokuserer på betydningen av kommunikasjon og språklige og kulturelle forhold i rehabiliteringsprosessen, med særlig vekt på kommunikasjon i fysioterapibehandlingen.

Det ble avdekket barrierer i samhandlingen mellom de samiske familiene og det norske helsevesenet. Barna hadde fått behandling hos norsktalende fysioterapeuter, og foreldrene hadde kommunisert med helsevesenet på norsk. Dette hadde gjort at informasjonen ikke alltid ble forstått, og at det oppsto misforståelser. Foreldrene hadde ikke forstått all informasjon, og hva som ble forventet av dem. Selv om de syntes at de ikke hadde fått tilfredsstillende informasjon om sine funksjonshemmede barn, hadde de vanskeligheter med å ta kontakt med helsevesenet. Familiene hadde ikke vært klar over at de kunne ha innvirkning på fysioterapibehandlingen. De mente at de hadde fått for lite informasjon, og at de ikke var blitt delaktig verken i behandlingsopplegg eller oppfølging. De hadde fortsatt en mengde ubesvarte spørsmål angående diagnose, barnets funksjonsforstyrrelse og forløp, rettigheter og veiledning. Språkproblemer hadde en sterk innvirkning på kommunikasjonen mellom familiene og terapeutene. Foreldrene ga uttrykk for fortvilelse, når de tenkte på at en annen opptrening og behandling av barna fra de var små, kunne bidratt til en bedre funksjon i dag. Med god veiledning, informasjon og oppfølging ønsket de også selv å gjøre en innsats for sine barn: «Sikkert kunne vi ha deltatt i behandlingen, hvis vi hadde visst hva og hvordan vi skulle gjøre det.»

For noen av barna hadde det vært avbrudd i fysioterapi behandlingen. Ikke alle foreldrene visste hvorfor fysioterapi-behandlingen for deres funksjonshemmede barn var blitt avbrutt, eller hvorfor det var dårlig kontinuitet i oppfølgingen av treningsoppleggene. Dette må ses i forhold til en generell dårlig fysioterapidekning i kommunene, og særlig mangel på fysioterapeuter som jobber med barn. Det viste seg imidlertid at i flere tilfeller hadde årsakene vært språkproblemer og kommunikasjonssvikt mellom barn og terapeut. Grunnene til dette kan være flere, men man kan ikke se bort fra at norsktalende fysioterapeuter kan være tilbøyelig til å distansere seg fra behandlingen når kommunikasjonsproblemene med barna og familiene blir for omfattende. I fysioterapien er anamnesen, eller sykehistorien, en viktig del av behandlingen. Den varer så lenge behandlingen pågår ved at terapeuten er avhengig av stadig ny informasjon gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon.

Familiene hadde også hatt opphold på institusjoner utenfor kommunen. Et par foreldre ga uttrykk for at de visste lite om hvorfor de var på disse institusjonene, og hva som skulle skje der, selv om de stolte på at det var bra for barna. Foreldre opplevde det også som problematisk at de måtte reise ut av kommunen. Særlig for aleneforsørgerne var dette vanskelig. Å reise bort sammen med barnet innebar både praktiske vanskeligheter og problemer knyttet til at det funksjonshemmede barnet ble tatt ut av sitt vante miljø. En av respondentene fortalte at barnet ble «helt umulig» når bare norsktalende var til stede. Barnet var vant til at det kun ble snakket samisk til daglig, og reagerte med å protestere på alt. Det kunne også være et problem å få barna til å spise den maten som var laget på institusjonen. Noen hadde også problemer med å dekke oppholdet for den fysioterapeuten som var med, og som derfor måtte reise hjem etter noen få dager.

Språklige og kulturelle forskjeller kan således ha stor innvirkning på fysioterapibehandlingen for funksjonshemmede barn, og for familienes møte med helsevesenet. Likeledes kan de samme forskjeller føre til omfattende problemer når samisktalende funksjonshemmede barn blir sendt til behandlingsopphold utenfor kommunen hvor det ikke er samisk språk- og kulturkompetanse.

Eksemplet illustrerer at kulturelle forskjeller krever ekstra tid til observasjon og samspill med barna, til informasjon og samtaler, og til tolking av samhandlingssprosessen. Det å ta seg tid er vanskelig både for fysioterapeuter og andre i arbeidssituasjonen, men eksempler som dette formidler at det er nødvendig. Bedre arbeidsbetingelser med bedre tid og økt kjennskap til samisk språk og kultur hos fagper-

sonell i samiske områder kan lette samhandlingen, og gi de samiske funksjonshemmede større muligheter til egenkontroll i rehabiliteringsprosessen.

9.5 REHABILITERING I KOMMUNEHELSETJENESTEN

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982, §1—3 pålegger kommunene å organisere og drive medisinsk rehabilitering som en av sine hovedoppgaver på linje med kommunehelsetjenestens øvrige oppgaver. Kommunen har «basisansvar» for medisinsk rehabilitering, selv om rehabiliteringsarbeidet i kommunene varierer med både med hensyn til ressurser og organisering.

Rehabilitering i kommunehelsetjenesten er preget av at prosessen i hovedsak foregår i og er knyttet til folks hjemmetilværelse og dagligliv. De fleste instanser i kommunens helse- og sosialtjeneste møter personer med rehabiliteringsbehov, og er på ulike måter engasjert i rehabiliteringsarbeidet. Flere faggrupper og etater må involveres, og samarbeid og samordning må organiseres. Kommunehelsetjenesten har som oppgave å være pådriver og koordinator i rehabiliteringsprosessen. Organiseringen av rehabiliteringsvirksomheten i kommunene foregår på to nivåer. Det dreier seg om organisering av arbeidet med rehabilitering i selve kommunehelsetjenesten, og om organisering av rehabiliteringsprosessen rundt den enkelte bruker.

Kommunene har som oppgave å identifisere behov for medisinsk rehabilitering. Det innebærer å identifisere og følge opp personer med skade eller sykdom som kan føre til funksjonshemming, og å planlegge og gjennomføre nødvendige tiltak for disse. Det kan være å finne fram til tiltak av miljømessig og teknisk karakter som kan forebygge problemer, slik som tilrettelegging av bolig, og gjøre livssituasjonen lettest mulig for den funksjonshemmede. Det vil si ansvar for å prioritere ressurser, plassere ansvar og tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid innen kommunen og mellom forvaltningsnivåene, samt å koordinere tiltak og sørge for kontinuitet i det medisinske rehabiliteringsopplegget. Dette innebærer et grunnleggende ansvar for hele rehabiliteringsprosessen. Det forutsetter en bred kunnskap om og forståelse for den funksjonshemmedes situasjon, som også inkluderer lokale kulturelle og sosiale konvensjoner, ikke minst der rehabiliteringen skal omfatte bedring av den sosiale funksjonsevnen og oppbygging av et sosialt kontaktnett. Et annet viktig element er oppfølging og kontinuitet over tid. Dette er spesielt viktig i «livsfaseovergangene», slik som overgang fra skole til yrkesliv, eller fra foreldrehjem eller institusjon til egen bolig. En godt organisert rehabiliteringstjeneste bør sikre at potensielle brukere blir oppfanget av systemet på et tidlig tidspunkt, og at brukere som mottar tilbud fra flere faggrupper, etater og nivåer i helsetjenesten får samordnet disse tilbudene med tanke på felles mål og fordeling av ansvar og oppgaver.

I de kommuner som hører inn under forvaltningsområdet for Samelovens språkregler må det arbeides for å gjennomføre den likestilling mellom samisk og norsk språk som følger av Samelovens kapittel 3, og som særlig er uttrykt i §3—3 «Rett til svar på samisk» og §3—5 «Utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren». Hovedformålet her er å sikre forståelse i samhandlingssituasjonen mellom helse- og sosialvesenet og den samiske pasient og klient, og er i utgangspunktet tenkt som minimumsrettigheter for samisktalende. Bestemmelsen i §3—5 om å ivareta egne interesser, bør også omfatte informasjon på samisk til pårørende. Dette støttes også av legelovens informasjonsbestemmelser. Det følger av Sameloven at også kommuner utenom språklovens forvaltningsområde bør ta hensyn til samisk språk- og kulturbakgrunn på en slik måte at samhandlingssituasjonen sikres, og rehabiliteringsarbeidet kan drives på en forsvarlig måte, slik det pålegges gjennom Lov om helsetjenesten i kommunen.

Ansvar for at det finnes et medisinsk rehabiliteringstilbud i kommunen, ligger hos helse- og sosialetaten. Ansvar for kan delegeres til en av etatene eller knyttes opp til spesifiserte stillinger, f.eks. kommunelegen, i tråd med lov om helsetjenesten i kommunen. Oppgaver innen medisinsk rehabilitering i kommunen vil ha karakter av samordning. Det vil bl.a. være å motta henvendelser, registrere og vurdere behov, sørge for at det organiseres tilbud til den enkelte bruker, utarbeide planer for medisinsk rehabilitering, forestå kompetanseutvikling og opplæring, være kontaktinstans for 2. og 3. linjetjenesten, og ha budsjettansvar.

Kommunenes rehabiliteringsarbeid organiseres på mange måter. Noen kommuner velger å utvikle tverrfaglig team etter mønster av fylkeskommunene, bestående av de fagpersoner som arbeider med rehabilitering i kommunen. De har ofte en fast «kjerne», og suppleres med annet fagpersonell etter behov. Teamet må kunne gi råd i enkeltsaker og bistå i vurdering av rehabiliteringspotensiale, utarbeidelse av rehabiliteringsplan for enkeltklienter og henvisning til andrelinjetjenesten ved behov. For brukere med behov for tverrfaglige tiltak over tid, kan det være aktuelt å opprette ansvarsgruppe bestående av de fagpersoner som har mest behandlingskontakt med brukeren, i tillegg til brukeren selv og pårørende. Brukere med sammensatte behov og behov for tilbud fra flere etater og nivåer i og utenfor helsetjenesten, bør få tilbud om en kontaktperson. Kontaktpersonen skal fungere som et kontaktledd mellom brukeren og behandlingsapparatet. Flere forhold bestemmer utviklingen av kommunenes rehabiliteringstjeneste. Det er geografi, kommunestørrelse, intern organisering av tjenestene, og personellsituasjonen.

Leger, sykepleiere og fysioterapeuter utgjør ifølge lov om helsetjenesten i kommunene basispersonellet i kommunehelsetjenesten. I rehabilitering er det stort behov også for andre faggruppers kompetanse og tjenester. Særlig fysioterapeuter og ergoterapeuter er yrkesgrupper som har funksjonsvurdering, trening og rehabilitering som viktige elementer i sin virksomhet. Fysioterapeuter og ergoterapeuter er knappe ressurser i flere kommuner. Flere steder praktiseres interkommunalt samarbeid for bedre bruk av ressurser.

Etter lov om helsetjenesten i kommunene §6—1 har alle kommuner plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. Dette gjelder også innen rehabilitering. Hver yrkesgruppe må gis mulighet til å oppdatere sin fagkunnskap på «sine» spesialområder, enten i form av opplæring internt og med flere faggrupper sammen, eller i form av kurs, møter, seminar, eller i samarbeid om konkrete kasus. Hver yrkesgruppe må være oppdatert på sine felter, og det må tilstrebes en felles basiskunnskap for å lette samarbeidet i rehabiliteringen. Den etaten som har ansvar for å organisere rehabiliteringsarbeidet i kommunen må gis muligheter til å veilede andre deler av kommunehelsetjenesten. De tverrfaglige rehabiliteringsteam på fylkesnivå skal blant annet ha ansvar for å gi råd og bistå med kunnskapsutvikling i kommunehelsetjenesten. Supplerende fagkunnskap kan også hentes hos andre etater i kommunen.

9.6 EKSEMPEL PÅ BEHOV I 1. LINJETJENESTEN I ET FYLKE MED SAMISK BEFOLKNING

Våren 1992 ble det foretatt en spørreundersøkelse i kommuner i Finnmark med samisk befolkning om behovet for bistand fra spesialisthelsetjenesten i arbeidet med funksjonshemmede. Instansene som ble kontaktet var PP-kontorene, sosialkontorene, helsesøstre og koordinatorene i arbeidet med funksjonshemmede. Selv om de fleste samer bor i Finnmark, så kan resultatene være symptomatisk for behov hos 1. linjetjenesten også i andre fylker med samisk befolkning.

Undersøkelsen viste at 1. linjetjenesten opplevde at de hadde behov for bistand i klientsaker, og hadde klienter de ønsket å henvise eller hadde henvist. Instansene ønsket særlig å bruke spesialisthelsetjenesten i forhold til diagnostiserings- og utredningsoppgaver, i arbeidet med psykisk utviklingshemmede med utagering og psykiske problemer, samt krisearbeid i familier med funksjonshemmede. Samtlige instanser mente de hadde behov for direkte veiledning i saker de arbeidet med. De opplevde sakene som tunge, og mange følte seg usikre og for lite kompetente.

De følte stort behov for kompetanseoppbygging i form av opplæring i bl.a.:

- målrettet miljøarbeid
- funksjonshemmedes særskilte behov
- hvordan arbeide med psykisk utviklingshemmede med psykiske problemer
- holdningsbearbeiding i forhold til skole/barnehage
- familiearbeid i forhold til familier med funksjonshemmede
- autisme
- atferdsterapi som metode, samt andre metoder
- rettssikkerhet
- barn med sansedefekter.

Man mente det var behov både for grunnkurs for nytt personale og videregående kurs for de som allerede hadde erfaring og kunnskaper. Man ønsket både større fylkesvise eller regionale kurs, og mindre lokale kurs. Det siste ble vurdert som spesielt viktig og hensiktsmessig.

Samtlige instanser understreket nødvendigheten av en habiliteringstjeneste med kompetanse i samisk språk og kultur. De opplevde at de eksisterende teamene ikke kunne ivareta dette. Flere hadde vansker med å bruke dem i forhold til samisktalende familier. De mente at samiskspråklige fagfolk var en viktig ressurs bl.a. fordi bruk av språket og kunnskap om kulturen ga trygghet og skapte tillit hos familier som ofte følte seg lite ivaretatt av hjelpeapparatet. Flere instanser poengterte betydningen av en mest mulig desentralisert 2. linjetjeneste med fagfolkene nærmest mulig brukerne. De mente også at habiliteringstjenesten for barn og voksne overlappet hverandre, og at ett team med fordel kunne ivareta alle aldersgrupper. Samtlige kommuner uttrykte ønske om et samiskspråklig habiliteringsteam.

9.7 REHABILITERING I DEN FYLKESKOMMUNALE HELSETJENESTEN

En viktig del av rehabiliteringsarbeidet krever spesialkompetanse, og må utføres av spesialisthelsetjenesten. Fylkeskommunens ansvar for å yte spesialisthelsetjenester ifølge sykehusloven og lov om psykisk helsevern omfatter derfor også rehabilitering.

I St.meld. nr. 67 (1986—87), ansvar for tiltak og tenester for psykisk utviklingshemmede, og St.meld. nr. 41 (1987—88) Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal Helseplan, er fylkeskommunens ansvar for habilitering og rehabilitering beskrevet. Reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming ble gjennomført i 1991. På samme tid opphørte HVPU som særomsorg. Intensjonen med reformen var at særomsorgen skulle opphøre, og at psykisk utviklingshemmede skulle få tilbud på linje med andre funksjonshemmede. Kommunen fikk primæransvar for tilbud til de psykisk utviklingshemmede. I St. meld. nr. 47 (1989 — 90) slås det fast at fylkeskommunen fortsatt skal være ansvarlig for spesialistjenester til psykisk utviklingshemmede.

I Sosialdepartementets rundskriv om retningslinjer for det fylkeskommunale ansvaret overfor psykisk utviklingshemmede (rundskriv I—45/89 og 61/89) presi-

seres det at fylkeskommunen har ansvaret for diagnostikk/ utredning, habillitering/rehabilitering, behandling, opplæring og veiledning til brukere, pårørende og kommunalt personell. Rundskrivnet legger vekt på oppfølging og kontinuitet i bistanden til den enkelte pasient, og på behovet for faglig samarbeid mellom de forskjellige deler av helsetjenesten.

Under organisering av spesialisthelsetjenesten i forbindelse med ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede, ble det i mange fylker opprettet habiliterings-team både for barn og voksne. Tradisjonene for habilitering og rehabilitering i forhold til barn og voksne er forskjellige, og varierer også fra fylkeskommune til fylkeskommune.

I NOU 1991:7 Spesialisthelsetjenesten m.m. ble utkast til ny lov om spesialisthelsetjenesten lagt fram. Det forutsettes at ny lov skal utdype sykehusloven og lov om psykisk helsevern. I lovforslaget er helsetjenestens mål listet opp i fem punkter i §1—2. Her heter det bl.a. at staten og fylkeskommunen særlig skal fremme folkehelsen og motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjons-hemming ved forebygging, undersøkelse, behandling, habilitering, rehabilitering, pleie og omsorg. Lovutkastets §7—5 omtaler også fylkeskommunens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Merknadene nevner blant annet rehabilitering som et aktuelt område for lovfestet rådgivnings-, veilednings- og opplysningsplikt for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Fylkeshelsetjenestens rehabiliteringstilbud er i dag ulikt dimensjonert og organisert i fylkene. Fylkeshelsetjenestens oppgaver i rehabiliteringsprosessen kan sammenfattes slik:

- Avdelingsvis og spesialisert rehabilitering av innlagte pasienter.
- Vurdering av rehabiliteringspotensialet hos henviste pasienter.
- Delta i utarbeidelsen av individuelle rehabiliteringsplaner.
- Veiledning til kommunehelsetjenesten.
- Undervisning og kompetanseoppbygging både i den fylkeskommunale og den kommunale helsetjenesten.
- Forskning og utviklingsarbeid.

Arbeidet med rehabilitering i den fylkeskommunale helsetjenesten skjer i sykehuse, i egne opptreningsinstitusjoner, eller i egne habiliteringsteam. De vanligste brukergruppene er pasienter med gjennomgått hjerneslag, multitraumer, hodeskader, ryggmargsskader, enkelte nevrologiske og ortopediske sykdommer, postpolio-syndrom, ryggpasienter med spesielle nevrologiske eller psykososiale problemstillinger, funksjonshemmede ungdommer som går ut av habiliteringsfasen, andre sterkt fysisk funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede.

Fylkeskommunens rehabiliteringsarbeid skjer både i sykehusets ordinære avdelinger, i habiliteringsenheter, og som utadrettet virksomhet i teamene. Det skjer både poliklinisk i og utenfor sykehuse, og i egne opptreningsinstitusjoner. Det er avgjørende at de ulike tilbudene er samordnet, og oppleves som sammenhengende for brukerne. Ansvars- og oppgavefordelingen bør beskrives i fylkeskommunens habiliteringsplaner, såvel som samarbeidet med kommunehelsetjenesten og andre etater.

Habiliteringsteam

Et habiliteringsteam er anbefalt å ha tilknyttet fagkompetanse i hel eller delstilling. Det er vanligvis pediater, psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, vernepleier, spesialpedagog, logoped, nevrolog, evt. andre legespesialister på konsulentbasis. Teamet skal også være et bindeledd mellom første-, andre- og tredjelinjetje-

nesten ved å bidra til tilrettelegging av opplegg i forbindelse med utskrivning, og ved å gi råd og veiledning til kommunehelsetjenesten. Generelt skal teamet ha et spesielt ansvar for at tiltakskjedeprinsippet følges, slik at «gråsoneproblemer» mellom nivåer i helsetjenesten kan løses.

Teamene skal gi tilbud til alle brukergrupper, og det må være fleksibilitet i arbeidet i teamet. Det anbefales en viss «ansvarsdeling» i teamet ved at personer spesialisere seg på og har hovedansvar for bestemte oppgaver.

Behovet for spesiell kompetanse må dekkes gjennom styrking av teamet i den enkelte situasjon. Det innebærer at man trekker veksler på forskjellige ressurspersoner, at flere er formelt knyttet til teamet på deltid, eller at teammedlemmene øremerkes for denne oppgaven i en viss del av sin stilling.

Teamet skal medvirke til at behov for rehabiliteringstiltak oppdages. Dette gjelder både i kommunehelsetjenesten og i sykehus. Spesielt gjelder det de grupper av funksjonshemmede som kan forventes å ha størst vanskeligheter med selv å sørge for at behovene avdekkes.

Av andre oppgaver for teamet kan nevnes:

- Teamet må ha en utadvent arbeidsform.
- Teamet skal medvirke til at det iverksettes nødvendige rehabiliteringstiltak, og at disse er godt koordinert.
- Teamet må kunne formidle informasjon om aktuelle tilbud i forhold til enkeltpasienter. Teamet må derfor ha oversikt over de ulike tilbudene hvor de finnes, og kunne vurdere og formidle disse i henhold til språklige og kulturelle forutsetninger.
- Teamet må følge opp tidligere tiltak og medvirke til at varig funksjonshemmede ikke «faller ut» av helsetjenesten.
- Teamet skal drive holdningspåvirkning og kompetanseoppbygging, både i første- og andrelinjetjenesten. Teamet skal fremme interesse for rehabilitering hos alle samarbeidspartnere, og eventuelt tilby eller medvirke til at opplæring gjennomføres. Her bør man utgå fra de behovene man allerede kjenner til i første linjetjenesten i samiske kommuner. Det kan utvikles et «samisk konsept» til bruk i samiske områder også der det ikke er egne samiske team.
- Teamet må ha en fast «adresse» som bekjentgjøres for aktuelle samarbeidspartnere og brukere. Teamet bør ha fast telefontid.
- Teamet bør ivareta hensynet til familie og pårørende i rehabiliteringen, evt. ta inn hele familier til veiledning.

Ved noen sentralsykehus er det opprettet egne avdelinger for medisinsk etterbehandling. Sykehusavdelingene vil kunne ivareta spesielle rehabiliteringshensyn, f.eks. hos pasienter som har funksjonsproblemer med særlig behov for tverrfaglig innsats og spesielle rehabiliteringsrettede tiltak. Her vil det være aktuelt både med lengre rehabiliteringsopphold, vurderingsopphold med kartlegging av rehabiliteringspotensiale og utarbeidelse av forslag til rehabiliteringsplan, problemløsningsopphold der definerte problemstillinger blir vurdert, og samarbeid, herunder rådgivning/veiledning til andre helsetjenestnivåer, og samarbeid med habiliteringsteamene. Det brukes også egne institusjoner for slik virksomhet, f.eks. opptreningsinstitusjoner.

Teamet bør likeledes sikres veiledning om den funksjonshemmede, og bør kunne trekkes inn i sykehus eller opptreningsinstitusjoner der det er behov for det.

Om regionalisering av habiliteringstjenesten i Finnmark

Ettersom de fleste samiskspråklige funksjonshemmede bor i Finnmark, og 5 av de 6 kommunene i forvaltningsområdet for samelovens språkregler ligger i Finnmark, så har utvalget funnet det naturlig å gå nærmere inn på forholdene i Finnmark.

Finnmark fylkeskommune ved Fylkeshelsejefen utarbeidet en plan for spesialisthelsestjenesten for funksjonshemmede. Man mente å ha funnet fram til en modell i tråd med departementets retningslinjer og det ideologiske grunnlaget for HVPU-reformen om en tilnærmet normalisert tilværelse for funksjonshemmede, under forutsetning av opprettholdelse av det faglige nivået på tjenestene. Til sammen vedtok fylkeskommunen å opprette 15 stillinger som styrking av det fylkeskommunale helsevesen i forbindelse med HVPU-reformen.

Det ble bl.a. lagt opp til tre barne- og tre voksenhabiliterings- team i fylket med hovedansvar for oppfølging av klienter i hver region. Dette innebar at den ambuleringende polikliniske tjenesten skulle regionaliseres med ett voksen- og ett barnehabiliteringsteam i hver region i Finnmark, dvs. i henholdsvis øst-, midt(indre)- og vest- Finnmark. De psykiatriske poliklinikkene skulle være tilknytning for teamene. Voksenspsykiatrisk Poliklinikk i Lakselv skulle yte tjenester til voksenhabilitering i midt- og indre Finnmark, inkludert psykolog- og psykiatritjenester og helse- og sosialfaglige tjenester. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok var tenkt å yte tjenester til barnehabilitering i Finnmark til de som ønsket slike tjenester innenfor en samisk kulturramme, samt yte rehabiliterings-tjenester i samarbeid med Porsanger Helsetun til voksne som ønsket det innenfor en slik ramme.

Det ble vedtatt å styrke midt- og indre Finnmark med 3 stillinger, henholdsvis med 1 stilling til BUP, Karasjok, 1 stilling til Voksenspsykiatrisk poliklinikk, Lakselv, og 1 stilling til Porsanger helsetun, Lakselv. Fylkesrådmannen forutsatte dengang at det ved tilsetting i stillingene i midt- og indre Finnmark ble tatt hensyn til at en overveiende del av befolkningen er samisktalende.

I forbindelse med behandlingen av planen for spesialist- helsetjenster i september 1990, uttalte Fylkestinget bl.a. at man ønsket en tjeneste som er i stand til å ivareta det samiske og finske kulturaspektet ved behandlingen av pasienter, og man ønsket en oppfølging av klientene og familien og pårørende i deres nærmiljø av tverrfaglige regionale team.

Disse intensjonene bekreftes i Finnmark fylkeskommunes plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning (1991), hvor det bl.a. står i kap. 5 om spesialisthelsetjenesten for funksjonshemmede at eventuelle ambuleringende habiliterings/ rehabiliteringsteam som opprettes med base i sykehusene og psykiatrisk avdeling ved Porsanger helsetun, må søkes bemannet også med samisktalende fagpersoner. Det understrekes at bemanningsmessig styrking av de psykiatriske poliklinikkene bør så langt det er mulig skje med samisktalende fagpersoner.

Finnmark fylkeskommune har imidlertid utarbeidet et forslag til revidert plan for «Spesialisttjenesten for funksjonshemmede» hvor det bl.a. står: «Spesialisttjenestens hovedbaser er barnehabiliteringsteamet på Hammerfest sykehus, og voksenhabiliteringsteamet på Kirkenes sykehus. Begge har hele fylket som arbeidsområde.» Denne planen er såvidt utvalget erfarer ikke sendt til høring, men det er slik situasjonen er i dag. Pr. 1.1.1991 var stillingen ved VVP Lakselv besatt av en samisktalende fagperson med lang erfaring fra tidligere HVPU, det samme var stillingen ved BUP Karasjok. Stillingen ved VVP Lakselv har vært ubesatt fra 1.10.1991. Det er spørsmål om stillingshjæmmel lenger finnes ved VVP Lakselv. Dette innebærer altså at tjenesten i dag ikke er regionalisert slik det er forutsatt i den opprinnelige planen, og at kulturaspektet ikke ivaretas i rehab.prosessen som forutsatt.

9.8 REHABILITERING PÅ REGIONNIVÅ

Ved problemstillinger som er så sjeldne eller så sammensatte at den spesialiserte rehabiliteringstjenesten i fylket ikke har tilstrekkelig kompetanse, er det aktuelt med henvisning til spesialinstitusjoner på høyere nivå, dvs. til regionhelsetjenesten.

Rehabiliteringstilbudet på regionnivå skal fungere som kompetansebase for 1. og 2. linjetjenesten i tillegg til å gi tilbud til pasienter med så sjeldne eller sammensatte behov at 2. linjenivået ikke kan forutsettes å ha den nødvendige kompetanse eller bredde i erfaring. Oppgavene er høyt spesialisert behandling og rehabilitering, undervisning og forskning. Enkelte små grupper av funksjonshemmede og mennesker med spesielle og sjeldne sykdommer kan ha et behov for høyt spesialisert rehabilitering.

Rehabiliteringsavdelinger ved regionsykehus skal arbeide innen pasientrettede (kliniske) oppgaver, undervisning og forskning. Den må dessuten ivareta regionoppgaver i tillegg til sentralsykehusoppgaver. Rehabiliteringsnivået bestemmes av problemets kompleksitet, frekvens og den kompetanse som kreves for å løse problemet. Med utgangspunkt i dette er det i Nasjonal Helseplan pekt på at de grupper som skal ha rehabiliteringstilbud på regionnivå er ryggmargsskadde, pasienter med større hodeskader og visse slagpasienter.

Enkelte oppgaver krever avansert medisinsk/teknisk utstyr, og vil oftest være en regionsykehusoppgave. Når det gjelder pasienter med sjeldne og kompliserte funksjonshemminger, er klinisk arbeidsfysiologisk vurdering med hensyn til rehabilitering en oppgave som foreløpig vil måtte foregå på regionnivå. Utprøving av og opplæring i bruk av formidling og sjeldne kompliserte tekniske hjelpemidler skjer også stort sett ved regionsykehus. Det gjelder også avanserte hjelpemidler basert på informasjonsteknologi. Her er det såvidt utvalget erfarer lite utredet hvorvidt samiske pasienter har spesielle behov.

Noen pasienter vil trenge bistand fra høyspesialisert kompetanse fra funksjonshemningen oppstår og gjennom hele rehabiliteringsfasen. Oppfølgings- og kontrolloppgavene vil etter hvert kunne overtas av 2.- og 1. linjetjenesten hos de fleste av disse pasientene. Erfaringene fra regionsykehusoppholdet kan overføres ved at personale fra kommunehelsetjenesten eller fylkets rehabiliteringsavdeling eller rehabiliteringsteam reiser til regionavdelingen for rådgivning. Andre ganger kan personale fra regionavdelingen reise ut. Arbeidet med overføring av rehabiliteringspasienter mellom nivåene, inkludert rådgivning og veiledning, er en viktig del av rehabiliteringsarbeidet.

Regionavdelingene medvirker i undervisnings- og opplæringsarbeidet. Det gjelder:

- praksisrettet grunnutdanning.
- videre- og etterutdanning
- utarbeiding og formidling av rehabiliteringsprogrammer.

Undervisningen kan gis dels til de enkelte faggruppene, eventuelt i tverrfaglige fora der pasientenes rehabiliteringsbehov og tiltak fra ulike faggrupper kan ses under ett. Her er det muligheter for å finne fram til relevante emner som kan belyse samiske forhold, f.eks. situasjonen til samisktalende eldre i sykehus.

9.9 LANDSDEKKENDE REHABILITERINGSOPPGAVER

Det er en statlig oppgave å sikre ekspertise og behandlingsskapitet for pasienter med sjeldne sykdommer og funksjonshemminger. Dette kan skje i form av nasjonale kompetansesentra for noen av disse gruppene. På denne måten hindrer man oppbygging av en medisinsk ekspertise som det i utgangspunktet ikke er pasient-

grunnlag for å etablere flere steder i Norge. Slike kompetansesentra skal ikke bare ivareta medisinske behov, men også yte pedagogiske og sosialmedisinske tjenester. Helsepersonell og andre faggrupper får i liten grad erfaring med små grupper funksjonshemmede. De nasjonale sentra må derfor samarbeide med det lokale hjelpeapparatet.

Allerede i dag finnes det miljøer som har stor erfaring og kunnskap i forhold til små grupper funksjonshemmede. Endel eksempler kan nevnes. Frambu Helsecenter arrangerer kurs for ulike små grupper funksjonshemmede. Institutt for blødere i Oslo har en særskilt kompetanse. Skådalen skole i Oslo har særlig kompetanse i forhold til døvblindfødte barn og unge, mens Hjemmet for døve i Andebu har kompetanse i forhold til døvblindfødte voksne. Statens sentralteam for døvblinde registrerer og har veiledningsoppgaver i forhold til døvblinde. Nevnes bør også Kontoret for Huntingtons sykdom ved Rikshospitalet, dysmeliteamet ved Sophies Minde, Berg gård med sentralinstitutt for habilitering har tilbud bl.a. til personer med Duchennes muskeldystrofi og barn og unge med ryggmargsbrokk. Det arbeides med hensiktsmessige modeller for organisering av tilbud til andre små grupper funksjonshemmede.

Disse miljøene ligger langt fra de samiske bosettingsområdene, og de har ingen lovpålagt oppgave i å ivareta disse pasientgruppene på samisk språk. Man kan ikke regne med at alle samer skal ha utviklet tospråklighet samisk-norsk i tilstrekkelig grad til å få tilfredsstillende utbytte av tilbudene i disse miljøene.

9.10 GRUPPER MED ET SÆRSKILT BEHOV FOR ET SAMISKSPRÅKLIG REHABILITERINGSTILBUD

Samisk Legeforening har pekt på noen grupper som har særlig behov for et samisk språklig og kulturelt tilpasset rehabiliteringstilbud. Dette er tjenester som er landsdekkende, og som dermed ikke omfattes av Samelovens språkregler om betjening på samisk språk. Rehabilitering innenfor rammen av samisk språk og kultur vil kunne være vesentlig for å sikre den trygghet og tillit mellom behandler og pasient, og pasienter imellom, som vil kunne være avgjørende for en fungerende rehabiliteringsprosess for disse gruppene.

- Afasipasienter. Samiskspråklige pasienter som er rammet av afasi får i dag et utilstrekkelig rehabiliteringstilbud i norskspråklige institusjoner. Skade som har med tale og språk å gjøre, krever tiltak på pasientens eget morsmål dersom de skal lykkes.
- Hørselshemmede pasienter. Dette er også en gruppe pasienter, der språket er essensielt. Det bør kunne gis rehabiliteringstilbud både til barnegruppe og voksegruppe. Ofte dreier det seg om eldre pasienter og barn som begge er usikre i norsk språk, og som har store kommunikasjonsproblemer. Støtte og informasjon på samisk i forhold til sansedefekten og i forhold til spesielle hjelpemidler vil være en viktig del av oppholdet i tillegg til tilrettelagt trening i trygt miljø.
- Pasienter med lidelser i muskel-skjelettsystemet. Trening og rehabilitering for personer med lidelser i muskel-skjelettsystemet der tungt fysisk arbeid er en vesentlig årsaksfaktor gis i dag ved A/S Hernes Institutt. Tilbudet er landsdekkende, men kan ikke inkludere samiskspråklige. Særlig innen reindriften, men også innen andre samiske primærnæringer, er det etter Samisk Legeforenings erfaring et stort behov for rehabiliteringstilbud i forhold til lidelser i muskel-skjelettsystemet. En stor andel av den samiske befolkning er knyttet til primærnæringene, med arbeid under svært harde klimatiske forhold.
- Pasienter med sammensatte sosiale og helsemessige vansker. Erfaringer fra allmennmedisinen i samiske områder viser at det er en stor gruppe samiske pasi-

enter med diffuse kroppslige plager, som kan forstås som psykosomatisk betinget, og som har relasjon til pasientens sosiale situasjon. Denne gruppe pasienter har også svikt i sin arbeidstilpasning, og er svært krevende å rehabilitere, noe som forutsetter høy kompetanse hos behandlerne hva gjelder pasientens sosiale/kulturelle situasjon. For en samiskspråkelig pasient kreves behandlere som behersker språket og forstår pasientens virkelighet og tenkemåte. Samisk Legeforenings inntrykk er at denne gruppe pasienter vil øke ettersom presset mot samisk tradisjonell levemåte og samiske næringsveier øker.

9.11 YRKESRETTET REHABILITERING. NYE VEIER OG REHABILITERING OG ARBEIDSTRENING

Yrkesrettet rehabilitering

Yrkesrettet attføring eller rehabilitering har vært definert som «den virksomhet som spesielt tar sikte på å hjelpe funksjonshemmede til å skaffe seg arbeid og å beholde det». Hovedmålsettingen sikter mot tilpasning til et ordinært arbeidsforhold, ikke bare en eller annen form for aktivisering. Yrkesrettet rehabilitering foregår tildels samtidig med, og følger ofte etter en periode med medisinsk rehabilitering. Yrkesrettet rehabilitering omfatter en kartlegging av den funksjonshemmedes muligheter og begrensninger i forhold til en arbeidssituasjon. Kartleggingen skal munne ut i en konkret rehabiliteringsplan rettet mot tilpasning til arbeidslivet. Ansvaret for yrkesrettet rehabilitering er delt mellom Rikstrygdeverket og Arbeidsdirektoratet. Rikstrygdeverket administrerer folketrygdens ytelser til attføringshjelp, og Arbeidsdirektoratet administrerer og gjennomfører forskjellige typer arbeidsmarkedstiltak gjennom de lokale arbeidskontorer. Ifølge Helsedirektoratet er målene for rehabiliteringspolitikken:

- Innføring i eller tilbakeføring til ordinært arbeidsliv av yrkeshemmede som ikke har et arbeidsforhold.
- Hindre utstøting av personer som har et arbeidsforhold.
- Gi vernet sysselsetting til yrkeshemmede som ikke kan integreres i ordinært arbeidsliv.
- Aktuelle tiltak kan ifølge direktoratet være:
- Omskolering til annet eller bedre tilpasset yrke i forhold til funksjonshemmingen.
- Videre utdanning til arbeid med høyere grad av kvalifisering.
- Tilrettelegging av arbeidsplass tilpasset funksjonshemmede.
- Arbeidstrening for å bedre funksjon og arbeidsevne.
- Arbeid for å bedre motivasjon hos den yrkesvalghemmede og hos arbeidsgivere for å finne yrkesmessige løsninger.

Yrkesmessig rehabilitering og sysselsetting av yrkeshemmede er hovedsakelig knyttet til arbeidsmarkedspolitikken og i mindre grad til sosialpolitikken. Trygde-etaten, utdanningssystemet og sosialtjenesten har også en viktig rolle i rehabiliteringsarbeidet. Sosialkontoret er en viktig instans for å fange opp grupper som lett faller ut av arbeidslivet, f.eks. rusmiddelmissbrukere. Det har vært prøvd ulike modeller for tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i rehabiliteringsarbeidet. Endel kommuner og fylker med samisk befolkning arbeider med å prøve ut nye samarbeidsformer og nye typer tiltak som ifølge utvalgets oppfatning også vil kunne bygge inn hensynet til samisk språk og kulturbakgrunn hos den gruppen som skal integreres i ordinært arbeidsliv eller utdanning.

Nye veier i rehabilitering og arbeidstrenin

Utvalget finner det hensiktsmessig å gi en omtale av nye typer tiltak som er under utvikling eller gjennomføring innen yrkesrettet rehabilitering. Det varierer i hvilken grad prosjektene har samiske klienter som spesifikk målgruppe, eller tar særskilte hensyn til klienter med samisk språk og kulturbakgrunn. Dette er etter utvalgets oppfatning eksempler på prosjekter som ut fra målsetning og organisering bør kunne fungere konstruktivt i forhold til den samiske befolkningens særskilte forutsetninger. Det er hentet et eksempel fra hvert av de tre nordligste fylkene. Framstillingen av prosjektene står for utvalgets egen regning, og det er lagt størst vekt på målsetting og samarbeidsformer ved prosjektene.

9.11.1 Landbruket som ledd i rehabilitering, arbeidstrening og kvalifisering i Finnmark

I Finnmark er en ny type tiltak i forhold til næringssatsing og i tilknytning til landbruket, under utvikling. «Landbruket som ledd i rehabilitering, arbeidstrening og kvalifisering» er et prosjekt basert på tverretattlig samarbeid, og er et resultat av et initiativ fra Fylkeslandbrukskontoret i Finnmark som ledd i arbeidet for tilleggsnæringer i landbruket. Målet er å gi vernet bo- eller arbeidstilbud for kortere eller lengre tid, evt. som ledd i rehabilitering. Det gjelder særlig i første rekke barn og unge med adferdsvansker, rusmiddelbrukere og personer med varierende grad av fysisk eller psykisk lyte. Det er i første rekke tillagt helse- og sosialetat og arbeidsmarkedsetat å gi disse gruppene et tilfredsstillende tilbud og en meningsfylt tilværelse. Imidlertid synes det som om behovene blir store i forhold til dagens knappe ressurser. Landbrukets hovedoppgave har i første rekke vært å produsere mat. Utviklingen har ført til at disse oppgavene krever en stadig mindre del av landbrukets ressurser. Overproduksjon på enkelte områder har ført til at deler av bruk blir lagt ned, eller at driften må legges om. Det er mye å hente i et aktivt samarbeid mellom ulike etater og landbruket for å gi mennesker med spesielle behov et supplement til dagens tilbud. Imidlertid er det nødvendig å få grundig utredet endel forhold, ikke minst av avtalemessig art, og det bør settes i gang forsøks tiltak som kan gi erfaringer og vise vei. For å kunne oppnå de omfattende målene med prosjektet, vil det være naturlig å organisere gjennomføringen gjennom prosjektarbeid. Økt satsing på tverrsektorielt samarbeid for fellesbruk av ressurser vil på sikt kunne skape store positive ringvirkninger. Dette vil kunne skje både i form av en mer relevant og effektiv rehabilitering og arbeidstrening for flere grupper, bl.a. for mennesker med samisk språk og kulturbakgrunn, og i form av økt sysselsetting og trygging av bosettingen i Finnmark. For å drive jordbruk i Finnmark, har det vært nødvendig at en av partene i et familiebruk har vært ute i fast, lønnet arbeid. I Finnmark har det vist seg at svært mange og særlig kvinnene, er engasjert innen omsorgsyrker og innen pedagogisk virksomhet. Innen helse- og sosialsektoren og arbeidsmarkedsetaten er behovene store og ressursene knappe. Samtidig har landbruket behov for tilleggsnæringer. Med nytenkning kan disse behovene kombineres til å kunne gi et fruktbart samarbeid. Mål for et prosjekt må være å utvikle tilbud i landbruket for mennesker med behov for rehabilitering, arbeidstrening eller kvalifisering gjennom et nært samarbeid mellom arbeidsmarkedsetaten, helse- og sosialetaten og landbruksetaten. Man må utvikle og beskrive egnede driftsopplegg utifra brukeres behov, og det må utvikles modeller for samarbeid mellom plasserende institusjoner og landbruket. Det må foretas en kartlegging av behov for arbeidstilbud hos de forskjellige målgruppene. Det må videre arbeides med informasjon og motivasjon overfor aktuelle fagpersoner og overfor aktuelle brukere og etablerere. I den sammenheng kan det arrangeres kurs, studieturer, arbeides med kompetanseheving,

veiledning, med nettverksarbeid, opprettelse av støttegrupper m.m. I denne sammenheng kan det bygges inn særskilte hensyn til samisk språk- og kulturbakgrunn, og den nødvendige kompetanse kan utvikles. De samfunnsøkonomiske konsekvenser av tiltakene skal også gjennomgås. Dette skal skje ved at det beregnes kostnader pr. tilbud i prosjektet sett i forhold til de kostnader en har for alternative tilbud i området. Etter en gjennomføring av informasjons- og kartleggingsdelen skal man etter planen konsentrere seg om utvalgte bruk for å få til sikre etableringer og å bygge opp kompetanse og miljø rundt disse. En må også konsentrere arbeidet mot bruk som har et bruksapparat inntakt, slik at en ikke får nyetablering hvor alt må bygges opp fra grunnen. Det må også skje en utarbeiding av krav til vertskap, bruk og tilbud ut fra endel fastsatte kriterier:

- Vertskapet må bestå av personer hvor flere kan bidra med arbeidet, de bør ha kapasitet og være realistisk innstilt på oppgaven, og de bør være villige til å gjennomgå den nødvendige grunnopplæringen.
- Gården bør ikke ha for hardt driftsopplegg, og den bør ikke være for mekanisert. Det kan gjerne være allsidig drift, og prosjektet kan gjerne drives som samarbeidstiltak mellom flere gårder.
- Tilbudet forutsetter en organisert oppfølging og veiledning fra ansvarlige organer, opplæring, nettverksoppbygging, økonomisk godtgjøring/lønn som stimulerer vertskapet til å gjøre en god jobb.
- Målgruppen er mennesker med behov for rehabilitering, arbeidstrening eller kvalifisering. «Tunge» grupper innen f.eks. psykisk helsevern og rusmiddelomsorg bør nok i utgangspunktet holdes utenfor. En prosjektperiode bør være avgrenset til 3 år.

Prosjektlederen bør ha den direkte, daglige ledelsen av prosjektet i samsvar med fastsatte planer og mål. Prosjektleders tilknytning bør avgjøres for hvert prosjekt. Det bør vurderes en kombinert styrings- og støttegruppe med representanter fra de respektive faginstanser som kan være aktive medspillere for prosjektlederen. Det bør også utvikles et selvstendig opplegg for evaluering av prosjektet. Det er mye nybrottsarbeid, ikke minst med utarbeiding av opplegg og modeller.

9.11.2 Attføring, rehabilitering og arbeidstrening i Lavangen kommune i Troms

Helse- og sosialetaten i Lavangen kommune i Troms har i samarbeid med arbeidsmarkedsetaten under planlegging et 5-årig prosjekt — Attføring, rehabilitering, arbeidstrening. Prosjektet tar særlig sikte på å gi folk med samisk bakgrunn, som enten er arbeidsledige, under attføring eller i en annen liknende situasjon, et tilbud som er mer målrettet og tilrettelagt for den enkelte. Erfaringer hos helse- og sosialetaten har vist at de tiltak som har vært iverksatt gjennom arbeidsmarkedsetaten over flere år, ikke har maktet å gi den samiske befolkningen et tilfredsstillende tilbud. Tilbudene har ikke vært tilpasset samer, og arbeidsmarkedsetaten har ikke hatt transkulturell kompetanse. Mislykkede tiltak har for mange samer ført til ytterligere nederlag. Prosjektet forsøker å ta utgangspunkt i behovene hos den samiske befolkning i kommunen. Lavangen har en relativt stor andel samisk befolkning. Størstedelen av de som oppfatter seg selv som samer, bor i bygdene Spansdalen og Fossbakk. Langs Lavangsfjorden har det tradisjonelt bodd sjøsamer. Få av disse regner seg i dag som samer. Samene i Spansdalen og Fossbakk er for det meste etterkommere av svenske reindriftsamer, som ble bofaste for ca. 200 år siden i det som til da hadde vært deres eget sommerbeiteland. Omstillinga fra et nomadeliv til et liv som bofaste har vært vanskelig gjennom flere generasjoner. De beste jordbruksbyg-

dene langs fjorden var opptatt på det tidspunktet da disse samene ble bofaste. De var derfor henvist til å livberge seg i mer karrige områder i utmarkene. Fram til etter siste verdenskrig levde samene her i stor fattigdom. Spebarnsdødeligheten har vært stor. Slike samiske markebygder finnes i Sør-Troms og Ofoten, og omfatter en relativt stor del av den samiske befolkningen i disse områdene. Det samiske språket som brukes, tilhører Jukkasjarvi- dialekten fra Nord-Sverige. Språksituasjonen er også her et resultat av fornorskings- politikken. Det innebærer at de fleste samer under 40 år ikke har samisk som første språk, dvs. de bruker ikke språket aktivt, men har et passivt ordforråd. Flesteparten av de som er over 40 år har samisk som morsmål og bruker det daglig, mens de eldre over 60—70 år behersker norsk dårlig. Helse- og sosialetaten i Lavangen har gjort erfaringer med at problemene hos den samiske folkegruppen i kommunen i vesentlig grad er knyttet til identitet, selvfølelse og hvordan omgivelsene oppfatter og behandler samene. Samene hevder selv at de har opplevd diskriminerende og negative holdninger bl.a. i skolen og ellers hos den øvrige befolkningen. Dette er det vanskelig å vurdere. Det er mulig å registrere at samene har hatt liten sosial kontakt med den norske befolkning. Den begrenser seg kanskje til nødvendige ærender i butikken, posthuset og offentlige kontorer. Det har også vært svært lite inngåelse av ekteskap mellom den samiske og den norske befolkningen. Helse- og sosialetaten har også registrert at mange samer er gått ut av skolen med dårlige karakterer og en sterkt svekket selvfølelse, noe som har medført problemer senere i livet. Flere samer har i voksen alder gitt uttrykk for at de ble sett ned på og behandlet som mindreverdige i skolen. Dette indikerer at skolen ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til eller vist forståelse for barnas samiske språk- og kulturbakgrunn. Gjennom flere tiår har skolen produsert samiske tapere med lavt selvbilde og tapsfølelse. Mange av disse har ikke klart å tillpasse seg samfunnets krav. Relativt mange av disse blir boende hjemme hos sine aldrende foreldre, de har kun sporadiske arbeidsforhold, og føler seg «trygge» i hjembygda. Alkoholmisbruk er svært vanlig, og flere utvikler rusproblemer. Det er ikke uvanlig at disse uføretrygdes i ung alder. Et uforholdsmesig høyt antall er ungekarer med alkoholproblemer. Helse- og sosialetatens bekymring, og medvirkende årsak til at man ønsker å igangsette det prosjektet som her omtales, er at en av Lavangens nabokommuner har et narkotikaproblem under utvikling. Helse- og sosialetaten vurderer det slik at flere unger samiske tapere som allerede misbruker alkohol og som verken er i arbeid eller under utdanning, vil kunne rekrutteres til et narkotikamiljø. Flere samer har vanskeligheter med å klare seg i et arbeidsmiljø. De har gitt uttrykk for at de er blitt forskjellsbehandlet på arbeidsplassen fordi de er samer. Det har vært vanlig at samer fra disse områdene har arbeidet innen bygg- og anleggsvirksomhet. Det har vært en livssituasjon med mye pendling til ulike byer og tettsteder i områder utenfor kommunen, samt tildels ofte skiftninger av arbeidsplasser. Flere har i forbindelse med permitteringer og oppsigelser gitt uttrykk for oppgitthet og avmaktsfølelse da de opplever at det er arbeidstakere med samisk kulturbakgrunn som er de første som blir permittert eller oppsagt. Dette er det også vanskelig å vurdere, men helse- og sosialetaten har det inntrykket at samer med liten eller ingen utdanning har vanskeligheter med å beholde jobben over et lengre tidsrom. Men dette gjelder muligens også den øvrige befolkning med liten eller ingen skolegang. Helse- og sosialetaten opplever at den samiske befolkning på individnivå sliter med problemer som de oppfatter som personlige. Psykiske problemer (angst, depresjoner, nedstemthet) og psykosomatiske plager (hodepine, rygg, nakke, skulder, brystmerter og andre smerter) synes å opptre hyppigere blant samer. Psykososiale problemer i forhold til familie, ofte som følge av alkoholmisbruk, er også hyppig forekommende. Mistilpasning i forhold til arbeidsliv og utdanningssituasjon forsterker ofte samers negative selvbilde. Alkoholmisbruk synes å

være det mest synlige problem blant samer. Det er rimelig å anta at gjentatte nederlag som samene opplever som enkeltmennesker og som gruppe gjennom flere år, påvirker helse, adferd og livsførsel i negativ retning. Tiltak som legges til rette for samene i en kommune som Lavangen må i utgangspunktet ta sikte på å styrke selvfølelsen blant samene. Dette er den viktigste forutsetning for at samer skal tilpasse seg arbeidslivet på lengre sikt. I denne sammenheng må samer forsøkes stimulert til å lære å lese og skrive samisk. Det bør gjøres forsøk med tverrfaglige team som innehar samisk kulturkompetanse til å gjennomføre prosjektene i nær forståelse med den samiske klient. Det må opprettes avtaler som er forpliktende for klienten. Samer med utpreget lav selvfølelse må, om nødvendig, få behandling i form av samtaleterapi hos kvalifisert helse- eller sosialarbeider eller psykolog under attføringsperioden. Et av kriteriene for «kvalifisert» blir i denne sammenheng å inneha samisk kulturkompetanse. Målet med prosjektet er å få kartlagt den enkeltes potensielle og gi vedkommende et tilrettelagt tilbud, samt styrke selvfølelsen for de samer som har vært sosialt funksjonshemmet på grunn av lav selvfølelse. Målet er å gjøre deltakerne istand til å fungere i arbeid. Prosjektet har også for øye å virke forebyggende, og hindre at sosiale problemer forsterkes. Her tenkes særlig på rusproblemer for aldersgruppen 18—30 år. Målgruppen for prosjektet er samer i alderen 18—40 år. Det er særlig planlagt tiltak innen undervisning og opplæring. Man tar i første rekke sikte på:

- Motivasjonskurs (AMO-kurs), obligatorisk.
- Språkkurs i samisk for samisktalende (AMO-kurs).
- Språkkurs i samisk for ikke-samisk talende (AMO-kurs).
- Kurs i duodji (samisk husflid og håndverk).
- Andre egnede skoler og kurstilbud som kan være aktuelle for deltakerne.

Motivasjonskurset er tenkt å gi deltakerne innføring i samisk språk, kultur, næringsliv, historie og samfunn, samt innsikt i egen situasjon, dvs. innsikt i hva det vil si å være same i Lavangen, og hvilke rammebetingelser samene har hatt i dette området. Motivasjonskurset er bl.a. tenkt å gi styrket selvfølelse ved å øke forståelsen for at eventuelle følelser av personlige nederlag ikke skyldes negative egenskaper ved samene som gruppe eller som enkeltpersoner, men at samene som folkegruppe befinner seg i en særegen historisk situasjon, som får konsekvenser for hvordan det er å være same i Lavangen i 1990-årene. Dette bør kunne motvirke psykiske og psykosomatiske plager, motivere til økt engasjement og medvirkning i å finne realistiske og funksjonelle rehabiliteringsmål for den enkelte, og dermed bidra til å gi målgruppen et meningsfylt livsinnhold. Hensikten med AMO-kurs i samisk språk og duodji ligger både i den rene kunnskapsoverføringen, og i å formalisere og systematisere kunnskaper, og i å vise deltakerne at samisk språk og samiske håndverkstradisjoner har en egenverdi og en status, slik at deltakernes identitet og selvfølelse som samer kan bli styrket. Samtidig vil man oppnå å rekruttere potensielle arbeidstakere med samiskspråklig kompetanse, man vil få mennesker med den kompetanse i samisk språk og kultur som vil være nødvendig for forskjellige jobber, og enkelte vil kunne skape sine egne arbeidsplasser, særlig innen samisk husflid og håndverk (duodji). Arbeid og arbeidstrening innebærer:

- utvikling av praksisplasser
- tilrettelegging for arbeidstrening i bedrifter og primærnæring
- ordinært arbeid
- kombinasjon av arbeid og etterutdanning (kurs)
- å skape samiske arbeidsplasser

Deltakerne bør kunne praktisere arbeid der de kan dra nytte av kompetanse i samisk språk, duodji og praktisk kunnskap fra samiske primærnæringer. Eksempelvis kan det vises til at det i dag er behov for personer med samiskspråklig kompetanse i den samiske barnehagen på stedet, og til undervisning på grunnskolenivå og på videregående skoles nivå. Deltakerne kan gis praksisplasser i samisk barnehage, i primærnæringene, særlig jordbruket, og i det offentlige der de kan dra nytte av sin kompetanse. Det bør legges til rette for at deltakere som gjennomgår kurs i duodji, kan skape sine egne arbeidsplasser hjemme, eller kombinere duodji med andre næringer. Både for AMO-bedrifter og andre bedrifter eller gårdsbruk som benyttes i arbeidsskoloringssammenheng, gjelder at arbeidslederen må inneha eller tilføres kompetanse i samisk kultur. Samtaler er tenkt som:

- individuelle og evt. gruppesamtaler med prosjektleder
- oppfølgingssamtaler i forhold til hvordan prosjektet fungerer, evt. med muligheter for endring av strategi og mål for den enkelte.
- tilbud om terapeutiske samtaler med lege, psykolog, sosionom eller andre.

Målet med samtalene er å oppnå en kartlegging av deltakernes totale situasjon og potensiale. Dette skal danne basis for tilpassede tiltak og realistiske mål i rehabiliteringsprosessen. Det bør utvikles bindende tiltaksplaner for hver enkelt klient, med planer for oppfølging og evaluering av hvert tiltak og eventuelt med utprøving av nye tiltak. Prosjektet er et nybrottsarbeid som setter store krav både til prosjektleder og medarbeidere, like mye som til berørte etater og faggrupper vedrørende kompetanse, kompetanseutvikling og tilrettelegging for samarbeid. Man vil oppnå å utvikle relevante og funksjonelle rehabiliteringstiltak for en gruppe som ikke tidligere er spesielt tilgodesett av det norske hjelpeapparatet. I en videre forstand vil prosjektet komme hele det samiske samfunnet tilgode ved å sikre vekstvilkår for den samiske kulturen. Derigjennom vil det også være et gode for det norske samfunnet ved at det legger til rette for bedre samkvem mellom de to kulturer både på individ-, gruppe-, og lokalsamfunnsnivå.

9.11.3 Lokalt mobiliseringsprosjektet for Drag, Tysfjord kommune i Nordland

På bakgrunn av den vanskelige nærings- og sysselsettingsmessige situasjonen på Drag i Tysfjord kommune, har man ønsket å sette inn spesielle tiltak for å få til en positiv samfunns- og næringsutvikling i området. Dragsamfunnet står foran store utfordringer når det gjelder samfunns- og næringsutvikling, og kommunen har ønsket å satse ressurser for å møte problemer og oppgaver på stedet. Tysfjord kommune har derfor tatt initiativ til et lokalt mobiliseringsprosjekt som skal forankres i lokale behov, forutsetninger og ressurser. Utgangspunktet for mobiliseringsprosjektet er at det burde ligge potensiale på stedet som skulle tilsi positiv samfunns- og næringsutvikling. Det har vært en befolkningsnedgang i Tysfjord i 1970- og 80-årene, mens folketallet har økt for tettstedet Drag. Det skyldes hovedsakelig tilflytting i forbindelse med boligaksjonen på 1970-tallet. Tysfjord kommune har en høy arbeidsledighet, og tettstedet Drag står for en relativt stor andel av denne ledigheten. Den største ledigheten på Drag er i gruppen 20—30 år. Utdanningsnivået er også lavt. Industrien utgjør en relativt stor andel av sysselsettingen i Tysfjord, basert på virksomhetene til Norcem, Minnor og Nord-Norsk Elementindustri. Sysselsettingen er størst i sekundær- og tertiærnæringene, mens den er i tilbakegang i primærnæringene. Den lave yrkesdeltagelsen i Tysfjord skyldes i hovedsak mangel på alternative arbeidsplasser i tillegg til industrien. Kommunen har i den senere tid mistet flere arbeidsplasser som følge av konkurser og nedleggelse. De største sys-

selsettingsproblemene i forhold til arbeidsstyrken og folketalet finnes i Dragsamfunnet. Lokale bedrifter som har vært knyttet til de større industribedriftene har fått problemer, og familier har fått problemer med økonomien. Etnisk stigmatisering føles også som et problem for mange mennesker på Drag. Samer kommer ofte til kort i konkurransen om tilgjengelige ressurser eller innen utdanningssystemet. Dette skaper personlige identitetsproblemer, og har konsekvenser i forhold til skole, arbeidsliv og samfunnet forøvrig. Samisk identitet har vært knyttet til den tradisjonelle yrkestilpasningen som i dette området var en kombinasjon av jordbruk, fiske og sesongarbeid, hvilket i dag er av marginal betydning både økonomisk og sosialt. Mange unge samer ønsker i dag ikke å forlate Tysfjordsamfunnet. De har liten utdanning, de er usikre i forhold til egen kultur og identitet, og har følgelig begrensede muligheter for arbeid både i kommunen og andre steder. Boligaksjonen på 1970-tallet var ment som en hjelp til selvhjelp for Tysfjordsamfunnet. Den innebærer bl.a. en flytting av den samiske befolkningen fra det rent samiske samfunnet Musken til tettstedet Drag, uten at den næringsmessige delen av aksjonen ble fulgt opp, eller at man forsøkte å forebygge sosiale problemer og etniske konflikter. I Tysfjord har man følt at ingen av de statlige virkemidlene eller forsøkene på tiltak har tatt problemene ved roten. Det gjelder de sysselsettingsmessige såvel som de sosiale og etniske problemene. Derfor har man i kommunen ønsket å hjelpe særlig lokalsamfunnet Drag og det lokale næringslivet med å løse problemene som har vært følt over lang tid, gjennom å utvikle en langsiktig strategi som man håper skal gi positive ringvirkninger for Drag-området og bidra til en vekst som kommer hele kommunen til gode. Kommunen ønsket et prosjekt som kunne være et hjelpemiddel for utvikling av lokalsamfunnets funksjoner og gjøremål m.h.t. sysselsetting, næringsutvikling, vekst og trivsel. Med utgangspunkt i de tilgjengelige ressursene i lokalsamfunnet, ville man utvikle et effektivt og positivt mobiliseringsprosjekt som skulle være relevant for alle i lokalsamfunnet. Prosjektet skulle være klart næringsrettet, og ta utgangspunkt i at lokalsamfunnet og kommunen i fellesskap med forente krefter skulle forbedre den vanskelige sysselsettings- og næringsmessige situasjonen. Man ville involvere både det etablerte næringsliv og mulige etablerere. Målet var å gå ut fra prioriterte satsingsområder, og på den måten bygge opp kunnskap som har overføringsverdi. Man ønsket spesielt at ungdommen, uansett etnisk bakgrunn, skulle høste fordeler av et prosjekt tilpasset lokale forhold og forutsetninger. Tysfjord kommune har tatt initiativet til mobiliseringsprosjektet ut fra en overbevisning om at en del av problemene i kommunen kan løses ved mobilisering av tilgjengelige ressurser i lokalsamfunnet og i den offentlige og private virksomhet, og med en kontinuerlig evaluering og eventuelt korrigerende av strategier underveis i prosjektet. Mobiliseringsprosjektet for Drag har således som mål å løse nærings- og sysselsettingsproblemer som har eksistert over lang tid gjennom forning av lokale krefter for å forbedre folks livssituasjon og for å øke mulighetene for vekst og trivsel på lang sikt. Det lokale mobiliseringsprosjektet for Drag har følgende overordnede målsetting:

- At det skapes nye arbeidsplasser, vekst og trivsel i lokalsamfunnet gjennom en reell kompetanseheving på områder som er viktige for en langsiktig utvikling av samfunn, kultur og næringsliv på stedet.
- At det skapes et sterkt lokalt miljø som kan ivareta oppgaver når det gjelder samfunns- og næringsutvikling.
- Nye innsatsområder for privat og offentlig virksomhet.
- At prosjektarbeidet inngår som en del av en samlet næringsstrategiplan for kommunen.

Delmålene for prosjektet er å:

- vinne over vansker for utvikling av næringslivet basert på forutsetningene i lokalsamfunnet
- utarbeide og utvikle nye ikke-formelle måter å organisere tiltaksarbeidet på og som stimulerer til lokale initiativ til selvhjelp
- kartlegge verdien av lokalt mobiliseringsprosjekt som gjør bruk av egne ressurser
- aktivisere arbeidsledige til selv å bedre sin situasjon
- utprøve hvordan lokale ressurser kan inngå i et samarbeid med ressurser fra andre sektorer — private og offentlige — slik at det fremmer næringsutviklingen i området.
- videreutvikle de organisatoriske forholdene som bidrar til å legge grunnlaget og forutsetningene for nyskapsvirksomhet og videreutvikling av næringsaktivitet
- motivere kvinner til å ta utdanning/kvalifisere seg innenfor det ordinære skoleverk og i arbeidslivet.

Strategien for mobiliseringsprosjektet er:

- informasjon om og markedsføring av prosjektet overfor lokalbefolkningen og naturlige samarbeidspartnere
- mobilisering av lokalbefolkningen for deltakelse i prosjektet
- motivering og deltakelse
- kurs- og kompetanseoppbygging
- ideskaping og gjennomføring av konkrete prosjekter.

Mobiliseringsprosjektet er inndelt i 3 satsingsområder:

Søkefase

Stikkord for søkefasen er informasjon, mobilisering og motivering. Informasjonsdelen skal rettes mot lokalsamfunnet, og det må organiseres et støtteapparat for prosjektet. Høyskoler, universiteter, veiledningsinstitusjoner og forskningsmiljøer vil være viktige medspillere. Mobiliseringsdelen vil rette seg mot lokalbefolkningen, og skal danne grunnlag for opptak av deltakere. Det vil under denne delen være behov for å identifisere områder som trenger å bli styrket og positive lokale ressurser som kan være til hjelp i mobiliseringsprosjektet. Motiveringsdelen skal rette seg mot deltakerne for å sikre rekruttering gjennom hele prosjektperioden. Her vil det være viktig å utarbeide utfyllende arbeidsplaner for den enkelte deltaker eller arbeidsgruppe. Styrking av samhold og gjensidig forståelse mellom de to ulike kulturgrupper, samt styrking av samarbeidet på næringslivsplan vil også inngå under dette satsingsområdet.

Kompetanseheving

Kunnskap og kompetanseheving er en forutsetning for en positiv næringsøkonomisk utvikling. Dette gir grunnlag for å bedre konkurransevnen, samt for å skape et allsidig, rasjonelt og stabilt næringsliv og bosetting. Kommunen ønsket å ta konsekvensen av det faktum at utdanningsnivået i Tysfjord kommune har ligget langt under landsgjennomsnittet, og har satt en demper for positiv vekst, omstilling og utvikling i lokalsamfunnet og næringslivet. Økt kompetanse må tilpasses lokalsamfunnets behov og bedriftsstrukturen i området. På sikt vil slike kompetansetiltak innebære:

- større tilgang på kvalifisert arbeidskraft
- stabilisering av kvalifisert arbeidskraft

- etablering av lokale fagmiljøer
- utvikling av sosiale, kulturelle og økonomiske verdier i lokalsamfunnet

Utdannings- og kompetansetiltakene skulle være stedsrettet, og knyttet til aktuelle konkrete problemstillinger i lokalmiljøet. Kompetansetiltakene skulle omfatte nødvendige opplærings og utdanningstilbud for næringsliv og offentlig forvaltning, og tilbud for enkeltpersoner på grunnskole-, videregående og høyskolenivå. De skulle videre omfatte kompetanseutvikling innen fag- og funksjonsområder i bedriftene, samt veiledningstjeneste. Dette satsingsområdet har omfattet følgende tilbud:

- Ut fra industriens behov trengs teknologisk kompetanseutvikling særlig innen «prosess- og automasjonsfag».
- Grunnskoleutdanning for personer som har dårlig grunnlag, eller har hatt dårlig utbytte av grunnskoleutdanningen sin (AMO-kurs).
- Utdanning på videregående skoles nivå (AMO-kurs).
- Etablererskole for bedriftsledere og personer med etableringsplaner.
- Hjelpepleierutdanning (i regi av Hamarøy videregående skole).
- Tiltak i forbindelse med lærlingeordning.
- Etterutdanning og oppkvalifisering av voksne, yrkesaktive for å fremme omstrukturering og utvikling av levedyktige bedrifter.
- Andre opplærings- og kompetansetiltak etter behov og vurdering.

Lokale utviklingsprosjekter

De lokale utviklingsprosjekter var tenkt å omfatte konkrete prosjekter basert på lokale forutsetninger for utvikling av næringslivet. Man ville vurdere mulighetene innenfor distriktets naturgitte forutsetninger, slik som jordbruk, fiske, duodji, reiseliv, informasjonsteknologi, mineraler, videreforedling av lokale råstoffer, service og industri. Økonomiske midler var tenkt kanalisert og øremerket til enkeltprosjekter, med muligheter for toppfinansiering og lav egenkapitalandel til prosjektutviklerne. Midler til prosjekter i form av tilskott er gitt til bedriftsutviklings tiltak, markeds- og produktutviklingstiltak, investeringer, markedsføring og til eksterne konsulenttjenester.

Konkrete arbeidsoppgaver

Konkrete arbeidsoppgaver for prosjektet avspeiler de generelle mål, satsingsområder og rammebetingelser for arbeidet. De innebærer å:

- identifisere områder som trenger å bli styrket og positive lokale ressurser som kan være til hjelp i mobiliseringsprosjektet
- arbeide sammen med etablert næringsliv og nyetablerere for å danne basis for fremdrift av prosjektet
- utarbeide utfyllende arbeidsplaner for den enkelte deltaker, eventuelt grupper, basert på deres bakgrunn
- styrke samhold og gjensidig forståelse mellom kulturelle grupper gjennom praktisk samarbeid, og stimulere til effektive former for selvhjelp
- organisere støtteapparat for prosjektet og knytte sammen erfaringene fra deltakere/grupper
- bygge opp deltakernes organisasjonsevne og evne til videreutvikling klarlegge opplæringsbehov

Forventet utbytte av mobiliseringsprosjektet er:

- nye og varige arbeidsplasser
- vekst og trivsel i lokalsamfunnet

- bedre og bredere samarbeid i næringslivet
- økt kompetanse i lokalsamfunnet
- økt samarbeid mellom kommune, næringsliv og lokalsamfunnet
- selvutvikling og tiltro til egne muligheter til å bygge opp noe positivt

For deltakerne vil det viktigste utbyttet være knyttet til realisering av egne ideer og planer, og større selvtillit. For offentlige myndigheter vil prosjektet vise hvordan lokalsamfunnet kan tilpasse tiltaksarbeidet ut fra lokale behov, forutsetninger og ressurser.

Organisasjon av prosjektet

Tysfjord kommune står som initiativtaker og oppdragsgiver for mobiliseringsprosjektet.

Prosjektet var foreslått å strekke seg over 3 år, med den administrative ledelsen plassert på Drag. Man la vekt på at en fulltidsansatt prosjektleder, kjent i området, og helst med kjennskap til samisk kultur og miljø, skulle ha den daglige ledelsen av prosjektet. Vedkommende er blitt assistert av en prosjektgruppe bestående av kommunens tiltaksapparat, rådmannen, representanter fra formannskap/næringsutvalg og representanter fra de eksterne bevilgningsinstanser. Dessuten har prosjektet etter behov samarbeidet med offentlig og privat veiledningstjeneste, høyskoler, universiteter, forskningsinstitusjoner, banker, lokale interesseforeninger og andre. De som har vært engasjert i finansieringen har vært Distriktenes Utbyggingsfond, Kontoret for samiske spørsmål, Kommunaldepartementet, Samisk Utviklingsfond, Tysfjord kommune og Arbeidsmarkedsetaten. Sistnevnte har særlig vært inne i finansieringen av kompetansetiltakene.

9.12 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

Hovedmål 1. Den funksjonshemmede skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser. Dette gjelder både sosialt og kulturelt såvel som språklig

Det er generelt lite fokus på rehabiliteringsarbeidet på de forskjellige nivåer i helse- og sosialsektoren, og på tverrfaglig og tverretattlig samarbeid om dette. Det har også vært lite fokus på samenes situasjon i samhandlingen med disse etatene, og det har i liten grad vært vurdert om samiske pasienter og klienter som har langvarig kontakt med helse- og sosialvesenet har behov for et språklig og kulturelt tilpasset rehabiliteringstilbud. I stor grad har situasjonen skyldtes personellmangel i kommunehelsetjenesten, og manglende kontinuitet i spesialisthelsetjenesten i spredtbygde områder, herunder de samiske. Sameloven med språkloven har åpnet opp for at situasjonen til den samiske pasient og klient kommer på dagsorden. Likeledes er rehabiliteringsarbeidet på den politiske dagsorden som satsningsområde. Både Samelovens språkregler og lovverket i helse- og sosialsektoren såvel som den samiske pasients behov tilsier en mer omfattende innarbeiding av kulturelle og språklige hensyn i rehabiliteringsprosessen. En hindring her kan være knapphet på personell.

En deltakelsesbasert forståelse av rehabilitering vil i stor grad kunne sikre hensyn til den samiske pasienten eller klienten i rehabiliteringsprosessen. Målet må være en organisering av rehabiliteringsprosessen som sikrer samarbeid, oppfølging og den nødvendige kompetanse ut fra en realistisk vurdering av den enkelte

samiske brukers behov og muligheter. Bruk av eget morsmål og trygghet i egen kultur bør være en selvfølge der dette er nødvendig for at prosessen skal lykkes.

Samisk Legeforening har pekt på noen grupper funksjonshemmede som har et særlig behov for et språklig og kulturelt tilpasset rehabiliteringstilbud. Det er enkelte små grupper hvor rehabiliteringen bør skje innen rammen av samisk språk og kultur, og det er en større gruppe pasienter med sammensatte sosiale og helsemessige vansker (også kalt sosialt funksjonshemmede), hvor det kreves kulturell og språklig kompetanse for å sikre en fruktbar rehabiliteringsprosess. Etter utvalgets oppfatning vil grupper av samiske barn og eldre også ha behov for et språklig og kulturelt tilpasset rehabiliteringstilbud. Å gi relevante tilbud til disse bør også inngå i en samlet rehabiliteringskompetanse i de samiske områder.

Utvalget vil spesielt understreke at fylkeskommunen og kommunen har et grunnleggende ansvar for å sikre en best mulig normalisering av både norsk- og samiskspråklige psykisk utviklingshemmedes levekår og utviklingsmuligheter.

En oppfølging av målsettingen om å sikre en best mulig normalisering av de psykisk utviklingshemmedes levevilkår og utviklingsmuligheter, må også innebære å sikre integrering av samiske psykisk utviklingshemmede i et samisk miljø, og å gi utviklingsmuligheter som er relevante ut fra hensynet til samisk språk, leveste og tankemåte. Dette innebærer også utvikling av rutiner på kommunalt nivå for kontakt mellom fagfolk og foresatte som tar tilfredstillende språklige og kulturelle hensyn. Dette må etter utvalgets oppfatning være en naturlig del av de oppgaver som ifølge rundskriv I-61/89 skal inngå i fylkeskommunenes tilbud om spesialisttjenster. Ifølge rundskrivet må fylkeskommunene selv finne de beste modeller for samarbeid innad i fylket, med sterk vekt på ambulant virksomhet i forhold til brukerne og til kommunalt ansatt personell.

Den nødvendige kompetanse i samisk språk og kultur må sikres i habiliteringen og rehabiliteringen av funksjonshemmede i alle fylker og kommuner med samisk befolkning, både i den daglige omsorg og i spesialisttjenesten. Dette vil i praksis skje på flere måter, enten ved at det opprettes nye egne habiliterings-team med den nødvendige kompetanse, eller ved at denne kompetanse legges inn i de eksisterende team. Et godt samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten vil være viktig for en god flyt og utveksling av kompetanse, og utviklingen av relevante tiltak i rehabiliteringen.

Forskjellige kommuner og fylkeskommuner vil måtte velge forskjellige løsninger. Uansett må målet være å sikre gjennomføring av en deltakelsesbasert rehabiliteringsprosess som tar et realistisk utgangspunkt i den enkeltes behov og muligheter, uansett kulturell og språklig tilknytning. Effekten må bl.a. være å fange opp og motvirke språklige og kulturelle barrierer i rehabiliteringen på alle nivåer.

Det bør være en rettesnor for rehabiliteringsarbeidet at ordninger som sikrer den samiske befolkning en best mulig kvalitet på tjenestene, også oppfyller Same-lovens språkreglers bestemmelser om samiskspråklige tjenester innenfor forvaltningsområdet.

Delmål 1. Identifisere og følge opp alle pasienter og klienter med rehabiliteringsbehov i kommunener med samisk befolkning, uansett språklig og kulturell bakgrunn

Ansvar for at det finnes et rehabiliteringstilbud i kommunen, ligger hos helse- og sosialetaten. Ansvar for kan delegeres til en av avdelingene, eller det kan knyttes opp til spesifiserte stillinger. Det ligger således på kommunene å drive en utstrakt oppsøkende virksomhet, og å etablere et system for å registrere og identifisere personer med ulike behov for rehabiliteringstiltak. For at oppsøkende virksomhet i kommu-

ner med samisk befolkning skal fungere på beste måte for brukerne, må kommune-helse-tjenesten ha ressurser med samisk språk og kulturkompetanse i dette arbeidet. Disse kommunene bør ha et spesielt ansvar for at pasienter med samisk språk og kulturbakgrunn blir identifisert og ikke «faller ut» av systemet, men kan nyttiggjøre seg helsetjenesten og rehabiliteringstilbudene på en tilfredsstillende måte gjennom hele tiltaksapparatet.

Dette forutsetter at disse kommunene har et system for å utvikle og sikre den kompetanse i samisk språk og kultur og i transkulturelle forhold som er nødvendig for habilitering og rehabilitering av samiske brukere innen sitt område. Kommuner i virkeområdet for Samelovens språkregler er lovpålagt å betjene brukerne på samisk. De har derfor et spesielt ansvar for å utvikle og ivareta kompetanse i samisk språk.

Tiltak 1: Bygge inn samisk språk- og kulturkompetanse i kommunenes rehabiliteringstjeneste

I forhold til enkelte grupper av samiske pasienter og klienter vil den kulturelle og språklige kompetansen være særlig nødvendig for å identifisere og følge opp brukernes rehabiliteringsbehov. Denne utredningens "*Rekruttering og kompetanseoppbygging*" i kapittel om rekruttering og kompetanseoppbygging inneholder flere forslag til tiltak som tar sikte på å utvikle, samordne og gjøre bruk av den samiske kompetansen i kommunene. I rehabiliteringsarbeidet må denne kompetansen samordnes med den faglige rehabiliteringskompetansen.

Det er en liten gruppe personell som kombinerer faglig kompetanse og kompetanse i samisk språk og kultur, og som er en del av, eller som er tilgjengelig for kommunehelsetjenesten. Særlig etter innføringen av språkreglene i Sameloven, har man blitt oppmerksom på behovet for personell med slik kompetanse. Det må være en spesiell oppgave i samiske kommuner å samordne denne kompetansen der den finnes, slik at den kan brukes mest mulig effektivt og til beste for brukerne, samt å iverksette tiltak for å utvikle eller tiltrekke seg slik kompetanse.

Kommunenes plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, innebærer at hver yrkesgruppe skal gis mulighet til å oppdatere sin fagkunnskap på «sine» spesialområder. I samiske kommuner bør denne plikten også innbefatte oppbygging av samisk språklig og kulturell kompetanse, samt i tverrkulturell kommunikasjon. Dette kan gjøres ved å avholde tverrfaglige kurs i rehabilitering og tverrkulturell kommunikasjon for personell i helse- og sosialtjenesten, og for andre samarbeidende etater. Kursene bør gjentas etter en viss tid, særlig der det er stor utskifting i personellgrupper.

Faglig veiledning, hospitering og opplæring fra 2. eller 3. linjetjenesten til kommunens personell, såvel som videre- eller etterutdanning i transkulturell forståelse og behandling, vil være av stor betydning. Hospitering i spesialavdelinger, i institusjoner eller i andre kommuner kan også være nyttig. Interkommunalt samarbeid, der kommuner går sammen om å ansette en eller flere fagpersoner, er også en mulighet. Det er også mulig å kjøpe tjenester eller veiledning fra andre kommuner eller institusjoner. Samiske kommuner bør vurdere spesielt et samarbeid om de knappe ressursene som kombinerer faglig kompetanse med språklig og kulturell kompetanse.

Rehabiliteringsarbeidet i kommunene skjer ofte ved tverrfaglige rehabiliteringsteam. Her må den samiske kompetansen trekkes inn og brukes på en fleksibel måte. Ved denne organiseringen av teamene bør det tas hensyn til behovet for samisk kompetanse. Teamets oppgaver er bl.a. å gi råd i enkeltsaker og bistå i vur-

deringen av rehabiliteringspotensiale, utarbeide rehabiliteringsplaner for enkeltklienter og henviser til andre linjetjenesten ved behov.

Hensyn til og forståelse for den enkeltes språklige kulturelle forutsetninger vil kunne være avgjørende for alle disse oppgavene, men først og fremst for å utarbeide rehabiliteringsplaner med tiltak som fungerer for den enkelte bruker,

Bak velfungerende rehabiliteringsplaner ligger arbeid med problemkartlegging og utredning av basale behov og ønsker hos den enkelte bruker. Planene gjenspeiler også et arbeid med å utvikle innsikt i egne ressurser, tilrettelegging for realistiske valg for fremtiden, og en strategi for å sikre brukerne en stor grad av egenkontroll i rehabiliteringen. Rehabilitering vil si å legge til rette for sosial kontakt innenfor rammen av brukerens eget sosiale og kulturelle miljø. Det innebærer også å sikre tilbakemelding til hjelpeapparatet fra brukerne om hvordan hjelpetiltakene fungerer. Man kan vanskelig tenke seg dette som en velfungerende prosess uten kjennskap til og kontakt med brukerens sosiale, kulturelle og språklige miljø.

I samiske områder vil en del av den kulturelle kompetansen i rehabiliteringsarbeidet være å kunne identifisere kulturelle barrierer i samhandlingen med svake grupper som ikke selv gjør sine krav gjeldende i tilstrekkelig grad. Man kan ikke forvente at samiske funksjonshemmede med samisk som morsmål skal lære to språk så godt at de kan kommunisere tilfredsstillende med helse- og sosialtjenesten på norsk. Selv der morsmålet er norsk, vil samhandlingen ofte være preget av samisk kulturbakgrunn. I rehabiliteringen må man derfor forholde seg til at det vil være spesielt vanskelig for en funksjonshemmet med samisk bakgrunn å tilpasse seg og hevde sine interesser i forhold til et norsk helsevesen.

Rehabiliteringsarbeidet skjer på alle nivåer i helse- og sosialtjenestene, men for de fleste brukere vil arbeidet i kommunene være avgjørende for en vellykket prosess.

Spesielle mål for samiske kommuner i rehabiliteringsarbeidet vil for eksempel kunne være å gi opplæring i å avdekke rehabiliteringsbehov på tvers av kulturelle grenser, eller å utvikle kompetanse i rehabilitering av grupper med et spesielt behov for et samiskspråklig rehabiliteringstilbud som f.eks. afasi- eller slagpasienter, multifunksjonshemmede samiske barn, eller andre grupper.

Tiltak 2: Utvikling av et interkommunalt nettverk for bruk av samiskrelatert kompetanse i rehabiliteringen

Man kan ikke forvente at den samiske kompetansen skal bygges opp i samme takt i alle kommuner med samisk befolkning. Det bør derfor bygges opp et nettverk for bruk av denne kompetansen i rehabiliteringsarbeidet. Et slikt nettverk vil måtte formidle utveksling av tjenester mellom kommunene, og bl.a. gjøre bruk av mulighetene i telekommunikasjon. Organiseringen av et slikt nettverk vil måtte utprøves som et interkommunalt prosjekt. Man kan tenke seg at det vil være særlig aktuelt for de samiske kommuner som inngår i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler. På den annen side er det nettopp kommuner utenom dette området som kanskje har det største behovet for å få tilført en samisk språklig og kulturell kompetanse i rehabiliteringsarbeidet. Et samarbeid mellom disse vil således også kunne gi nyttige erfaringer. Det er utvalgets oppfatning at de kommuner som går inn for å organisere prosjekter som kan tjene som mønster for andre kommuner, og bidra til å utvikle dette videre, bør få tilskudd i form av prosjektmidler fra Sosialdepartementet.

Delmål 2. Klientarbeid og veiledning i fylkeskommunen som sikrer en kulturelt og språklig tilpasset rehabiliteringsprosess for samiske brukere

Selv om basisansvaret for medisinsk rehabilitering ligger i kommunehelsetjenesten, så er rehabilitering en oppgave både for sykehusene, og den utadrettede virksomhet på fylkesnivået.

Fylkeskommunenes rehabiliteringstjeneste omfatter således både klientarbeid og veiledning til 1. linjetjenesten. De tverrfaglige rehabiliteringsteam på fylkesnivå skal blant annet ha ansvar for å gi råd og bistå med kunnskapsutvikling i kommunehelsetjenesten.

Det er utvalgets vurdering at fylkeskommunen vil måtte utvikle sin kompetanse og sine rutiner for å ivareta disse oppgavene på en tilfredstillende måte i forhold til pasienter med samisk språk- og kulturbakgrunn. For å kunne være en tilstrekkelig ressursbase og støtte for samiske brukere, må det være fagfolk med samisk språk- og kulturkompetanse i dette arbeidet på fylkesnivå.

Samelovens språkregler sikrer den språklige betjeningen av pasienter og klienter i språkreglenes forvaltningsområde også i den fylkeskommunale helse- og sosialtjenesten. Både i og utenom forvaltningsområdet bør det innarbeides rutiner, både i det direkte klientarbeidet og i veiledningen til kommunene, som sikrer at pasienter og klienter med samisk språk- og kulturbakgrunn kan nyte godt av fylkeskommunens helse- og sosialtjenester på linje med den øvrige befolkning.

Tiltak 1: Fylkeskommunale rehabiliteringsteam med relevant samisk kompetanse

En kulturelt og språklig tilpasset rehabilitering for samiske brukere kan enklest realiseres ved å bygge inn den nødvendige kompetanse i de fylkeskommunale teamene, og ved en organisering av teamene som sikrer effektiv bruk av denne kompetansen. Dette kan enten skje ved en fleksibel bruk av den samiske bemanningen i fylkeskommunens team, eller ved opprette egne samiske, gjerne samiskspråklige, team i fylkeskommunen.

De fylkeskommunale rehabiliteringsteamene har som oppgave å gi tilbud til alle brukergrupper, med den nødvendige fleksibilitet i teamene. Sosial- og helsedepartementet anbefaler en viss «ansvarsdeling» i teamene ved at personer spesialisere seg på og har hovedansvar for bestemte oppgaver. En slik ansvarsdeling vil kunne være funksjonell for å fange opp og utvikle kompetanse på problemer i forhold til brukere med samisk bakgrunn, avhengig av de aktuelle behovene. Noen team-medlemmer kan f.eks. ha oppgaver særlig i forhold til samisktalende psykisk utviklingshemmede, eller funksjonshemmede barn fra samisktalende familier. Andre kan ha en spesiell kompetanse i forhold til samisktalende eldre, og andre kan ha sin erfaring i forebygging og rehabilitering av ungdom ut fra deres kulturelle bakgrunn og situasjon.

En fleksibel struktur med funksjonell bruk av samisk kompetanse vil gjøre det lettere å gjennomføre teamets oppgaver i forhold til samiske brukere. Teamene skal medvirke til at behov for rehabiliteringstiltak oppdages, både i kommunehelsetjenesten og i sykehus. Teamene skal arbeide utadventt, medvirke til at det iverksettes nødvendige rehabiliteringstiltak, se til at disse er godt koordinert, og formidle informasjon om aktuelle tilbud i forhold til enkeltpasienter. De må derfor ha oversikt over de ulike tilbudene og hvor de finnes, og kunne vurdere og formidle disse i henhold til språklige og kulturelle forutsetninger hos brukerne. Kanskje særlig viktig i forhold til samiske brukere er at teamet følger opp tiltak og medvirker til at varig funksjonshemmede ikke «faller ut» av helsetjenesten. Oppgaver som holdningspåvirkning og kompetanseoppbygging både i første- og andrelinjetjenesten må vurderes særskilt i forhold til samiske brukere. Teamene skal fremme interesse for

rehabilitering hos alle samarbeidspartnere, og eventuelt tilby eller medvirke til at opplæring gjennomføres. Her bør man utgå fra de behovene man allerede kjenner til i førstelinjetjenesten i samiske kommuner. Det kan utvikles et «samisk konsept» til bruk i samiske områder der det ikke er egne samiske team. Et eget samisk team skal ha de oppgaver og den bemanning som de øvrige habiliteringsteam, i tillegg til et særskilt ansvar for å ivareta og utvikle den samiske kompetansen. Dette bør komme praktisk til uttrykk i arbeidet med utredning og utprøving av habiliterings tiltak, såvel som i rådgivningen. Teamet skal også være et bindeledd mellom første-, andre- og tredjelinje-tjenesten ved at det tilrettelegges opplegg i forbindelse med utskrivning fra institusjon, og ved å gi råd og veiledning til kommunehelsetjenesten. For det samiske teamet innebærer dette å sikre at det tas de nødvendige hensyn til den funksjonshemmedes kulturelle og språklige bakgrunn, og at den nødvendige informasjon tilkommer alle forvaltningsnivåer, altså alle ledd i tiltakskjeden.

Tiltak 2: Et samiskspråklig rehabiliteringsteam i Finnmark

En samhandling på samisk språk vil være spesielt viktig i forhold til funksjonshemmede, fordi man i utgangspunktet ikke kan basere seg på en utvikling av en funksjonell tospråklighet hos denne gruppen. Et eget samiskspråklig rehabiliteringsteam på fylkesnivå vil vel i første rekke være aktuelt for Finnmark fylkeskommune.

Utvalget har merket seg at Finnmark fylkeskommune har revidert sin plan for habiliteringstjenesten for funksjonshemmede. Habiliteringstjenesten var opprinnelig planlagt med tre barne- og voksenhabiliteringsteam i fylket for å følge opp klienter i hver region. Dette innebar team både i Indre/Midt- Finnmark, og i vest- og østfylket. Revideringen innebar også at den vedtatte styrkingen av Indre/Midt-Finnmark med tre stillinger, hvor det også skulle tas hensyn til at en overveiende del av befolkningen var samisktalende, falt bort. Dette innebærer at tjenesten i dag ikke er regionalisert slik det er forutsatt i den opprinnelige planen, og at kulturaspektet ikke ivaretas slik som forutsatt.

Utvalget vil i denne sammenheng også minne om at ved gjennomføring av HVPU-reformen ble de samiske faglige personellmiljøene i kommunene i Finnmark revet opp og spredt til andre områder og andre oppgaver. Det er åpenbart at dette kan ha svekket tilbudet til samiske psykisk utviklingshemmede idet kommunene måtte ansette nytt personell som ofte manglet faglig erfaring og kompetanse.

Det er spørsmål om teamene i Hammerfest og Kirkenes har den kompetanse som er nødvendig for å møte folk på deres eget språk, og for å ivareta det samiske kulturaspektet, slik Fylkeskommunen har som målsetting. Den regionale tilgjengeligheten er også dårlig i forhold til den samiske befolkning. Det kan være vanskelig å oppfylle førstelinje-tjenestens behov for tilføring av kompetanse slik tjenesten nå er organisert. Spesialisttjenesten for funksjonshemmede vil også måtte vurderes i forhold til Samelovens språkregler.

Utvalget vil peke på at det fortsatt er behov for et samiskspråklig habiliteringsteam med de samiske kommunene som primærområde. Slik tjenesten i dag er organisert, er det for lange geografiske og kulturelle avstander til at fylket kan oppfylle sine forpliktelser (i henhold til rundskriv I — 61/89) for fysisk og psykisk utviklingshemmede i indre Finnmark, sett i forhold til behovene hos brukere med samisk språk- og kulturbakgrunn.

Utvalget mener at dette langt på vei vil kunne oppfylles ved at planene om tre team følges opp, og at det opprettes et eget habiliterings/ rehabiliteringsteam med kompetanse i samisk språk og kultur for midt-fylket. Det kan også vurderes en form for skjærmede stillinger til dette, alt etter hva som best ivaretar de samiske pasien-

ters behov og rettigheter i henhold til Sameloven. Felles team for barn og voksne bør vurderes etter hva som er mest hensiktsmessig.

Tiltak 3: En organisering av rehabiliteringsarbeidet i fylkeskommunale institusjoner som sikrer de nødvendige hensyn til samiske brukere

Sykehusenes rolle i rehabiliteringsarbeidet, er bl.a. å utarbeide forslag til rehabiliteringsplaner for klienter, foreslå institusjonsopphold for å utrede problemer, og gå inn i samarbeid, rådgivning og veiledning med andre helsetjeneste-nivåer. Egne institusjoner for dette er f.eks. de fylkes-kommunale opptreningsinstitusjoner.

Både ved sykehusene og ved opptreningsinstitusjonene må det være et siktemål å få stillingene besatt med samisk fagpersonell. For sykehus som skal betjene forvaltningsområdet for Samelovens språkregler følger dette av Sameloven. Tiltakskjedepriippet bør sikre den nødvendige informasjon om den funksjonshemmede, og dennes bakgrunn og forutsetninger. Det samiske habiliteringsteamet vil ha viktig informasjon om de samiske pasientene som bør finne sin vei i tiltakskjeden. Ofte har pårørende eller fagfolk fra kommunehelsetjenesten fulgt samisktalende pasienter til sykehus for å sikre riktig diagnose og behandling. Disse har også hatt som oppgave å avhjelpe problemer i formidling av informasjon ved innleggelse og utskriving av disse pasientene. Engasjementet hos kommunehelsetjenesten og habiliteringsteamet vil i større grad kunne begrenses til informasjon ved innleggelse og veiledning ved utskrivelse der sykehuset er besatt med fagfolk med samiskrelatert kompetanse.

Hvordan rehabiliteringsarbeidet i fylkeskommunale institusjoner skal organiseres i forhold til de samiske brukerne, vil måtte variere fra fylkeskommune til fylkeskommune. Det må være opp til den enkelte fylkeskommune og den enkelte institusjon å vurdere hvilken organisering som sikrer klientarbeid og veiledning i fylkeskommunen i forhold til samiske brukere.

Opptreningsinstitusjoner og poliklinikker i samiske områder vil lettere kunne besettes med samiske fagpersoner, og se den samiske pasienten ut fra samisk språk- og kulturbakgrunn.

Tiltak 4: Vurdering av behovet for utredning av en samiskspråklig rehabiliteringsinstitusjon med særskilte oppgaver i forhold til den samiske befolkning

Selv om institusjoner i samiske områder lettere vil kunne besettes med fagpersoner med samisk bakgrunn og kompetanse, så hevder mange likevel den oppfatning at det er behov for en egen samiskspråklig rehabiliteringsinstitusjon, som bør tillegges et særskilt ansvar i forhold til den samiske befolkning. En slik institusjon vil måtte ha mange oppgaver. I første rekke må den medvirke til at fylkeskommunens oppgaver i rehabiliteringen ivaretas på en tilstrekkelig måte i forhold til samiske brukere. Den vil måtte fungere som en kompetansebase ut fra den forutsetning at den har et særskilt ansvar for den samiske befolkning. Diskusjonen om en egen samisk institusjon har i første rekke vært ført i Finnmark. Dette følger av antallet samiskspråklige i fylket, og de forpliktelsene som følger av Samelovens språkregler. Finnmark har dessuten helse- og sosialpersonell med samisk bakgrunn og kompetanse som ser behovene for særskilte hensyn i rehabiliteringen hos enkelte grupper, bl.a. hos mennesker som alltid har fungert i et samisk(språklig) miljø. Man må dessuten kunne anta at det vil medføre problemer å ivareta en tilfredsstillende rehabilitering innenfor rammen av samisk språk og kultur, dersom ikke hele virksomheten på en institusjon er basert på samisk språk.

Samisk Legeforening har pekt på noen grupper som særlig har behov for et samiskspråklig rehabiliteringstilbud. Det er i første rekke afasipasienter, hørselshemmede pasienter, pasienter med lidelser i muskel-skjelettsystemet, og pasienter med psyko-sosiale lidelser. I tillegg kommer grupper av barn og eldre som har et særskilt behov for et rehabiliteringstilbud innenfor rammen av samisk språk, kultur og samfunnsliv. Å gi et språklig og kulturelt tilpasset rehabiliteringstilbud til disse, vil være en hovedoppgave for en samisk rehabiliteringsinstitusjon, med den trygghet og tillit som kan skapes mellom behandler og pasient, og pasienter imellom.

En egen samiskspråklig rehabiliteringsinstitusjon bør ha et særskilt ansvar i forhold til den samiske befolkning både ved å ivareta fylkeskommunens ordinære funksjoner i forhold til samiske brukere, og i forskjellige former for utviklingsarbeid.

Fylkeshelsetjenestens generelle oppgaver i rehabiliteringsprosessen er å gjennomgå en spesialisert rehabilitering av innlagte pasienter, å foreta en vurdering av rehabiliterings-potensialet hos henviste pasienter, å delta i utarbeidelsen av individuelle rehabiliteringsplaner, samt å forestå veiledning til kommunehelsetjenesten. De skal stå for undervisning og kompetanseoppbygging både i den fylkeskommunale og den kommunale helsetjenesten, samt delta i forskning og utviklingsarbeid. Disse oppgavene må gjennomføres med det for øye at institusjon har et særskilt ansvar for den samiske befolkning. Samiske aspekter må innarbeides i det faglige arbeidet, og kommunehelsetjenesten må veiledes i å legge inn særskilte hensyn til samiske pasienter og klienter der det er behov for det i rehabiliteringsprosessen.

Det vil også kunne være behov for at en samisk rehabiliterings-institusjon går inn i et samarbeid eller en veiledningsfunksjon i forhold til arbeidsmarkedsetaten, f.eks. ved yrkesrettet rehabilitering av samer med sammensatte, sosiale problemer. Det kan også være behov for at en slik institusjon bidrar med kompetanse i forhold til utredning av samiske eldre, aldersdemente, slagpasienter og afasipasienter, og andre grupper hvor samisk språk kan være avgjørende for en vellykket rehabilitering.

En egen samisk rehabiliteringsinstitusjon må utvikle og forvalte en samlet rehabiliteringskompetanse som kan gi tilbud i de samiske områder. Den må være en kompetansebase og en bærebjelke i samarbeid med andre instanser. En slik institusjon må være en kompetansebase i rehabiliteringsarbeidet blant samer. Det må utvikles kursopplegg og kursvirksomhet. Den lule- og sørsamiske språkgruppen må også nyte godt av denne kompetansen gjennom rådgivning og prosjekter, dersom den får sitt sete i nordsamisk område. Det kan også bli snakk om å innhente og utveksle kompetanse fra andre samiske områder. Personer med kompetanse utenom Finnmark (eller midt- Finnmark) bør også kunne trekkes inn i arbeidet ved institusjonen. En rehabiliteringsinstitusjons funksjoner bør også ses i lys av de muligheter som ligger i telematikken.

Et samiskspråklig rehabiliteringsinstitusjon innebærer en utbygging av det somatiske samiskspråklige spesialist- helsetilbudet som også bør ses i en utdanningssammenheng. En slik institusjon vil kunne gi muligheter for spesialist- utdanning innen fysikalsk medisin (hovedutdanning) og innen andre spesialiteter som f.eks. allmenntmedisin, sosialmedisin, psykiatri (sideutdanning), og det vil kunne tjene som praksissted bl.a. for sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Slike funksjoner samsvarer med de funksjoner innenfor prosjektarbeid og identifisering av områder for utredning og forskning som bør ligge til en slik institusjon.

Det foreligger en forholdsvis stor mengde materiale og korrespondanse vedrørende et samisk rehabiliteringssenter i Finnmark. Utvalget kan likevel ikke se at det er foretatt en systematisk gjennomgang av de funksjoner et slikt senter kan ha. Utvalget er derfor av den oppfatning at det bør utredes hvilke muligheter som ligger

i et slikt senter eller en slik institusjon, sett i forhold til det behovet som foreligger for habilitering og rehabilitering innenfor en samisk språklig, kulturell og sosial ramme.

Tiltak 5: Et nettverk for formidling av samisk kompetanse i (re)habiliteringsarbeidet

En utvikling av en særskilt samisk rehabiliteringskompetanse på fylkeskommunalt nivå, må i særlig grad ta hensyn til 1. linjetjenestens kompetansebehov i forhold til de forskjellige pasientgruppene, og gjenspeiles i arbeidet med rådgivning, vurdering og koordinering av eventuelle prosjekter i forhold til brukergruppene.

Et samiskspråklig habiliterings- og/eller rehabiliteringsteam i Finnmark bør også kunne ha en veiledningsfunksjon overfor team i andre fylker, eventuelt mens disse bygger opp sin egen kompetanse, eller bidra i utredningen av behovet for en slik kompetanse. Det bør kunne fungere som en kompetansebase i forhold til andre fylker med samisk befolkning, i første rekke i en overgangsperiode mens disse utvikler egne team. Her må man også være oppmerksom på hjelpemidler som telematikk i arbeidet med behandling, diagnose og veiledning.

Dersom et rehabiliteringsteam (eventuelt også en rehabiliteringsinstitusjon) med samisk språklig og kulturell kompetanse skal kunne fungere både i forhold til kommuner og i forhold til andre fylkeskommuner, bør det utvikles et nettverk for en kommunikasjon mellom de som er interessert i et slikt samarbeid. Det er mulig at endel finansielle sider bør tas opp med Rikstrygdeverket ettersom et samarbeid utvikler seg.

Delmål 3. Regionale og landsdekkende rehabiliteringsfunksjoner til det beste for samiske brukere

De regionale og landsdekkende rehabiliteringsfunksjoner må i størst mulig grad tilrettelegges for samiske brukere. De institusjoner som ivaretar disse funksjonene er i følge Samelovens språkregler ulikt forpliktet til å ivareta samisk språk og kultur i møtet med de samiske brukerne. Utvalget er av den oppfatning at det må tilligge helseregion 5 et særskilt ansvar i forhold til samiske brukere i rehabiliteringsarbeidet. Dette vil i første rekke få betydning for rehabiliteringsarbeidet ved Regionsykehuset i Tromsø. Det bør skje et forsknings- og utviklingsarbeid på regionalt nivå som bl.a. fremmer kunnskap om samiske brukeres behov og forutsetninger i rehabiliteringsarbeidet. Det er også behov for en vurdering av hvordan landsdekkende rehabiliteringsoppgaver best kan ivaretas i forhold til samiske brukere.

Tiltak 1: Rehabiliteringsteam spesielt innrettet på samiske pasienter på sykehus i Helseregion 5

Noen pasienter vil trenge bistand fra høyspesialisert kompetanse fra funksjonshemningen oppstår, og gjennom hele rehabiliteringsfasen. Det er i første rekke disse som trenger rehabilitering på regionnivå. Oppfølgings- og kontrolloppgavene skal etter hvert overtas av 2.- og 1. linjetjenesten hos de fleste av disse pasientene. Særlig viktig for rehabiliteringsarbeidet er at det sikres informasjon fra det kommunale og det fylkeskommunale nivået, såvel som informasjon og veiledning fra regionnivået til disse nivåene.

Samelovens språkregler har også konsekvenser for regionale organer som har sete utenfor lovens forvaltningsområde, og som skal betjene hele fylket eller regionen. I denne sammenheng arbeider f.eks. Regionsykehuset i Tromsø med å utvikle

en fungerende tolketjeneste, og et system for fleksibel bruk av samisktalende personell.

Med en funksjonell bruk av sykehusets kompetanse, så vil informasjon og veiledning kunne skje i forhold til sykepleier som henter og bringer den samiske pasienten. Følge og opphold over lengre tid ved sykehuset av pårørende eller samisktalende sykepleier vil også kunne reduseres betraktelig. Ved endel tilfeller vil det nok likevel være behov for at samisktalende fagfolk følger med pasienten fra 1. eller 2. linjetjenesten for at pasientenes problemer skal bli tilstrekkelig belyst.

For å sikre en skikkelig oppfølging i forhold til samiske pasienter, er det nødvendig at man har personell som både har den faglige kompetanse som trengs i rehabiliteringen, og som har den nødvendige kjennskap til samisk språk og kultur. Dette trenger imidlertid ikke være en og samme person, men de bør inngå i et team rundt pasienten.

De fleste regionsykehus er i dag i en prosess med å bygge opp sine kompetanseteam. Regionsykehus som skal betjene samiske bosettingsområder, det vil i praksis være Regionsykehuset i Tromsø, bør se til at disse teamene også er innrettet i forhold til samiske pasienter, og eventuelt legge inn den nødvendige kompetanse i disse teamene.

Erfaringene fra regionsykehusoppholdet kan overføres ved at personale fra kommunehelsetjenesten eller fylkets rehabiliteringsavdeling eller rehabiliteringsteam reiser til regionavdelingen for rådgivning. Andre ganger er det mest hensiktsmessig at personale fra regionavdelingen reiser ut. Der fylker og kommuner har et godt organisert rehabiliteringsarbeid som innebygger hensynet til samiske pasienter og klienter, og har denne kompetansen som del av sine team, vil man i sterkere grad være sikret en kunnskaps- og erfaringsoverføring som bygger inn hensynet til den samiske pasienten.

Tiltak 2: Forsknings- og utviklingsarbeid innen rehabilitering med sikte på samiske brukere

Medisinsk rehabilitering som satsningsområde innebærer også at det må satses på forskning, utvikling av rehabiliteringsprogrammer og evaluering av behandlingsmetoder. Målsettingen er tverrfaglige forskningsmiljøer som skal kunne gi pålitelig og praktisk nyttig kunnskap til det beste for brukere på alle nivåer i helsetjenesten. Eksempler på forskningsoppgaver er psykososiale konsekvenser av funksjonshemningen for den funksjonshemmede og familien, evaluering av effekten av eksisterende behandlingsmetoder, og utprøving av nye behandlingsmetoder. Det bør vurderes å øremerke forskerstillinger for fagfolk med samisk språk- og kulturbakgrunn, og man bør f.eks. finne fram til forskningsoppgaver som kan bedre vilkårene for samiske brukere.

Tiltak 3: Vurdering av tilgjengelighet av behandlingstilbudet ved landsdekkende rehabiliteringsoppgaver sett i forhold til samiske brukere

De miljøene som har ekspertise og behandlingsskapitet for sjeldne sykdommer og funksjonshemminger ligger langt fra de samiske bosettingsområdene, og de har ingen lovpålagt oppgave i å ivareta disse pasientgruppene på samisk språk. Det vil være få samer i disse gruppene, og man kan ikke regne med at de skal ha utviklet tospråklighet samisk-norsk i tilstrekkelig grad til å få tilfredsstillende utbytte av tilbudene i disse miljøene. Her bør det vurderes nøye hvorvidt pårørende, tolker eller samisktalende fagpersonell skal følge med når samiske pasienter benytter seg av tilbudene. Samisktalende fagpersonell vil sikre korrekt informasjon og behandling

av pasientene, og de vil kunne styrke sin egen fagkompetanse ved å følge pasienten. Samtidig er dette en personellressurs som det er knapphet på i samiske områder, slik at dette vil måtte vurderes nøye. De mulighetene som ligger i bruk av telemedisin kan også være av betydning her. Det bør også vurderes å utvikle ekspertise og behandlingsskapasitet for enkelte små grupper funksjonshemmede ved institusjoner i samiske områder som har samiskspråklig fagpersonell. Det er således behov for et utviklingsarbeid for å høste og oppsummere erfaringer, og for å organisere et tilfredsstillende landsdekkende rehabiliteringstilbud til samiske brukere.

Delmål 4. En yrkesrettet rehabilitering som tar hensyn til samiske kulturelle forhold

Rehabiliteringsarbeidet i arbeidsmarkedsetaten foregår i hovedsak gjennom det lokale arbeidskontoret. Erfaringer innen kommunale etater viser at folk med samisk bakgrunn ofte kan ha vanskeligheter med å fremstille problemer og behov. Man har særlig innen helse- og sosialetaten blitt oppmerksom på dette, og man har begynt å registrere at samiske pasienter og klienter har hatt en tilbøyelighet til å falle ut av systemet, og ikke benyttet seg av de eksisterende tilbudene. Man har også sett at arbeidsmarkedsetatens vanlige tiltak og rutiner ikke har fanget opp den samiske befolkningsgruppen på en tilfredsstillende måte. Ingen tilbud har hittil vært spesielt utviklet for disse klientene, og det har i liten grad vært trukket inn kulturell kompetanse i arbeidet med rehabilitering av folk med samisk bakgrunn. De samiske klientene har tilpasset seg det eksisterende tilbudet innenfor de rammer som har eksistert. Det må vurderes tiltak som bl.a. innebærer å endre betingelsene for samhandlingen med de samiske klientene, bl.a gjennom utviklingen av en kulturell kompetanse, og forsøksvis utvikling av rehabiliterings- og arbeidsmarkedstiltak spesielt tilrettelagt for den samiske befolkning. Her må man være klar over at behovene kan variere og defineres forskjellig i de forskjellige typer samiske samfunn. Selv der problemene defineres likt, vil den mest hensiktsmessige praktiske utformingen av tiltakene kunne være forskjellig. Sikring av samisk språklig og kulturell kompetanse på arbeidsmarkedskontorene vil etter utvalgets oppfatning være avgjørende for å gi en relevant kartlegging av de samiske klientenes ønsker og potensiale, og for å utvikle et bedre tilrettelagt tilbud for disse. En slik kompetanse vil lette samarbeidet mellom fagfolk og klient, og bidra til mer relevante og realistiske rehabiliteringsmål for de samiske klientene. Den vil også kunne motvirke at de samiske klientene velger å avstå fra den hjelp etaten kan gi, ut fra en tankegang om at dette ikke nytter, eller at dette bare gir en forsterket følelse av sosiale nederlag. Arbeidsmarkedskontorene kan også henvise til etatens andrelinjetjeneste. Andrelinjetjenesten er under organisering. Den består av regionale arbeidsmarkedsinstitutter og arbeidsrådgivningskontorer. Arbeidsmarkedsinstituttene skal bl.a. bistå med kortvarig arbeidsplassutprøving og kartlegging av klientenes yrkesmessige rehabiliteringspotensiale, i tillegg til metodeutvikling og veiledning for å kvalifisere rehabiliteringstjenesten ved arbeidskontorene. Der rehabiliteringstiltakene i førstelinjetjenesten ikke har lyktes, så henvises det altså til arbeidsmarkedsinstituttene for videre utprøving av tiltak. Arbeidsmarkedsinstituttene kartleggingsmetoder slik de utøves i dag, tar ikke særskilte hensyn til de samiske klientene. De aktuelle testene tar ikke utgangspunkt i eller hensyn til klientenes etniske bakgrunn. Arbeidsmarkedsinstituttene mangler så langt utvalget erfarer kompetanse i flerkulturell tolkning og forståelse. De erfaringer som er oppsummert så langt viser at det gjerne oppstår «misforståelser» når den samiske klient og vedkommendes potensiale skal vurderes. Sosio-kulturelle problemer får lett en annen «diagnose» hos en terapeut eller psykolog uten nødvendig kulturell kompetanse, og faren for at klientenes pro-

blemer sykeliggjøres og enda verre, at de knyttes til manglende evner, øker. Den kommunale helse- og sosialtjenesten erfarer at mange av de samiske klientene sier at de ikke har fått noen hjelp fra arbeidsmarkedsinstituttet, at de føler seg mindreverdige og misforstått, og at de ikke vil tilbake til flere tester. Dette bør kunne rettes opp på flere måter. Man kan tenke seg at det opprettes et eget arbeidsmarkedsinstitutt, eller en egen avdeling, for den samiske befolkning. Mer realistisk er det at det stilles som vilkår at minst en av de sosionomene eller psykologene som utøver arbeidsmarkedstestene har samisk språk og kulturbakgrunn, eller forplikter seg til å tilegne seg slik kompetanse. Det bør også på sikt utvikles egne metoder eller tester for de samiske klientene. Arbeidsrådgivningskontorene skal gi råd til arbeidssøkere ved valg av utdanning og yrke, bistå med kartlegging og rådgivning i forbindelse med arbeidslivsproblemer, og fremme tiltak med sikte på å bedre jobbsøkningsadferd og arbeidsevne. Det er selvfølgelig behov for den samme kulturelle og faglige kompetansen her, dersom målsettingene skal oppfylles. Målet for den yrkesrettede rehabiliteringen er tilpasning til et ordinært arbeidsforhold av en person som er psykisk, fysisk eller sosialt funksjonshemmet. Yrkesrettet rehabilitering omfatter fastsetting av mål og kartlegging av den funksjonshemmedes muligheter og begrensninger i forhold til en arbeidssituasjon. Kartleggingen skal kunne ut i en konkret rehabiliteringsplan rettet mot tilpasning til arbeidslivet. Kartleggingen og fastsetting av målene er avhengig av at det tas hensyn til klientens forhold til samiske verdier, og til egen samisk identitet. Sammen med en utvikling av kulturelt relevante aktiviteter og tiltak, vil dette øke mulighetene for en vellykket rehabilitering. Det vil også være klare samfunnsøkonomiske gevinster å hente ved en mer effektiv og tilpasset rehabilitering gjennom et språklig og kulturelt tilpasset tilbud. En rehabilitering som fungerer i praksis og over tid også for de samiske brukerne, innebærer en mer reell utprøving av mulighetene for arbeid framfor trygd for denne gruppen. Tiltak av den typen som omtales her innebærer ikke bare relevant hjelp til enkeltindivider, men medvirker også til en kulturell rehabilitering av samekulturen i videre forstand. Identitetsstyrkende tiltak på individ- og gruppenivå innebærer en kulturell rehabilitering i et videre perspektiv ved å sikre samisk kultur, språk og samfunnsliv, og dermed bidra til å sikre videreføringen av samekulturen til neste generasjon. Dette kan ses som en konkretisering av Grunnlovens §110A, og Same-lovens formålsparagraf.

Tiltak 1: Kompetanseoppbygging om relevante samiske forhold i arbeidsmarkeds-etaten gjennom opplæring og praktiske prosjekter.

Det bør skje en kompetanseoppbygging i arbeidsmarkedsstatens 1. og 2. linjetjeneste som har som mål å:

- bedre samhandlingen med den samiske klient
- korrigere informasjonstilfanget i etaten
- fastsette mål for rehabiliteringsprosessen som tar hensyn til klientens kulturelle bakgrunn.
- lette kartleggingsarbeidet i forhold til den samiske klient
- utvikle mer relevant opplegg for rehabilitering av den samiske klient
- gjøre mindre bruk av 2. linjetjenesten
- utvikle mer relevante tjenester når 2. linjetjenesten kontaktes i enkeltsaker
- legge til rette for mer relevant veiledning til etatens 1. linjetjeneste

Det kan hentes ideer til denne kunnskapsoppbyggingen gjennom aktuelle prosjekter, av den typen som er omtalt under «Nye veier i rehabilitering og arbeidstrening» i dette kapitlet. Dette er prosjekter som på mange måter representerer et nybrotts-

arbeid hva angår samiske aspekter i arbeidstrening og opplæring. Gjennomgående for prosjektene er at de tar sikte på å styrke selvfølelsen for samer som har vært «sosialt funksjonshemmet» på grunn av lav selvfølelse, og å gi disse et tilrettelagt arbeidstreningstilbud med tilknytning til områder der de allerede har visse kunnskaper, ferdigheter og sikkerhet, med det mål at de etterhvert kan fungere i flere typer arbeid. Slik vil prosjektene både gi en rehabiliteringsgevinst, og de vil fungere forebyggende i forhold til forsterkning av sosiale problemer, til utvikling av rusproblemer, etc. Det er tidlig å si noe om resultatet av disse prosjektene, og det er heller ikke hensikten i denne sammenheng. De omtales her som eksempler på tiltak som tar utgangspunkt i lokale forutsetninger, som ønsker å bygge inn samiske kulturelle hensyn i rehabiliteringen, og som vil framskaffe målrettede og tilrettede tilbud spesielt for samiske klienter. Prosjektene er omtalt med det for øye å understreke betydningen av at det utprøves slike tiltak. I tillegg til å komme de samiske klientene til gode, vil erfaringene fra prosjektene kunne danne grunnlag for en oppbygging av relevant samisk kulturkompetanse innen arbeidsmarkedsetaten. Det bør utvikles og gjennomføres flere prosjekter i forskjellige samiske samfunn. Det bør sikres en utveksling av informasjon om prosjektene mellom de forskjellige kommuner og lokale etater, og prosjektene bør ligge til grunn for en gjennomført kompetanseoppbygging i arbeidsmarkedsetaten. Prosjektarbeid har den fordel at det vil være lettere å utvikle de nødvendige former for samarbeid mellom etater og faggrupper for å finne fram til tilbud som er bedre tilrettelagt ut fra lokale forutsetninger og ressurser. I prosjektarbeid kan man i større grad enn ved mer ordinære tiltak tilpasse og tilside sette eksisterende lov- og regelverk. F.eks. kan det være behov for å fravike Folketrygdloven for å gi de klientene som deltar i prosjektene større medansvar. Prosjektformen kan lette utviklingen av samarbeid over fag- og etatsgrenser, over fylkes- og kommunegrenser. Kurs for utvikling av samisk språklig og kulturell kompetanse bør kunne skje i Arbeidsmarkedsetatens egen regi. Det kan organiseres i samråd med de nordligste fylkeskommunenes samiske konsulenter, de forskjellige høyskoler, det kan trekkes på erfaringer fra Regionsykehuset i Tromsø, eller fra Universitetet i Tromsø (fagfeltet samfunnsmedisin eller etnisk medisin, når dette etterhvert opprettes). Dersom det skjer en faglig utvikling med inkorporering av samiske aspekter innen psykisk helsevern, bør dette kunne tilflyte Arbeidsmarkedsetaten, eventuelt bør det kunne skje en utveksling av erfaringer og synspunkter. Utvalget antar at arbeidsmarkedsetaten har vurdert sin virksomhet i forhold til Samelovens språkregler, og i forhold til Samelovens generelle målsetting.

KAPITTEL 10

Arbeidsmiljøtiltak i reindriftnæringen**10.1 INNLEDNING**

Når det gjelder belastningslidelser i forhold til arbeidsmiljø, skilles det gjerne mellom fysiske belastninger, dvs. ytre og indre fysiske krefter som påvirker menneskekroppen, og psykososiale belastninger, dvs. ulike samfunnsmessige og mellommenneskelige forhold som påvirker individet.

Den følgende framstillingen baserer seg i hovedsak på undersøkelser om arbeidsmiljøproblemer og belastningslidelser blant reindriftsutøvere i Norge, Sverige og Finland fra 1989 til 1994.

Som bakgrunn for diskusjonen om arbeidsmiljøtiltak for reindriftssamer, finner vi det nødvendig å klargjøre endel grunnleggende forhold ved reindriftnæringen, ved måter å forstå og forklare sykdom på, samt ved arbeidsmiljølovens anvendelse i reindriften.

Reindriftens organisering

Dagens organisasjonsstruktur som omfatter styring og forvaltning av næringen er fastsatt i Reindriftsloven. Reindriftsstyret oppnevnes av Landbruksdepartementet. Det har en rådgivende funksjon overfor reindriftsadministrasjonen, reinforskning og rettledningstjenesten, og har avgjørelsesmyndighet i næringspolitiske saker.

På landsbasis er det seks reinbeiteområder. For hvert reinbeiteområde oppnevner fylkestingene hvert fjerde år et områdestyre. Områdestyrene har et flertall av næringsrepresentanter, og har avgjørelsesmyndighet i en rekke saker av næringsmessig karakter.

Hvert reinbeiteområde er inndelt i reinbeitedistrikter. I hvert reinbeitedistrikt skal det være et distriktsstyre (tillitsmannsutvalg). Representantene velges av og blant reineiere som representerer distriktets interesser utad, og som har betydelig myndighet i styringen innad i distriktet.

I hvert reinbeiteområde er det et reindriftskontor som er underlagt Reindriftsadministrasjonen i Alta. Her ligger det samlede forvaltningsansvar for reindriften. Reindriftskontorene er sekretariat for områdestyrene og står også til disposisjon for distriktsstyrene så langt kapasiteten rekker.

Den samiske siida er en organisatorisk og dynamisk enhet innen reindriften. Den utgjør et vokterfelleskap hvor alle medlemmene er sammen om arbeidet med reinflokken. Medlemmene av siidaen eier sine bestemte dyr. Sammensetningen og størrelsen av en siida varierer gjerne gjennom årssyklusen. Som oftest er medlemmene i en siida i nær slekt eller i familie, men en siida kan også bestå av en enkel familie. Siidaen har ingen formell makt eller status i den organisasjonsstrukturen som er bygd opp etter reindriftsloven.

I tillegg til disse enhetene kommer en rekke råd og utvalg.

Reindriftens arbeidsår og arbeidsredskaper

Reindrift følger en helt bestemt årssyklus, der ulike arbeidsoperasjoner har sin bestemte plass tilpasset driftsformen. Man regner at driftsåret starter 1. april. Driften omfatter vokting, merking, slakting og samling/skilling av dyrene og arbeid i forbindelse med flyttingen mellom beiteområder.

Viktige arbeidsredskap er biler, 4 hjulsmotorsykler, to- hjulsmotorsykler, snø-scooter, bilhengere med og uten tilleggskarmer, lasso, kniv, ski, etc. Ute ved kysten har man gjerne båt og påhengsmotor. Helikopter og fly benyttes noen steder til persontransporter, leting og driving.

En rekke av arbeidsaktivitetene og bruken av arbeidsredskaper er forbundet med stor fare for ulykker og kan ha store helsemessige konsekvenser.

Sykdomsforståelse

Man regner ofte at det er 3 hovedmåter å se og forstå hvordan sykdom oppstår; nemlig organfeil, apparatfeil og økologisk feil. Det mest fremtredende synet i dag er at sykdom oppstår som følge av en organskade. Økonomiske midler og bruk av helsepersonell går for en stor del til utredninger og behandlinger.

Sykdom oppstår etter apparatfeilmåten ved at mennesket ikke handler i samsvar med sine fysiske omgivelser. Det vil si at en enten må tilpasse mennesket til de fysiske omgivelser, eller at en må tilpasse de fysiske omgivelser til mennesket, ofte utfra beskrevne standarder. Typisk eksempel er sittestillinger, hvor en enten kan rettlede personen til å sitte med rett rygg, rett nakke, 90 grader i albue osv. Hvis dette ikke er mulig, tilpasses stol og bord, slik at det blir mulig.

Den økologiske måten å se dette på er at menneskers sykdom skyldes påvirkning fra deres omgivelser, som samfunnet omkring, arbeidsmiljø, forurensning osv. En økning av belastningslidelser, kreft, økning i selvmord, asmatiske tilfeller osv. i de siste 20 år er typiske omgivelsessykdommer. For å kunne bedre helsetilstanden, er det ofte nødvendig å arbeide krysningfeltet mellom flere fagområder, som økonomi, samfunnsvitenskap, arbeidsmiljø, biologi, organisasjonsutvikling, kvalitetsforbedringer m.m.

Forklaringsmodeller — forebyggende helsearbeid

Isfjell-modell

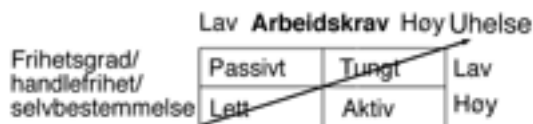
Isfjell-modellen går i korthet ut på at en over isfjellet finner sykdom, skader o.l. som er lett synlig, og at en må under isfjellet for å finne årsakene. For forebyggende arbeidsmiljøarbeid søkes årsakene i arbeidsmiljøfaktorer.

Levekårsmodell

Levekårsmodellen, som ofte brukes i samfunnsmedisin, viser til at dårlige levekår, dvs. dårlig økonomi, dårlig kontroll med egen situasjon m.m., fører til risikofaktorer som igjen fører til dårlig helse.

Gardels modell

Gardels modell er en forklaringsmodell på hvordan uheldige belastninger gir uhelse



Figur 10.1

Sammenhenger mellom belastninger og uhelse. Gardels modell.

Ifølge figuren er den mest uheldige kombinasjon høy belastning og lav selvbestemmelse. Det er ifølge Gardel disse gruppene som har flest arbeidsrelaterte sykdommer, og det høyeste sykefraværet.

Økonomisk tapsmodell

Den økonomiske modellen er hentet fra kvalitetssikring hvor det å redusere økonomiske tap gjennom kvalitetsforbedrende tiltak er viktig. I arbeidsmiljø sammenheng blir sykdom, ulykker, skader, manglende vedlikehold osv., sett på som økonomiske tapsfaktorer. Tap i denne sammenheng betyr også de kostnader som er forbundet med det å ha dårlig kvalitet på produktet. En viser videre til sammenhenger mellom de forskjellige tapskategorier, dvs. at tap innenfor et område medfører tap på et eller flere andre områder.

Forebyggende strategier

Det forebyggende arbeidet kan deles inn i tre hovedstrategiområder:

- primært forebyggende arbeide, dvs. forhindre at sykdom, skader o.l. oppstår.
- sekundært forebyggende arbeide, dvs. tiltak for å oppdage sykdom, skader o.l.
- tertiært forebyggende arbeide (intervenering), dvs. hindre og forebygge videre utvikling.

Et nytt begrep som er kommet inn i det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet de siste år er avviksbehandling. Det vil si at en ser på ulykker, skader, dårlig helse og belastende arbeidsmiljøfaktorer som avvik, og at dette må behandles med arbeidsmiljørettede tiltak.

Arbeidsmiljølovens anvendelse i reindrift

For reindriften gjelder spesielt arbeidsmiljølovens forskrift nr. 462: «Arbeidsmiljølovens anvendelse på virksomhet i landbruk som ikke sysselsetter arbeidstaker». Der hvor en har arbeidsgiver- og arbeidstakerforhold, gjelder Arbeidsmiljøloven (AML §4). Det vil som regel være i de tilfeller der en eier av driftsenhet ansetter dreng. Under fellesarbeid som ledes av distriktet er det ikke helt klart hvorvidt distriktet har arbeidsgiveransvar.

Forskrift om internkontroll gjelder ikke for reindrift. Myndighetenes krav til reindriften vil rette seg mot de mest sentrale deler av lovene som inngår i internkontroll, som Arbeidsmiljøloven, lov om Produktkontroll, lov om Brannvern m.m. Det vil ikke bli stilt krav til dokumentasjonsdelen innen internkontroll.

Arbeidsmiljøloven pålegger arbeidsgiver et totalansvar for arbeidsmiljøet, AML §14. Reindriftsstyret, som øverste ledelsesmyndighet er således det organ som bør ha et overordnet ansvar innen arbeidsmiljøarbeidet i reindriften på lik linje med utøvelsen av andre ledelseoppgaver. Ansvaret for arbeidsmiljøarbeidet følger linjeledelsen. I reindriften vil det si områdestyrene, distriktsstyrene og eiere av driftsenheter. Fagorganisasjonene er det som har det overordnede ansvar for at medlemmene deres omfattes av gjeldende lovverk

I følge Arbeidsmiljøloven skal arbeidsgiver ha tilknyttet seg verne- og helsepersonell der hvor det kan være fare for ansattes liv og helse (AML § 30). Arbeidsmiljømyndighetene legger opp til at alle bedrifter innen år 2000 skal ha tilknyttet seg verne- og helsepersonale. Disse skal bistå med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.

10.2 FYSISKE BELASTNINGER. FOREKOMST AV ULYKKER, FYSISKE HELSEPLAGER OG UTFORDRINGER I FORHOLD TIL ARBEIDSMILJØET I REINDRIFTSNÆRINGEN

Den norske undersøkelsen fra 1994 går ut fra statistikken over dødsulykker i Kautokeino kommune fra 1989 til 1993, som i gjennomsnitt viser 2 døde pr. år grunnet dødsulykker. Det var annethvert år en hjertestans under reindriftsarbeid. Man regner med at dette i gjennomsnitt gir 66 dødsulykker pr. 100000 innbyggere i Kautokeino kommune. I næringen gir det 100 dødsulykker pr. 100000 årsverk. Tar en med dødsulykker som skjer under binæring og reise til og fra arbeid, regnes det med 200—400 dødsulykker pr. 100000 årsverk. Dette er høye tall. Mange ulykker er drukkingsulykker hvor kjøretøy er involvert. En tilsvarende undersøkelse, blant arbeiderne i utmark i Alaska, viser en dødelighet i yrkessammenheng på 30—40 pr. 100000 årsverk. Etter opplysninger fra Arbeidstilsynet ligger norske bønder på mellom 30—40 dødsulykker pr. 100000 årsverk.

Opgavene over arbeidsulykker viser en skadehyppighet pr. ansatt på 245 i året. I alt var det 21 ulykker, hvorav 14 var personskader, og 8 materielle skader. De hyppigste kroppssteder som var skadet var: finger/håndskader (28 %), ankel/fotskader (21 %), hode/ansikt (14 %), og ryggskader (14 %). Overstrukne ledd og muskler var hyppigste skadetype. Barmarkskjøretøy var årsak til de fleste og alvorligste ulykkene. De fleste av ulykkene skjedde under gjeting om sommeren og samling om høsten. Det ble ikke brukt verneutstyr eller gitt adekvat 1. hjelp ved noen av ulykkene. Man regner at 38 % av ulykkene kunne vært unngått ved bruk av verneutstyr.

De intervjuede oppga følgende årsaker til ulykkene: terrengforhold, føreforhold, værforhold, dårlig sikt, uoppmerksomhet, dårlig vurdering, liten respekt for elver og vann, stress for å bli ferdig med arbeidet, stress i form av å rekke frem hurtig, behov for å unngå sammenblandinger av reinflokkene, og for å unngå konflikter, for stor fart etter forholdene, dårlig fottøy og alkohol.

Det store antall av ulykker med terrenggående kjøretøy om sommeren og under gjete- og samlearbeid kan forklares med det kuperte fjellterrenget i kystdistriktene. Det stemmer med at 4-hjulsmotorsulykker representerer det største antall ulykker. Det høye antall velteulykker skyldes for en stor del kjøring på steiner, trær o.l.

I forbindelse med innføring av ny teknologi og nye kjøretøyer «glemmes» gammel kunnskap om is. Fart og selvpålagt tidspress fører til at en ikke tar seg tid til, slik som tidligere, til å sjekke isen før en kjører utpå.

Frihet i arbeidet og egenkontroll over arbeidet er også faktorer av betydning for risikoadferden. Dette understøttes av utøvernes svar angående stressbelastninger. Et eksempel: «Hver 3. utøver var skadet en eller flere ganger i løpet av ett år. De fleste ulykker skjedde senhøstes under slakting, samling for utskilling, og under utskilling. Hovedårsak til skadene var slaktekniv (30 %), og skade fra reinsdyr (25 %). De mest alvorlige skadene skyldtes ulykker med terrenggående kjøretøy. En oppnådde positiv effekt ved å flytte slaktingen innendørs, men fortsatt var kniv og reinsdyr hovedårsak til skadene. En drev også med informasjonsarbeid. Ulykkesratene gikk ned i løpet av 2 år fra 21 til 12 skader/1000 arbeidsdager.» Dette viser at det er mulig å forebygge skader og påvirke til sikkerhetstiltak blant reindriftsutøvere.

Den andre norske undersøkelsen fra 1989 belyser i sin undersøkelse skadene ut fra hvor mange prosent som har vært skadet i tilknytning til bruk av terrenggående kjøretøy, og med hvilken type kjøretøy. Av de spurte hadde 43 % en eller annen gang skadet seg i forbindelse med bruk av terrenggående kjøretøy. De fleste hadde

skadet seg med scooter. Deretter kom to-hjulssykkelen, som også har vært lengst i bruk. De fleste ulykkene skjedde ved velt eller ved kollisjon med trær, steiner, el.lign. Hodeskadene utgjorde 28 % av skadene. Arm- og benskadene utgjorde 36 %, og ledd og nakkeskader 36 %. Av de 43 % som var skadet, var 21 blitt innlagt på sykehus.

Fysiske helseplager

Man kan få et bilde av de hyppigste arbeidsrelaterte fysiske helseplager i reindriften ved å sammenligne de fire større undersøkelser som er gjort i Norden. Det er undersøkelser Ellen Kristine Sara (1989), Johnny Aira (1989), Näyhä et al. (1991) og Bjørn Tostrup (1994).

Tab.10.1.

Sammenligning mellom resultater fra helseundersøkelser om de hyppigste fysiske helseplager i reindriften. Tallene er i prosent.

Helseplage	Sara 1989	Aira 1989	Näyhä 1991	Tostrup 1994
1. Nakke		39		25
1. Nakke/øvre rygg	53			30
1. Nakke — skulder			51	50
2. Skulder	47	38		23
3. Albue				16
3. Underarmer		22		
4. Handledd/ fingre	47	44		26
5. Korsrygg	78	53	60	68
6. Rotsmerte			32	18
6. Kne		52		19
8. Øre, nese, hals			21	23
9. Øyne		37		19

Kilde: (Kilde: Bjørn Tostrup 1994.)

Undersøkelsen fra 1994 viser at ca. 90 % av utøverne har minst en belastningslidelse i løpet av et år. På landsbasis regner man med at ca. 20 % av befolkningen har en muskel- skjelettlidelse, og at 20 % av de voksne menn har en rygglidelse. Dette indikerer en overhyppighet i reindriften sammenlignet med den øvrige befolkningen. I denne undersøkelsen finner en at det er mange som er plaget mye. Man ville kanskje heller forventet å finne at mange var plaget lite, og færre var plaget mye, noe som er mer vanlig i befolkningen ellers.

Av ryggplager ser man at de aller fleste er plaget med korsryggsmerter. Ryggplager går igjen hos bortimot 50 % av de spurte i flere av undersøkelsene. For de hyppigste lidelsene oppgir mange å være plaget mer enn 10 ganger, noe som tyder på at mange av lidelsene er av kronisk karakter.

Flere av undersøkelsene viser til en økning av forekomsten av plager med økende alder, med en topp i 50—60 årsalderen. Deretter faller kurven. Generelt skyldes dette sannsynligvis at utøverne blir førtidspensjonert grunnet blant annet sykdom og nedsatt arbeidskapasitet. De som blir igjen i arbeidet etter en viss alder er ofte friskere enn gjennomsnittet i samme alder.

Vanlig i samfunnet er at en av ti 20-åringer får en muskel- skjelett lidelse, mens tre av ti 60-åringer får en muskel- skjelettlidelse. Det vil si at det er 3 ganger så mange 60-åringer som 20-åringer som har en belastningslidelse. I materialet fra reindriften finner en dette innenfor plager som; rotsmerte (skyldes trykk fra virvelskive på nerveroten), nakkesmerter og albuesmerter. Mens det avviker for lidelser som korsryggsmerter og håndleddssmerter. Ryggglidelser viser ellers i samfunnet en topp i 30—40 årsalderen for deretter å avta i 50—60 årsalderen.

De norske undersøkelsene viser at ca. 7 % av utøverne har hvite fingre. Også finske arbeidsmiljøforskere viser her til en overhyppighet. Årsak oppgis å være røyking, vibrasjoner fra kjøretøy, kulde og handstilling.

Med bakgrunn i dette kan man si at det er en stor overhyppighet av yrkesrelaterte fysiske helseplager innen reindriften, spesielt for ryggglidelser og rotsmerter fra rygg, skulder- og armlidelser. Lidelsene viser et kronisk forløp, og øker med alderen.

Som de viktigste arbeidsmiljøårsaker til belastningslidelsene oppgir utøverne:

- Sittestilling, slag og vibrasjoner fra kjøretøyene, snøscootere, 4-hjulsmotorsykler, terrengmotorsykler
- Arbeidsteknikk, løfting, trekking
- Periodevis fysisk press/stress i i form av mye kjøring, reinskilling, gjerdearbeid o.l.
- Arbeid under «tøffe» klimatiske forhold
- Psykososiale forhold som: konflikter, dårlig samarbeid, trivsel, bekymringer for fremtiden og økonomiske bekymringer.

I tillegg rapporteres det fra arbeidsmiljøforskere, særlig i Finland om høye konsentrasjoner av tungmetaller i blodet hos reindriftsutøvere. Som hovedgrunner kan oppgis røyking og forurensning. På grunn av radioaktivt nedfall i reindriftenstets beiteområder etter Tsjernobyl og etter aktiviteter i Russland, og på grunn av den oppsamling som skjer i næringskjeden lav-kjøtt-menneske, så har troligvis reindriftsutøverne det høyeste bequerellnivået av innbyggerne på Nordkalotten.

De norske levekårsundersøkelsene foretatt i 1993 viser at den samiske befolkning troligvis har en lavere forekomst av hjerte-kar lidelser enn den øvrige befolkning. Tilsvarende resultat har man kommet fram til på finsk side.

Fysisk arbeidsmiljø/kjemisk helsefare/hygiene

De undersøkelsene som er gjort innen reindriften gir også et bilde av det fysiske arbeidsmiljøet, hygiene og av kjemisk helsefare.

Tab.10.2.

Fysisk arbeidsmiljø/ kjemisk helsefare/hygiene. Arbeidsmiljøsammenlikninger mellom resutater fra helseundersøkelser. Tallene er i prosent.

Fysiske faktorer	Aira(—89)	Sara(—89)	Tostrup(—94)
Eksos	52	47	19
Støy	68	56	40
Vibrasjoner/ slag		70—80	45

Kilde: (Kilde: Bjørn Tostrup, 1994.)

De forskjellene som kommer fram når man ser på faktorene eksos, støy, vibrasjoner og slag kan skyldes tekniske forandringer og forbedringer på kjøretøyene de siste år.

Andre fysiske faktorer som framgår av materialet er:

- Støv og gjørme under arbeide med rein spesielt i girdno (innhegning som brukes ved skilling av rein), hvor støvet og gjørmen inneholder jord, møkk (kole-ribakterier) og reinhår.
- Dårlige hygieniske forhold, spesielt WC og vaskemuligheter under arbeide med rein i girdno.
- Kjemisk helsefare, som i det vesentlige dreier seg om oppbevaring og handtering av oljeprodukter.

Arbeidssituasjon og arbeidsmiljø for innleid arbeidskraft

Innenfor driftsenheten er arbeidssituasjonen til «drene», eller den innleide arbeidskraften, vanskelig. Alle kan ikke ha egen driftsenhet. Man må ha lang erfaring og «fartstid», og ha bygd opp en egen flokk. Drenger rekrutteres oftest fra egen familie, gjerne egne sønner. Lønnen betales i kjøtt og levende rein. En del av de intervjuede reieneierne med «ansatte» drenger var skeptiske til å tilknytte seg en bedriftshelsetjeneste eller å delta i prosjekter om helse- miljø og sikkerhet, ut fra den tanke at det ville medføre problemer i forhold til arbeidsmiljøloven. Da kan drengen forlange lønn, regulert arbeidstid, utstyr og skikkelige boforhold. For å få mulighet til å bygge opp egen flokk og kanskje engang i framtiden få egen driftsenhet, har drengene vært villige til å godta dårlige arbeidsforhold. Drengenes dårlige arbeidsforhold og dårlige lønn i kroner, og en situasjon hvor det har blitt vanskelig å bygge opp en egen flokk og få egen driftsenhet, gjør at det har blitt stadig vanskeligere å skaffe dreng utenom egen familie med spesiell interesse for reindrift. Reindriften har alltid vært avhengig av drenger i den daglige driften, og ekstrahjelp i arbeidsintensive sesonger. Dagens situasjon kan føre til at det i fremtiden blir vanskelig å rekruttere personer inn i reindriften.

10.3 SYKEFRAVÆR I REINDRIFTSNÆRINGEN

Tabell 10.3. viser sykefraværet i løpet av et år i reindriften. Tallene er i prosent.

Tab. 10.3.

Sykefraværsprosent i løpet av et år i reindriftnæringen.

Kategori	Vår	Sommer	Høst	Vinter	Årsbasis
Sykdom	7	7,4	9,2	9,2	7,7
Skader	2,2	2,7	2,2	4	2,8
Total	9,3	8,7	9,6	13,2	10,5

Kilde: (Kilde: Bjørn Tostrup, 1994)

Denne fraværstatistikken gjelder aktive yrkesutøvere. Materialet var begrenset, og sier ingenting om fravær fordelt på kjønn. Imidlertid fant man at 75 % av alle sykefraværsdager grunnet sykdom skyldtes smerter i muskler og ledd, mens 55 % av det totale sykefravær skyldtes smerter i muskler og ledd. Fraværet var høyest om vinteren. Sykefraværet er ikke spesielt høyt sammenliknet med tilsvarende lokal industri. Ifølge NHO ligger industrien i Norge på ca. 8 % sykefravær.

Selv om reindriftsutøverne ligger i en høyrisikogruppe med hensyn til sykdommer og skader, så har de et stort press og ansvar på seg for å være på fjellet og passe flokken. Imidlertid er det ikke et like stort krav til å være like konsentrert i arbeidet hele tiden. Sykefraværet utgjør et samfunnsmessig tap, og man regner med betydelige tap i Kautokeino kommune.

10.4 PSYKOSOSIALE BELASTNINGER, KONFLIKTER OG STRESS I REINDRIFTSNÆRINGEN

Psykososiale forhold dekker generelt mellommenneskelige forhold, og kan betegne forhold som stress, motivasjon, trivsel, konflikter, mobbing, diskriminering og krise. En negativ bedriftskultur er også lagt inn i begrepet. De psykososiale faktorer kan føre til langvarig stress som kan gi seg utslag i sykdommer såvel som i psykiske og psykosomatiske lidelser.

Reindriftsutøverne i de nevnte helseundersøkelsene anså følgende trivselsfaktorer for viktige: godt samarbeid, god økonomi, gode beiteforhold, gode kjøretøy, gode arbeidsforhold, godt kameratskap, framtidsutsikter i reindriften, god helse, det å kunne føre samiske tradisjoner videre, og å få lov til å være med å ta avgjørelser.

Omlag 45 % av de spurte i Tostrups undersøkelse mente at de hadde liten eller ingen innflytelse over utviklingen i reindriften. Reindriftspolitik, byråkrati og lover og regler ble opplevd som noe som begrenset deres handlefrihet. 47 % kunne tenke seg å avvikle reindriften i den nåværende situasjonen. Som hovedårsaker oppga de dårlig helse, dårlig økonomi, dårlige samarbeidsforhold og konflikter i næringen. Som årsaker for ikke å avvikle ble det oppgitt at man ikke ville selge arven sin eller miste alle rettigheter, at man var redd for å falle utenfor reindriftsamfunnet, og ikke hadde kunnskap om noe annet. 50 % av de spurte med barn vil ikke anbefale reindriftsyirket til sine barn. Som grunner oppga de dårlig helse, økonomi, dårlig samarbeid og konflikter. Som grunner for å anbefale yrket til barna oppga de frihet i egen arbeidssituasjon, videreføring og tilknytning til tradisjon og en kultur. Undersøkelsene viser at utøverne føler seg usikre på framtiden, og at mange ser få framtidsutsikter i reindriften. Dette indikerer betydelige mangler på såvel vedlikeholdsbehov (økonomi) og motiverende behov (medbestemmelse, ansvar, samarbeid o.l.). Trivselen opprettholdes for en stor del av at de føler frihet i arbeidet, og ved at de anser seg som bærere av reindriftskulturen.

Opp til 70 % av utøverne mente at de hadde vært delaktige i uløselige konflikter i løpet av de siste 12 månedene. Typiske konflikttegn i de distriktene som ble undersøkt var:

- Tyvslakting
- Redsel for å hente dyr etter sammenblanding
- Fastlåste saks- og personkonflikter
- Alliansedannelser og uformelle grupperinger innad i distriktene. Nytilflyttede til distriktene forteller om hvordan de har blitt påvirket av alliansene, og at de til slutt måtte velge side for ikke å bli egen gruppe.
- Vanskeligheter med å få til endringer som flokkstrukturering, reduisering av reintall, kvalitetsforbedringer og bedre arbeidsmiljøforhold.
- Mobbing og ødeleggende tiltak som rykter, krav om tvangsavvikling, tyvslakting
- Ulovlig stans i fellesbeiteområder, eller at en flytter ut av eget distrikt til et annet på grunn av konflikter.
- Bygging av gjerder som konfliktdempere.
- Aggresjon

- Rettssaker
- Alkohol
- Manglende tillit
- Nedsatt trivsel og motivasjon.

Flere årsaker oppgis til de interne konfliktene. Det dreier seg særlig om konkurranse om beiteområder. Beitekonfliktene er størst i høst- og vinterhalvåret, og har sammenheng med deling av fellesbeiter. Også i flytteområdene er det en kamp om å få utnytte beitene maksimalt til egen flokk. Mange mener at bakgrunnene til dette er at det er for mye folk og for mye rein på vidda, sett i forhold til beitegrunnet. Overgangen til en pengeøkonomi og behovet for tekniske hjelpemidler har ført til at en må ha flere dyr for å klare seg i næringen. Økningen av antall dyr kan også ses som en følge subsidieløst. Man øker flokkene istedetfor å slakte, fordi subsidiene bidrar til å forbedre økonomien totalt slik at man ikke trenger å ta ut dyr til slakt.

Tradisjonelt har antall dyr vært med på å avgjøre hvilken posisjon og makt man hadde i det reindriftssamiske samfunn. Denne tankegangen er den fortsatt gjeldende i en del miljøer. Det er dessuten fordelaktig med store flokker fordi de med mindre rein indirekte også må gjete de «stores» rein for å unngå sammenblandinger. Med mye rein gis også muligheten for å flytte først, hvilket er en fordel beitemessig.

Som grunner til reduksjon av beite vises ofte til for mange dyr i forhold til beitegrunnet. Dette gir nedbeiting og tråkkskader. Desto flere dyr en har i et område, desto mer må en også bruke kjøretøy som igjen gir slitasje. Reduksjon av beiteland vil derfor kunne gi en økning av omfanget av konfliktene.

Det er uenighet om der er for mye rein og folk i næringen blant reindriftsutøverne. I en undersøkelse i 1993 mente 20 % av reieneierne at reintallet var for høyt i eget sommerbeitedistrikt, mens 50 % mente det var for høyt på høstbeite/fellesbeite, 44 % mente det var for høyt på vinterbeite/fellesbeite. På synet om det er for mange utøvere, mente 65 % at det er passe slik det er i dag, mens 24 % mener at antallet må reduseres noe. Noen reindriftsutøvere mener at det ikke er for mye rein på vidda, at slaktevekten det siste året har gått opp, og at dette er bevis godt nok for gode beiteforhold. «Reinen lyg ikke», sier man. Andre mener at vidda mangler beite, men at reieneierne alene blir gjort til syndebukker for at vidda er nedslitt. De mener at andre forhold som øket bruk av utmark, storsamfunnets inngripen f.eks. ved veibygging, samt forurensning også spiller en rolle, og at dette burde kommet klarere fram.

Noen sier at det mangler ansvar for fellesbeitene. Dette kan skyldes at en til reien har privat eiendomsrett, mens beitene derimot er felles. Dette gjør at en vil utnytte fellesbeitene maksimalt for å bedre kvaliteten på egen rein. Solidaritet med andre blir da ikke så viktig, hvis en reduserer sin flokk øker de andre sine.

Det er uenighet om berettigelsen og nytten av gjerder. Noen mener at gjerder letter driften, gir bedret styring med reien og hindrer konflikter. Andre derimot hevder at gjerdene vil føre til at en lettere kan bygge opp flokkene, og at beitesituasjonen som følge av dette vil gi økte beitekonflikter.

54 % av de som ble intervjuet i 1994 var omfattet av vaktordninger. I undersøkelsen fra 1989 var 37 % omfattet av vaktordninger. Dette tyder på at utøverne i større grad er gått over til å samarbeide om drifta. Dermed oppnås fordeler som deling av utgifter og mindre risiko for helsa. Men det krever koordinasjon, enighet og felles mål og planer. Manglende samarbeid i driften anses for å være konfliktskapende. Som godt samarbeid kan nevnes ansvar for gjeting og for felles gjøremål. Det av stor betydning at en kan gjete rein for andre i perioder, og hente rein hos en

annen ved sammenblandinger. Dårlig samarbeid kan skyldes interessemotsetninger basert på individuelle behov og mål. Det synes å være en trend at små siidaer tar et større ansvar for arbeidet. Små siidaer med 3—4 personer er sårbare hvis noen ikke gjør sin del av arbeidet. Disse får også store belastninger ved at de til enhver tid må bruke tilnærmet hele arbeidsstokken. Noen mener at siidaene og distriktene bør fungere mer som et fellesskap med felleseie av maskiner og utstyr, men at dette vanskelig gjøres ved at man ikke er sammen hele året.

Det er eksempler på at dårlig helse kan gi konflikter, spesielt i de situasjoner hvor ikke noen kan gå inn og overta arbeidet. Belastningen på de andre vil øke når en er borte. De kan da komme inn i en dårlig sirkel med at merbelastningen fører til sykdom som igjen fører til økt fravær som igjen øker belastningen, osv. Slik er systemet sårbart. Det finnes eksempler både på at sykdom i en familie har ført til krav fra andre om at vedkommende måtte avvike, fordi de selv ikke hadde kunnet passe reinen sin. Et mer vanlig eksempel er vel da en annen eldre utøver som egentlig hadde sluttet med rein gikk inn og hjalp en familie i en periode med helseproblemer. Man fikk umiddelbar hjelp, og slapp onde sirkler med økte belastninger. Vedkommende utførte i realiteten et forebyggende helsearbeid.

Dårlig ledelse av distriktet nevnes i helseundersøkelsene som grunn til konflikter og dårlig samarbeid. Det gjelder dårlig ledelsesskolering, dårlig tilrettelegging av arbeidet, dårlig planlegging og avgjørelser fattet til egen fordel. Mange utøvere gir inntrykk av å ha mistet tillit til ledelsen. Distriktsstyrene er både privatrettslige representanter for sitt distrikt, samtidig som de skal fungere som forvaltningsorgan. Denne dobbeltrollen lar seg vanskelig forene, og distriktets ledere gir også uttrykk for at det er problematisk. Uklare roller mellom ledelsesfunksjoner og rådgivende organer, uklare roller ved løsning av konflikter, manglende erkjennelse av konfliktforhold, sen saksgang, byråkrati og sterk grad av regelstyring og politisering er med på å forsterke konfliktene. Hurtig behovsdekking og løsning av saker ville i seg selv være konfliktdepende.

I synet på reindriftspolitikken ligger kimen til grunnleggende målkonflikter. Ifølge et synssett kan reindrift betraktes som to idealtyper:

- En reindrift basert på høsting av beiteressurser for kjøttproduksjon, med reindrift som eneyrke og med profitt som mål basert på bedriftsøkonomiske prinsipper.
- En «totalreindrift» som for utøverne er en næring i bred forstand, og hvor næringen er både en inntektskilde, et arbeid, en levemåte og et kulturelt ankerfeste.

Norges Reindriftsamers Landsforbund og Landbruksdepartementet betrakter reindrift som en form for felles utnytting av allmenningsressurser, og virkemidler søkes i forhold til dette. Reindriftsforvaltningen står for utøvelsen av denne politikken, noe som gjør at de kommer i konflikt med utøvere som ser på reindrift som totalreindrift.

Totalreindriftsbegrepet innebærer næringsutøvelse i vid forstand, nærmest i betydningen levemåte. Denne forståelsen kan belyses gjennom betydningen av ordet «birgen», dvs. å klare seg, hvor bargu (arbeid) bare er en del av dette begrepet. Begrepet «birgen» har en mer omfattende og dypere betydning som innebærer det å innrette seg i forhold til livet.

I møtet med byråkrati og regelverk vil reindriftsutøvere som ønsker å drive reindrift som livsform lett kunne føle at deres synsmåter, rettsoppfatninger, og kunnskapsformidling blir sett som lite verdt, og at de i liten grad kan påvirke den overordnede reindriftspolitikken. Dette kan bære i seg kimen til konflikter.

I reindriften har det over flere år vært et sterkt press på å redusere antallet utøvere i næringen. Med færre personer i næringen mener man at næringen skal bli både økonomisk og økologisk bærekraftig. Det oppstår krav til omstilling av reindriftsnæringen som blir legitimert i befolkningen og hos myndighetene. Dette har ført til en subsidiepolitikk og en styring av økonomiske midler til de reindriftsutøvere som følger statens regler. Det at omstillingsarbeidet i en begynnerfase har hatt et klart mål om å få folk ut av næringen, har ført til at utøverne føler seg presset til å avvikle. De som i første rekke får problemer er de som allerede har problemer med å følge lover og regelverk, og de som på forhånd er dårlig stilt i reindriftssamfunnet. Enkelte utøvere oppgir at de har merket omstillingspresset med øket press om avvikling. Noen mener nærmest at de blir mobbet til å avvikle, men at livet ikke har noen mening dersom de ikke får drive med reindrift.

Man har ingen garanti for at en reduksjon av antallet utøvere vil gi bedre forhold økologisk sett, men utkomme kan bli bedre ved at hver utøver kan ha flere rein. Omstillingsarbeidet bærer tydelig preg av gjeldende reindriftspolitik som går ut på at reindriften skal bli økonomisk bærekraftig ved produksjon av øket mengde kjøtt.

Mange peker på at omstillingen vil kunne føre til stor arbeidsledighet. Man regner ca. 400—500 arbeidsledige i Kautokeino kommune. Dette er foruroligende også når man ser på sammenhengen mellom arbeidsledighet og utviklingen av helseproblemer. Flere større undersøkelser viser at psykisk sykdom følger umiddelbart i kjølvannet av øket arbeidsløshet, mens hjerte-karlidelser kommer som en forsinket reaksjon. Det vises bl.a. til at en arbeidsledighet i USA på 1 % vil gi 37000 flere dødsfall i året. Arbeidsløshet kan også mangedoblet risiko for uførepensjonering, det kan medføre en negativ livskrise og mange kan rammes av kronisk stress. Blant ungdom gir arbeidsledighet redusert helse og øket alkoholforbruk. Det er vist at sosialt arbeid blant ungdom kan gi bedret helse og redusert alkoholforbruk. Det er også vist at arbeidsledighet gir redusert psykisk velbefinnende, og medfører redusert tilpasning helsemessig og sosialt, samt at nyansettelser bedrer det psykiske velbefinnende.

Omstilling fører i seg selv til usikkerhet og motstand mot forandring. Uhelse oppstår i de situasjoner hvor en føler en ikke har kontroll over situasjonen, f.eks. ved langtidsledighet. Mangel på kontroll kan gi får langvarige stressreaksjoner som fører til sykdom.

Blant en del utøvere er det sterke meninger om at dagens interne kriser er skapt av reindriftspolitikken og forvaltningen av denne. Typisk for denne situasjonen er at advokater i dag er de viktigste rådgivere for utøverne. Stortingsmelding 28 (1991—92) om «en bærekraftig reindrift» konstaterer at det er for mye rein på vidda, og at beiteområdene ikke klarer belastningen. Meldingen oppsummerer sammenhengen med den forvaltning og den politikk som har vært drevet:

- Reindriftspolitikken har ikke klart å heve inntektsnivået i næringen.
- Reindriftsbefolkningen i Indre Finnmark har ikke fått bedre levekår.
- Reindriftsloven har ikke hatt den tilsiktede virkning.
- Styringsorganene har ikke klart å sikre en balansert ressursutnyttelse og indre harmoni.

Imidlertid går ikke meldingen særlig langt mht. å vurdere følgene av reindriftspolitikken. I stedet foreslås det lovendringer som betyr sterkere doser av den medisinske som allerede har vært brukt. Det innebærer strenge krav til økonomisk avkastning målt i penger og økt slaktevekt.

Andre utøvere pekte på at det har utviklet seg en negativitet innad i og utenfor reindriften. Under befaringsene, intervjuene og uformelle samtaler kom det fram et

ønske om å gjøre noe med konflikten. Noen steder var en allerede kommet godt igang med å forsøke å løse konflikter. Noen distriktsformenn savnet et klarere lovverk på regulering av beiter og hvilken makt de har til gjennomføring av tiltak som kunne være viktig for å løse konflikter. Stortingsmelding 28 og forslagene til revisjon av Reindriften loven legger bl.a. opp til større grad av selvstyre for reindriften ledelsesorganer.

I undersøkelsen fra Kautokeino pekte to distrikter seg ut med relativt få interne konflikter. Det ene distriktet er et lite distrikt under god ledelse. Det fungerer som en liten organisk enhet hvor en lettere kan oppnå enighet og tilpasse seg skiftende omgivelser. Det andre distriktet er et stort distrikt. Det har i flere år drevet god driftsplanlegging, har god ledelse og gode rådgivere. Konflikter og problemer blir tatt alvorlig og blir jobbet med. Selv om et slikt stort distrikt har mange uformelle grupper, synes det som disse gruppene er i positiv dialog med hverandre, og med nabo-distriktene.

Andre konfliktområder som er kommet fram, er konflikter med slakteriene, bl.a. når det gjelder klassifisering av kjøtt, kjøttpriser og sen betaling. Det andre området gjelder konflikter med storsamfunnet. Dette dreier seg i det vesentligste om interessekonflikter mht. inngripen i beiteland, felles bruk av utmarksområdene og gjerdeutbygging. Mange føler ennå at de er gjenstand for en fornorskningsspolitikk. En må dessuten kunne regne med at konflikten til lokalbefolkningen vil øke etter hvert som verdesystemet, eller gjestevnssystemet, faller bort. En gjestevn er den man pleier å ta inn hos når man besøker et sted. Det innebærer et etablert og nært samarbeidsforhold mellom en reindriftssame og en fastboende. Tidligere var det vanlig at de fastboende hadde syttingsrein hos reindriften utøverne, og at reindriften utøveren gjestet den fastboende på gjennomreise eller opphold i tettstedet. Verdesystemet har således hatt en bindende og konfliktdependende funksjon i forholdet mellom lokalbefolkningen og reindriften utøverne. De fastboende representerer ennå en betydelig ekstrahjelp i reindriften høysesonger.

Konflikten fører til en rekke negative konsekvenser som dårlig helse, nedsatt tillit, tyvslaktning, dårlig kvalitet og dårlig økonomi. Dessuten «lammer» konflikten reindriften næringen slik at det blir vanskelig å få gjennomført endringer. Det å løse konflikter vil enkelte steder være forutsetninger for å gjennomføre forbedringer, og for å utvikle en bærekraftig reindrift.

Her er det framstilt problemer som oppleves som felles problemer. I et tiltaksrettet arbeid må det imidlertid også tas hensyn til de individuelle problemene. Det er behov for et arbeid for å redusere de negative konsekvensene av omstillingsarbeidet. Noen vil mene at en strategi er å beholde flest mulig folk i næringen. Andre vil anbefale at man ser på reindrift som totalreindrift, og at man retter de økonomiske virkemidlene inn mot produktutvikling og kultur, system- og organisasjonsutvikling, intern utdanning (fagbrev) og arbeidsmiljø.

Gjerder, til ergrelse, glede og nytte

Det er uenighet om nytten av gjerder i reindriften miljøet. Noen hevder at gjerder er med på å forebygge konflikter, da de gjeter og holder flokkene adskilt, og at gjerder minsker bruken av kjøretøy, og dermed forebygger belastningslidelser. Gjerdeutbygging kan man se på som et nødvendig onde for å kunne tilpasse seg til pengeøkonomi, dvs. at de har rasjonaliserings- og effektiviseringseffekt. Gjerdene gjør det mulig å tilpasse antallet dyr til beitegrunnet. Gjerder gjør det mulig å leve i bygda, og de gjør at små driftsenheter kan opprettholde vaktordninger. Andre hevder at uten gjerder ville det ikke vært mulig å bygge opp så store flokker som nå, at gjerder fører til større slitasje på beiten gjennom tråkkaskader fra reinen, og at gjer-

dene derfor er en del av årsaken til konflikter og belastningslidelser. I en intervjuundersøkelse mente ca. 80 % av de spurte reineierne at reingjerder fører til redusert motorferdsel. Omtrent like mange mente at reingjerder er nødvendig for å redusere sammenblandinger, og for å holde dyr og områder adskilt.

Holdninger til arbeid med arbeidsmiljøet

Vaner, tradisjon, miljø, mannsrollesidealer og akseptering av et høyt risikonivå kan ses som bakenforliggende årsaker til det høye antall skader og sykdommer i næringen. Dette blir sett på som naturlig for å skaffe det daglige utkomme, og aksepteres blant reindriftsfamiliene, i reindriftssamfunnet og innad i reindriftens organer. Innen reindriften har man nok i liten grad satt skille mellom helsevesenets oppgaver og det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og man har nok ment at helsearbeid, også forebyggende arbeidsmiljøarbeid, hører inn under helsevesenet. I reindriftens organer har det således vært en mangelfull prioritering av dette arbeidet.

10.5 SAMFUNNSMESSIGE SAMMENHENGER BAK UTVIKLING AV SYKDOM

Samfunnsmessige endringer som bakgrunnsfaktorer

Reindriftsnæringen har særlig i løpet av de siste 30 årene vært gjennom store omveltninger. Flere faktorer kan vektlegges i denne prosessen. Det har skjedd en utvikling i reindriften fra naturalhusholdning til pengehusholdning, fra tradisjonell reindrift til en næring med hovedvekt på kjøttproduksjon, fra en situasjon med reindrift som livsform til reindrift som eneyrke, og til en situasjon hvor reindriftssamene må fungere som talsmenn for sin egen næring vis-a-vis interesser i det omkringliggende samfunn. Man har også en situasjon med redsel for økt forurensning og økologiske problemer i reinbeiteområdene. Dessuten ser folk problemer forbundet med å videreføre de kulturelle elementene i reindriften, slik den drives i dag.

Tidligere kunne reindriftsfamiliene opprettholde en selvforsyning ved hjelp av råstoff fra reinen og naturomgivelsene. Som følge av samfunnsutviklingen, faste boplasser i tettsteder og maskinell teknologi har behovet for penger blitt større. Naturalhusholdningspreget er likevel mer fremherskende i reindriftsnæringen enn i andre primærnæringer.

Reindriften har alltid vært omstillingsdyktig, men de samfunnsmessige rammene har endret seg. I tidligere tider var endringer mulig innenfor et organisk system med små selvstyrte enheter («baiki») bestående som oftest av foreldre og barn og et utvidet driftsfellesskap, «siida». Dette gjorde det mulig med hurtige omstillinger for å tilpasse seg til omgivelser, beite, dyr, og natur.

Ved innføring av driftsenhet til mennene i 1976, og den funksjonelle delingen av arbeidet i forbindelse med flytting til tettstedene, falt kvinnene ut av reindriften. De representerte tidligere en fleksibel arbeidskraft, samt at de hadde en oppdemende rolle for mannskulturen og konflikter.

Innføring av driftsenhet førte til at familiemedlemmer med driftsenhet fikk en annen og høyere posisjon enn familiemedlemmer uten driftsenhet. Disse siste gikk over fra å være likeverdige medlemmer i siidaen til å bli drenger.

Mekaniseringen innen reindriften startet på midten av -60-tallet. Den foregikk meget hurtig, og uten særlige konsekvensvurderinger. Den førte ikke i første omgang til en økning av reinflokkene. Kapitalen ble hentet ut ved at utøverne slaktet mer. Mekaniseringen førte til at tamhetsgraden på dyrene gikk ned, noe som medfører at gjeting med kjøretøy måtte skje i stor fart, spesielt når dyrene «springer

ut». Mekaniseringen førte også til at mange utøvere begynte å akkumulere gjeld, og måtte ha hjelp fra sosiale ordninger.

Man kan si det slik at reindriftspolitikken siden midten av 1970-tallet har dreid seg om å omstille utøverne fra å være aktører i en total reindrift til å være en produsent av kjøtt. Figur 10.2. viser hva som skjer når reindriftsutøverne går over fra den tradisjonelle reindriftsrollen til produsentrollen. Denne utviklingen har man også sett innen jordbruk og fiske.



Figur 10.2

Komponenter i prosessen med endringer i reindriftsrollen fra totalreindrift til produksjonsreindrift.

Kilde: (Kilde: Bjørn Tostrup, 1994.)

Et aksellererende tempo og omfang av samfunnsmessige endringer, en utvikling fra gamle til nye driftsformer, fra hushold til pengehusholdning, ny teknologi, ny organisering og lover og regelverk, gjør at endringene foruten å ha hatt kulturelle, sosiale, og stedvise økologiske konsekvenser også har fått helsemessige konsekvenser.

Reindriften har stått overfor en omverden som de forskjellige steder har gitt ulike betingelser for utøvelse av næringen. På 1970-tallet kom konturene av de næringspolitiske målsettinger til uttrykk hos myndighetene, gjennom ulike virkemidler. Gjennom ny reindriftslov, reindriftsavtaler en utbygd administrasjon og forskning, har reindriften fått rammebetingelser som en egen næring, først og fremst i forhold til de statlige myndigheter.

Reindrift er generelt sett arealkrevende — tilpasningen innebærer utnyttning av store områder. I den senere tid har vi sett at en enkelt reindriftssiida har måttet forholde seg til mange ulike motparter som representerer forskjellige typer inngrep. Omfanget av slike saker har vist en sterk økning i seinere år, kanskje særlig i de sørligere reinbeiteområder.

De motparter som reindriften står overfor i inngrepssaker, er mange og sterkt forskjellige. De kan omfatte et vidt register fra offentlige statsinstitusjoner (som veivesen, televerket, forsvaret, Statens skogsforvaltning), private bedrifter (som gruveselskaper og kraftlag) og foreninger (som jeger- og fiskerforeninger), samt enkeltpersoner (som i forbindelse med hyttebygging, vinterturisme og jegere i m.m.). Gjennom slike interesser blir som oftest andre instanser innkoblet, som kommuner, fylke, fylkeskommune og Staten. De forskjellige driftsenheter kan ha mer eller mindre sammenfallende interesser. En parts interesser kan dessuten involvere andre grupperinger i samfunnet, som politiske partier, massemedia, etc. En konflikt kan derfor lett utløse andre konflikter.

Et eksempel på slike forhold kan være Natostyrkenes utstrakte bruk av nordnorsk terreng som område for vinterøvelser. Dette er ofte også områder som er rein-

driftens vinterbeiteområder. Reindriftssiidaens ønske om regulering av øvelsene i forhold til reindriften, kan medføre forhandlinger med befalet, og utløser andre instanser og interesser, som kommunen, reindriftsadministrasjonen, private næringsinteresser, Statens Skoger, politiske partier og presse, m.m..

Det kan være vanskelig for reindriften å forholde seg til enkelte av disse interessene som motpart. F.eks. vinterturismen, med unntak av bestemte foreninger, er uorganisert og utgjør ingen avgrensbar motpart å forholde seg til. Andre interesser er langt sterkere organisert med klarere saksbehandlingsregler. Samtidig opplever reindriften ofte at det står ulike og sterke ressurser bak motparten til å hevde sine interesser overfor reindriften og i forhold til samfunnet ellers. Reindriftens motpart, slik som kommunene, har også sine problemer mht. sysselsetting, kommunal økonomi m.m. For dem framstår reindriften og reindriftssamene mer og mer som en begrensning for å utnytte fjell og beiteområder som ressurser for de fellesinteresser de selv representerer.

Dette er alt trekk ved omgivelsene som reindriftssiidaen blir konfrontert med, og som de ofte må forholde seg til. Dette har medført at reindriften i dag er noe mer enn drift med rein, — det innebærer i stadig økende grad nødvendigheten av å håndtere forholdet til det omkringliggende samfunn, — et samfunn der innflytelse og avgjørelser skjer i et samspill mellom ulike næringer, interesseorganisasjoner og politisk-administrative myndigheter.

Selv om reindriften i dag formelt sett utgjør en høringsinstans, er det forskjellig hvordan ulike instansers saksbehandlingspraksis fungerer i forhold til reindriften. En viktig del av siidaens arbeid blir derfor å holde seg informert gjennom selvsyn og presse, om planlagte inngrep i beiteområdene, og å få etablert rutiner på et sakfelt hvor de tidligere ikke har vært tatt med på råd. De samiske og norske miljøer som reindriftssiidaen inngår i, kan gi visse muligheter for støtte i denne situasjonen. Nettverket rundt reindriften er imidlertid svært sjelden involvert som motpart til inntrengerinteresser. Nettverket er derfor ikke alltid like lett å mobilisere — det er siidaen som må ta «støyten» i de aller fleste saker.

Små reindriftsgrupper har forholdsvis lite muligheter til å øve innflytelse. Det å fungere som en hørings- og utredningsinstans, det å delta på møter og befaringer, det å holde seg orientert om ulike interessers planlagte virksomheter i beiteområdene, er ikke bare arbeidskrevende. Det blir et press alltid selv å måtte følge opp saker som kan ha betydning for den framtidige reindriften i et område. Levedyktig reindrift er i en slik situasjon ikke lenger bare et spørsmål om å skape balanse mellom beite, rein og personell, men også et spørsmål om å kunne manøvrere i forhold til mangfoldet av interessegrupperinger i det omkringliggende lokale, regionale og nasjonale samfunn. For å overleve i en slik situasjon, har enkelte siidaer etablert faste forbindelser med jurist og en egen reindriftskyndig talsmann.

Reindriften er en eksklusiv samisk næring, og såpass spesiell i forhold til andre næringer, at det kan være vanskelig å dra direkte sammenlikninger. Dette medfører at det er få i den norske befolkningen som har erfaringsgrunnlag knyttet til samisk reindrift. Selv om reindriften etterhvert har begynt å delta i beslutningsprosesser på ulike politisk-administrative nivåer oppstår det problemer, spesielt i tilfeller med interessekonflikter. Mangel på felles erfaringsgrunnlag med omgivelsene om reindriften og dens forutsetninger, åpner for misforståelser og høyst ulike fortolkninger av reindriftens situasjon selv når målet er å oppnå kommunikasjon og løsninger på problemer.

Utredningsvirksomhet i forbindelse med virkninger av inngrep i reindriften står overfor vansker, dels fordi det innebærer oversette mellom vidt forskjellige livsformer og erfaringsverdener, dels fordi en skal gjøre et fortolkningsarbeid der reindriftens motpart mangler erfaringsgrunnlag om reindrift. Dette er en situasjon som

lett fører til at interessekonflikter også utvikler seg til å bli konflikter om forståelse, eller fortolkning, både av utredningsarbeidet og den informasjon reindriften selv legger frem.

Fra reindriftshold oppleves dette som fortolkninger av reindrifftsbeskrivelsene som delvis er misforståelser av faktiske forhold. Det problematiske for reindriften er ikke bare at slike fortolkninger eksisterer, men at de utgjør informasjon og blir presentert som gyldige sannheter overfor allemennheten og i beslutningsprosessen.

Slike interesse- og fortolkningskonflikter, og reindriftens aktive informasjonsarbeid, har ikke bare ført til en tilspissing av konflikten på lokalt og regionalt plan. Vi kan også se hvordan forståelsen til reindriftens motparter kan gi grunnlag for andre til å gjøre videre fortolkninger, samt å sette reindriften innenfor en større samfunnskontekst. Som følge av økende press utenfra, har reindriftssamene blitt nødt til å forsvare sine interesser mer aktivt. Situasjonen blir vanskeliggjort ved at mange av reindriftens problemer ikke lenger kan løses ved pengeerstatninger eller ved andre former for kompensasjon.

For reindriftssamene kan forsvar av deres næringsmessige og kulturelle interesser virke fåfengt, og som et arbeid som slår tilbake på dem selv. De kan oppleve at de interessekonflikter og den fortolkning av både reindriften og næringens forhold til det øvrige samfunnet ikke bare reiser tvil om reindriftens troverdighet, men framstiller den som en trussel mot folkeflertallet og folks levevilkår.

Vi vet idag at myndighetenes håndtering av Tsjernobyl-ulykken resulterte i stor grad av mistillit til myndighetene, og en følelse av avmakt og depresjon blant reindriftssamer. Utrykk som kulturell depresjon er brukt om disse reaksjonene. Dette må også ses i forhold til at mange av reindriftssamene følte at de var i en konfliktpreget og presset situasjon allerede før ulykken. Etter ulykken satte de i større utstrekning spørsmålsteget ved mulighetene for overføring av de reindriftssamiske kulturelle verdier til neste generasjon.

Organisasjonsmessige forklaringer på utviklingen av helseplager

I de senere år har man blitt mer oppmerksom på sammenhengen mellom organisasjon, ledelse og utvikling av uhelse. En rekke samfunnsforskere har bidratt til å forklare hvordan forskjellige faktorer kan være med på å påvirke trivselsmessige forhold og bidra til motivasjon, effektivitet og bedre økonomi i en organisasjon eller institusjon. Dette kan være faktorer som bedriftskultur, lederes menneskesyn, og motivene bak organisasjoners og institusjoners opprettelse, samt hvilke konsekvenser bedriftskulturen kan ha for menneskene i organisasjonene, og deres fysiske og psykiske helse.

Forvaltningen av reindriften er hierarkisk oppbygd, og styrt av lover for forvaltning av beiteland og allmenning. Forhandlinger danner grunnlag for reindriffts politikken. En sterk regelstyring gjør at folk på grunnplanet i næringen føler at de ikke har noen kontroll med sin egen utvikling. Næringen må sies å være styrt av enkelte faggrupper som rekrutterer til egne rekker. Disse utøver en form for kontroll gjennom prioritering av forsknings- og utredningsområder, tildeling av forskningsmidler, etc. De har også veilederfunksjon overfor reindrifftsforvaltningen, og kan være med på å påvirke politiske strategivalg. Dette har medvirket til at områder som kvalitetssikring, organisasjonsutvikling, ledelsesskolering og helse- miljø- og sikkerhet ikke er blitt prioritert.

Den sterke graden av regelstyring gjør at utøverne på grunnplanet ikke har noen følelse av medbestemmelse og kontroll med utviklingen. Avgjørelser tas ikke på lavest mulige nivå. En kjent samfunnsmessig mekanisme er at dersom folk ikke får være med på å ta avgjørelser, så vil de heller ikke føle ansvar for gjennomføringen.

Hvis de så skal overta ansvaret, så vil de ofte ikke ha det. Dette kommer til syne i dagens reindrift ved at en del av utøverne er av den oppfatning at andre må rydde opp. Et spørsmål er således hvordan man skal lykkes i å føre ansvaret tilbake, slik at grunnplanet i næringen føler at det er konstruktivt å engasjere seg i sin egen framtid. Et organisasjonsteoretisk bidrag kan være å analysere hvordan organisasjonen (reindriftsforvaltningen) «mister evnen til å lære», ved at det er lite rom for å sette spørsmål ved hensiktsmessigheten av lover og regler, og ingen setter seg opp mot lover og politiske vedtak, og hvordan organisasjonen kan utvikles inn i et annet. Det er også behov for å analysere fordelingen av roller mellom byråkratiske nivåer og mellom ledelseshierarki og stabsfunksjoner.

Sosioøkonomiske forskjeller som årsak til utvikling av sykdom

Sosioøkonomiske forskjeller vil si forskjeller mellom grupper ut fra utdanning, yrke og inntekt. Forskere har vist at der hvor det er ulikheter mellom sosioøkonomiske grupper, har man også ulikheter innen helsetilstanden. Reindriftsutøvere har relativt lav inntekt sett i forhold til den øvrige befolkning i Finnmark, og driftsutgiftene belaster økonomien meget sterkt. Over 60 % av inntekten går til driftskostnader. For å spe på inntekten, har kvinnene derfor tatt seg arbeid utenfor næringen, og representerer ikke den fleksible arbeidskraften i næringen som tidligere. Dette øker arbeidsbelastningen for mennene. Kunnskap anses for viktig for å utjamne inntektsforskjeller og få til bedringer i helsetilstanden. Reindriftsutøvere har relativt liten formell kompetanse og skolegang. En har i liten grad innen næringen vært opptatt av tap på «mennesker» som sykdom, ineffektivitet, livskvalitet etc, for å bedre de økonomiske forholdene.

10.6 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

Hovedmål: Et bedre arbeidsmiljø i reindriftnæringen

Ifølge arbeidsmiljørapporter og undersøkelser foretatt i Sverige, Finland og Norge, er det rapportert om et høyt antall belastningsslidelser, spesielt rygg, skuldre, nakke og armer. Andre fysiske helseplager som nevnes er hvite fingre, plager med luftveiene og øyenplager. Plagene stiger med økende alder. Reindriftsutøvere har trolig det høyeste bequerellinnhold i blodet, og de er sterkt utsatt for tungmetaller, sammenlignet med den øvrige befolkningen. Videre rapporteres det om fysiske arbeidsmiljøfaktorer som støy, støv, vibrasjoner og slag. Det er også mangel på hygieniske arbeidsmiljøfaktorer under arbeidet med reinen, spesielt under feltslakting og skillearbeid.

Mange reineiere gir uttrykk for at de ser få framtidsutsikter i næringen, og vil ikke anbefale reindriftsyret til sine barn. Mange kunne tenke seg å avvikle. De føler at de selv i liten grad kan påvirke dagens reindriftpolitikk. Konflikter og manglende samarbeid i næringen skaper psykisk og fysisk stress. Utøverne peker bl.a. på at deres muligheter for selvbestemmelse begrenses av organisasjonsmessige forhold, dårlig ledelse, regelstyringsystemer, periodevis arbeidspress, dårlig økonomi, hyppige konflikter og dårlig samarbeid.

Flere har pekt på at ved å klargjøre og løse enkle årsaks- virkningssammenhenger, vil en være i stand til å rette opp og løse noen enkeltproblemer som kan redusere flere årsaksforhold i næringen. Følgende diagram kan illustrere noen av årsakssammenhengene:



Figur 10.4

Årsakssammenhenger som fører fram til helseplager i reindriften.

Kilde: (Kilde: Bjørn Tostrup, 1994.)

Årsaks-virkningsdiagrammet viser noen av årsakssammenhengene. Ved å løse en av arbeidsmiljøfaktorene, vil en oppnå resultater på flere områder. Dersom farten senkes under kjøring med 4-hjulsmotorsyssel, vil en unngå vibrasjoner og slag. Det reduserer lidelser i rygg, nakke og armer, ulykker og reparasjon av kjøretøy. Dette reduseres igjen økonomiske tap på grunn av sykdom og tap på maskiner. Man ser at det er mye av de samme årsakene som fører til ulykker og til sykdom. Ved de såkalte samsykdommer og psykosomatiske lidelser, hvor sammenhengen mellom de fysiske og psykiske plagene er flytende, ser man at disse står i et innbyrdes forhold, mange ganger med en synergistisk effekt. De multisektorielle faktorene bidrar imidlertid til å gi en mer utvidet forståelse av begrepet helse, og er et nødvendig bidrag til et helhetssyn på årsakssammenhengene.

Delmål: Sikre arbeidsmiljøet gjennom et helsefremmende og forebyggende arbeid i reindriftnæringen

Dårlig helse, skader, konflikter og mistriksel fører til nedsatt produktivitet og kvalitet både på mennesker og dyr, som får alvorlige konsekvenser i form av økonomiske tap for reindriftnæringen. Det er et stort potensiale i å oppnå resultater i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Med liten innsats og få tiltak kan man oppnå hurtige resultater i å redusere skader. Innen belastningslidelser og psykososiale lidelser tar det erfaringsmessig lengre tid, da dette dreier seg om mer komplekse forhold.

Arbeidsmiljøet må sikres gjennom et funksjonelt helsefremmede og forebyggende arbeid i reindriftnæringen. Dette må skje ved at det utvikles et målrettet og resultatorientert helse-miljø- og sikkerhetsarbeid i næringen. Et slikt helse- miljø- og sikkerhetsarbeid skal ved å drive et forebyggende helse-miljø- og sikkerhetsarbeid sikre en bedre helsemessig og økonomisk bærekraftig reindrift.

Sammenfattet er det behov for å:

- forebygge arbeidsrelaterte fysiske og psykiske lidelser, sykdom.
- forebygge arbeidsrelaterte ulykker og skader
- forebygge utstøting fra arbeidslivet
- sikre trygge og sunne arbeidsmiljøforhold
- forebygge arbeidsrelatert fravær
- utvikle et målrettet- og resultatorientert helse- miljø- og sikkerhetsarbeid.

Tiltak 1: Organisering av arbeidsmiljøtiltak i reindriftsnæringen

Ifølge handlingsplan for forebygging av belastningslidelser (1994—95) bør alle arbeidsplasser ha en interkontroll som er istand til å følge opp belastningslidelsesproblematikk. Primær- og sekundærforebyggende tiltak vil si å forebygge belastningslidelser og bidra til å øke livskvaliteten for utøverne i reindriftsnæringen.

Arbeidet med arbeidsmiljøtiltak («helse-miljø-sikkerhet») i reindriftsnæringen bør kunne prioriteres ved at:

- organisasjonene setter seg inn i problemstillingene og fungerer som pådrivere i arbeidet.
- det organiseres en vernetjeneste i næringen.
- det prioriteres mer midler til forskning, utredning av helse-miljø-sikkerhet og kvalitetsforbedrende tiltak.
- bedre forsikringsordninger.
- det opprettes et arbeidsmiljøsenner for helse- miljø- sikkerhet.

Avtaleforhandlingene mellom reindriftsnæringen og myndighetene ved Landbruksdepartementet bør prioritere diskusjoner og planlegging knyttet til et eget arbeidsmiljøsenner, og en vernetjeneste for reindriftsnæringen.

Et eget arbeidsmiljøsenner i reindriften

For å utvikle, gjennomføre og samordne de nødvendige tiltakene bør det opprettes et eget arbeidsmiljøsenner i reindriftsnæringen. Senteret bør plasseres organisatorisk i stab og bør således ha rådgivende funksjoner.

Et slikt senter bør ha som oppgaver:

- å være bedriftshelsetjeneste for hele næringen
- å være rådgivende organ for næringen innen helse-miljø-sikkerhetsspørsmål, og i forhold til utredningsarbeid, rapporter og undersøkelser
- koordinering av helse-miljø-sikkerhetsarbeidet
- å registrere ulykker, yrkesskader og yrkessykdommer blant reindriftsutøvere.
- å stille helsemessige krav til teknologi, systemer, politikk etc.
- å bistå med den interne organisering
- opplæring i helse-miljø-sikkerhet
- helseopplysning
- intervensjon i helse-miljø-sikkerhetssammenheng.

Utfordringene for et arbeidsmiljøsenner må være å identifisere utviklingstendenser med hensyn til forekomst av belastningslidelser. Interkontroll vil i denne sammenheng si å jobbe systematisk, veldokumentert og målbevisst med helse, miljø og sikkerhet. For reindriften vil dette i første rekke innebære en kartlegging av arbeidsforholdene i næringen, for på dette grunnlag å utvikle tiltak for å redusere belastningslidelser.

Senteret bør kunne bestå av en fast mindre stab på tre til fem personer, og være tilknyttet et nettverk bestående av utdanningsinstitusjoner, utredningsinstitusjoner

og andre med nødvendig kompetanse. Senteret bør også ha muligheter for å kjøpe tjenester fra spesialister innen forskjellige områder.

Organisering av en intern vernetjeneste i reindriften

For å styrke arbeidsmiljøet er det nødvendig å organisere en intern vernetjeneste i reindriftsnæringen. Det kan gjøres ved:

- En kontaktperson innen hvert reindriftsområde. Dette kan være en del av de nåværende teknikeres arbeide, eller man kan ha egne deltids veiledere, gjerne fra reindriften selv.
- Hvert distrikt har en verneleder.

De skal ha som hovedoppgaver å bistå reindriften i å skape sunne og trygge arbeidsforhold, organisere kurs, drive kampanjer, være prosjektmedarbeidere, intervenere, etc. Sammen med ledelsen i distriktene har distriktenes verneledere ansvaret for å ivareta utøvernes arbeidsmiljø under fellesarbeid. En slik vernetjeneste kan også knyttes til et arbeidsmiljøsenters for helse-miljø-sikkerhet.

Innen jord- og skogbruk har man de siste 10 årene arbeidet med arbeidsmiljøet. Stiftelsen «Landbrukshelsen» er opprettet 1.1.1994. Formålet er å organisere et effektivt og godt helse- og arbeidsmiljø i landbruket. Virksomheten skal gi et godt forebyggende tilbud for alle gårdbrukere og ansatte i landbruket. Landbrukshelsen opplyser at det er inngått samarbeid med utvalgte felles bedriftshelsetjenester. Det ansettes landbruksinstruktører som arbeider sammen med de samarbeidende bedriftshelsetjenester. Landbruksteknikere bistår i det daglige helse- miljø-sikkerhetsarbeidet. Det er også gjennomført opplæring og informasjonskampanjer. Som følge av dette er ulykker og sykdom redusert. Midler er stilt til rådighet over jordbruksavtalen.

Det kan også trekkes på erfaringer fra fiskerinæringen og de såkalte sikkerhetsentra som bl.a. gir opplæring i skadeforebyggende arbeid. Innen fiskeriene har man bestrebet seg på å la arbeidsmiljøet gå hånd i hånd med et kvalitetsforbedrende arbeid. Midler er stilt til rådighet over fiskeriavtalen. Lignende mønstre kan også stå som modeller for arbeidsmiljøarbeidet i reindriftsnæringen. Her må egnede modeller for reindriften prøves ut.

I forbindelse med omstillingsprogrammet for indre Finnmark foreligger det (desember 1994) en tilråding fra fylkesrådmannen i Finnmark om å opprette et arbeidsmiljøsenters / bedriftshelsetjeneste i reindriften. Det henvises bl.a. til behovet for å følge opp intensjonene i Stortingsmelding 28, En bærekraftig reindrift, med hensyn til arbeidsmiljøarbeid i reindriften, og at det opprettes et arbeidsmiljøsenters. Et slikt senters bør være istand til å kartlegge arbeidsmiljøforhold og gjennomføre tiltak og prosjekter som forebygger arbeidsrelaterte ulykker og sykdom. Det understrekes at arbeidsmiljøarbeidet må prioriteres på lik linje med andre arbeidsoppgaver i reindriften, og innlemmes i de forskjellige ledelsesnivåers arbeidsoppgaver.

De pålegg som følger av arbeidsmiljøloven, og målsettingene fra arbeidsmiljømyndighetene om trygge og sunne arbeidsforhold, tilsier også en satsning på arbeidsmiljøet i reindriften.

Arbeidsmiljøtiltak i form av et arbeidsmiljøsenters og en intern vernetjeneste for reindriftsnæringen bør vurderes av Landbruksdepartementet og Norske Reindriftsamers landsforbund i forbindelse med forhandlingene om reindriftsavtalen. Sameingets synspunkter bør i denne sammenheng tillegges sterk vekt. Det bør stilles midler til rådighet over reindriftsavtalen, eventuelt sammen med midler fra Omstillingsprogrammet for indre Finnmark. Dersom man forutsetter en årlig utgift på 2 — 2,5 millioner kroner, er det beregnet at investeringen vil være lønnsom allerede

ved en reduksjon av fraværet på ca. 10 %. Eventuelt kan en slik helsetjeneste eller senter iverksettes som et forsøksprosjekt over en 3 — eller 5 — årsperiode, for så å evalueres av reindriftsfaglige og av helsefaglige myndigheter. I arbeidet bør man kunne trekke på erfaringer fra prosjektet «helse-miljø-sikkerhet i reindriften» som er gjennomført i Finnmark.

Det er utvalgets oppfatning at Landbruksdepartementet gjennom reindriftsavtalen må sørge for å få gjennomført arbeidsmiljøtiltak for reindriftnæringen i likhet med det som har skjedd i landbruket over landbruksavtalen.

Tiltak 2: Vurdering av tiltak som kan bevirke til å bedre arbeidsmiljøet i næringen i forbindelse med reindriften avtaleforhandlinger

Tiltak som kan tenkes å bedre arbeidsmiljøet i reindriften bør vurderes innenfor rammen av forhandlingene om reindriftsavtalen mellom Landbruksdepartementet og reindriften organisasjoner. Noen eksempler på mulige tiltak nevnes nedenfor. Dette er tiltak som kan vurderes særskilt, eller som kan ses i sammenheng med en bedriftshelsetjeneste eller et arbeidsmiljøsenner for reindriften.

Heving av reindriften kompetanse innen helse-miljø-sikkerhet

I reindriften er det et stort behov for en utvikling av kompetanse innen helse-miljø-sikkerhet.

En trenger opplæring innen følgende områder og nivåer:

- reindriftsutøvere
- verneledere
- forvaltning
- veilederfunksjoner
- ledelsesfunksjoner
- utdanningen ved Reindriftsskolen
- «spesialister» med utdanning fra høyskoler og universitet

Selv om en her i første rekke tenker på helse-miljø-sikkerhetsutdanning, ergonomi, fysiske faktorer, psykososiale faktorer og organisatorisk arbeidsmiljø, etc., må en slik utdanning og kompetanseoppbygging gå hånd i hånd med opplæring innen organisasjons- og ledelsesutvikling. Det bør utvikles et samarbeid med et arbeidsmiljøsenner for helse-miljø-sikkerhet i reindriften for å nyttiggjøre seg denne kompetansen.

Kompetansoppbygging bør skje i næringen og ved reindriftskontorene, og man må finne fram til kontaktpersoner i de forskjellige regioner og distrikter. Et arbeidsmiljøsenner for reindriften bør være sentralt i dette arbeidet. Psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøforhold bør også være en del av et slikt arbeid, i tråd med Stortingsmelding nr. 28 (1991—92) En bærekraftig reindrift (kapittel 6.5.3.).

Vurdering av behovet for organisasjons- og ledelsesutvikling i næringen og dens forvaltning

Det ser ut til at for å skape forandringer i reindriften, må man også gjøre noe med de psykososiale og de multisektorielle faktorene. Det innebærer også et arbeid for løsning av konflikter i næringen. For å løse konfliktene, må en bl.a. arbeide med organisasjonsutvikling, opplæring i ledelse og i helse-miljø- og sikkerhetsarbeid, etc. Et slikt arbeid bør skje etter vurderinger gjort av næringen selv. Det bør også

kunne vurderes å utarbeide et opplegg for «turnus» med en form for arbeidspraksis i reindriften for alle ansatte i reindriften forvaltning og politiske organer.

Organisasjonsutviklingen bør innebære en analyse av reindriften organisasjon og forvaltningsmessige oppbygging, rollefordeling, etc., med sikte på at folk i næringen skal bli aktive aktører og føle ansvar for å ta hånd om sin egen framtid.

En diskusjon om en ny organisasjonsmodell for reindriften offentlige administrasjon og egen organisasjon kan eventuelt basere seg på følgende stikkord:

- færre nivåer
- små selvstyrte enheter som holder i lag hele året
- øket selvbestemmelse og ansvar
- saker må løses på lavest mulige nivå,
- klargjøring av saksgang, hvilke saker de forskjellige nivåer skal behandle.
- rolleavklaringer mellom ledelses- og stabsfunksjoner.

Opplæring av ledelsesfunksjonene bør spesielt relateres til næringens egne erfaringer, og bør spesielt omfatte:

- ledelsesopplæring
- organisasjonsutvikling
- opplæring om konflikter, konfliktforståelse og forebygging og behandling.
- opplæring i arbeid med helse-miljø-sikkerhet

Utdanning av veiledere

For å styrke kunnskapen til de som har veilederoppgaver i forvaltningen og i helse-miljø-sikkerhetsaker, bør det kunne utdannes veiledere: En slik utdanning bør kunne inneholde følgende:

- Læringspsykologi
- Utviklingspsykologi
- Kommunikasjon
- Samhandling og kulturforståelse
- Tilnæringsmåter i veiledningsarbeidet
- Prosjektledelse

Tiltak 3: Helse-miljø-sikkerhetsopplæring ved Reindriftsskolen

For å få inn holdninger til arbeidsmiljøarbeidet, må en begynne når de unge utdanner seg i reindriftsfagene. Vi vet at dette inngår i tilsvarende utdanning i Finland. Helse- miljø og sikkerhet bør derfor gå inn i opplæringen ved Reindriftsskolen. Reindriftsskolen bør sørge for at det foreligger undervisningstilbud om dette fra skoleåret 1996—97.

Tiltak 4: Forskning om forebygging av belastningslidelser i reindriften

Det bør satses på å utvikle forskning om årsaksforhold og virkemidler for å forebygge utvikling av belastningslidelser i reindriftsnæringen. Dette bør gjelde både fysiske og psykososiale belastninger.

Forskning og utviklingsarbeid omkring belastningslidelser drives ved forskjellige institusjoner. Arbeidstilsynet benytter forskning som underlag og støtte i sin virksomhet. Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), arbeidsforskningsinstituttet (AFI), Forskningsinstituttet for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet ved Universitetet i Bergen (FAHS) og Institutt for industriell miljøforskning (SINTEF IFIM) kommer med forskjellige innspill til etaten. STAMI har i den senere tid prioritert belastningslidelser som et hovedområde. Norges Landbruksvitenskapelige Forsknings-

råd har også vært engasjert i arbeidsmiljøforskning. Områdestyret for medisin og helse under Norges Forskningsråd finansierer et stort antall forskningsprosjekter innen forebyggende helsearbeid. Svært få eller ingen av disse institusjoner eller prosjekter har forsket på belastningslidelser i reindriften. Reindriftens Utviklingsfond (RUF) har finansiert forskning på reinens biologi og økonomisk effektivitet, men har ikke vært engasjert i arbeidsmiljøforskning i reindriftnæringen. Spesielt når man ser Norden under ett, er det imidlertid gjort endel forskning som kan danne utgangspunktet for et forebyggende arbeid i reindriften.

Utfordringer i en slik forskning vil bl.a. være å:

- Finne fram til indikatorer som kan si noe om forskjeller mellom grupper av yrkesutøvere, og endringer av belastningslidelser over tid.
- Utvikle forskning om årsaksforholdene og virkemidler for å forebygge utviklingen av belastningslidelser.
- Samle og vurdere det som finnes av relevant forskning om belastningslidelser og forebygging i Norden.
- Utvikle og drive fram opplysningsarbeid om forebygging av belastningslidelser.

Et arbeidsmiljøsenster bør spille en sentral rolle, og eventuelt forestå deler av en slik forskning. Sametinget bør drøfte opplegg for en slik forskning sammen med Norges Forskningsråd.

Tiltak 5: Et prosjekt for forebygging av psykologiske og sosiale konsekvenser av omstillingsprosessene i reindriftnæringen

I forbindelse med omstillingsprogrammet for indre Finnmark, bør det skje en vurdering og en evaluering av de pågående omstillingsprosessene som skjer i reindriftnæringen. En slik evaluering bør dreie seg om de kulturelle, næringsmessige, helsemessige og sosiale konsekvenser av de prosessene som næringen går igjennom, både i et langsiktig og et kortsiktig perspektiv.

Sett fra et helsemessig perspektiv, er det særlig viktig at et slikt prosjekt belyser de psykologiske og sosiale konsekvenser av omstillingsprosessene både for de som går ut, og de som blir igjen i næringen. Behovet for et mer praktisk rettet arbeid for å redusere de negative konsekvensene av omstillingsarbeidet bør også igangsettes. Det kan i denne sammenheng være nyttig med en oppsummering av de forskjellige distriktenes erfaringer med moderniserings- og omstillingsprosesser.

Et slikt prosjekt bør også ses i forhold til og drøftes i forbindelse med de andre forskningsprosjekter og — programmer som er foreslått i denne utredningen, og som er foreslått oppstartet som en dialog mellom Sametinget og Norges Forskningsråd.

Tiltak 6: Et forskningsprogram for identifikasjon av nødvendige faktorer for vedlikehold av reindriftssamiske samfunn

Det er i dette kapitlet antydnet noen av de endringsprosesser som reindriftnæringen har vært inne i de siste 10-årene. Det er beskrevet som en utvikling fra tradisjonell reindrift basert hovedsakelig på naturalhusholdning, til en næring innrettet på kjøttproduksjon og pengeøkonomi. Man har dessuten en situasjon hvor reindriftssamene fungerer som talsmenn for sin egen næring vis-a-vis det omkringliggende samfunn. Kvinnenes rolle i reindriftnæringen er også i sterk endring, såfremt de ikke regelrett faller ut av næringen. Før regnet man at man måtte være med 10 — 15 år i næringen for å lære reindrift. Nå er det også nye former for overføring av

reindriftsfaglig kunnskap mellom generasjoner. Folk i reindriften er bekymret for forurensningstrusler og den økologiske balansen i reinbeiteområdene, og for reindriftenes rolle som kulturbærer. Mange mener utviklingen truer målet om en bærekraftig utnyttelse av naturressurene. Det er fra enkelte hold også blitt hevdet at med den overgang som nå skjer til reindrift som eneyrke og med reduksjon av det reindriftssamiske husholdets betydning, så kan folketallet i næringen blir for lite til at det i framtida kan opprettholdes bærekraftige reindriftssamfunn.

Utvalget vurderer situasjonen som svært bekymringsfull, alle utviklingstrekk sett under ett. Et av de mest grunnleggende hovedprinsipper i reindriftenes lov er å bevare reindriften som en viktig faktor i samisk kultur (§1). Dette prinsipp er også grunnlaget for opprettelsen av reindriftenes styringsorganer, og støtteordninger til næringen.

Ikke minst viktig er den betydning dagens situasjonen har for de interne forholdene i reindriftsnæringen, og for reindriftssamers fysiske og psykiske helse. Dette er også en del av den kompetanse som helse- og sosialpersonell i samiske områder bør ha, særlig de som blir tilknyttet en eventuell bedriftshelsetjeneste for reindriftssamer.

Utvalget ser behovet for å klarlegge nærmere de forskjellige faktorer som innvirker både reindriftssamekulturen som helhet, og på reindriftssamers fysiske og psykiske helse.

Utvalget mener derfor at det bør utvikles et forskningsprogram hvor de nødvendige faktorer for vedlikehold av reindriftssamiske samfunn identifiseres og vurderes. Utvalget antar temaet er såpass omfattende at det berører flere fagområder, og av en slik karakter at opplegget bør drøftes mellom Sametinget og Norges Forskningsråd.

KAPITTEL 11

Mennesker og miljø i nord**11.1 INNLEDNING**

Det samiske bosettingsområdet ligger i det sub-arktiske området. Samers levemåte er i likhet med andre urbefolkningers i stor grad knyttet til primærnæringsvirksomhet og til høsting av ressurser fra naturen. Forurensninger i naturmiljøet kan derfor få spesielle konsekvenser for den samiske befolkning.

Fra Kanada kjenner vi til at økt kvikksølvnivå i fisk kan få helsemessige konsekvenser av en slik art at det setter en stopper for fiske både som levevei og til egen husholdning. Man har sett forandringer i urbefolkningenes økonomiske basis og levevei. Det har vist seg at omlegging vekk fra et tradisjonelt kosthold igjen har implikasjoner for folks helse. For eksempel har man funnet diabetes som mulig konsekvens av omlegging vekk fra et kosthold med basis i fisk. I Norge vet vi lite om slike forhold, mens i andre land rundt polarsirkelen er kostholdsråd og advarsler til urbefolkninger blitt stadig mer vanlig.

Man har i andre land mer erfaringer med endringer i et tradisjonelt kosthold, f.eks. vekk fra proteinrik fisk, og over til «junk-food» med høyt innhold av karbohydrater. Dette kan ikke bare få direkte helsemessige konsekvenser. Endringer i et tradisjonelt næringsgrunnlag og kosthold vanskeliggjør også overføringen av tradisjonell kunnskap til den yngre generasjon, og vil således også få sosiale og kulturelle konsekvenser. Slike sammenhenger er foreløpig lite utredet i Norge, selv om tilknytning til og bruk av naturen er en grunnleggende del av samisk kultur.

Etter Tsjernobyl-ulykken i 1986 har man fått ny kunnskap om forholdet mellom forurensninger i naturen, særlig i reinlav, og menneskenes helse. Lav vokser i arktiske strøk og der hvor få andre planter vanskelig kan leve, og har først og fremst betydning som mat for reinen. Lav er en dobbeltorganisme som består av en soppkomponent og en algekomponent som lever i symbiose. Lav tar opp sin næring fra nedbør og luft. Etter Tsjernobyl-eksplosjonen vet man bl.a. at reinlavens beskaffenhet gjør at den lett absorberer og akkumulerer radioaktive stoffer fra luften. Denne akkumuleringen kan medføre skade hos rein og mennesker som bruker reinkjøtt som den vesentlige del av sin føde. Høyere inntak av Cesium-134 og -137 og strontium gjennom kostholdet kan gi stråledoser som kan øke risikoen for skader i ettertid, som f.eks. kreft.

I tillegg til miljøtrusler med basis i Norge og Europa, er folk på Nordkalotten i en spesiell situasjon, i og med de farer som eksisterer for natur og mennesker i forbindelse med strålefare og forurensninger fra tungmetaller på Kola-halvøya i Russland. De viktigste farene er forbundet med fysisk forurensning fra tungmetaller, i første rekke i form av forurensninger fra nikkilverkene på Kola-halvøya, og farer knyttet til ioniserende stråling bl.a. fra atomkraftverkene og det kjernefysiske prøveprogrammet. Det har vært en betydelig oppmerksomhet rettet mot denne forurensningen. Folk i Sør-Varanger kan gi eksempler på at vegetasjonen har syknet hen de siste 20 årene, og at innlandsfiske og jakt er blitt redusert.

Det er gjort endel arbeid med kartlegging av forurensninger i luft, vann, jord og i form av påvirkning av dyr, men det er gjort lite undersøkelser som kan si noe om hvordan denne forurensningen påvirker livet og helsen til de mennesker som bor på Nordkalotten. Mange spørsmål gjenstår. Hva vet vi om de skadene som allerede er påført økosystemet, og hva vet vi om om dagens forurensningstrusler og om mulige virkninger av disse?

Det vil spesielt i en situasjon hvor vi står uten tilstrekkelig kunnskap være nødvendig å kartlegge og skissere forurensningsbildet, og de mulige virkninger forurensningen kan ha for menneske og miljø. Det vil også si noe om behovet for mer kunnskap gjennom forskning og overvåkning av naturen, og om behovet og mulighetene for tiltak for å sikre natur og mennesker.

Før annen verdenskrig døde folk i arktiske strøk av infeksjonssykdommer, særlig tuberkulose, og av skader etter ulykker. Forventet levealder var lav, mens kreft og hjertesykdommer var sjeldne. En utvikling av helsetjenestene og en generell bedring av levekårene har resultert i bedre helse hos folk i disse områdene, i hvertfall så langt vi kjenner til det fra Kanada, Grønland og Skandinavia. En mindre del av dødsfallene skyldes skader. Dødsraten og forekomsten av kreft og hjertesykdommer er mer lik det vestlige mønsteret.

Etterhvert har det blitt økt oppmerksomhet rettet mot miljøfaktorenes betydning i sub-arktiske områder. Dette viser seg bl.a. ved at jorda i arktiske områder er kalkfattig, og har mindre evne til å nøytralisere sur nedbør, og at miljøforurensninger kan forårsake særlig høy surhetsgrad og medføre en økning av giftige bestanddeler i næringskjeden. Forskning har vist at vedvarende forurensninger som tungmetaller og organkloridkomponenter blir transportert langveis fra til arktiske strøk med hav- eller luftstrømmer. Nedbrytningshastigheten for organkloridforbindelser som f.eks. DDT er svært liten i Arktis sammenlignet med sørligere strøk.

Folk i nordområdene er utsatt fordi de befinner seg på toppen av den arktiske næringskjeden, og er avhengig av naturen i sitt kosthold. I utgangspunktet er dette et sunt kosthold. Situasjonen i dag er imidlertid slik at kjøtt og fisk kan utsette mennesker for forurensninger som akkumulerer seg i næringskjeden. Kvikksølv og organklorider i et tradisjonelt kosthold er eksempler på de mer alvorlige miljøtrusler for menneskers helse i de arktiske og sub-arktiske områder.

For folk på Nordkalotten dreier det seg om farene ved å være utsatt for tungmetaller, svoveldioksyd, og radioaktiv stråling. Vi har i dag et visst bilde av de farer for natur og mennesker som strålefare og forurensninger fra tungmetaller fører med seg. Det må være et mål til enhver tid å ha et mest mulig fullstendig bilde av forurensningene, og de skadene som pr. dato er påført økosystemet, og de mulige virkninger forurensningen kan ha for menneske og miljø. Vi må ha et system for å ajourføre og utvikle kunnskap gjennom forskning og overvåkning av naturen, og vi må kunne vurdere mulighetene for tiltak for å sikre natur og mennesker.

På denne bakgrunn vil vi gjennomgå noen aktuelle trusler mot mennesker og miljø i nord. Den vil illustrere hvordan miljøgiftene virker inn på næringskjeden og på menneskers helse. Samtidig antyder en slik framstilling noe om behovet for ytterligere kunnskap innen de forskjellige områdene, og om behovet for beredskap og tiltak.

Norge er av de land i Europa som fikk den sterkeste radioaktive strålingen etter atom-ulykken i Tsjernobyl. Man regner med at omlag 6 % av det totale utslippet fra Tsjernobyl falt ned i Norge. Befolkning og naturmiljø ble utsatt for strålepåvirkning, og for mange mennesker betydde det radioaktive nedfallet en ny opplevelse av miljøforurensning i global målestokk. Flere mennesker så sitt livsgrunnlag, sin helse og sin kultur truet. Nedfallsmønsteret gjorde at den sørsamiske folkegruppen kom i en særlig utsatt stilling.

En gjennomgang av hvordan man fant ut av ulykkens omfang, og hvordan man fant fram til ulike tiltak, kan bl.a si noe om sørsamenes helsemessige, sosiale og kulturelle situasjon i dag. Det vil også gi perspektiver på hva som kunne være dagens situasjon dersom noen av de aktuelle truslene mot mennesker og naturmiljø skulle bli virkelighet. Også disse vil kunne få spesielle konsekvenser for den samiske folkegruppe. Framstillingen vil også kunne sette perspektiv på den bered-

skap som vil være nødvendig for å takle eventuelle nye ulykker eller problemer knyttet til strålefare i framtida.

11.2 MILJØTRUSLER I SAMISKE BOSETTINGSOMRÅDER

11.2.1 Nikkelverkene i Nikel og Zapolyarny

Bakgrunn

Pechenga-Nikkel-verket ble etablert i 1933 av kanadiske og finske interesser. Nikkel- produksjonen startet med et smelteverk i Nikel, basert på lokal malm. Produksjonen spilte en stor rolle under annen verdenskrig. Fabrikken ble overtatt av Sovjetunionen i 1944. Virksomheten i Zapolyarny og Montchegorsk startet på 1950-tallet. Pechenga- Nikel- verket i Nikel og Zapolyarny drives i dag av Norilsk nikkel-konsern, som har monopol på nikkelproduksjonen i Russland. Fra 1978 er det også startet foredling av malm fra Norilsk ved Jenisei i Sibir. I Nikel er det smelteverk som produserer nikkel-matte. I Zapolyarny er det oppredningsverk med konsentrering og foredling av malmen. Montchegorsk er en by med ca. 50000 innbyggere sør for Murmansk. Her er det et kombinert smelteverk og foredlingsverk.

Nikkelverkene i Nikel og Zapolyarny ligger henholdsvis ca. 10 og 20 km fra norskegrensen. I den senere tid er skogen rundt disse byene blitt svidd av i en radius på flere hundre meter hvert år. Grensen for død skog er pr. 1993 ca. 3 km. fra Pasvikelva. Episoder med sterke svovelkonsentrasjoner kan registreres med vekslende hyppighet på norsk område hele året, avhengig av vindretningene.

Bortsett fra noen år under krigen, var produksjonen stabil, og utslippene av svovel oversteg ikke 100000 tonn pr. år før i 1974. I denne perioden brukte man ren nikkel-malm med bare 6,5 % svovel. Forurensningene de første 30 årene hadde mest lokal effekt. Fra 1974 fikk fabrikkene nikkelmalm fra Norilsk i Sibir med et svovelinnhold på opptil 30 %. I de følgende årene ble det en rask økning i utslippene av SO₂ og tungmetaller som kopper og nikkel. Man antar på bakgrunn av materialbalansene at 204000 tonn SO₂ ble sluppet ut i 1973 fra Nikel og Zapolyarny, ca. 400000 tonn i 1979, med en reduksjon ned til 273000 tonn i 1990. (I 1981 ble det startet opp en svovelsyrefabrikk som fanger opp endel av svoveldioksyden i fabrikkpipene.) Totalt 1100 tonn tungmetaller ble sluppet ut; 504 tonn nikkel, 300 tonn kopper, og 18,1 tonn kobolt. Til sammenligning var Norges samlede utslipp av svoveldioksyd i 1991 på 46000 tonn.

Selv om man finner at redusert bruk av Norilskmalm kan ha effekt på forurensningen, så vil nok dette være vanskelig fordi det er svært lite igjen av den opprinnelige malmen på Kola. Det er utarbeidet detaljerte planer for renseanlegg i både Nikel og Zapolyarny, og rekonstruksjon av smelteverk kan tidligst igangsettes i 1997.

Målinger av forurensninger i naturen

Måling av luftforurensning ved den norsk-russiske grensa startet i Sør-Varanger i 1974 og i Murmansk fylke i 1985. Arbeidet ble intensivert i 1988, med etablering av Den blandede norsk-russiske kommisjon for miljør samarbeid. Arbeids- og ekspertgrupper ble nedsatt på de ulike fagfelter. I 1991 ble en arbeidsgruppe for human helse dannet i tilknytning til kommisjonen. Norsk Institutt for Luftforskning (NILU) har hatt ansvaret for målingene av luftkvaliteten.

NILU har organisert målinger ved 10 forskjellige målestasjoner på norsk og russisk side av grensen i 1990 — 91 i Sør-Varanger kommune og i Murmansk fylke. Det er gjort meteorologiske målinger, det er målt luft- og nedbørkvalitet, og

svoveldioksyd og tungmetaller. Som ledd i det norsk-russisk samarbeidet har man ønsket å vurdere utslippene fra smelteverkene i forhold til kritiske belastninger på naturmiljøet i området, og å anbefale reduksjoner i utslippene, for å opprettholde naturens tålegrense.

Målingene har vist at forurensningene i grenseområdene er karakterisert ved svært høye SO₂-verdier. Episodene har sammenheng med spesielle værforhold. Selv om utslippene fra Nikel og Zapolyarny er konstante over tid, kan verdiene av svoveldioksyd variere betydelig bl.a. som følge av variasjoner i vindforholdene.

Vinden i området kommer oftest fra sør-sør-vest. Derfor er de høyeste forurensningsmålingene gjort i nord-nord-øst. Det er målt enkeltepisoder med svært høye verdier av svoveldioksyd i forbindelse med ugunstige atmosfæriske forhold; dvs. høytrykk over Kola og lavtrykk over Nord-Atlanteren. Det er registrert verdier fra 1000—3000 mikrogram/m³ (titemiddeltall) på norsk side av grensen. Ved målinger over 500 mikrogram/m³ i Nikel blir produksjonen redusert. På grunn av vindretningen er det grunn til å anta at luftforurensningen er større i retning nord-nord-øst. I deler av Sør-Norge er den anbefalte belastningen av tålegrense for SO₂-verdier (SFT 1982) kronisk overgått med over 30 %. Verdiene i Sør-Varanger er jamnt over lavere, men konsentrasjonstoppene ved uheldige vindforhold er betraktelig høyere enn de kronisk høye verdiene i Sør-Norge. Verdens Helseorganisasjon har i 1987 fastsatt grenseverdi for SO₂-konsentrasjoner på 30 mikrogram/m³ som middelverdi i året, og 350 pr. time.

Atmosfærisk tilførsel av tungmetaller på norsk område har totalt vist nedgang etter påbegynte målinger i 1974, men spesielt konsentrasjonen av nikkel og kobber har økt i Øst-Finnmark etter 1990. De fleste vassdragene i Øst-Finnmark og de nærmeste på russisk side er undersøkt for svovel og tungmetaller. Tålegrensa for svovel er overskredet i 1/3 av de undersøkte sjøene. Konsentrasjonen av nikkel og kobber viser en fordeling tilsvarende nærheten til nikkilverkene. Grensevassdrag i Jarfjord er markert forurenset av kvikksølv (Hg) og nikkel. Kadmium (Cd) og kopper (Cu) har lave konsentrasjoner i alle vassdrag i området.

NORUT Informasjonsteknologi har i 1993 avsluttet et forskningsprosjekt om effekten av luftforurensing på naturen. Det ble valgt ut et område på 10 000 km² som dekket Sør-Varanger kommune, deler av Pechenga kommune, og litt av Finland. Lavdominert vegetasjon, som er sensitiv for luftforurensing, kan gjenkjennes med ganske stor nøyaktighet på satelittbilder. Kartlegging av vegetasjonen ble gjort ved hjelp av satelittdata kombinert med observasjoner i terrenget. Tungmetallanalyser av reinlaven bekrefter resultatene fra satellittobservasjonene. Satelittdata ble benyttet til å lage vegetasjonskart, endringskart og statistikker. Tidsserier med satelittbilder viste også hvordan forholdene kan utvikle seg over tid.

Et av funnene var at området med lavdominert vegetasjon ble redusert med 85 % fra 1973 til 1988. Områder med nakent fjell, erodert jord og ødelagt vegetasjon hadde økt fem ganger i omfang i samme periode. Sammenligning av endringskartene med utslippsnivået for SO₂ viser en klar sammenheng mellom ødelagt lavdekke og utslippsøkningen fra nikkelproduksjonen etter 1973. Arealet som er ødelagt eller alvorlig berørt av luftforurensning ble 14 ganger større, fra 55 km² i 1973 til 760 km² i 1988, og arealet som var tydelig berørt av forurensning økte fra 400 km² til mer enn 5000 km² i samme tidsperiode. Observasjonene samsvarte godt med den antatte tålegrense for SO₂. Det var en klar konklusjon at miljøskadene har utviklet seg raskere og i større omfang enn hva man tidligere har trodd.

Resultatene fra Norsk Institutt for Skogforskning (NISKs) skogovervåkingssprogram i Pasvik støtter opp om disse resultatene. Overvåkingen de senere år har påvist positive endringer mht. utslippene fra Nikel-Zapolyarny. Vitaliteten mht. skog og lavdominert vegetasjon har forbedret seg de siste 6 årene (fra 1989), og

NISK, NORUT og russiske forskningsinstitusjoner har påvist at arealet hvor tålegrensene er blitt overskredet med minst 3200 km². I tillegg må man regne med en influenssone på ytterligere 1000 km². NISK har i 1993 undersøkt innholdet av tungmetaller i muldebær fra Jar-fjordområdet i Sør-Varanger. Undersøkelsene viste at konsentrasjonene av nikkel og kopper i multer og blåbær var mye høyere i det undersøkte området enn i kontrollområdene. Konsentrasjonene av arsen var også forhøyet. I de utsatte områdene var det tidligere påvist høyere metallkonsentrasjoner i jord og planter. De høye metallkonsentrasjonene kan skyldes både opptak fra jordsmonnet og avsetninger på bærene. Den helsemessig risiko vil avhenge av hvor mye som konsumeres av bærene. Muldebær er en vesentlig del av samisk kosthold.

Effekter for dyr

Tungmetaller i svevstøv avsettes og akkumuleres i vegetasjonen. På denne bakgrunnen har Direktoratet for Naturforvaltning gjennomført en kartlegging av tungmetaller i lever og nyrer fra rein, elg og sau fra Sør-Varanger, sammenliknet med områder i Vest-Finnmark. Tallene viser betydelig økte konsentrasjoner av As, kopper (Cu) og selen (Se) i rein fra Sør-Varanger. Elg fra Sør-Varanger har økt nikkelkonsentrasjon, spesielt i Jarfjord-området. Dette korrelerer med målinger i luft, vann og mose fra det området som har vindretning fra Nikel. Konsentrasjonene blir ikke ansett som et næringsmiddelhygienisk problem. Det er ikke funnet grunn til å tro at konsentrasjonen av tungmetaller i dyrene representerer en helserisiko for disse.

Helseeffekter

SO₂ er til nå ansett som den viktigste årsak både for miljø- ødeleggelse og effekter på helse. Den anbefalte (SFT 1982) 6 måneders gjennomsnittlig verdigrense for skadelige helseeffekter i Norge, 40—60 microgram/m³, ble overskredet ved to russiske stasjoner og en norsk stasjon vinteren 1990—91. WHO's grense fra 1987 på 30 microgram/m³ vil da være ytterligere overskredet. Høyest målte verdi var 3000 microgram/m³. I det nærmest bebodde stedet i Norge ble det målt 2500 microgram/m³ som høyeste verdi. Slike verdier kan gi akutte respirasjonsvansker hos astmatikere. Undersøkelser om astma og allergi i grenseområdene er nå satt i gang.

Det er funnet en svak korrelasjon mellom SO₂-konsentrasjoner og dødelighet rundt fødselen, og sterk korrelasjon mellom SO₂ og sykdommer i luftveiene. Det hefter både medisinske definisjonsspørsmål og epidemiologiske spørsmål med disse tallene. Det er ikke gjort kostholdsregistreringer i området som kan korreleres til de data vi har fra omgivelsene. Økt forekomst av kreft i norske grenseområder har ikke kunnet verifiseres.

En tsjekkisk studie har vist positiv korrelasjon mellom SO₂- konsentrasjon i luft og dødelighet rundt fødselen og sykkelighet på bakgrunn av respiratorisk sykdom. De siste årene har vi fått økte kunnskaper om metallers innvirkning på reproduksjonsorganene, og det er studier på gang i regi av Arctic Environmental Protection Strategy (AEPS) for å kartlegge dette. (Se "*Arbeidet med beskyttelse og overvåking av miljøet i nordområdene*" i kap.11.5.)

Det er ved en undersøkelse av 821 mannlige og 758 kvinnelige arbeidere ved nikkelverkene på Kola påvist økt dødelighet av hjerte/kar-sykdommer og kreft i Nikel og Zapolyarny sammenliknet med Apatiti, som ikke har nikkelverk. Her er det store usikkerhetsfaktorer, og svært vanskelig å korrelere til referansegrupper som ikke er eksponert. Pensjonsalder i nikkelindustrien er 45 år, og de fleste flytter fra området tilbake til hjemplassen etter pensjonering. Det skulle tyde på en viss

underestimering. Tungmetallforurensning blir fra russisk side sett på som en faktor av betydning for den lokale, økte dødelighet.

Nikkeleksponering er nær uunngåelig i ett moderne samfunn, og ikke bare innen industrien. Nikkel er bl.a. regnet som en hyppig årsak til hudplager ved bruk av smykker, klokker og kjøkkenredskaper. Nikkel i metall-legeringer kan også være kreftfremkallende for mennesket. Det er også bevis for at nikkel er et essensielt metall for mennesket. Det er derfor svært viktig å lage referanseverdier for å vurdere forekomsten av nikkel i mennesket.

Nikkelkonsentrasjonene ligger på mikronivå. Geografiske variasjoner avhenger av geologiske forhold og forurensninger fra gruvedrift og industri. Det er foretatt målinger fra nikkelverk som korrelerer med høy nikkelkonsentrasjon i blod og urin. Nikkelkonsentrasjonen kan ha sesongvariasjoner og døgnvariasjoner. Sammenhengen mellom røyking, alkohol og nikkel er ennå ikke sikker. Akutt hjerteinfarkt er assosiert med nikkel. Det gjelder også økning av ustabil angina pectoris. Det er behov for videre studier av sammenhenger mellom ytre miljøer og konsentrasjoner av nikkel i mennesker. En kan ikke utelukke nesten dødelige virkninger av sterk eksponering for nikkel.

Det er målt nikkel-verdier i luft både i Nikel og Montchegorsk på 0,68 microgram/ml(24,22). Det er imidlertid også målt svært høye verdier i Murmansk og Apatiti, referansebyer uten nikkel-industri. Tallene samsvarer ikke med tilsvarende verdier fra norske målinger eller målinger fra vestlige storbyer. Det er også prøvd å måle tungmetaller i hår fra barn i byer med nikkelindustri, sammenliknet med referansebyer uten tungindustri, men disse målingene hefter med store usikkerhetsmomenter. Det er også usikkerheter av forekomster av kreft, der de russiske tallene ligger vesentlig høyere også i referanseområdene. Det er påvist medfødte misdannelser, for tidlig fødte og sykелighet ved føselen blant nyfødte i eksponerte områder.

Kadmium er et tungmetall som samles opp i kroppen, særlig i nyrene. Det er gjort undersøkelser på verdier av kadmium i blodet hos menn i reindriftsnæringa i Finland. Disse tallene viser klar økning i kadmium-konsentrasjon hos de som bor lengst nord-øst i Finland, i grensområdene mot Russland, og nærmest forurensningskildene på Kola-halvøya. Kadmiumkonsentrasjonene var høyere i røykere enn i ikke-røykere, og i begge gruppene var konsentrasjonene høyere i de nord-østlige områder enn i andre steder i Lapplands len. Konsentrasjonene var ikke influert av alder, kroppsstørrelse, røyking eller alkohol. Man fant at blodtrykket økte med økt konsentrasjon av kadmium i blodet, og at dette økte forekomsten av blodtrykkssykdommer hos reindriftssamene i Enare-området. Man må se funnene i forhold til kostholdet hos denne gruppen, som i stor grad består av forskjellige former for innmat, som nyrer og lever av rein, i tillegg til reinkjøtt og kanskje først og fremst fisk.

Tilsvarende problemstillinger fra andre områder

Nenetsene i Arkhangelsk fylke har fått målt hormonvariasjoner gjennom årstidene, spesielt hypofyse- binyre-thyreoidea-aksen, i tillegg til lipidstoffsiftet gjennom samme tidsrom. Hypofyse-thyreoidea-aksen blir aktivert i mørketida hos nenetsene. Lipidmetabolismen er stabil sammenliknet med en russisk referansegruppe. Det er gjort flere undersøkelser av inuitbefolkningen på Grønland og tungmetallkonsentrasjon i blod, placenta og navlestrengsblod. Inuitenes næringskjede akkumulerer kvikksølv, og undersøkelsene har sett dette i relasjon til næringsinntaket, spesielt marin, mammalsk føde. Kvikksølv-konsentrasjonen korrelerer sterkt til inntak av kjøtt fra havdyr, likeså selen. Selen er et essensielt spormetall, en anti-

oxydant, og er ansett som protektor mot skadelige effekter av kvikksølv, cadmium og kanskje bly. Uten selen, ville de skadelige effektene av tungmetallene vært betydelig mer alvorlige.

Analysen av bevarte lik i arktiske strøk (fra ca. år 1470) viser at kvikksølv- og bly-konsentrasjonen i menneskelig vev har økt betydelig fram til i dag, mens selen, jern og brom-konsentrasjonen har gått ned. Årsakene til dette kjenner vi ikke. Arktisk marin-mammalsk føde har alltid medført økte kvikksølv-konsentrasjoner. Det er nå en klar tendens tilbake til det opprinnelige kostholdet hos inuitene. Det medfører en økt eksponering av tungmetaller. Dette er lite risikabelt for de voksne individer, men kan innebære høyrisiko for fosteret. Dette er et moment i diskusjonen om inuitenes kosthold, som også bør ses i sammenheng med den eksisterende statistikken for hjerte/kar-sykdommer i befolkningen.

Det er i perioden 1982—88 undersøkt inuit-kvinner og deres nyfødte barn i Nord-Grønland på kvikksølv(Hg)-konsentrasjoner i maternelt blod og navlestrengblod. Resultatene viser at Inuit-kvinnene har et uakseptabelt inntak av Hg, spesielt methyl-Hg. Invers relasjon er funnet mellom fødselsvekt og Hg-konsentrasjon i navlestrengblod. Dette kan forklares med den kjente embryotoksiske effekt av Hg og eksposisjonsnivået i området.

En studie på diettinntak av methyl-kvikksølv relatert til gestasjonslengde og fødselsvekt er gjort i Godthaab og Thule i tidsrommet 1983—1986. Methyl-kvikksølv-konsentrasjon i barnet var 40 % høyere enn mors konsentrasjon. Høy blodkonsentrasjon av Methyl-kvikksølv fikk positiv korrelasjon til lav fødselsvekt, men ikke til forkortet gestasjonslengde. I USA er det oppdaget tilfeller av forgiftning hos gravide kvinner som arbeider ved en termometerfabrikk.

I eldre inuiter er det påvist store jerndepoter i form av Ferritin. Det er uklart om dette er kostbetinget eller skyldes genetiske forskjeller i reguleringsmekanismene. Inuiter i Nord-Canada har fått påvist betydelig økning i konsentrasjon av Polychlorinated biphenyls (PCB) og Polychlorinated Camphenes (PCC). Dette har de lokale myndigheter prøvd å rette opp med å endre kostholdet til større grad av importerte halvfabrikata. Dette har over tid vist seg å gi betydelig underernæring.

Man har nylig funnet ut at de store mengder med DDT og PCB i næringskjedene i arktiske områder, spesielt i Nord-Canada og Alaska, henger sammen med at USA og andre industriland selger plantevernmidler med DDT og andre miljøgifter til bl.a. India og Afrika. I tørketida gjør vind og sandstormer at fragmenter av disse plantevernmidlene virvles opp i atmosfæren. De blir så ført med luftstrømmer nordover til de arktiske strøk, hvor de faller ned og forårsaker problemer i næringskjeden. Derfor kan man her finne innhold av DDT i morsmelk etc.

11.2.2 Ioniserende stråling

Bakgrunn

Ved en atomvåpeneksplosjon regner man med at det dannes ca. hundre radioaktive spaltningsprodukter, isotoper, av ca. 40 elementer. Isotoper av særlig interesse, er de som dannes med stort fisjonsutbytte og har forholdsvis lang halveringstid og samtidig har slike kjemiske og biokjemiske egenskaper at de lett tas opp i planter og derfra i dyr og mennesker. Det har f.eks. vist seg at lav absorberer og akkumulerer radioaktive stoffer som kan medføre skader hos dyr og mennesker.

De siste 30 årene er det utført kartlegging av radioaktivt nivå og studier av isotoper i arktiske strøk i samarbeid mellom alle de land som har polarsirkel; Canada, Danmark, Island, Norge, Sverige, Finland, Russland og USA. Studier har inkludert direkte måling av beta og gamma-aktivitet og samling av luft, precipitater, vann,

jord, sedimenter, flora og fauna-målinger. Det er også utført helkroppsmålinger på mennesker i spesielt utsatte områder.

Årsaker til denne økningen i måleaktivitet er i hovedsak:

1. Det kjernefysiske prøveprogram som er gjennomført etter 2.verdenskrig.
2. Tsjernobyl-ulykken.
3. Problemene ved atomkraftverkene.
4. Den russiske nordflåten, med bl.a. atomdrevne ubåter og isbrytere.

Måleaktiviteten i arktiske strøk er også viktig med tanke på de store problemene av klimatisk art som vanskeliggjør håndtering av eventuelle ulykker. De viktigste isotoper som kartlegges er Strontium 89 og Strontium 90, Iodine 131 og Cesium 137. Etter Tsjernobyl-ulykken er det påvist en ny isotop; Cesium 134, som dannes i en reaktor, men ikke i en atombombesprengning. For næringskjeden er Cesium 137 viktig å kartlegge. De viktigste framskritt de siste åra er felles internasjonal enighet om målemetoder og gjensidig kvalitetskontroll av laboratorier og målemetoder.

Det kjernefysiske prøveprogrammet

I Novaja Semlja-området er det til sammen utført 90 atmosfæriske kjernefysiske prøvesprengninger, inkludert den største kjente i historien, med en sprengstyrke på 50 megatonn i 1961. Det er også utført 42 underjordiske kjernefysiske prøvesprengninger. Man antar at det mellom 1963 og 1976 er blitt gjennomført anslagsvis 22 atomprøver, dvs. mellom en til to i året. Man regner at det totalt er utført 132 tester, med sprengkraft 273 megatonn. Til sammenlikning er det brukt 16 megatonn i 467 eksplosjoner i Semipalatinsk. Disse data er blitt svært aktuelle på grunn av fiskebestanden i Barentshavet og den mulige påvirkningen av ioniserende stråling på fiskebestanden. Siden 1945 er det i verden totalt utført over 1000 kjernefysiske tester. Styrken på en radioaktiv kilde angis i enheten becquerel (Bq). Cesium 137 og strontium 90 er de som oftest omtales som radioaktive stoffer ved prøvesprengninger. Man regner med at det totalt er frigjort 26 millioner av cesium (Bq) i de kjernefysiske testene. 25 % av de russiske testene er lagt til Novaja Semlja. 545 millioner gigabecquerel er sendt i havet. I Karahavet er det anslåtte utslipp 2—3 millioner gigabecquerel (GB) mellom 1961 og 1990. (1 GB = 1 milliard Bq) Det er anslått 0,5 millioner gigabecquerel flytende avfall som er umulig å lokalisere. I Stillehavet er det rapportert 47 avfallsplasser for radioaktivt avfall, men det er flere land som er ansvarlige. London Dumping Convention fra 1972 er blitt overtrådt av de fleste land som produserer kjernefysiske våpen. Sivert (Sv) er mål for skaden av den ioniserende strålingen i levende vev. Den øvre grensen for årlig dose av akseptabel tilleggstråling av et enkelt individ er satt av den internasjonale strålevernkommisjonen (ICRP), og er på 5mSv (1 mSv = 1/1000 Sv).

Da de kjernefysiske prøvene på Novaja Semlja startet, ble mennesker flyttet fra sine opprinnelige boplasser inn på fastlandet. Ifølge myndighetene i Arkhangelsk fylke er det betydelig forverret helsetilstand i hele fylket, men mest i fastlandsområdene mot Novaja Semlja og på Novaja Semlja. De mener det er betydelig økning i forekomsten av respiratoriske sykdommer, kreft, urinveislidelser, hudsykdommer og blodsykdommer i forhold til i Murmansk fylke. Det er anslått 2,5 ganger flere spontanaborter, og 3 ganger flere medfødte misdannelser. I 1978 hadde 15 % av de barna som døde kreftdiagnose. Alle disse tallene er heftet med stor usikkerhet. Nenetsene skal angivelig ha lavere cancer incidence enn den russiske innflytterbefolkning. Det største problemet med dette området er at det aller meste er under militær kontroll, og det synes vanskelig å få skikkelig innsikt til tross for russiske militære myndigheters velvilje.

Det andre hovedområdet for ioniserende stråling i Russland er i området rundt Tsjelabinsk i Ural. Det finnes data om radioaktiv forurensning, men lite helsedata fra området. Mest utsatt er området for russisk atomvåpenproduksjon. Disse fabrikkene har betydelige utslipp i vassdrag som renner ut i elva Ob. Som eksempel kan nevnes at ifølge uoffisielle tall er 80000 mennesker i Tsjelabinsk-området utsatt for en årlig dose 4 ganger høyere enn mennesker i nærområdet rundt Tsjernobyl. Det er et betydelig antall misdannelser hos nyfødte, og av leukemifall hos voksne. Det finnes lukkede byer av størrelse ca. 100000 mennesker, hvorav Tsjelabinsk er et eksempel. Først i de senere årene har det vært mulig å få informasjon om dette.

Sosiologiske og demografiske studier har vist en forbindelse mellom miljøforurensning og radioaktivitet i Altay-området i Sibir. Man har funnet at i 40 år, fra de første kjernefysiske prøvesprengningene i 1950-årene, har en kompleks demografisk situasjon utviklet seg i regionen, delvis forårsaket av endringer i miljøet. Visse indisier på sykkelighet og dødelighet indikerer endringer i den økologiske balansen i området. Fra 1950 til 1990 ble det i dette området oppdaget kreftformer som utviklet seg spesielt raskt, og som medførte stor dødelighet. Det var spesielt hyppig forekomst av lungekreft, brystkreft og hudkreft. Analyser av sykkelighet og dødelighet viser at radioaktivitet med høy sannsynlighet er en viktig del av forurensningsbildet.

Tsjernobyl-ulykken

Reaktor-havariet i Tsjernobyl i Russland fant sted den 26. april 1986. Man fant at de største nedslagsområdene for de ioniserende partiklene i Russland utenom Ukraina var et område sør-vest i Leningrad fylke og et område i Hvite-Russland. De viktigste områdene for nedfall i Norge var Valdres og søndre Nordland med Helgeland. Skyer med radioaktivt nedfall passerte midt-Norge i en periode med mye nedbør. Sentrale områder for reindriften og samisk kultur ble rammet. (Se egen omtale.)

Atomkraftverk

Man har etterhvert blitt klar over at reaktorene i kjernekraftverkene i Russland har alvorlige svakheter i sikkerheten. Det gjelder de fleste, men særlig de som ble bygget før 1970. Dette gjør at sannsynligheten for havari er betydelig høyere enn for vestlige kjernekraftverk, og at disse representerer en vesentlig fare for natur og mennesker. Sannsynligheten for reaktorhavari ved Kola-kraftverkene kan f.eks. anslås til en hendelse pr. 50 år.

Selv om endel sikkerhetsforbedrende tiltak har funnet sted, er det spørsmål om man overhodet kan ruste opp disse reaktorene til vestlig standard. Det er lite trolig at kraftverkene vil bli tatt ut av drift. De vil derfor i nærmeste framtid representere en vedvarende stor potensielle forurensningskilde.

Kola har den største opphopning av reaktorer i verden. De fleste er under militær kontroll, og unntatt innsyn for sivile myndigheter og vest-lige kontrollinstanser. Avstanden mellom kjernekraftverket på Kola og den norske grensen er 200 km. Det viktigste atomkraftverket på Kola er Polyarny Zori, ca. 100 km sør for Murmansk. Det er klassifisert som ett av de 10 farligste i verden i dag. 60 % av produksjonen går til tungindustrien på Kola. Resten eksporteres mest til Karelen, St. Petersburg og Finland.

Byene Montchegorsk, Kirovsk, Apatiti og Kandalaksia ligger innenfor en 120 km radius fra Polyarny Zori. Det er 4 reaktorer, den eldste fra 1973. Det er en såkalt

1. generasjons reaktor, som nå blir ansett som en foreldet konstruksjon. I 1987 til 1992 ble det registrert 9 uhell av mindre art, med minimal lekkasje. Hele verket bærer preg av manglende vedlikehold, av både tekniske og økonomiske årsaker. Kjølevannet renner ut i Imandrasjøen, og temperaturen i vannet har steget flere grader de siste 20 åra, med sterke negative økologiske følger for livet i innsjøen. Avfallet fra verket blir lagret i 3 år, deretter sendt til Mayak med vanlige jernbanelinjer for repressessering. Det er planlagt at den eldste reaktoren skal være i produksjon til år 2003, og det er planlagt en nyere modell som erstatning.

Man regner med at en alvorlig ulykke ved et av kraftverkene kan ved sammenfall av flere uheldige omstendigheter med lav sannsynlighet medføre luftforurensning og nedfall av radioaktivitet som i gjennomsnitt i Norge er av størrelsesorden 10 ganger høyere enn etter Tsjernobylulykken. En ulykkevil kunne medføre luftaktivitet på 100 — 1000 Bq/m³ som er 10 100 ganger høyere enn det som ble målt etter Tsjernobyl-ulykken. Det radioaktive nedfallet kan bli 1000 — 10000 kBq/m² i enkelte områder. Dette er 10—100 ganger høyere enn det som er målt i de mest forurensede områdene i Norge etter Tsjernobyl-ulykken. Enda alvorligere ulykker kan ikke utelukkes, og da vil konsekvensene bli tilsvarende større.

Trusselen fra Kola-kraftverket vil være størst for de nordligste fylkene i Norge, og spesielt for Finnmark. Konsekvensene vil kunne være økt krefthyppighet og forurensning av næringsmidler fra jordbruk og utmark. Reindrift, saueavl og turistnæring vil kunne lide store tap. Man ser faren for alvorlige konsekvenser for samisk kultur, som er basert på jordbruk, reindrift og utmarksnæringer. Akutte helseskader regnes som lite sannsynlig for befolkningen, mens man ikke kan se bort fra faren for langtids ettervirkninger som kreft.

Lagring av brukt uranbrensel og radioaktivt avfall

På Kola lagres det ulike typer atomavfall både ved atomkraftverket, ved Nordflåten og ved atomisbryterflåten. Hovedtyngden av høyaktivt brukt uranbrensel fra atomdrevne fartøyer lagres ved Nordflåtens og atomisbryterflåtens baser på Kola og ved Stillehavsflåtens baser. Lagerkapasiteten skal på nærmeste være fullt utnyttet, og russerne skal ha store problemer med å ta hånd om tilgangen på brukt atombrensel. Ingen av lagrene tilfredsstillere internasjonale retningslinjer eller anbefalinger.

Nordflåtens atomdrevne fartøyer

Det er anslått at det er 544 atomreaktorer i drift på maritime fartøyer i verden. Data er militære, og det hefter en del usikkerhet med dem. Den russiske nordflåten er stort sett stasjonert i Severomorsk i Murmanskfjorden. Man antar at det her er 108 atomubåter og to kryssere med atomdrift og atomvåpen. Totalt antall reaktorer i bruk er ca. 229, siden de fleste fartøyer har 2 reaktorer. Aktiviteten for disse, og særlig aksjonsradius utenom nordområdene, er innskrenket av økonomiske årsaker. Det gjelder nok dessverre også ettersyn og vedlikehold. Til sammenlikning kan nevnes at Storbritannia har 19 atomubåter og Frankrike har 9. Det ligger 30—35 kondemnerte atomfartøyer ved forskjellige marinebaser på Kola, og ved verftet i Severodvinsk innerst i Kvitsjøen. Det foreligger ingen planer for deaktivering. Først blir fartøyene lagret på overflaten i 10 år, og det er sikre opplysninger på at fartøyer er senket uten deaktivering. Man regner med at i løpet av i løpet av 1990-årene vil Russland utrangere et stort antall atomdrevne ubåter, og det finnes ingen lagringskapasitet for reaktorene og brukt kjernefysisk brensel.

Det er foregått en betydelig dumping av radioaktivt avfall i havområdene rundt Russland. En stor del av dette avfallet stammer fra Nordflåtens atomdrevne ubåter,

og fra de atomdrevne sivile isbrytere. Man har bl.a. informasjon om at 17 reaktorer er blitt dumpet i fjorder på østkysten av Novaja Semlja, og i Novaja Semlja-rennen. Seks av reaktorene inneholder brukt atombrensel.

Det er anslått at mellom 50 og 100 ubåter til enhver tid patruljerer de nordlige havområder, og at et flertall av disse vil være russiske. Av økonomiske og politiske årsaker er store deler av flåten i Svartehavet og Stillehavet i ferd med å flytte til Kola, så konsentrasjonen mot norskegrensa er i ferd med å øke sterkt.

En kjenner til minst 5 reaktorhavari i russiske ubåter siden 1961. Den mest kjente ulykken i vesten er Komsomolets i april 1989, 180 km sør-vest for Bjørnøya, der 42 mennesker omkom. Man har ikke funnet det praktisk mulig å heve fartøyet. Det inneholder omlag 1,9 kg Plutonium i atomstridshodene. Det er usikkerhet rundt skadene på innsiden av ubåten, og man vet ikke i hvilken grad sjøvann har kommet i kontakt med det kjernefysiske materialet i torpedoene ombord. Det er gjort en rekke undersøkelser, men det er foreløpig ikke påvist vesentlig lekkasje eller stråling i området.

I juni 1989 havarerte en sovjetisk undervannsbåt i Norskehavet, 110 nautiske mil nord-nordøst for Sørøya i Finnmark. Undervannsbåten var av type «Echo II». Den var atomdrevet og hadde atomvåpen ombord. Den hadde vært utsatt for reaktorhavari, og det ble tatt vann- og luftprøver for å registrere mulig radioaktivitet. Prøvene viste at det hadde forekommet utslipp av radioaktivitet i form av isotoper med kort halveringstid til omgivelsene. Det ble foretatt beregninger av konsekvenser for befolkningen i de nordligste fylkene og for mannskap på båter nær havaristen. Disse viste at befolkningen maksimalt kan ha pustet inn 1 Bq som følge av radioaktivitetsutslippet, hvilket vil si en helt neglisjerbar risiko for kreftutvikling.

Mangel på kunnskap om russisk reaktortechnologi og sikkerhetsfilosofi for ubåtene gjør det vanskelig å vurdere trusselen. Antallet båter og de ulykkene som har vært antyder en ikke ubetydelig fare for sannsynlighet for reaktorhavari.

Ved vindretninger mot norsk territorium vil et alvorlig reaktorhavari i ubåt nær norsk kyst kunne gi betydelige konsekvenser for kystområdene nærmest havaristen, spesielt i akutt-fasen fra luftspredning av radioaktive jod-isotoper. Tiltak vil kunne redusere disse konsekvensene betraktelig. Man regner med at de langsiktige konsekvensene innenfor det samme området kan bli av størrelsesorden den samme som i de tyngst forurensede områder i Norge etter Tsjernobyl-ulykken. Akutte helseskader kan unngås hvis ulykken skjer i noe avstand fra land. Hvis ulykken skjer tett på land eller i en norsk fjord kan både akutte helseskader oppstå og kreftrisikoen for den bestrålte befolkning vil øke fordi det vil være vanskelig å iverksette tiltak hurtig nok. Utslipp så nær land kan føre til langsiktige forurensninger som langt overgår det som ble målt etter Tsjernobyl-ulykken, men kun innenfor begrensede områder.

Utisiktet sprengning av kjernevåpen

Atomstridshoder er registrert med ca. 700 for hele nordflåten, fordelt på 54 fartøyer. Det er ikke registrert ulykker så langt. Selv om utisiktet sprengning av kjernevåpen ikke har inntruffet, kan slike ulykker ikke utelukkes. Ustabilitet i det tidligere Sovjetunionen og økt aktivitet med forflytning av våpen på Kola og konsentrasjonen av våpen spesielt i disse områdene representerer en trussel mot våre nordområder.

Sprengning av kjernevåpen nær norsk grense kan få meget alvorligere konsekvenser for Norge. Det kan medføre en unntakstilstand som må håndteres av alle ledd som inngår i atomulykkeberedskapen, også de som inngår i krigsberedskapen.

Atomisbrytere

Atomisbryterne representerer et mer kuriøst problem. Murmansk shipping Company eier og driver 7 fartøyer. De var i utgangspunktet tenkt som hjelp til å åpne Nordøstpassasjen for kontinuerlig trafikk. Havariet av isbryteren «Lenin» i 1966 stoppet denne utviklingen. Det er registrert flere ulykker og ukritisk dumping av avfall fram til 1986, da dette ble kjent, og selskapet selv skjerpet reglene. Nå lagres atomavfall på båter i Murmansk havn. Som en kuriositet kan nevnes at den nye atomisbryteren «Ural», som blir ferdig i 1993, er spesialbygd for «atomturisme» til Nordpolen. En tur til Nordpolen koster ca. 25.000 dollar.

Radioaktiv forurensning fra reprosesseringsanlegg

I et reprosesseringsanlegg blir uran og plutonium gjenvunnet fra det brukte atombrenselet. Dette utføres bare i noen land, og bare en liten del av det bestrålte brenselet blir gjenvunnet. Reprosesseringen etterlater betydelige mengder høyaktive flytende avfall som er svært risikofylte å lagre. Reprosessering øker mengden av uran i ren form. Det medfører også driftsutslipp av radioaktive stoffer til miljøet. Utslippene fra anleggene i Sellafield i Storbritannia og fra anlegget ved Cap de la Hague i Frankrike, blir transportert med havstrømmene opp langs norskekysten til Barentshavet. På grunn av fortynningsnivået i havet har forurensningsnivået vårt forholdsvis lavt.

I Russland finnes det tre større reprosesseringsanlegg ved byene Tsjeljabinsk, Tomsk og Krasnojarsk. Disse anleggene ligger ved elvene Ob og Jenisei som renner ut i Karahavet vest for Novaja Semlja. Anleggene Tseljabinsk-65, Tomsk-7 og Tomsk-7 hører med blant Sovjetunionens «lukkede byer» som ble anlagt og bygget for utvikling og produksjon av atomvåpen. Områdene rundt disse byene har høye nivåer av radioaktiv forurensning. Fra norsk side ønsker man å vite i hvor stor grad utslipp fra anleggene blir transportert via elvene til Karahavet, og hvilket potensiale det er for ytterligere utslipp. Det er innledet et norsk-russisk samarbeid med sikte på å kartlegge kilder til radioaktiv forurensning og vurdere langtidskonsekvenser for Karahavet og Barentshavet.

11.3 TSJERNOBYL-ULYKKEN I SAMISKE BOSETTINGSOMRÅDER**11.3.1 Om ulykken og situasjonen sommeren 1986. De umiddelbare tiltakene**

Den 26. april 1986 eksploderte reaktoren ved kjernekraftverket i Tsjernobyl. Det ble umiddelbart dannet en radioaktiv sky i flere kilometers høyde. Luftstrømmene under 3 km's høyde drev det første døgns utslipp nord-vestover mot de nordiske land. I løpet av tre døgn ble luftmassene spredt over hele Midt-Skandinavia. Det kom samtidig omfattende nedbør i dette området. Mindre nedfall kom over Norge 4. og 8. mai. Særlig nord-østlige fjellstrøk på Østlandet, Trøndelag og Hattfjelldalen i Nordland hadde store nedbørsmengder disse dagene. Dette innebar at store deler av de områder i Sør- og Midt-Norge hvor det er samisk bosetting, ble rammet av radioaktiv forurensning.

Det radioaktive nedfallet besto av flere stoffer, bl.a. jod og strontium, hvorav særlig Cesium 137 og 134 skapte problemer i Norge. Det er disse som stort sett omtales som radioaktive stoffer. Radioaktiv stråling måles i enheten becquerel (Bq). Den belastningen de samiske bosettingsområdene ble utsatt for, skyldes sammenfall av flere faktorer: Store luftmasser som transporterte utslipp fra de to første døgn, da utslippsmengden var størst, ble transportert hit, og det falt nedbør samtidig med at den radioaktive skyen var over områdene.

Ulykken ble kjent av norske myndigheter på et tidspunkt da nedfallet over Norge allerede var et faktum. Myndighetene var derfor avskåret fra å vurdere situasjonen på forhånd og å organisere beredskapen før nedfallet hadde funnet sted. Det tok også tid før man ble klar over nedbørens betydning for det radioaktive nedfallet. Da ulykken inntraff hadde landet ingen beredskap for å håndtere nedfall fra et reaktorhavari i utlandet. Dette medførte at myndighetene måtte improvisere håndteringen av ulykken, man måtte arbeide med samordningen av innsatsen mellom de forskjellige sektorer, samtidig som informasjonen til publikum ble mer tilfeldig enn ønskelig. Norge manglet utstyr til å måle det radioaktive nedfallet, såvel som rutiner for organisering av målinger, kunnskaper om eventuelle konsekvenser av en slik ulykke, og hvordan informasjon skulle formidles. Behovet for en samordnet nasjonal beredskap for å håndtere slike situasjoner kom klart fram.

Man fant snart at den radioaktive strålingen som ulykken medførte i Norge var av svært liten betydning, også i de områder som ble sterkest rammet av stråling. Det ble beregnet at strålingen fra Tsjernobyl det første året i gjennomsnitt representerte et tillegg til den naturlige bakgrunnsstråling på ca. 10 %. Ut fra statistiske beregninger av de helsemessige konsekvenser av strålingen ble det antatt at første års dose ville kunne gi 30—50 nye krefttilfeller. Spredt over en periode på 50 år vil tilfellene anslagsvis utgjøre ett nytt krefttilfelle i året i perioden. Det registreres i gjennomsnitt årlig omlag 16.000 nye tilfeller av kreft i Norge.

Etter ulykken ble det foretatt omfattende målinger av radioaktivitet i næringsmidler og i miljøet. Norske helsemyndigheter fastsatte tiltaksgrenser for radioaktivitet i næringsmidler i harmoni med EF-landenes grenser. Verdiene ble satt svært lavt for å sikre at de mest utsatte grupper av befolkningen skulle utsettes for minst mulig helsemessig risiko. Tiltaksgrensene ble fastsatt ut fra prinsippet om at stråledoser skulle begrenses så langt det var praktisk mulig. Tiltaksgrensene innebærer derfor ikke at enhver overskridelse medfører helsefare. For basismatvarer ble grensen satt meget lavt, til 600 Bq/kg av Cesium 134 og 137, og til 370 Bq/kg for melk og barnemat. Tiltaksgrensen for kjøtt fra tamrein og vilt ble den 20. november 1986 forhøyet til 6000 Bq/kg.

Mens Bq er mål på styrken av en radioaktiv kilde, så er sievert (Sv) et mål for den skadelige virkningen av den radioaktive strålingen i levende vev. Den øvre grense som er satt av den internasjonale strålevernkommissjonen (ICRP) på 5mSv for akseptabel tilleggsstråling av det enkelte individ det første året tilsvarer et inntak på 400.000 Bq Cesium- 137/134. I Norge ble det målt verdier over tiltaksgrensen i sauekjøtt, reinkjøtt og ferskvannsfisk. Man slo fast at normalt konsum av disse næringsmidler ikke kunne medføre inntak i nærheten av 400000 Bq på årsbasis. For storforbrukere av reinkjøtt, vilt og innlandsfisk ble det utviklet spesielle kostholdsråd, og det ble anbefalt tilbakeholdenhet med overdreven bruk.

For næringsmidler hvor det ble målt verdier over tiltaksgrensene, ble det fastsatt omsetningsforbud. Dette medførte bl.a. omsetningsforbud for reinkjøtt fra Sør-Norge sør for Rana-fjorden. Situasjonen var omtrent lik for sauekjøtt. Man fant i forbindelse med målingene at det også var radioaktivitet i rein i Nord-Norge over 600 Bq. Etter hevingen av tiltaksgrensen til 6000 Bq/kg kunne dette kjøttet likevel omsettes. Man mente med denne tiltaksgrensen også å ta hensyn til reindriftsnæringens fremtidige situasjon som grunnleggende faktor for samisk kultur i de rammede områdene.

Den 31. juli ble det bestemt at reineiere som ble rammet av omsetningsforbudet skulle gis økonomisk kompensasjon for sine tap. Den 29. august fastsatte Landbruksdepartementet i samråd med Norske Reindrifsamers Landsforbund «retningslinjer for kompensasjon av økonomisk tap i forbindelse med for høyt innhold av radioaktivitet i kjøtt fra tamrein for driftsåret 1986». Dette innebar at tamrein-

produsentene fikk oppgjør etter normale avregningspriser for det kjøttet som ble levert, uavhengig av om det ble kassert eller ikke. Tilsvarende tiltak ble for de senere år ble gjennomført i forbindelse med reindrifftsavtaleforhandlingene mellom Landbruksdepartementet og Norges Reindrifftsamers Landsforbund.

Analysen av vill- og tamrein bekreftet inntrykket fra nedfallsmønsteret. Nedfallet rammet særlig områder i den sørlige delen av Nordland, i Sør- og Nord-Trøndelag og i Hedmark og Oppland, hvor det falt nedbør den 29. april. Det ble utover sommeren funnet måleverdier for Cesium -134 og i Cesium -137 mellom 100 og 40.000 Bq i villreinkjøtt fra fjellstrøk i Sør-Norge. Resultatene fra et analyseprogram på tamreinkjøtt bekreftet bildet for villrein. Det ble på dette grunnlaget besluttet å intensivere undersøkelsene av radioaktivitet i reinkjøtt for å kartlegge områder der det var behov for å gjennomføre tiltak. Radioaktiviteten sank fra juni til august, for så å øke i september. Økningen fortsatt ut over høsten og vinteren i forbindelse med overgang til lavbeite.

I enkelte fiskevann i de mest utsatte områdene ble det funnet høyt innhold av radioaktive stoffer i fisken. Før Tsjernobyl-ulykken hadde man lite kunnskap om radioaktiv forurensning av fisk. De høyeste verdier i ferskvannsfisk sommeren 1986 ble målt i Nord-Trøndelag. Det ble bare funnet høye verdier i fisk i områder der Statens institutt for strålehygiene (SIS) og Norges geologiske undersøkelser (NGU) hadde målt høye verdier på bakken. For ferskvannsfisk ble det imidlertid utover hele sommeren 1986 registrert en økning i radioaktiviteten. Denne økningen ble forklart med at radioaktiviteten etterhvert ble opptatt i hele økosystemet i de ferskvann som ble rammet, og at konsentrasjonen av forurensning øker i høyere stadier av næringskjeden. Det ble utarbeidet en prøvetakingsplan i samarbeid mellom Direktoratet for naturforvaltning og Helsedirektoratet, med særlig vekt på prøvetaking fra områder som hadde fått mest nedfall.

11.3.2 Utviklingen av radioaktiviteten i lav og rein og arbeidet med tiltak etter ulykken

Man visste i 1986 svært lite om hvilke virkninger den radioaktive forurensningen ville få for beitene, reinen og de menneskene som levde av reinen. Det var ingen klar strategi for å redusere radioaktiviteten i form av ekstra foring av reinen. Man så at næringskjeden lav-rein ble ekstra sterkt rammet av radioaktiviteten, og regnet med at det ville kunne ta spesielt lang tid før radioaktiviteten i rein ble redusert under tiltaksgrensen. Myndighetene la derfor vekt på å følge situasjonen for rein spesielt nøye.

Endel oppgaver var således snart klare. Man måtte finne metoder for å fore ned reinen under tiltaksgrenser i de sørsamiske områdene som hadde rein og fisk som hovedsakelige basisføde. Man ønsket å følge situasjonen for utviklingen av radioaktiviteten i dyr og mennesker, og følge opp helsesituasjonen i de rammede områdene. Det måtte utvikles og følges opp kostholdsveiledning til reindrifftsamer i sør-områdene som hadde rein og fisk som hovedsakelige basisføde.

Radioaktiviteten i lav 1986/87

For å få en best mulig oversikt over radioaktiviteten i lav arbeidet Reindrifftsadministrasjonen i samarbeid med de lokale reindriftskontorene med en systematisk kartlegging av radioaktivt lav i de fleste reinbeitedistriktene. Kartleggingene viste at for november 1986 var forurensningen av lav noe mindre for Vest-Finnmark enn for Øst-Finnmark, mens for Troms reinbeiteområde var kystområdene mer forurenset enn lavbeitene på innlandet. Den største forurensningen fantes i områdene sør

for Rana-fjorden, hvor nivået i laven varierte fra 6000 til 15000 Bq/kg, med endel forekomster over 100.000 Bq/kg i lav. I Nord-Trøndelag reinbeiteområde inneholdt store deler av lavbeitene verdier over 15000 Bq/kg. I Sør-Trøndelag og Hedmark var lavbeitene noe midre forurenset, men likevel på et nivå hvor en regnet med kassasjon av reinkjøtt. For tamreinlagene i sør var lavbeitene svært forurenset. For alle områdene gjelder at forekomsten av radioaktiv forurensning samsvarte med de kartlegginger som var gjort av luftstrømmer og nedbørsmengder i perioden etter Tsjernobylulykken. Resultatene av prøvetakingen av lav fra områder i Troms, Nordland og Nord-Trøndelag viste at radioaktiviteten i lav i 1987 lå på 75 % av 1986-nivået. Man så nå at en stor del av kjøttproduksjonen kunne redde ved å endre slaktetidspunktet nærmere sommermånedene.

Radioaktivitet i reinkjøtt 1986/87

Både målinger av radioaktivitet i reinkjøtt i forbindelse med vanlig slakt høsten/vinteren 1986/87 og de systematiske sesongregistreringene av radioaktivitet i rein, viste overensstemmelse mellom radioaktivitet i lav og i reinkjøtt. Cesium i reinen gjenspeilte variasjoner av forurensninger i lavbeitene. Man erfarte at stor forurensning i lav førte til stor forurensning i reinkjøtt. For eksempel ble radioaktiviteten i lavbeitet for en driftsgruppe i Nord-Trøndelag gjennomsnittlig målt til 14.000 Bq/kg, mens radioaktiviteten fra rein som hadde beitet i området var 13.200 Bq/kg ved slakting.

Slakteseongen 1986/87 viste at alt reinkjøtt fra de tre nordligste reinbeiteområdene lå godt under tiltaksgrensen på 6000 Bq/kg for omsetning av reinkjøtt. For Nordland kunne omlag halvparten godkjennes, mens en svært liten andel av kjøttet fra Nord-Trøndelag kom under 6000 Bq/kg. I Sør-Trøndelag og Hedmark lå ca. 1/4 av alt slaktet under 6000 Bq/kg, mens alt kjøttet fra tamreinlagene måtte kasseres. (Jfr. kart over radioaktivitet i lav og reinkjøtt.) Det ble i alt i løpet av slakteseongen 1986 — 87 kassert ca. 21 tonn reinkjøtt.

Tiltak for begrensning av radioaktiviteten i reinkjøtt

Selv om det var et klart mål å fore reinen ned under tiltaksgrensen for radioaktivitet, gjensto mange spørsmål om hvordan dette best kunne gjøres.

Man fant at praktiske tiltak for reduksjon av radioaktivitet kan inndeles etter formål:

- Tiltak som kan hindre eller redusere opptaket av radioaktivt cesium fra jord til vegetasjon, dvs. til for og andre planteprodukter (gjødsling og pløying i innmark, etc).
- Tiltak som kan gjennomføres for å redusere innholdet av radioaktivt cesium fra for til dyr på beite (beiting og foring).
- Tiltak for å redusere innholdet av radioaktive stoffer i dyr som har beitet på forurensede områder (nedforingstiltak).

Biologisk halveringstid vil si den tid det tar før radioaktiviteten i et dyr eller en plante er redusert til det halve. Siden lav, med sin lange halveringstid utgjør reinens hovedernæring om vinteren, så har reinen større problemer med det radioaktive nedfallet enn f.eks. husdyr som går på annet for.

Hvis vi kjenner halveringstiden for cesium i rein, kan vi finne ut hvordan kjøttets radioaktivitet vil variere under forskjellige betingelser, som overføring til annet beite eller ved foring. I forsøk ved Norges landbrukshøgskole på Ås (NHL) med foring (rensing) av reinkalver fant man at halveringstiden for radioaktivt cesium var

3 uker, og man regnet med at dyr i aktivitet ville tape cesium enda raskere. Ved foring av voksne dyr regnet en med lengre halveringstid. Målet var å beskytte dyrene mot radioaktivitet ved å forhindre oppsuging av cesium. Man så etterhvert at reinen kunne nedfores samtidig som den spiste den samme radioaktive laven. Man kunne begrense skadevirkningene av beiting på radioaktivt lav ved å fore eller tilføre reinen stoffer som binder radioaktiviteten i tarmkanalen. Men hvilke cesiumbindere burde brukes, og hvordan skulle de gis til reinen slik at man lettest mulig kunne redusere innholdet av radioaktivitet i reinkjøttet?

Cesiumbinderne berlinerblått og bentonitt reduserer dyrenes opptak av radioaktivt cesium. Dyrenes evne til å skille ut radioaktivt cesium gjør at radioaktiviteten i dyrekroppen vil avta forholdsvis raskt når opptaket stoppes. Berlinerblått og bentonitt er derfor de mest aktuelle tilsetningsstoffer for nedforing av dyr. Man arbeidet gjennom vinteren 1986/87 for å finne praktiske måter å tilføre stoffene på. Skulle man gi berlinerblått eller bentonitt i kraftfor for å oppnå et mest mulig sikkert inntak av cesiumbinder? Skulle man gi berlinerblått ved hjelp av saltslikkestein på innlandsbeite? Det ville være særlig viktig å finne måter å gi cesiumbinderne til reinen i perioder før slaktning.

Berlinerblått trengtes i svært små mengder. En annen mulighet var å gi berlinerblått i form av en vomtablett. Fra 1986/87 ble det over tid gjort forsøk med vomtabletter med berlinerblått for rein. Hensikten med disse tablettene er at de langsomt skal oppløses og dermed frigi tilstrekkelig med berlinerblått til å binde cesium fra foret. Teknologisk var det imidlertid problemer med å utvikle en tablett som kunne brukes på rein, og dette arbeidet skulle vise seg å ta tid. NLH og Reindriftsadministrasjonen gjorde også forsøk med beitebruk på fjellbeiter, og fulgte den radioaktive belastningen også på sommerbeiter. Landbruksdepartementet fulgte opp med prøvetaking av beitevegetasjon, for, levende dyr og kjøtt. Man forsøkte å gi resultater og praktiske råd etter som det var behov for det. Et effektivt tiltak som ble igangsatt fra 1987 var å endre slaktetidspunktet for reinen til tidlig slaktning før overgang til lavbeiter. Nedforing ble foretatt i mindre målestokk. Rett etter ulykken var det nødvendig med omfattende kassasjon av kjøtt, men kassasjon ble nødvendig i stadig mindre grad etterhvert. Kostnadene til tiltak kom i slakteseongen 1987/88 på over 6 millioner kroner. I tillegg kom utgifter ved kassering av rein, og kostnader til administrasjon, forsøksvirksomhet og forskning.

Utviklingen av radioaktivitet i lav og rein og arbeidet med tiltak etter 1988

I 1988 var den radioaktive forurensning av næringsmidler i flere områder vesentlig høyere enn forventet. Stråledoser til enkeltpersoner som var storforbrukere av reinkjøtt og ferskvannsfisk, var opp til tre ganger så høyt i 1988 som i 1987. Denne utviklingen gjenspeilte seg i registreringer av radioaktivitet på levende rein. Tidlig i sommersesongen 1988 var det en betydelig lavere aktivitet sammenlignet med foregående slaktesesong, men så registrerte man en spesielt rask stigning av radioaktivitet i dyrene. Dette hadde bl.a. årsaker i en kraftig økning av radioaktivt cesium både i rein og husdyr på grunn av beiting på sopp i slutten av beitesesongen. For reinen økte radioaktiviteten også på grunn av dårlige beiter og en tidlig overgang til lavbeite denne høsten.

Soppveksten var en følge av det varme fuktige været sommeren 1988. Undersøkelser viste at for noen sopparter var innholdet av radioaktivt cesium opp til 150 ganger større enn i den øvrige vegetasjonen på stedet. I 1988 ble det startet opp et overvåkingsprogram for å følge utviklingen av radioaktiviteten i sopp. Målinger ble foretatt i hele landet. Man måtte endre slakteplaner, og gjennomføre mer omfattende tiltak enn opprinnelig planlagt for denne slaktesesongen.

I 1988 var situasjonen slik at i områdene sør for Ranafjorden ble 45 % av slaktemengden berget ved hjelp av tiltak. De viktigste tiltakene var tidlig slakteuttak (25 %), og nedforing (20 %). Andelen av reinkjøtt som ble godkjent var 25 %, og 30 % av reinkjøttproduksjonen kunne slaktes ved ordinært slaktetidspunkt. Radioaktivitetsnivået i rein var betydelig lavere i sesongen 1989/90 enn året før. Hovedårsaken var at det var lite sopp. De viktigste tiltakene var igjen tidlig slakt og nedforing. I 1989 var det nærmest et totalt fravær av sopp på beite, og radioaktivitetsnivået var betydelig lavere enn året før.

Radioaktiviteten viste etterhvert store distriktsvise forskjeller på grunn av variasjoner i nedfallet rett etter Tsjernobyl-ulykken. Det er også store forskjeller i radioaktivitet etter jordart. Innhold av radioaktivt cesium er størst i planter som har vokst på myrjord med stort moldinnhold, på grov sandjord, og på næringsfattig jord i fjellet.

Tidlig slakt kombinert med nedforing ble de viktigste metoder for å redusere radioaktivitet i rein. I enkelte distrikter, som i Nord-Trøndelag, viste det seg vanskelig å praktisere en framskynding av slaktetidspunktet. Dette skyldtes både driftsmønsteret, hvor kalv utgjorde omlag 2/3 av antall slaktede dyr, og situasjonen på beiten, som gjorde at dyrene var forurensede allerede før overgangen til lavbeite. Dette utelukket tidlig slakt, og man måtte gå inn for nedforing som tiltak. Foring av rein hadde hittil vært et ukjent begrep flere steder. I tillegg til kunnskaper trengtes det gjerder og annet utstyr til foringen. Laven måtte dessuten plukkes fra de mindre forurensede områdene rundt Trysil. Foret besto av lav og reinfor tilsatt bentonitt. Reinen inneholdt i gjennomsnitt 16000 Bq/kg når foringa startet, og halveringstiden lå på 13 — 17 dager, foringsperioden sett under ett. I de fleste distrikter ble flest mulig rein satt til foring, mens resten måtte leveres til kassasjon. For slaktesesongen 1988/89 utgjorde foret rein ca. 2/3 av all rein som ble levert og godkjent under tiltaksgrensen fra Nord-Trøndelag. Kassasjonsprosenten ble dermed senket fra 77 % til 22 %. Dette utgjorde i Nord-Trøndelag et redusert kassasjonskvantum på 53 tonn til en verdi av 2,1 mill. kroner. (Totalkostnadene beløp seg til 1.4 mill. kroner.) De hardest rammede distriktene kunne ikke levere godkjent kjøtt direkte, dvs. alt levert godkjent kjøtt kom fra nedforet rein. For enkelte distrikters vedkommende utgjorde andel foret rein opp i 73 % av det totale slaktekvantum. Kostnadene ved tiltakene for rein var i tidsrommet 1986 — 1990 tilsammen 81 millioner kroner.

11.3.3 Virkninger av radioaktiviteten på mennesker

Ved ioniserende stråling på biologisk vev blir energi absorbert slik at det kan føre til en biologisk forandring i cellene. Etter Tsjernobyl-ulykken ble befolkningen utsatt for stråling fra tre hovedkilder. Det var aktivitet på bakken (ekstern), aktivitet i luft (inhalasjon), og aktivitet i mat (intern). Man prøvde særlig å måle de mulige helsekonsekvenser av det radioaktive nedfallet ved beregning av kollektive doser fra inhalasjon, nedfall på bakken, og fra inntak av mat.

I desember 1986 ble det vedtatt å utføre et prosjekt for å bestemme stråledosebelastningen etter Tsjernobylulykken i samarbeid mellom Statens Næringsmiddeltilsyn (SNT), Statens Institutt for strålehygiene (SIS) og Avdeling for kostholds-forskning ved Universitetet i Oslo. For å måle stråledosebelastningen valgte man ut grupper av personer som man antok hadde vært utsatt for mye større stråledoser enn gjennomsnittet, dvs. personer med et stort konsum av næringsmidler med et høyt radioaktivt innhold. Man valgte også ut personer som man antok hadde fått stråledoser nærmere gjennomsnittet. Det radioaktive innholdet i kroppen ble målt direkte ved helkroppsmålinger, og ved kostholdsundersøkelser målte man inntak

av radioaktivitet via maten. Her målte man også hvor stor andel som stammet fra de ulike næringsmidler. Man kartla videre kostendringer og andre forholdsregler som ble tatt etter Tsjernobyl-ulykken, og forsøkte å anslå størrelsen på reduksjon i cesiuminntaket som følge av disse endringene. Det ble spurt bl.a. om bruk av reinkjøtt og ferskvannsfisk. Undersøkelsen ble foretatt fra 1987 til 1990.

Bq er altså mål på styrken av en radioaktiv kilde, og stråledosen i sievert (Sv) er mål for den skadelige virkningen av strålingen. 5 mSv var øvre grense for akseptabel tilleggsstråling ifølge ICRP. Den gjennomsnittlige stråledosen som skyldtes inntak av næringsmidler det første året etter Tsjernobyl-ulykken ble estimert til å ligge i området mellom 0.12 og 0.25 mSv. Reindriftsamene fikk i gjennomsnitt doser mellom 1 og 3 mSv dette første året. Størstedelen skyldtes konsum av reinkjøtt. Det ble utformet kostholdsråd ut fra SNTs målsetting om at ingen skulle utsettes for stråledoser fra radioaktivt cesium i matvarer over 1 mSv pr. år.

Tiltaksgrensen på 6000 Bq/kg gjaldt reinkjøtt til salg (normalt konsum). For grupper med reinkjøtt som basismat, var grensen satt til 2000 Bq/kg. Kostholdsrådene var aktuelle først og fremst for storforbrukere av ferskvannsfisk og reinkjøtt. Den første kostholdsrådsbrosjyren for forbrukere av kjøtt skaffet tilveie utenom omsetning, ble utarbeidet da tiltaksgrensen for reinkjøtt ble høynet. SNTs målsetting ble altså ivaretatt både ved de fastsatte tiltaksgrensene for mat i handelen, og ved kostholdsråd for storforbrukere av mat fra egen fangst.

I 1988 var den radioaktive forurensning av næringsmidler i flere områder vesentlig høyere enn forventet. Reindriftsamene hadde den største dosebelastningen dette året. Den gjennomsnittlige individuelle stråledosen til den norske befolkning var omtrent den samme som i 1987 (mellom 1,10 og 0,15 mSv), men stråledoser til enkeltpersoner som var storforbrukere av reinkjøtt og ferskvannsfisk, var opp til tre ganger så høy i 1988 som i 1987. Dette hadde flere årsaker. Forbrukerne fikk ikke lenger tak i reinkjøtt fra før ulykken, kostholdsrådene ble ikke fulgt i samme grad som før, og det var en kraftig økning av radioaktivt cesium både i rein og husdyr på grunn av beiting på sopp i slutten av beitesesongen, og en tidlig overgang til lavbeite denne høsten.

I 1989 var radioaktivitetsnivået i næringsmidler vesentlig lavere enn foregående år. Dette året var det nærmest et totalt fravær av sopp på beite. I 1989 var det gjennomsnittlige inntak av radioaktivitet via matvarer ca. 10 000 Bq pr.år, med en betydelig høyere dose for utsatte befolkningsgrupper. Reindriftsamene var dette året oppe i et inntak rundt 116000 Bq/kg. Målingene viste at andelen av personer med et inntak av radioaktive næringsmidler som overskred det anbefalte maksimumsinntaket på 80000 Bq/kg steg de tre første årene etter Tsjernobyl-nedfallet, mens andelen som overskred denne grensen sank det fjerde året i de gruppene som ble undersøkt. Tab. 11.1. viser resultater fra kostholdsundersøkelsen og helkroppsmålingene fra 1987 til 1990.

Tab. 11.1.:

Resultater fra kostholdsundersøkelsen og helkroppsmålingene (gjennomsnittsverdier) hos grupper av personer fra 1987 til 1990 i Oslo, Sel, Øystre Slidre og blant reindriftsamer i Nordland, Nord- og Sør-Trøndelag.

Gruppe	År	Kost-inntakBq/å	Helkroppsmålinger mSv/år
Tilfeldig utvalgte personer i Oslo	1987	11000	0.07 +/- 0.01
Tilfeldig utvalgte personer i Sel	1987	25000	0.15 +/- 0.01
	1988	31000	0.11 +/- 0.01
	1989	25000	0.10 +/- 0.01
	1990	14000	0.06 +/- 0.03
Spesielt utvalgte personer i Øystre Slidre	1987	69000	0.4 +/- 0.07
	1988	116000	0.6 +/- 0.15
	1989	107000	0.7 +/- 0.24
Reindriftsamene i Nordland, Nord- og Sør-Trøndelag	1987	127000	0.9 +/- 0.12
	1988	234000	1.7 +/- 0.31
	1989	190000	1.2 +/- 0.15
	1990	90000	0.9 +/- 0.20

Kilde: (Kilde: SNT-rapport 7, 1991.)

Gjennomsnittlig stråledose holdt seg under den anbefalte maksimumsdosen på 5 mSv det første året, og 1 mSv de følgende år, mens hos reindriftsamene ble grensene oversteget fram til 1990. Reindriftsamene bruker mye reinkjøtt i eget kosthold, og reinkjøttet fra dette området viste et stort innhold av radioaktivt cesium. Det radioaktive inntaket for samene ble beregnet på husholdsnivå.

Fig. 11.1. viser en oversikt over inntaket av radiocesium fra de forskjellige matvarer for de undersøkte grupper av mennesker i tidsrommet 1987 — 1990. Med unntak av Oslo, så er matvarene registrert i gruppene reinkjøtt, ferskvannsfisk, melk og annet.

Oslo hadde det lavest beregnede inntaket av radioaktivt cesium. Her kom størstedelen av inntaket fra melk og storfekjøtt. For gruppen i Sel skyldtes over halvparten av inntaket av radiocesium konsum av ferskvannsfisk og melk. Øystre Slidre har et inntak 3 til 4 ganger høyere enn Sel, og denne forskjellen økte de tre første årene etter Tsjernobyl-ulykken. Blant reindriftsamene skyldtes nærmere 90 % av inntaket av radiocesium konsum av reinkjøtt. Her er også inntaket av radiocesium på et betydelig høyere nivå. Reindriftsamene hadde størst inntak alle tre årene, 5 til 8 ganger høyere enn inntaket i Sel. For alle typer matvarer ser man økning i dosebelastningen det andre året etter Tsjernobyl-ulykken, men størst økningen for reinkjøtt.

Det første året etter Tsjernobyl-ulykken anbefalte myndighetene at ingen skulle ha et høyere totalinntak av radiocesium enn 400000 Bq, barn under to år, gravide og diegivende skulle ikke ha inntak over 80000 Bq. For det andre og de senere årene ble det anbefalt et maksimum kostinntak på 80 000 Bq/år, og 40000 Bq/år for barn, gravide og diegivende. En forholdsvis stor andel av de undersøkte personer hadde et inntak over det anbefalte maksimumsinntaket. Fig. 11.2. viser hvor stor andel i hver av de undersøkte gruppene som overstiger de anbefalte inntaksgrensene for radioaktivt cesium.

Man fant at lavere tiltaksgrense og kostendringer hadde redusert dosene drastisk hos de mest utsatte gruppene. Reindriftsamene foretok de fleste og største endringene i sitt kosthold etter ulykken. Lavere forbruk av reinkjøtt og ferskvannsfisk,

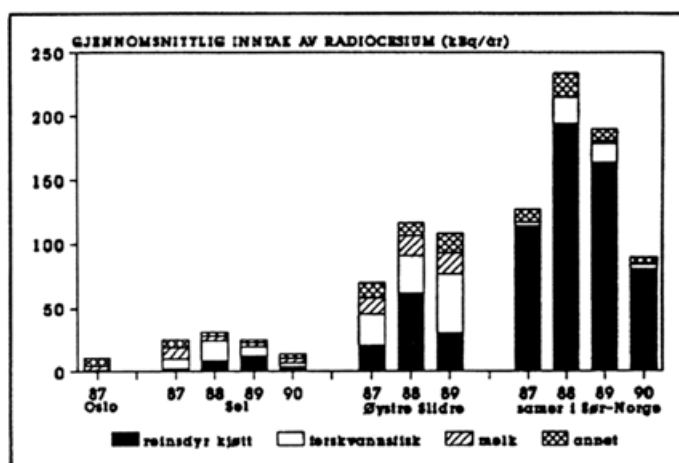
tilførsel av kjøtt fra områder uten Tsjernobyl-nedfall, endrede slaktetider, nedforingstiltak, endrede tilberedningsmetoder spesielt av reinkjøtt, bidro det første året til en betydelig reduksjon av radioaktiviteten. Man regner med at reindrifsamene i gjennomsnitt ville ha mottatt doser som var 7 — 10 ganger høyere uten kostendringer. For andre spesielt utsatte grupper ville dosen det første året vært det dobbelte, dersom konsumet av ferskvannsfisk og reinkjøtt hadde vært normalt. Tab. 11.2. gir et bilde av dette.

Tab. 11.2.

Estimert totaldose etter 50 år i mSv med og uten tiltak for spesielt utvalgte personer i Øystre Slidre, og reindriftssamer.

Gruppe	Antatt dose med kostholds- råd	Antatt dose uten kostholds- råd
Utvalgte personer i Øystre Slidre	5—9	6—12
Reindriftssamer i Midt-Norge	20	100—200

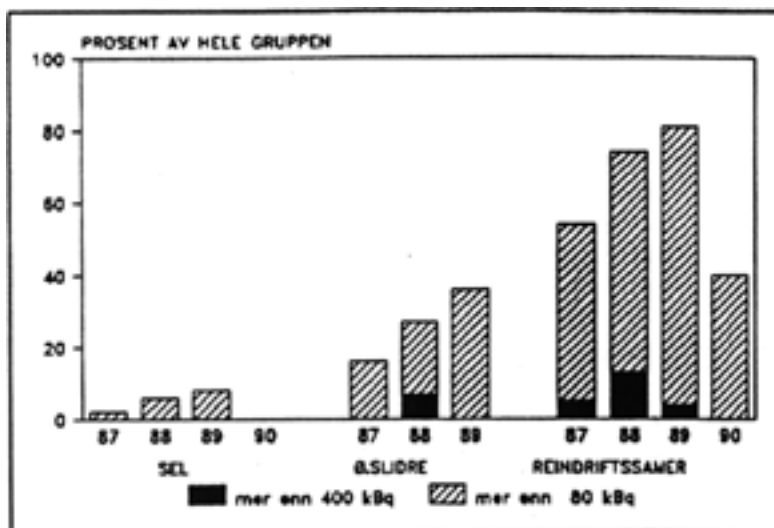
En kartlegging av radioaktivitetens virkninger på mennesker, er en del av grunnlaget for vurderinger av helseeffekter av den radioaktive strålingen.



Figur 11.1

Oversikt over gjennomsnittlig inntak av radiocesium (kBq/år) via mat hos enkelte befolkningsgrupper.

Kilde: (Kilde: SIS-rapport, okt. 1991.)



Figur 11.2

Prosentvis andel av personer i hver gruppe som overskrider inntaksgrensene på 400000 og 80000 Bq/kg.

Kilde: (Kilde: SIS-rapport, okt. 1991.)

11.3.4 Helseeffekter av strålingen etter Tsjernobyl

Virkningen av ioniserende stråling på biologisk vev er at energi absorberes i vev, og gir en biologisk forandring i cellen. Stråleskade på DNA-molekylet regnes som den viktigste enkeltskade, siden man antar at kreftdannelse kan påvirkes via disse. Man har ikke regnet med fare for akutt stråleeffekt, men bare med senskader i Norge som følge av Tsjernobyl-ulykken. Dette vil i hovedsak kunne dreie seg om krefttilfeller eller genetiske skader. Kreftformer som har vist seg å være induert av stråling er bl.a. leukemier, kreft i skjoldbrusk-kjertelen, lungekreft, og kreft i mage-tarm-system. Kreftfaren øker med strålebelastningen. Genetiske skader henger sammen med forandringer i arvestoffet i en kjønnselle som overføres til neste generasjon. Man har ikke tilstrekkelig kjennskap til genetiske effekter av bestråling. Man regner med at ved dominant arvegang av skaden ytrer den seg i første generasjon etter bestråling, og ved vikende arvegang først i senere generasjoner. Risikogruppen er den befruktningsdyktige delen av befolkningen. Faktorer som influerer på konsekvensene er grad av barneønske og partnervalg. Genetisk risiko kan beregnes hos de to første generasjonene etter bestråling.

Det er estimert risikofaktorer som uttrykker sannsynligheten for å utvikle kreft og genetiske skader. Ved hjelp av resultatene fra doseberegninger og risikovurderinger kan man estimere mulige senskader i Norge etter Tsjernobyl-ulykken. I Norge regner man med ca. 10.000 kreftdødsfall årlig. Man regner med at Tsjernobyl-ulykken vil kunne medføre ca. 8 dødsfall i året over en 50-års-periode, eller ca. 400 dødsfall totalt. Effekten av Tsjernobyl-ulykken utgjør således i underkant av 1 promille av det totale antallet kreftdødsfall i denne tidsperioden. Til sammenligning regner man med at omlag 7500 mennesker dør pr. år i Norge på grunn av røyking, og at mellom 300 og 800 dødsfall skyldes passiv røyking. Dersom man regner at kreftfrekvensen i Norge varierer rundt 23 %, så vil Tsjernobylulykken medføre en økning til 23,2 %. Man regner at genetiske skader forekommer med en

frekvens av 10 % i Norge, og at Tsjernobyl-ulykken vil medføre en økning av denne frekvensen fra ca. 10 % til 10.01 %.

De personer i Sør-Norge som ble spesielt berørt av Tsjernobyl-ulykken, utgjør en liten del av befolkningen sett i forhold til landet som helhet, men de utgjør en vesentlig del av den sørsamiske befolkningen. Det gjelder personer som har et forhøyet inntak av radioaktivitet pga. konsum av reinkjøtt, såvel som konsum av ferskvannsfisk, vilt eller produkter fra egen gård. Selv om disse gruppen vil gi et svært lite bidrag til sykkeligheten i befolkningen som helhet, så vil det for den enkelte i de spesielt utsatte gruppene kunne medføre økning i det enkelte menneskes risiko for utvikling av kreft. Det er regnet ut at den enkelte reindriftsames sannsynlighet for å få kreft i gjennomsnitt vil være ca. 0,1 %.

Flere undersøkelser er igang for å vurdere mulige konsekvenser av Tsjernobyl-nedfallet. Det dreier seg bl.a. om flere former for samarbeid mellom Statens Institutt for strålehygiene, fødselsregisteret, kreftregisteret, genetisk avdeling på radiumhospitalet, og immunologisk laboratorium ved Rikshospitalet.

Den angst og usikkerhet som nedfallet fra Tsjernobylulykken hadde skapt, må også ses som en viktig side av nedfallets helseskadelige virkninger. Strålingen kan ikke ses, luktes eller føles. For mange mennesker representerte Tsjernobyl en ny opplevelse av miljøforurensning. De opplevde at det var få forholdsregler å ta for det enkelte menneske i en slik situasjon. I en intervju-undersøkelse oppga rundt 20 % at de opplevde situasjonen ubehagelig stressende. Kvinner følte seg mer bekymret enn menn. Mellom 1 og 2 % fortalte om mareritt i forbindelse med ulykken. Frykten for stråleskade var høy i forhold til mangel på manifest sykdom. Man regnet det som mulig at ca. 1 % av befolkningen som helhet utviklet symptomer på depresjoner i klinisk forstand. Fordelt på hele den norske befolkningen vil dette si ca. 40000 personer. Hvordan situasjonen var spesifikt i den sørsamiske befolkningen, ble det såvidt utvalget erfarer ikke gjort spesielle undersøkelser for å finne ut.

Endringer i flere former for næringsutøvelse fant sted, særlig for sør-samiske reindriftsutøvere. De hadde både reinkjøtt og ferskvannsfisk som vesentlige deler av sitt kosthold. Opplevelsen av produksjon av kjøtt for kassasjon opplevdes uetisk og uakseptabelt for de fleste reindriftsamer. Tendensene til det man kan kalle en kulturell depresjon hos denne gruppen må ses i forhold både til den umiddelbare strålefare, kassasjon av reinkjøtt hos en næring og en kultur nær tilknyttet reinen, den følelse som allerede eksisterte hos sørsamene av å representere en truet kultur, og samenes tradisjonelle verdimønster og oppdragelsesmønster, hvor forholdet til naturen har en framtrekkende plass. Under slike forhold kunne fornemmelsen av samekulturens undergang utvikle seg. Myndighetene så etterhvert behovet for tiltak som kunne motvirke en kulturell depresjon og eventuelle psykiske problemer blant sørsamene, uten at noen hadde noen klar strategi for dette. Selv om begrepet «sosiale helseskader» ble diskutert, så nøyde man seg med å fastslå berettigelsen av omhyggelig overvåking, kontroll og tiltak som begrenset radioaktiviteten.

Sterke begreper som kollektiv, sosial eller kulturell depresjon, har blitt brukt for å karakterisere særlig samenes reaksjonene etter Tsjernobyl. Dette er vanskelig å vurdere, og sier noe om den enkelte person eller families opplevelse av situasjonen etter ulykken. Flere samer opplevde at samfunnet omkring, eller de ansvarlige myndigheter, ikke brydde seg med å se rekkevidden av ulykken for den samiske folkegruppen. De rammende hadde ingen muligheter til selv å bidra til å forbedre livsmiljøet. Dette skapte en følelse av avmakt og handlingslammelse hos store grupper av den samiske befolkning, og kan nok i en periode beskrives som en mentalitet eller en samfunnstilstand hos sør-samene. Dette kunne skje fordi det samiske samfunnet er tett sosialt sammenkoblet, med stor grad av gjensidig avhengighet

mellom menneskene og naturen, og med tradisjonelle verdier som fokuserer på fellesskapet.

Mennesker er avhengig av hverandre for å få et tilstrekkelig utbytte av reindriften som næring. Dette er nedfelt i den samiske kulturen, og kommer bl.a. til syne gjennom et verdisystem knyttet til natur og økologi, tradisjonell sosial organisering, tette slektsbånd, og forskjellige kulturelle ytringsformer. Følelse av mismot og avmakt fikk også grobunn fordi de sørsamiske samfunn på forhånd hadde følelsen av å være i en utsatt stilling, næringsmessig og kulturelt. Atomnedfall var utenfor både samenes og norske myndigheters kontroll. For noen familier har framtidssiktene etter Tsjernobyl-ulykken vært en av årsakene til at de har lagt ned reindriften. Mennesker som hadde psykiske problemer fra før, ble tilført en ytterligere belastning.

En undersøkelse om informasjonsbehovet hos bønder og helsepersonell viste behovet for rask og klar informasjon om forhold av praktisk betydning i dagliglivet. Henstillinger fra reindriften viser at det samme behovet var tilstede her i minst like stort monn. Gallupundersøkelser etter nedfallet viste at bare 6 % mente å ha en god forståelse av situasjonen gjennom massemedia. Man måtte snakke om en informasjons- og troverdighetskrise etter ulykken mellom myndigheter, media og befolkningen. Dette hang sammen med flere forhold. Forholdsvis bastante konklusjoner fra fagmyndigheter etter ulykken som var ment å virke beroligende, ble nok heller oppfattet som urimelige og bagatelliserende av befolkningen. Samene så situasjonene i Norge i forhold til situasjonen i Sverige, hvor det ble holdt en rekke informasjonsseminarer, og hvor kommunikasjonen med myndighetene syntes bedre. Norske myndigheters funksjoner er i etterhånd kritisk vurdert av bl.a. Hernes-utvalget, og informasjonssiden har bygget opp et bedre nettverk for informasjon lokalt.

11.3.5 Erfaringene etter Tsjernobyl

Det er ikke registrert symptomer på strålesyke eller andre sykdommer på dyr som kan tilskrives at de har spist radioaktivt for. Mulighetene for langtidsvirkninger i form av nedsatt fruktbarhet, nedsatt motstandskraft mot sykdommer, etc., blir vurdert som lite sannsynlig. Tiltaksgrensen for radioaktivitet i reinkjøtt på 6000 Bq for reinkjøtt, viltkjøtt og viltlevende ferskvannsfisk er foreslått halvert fra slaktesesongen 1993/94. Tiltaksgrensen der reinkjøtt og ferskvannsfisk er hovedføde, er foreslått satt ned fra 2000 Bq til 600 Bq.

Den fysiske halveringstiden for Cesium 137 er 30 år. Dette betinger bare en svak nedgang i mengde radioaktivt cesium fra år til år. Ca. 1/3 av Tsjernobylnedfallet var imidlertid Cs 134, som bare har to års halveringstid. Cesium blir imidlertid bundet i jordsmonnet. Nedgangen i cesium ser ut til å være liten, og der jorda ikke er bearbeidet, forblir nesten alt i jordoverflaten. Det er i utmarka, på fjell- og lavbeiter, at en finner den høyeste radioaktiviteten i vegetasjonen. Innholdet av radioaktivt cesium i sopp har vært målt fra 2—10 ganger opp til 150 ganger høyere enn annen vegetasjon på samme sted. Forskning vil ta sikte på å klargjøre forholdene rundt soppenes cesiumopptak, og konsekvensene for andre plantevekster. Overvåking av situasjonen skjer ved målinger av levende dyr og i matvarer.

Radioaktiviteten har som forventet nådd lavest nivå i plantevekster på dyrka jord, mens resultatene fra utmark viser størst innhold av cesium i lav, moser og enkelte sopper. For de mer belastede områder må en regne med betydelig nedføring av dyrene framover mot år 2000.

Siden ulykken er mengden radioaktivitet målt flere ganger i de fleste distriktene sør for Saltfjellet. Man har kartlagt forandringer i radioaktivitet både i rein og

på beite. I praksis har man tatt sikte på å unngå beiter med høy forurensning, og å slakte når radioaktiviteten i kjøtt er lavest. Der er også tatt andre prøver av reinen, f.eks. blodprøver til genetiske studier. Tsjernobylproblemet viser seg å være mer langvarig enn antatt. Det er fortsatt viktig å finne frem til effektive, praktiske og rimelige måter å behandle dyrene på. I de mer belastede områdene vil dette si fortsatt tiltak med bruk av saltstein og vomtabletter med berlinerblått. I reindriften er det gjort investeringer i anlegg for å gi mulighet til foring eller tidlig slakt av rein før overgang til lavbeite.

En sammenligning mellom ressurser benyttet på tiltak for å redusere de mulige helsekonsekvensene og de kostnadene samfunnet ville kunne blitt påført uten tiltak, med sannsynlighet for flere helseskader, viser at samfunnet har «tjent» på de tiltak som har vært gjennomført. Rent økonomisk har det også vært en fornuftig investering fordi tiltak på ca. 200 mill. kroner har reddet kassasjon av kjøtt til over 1 milliard kroner. Ikke minst har man en gevinst i form av færre helseskader til den norske befolkning. Tiltakene har nok også medført en økt tillit til norske næringsmidler, noe som kunne fått økonomiske konsekvenser i form av salgssvikt langt over kostnadene ved tiltakene.

Man kan regne med små helseskader som følge av Tsjernobylulykken. Eksempelvis er sannsynligheten for kreft økt blant reindriftsamer med 0,1 %. Uten tiltak kunne den vært på ca. 1 %. Undersøkelser om mulige helsekonsekvenser pågår ennå. Senskadevirkninger kan således ikke sies å være kartlagt. Det er fortsatt igang tiltak for reduksjon av radioaktivitet i reinkjøtt. Man må tro at de tiltak og overvåkningsprogram som er satt igang har bidratt til å redusere psykiske reaksjoner etter Tsjernobyl. For reindriftssamene bør tiltakene ha betydd fornyet tillit til reinens produkter, og til en framtid for samisk levemåte.

11.4 NORSK ATOMSIKKERHETSPOLITIKK OG BEREDSKAP VED ATOMULYKKER I NORGE

11.4.1 Eksisterende beredskap ved atomulykker

Alle departementer har ansvaret for atomulykkeberedskap innenfor sine ansvarsområder. Etter Tsjernobyl-ulykken ble Aksjonsutvalget ved atomulykker (AVA) opprettet. I mars 1993 ble dette erstattet av «Faglig råd for atomulykker», som i dag har ansvaret for atomulykkeberedskapen. Det består av representanter for 18 sentrale etater og institusjoner. Rådet ledes av Statens strålevern, som også er sekretariat for rådet. Statens strålevern står for den daglige drift av beredskapsorganisasjonen, og er kontaktpunkt for varsling av atomulykker i henhold til gjeldende varslingsavtaler. Strålevernet har direkte forbindelse med atomkraftverket på Kola. Departementer med ansvar for ulike deler av atomulykkeberedskapen har oppnevnt medlemmer til en «Embedsgruppe for atomulykkesberedskap m.v.» som er et kontaktorgan i det løpende beredskapsarbeidet.

De fleste fylkesmenn har opprettet egne beredskapsutvalg eller -avdelinger for atomulykker satt sammen av representanter for relevante faglige miljøer, etater og myndigheter. Det arbeides fortsatt med utvikling av et enhetlig system som omfatter de regionale og lokale ledd i beredskapsarbeidet.

De sentrale etater og institusjoner som inngår i faglig råd for atomulykkeberedskap har instrumenter og systemer for måling og analyser av radioaktivitet. Det norske meteorologiske institutt kan beregne bevegelser i luftmasser og mulighetene for nedbør, inkludert radioaktive luftmasser og radioaktivt nedfall i tilfelle en atomulykke. Norsk Institutt for luftforskning (NILU) opererer (1992) 20 faste målestasjoner for måling av radioaktivt nedfall. Fem av disse drives i samarbeid med den

lokale radioaktivitetskontrollen LORAKON. NILU-stasjonene er satt sammen i varslingsnett med automatisk og døgkontinuerlig varsling av personale ved NILU. Halvparten av målestasjonene befinner seg i Troms og Finnmark.

Statens strålevern driver to høyvolum luftfilterstasjoner for måling av radioaktivitet i luft. Institutt for energiteknikk (IFE) driver fire luftfilterstasjoner som eies av Forsvaret. Disse har lavere følsomhet enn SIS-stasjonene. Det er ingen luftfilterstasjon i Finnmark. En luftfilterstasjon er plassert ombord på hurtigrutefartøyet «Midnattssol». Sivilforsvaret har 126 Automess måleinstrumenter fordelt på målepatruljer spredt over Norge, samt faste målepunkter og prosedyrer for kartlegging av radioaktivt nedfall. Forsvaret har også slike måleinstrumenter. Statens strålevern og Institutt for energiteknikk disponerer beredskapsbiler med måle- og analyseutstyr. NILU og Norges geologiske undersøkelser (NGU) har måleutstyr for kartlegging av nedfall ved hjelp av fly/helikopter. I LORAKON-systemet inngår 57 laboratorier for måling av radioaktivitet i matvarer. Måleutstyret kan også benyttes for andre typer målinger.

Analyseutstyr for måling av transuraner finnes idag ved Statens strålevern, Institutt for energiteknikk, Havforskningsinstituttet og Norges landbrukshøgskole (NLH). Utstyr for analyser av Strontium-90 finnes ved IFE og ved NLH. Instrumenter for måling av eksterneforurensing og overflateforurensing eksisterer ved en rekke institusjoner. Forsvaret og Sivilforsvaret har faste og mobile rensestasjoner for måling av intern forurensning i mennesker ved Statens strålevern og Institutt for energiteknikk (Kjeller og Halden).

Ved en eventuell atomulykke følger «Faglig råd for atomulykker» situasjonen løpende, og fremmer forslag om tiltak. En kjernegruppe innen rådet, det såkalte «Kriseutvalget», har fullmakt til å fatte beslutninger og gi ordre om iverksetting av tiltak. «Faglig råd for atomulykker» står i forbindelse med beredskapsavdelingene til fylkesmannen i berørte fylker, formidler informasjon og samordner tiltak. Informasjonsberedskapen overfor media og publikum er under oppbygging. Ansvaret for beredskapen på de regionale og lokale ledd er heller ikke avklart. Beredskapen med sikte på å ta hånd om akutte stråleskader er likeledes under oppbygging.

11.4.2 Norsk atomsikkerhetspolitikk

Norge har lenge deltatt i arbeidet for å bedre atomsikkerheten gjennom Det internasjonale atomenergibyrådet (IAEA). Norge har sluttet seg til Konvensjonen om tidlig varsling og assistanse ved atomulykker, og vil motta varsling om ulykker fra IAEA via sambandssystemet til Verdens Meteorologiske Organisasjon (GTS). Meldinger blir formidlet til Det norske meteorologiske institutt og videre til Utenriksdepartementet. IAEAs medlemsland arbeider med en internasjonal konvensjon om atomsikkerhet. Norge deltar også i arbeidet med å utforme en atomenergiprotokoll under Det europeiske energicharter.

Norge har inngått bilaterale avtaler om varsling og informasjon med de nabo-land som har kjernekraftverk i drift. Dette er Sverige, Finland, Polen, Tyskland, Nederland og Storbritannia. Norge hadde også en lignende avtale med det tidligere Sovjetunionen, og det arbeides med at Russland skal overta denne avtalen. De nordiske land har videre en konsortialavtale om et fireårig forsknings- og utredningsarbeid på kjernesikkerhetsområdet. Innenfor rammen av dette kjernesikkerhets-samarbeidet (NKS) er det gjort et studium av sikkerhetsforholdene bl.a. ved atomkraftverkene på Kola, og det er innledet studier av konsekvensene av ulykker ved dette atomkraftverket.

OECD har betydelig aktivitet gjennom Atomenergibyrået (NEA). ICRP er et uavhengig fagorgan som utarbeider anbefalinger om strålevern. atomulykkeberedskapen. Norge har også arbeidet for å bedre atomulykkeberedskapen gjennom disse organene. Norge har også deltatt på prosjektbasis i strålevernprogrammet til EURATOM. EURATOM er et organ under EU, men omfattes ikke av EØS-avtalen.

Norge har vært en pådriver i det arbeidet for stans i kjernefysiske prøvesprengninger som er skjedd i FNs regi. Etter prøvestansavtalen i 1963 har Sovjetunionen/Russland og USA gjennomført alle kjernefysiske prøvesprengninger under jorden. Fra 1976 har disse landene i henhold til «terskelavtalen» også begrenset styrken på sine kjernefysiske prøvesprengninger. Norge har også bidratt i det arbeidet som finner sted innenfor Nedrustningsavtalen i Geneve for en fullstendig prøvestansavtale.

Norges bilaterale samarbeid med Russland har avdekket miljøproblemer av et slikt omfang at de bare kan løses innenfor en bredere internasjonal ramme. Norge søker derfor å engasjere andre lands myndigheter og internasjonale organisasjoner med sikte på en samlet internasjonal satsing for å bistå Russland med å løse atomrelaterte miljøproblemer.

11.5 ARBEIDET MED BESKYTTELSE OG OVERVÅKING AV MILJØET I NORDOMRÅDENE

11.5.1 Barentssamarbeidet

Barentssamarbeidet ble formelt innledet i januar 1992 under et ministermøte i Kirkenes. De fem nordiske landene, Russland og EU-kommisjonen deltok på møtet og underskrev erklæringen om samarbeidet i Den euro-arktiske Barentsregionen. Canada, Frankrike, Japan, Polen, Storbritannia, Tyskland og USA deltok som observatører. Samarbeidet gjelder de nordligste områdene i Norge, Finland, Sverige og Russland. Det er gradvis blitt utvidet til å omfatte en rekke felter, bl.a. miljø, helse, kultur, urbefolkninger, industri- og næringsvirksomhet, landbruk, elevutveksling, forskning og vitenskap.

Både urbefolknings- og miljøspørsmål er høyt prioritert i arbeidet de nærmeste årene. Barentssamarbeidets handlingsprogram ble godkjent av Regionrådet, og fikk tilslutning av Barentsrådet på utenriksministermøte i Tromsø i september 1994. Handlingsprogrammet inneholder 10 prosjektområder. Det er et eget prosjektområde for urbefolkninger. Problemstillinger knyttet til urbefolknings situasjon berøres også innen flere områder. Det gjelder bl.a. områdene kultur, miljø og helse.

11.5.2 «Rovaniemi prosessen» med «AEPS-strategien»

Den økte oppmerksomheten rundt miljøforurensingene i arktiske områder førte bl.a. til ministerkonferansen i Rovaniemi i Finland i juni 1991, som har lagt grunnlag for et utvidet regionalt miljøvernssamarbeid mellom de arktiske landenes miljøvernministre. På konferansen deltok følgende 8 lands miljøvernministre: Canada, Danmark, Finland, Island, Norge, Russland, Sverige, USA.

Under denne første ministerkonferansen ble det utarbeidet en felles strategi for miljøvernssamarbeidet i Arktis, den såkalte «AEPS-strategien» (Arctic Environmental Protection Strategy), og det ble vedtatt å utvikle forpliktende regionale samarbeidsprogrammer under prioriterte hovedområder i strategien. En hovedoppgave er å utarbeide en omforent dokumentasjon om miljøtilstanden i Arktis. Fig. 11.3 viser en oversikt over prioriterte problemområder under «AEPS-strategien». Internasjonale ekspertgrupper er opprettet for å gjennomføre programmer under de forskjellige hovedområdene. Dette arbeidet skjer i flere faser. Mer konkret består akti-

vitetene i å kartlegge problemer, avlegge rapporter, og nedsette arbeidsgrupper innen de prioriterte områdene.

Fig. 11. 3.

Oversikt over prioriterte problemområder under «AEPS-strategien».

AMAP	CAFF	EPPR	PAME	IK
Arctic Monitoring and Assessment Programme	Conservation of Arctic Flora and Fauna	Emergency Prevention Preparedness and Response	Protection of Arctic Marine Environment	Indigenous knowledge
Overvåking, evaluering og konsekvensanalyser av forhold som påvirker miljøet i Arktis	Vern av flora og fauna	Krisehåndteringsprogram for miljøkatastrofer i Arktis	Vern av det marine miljø	Urfolks kunnskap
Rovaniemi 1991	Rovaniemi 1991	Rovaniemi 1991	Nuuk 1993	Nuuk 1993

Miljøvernministrene beslutter å nedsette arbeidsgrupper under de prioriterte arbeidsområder. På konferansen i 1991 i Rovaniemi ble det opprettet «kartleggingsgrupper» («task-force») under AMAP, CAFF, og EPPR. På konferansen i 1993 i Nuuk på Grønland, ble det vedtatt deklarasjoner på bakgrunn av statusrapporter om aktivitetene i disse gruppene, og på bakgrunn av Rio-konferansen i 1992. Det ble videre besluttet å gjøre disse gruppene til arbeidsgrupper (working-group). Det ble også opprettet nye «kartleggingsgrupper» under PAME og IK. Den tredje ministerkonferansen finner sted i 1995 i Canada. Da blir ventelig disse siste gruppene vedtatt opprettet som arbeidsgrupper på basis av rapportene, og nye deklarasjoner vedtatt på basis av aktivitetene i gruppene.

Miljøovervåkingsprogrammet AMAP, en del av AEPS-strategien

AMAP er det området hvor de deltakende landene er kommet lengst med hensyn til konkretisering av de programerklæringene som inngår i AEPS-strategien. Den dokumentasjon av miljøtilstanden i Arktis som utarbeides under AMAP, skal danne grunnlaget for nasjonale og regionale vernetiltak. AMAP er derfor et nøkkelområde i miljøsam arbeidet.

AMAP-prosjektet dekker det sirkumpolare området, inkludert hav- og landområder nord for polarsirkelen, og de tiliggende områder med permafrost. Representanter fra urbefolkningsorganisasjoner og land og internasjonale organisasjoner som er involvert i forskning av betydning og kartlegging/overvåking relevant for arktiske områder, deltar i AMAP. AMAP tar sikte på å arbeide i samarbeid med de andre initiativene under AEPS.

Arbeidet innen AMAP vil bli basert hovedsakelig på eksisterende nasjonale og internasjonale programmer. Samordning og utvidelse av disse sammen med nye programmer vil gjøre det mulig i framtida å gjennomføre en kontinuerlig overvåking og vurdering av tilstanden i Arktis.

Overvåkingsprogrammer gjennomføres innen hvert land og over landegrenser som bilaterale eller multilaterale overenskomster. Felles forskningsprosjekter vil bli gjennomført i havområdene. Informasjon og prosjektresultater sammen med relevante internasjonale data om forurensningen vil bli samlet i en AMAP database. Denne basen tjener som en basis for vurderingen av virkninger av forurensninger i det arktiske økosystemet. En prosjektoversikt er tilgjengelig.

Arctic Monitoring and Assessment Task Force (kartleggingsgruppe) er etablert for å implementere AMAP. Medlemmene representerer institusjoner som er

ansvarlige for de nasjonale overvåkingsaktivitetene i hvert deltagerland. Gruppen møtes en gang i året, og er ansvarlig for utviklingen innen AMAP i hvert land. Et styre overvåker Task Force mellom hver sesjon. Et permanent sekretariat er etablert for å samordne arbeidet med overvåking og vurderinger. Sekretariatet er i Oslo. I hvert deltagerland er en samordnende institusjon ansvarlig for de nasjonale bidragene. Etter vedtak av miljøvernministrene opprettes arbeidsgrupper for å videreføre arbeidet.

Hovedmålet til AMAP er å overvåke forurensingsnivået og å vurdere virkningene av forurensningen på alle områder i det arktiske miljø. Dette inkluderer:

- Atmosfæren
- Landområder
- Ferskvannsområder
- Havområder
- Menneskers helse
- Andre mål

Andre viktige mål er:

- dokumentere utviklingen i forurensningen
- undersøke effekten av forurensning på den arktiske flora og fauna, særlig på vegetasjon og dyr knyttet til arktiske folkegruppers husholdninger.
- rapportere om situasjonen for miljøet i Arktis
- gi råd til ministrene om prioritering av tiltak som vil være nødvendig for å forbedre forholdene i Arktis.

For overvåkingsprogrammets første periode 1991 — 1996 er de høyest prioriterte parametre:

- Tungmetaller
- Radionuklider
- Varige klororganiske stoffer, samt
- olje, sur nedbør og næringssalter

Parametrene vil bli overvåket i de arter og media som er typiske for det arktiske miljø. Prøver vil bli tatt på steder som danner representative utvalg i alle avdelinger fra atmosfære til vann, gjennom matvarekjeden og til menneskene. Vurderinger vil bli basert på resultatene fra overvåkingen og fra allerede eksisterende kunnskap. Målet vil være å beskrive tilstanden i det arktiske økosystem, å oppdage forurensningskilder, og å forutsi fremtidige utviklingstrekk.

I statusrapporten fremlagt for ministerkonferansen på Nuuk i 1993, konkluderte AMAPs ekseptgruppe med at det radioaktivitetsnivået man hadde målt ikke viste noen trussel mot miljø og helse. Man fant at forekomsten av radionuklider i det arktiske miljøet kan tilskrives fire hovedkilder, nemlig nedfall fra tidligere prøvesprengninger, langtransportert forurensning fra europeiske reprosesseringsanlegg, transport via elvene Ob og Jenisei, og nedfall fra Tsjernobyl. Bildet var også dominert av nedfall fra tidligere prøvesprengninger i atmosfæren.

Videre konklusjoner av overvåkingene og vurderingene vil bli presentert i rapporter til ministrene i 1996. På grunnlag av disse konklusjonene vil anbefalinger bli gitt til ministrene, som skisserer nødvendige tiltak for å redusere forurensning, med det endelige mål å bedre sunnheten i det arktiske miljø.

Et pågående prosjekt under AMAP, Kartleggingsprogrammet for human helse. Sammenlignende studie av fødepasienter i Norge og Russland

Programmet for human helse er et program under Arctic Monitoring and Assessment Programme som i første rekke vil konsentrere seg om forhold som kan påvirke den mest sårbare periode i menneskelivet; før, under og etter fødselen.

Utgangspunktet for prosjektet er den betydelige oppmerksomheten som har vært rettet på forurensningen i de norsk-russiske grensestrøkene i nord, mellom Finnmark fylke og Murmansk fylke på Kolahalvøya, og at det er gjort mye kartlegging av forurensning i luft, vann, jord og påvirkning av dyr, men det er ikke gjort undersøkelser på human helse som kan gi svar på hvordan denne forurensningen påvirker livet til de menneskene som bor i området.

I regi av Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø gjennomføres prosjektet «Sammenlignende studie av fødepasienter i Norge og Russland». Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Statens Arbeidsmiljøinstitutt, med medarbeidere og kontaktpersoner i Norge og Russland. Prosjektansvarlig er Jon Øyvind Odland, overlege ved Nordland sentralsykehus. Base for arbeidet er ISV, Universitetet i Tromsø, under ledelse av professor Eiliv Lund.

Man ønsker å gjøre dette ved å kartlegge de kjemiske faktorerens påvirkning på humanbiologisk materiale via biologiske data hentet fra mor-barn-populasjoner i aktuelle områder med ekstrem forurensning, med referanser fra klart forskjellige områder andre steder. Man ønsker å se om dette kan relateres til aktuelle data i materialet, slik som spontanabortrisiko, sykelighet og utvikling i første leveår. Som ledd i dette vil man lage et samarbeidsprosjekt med norske og russiske kolleger, der disse problemstillingene blir analysert og bearbeidet. Man ønsker å standardisere analyser ved felles laboratorium, og inngå samarbeid ved innsamling av data, og ved analysing, bearbeiding og publisering. Den generelle kunnskap om svoveldioksyd, tungmetaller og ioniserende stråling er basis for hvilke type skadevirkninger en eventuelt kan forvente. Det vil bli lagt spesiell vekt på nikkel som mulig skadelig agens, da det finnes lite litteratur om dette.

Hovedformålet med prosjektet er å undersøke om kjemiske faktorer, som følge av ekstrem forurensning og ioniserende stråling, har reelle helseeffekter for den gravide og barnet i graviditet og fødsel og barnet i perioden rundt fødselen. Utgangspunktet er bl.a. verdier for svoveldioksyd (SO₂) i luft, aktuelle tungmetaller i luft, vann, jord, mose og dyr, samt en viss kunnskap om den fysiologiske virkning av cadmium, bly, sink, kvikksølv, selen og nikkel i graviditet, og forholdene rundt placentabarrieren gjennom dyreforsøk, forskning på isolerte humane trophoblastceller og målinger av verdier i maternelt blod, placentavev og navlestrengsblod. Det er lite data om nikkelverdier hos mor, barn og gravide. Dette skal analyseres sammen med bestemmelser av andre, aktuelle essensielle spormetaller som kobber, og eventuelle andre påviste toksiske tungmetaller, som bl.a. skal korreleres til faktorer knyttet til svangerskap og fødsel, som spontanabortrisiko og sykelighet. Ioniserende stråling skal registreres med eventuelle regionale variasjoner, og korreleres med de forskjellige eksterne miljøforholdene.

Kostholdskartlegging vil være viktig mest for å kartlegge eksponering i den lokale næringskjede. Dette har betydning både i sammenheng med toksiske tungmetaller, essensielle spormetaller og ioniserende stråling. Som et sideprosjekt blir det satt i gang en studie av ungdom i 13—14 års alder med vekt på kostholdsanamnese, jerndepoter, lipider og tungmetaller i blod. Man vil da få en detaljert kostholdsregistrering av disse gruppene fra Hammerfest, Kautokeino, Nikel og Lowozero på Kola. For hovedprosjektet blir det en kortfattet registrering med vekt på inntak av mat fra den lokale næringskjede.

Det planlegges også analyse av de vanligste klinisk-kjemiske parameter, spesielt med tanke på jerndepoter og lipidmetabolisme. Det er viktig spesielt med tanke på enkelte tungmetallers penetrasjon gjennom placentabarrieren. Alkohol er viktig for den generelle ernæringstilstand i graviditet, sterk risikofaktor og eventuell tilleggsfaktor ved påviste positive korrelasjoner. Prosjektet vil også se på innvirkningen av røyking, alkohol, immunologiske forhold, samt astma og allergiforekomster. Det siste vil foregå ved en enkel kartlegging, særlig med tanke på korrelasjon til svoveldioksyd-konsentrasjoner i det eksterne miljøet. En sideproblemstilling ser på virkningene av svoveldioksyd, idet undersøkinger om astma og allergi i grenseområdene også settes i gang,

Det er etablert kontakt med russiske sykehus i Nikel, Zapolyarny, Murmansk, Montchegorsk, Kirovsk og Apatiti, og det er gjennomført en pilotstudie. Det samme er gjort i Kirkenes, Hammerfest og Bergen på norsk side. Bakgrunnen er en etablert kontakt mellom Kirkenes sykehus og helsevesenet på Kola. Fylkeshelse-sjefen i Murmansk fylke har skriftlig godkjent utførsel av biologiske prøver fra russiske fødeavdelinger til analyse ved norsk laboratorium. Samling av prøver til pilotstudiene ble gjennomført i Nikel, Hammerfest og Bergen mars-juni 1991. Prøver fra Murmansk, Montsjegorsk og Kirovsk/Apatiti ble samlet februar-april 1992. Russiske fødeavdelinger har fødeprotokoller med tilsvarende opplysninger som de norske. Barnet får en egen journal, som følger med til barnepoliklinikkene første leveår, og siden fram til skolehelsetjenesten. De er svært nøyaktig utfylt, også etter norsk standard. Driftsmidler i prosjektets startfase er stilt til rådighet av Styringsgruppen for forskning i Finnmark, Universitetet i Tromsø.

Driftsmidler for første del av 1993 er stilt til rådighet av den tilsvarende Styringsgruppen for Forskning i Nordland, Universitetet i Tromsø. Statens arbeidsmiljøinstitutt i Oslo, Klinisk-kjemisk avdeling, Hammerfest sykehus, Isotoplaboratoriet, Norges Landbrukshøgskole, Universitetet i Tromsø, vil arbeide med de forskjellige analyser av materialet. Det er etablert samarbeid mellom Universitetet i St. Petersburg, avdeling for analytisk kjemi og Statens Arbeidsmiljøinstitutt om analysearbeid, og mellom Nordland fylke og Leningrad fylke om utveksling av informasjon og forskning, samt utveksling av helsearbeidere (hospitering).

På denne bakgrunn er det åpnet for å ta prøver i Leningrad fylke, samt fra Ukraina og Hvite-Russland. Med basis i det etablerte samarbeidet mellom Medisinsk Fakultet i Arkhangelsk og Fagområdet Medisin, Universitetet i Tromsø, er det åpnet for å ta prøver i Arkhangelsk fylke; Arkhangelsk by og Narjan Mar. Arctic Monitoring and Assessment Programme, AMAP-sekretariatet, Det Norske Miljøverndepartement, har formidlet kontakt med Valery Klopov, direktør for «State Enterprise-Monitoring the Arctic», St. Petersburg, som er ansvarlig for den russiske del av AMAP. Dette gir tilgang til prøvetaking ved de russiske stasjoner i Sibir, som ledd i AMAP.

Institut for Miljø- og Arbeidsmedisin, Aarhus universitet, ved Jens C. Hansen, koordinerer den humane helsedel av programmet, og dette åpner for sammenliknende studier langs polarsirkelen, i tråd med vedtak av de 8 miljøvernministre fra arktiske land, da AMAP ble startet. Prosjektet starter opp med datainnsamling i løpet av 1993.

De biologiske data fra dette prosjektet viser så langt (desember 1994) ingen alarmerende funn når det gjelder tungmetallkonsentrasjoner i mennesker. Dette henger tildels sammen med at industriproduksjonen på russisk side og utslippene herfra er betydelig redusert. Markedssituasjonen er dessuten dårlig, og situasjonen er preget av overgangen til markedsøkonomi.

11.6 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

Hovedmål 1: En bærekraftig utvikling som sikrer gode levekår og økologisk balanse i bruk av naturressursene i samiske bosettingsområder Delmål: Vurdering og samordning av det samlede forsknings- og miljø-overvåkingsarbeidet. Samisk deltagelse i forskning og miljøovervåking

Det er utvalgets oppfatning at en gjennomgang av det vi i dag vet om mulige trusler mot natur og mennesker gir klare holdepunkter for at miljøskadene har utviklet seg raskere og i større omfang enn tidligere antatt, og at mulige virkninger for naturen, næringskjedene og for menneskene i nordområdene er forholdsvis lite undersøkt og informert om. Resultatene fra den forskning som er i gang viser at forskjellige tungmetaller og andre miljøgifter (organkloridforbindelser) kan ha skadelige helseeffekter i arktiske områder ved at de kommer inn i næringskjeden. Det vil også gjelde en økt fare for negative synergi-effekter av radioaktiv stråling, tungmetaller og organkloridforbindelser.

Den viktigste trussel ved atomulykker er muligheter for stråledoser til større befolkningsgrupper, med senskader til følge. Man må fastslå at befolkningen i de nordligste området synes mest utsatt på grunn av nærheten til atomkraftverk på Kola, og den betydelige militære atomvirksomhet i området. St. meld. nr. 34 (1993—94) Atomvirksomhet og kjemiske våpen i våre nordlige nærområder, slår fast at det er lite sannsynlig at små stråledoser vil medføre vesentlige miljøskader, eventuelt bortsett fra i særlige sårbare økosystemer. Meldingen viser til at vår subarktiske økologi i så henseende representerer spesielle problemer.

Regjeringens mål er å beskytte helse, miljø og næringsvirksomhet mot radioaktiv forurensning og forurensning fra kjemiske stridsmidler. Dette gjøres ved å delta i internasjonalt samarbeid for å redusere risikoen for at slik forurensning oppstår. Det er også utviklet en beredskapsorganisasjon mot atomulykker i Norge. (Se vedlegg) Utvalget mener at trusselbildet tilsier at det arbeides videre med oppbygging og styrking av atomulykkeberedskapen, og særlig en avklaring av ansvaret for atomulykkeberedskapen på regionalt og lokalt nivå. Det vil være svært viktig at Sametinget holdes informert og gis muligheter for synspunkter og innspill i dette arbeidet.

Utvalget har merket seg at det etter forslaget fra den interdepartementale arbeidsgruppen for tiltak mot kjernekraftulykker er opprettet et regionalt kompetansesenter for atomulykker ved Svanhovd Miljøsenner i Øst-Finnmark. Dette vil være et viktig bidrag for å styrke beredskapen i denne landsdelen.

Forskningen synes å vise at de fleste miljøforurensninger som folk i dag utsettes for separat sett har svært små helseeffekter. Imidlertid synes det som om den signifikante betydning av miljøtruslene øker der man ser flere faktorer i sammenheng (synergieffekter). Det viser at det er viktig å utvikle metoder for å kombinere data, og å vurdere resultater. Dette er sammenhenger som til nå har vært forholdsvis lite vurdert og fokusert på. Synergieffekter av selv lave forurensningsdoser kan gi virkninger for menneskers helse som man i utgangspunktet ikke har hatt kunnskap om.

Utvalget vil påpeke betydningen av å vurdere virkningene av den samlede påvirkning og synergieffekter av forurensningen. Selv om alt ligger under helsefarlige nivåer hver for seg, så er det viktig for mennesker i nordområdene å vite hva som skjer når vi summerer faktorene, og når vi får et helhetsbilde av påvirkningen. Utvalget konstaterer at det er et stort behov for en slik samordning, såvel som en videre utvikling av forskning og miljøovervåking for å utvikle kunnskapene om virkninger for natur, dyr og mennesker.

Det naturlige miljøet, menneskenes helse og det tradisjonelle økonomiske grunnlaget eksisterer hele tiden i et samspill. Forandringer i en av disse faktorene

vil medføre forandringer i de andre. Samene i Norge trekker fordeler av den generelle økonomiske utviklingen, men møter også ulempene av den i form av forurensinger av miljøet, på en annen måte enn folk som ikke er så knyttet til naturen i sin levemåte. Det dreier seg både om trusler mot folks helse, såvel som trusler mot et tradisjonelt levesett og overføringen av tradisjonell kunnskap til den yngre generasjon, med de kulturelle og sosiale konsekvenser som ligger i dette. Forholdet til naturen og primærnæringene er anerkjent som bærende elementer i samisk kultur, og som viktige faktorer i samiske barn og unges identitetsutvikling. Mulige konsekvenser av miljøtrusler for samisk kultur må derfor ses på mange plan, både det næringsmessige/økonomiske, det sosiale og det kulturelle. Utvalget vil peke på betydningen av å utrede dette nærmere, og at dette må skje i regi av eller i nært samarbeid med samiske forsknings- og utredningsinstitusjoner.

Denne gjennomgangen har bare skissert en rekke miljøtrusler, og den har bare antydning om de virkninger truslene kan ha for enkeltmennesker, kultur og samfunn. Det dreier seg om mulige virkninger for enkeltmenneskers helse, trusler mot et tradisjonelt primærnæringsbasert levesett og den kulturen som er knyttet til denne næringsutøvelsen. Man skal heller ikke undervurdere den psykiske belastningen det er å leve i en minoritetskultur som både er truet av den generelle samfunnsutviklingen, og av miljøtrusler av de dimensjoner som det her er snakk om. Det må utvikles forskningsprosjekter slik at man kan utvikle kunnskap om slike forhold. Informasjon som svarer til den samiske befolkningens behov bør avhjelpe dette. Informasjonen bør omfatte miljøovervåking, forskning, og beredskap. De ansvarlige instanser bør vurdere behovet og mulighetene for å utvikle den foreliggende beredskapen.

Utvikling av kunnskap om miljøtrusler og mulige konsekvenser, igangsetting av forskning og overvåking av miljøet kan også ses i forhold til intensjonene i ILO-konvensjon 169 om urbefolkninger, og ut fra Sameloven og Grunnlovens §110A, hvis målsetting er å legge forholdene til rette for å sikre og utvikle samisk språk, kultur og samfunnsliv.

For at denne målsettingen skal ha en mening må naturgrunnlaget være av en slik beskaffenhet at det gis utviklingsmuligheter for samisk kultur og næringsliv. En slik tankegang vil også ha støtte i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter, artikkel 27, som både verner minoriteter som samene i forhold til diskriminering, og som gir grunnlag for positiv særbehandling av minoriteter. Det er blitt en stadig mer utbredt oppfatning at kulturbegrepet i konvensjonen omfatter både den ideelle kulturen (språk, musikk, litteratur, teater, osv.), og det materielle grunnlaget for kulturen. Begrepet kultur i artikkel 27 kan tolkes slik at det også omfatter det materielle grunnlaget for kulturen, såvel som de forutsetninger som skal til for å holde denne kulturen vedlike. Det kan være snakk om å sikre den rådighet over naturressursene som vil være nødvendig for å opprettholde samisk kultur og levemåte. Dette er blitt diskutert i forhold til statlige inngrep i samiske områder, men er i mindre grad satt i sammenheng med trusler mot naturmiljøet. Dersom man går inn på ILO-konvensjon nr. 169, så sier Artikkel 7.4 at de respektive lands myndigheter skal treffe tiltak for å verne og bevare miljøet i de områder der urbefolkninger lever. Artikkel 23 sier bl.a. at tradisjonell næringsvirksomhet skal anerkjennes som en viktig faktor for å opprettholde folkenes kulturer. Forskjellige artikler i ILO-konvensjonen underbygger således tolkningen av artikkel 27 i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter. «Agenda 21», kap. 26, som ble behandlet på verdenskonferansen for miljø og utvikling i Rio de Janeiro i 1992, omhandler anerkjennelse og styrking av urbefolkninger og deres samfunn. Agenda 21 tar utgangspunkt i at urbefolkninger har et historisk forhold til sine landområder. Det gjelder også miljøet i de områder de tradisjonelt bor. Det bør ifølge Agenda 21 legges til rette for å

anerkjenne urbefolkningers tradisjonelle kunnskaper om forvaltning av naturmiljøet, og for et samarbeid med urbefolkninger for å sikre at deres behov, verdier og kunnskaper inkorporeres i den nasjonale politikk vedrørende naturforvaltning. (Jfr. denne utredningens *"Rettingheter og regionale variasjoner. Noen bakenforliggende forhold"* i kapittel 2.)

Når man ser på den aktuelle miljøsituasjonen i de samiske bosettingsområder i Norge, så bør slike prinsipper kunne praktiseres gjennom forskjellige former for tiltak. Det bør kunne innebære en systematisk overvåking av naturen, og kartlegging av miljøtrusler, såvel som tiltak for å redusere forurensingene i naturen, og de virkningene de måtte ha på dyr og mennesker. Det bør også innebære utvikling av ordninger for å inkorporere urbefolkningers kunnskap og skikker i den ressursforvaltning som angår dem og deres miljø.

Det må utvikles en større grad av helhetlig tilnærming når man skal studere virkningene av miljøtruslene, både på grunn av samspillet mellom faktorer som i første hånd påvirker miljøet, og når man skal studere de forskjellige virkninger på miljø, mennesker og kultur. En slik tilnærming bør kunne fange opp de psykiske virkninger av å leve i en minoritetskultur hvis tradisjonelle naturmiljø og næringsgrunnlag er i fare, og den følelse av avmakt minoritetens representanter kan få i forhold til trusler mot naturen som skyldes forhold langt utenfor både deres egen og norske myndigheters kontroll.

En praksis i samsvar med dette synet innebærer at man må gå ut over et rent årsak-virkningsmønster i forskningen, og at man må gi de menneskene dette angår muligheter for egne innspill når undersøkelser av miljøet skal iverksettes. Dette vil være i tråd med ILO-konvensjon nr. 169, særlig artikkel 7, som legger vekt på urbefolkningers deltakelse i utforming, gjennomføring og evaluering av utviklingsplaner og -programmer, og deres rett til å ha kontroll med sin egen økonomiske, sosiale og kulturelle utvikling. Urbefolkningers medvirkning understrekes også i Agenda 21, fra verdenskonferansen for miljø og utvikling. Økt samisk medvirkning og ansvar er også en av hovedtankene bak opprettelsen av Sametinget i Norge. «Medvirkning» må innebære mer enn hjelp til praktisk organisering av et prosjekt, det må innebære reell medvirkning i planleggingen og sikre at de berørte folkene er involvert ut fra egne premisser. «Medvirkning» må bety å sikre Sametingets innflytelse, såvel som å arbeide på lokalt nivå i samiske områder. Et eksempel på lokalt arbeid vil være medvirkning i forebyggende miljøvern i kommunene, og kartlegging og eventuell bruk av samisk tradisjonell kunnskap om naturen.

Det er utvalgets oppfatning at det i regi av de ansvarlige myndigheter må utarbeides og iverksettes planer for miljøovervåking, forskning og beredskap på flere nivåer og i nært samarbeid med relevante institusjoner. Det kan være både universiteter, samiske forsknings- og utredningsinstitusjoner, samiske helse- og sosialfaglige organisasjoner og andre, med innspill fra Sametinget såvel som fra kommuner med samisk befolkning.

Miljøovervåking og forskning må omfatte forurensinger i luft, vann, vegetasjon, dyr og mennesker, slik at hele næringskjeden overvåkes. Utvikling av programmer for overvåking og forskning må skje i et samspill. Samordning og vurderinger må avdekke «hull» i forskning og overvåking, og danne grunnlaget for beredskap og informasjon. Det er viktig at arbeidet med overvåking av miljøet skjer på lokalt såvel som på overnasjonalt nivå.

Norske samers bekymring henger tildels sammen med problemenes internasjonale sider. Problemer som radioaktivt nedfall og forurensning av tungmetaller er skapt av årsaker ikke bare utenfor de samiske områder, men også utenfor Norges grenser. For å få oversikt og kontroll over forurensningskildene er det internasjonale

nale samarbeidet sentralt. Utvalget vil understreke nødvendigheten av å informere om dette til Sametinget, samiske organisasjoner og samiske kommuner.

Situasjonen for den sørsamiske befolkning må fortsatt vurderes nøye, og følges opp med tiltak der dette fortsatt er nødvendig. Utvalget finner de tilløp til tillitskrise mellom den sørsamiske befolkning og de norske myndigheter som fulgte i kjølvannet av Tsjernobyl-ulykken svært beklagelig.

Utvalget vil mener at de helsemessige konsekvenser av Tsjernobyl-ulykken må vurderes ikke bare i forhold til konsekvenser av stråledosene som den enkelte har vært utsatt for, men også til psykiske reaksjoner og sosiale konsekvenser i forbindelse med radioaktiv stråling.

Dersom folk i nedfallsområdene etter Tsjernobyl ønsker screening eller andre former for helseundersøkelser, så bør dette vurderes. Det bør kunne skje i forbindelse med et informasjonsseminar om forurensningssituasjonen i de sørsamiske områdene.

Informasjon, gjerne i form av seminarer, vil etter utvalgets oppfatning være særlig viktig for de som ble rammet etter Tsjernobylulykken. Informasjonen bør redegjøre for forurensningssituasjonen; de forskjellige miljøtrusler, og de mulige virkningene av disse, inkludert lavdoseproblematikken. Selv om strålefare etter Tsjernobyl ligger under helsefarlig nivå, bør strålefare ses i sammenheng med effekten av mulige andre forurensninger. Kunnskap om synergieffekter må inngå i vurderingene. Et seminar er en anledning til kommunikasjon mellom forskere og miljøovervåkere, de forskjellige ansvarlige myndigheter, og befolkningen i de utsatte områdene, og en anledning til å bringe deres tanker og behov fram i dagen. Like viktig vil det være å sikre den sørsamiske befolkning informasjon for framtida om forurensningssituasjonen.

Utvalget har store forventninger til de aktiviteter i form av miljøovervåking og forskning som er startet opp etter miljøministermøtet i Rovaniemi i 1991, hvor åtte sirkumpolare nasjoner deltok. De åtte nasjonene vedtok Arctic Environmental Protection Strategy (AEPS). Denne strategien, også referert til som Rovaniemi-prosessen, følges opp av aktiviteter innen spesifiserte felter, og omfatter større prosjekter innen miljøvernarbeidet i nord. Blant annet Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP) er etablert for å kartlegge forurensningssituasjonen i områdene nord for polarsirkelen og for å vurdere virkningene av forurensningene i det arktiske miljø, inkludert menneskers helse. Nuuk-deklarasjonen fra 1993 befester det videre arbeidet med miljøovervåkingen. Under strategien kommer også Indigenous Peoples Secretariat (De opprinnelige folks sekretariat) som har til oppgave å fremme forskning på og innsamling av tradisjonelle kunnskaper om menneskers forhold til naturmiljøet. Disse kunnskaper skal så søkes nyttet som innspill i miljøvernarbeidet i de nordlige områder.

Prosjekter innen miljøvernarbeidet i nord, bør også omfatte de sørsamiske områdene. Det bør også utvikles prosjekter som sikrer folks deltagelse i forebyggende miljøvern, og ressursovervåking på lokalt nivå i de sørsamiske områder. Utvalget vil understreke at målet med miljø- og helsearbeidet i nord må være å skape optimisme rundt en samisk fremtid basert på økologisk balanse i bruk av naturressursene og en bærekraftig utvikling som kommer det samiske folket til gode. I denne sammenheng må man se behovet for gode, kontinuerlige rutiner i miljøarbeidet, og for samisk deltagelse i miljøovervåkingsarbeidet. Fig. 11.4. viser en samlet framstilling av aktiviteter i miljøarbeidet.



Figur 11.4
Aktiviteter i miljøarbeidet.

Utviklingen innenfor de forskjellige områder i miljøovervåkingsarbeidet vil måtte avhenge av hverandre. Forskning vil gi kunnskap om hva som bør overvåkes i miljøet. Miljøovervåkingen vil avdekke behovet for forskning. Samordning og vurdering av forskning og overvåking danner grunnlag for arbeidet med informasjon og beredskapsplaner. En tospråklig informasjonsbulletin vil kunne si noe om den forskningen som skjer, og vil kunne foranledige respons fra almenheten, fagmiljøer, fylker og kommuner. Den vil også kunne gi en viss informasjon om planer for beredskap.

Den samlede forskning må vurderes og samordnes. Man må f.eks. vite hvilke felter det er som eventuelt gjenstår for forskningsarbeid. Forskningen må gjenspeile behovet for en total vurdering av miljøsituasjonen. Den må omfatte virkninger såvel for dyreliv og vegetasjon, som for menneskers helse, inkludert de psyko-sosiale virkninger. Forskningen må se effektene av forurensningene i sammenheng selv der hvor faregrensene ikke blir overskredet. Forskningen må fange opp samlede helseeffekter, såvel som synergieffekter av forurensningene. Det må være en sammenheng mellom det som skjer i regi av AEPS og AMAP, og det lokale miljøovervåkingsarbeidet. Et nordisk perspektiv bør også vurderes.

Tiltak 1: Vurdering av utvikling av et helhetlig miljøovervåkingsprogram

Det må vurderes å utvikle et kontinuerlig og helhetlig miljøovervåkingsprogram som omfatter alle områder. Hele næringskjeden må inngå i overvåkingen. Alt må ses i sammenheng for å vurdere den samlede belastning for menneske og miljø. De ansvarlige instanser må utvikle rutiner for å samordne pågående forskning, og se behov for forskning og overvåking i forhold til et helhetsbilde. Et slikt program bør omfatte hele landet, men de samiske bosettingsområder bør prioriteres i utviklingen av programmet. Hovedansvaret for arbeidet bør ligge i Miljøverndepartementet, i nær tilknytning til og i samråd med Sosial- og Helsedepartementet, Universitetene og underliggende etater, samt Sametinget. Det bør vurderes å opprette en egen «task-force», eller «kartleggingsgruppe», for å effektivere et slikt program. En «task-force-gruppe» bør bestå av forskere, miljø- og helseforvaltere, representanter for primærnæringer og kommuner, og Sametinget.

Tiltak 2: Forebyggende samisk miljøvern og ressurovervåking på lokalt nivå

Som supplement til det overnasjonale og nasjonale arbeidet, eventuelt også som en korleksjon eller tilpasning til dette, bør det skje en miljøovervåking på lokalt nivå. Den lokale samiske kulturen er avhengig av naturmiljøet. Utvalget kjenner til at det finnes kommuner som i sammenheng med frikommuneforsøk rundt lokal styring av utmarksressurser har sett behovet for organisering og kompetanseoppbygging av et system for ressurovervåking i kommunen, og som har satt igang et arbeid med dette. Det bør etter utvalgets oppfatning være et arbeid som i første rekke kommunenes miljøkontorer bør kunne engasjere seg i også innenfor rammen av den ordinære forvaltning..

Det vil i denne sammenheng også være viktig å igangsette prosjekter på kommunalt og interkommunalt nivå som drar nytte av den kunnskap som finnes hos lokale ressurspersoner som har kjennskap til lokal vegetasjon og dyreliv. Dette er personer med en betydelig realkompetanse innen naturbruk, og mye vil være vunnnet ved å engasjere folk med slike kunnskaper. Hver kommune må ut fra sine forutsetninger finne fram til parametre som kan fortelle om endringer naturen. Eksempler kan være endringer i forekomst av ulike lav og mosearter, samt høyere planter, som gir indikasjoner på surhetsgraden i naturen. Syreinnhold i vannene påvirker forekomsten av forskjellige fiskearter. Abbor regnes for å være mer robust enn røye for surhet i vannet. Der abbor konkurrer ut røye kan det være grunn til å undersøke surhetsgraden i vannet. En slik innhenting av miljødata må skje etter en fast plan og en gjennomført metodikk.

En funksjon med slike prosjekter kan være å trekke informasjonen fra større forskningsprosjekter, slik som AEPS og AMAP, ned på et lokalt nivå, og se denne i forhold til lokale endringer i naturen. Det bør også kunne utvikles metoder for å utveksle slik kunnskap og å samle den på et høyere nivå, f.eks. ved hjelp av databaser, slik at den blir mest mulig tilgjengelig. Et innsamlingsarbeid av denne typen bør kunne resultere i data som kan danne grunnlag for kommunale mål og eventuelle tiltak for bruk av naturressursene. Dette er et arbeid som bør og må foregå på lokalt nivå i regi av kommuner, eventuelt som prosjekter i regi av samiske kulturinstitusjoner. Det vil likevel være viktig at erfaringene tilflyter Miljøverndepartementet, bl.a. i samordningsøyemed. Sosial- og Helsedepartementet med aktuelle underliggende etater, og Sametinget bør også ha kunnskap om dette.

Tiltak 3: Kompetanseoppbygging og veiledning til helse- og sosialpersonell i kommuner med samisk befolkning om problemer knyttet til forurensingssituasjonen

Både av hensyn til den løpende situasjon, og for beredskap i en akutt situasjon, bør det i den primære helse- og sosialtjeneste settes iverk tiltak for å sikre kompetanseoppbygging og veiledning til helse- og sosialpersonell om forurensingssituasjonen. Det bør omfatte kunnskap om det aktuelle trusselbildet og virkninger av forurensingene, opplæring i beredskapsarbeid, og i å gi informasjon til enkeltpersoner eller grupper. Dette bør skje særlig i områder som er spesielt utsatt for forurensing.

Tiltak 4: Bruk av lokal samisk kunnskap om natur og økologi

De samiske begreper rundt natur og økologisk forståelse er svært omfattende. Det må være et mål å hente fram slik lokal kunnskap om naturen hos et folk som tradisjonelt har brukt naturen i utøvelse av sine næringer og sin kultur. Samfunnsutviklingen tilsier et behov for systematisere denne kunnskapen før den blir borte. Den vil selvsagt fungere som en dokumentasjon av en samisk kulturtradisjon, men langt viktigere vil det være å finne fram til kunnskaper om tenkning rundt natur og

økologi som vi kan ha nytte av i natur- og miljøarbeidet i dag. Det bør derfor vurderes å starte et eget arbeid om naturterminologi innenfor de ulike samiske områder. Dette er et arbeid som bør foregå som prosjekter på lokalt nivå i regi av kommuner eller samiske kultur- eller forskningsinstitusjoner. Lokal samisk medvirkning i forebyggende miljøarbeid vil også kunne bidra til å motvirke forebygging av eventuelle følelser av avmakt og kulturell depresjon hos grupper av samer.

Tiltak 5: Vurdering av behovet for en utvikling av beredskapsarbeidet i områder med samisk befolkning

Det bør skje en vurdering og eventuelt en utvikling av den samlede beredskap. Det må være gode forbindelser mellom sentralt og lokalt nivå også i beredskapsarbeidet. Kommunenes miljøvernkontorer og helsesjefene bør stå sentralt i dette arbeidet. Etter utvalgets oppfatning bør det utvikles lokale beredskapsplaner innen hver kommune. Der det foregår lokal innhenting av miljødata, bør dette inngå i vurderinger som danner grunnlag for beslutninger og utvikling av beredskap og tiltak.

Tiltak 6: Informasjonsseminarer om miljøproblematikk

En av lærdommene etter Tsjernobyl-ulykken var at det ble skapt noe nær en tillitskrise mellom myndigheter og befolkning. Særlig for den samiske befolkning resulterte situasjonen i en følelse av avmakt og depresjon i forhold til en kulturell situasjon som følte utsatt på forhånd. I endel sørsamiske miljøer føler man ennå behov for informasjon og tiltak til tross for nedføring av rein og kostholdsråd, spesielt i forbindelse med de nye kunnskaper om lavdoseproblematikk. I nord gjør det seg gjeldende en tilsvarende engstelse som særlig har sin basis i situasjonen på Kola-halvøya. Man føler seg maktesløs overfor forurensningstrusler som har sine kilder både utenfor de samiske områder og utenfor Norges grenser.

Det er foruroligende dersom den samiske befolkning skulle komme til å føle seg som «prøvekaniner» for tålegrenser for radioaktivt nedfall og annen forurensning. Slike tendenser er det lett å se bort fra, men de kan ses som ansatser til en ny tillitskrise mellom den samiske befolkning og norske myndigheter. Dette bør tas på alvor, og avhjelpes gjennom informasjon som er tilpasset de forskjellige samiske grupperes behov.

Sørsamiske kvinner har lenge ønsket et seminar som kan informere om konsekvensene for mennesker av radioaktiv stråling. Tilsvarende behov er det for informasjon om det vi vet om effekten av forurensning av tungmetaller. Etter utvalgets oppfatning er det behov for et seminar eller en seminarrekke som kan favne flere sider av problematikken. Utvalget vil påpeke betydningen av at effekten av den samlede forurensning ses i sammenheng. Situasjonen i dag er at alt ligger under helsefarlige nivåer når man ser hver forurensningskilde for seg, mens det er liten kunnskap og informasjon om hva som skjer når vi summerer effekten av den samlede påvirkning av forurensningskildene. Dette er en problematikk som spenner over flere fagområder og som angår flere forvaltningsmyndigheter. Påvirkning av miljøgifter som dioksiner, PCB, tungmetaller, DDT, og radioaktivitet krever svært forskjellige kunnskaper innen miljøkjemi, strålefare, luftforensning, biologi, osv.

Et seminar bør være en anledning til kommunikasjon og dialog mellom den samiske befolkning og de ansvarlige myndigheter. Dersom det framkommer ønsker om f.eks. screening hos enkelte befolkningsgrupper, bør dette vurderes nøye.

Målet med seminarer må være å få fram hva vi i dag vet om virkning på natur, dyr og mennesker, og de sammenhenger som til nå har vært lite vurdert og fokusert på, samt å få innspill til videre forskning og informasjon. Et seminar eller en semi-

narrekke bør arrangeres av Sosialdepartementet ved Helsetilsynet i samarbeid med Sametinget, og bør ta opp problemer som er aktuelle for hele den samiske befolkning.

Tiltak 7: Informasjonsbulletin med relevant og tilpasset informasjon på samisk og norsk

Informasjon og beredskap må skje på grunnlag av en samlet vurdering av den miljøovervåking som skjer innen de forskjellige områder, og på de forskjellige nivåer. Det må være informasjon om miljøtilstanden og om de aktuelle beredskapsplaner. Det er unødvendig at folk lurer på hva de skal gjøre hvis de skulle høre om utslipp. Skal de gå ut, eller skal de lukke vinduene? Hva er jod-tabletter, og hvordan brukes de? Det er behov for enkel, tospråklig informasjon. Informasjonsarbeidet må fange opp det som skjer på alle nivåer, og knyttes til miljøkontorene i kommunene, såvel som til helsestasjonene. Sametinget bør trekkes inn i et slikt arbeid. Systematisk og kontinuerlig informasjon må hele tiden være målet. En informasjonsbulletin vil ivareta behovet for informasjon hos almenheten, og kan samtidig være en formidler til andre fagmiljøer, f.eks. til samfunnsforskningen.

KAPITTEL 12

Rekruttering og kompetanseoppbygging**12.1 INNLEDNING**

Framstillingen av de samiske pasienters og klienters møte med helse- og sosialvesenet viser behovet for å utvikle likeverdige tjenester som bygger inn hensynet til samisk språk og kultur i områder med samisk befolkning. En forutsetning for dette vil være å sikre rekrutteringen av helse- og sosialpersonell til områder i Norge med samisk befolkning, samt å sikre stabilitet og kompetanse blant disse, slik at befolkningen kan få en tilfredsstillende helsetjeneste. Det vil i tillegg til ren fagkompetanse være behov for personer med generell kunnskap i tverrkulturelle forhold, med kunnskap om samisk kultur og samfunn, og i samisk språk.

Den følgende framstillingen vil si noe om personellsituasjonen i helse- og sosialsektoren i samiske områder, og berøre problemstillinger knyttet til rekruttering, stabilitet og kompetanse. Den vil antyde en avklaring av relevante begreper som bl.a. samisk kulturell forståelse og bakgrunn, og se på behovet for fagpersonell som har denne språk- og kulturkompetansen. Den vil også komme inn på situasjonen til helse- og sosialarbeidere som har samisk språklig og kulturell bakgrunn, og se dette i forhold til behovet for rekruttering og for bruk av nettopp denne gruppens formelle og uformelle kompetanse. Det vil bli omtalt endel utdanningstilbud som vektlegger både spesielle samiske og generelle kulturelle aspekter som kan være av betydning for en utdanning eller en videreutdanning innen helse- og sosialfag. Enkelte av disse utdanningene har rekrutteringstiltak som er spesielt innrettet på samiske studenter. Dette danner grunnlaget for utvalgets vurderinger og forslag til tiltak.

12.2 PERSONELLSITUASJONEN I HELSE- OG SOSIALSEKTOREN I SAMISKE OMRÅDER. REKRUTTERING, STABILITET OG KOMPETANSE

Denne framstillingen konsentrerer seg svært mye om situasjonen i Finnmark og Troms. Det er mest data herfra, og situasjonen har vært opplevd som mest prekær her. Finnmark er dessuten det fylket som har størst andel samisk befolkning, og med flest kommuner i forvaltnings-området for Samelovens språkregler. Vi har hentet fram undersøkelser for å belyse spørsmål om rekruttering og stabilitet i personellsituasjonen i de nordligste fylkene. Resultatene vil bli sett i sammenheng med det vi vet om behovet for fagpersonell med samisk kompetanse, og ligge til grunn for utvalgets vurderinger og forslag til tiltak.

12.2.1 Situasjonen i Finnmark i 1980-årene

Mange av de stimuleringstiltakene som i dag er i de nordligste fylkene, har sin rot i personellsituasjonen i 1980-årene, særlig i Finnmark. Finnmark lå klart dårligst an i 1980-årene når det gjaldt antall innbyggere pr. yrkesaktivt helsepersonell, situasjonen sett som helhet. I 1986 var 23,4 % av sykepleierstillingene i Finnmark fylke ubesatt, mot 13,5 % på landsbasis. Finnmark og Nord-Trøndelag hadde færrest leger, mens Finnmark og Nordland hadde færrest sykepleiere.

Norsk sykepleierforbund (NSF) pekte på at i 1986 var hver 7. sykepleierstilling i Norge ubesatt selv om det i tiåret 1975 til 1985 hadde vært en økning i tallet på

sykepleiere, i sykepleiernes yrkesaktivitet, og i antallet årsverk. NSF fant at de ubesatte sykepleierstillingene kunne henge sammen med at veksten i etterspørselen etter sykepleiere hadde vært svært sterk. Selv om sykepleiernes yrkesaktivitet var stor, så var det en betydelig reserve som man anså det viktig å få ut i arbeid. NSF fant at årsakene til at såpass mange sykepleiere valgte å arbeide i redusert stilling eller ikke i det hele tatt, var problemene med å kombinere yrket med omsorg for mindreårige barn. Lav lønn, lang arbeidstid og ubekvemme vaktordninger bidro til beslutningen om å redusere arbeidstiden eller slutte som sykepleier. Legemangelen og sykepleiermangelen er i utgangspunktet forskjellig. Man regner med at det på landsbasis er mangel på sykepleiere. Mangelen på leger øker også belastningen på sykepleiergruppen, og reduserer helsetjenestetilbudet og kvaliteten på tjenestene for befolkningen.

Finnmarks avdeling av Norsk Sykepleierforbund (FNFS) gjorde rundt 1986 undersøkelser om personellsituasjonen i Finnmark. I 1986 lå Finnmark på topp med 24 % ledige stillinger. Av 499 budsjetterte stillinger for offentlig godkjente sykepleiere var 308 sykepleiere (68 %) i hele stillinger, 144 sykepleiere (32 %) arbeidet deltid, og 117 stillinger (24 %) sto ubesatt. FNFS fant at det var både en generell sykepleiermangel, men også spesielle forhold som gjør rekrutteringen vanskelig for Finnmark. Sykepleiermangelen merkes spesielt i Finnmark på grunn av de store avstandene, de mange små og spredte helseinstitusjonene og legemangelen, som ofte gir økt ansvar og belastning på sykepleieren. Likevel arbeidet forholdsvis flere av sykepleierne i Finnmark i fulle stillinger (68 %) enn hva tilfellet var for resten av landet i gjennomsnitt (53 %). Dessuten var det i Finnmark svært få sykepleiere som var helt ute av sykepleieryrket. Av sykepleiere i Finnmark var altså en større prosent yrkesaktive og langt flere enn landsgjennomsnittet arbeidet i full stilling. Dette innebærer at det ikke fantes noen arbeidskraftreserve av sykepleiere i Finnmark, og at rekrutteringen til stillinger her måtte skje blant nyutdannede sykepleiere.

Norsk Sykepleierforbund foreslo i 1986 tiltak som kunne øke rekrutteringen og bedre stabiliteten i sykepleierstillingene i Finnmark. Forslagene til tiltak var dels generelle og dels særskilt rettet mot sykepleiere som hadde vært i fylket en tid. Av forslag til tiltak rettet mot etablerte sykepleiere var ekstra ferie, tre lønnstrinn over topplønn ved full ansiennitet, rett til 4 ukers etterutdanning med lønn i året, samt å legge forholdene til rette for videre- og etterutdanning med lønn. Forslag til etablerte tiltak var topplønn ved ansettelse uansett ansiennitet, bedre botilbud og barnehagetilbud, og økning av studenttallet ved sykepleierhøgskolen i Finnmark. Disse forslagene ble i en viss grad fulgt opp av fylkeskommunen og kommunene.

12.2.2 Særskilte stimulerings tiltak for de nordligste fylkene

Nord-Norge er prioritert i disponeringen av ordinære virkemidler innen flere sektorer. Landsdelen er dessuten prioritert ved bruken av de distriktpolitiske virkemidlene, og det er etablert særordninger for Nord-Norge i form av geografisk avgrensede ordninger som kun gjelder for Nord-Norge eller deler av landsdelen. I 1990 ble Finnmark og Nord-Troms utpekt som egen tiltakssone. Tiltakssonen omfatter både person- og næringsrettede virkemidler. Målsettingen med å opprette sonen var bl.a. å styrke de generelle virkemidler, og gradvis bygge ned de selektive virkemidlene. Mange av de virkemidler som var opprettet tidligere, ble beholdt, og nye ble opprettet som særordninger for Nord-Norge, eller som del av tiltakssonen. En oversikt over endel særordninger som gjelder for 1995 følger som vedlegg til denne utredningen.

Spesielle skatte- og avgiftsregler gjelder Finnmark og Nord-Troms. Det gis anledning til lavere skatt for personlige skatteyttere gjennom særskilte inntektsfradrag og lavere fellesskatt, og flat toppskatt for høyere inntekter. Det er lavere avgift på strøm over et visst forbruk, og høyere barnetrygd. Det gis også spesielle lånetillegg til bygging av ny bolig, og utbedringslån til eldre boliger. Ordningen med ettergiving av studielån gir låntakere som er bosatt og arbeider i Finnmark eller Nord-Troms rett til nedskrivning av studielånet med 10 % i året. Andre stimulerings tiltak har vært rett til studiepermisjon og ekstra ferie. I tillegg gjelder støtte til forskningsvirksomhet, spesialisering i samfunnsmedisin og ulike utdanningsprogrammer for underordnede leger.

Tiltak for økt rekruttering og bedret stabilitet av helsepersonell til Finnmark og psykisk helsevern i Troms, omfatter kommunale og fylkeskommunale helsetjenester i Finnmark og psykisk helsevern i Troms. Programmet er delt inn i tre innsatsområder. Det er 1) Helsefremmende tiltak som ledd i den nasjonale strategi for å oppnå WHO's mål «Helse for alle i år 2000». Tiltakene er bl.a. rettet mot forebyggende tiltak i kommunene og utvikling av den samiske spesialisthelsetjenesten. Det dreier seg dessuten om 2) å utvikle stabile fagmiljøer gjennom kompetansetiltak, og det gis 3) tilskudd til tiltak i fylkes- og kommunehelsetjenesten. Det gis dessuten tilskudd til kurs og stipend for personell innen helsevesenet, inkludert ulike typer etter- og videreutdanninger.

Fra 1988 ble Finnmark en egen utdanningspolitisk region som en prøveordning. Bakgrunnen var at fylket hadde landets laveste utdanningsnivå og utdanningsfrekvens, og mangelfullt utbygde tilbud på flere områder. Utdanning ble sett som en sentral faktor i en målsetting om bedring av levekårene og utvikling av fylket mot reell likestilling med landet forøvrig. Man ønsket å stimulere ungdom til å fortsette i videregående skole etter avsluttet grunnskole for å kvalifisere seg for yrker og videre utdanning, og man ønsket å sikre tilgang på personell til offentlig tjenesteyting og til arbeids- og næringslivet ellers. Utdanningsstipend for borteboende elever fra Finnmark og Nord-Troms i videregående skole og tilskudd til voksenopplæringstiltak forventes å bidra til økt utdanningsnivå. Økonomiske virkemidler og studiepermisjon med lønn er noen av tiltakene som er iverksatt for å skaffe lærere til utdanningsinstitusjoner i Finnmark. De må ses sammen med virkemidler som ettergivelse av studielån. Det synes som om de personrettede ordningene for lærere har fungert etter hensikten, og at andelen kvalifiserte lærere i Finnmark og Nord-Troms har økt.

I inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner er det egne rammetilskudd for kommuner og fylkeskommuner i Nord-Norge. I det utgiftsutjevneende tilskuddet til kommunene og i kostnadsnøkkelene for fylkeskommunene er det et eget kriterium, kalt «Troms/Finnmarkstillegget». Bakgrunnen for dette kriteriet er bl.a. at Troms/Finnmark har et høyere utgiftsbehov innen helsesektoren som følge av særskilte stimuleringsordninger på personellsiden.

I tillegg kommer ulike fylkeskommunale stimulerings tiltak. Et eksempel er den toplønn for nyutdannede sykepleiere ved fylkeskommunale institusjoner som ble innført høsten 1988 som en prøveordning. Sykepleierne ble direkte plassert i lønns-trinn 20 uansett ansiennitet. De fikk dessuten etableringstilskudd, og rett til vanlig flyttestøtte mot tre års bindingstid.

12.2.3 Hvordan har stimulerings tiltakene virket?

Det ser ut til at stimulerings tiltakene har virket etter hensikten. Særlig legedekningen er bedret de siste årene. Imidlertid kan det se ut til at situasjonen er forverret for områder som grenser opp til tiltaksområdene. Det vil imidlertid være problemer

knyttet til en evaluering av tiltakene, særlig i Finnmark. Det er ingen entydig tendens, og mengden av tiltak vil gjøre det vanskelig å finne ut hvilke som er mest effektive.

De opplysninger Sosialdepartementet har innhentet, og de foreliggende statistikker over personellsituasjonen i helse- og sosialsektoren, tilsier at fylkesgjennomsnittet for de nordligste kommuner med samisk befolkning kommer relativt godt ut i forhold til landsgjennomsnittet. Det synes som om man kan si at volumet på personellsiden ser bra ut, og at rekrutteringstiltakene i de nordligste områdene har fungert.

I de undersøkelser som er gjort blant de forskjellige faggruppene av helse- og sosialpersonell, fremheves muligheter for faglig utvikling og tilknytning til landsdelen som viktige for rekruttering og stabilitet.

12.2.4 Sykepleieres holdninger til stimuleringsiltakene, og til å arbeide i Finnmark

I 1988 hadde fylkeskommunale institusjoner i Finnmark brukbar sykepleierdekning for første gang. Det ble i 1988 gjort en undersøkelse blant nyutdannede sykepleiere som var den gruppen som hadde størst utbytte av de økonomiske virkemidlene. Utgangspunktet for undersøkelsen var spørsmålet om hva det er som skal til for at nyutdannede sykepleiere skal velge å arbeide i Finnmark — og velge å være over tid? De sykepleierne som ble spurt, hadde vært i stillingene fra 3 måneder til 1 1/2 år. Halvparten av dem var fra Nord-Norge, og alle hadde dratt nytte av stimuleringsiltakene.

Mer enn 5/6 av sykepleierne oppgir økt lønn som en del av begrunnelsen for å begynne å arbeide i Finnmark. I tillegg oppgis flytting og etableringstilskudd og avskrivning på studielån. De som ikke vektlegger lønn, oppgir alle familieforhold som den viktigste årsak til å velge Finnmark. Halvparten oppga friluftsmuligheter. Ingen av disse var fra fylket. 1/3 nevnte faglige utfordringer spesielt. Lav sykepleierdekning og stort ansvar gir muligheter i forhold til læring og utfordringer.

De fleste framstilte arbeidsmiljøet som positivt. De fant gode samarbeidsforhold, muligheter til faglige utfordringer i jobb og gjennom kurs, intern undervisning og faglig veiledning. Imidlertid kom det fram at belastninger og ansvar kan bli vel stort med sykepleiermangel og mye ufaglært personell. Det var mange som oppga familietilhørighet som årsak til å velge Finnmark. Av disse et flertall fra fylket, noen hadde slekt i fylket, eller hadde utdannet seg her. Boligtilbudene synes jevnt over å være tilfredsstillende.

75 % av sykepleierne ville fortsette i sine nåværende stillinger. Gode arbeidsforhold, topplønn og ønsker om kontinuitet var årsaker til dette. Det var imidlertid svært få som kunne svare ja på om de ville være i Finnmark om 5 år. Av disse hadde 80 % tilknytning til Finnmark. Av de som var usikre på spørsmålet hadde 63 % tilhørighet til Finnmark. I nei-gruppen var det få som hadde tilhørighet til Finnmark. Undersøkelsen viser at det er tilhørighet til landsdelen som betyr noe ved valg av varig (mer enn 5 år) arbeidsplass i fylket.

På spørsmål om hva som skal til for å bedre rekrutteringen og øke stabiliteten i sykepleierstillingene i Finnmark, la alle de spurte vekt på økonomiske virkemidler/høyere lønn i tråd med stimuleringsiltakene. De framhevet også betydningen av faglig utvikling og nødvendigheten av å satse på å utdanne ungdom fra Finnmark for å øke stabiliteten på sikt. De som kom fra andre deler av landet nevnte generelle tiltak for hele befolkningen slik som reduserte flypriser og subsidier på matvarer.

Undersøkelsen viste altså at stimuleringsiltakene hadde positiv virkning når det gjaldt å få sykepleiere til å arbeide i Finnmark. Men når det ble spørsmål om stabilitet (mer enn 5 år), så indikerer undersøkelsen at tilknytning til landsdelen var mer tungtveiende.

12.2.5 Virkningene av ettergivelsesordningen for studielån for personer bosatt i Finnmark og Nord-Troms

En undersøkelse av virkningene av ettergivelsesordningen for studielån for personer bosatt i Finnmark og Nord-Troms viser en betydelig gjennomstrømming av personer i tiltaket i perioden 1988 — 90. Av de rundt 6000 berettigede i 1988 var rundt 25 % ikke registrert i tiltaket i 1990. De «nyregistrerte» i tiltaket utgjorde dette året 37 % av alle i tiltaket. Rundt 60 % av de «fracfalne» var fortsatt bosatt i regionen i 1990, mens under 38 % var flyttet ut fra regionen. Personer med høyere utdanning var i markant grad flyttet ut av regionen, sammenliknet med andre. Av de 2600 som kom inn i tiltakene mellom 1988 og 1990 kom i underkant av 40 % fra andre landsdeler. For personer med høyere utdanning var denne andelen høyere. Tiltaket ser ut til å ha hatt en betydelig tiltrekningskraft på personer med høyere utdanning som er kommet med i tiltaket etter 1988.

De som er blitt i regionen i mer enn to år (rundt 4500 personer) er hovedsakelig personer med geografisk tilknytning til regionen før tiltaket ble satt ut i livet. Det er således grunn til å anta at tiltaket øver stabiliserende virkninger speiselt for personer fra regionen. Man vet dog ikke hva situasjonen ville ha vært uten tiltakene.

Rundt 54 % av tilflytterne hadde høyere utdanning. De var yngre, og hadde et markant større studielån enn de «stabile» og de «fracfalne». Hurtig nedbetaling av studielånet kan ha vært et ledende motiv for denne gruppen. De «fracfalne» med høyere utdanning hadde adskillig mindre studiegjeld enn de «nyrekrutterte». Ellers var gruppene relativt like. Dette kan tyde på at tiltaket ikke har langvarlig stabiliserende virkning overfor høyt utdannede med geografisk tilknytning til andre regioner.

De «stabile» skilte seg ut først og fremst gjennom en sterk tilknytning til regionen, og ved at de var betydelig eldre enn både de «fracfalne» og de «nyrekrutterte». De hadde videre lavest gjeld. Det var nok disse som hadde sterkest sosiale nettverk i regionen. Man vet ikke om disse ville blitt stabile uten nedskrivningsordningen, men det må vurderes som sannsynlig at flere i denne gruppen ville flyttet om tiltaket ikke var satt iverk.

12.2.6 Legestillingsundersøkelsen fra 1990

I den avtalen som ble inngått mellom Kommunenes Sentralforbund, Den norske Legeforening og Oslo kommune i 1989, ble det enighet om å gjennomføre en spørreundersøkelse blant nyutdannede leger for å kartlegge forhold av betydning for å velge utkantstrøk som varig arbeidsplass. Den såkalte legestillingsundersøkelsen ble foretatt i 1990 blant alle leger autorisert i årene 1980, 1983, 1984, 1988, og 1989. De ble spurt om arbeid og familie, spesialisering og trivsel, og faktorer av betydning ved skifte av jobb. Det ble også spurt om kriterier for å søke arbeid i utkantstrøk, og om stimuleringsiltak kunne tenkes å ha betydning for valget. Det var en svarprosent på 73 % av 2119 leger.

Undersøkelsen viste at kandidater fra Oslo/Akershus var overrepresentert ved alle universiteter, mens på det enkelte universitet var det overrepresentasjon fra hjemfylket. En stor andel av legene hadde ektefeller innen helsevesenet eller i akademiske yrker, og mange (over 80 %) hadde barn under 7 år. Mange hadde utsatt

barneproduksjonen til etter studiet, og mange ektefeller hadde også vakter og uregelmessig arbeidstid. En stor andel av legene avla turnustjenesten langt hjemmefra og i typiske utkantdistrikter. Denne «flyttebølgen» snudde imidlertid mot mer sentrale strøk allerede ved første stilling etter turnustjenesten. Man må anta at denne vandringsen bort fra utkantstrøkene vil være størst i tider med legemangel. Mange holdt på med en spesialistutdannelse. Dette var hovedgrunn for mange som planla å skifte stilling. Mange viste til det store arbeidspresset i utkantstrøk med dårlig legedekning og sårbarhet i systemet som hindring for å forbli i utkantstrøk. Sykehuslegene var mindre fornøyd med lønn og skole-/barnehage tilbudet enn primærlegene. Det store omfang av vikariater opplevdes også problematisk. Av underordnede sykehusleger var over 47 % ansatt i vikariater.

Undersøkelsen sammenlignet stilling på undersøkelsestidspunktet i forhold til første stilling. Av de som startet på sykehus var 71 % fortsatt i sykehusstillinger, og av de som startet i forskerstillinger var 58 % fortsatt i slike stillinger. I alle grupper var det en betydelig migrasjon over til sykehus, for bedriftsleger og kommuneleger også over til privat praksis. Sykehuslegene var i større grad enn andre fornøyd med faglig egenutvikling. På spørsmål om kriterier for skifte av stilling og bosted, anga 76 % faglig egenutvikling som viktigste faktor. Dernest kom arbeidsmulighet for ektefelle (64 %), barnehageplass, og andre tiltak som kunne lette hverdagen.

Det viste seg at de ferskeste kullene var mest villige til å flytte til utkantstrøk. Det er en større andel av legene utdannet i Tromsø som er positive til å etablere seg i utkantstrøk. Dette henger nok sammen med at Universitetet i Tromsø har kvotert inn søkere med tilknytning til landsdelen. Undersøkelser fra Tromsø viser hvor disse legene faktisk har slått seg ned. Legestillingsundersøkelsen indikerer en tilsvarende effekt for tilknytning til utkantstrøk generelt, men sterkest for Nord-Norge og for utdanning ved Universitetet i Tromsø.

I underkant av 50 % oppgir at stimuleringstiltak vil være avgjørende for å søke jobb i utkantstrøk. Av de stimuleringstiltakene som vurderes høyest er 4 mnd. permisjon med lønn hvert 3. år viktig. Så kommer garantert jobb for ektefelle, ekstraferie, og garantert barnehageplass. Så følger nedskrivning av studiegjeld og utdanningsstipend. Enkelte grupper prioriterte tilbud om et strukturert utdanningsprogram til relevante spesialiteter. Sett under ett, kom økonomiske stimuleringstiltak lenger ned på listen enn man kanskje skulle forvente.

Undersøkelsen belyser at hovedproblemet i utkantene idag er et stabiliseringsproblem. Den viser også betydningen av å rekruttere leger fra de aktuelle områdene for å bedre legedekningen i utkantstrøk, særlig i Nord-Norge. Det ser ut til at beligheten av et universitet i seg selv stimulerer rekruttering fra nærområdene. Universitetet i Tromsø kvoterer dessuten inn søkere fra Nord-Norge med 40 %. Noe overraskende fant man at det å være utdannet i Nord-Norge så ut til å ha en selvstendig effekt om lag på linje med tilknytning til landsdelen. Resultatene underbygger betydningen av gode fagmiljøer med etterutdanning og forskningsmuligheter i og utenfor sykehus.

12.2.7 Personellsituasjonen og undersøkelser fra medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

Med utgangspunkt i rekrutteringen til Universitetet i Tromsø har man ønsket å se hvor medisinstudentene rekrutteres fra, og hvor de blir av etter endt utdanning.

Ønsket om å øke rekrutteringen har vært en av de viktigste begrunnelsene til økningen av antallet studieplasser ved fagområdet medisin ved Universitetet i Tromsø. Fra 1979 var 50 % av plassene ved medisinstudiet reservert for studenter med nord-norsk tilhørighet. 6 plasser var reservert for studenter fra Finnmark. Tid-

lig pasientkontakt og praksis i primærhelsetjenesten ved lokalsykehusene var viktige elementer i studiemodellen. Man ønsket å gi studentene bred kontakt med de ulike delene av helsetjenesten i landsdelen. Dette førte imidlertid ikke til at legene fra Tromsø valgte å arbeide i primærhelsetjenesten mer enn leger utdannet andre steder. I 1988 fant man ut at 49,2 % av kandidatene uteksaminert fra medisinstudiet fram til 1983 fortsatt arbeidet i Nord-Norge. Av de som hadde nord-norsk bakgrunn virket hele 72,5 % i landsdelen. Dersom man hadde sett på etablering 6—10 år etter endt turnustjeneste, ville forskjellen kanskje vært enda større.

En undersøkelse blant de 11 første kull uteksaminert ved fagområdet medisin ved Universitetet i Tromsø ble således gjennomført våren 1990. Man kan si at denne undersøkelsen bekreftet den tidligere antakelsen at opprettelsen av en medisinsk utdanning i Nord-Norge hvor også studentene i høy grad ble rekruttert fra landsdelen, ville være det beste tiltaket for å skaffe leger til landsdelen.

Undersøkelsen i 1990 ville se om kandidater uteksaminert i de senere år blir i landsdelen i samme grad som rapportert tidligere, og om deres valg av arbeidssted i Nord-Norge var forbigående og kun relatert til perioden rett etter avsluttet studium, slik at erfarne leger senere reiste sørover.

Man fant at 56,1 % av legene uteksaminert i Tromsø arbeidet i Nord-Norge. 43 % av de uteksaminerte legene hadde nord-norsk tilhørighet. 6,8 % av dem var fra Finnmark. For leger som var ferdig med turnustjenesten i mai 1990, var 55,9 % fortsatt i Nord-Norge. Av de med nord-norsk bakgrunn arbeidet 82 % i landsdelen. 82,9 % av de med nord-norsk bakgrunn arbeidet i landsdelen.

Tendensen til å ville velge «sin egen» landsdel til sykehusjeneste (67 og 70 %) var ikke særlig forskjellig for de med nord- og sør-norsk bakgrunn. 82 % av de kandidatene som oppgir å ha vokst opp i Nord-Norge, og 38 % av de som har sørnorsk tilhørighet, arbeidet i landsdelen etter endt turnustjeneste. Ca. 83 % av legene med nord-norsk bakgrunn arbeidet i landsdelen 6—10 år etter endt turnustjeneste. Over 70 % av de nordnorske anså seg etablert, eller anga ønske eller planer om å etablere seg i landsdelen. Denne andelen er bare 28,5 % blant kandidatene med sørnorsk bakgrunn.

Andelen av kandidater fra Tromsø som arbeidet i Nord-Norge har økt når man sammenligner de to undersøkelsene. Dette er gunstig når man tar i betraktning at kvoteringsordningen har øket andelen nordnorske kandidater fra 35,8 til 43,3 % i løpet av 1980-tallet, dvs. for periodene 1979—83 og 1984—89. Det var en høy andel leger med nordnorsk bakgrunn som hadde ønsker om eller planla å etablere seg i Nord-Norge. Over halvparten av de med sørnorsk bakgrunn svarte et klart nei til å etablere seg i landsdelen. Undersøkelsen registrerte også at studenter fra Tromsø velger i høyere grad enn andre Universitetet i Tromsø som arbeidsplass. Leger vokst opp i Nordland og Finnmark ser ut til å velge allmennpraksis i høyere grad. Dette avspeiler legenes arbeidsmuligheter i hjemfylkene. Da fagområdet medisin fortsatt er i vekst, vil nok Universitetet i Tromsø fortsatt bli arbeidsplass for endel av sine egne leger også i tida framover.

Etablering og organisering av medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø etter en profil basert på at geografisk tilhørighet har betydning for ønske om etablering i Nord-Norge, har altså tilført landsdelen leger som ønsker å bli i Nord-Norge. Kandidatene har ingen klare preferanser, men velger både sykehus i landsdelen og Universitetet som arbeidsplass. Resultatene fra undersøkelsene bekrefter konklusjoner som ble gjort i 1963 (Berthelsen): «for å få bygd opp et tilfredsstillende helsevesen i Nord-Norge, må man basere dette på læger som er fra landsdelen og for hvem det er naturlig å bo der».

12.2.8 Virkemidler for en stabil legespesialistsituasjon.

For å bedre legespesialistsituasjonen, ble det i 1986/87 i regi av Sosialdepartementet og i samarbeid med Universitetet i Tromsø etablert reelle forskningsmuligheter ved Finnmarkssykehusene finansiert gjennom «Helse- og ulikhet». Dette har resultert i forskjellige doktorgradsarbeider og vitenskapelige publikasjoner. Legespesialistsituasjonen ved sykehusene i Finnmark har bedret seg i begynnelsen av 1990-årene. Hammerfest sykehus har i dag fast ansatte spesialister ved de fleste avdelinger.

For å danne seg sikre oppfatninger om hva som er vesentlig for å få leger til å bli ved mindre sykehus, ble det i februar 1991 foretatt en spørreundersøkelse blant ansatte leger ved Hammerfest sykehus.

Dette er en undersøkelse gjennomført ved Hammerfest Sykehus i 1991, som berører småsykehus, fagmiljø, stabilitet av overleger og kvalitet. Hovedspørsmålet var: «Hva skal til for at du foretrekker å arbeide ved Hammerfest sykehus i 3 — 5 år til?» Man ønsket å få informasjon om legers oppfatning av betydningen av forskjellige faktorer når man skal avgjøre hvor man skal arbeide de nærmeste år. Undersøkelsen viser at både overleger og underordnede vektlegger et godt fagmiljø som det viktigste når man skal bli ved sykehuset. Ektefelles muligheter er også viktig, likeledes mulighet for barnehageplass og god ledelse av legesektoren. Imidlertid vektlegges faglig innhold som fagmiljø, gode muligheter for videre- og etterutdanning, forskningsmiljø og kontakt med universitetsmiljø mest. Dette viser at leger ved lokalsykehus ikke har noe ønske om å «hoppe av spesialiseringsskarusellen».

Det er vesentlig at overleger blir i stillinger over år fordi kvaliteten i pasientbehandlingen i høy grad henger sammen med stabilitet innen overlegeskiktet. Mulighetene for spesialistutdanning ved et sykehus bedrer sjansene for å bli ved sykehuset som spesialist. God ledelse av legesektoren er viktig når leger vurderer sitt fremtidige arbeidssted. Man må anta dette inkluderer både faglig ledelse og ledelse generelt.

Undersøkelsen viser at både over- og underordnede leger ved sykehus først og fremst vektlegger faglig innhold inkludert gode muligheter for forskning, videre- og etterutdanning når de skal vurdere å bli et visst antall år ved et sykehus. Dessuten vektlegges at forholdene er lagt til rette for familien, og at en god faglig og administrativ ledelse ved sykehuset betyr mer enn lønnsøkning.

Undersøkelsen tok utgangspunkt i at et godt fagmiljø og stabilt personell er en forutsetning for god kvalitet innen pasientbehandlingen. Den viser at ved et lokalsykehus er et godt faglig miljø og gode muligheter for faglig videre- og etterutdanning helt vesentlige faktorer for å holde på både over- og underordnede leger. Muligheter for forskning lokalt er også viktig.

Den utviklingen av telemedisin som har skjedd i Nord-Norge med bl.a. kommunikasjon i form av videokonferanser mellom regionsykehus og lokalsykehus, innebærer en styrking av mindre medisinske fagmiljøer. Det ligger store muligheter i bruk av vidoekonferanser i etterutdanningen, kanskje særlig for spesialistutdanningen i allmennmedisin.

12.2.9 Personellsituasjonen og undersøkelser i regi av Norsk Sosionomforbund

Norsk Sosionomforening (NOSO) har undersøkt hvor lenge en sosionom blir på sosialkontoret. Det dreier seg om et par-tre år. NOSO har også undersøkt stabilitet blant ansatte sosionomer, og lønnens betydning sett i forhold til faglige forhold og utfordringer. Her går det fram at faglig utvikling og veiledning virker stabilise-

rende, og vurderes på linje med lønn. Det viser seg også her at tilknytning til fylket har stor stabiliserende effekt.

Det er i flere sammenhenger konstatert dårlig stabilitet i førstelinjetjenesten på sosialkontor og barneverntjenesten. Sosial- og familieavdelingen hos fylkesmannen i Finnmark fastslo i en pressemelding høsten 1994 at sosialkontorene og barneverntjenesten i fylket har svært stor gjennomtrekk av fagfolk. Man har anslått at under 30 % av fagstillingene i sosial- og barneverntjenesten i Finnmark i 1990-årene har vært besatt med fagfolk som har vært ansatt i mer enn to år. Man har uttalt hos fylkesmannen at den høye andelen fagfolk uten erfaring setter både kvaliteten på tjenestene og rettssikkerheten i fare. Et eksempel er Tana kommune, der det er 6 fagstillinger, og 1 av disse er besatt av person som har vært i stillingen i mer enn to år. I Porsanger er det 5 stillinger, og ingen av disse har vært besatt med personer som har vært mer enn to år i jobben. Hos fylkesmannen har man spesielt pekt på at personellsituasjonen er foruroligende sett i forhold til hjelpebehovet. Omlag 450 barn har i den senere tid vært avhengig av hjelp fra barnevernet, og 3.500 personer har vært langtidsmottakere av sosialhjelp i Finnmark. Man håper å komme igang med et aktivt arbeid for å stabilisere situasjonen med sosialarbeidere i fylket.

12.2.10 Arbeidet med stimulerings- og rekrutteringstiltak innen tannhelsetjenesten

Det har i løpet av 1980-tallet skjedd en generell bedring av tannhelsen i Finnmark, noe som også har ført til kortere ventetider for pasienter. Spesialtjenestene i fylket er blitt bygd opp, slik at det i dag er svært få pasienter som sendes ut av Finnmark for å få utført mer kompliserte tannbehandlinger. Tiltakene settes nå inn for å utjevne forskjeller mellom distrikter. Det er også under planlegging oversettelse av informasjonsmaterieil til samisk, og et informasjonsarbeid spesielt tilrettelagt for den samiske befolkning. Finnmarksundersøkelsen fra 1987 tyder ikke på at tannhelsen varierer etter språklig bakgrunn. Imidlertid peker fylkestannlegen på at rekruttering av samisktalende tannhelsepersonell vil være avgjørende for å gi samiske områder et fullverdig tannhelsetilbud. Dette arbeidet vil bli prioritert.

Gjennomtrekket av tannleger har vært svært stort i Finnmark, og var tidligere et svært stort problem. Nå ser utviklingen til å ha tatt en positiv vending. På 1980-tallet var det 30—35 % utskifting av tannleger. I 1992 og 1993 var den på ca. 20 %, og i 1994 forventes den å ligge på under 5 %. Man ser i dag en klar bedring av stabiliteten ved tannklinikkene i Finnmark. Samtlige tannlegestillinger er besatt. Det gjelder også stillinger som tannpleiere og tannlegesekretærer.

Det har innen tannhelsen vært satt igang rekrutteringstiltak ut fra den tanke at det må rekrutteres tannlegestudenter fra Finnmark dersom situasjonen skal bli stabil. Blant de iversatte tiltakene er en stipendordning. Den er slik at studentene fra Finnmark de tre siste studieårene får et årlig stipend på 30.000 kroner mot bindings-tid i Finnmark. I dag er det 11 studenter som har inngått slike kontrakter, herunder to samisktalende. Den første som er ferdig utdannet begynner sin tjeneste i Karasjok sommeren 1994. Vedkommende er også samisktalende. En spesialistutdanning i kjeveortopedi er også betalt av stat og kommune. Det er dessuten inngått en kvoteordning med Universitetet i Bergen. Det årlige opptaket er øket fra 40 til 48 studieplasser, og de siste åtte plassene er forbeholdt studenter fra Nord-Norge. Det gis foreløpig ikke tilleggspoeng for kunnskaper i samisk språk og kultur ved tannlegeutdanningen, men fylkestannlegen i Finnmark har vektlagt dette i sine anbefalinger til Universitetet. Ordningen med støtte til leie av lokaler til privatpraksis skal evalueres, men har nok bidratt til å redusere ventelistene i Finnmark. De generelle

stimuleringstiltakene som topplønn etter to år og opparbeiding av årsbonus har ellers medvirket til å utvikle stabilitet i tannhelsetjenesten.

12.3 KULTURBAKGRUNN, SPRÅK OG KULTURFORSTÅELSE. EN BEGREPSAVKLARING

Den betydningen som samisk språk, kulturell bakgrunn og forståelse har for å gjøre et forsvarlig arbeid i de samiske områder og i forhold til den samiske befolkning er stadig mer åpenbar.

Tidligere så man ofte en sammenblanding av begrepene kulturforståelse og kulturell bakgrunn. Kulturbakgrunn refererer til det kunnskaps-, handlings-, og vurderingsgrunnlag som personer utstyres med ved å vokse opp i en bestemt kultur. Kulturforståelse betegner en teoretisk innsikt som gir kompetanse til å jobbe analytisk med mellommenneskelige problematikk og flerkulturelle såvel som enkulturelle miljøer. Kulturforståelse, eller tverrkulturell kompetanse, vil derfor være et behov som kan foreligge, eller må erverves uansett personers kulturelle bakgrunn.

Kulturforståelse vil i denne betydningen være forskjellig fra ren orienteringskunnskap om en kultur. Orienteringskunnskap vil i denne sammenheng omfatte generell kunnskap om samisk historie og samfunnsforhold, og mer spesiell kunnskap om forhold som virker inn på samhandlingen helsearbeider — pasient i de samiske områder. Den som er født inn i en kultur, har en annen orienteringskunnskap enn den som kommer ny inn i en kultur. Dersom denne kunnskapen skal komme til nytte i en arbeidssituasjon, må den kombineres med en evne til kulturell selvrefleksjon. Kulturell selvrefleksjon vil si evnen til å relativisere egne kulturelle verdier og kategoriseringer. Kravet til selvrefleksjon vil være viktig i forhold til alle helse- og sosialarbeidere, uansett kulturell bakgrunn.

Det har også vært en tendens til å sette likhetstegn mellom språk og kulturkompetanse. Det er klart at språk er et grunnleggende element i en kultur. Men det er likeledes viktig å ha klart for seg at mennesker som har mistet sitt språk, kan ha en sterk kulturell forankring, og at mennesker som har gode språkkunnskaper, kan ha distanse til egen kultur. Derfor må det skilles mellom opplæring som fremmer flerkulturell forståelse, opplæring i språk, og opp-læring som gir kunnskaper om spesifikke samiske forhold, og folks egen kulturbakgrunn.

I en situasjon hvor man arbeider med oppbyggingen av en helsetjeneste tilpasset samiske pasienters behov, så må det være en målsetting å finne fram til praksisformer i helsetjenesten der man kan dra best mulig fordel av kombinasjonen språk, kulturbakgrunn og kulturforståelse. Dette må ses i forhold til forskjellige typer tjenester og pasientgrupper, og i forhold til de forskjellige typer samiske samfunn.

12.4 BEHOV FOR FAGPERSONELL MED SAMISK SPRÅK- OG KULTURKOMPETANSE

Det synes som om stimuleringstiltakene i de nordligste områdene har fungert etter hensikten, og har bidratt til å bedre personellsituasjonen iallefall i de to nordligste fylkene. Flere faktorer må imidlertid være til stede for å vurdere helsetjenestene for den samiske befolkning. Det tallmaterialet som foreligger i form av statistikker, sier ikke noe om kvaliteten av tjenestene generelt, eller om tjenestene i forhold til den samiske brukergruppen. En brukbar personell-situasjon letter arbeidet med og kan også være en forutsetning for kompetansutviklingstiltak rettet inn mot den samiske befolkning.

Det er i dag et stort behov for fagpersonell med samisk språk- og kulturkompetanse på alle nivåer og på alle felter innen helse- og sosialsektoren. Behovet må ses i forhold til målet om en likeverdig helse- og sosialtjeneste for samiske og norske brukere. En delmålsetting vil være en stabil stamme av helse- og sosialpersonell med samisk språk- og kulturkompetanse. Dette vil i første rekke innebære å bemanne helse- og sosialinstitusjoner innen 1. og 2. linjetjenesten, og nye institusjoner som er under utredning/planlegging med personell med slik kompetanse. Innen forvaltningsområdet for Samelovens språkregler innebærer denne målsettingen også en oppfyllelse av Samelovens språkregler. Det er behov for fagpersonell med samisk språk- og kulturkompetanse både i forvaltningsområdet for samelovens språkregler, og i de øvrige områder med samisk befolkning.

12.4.1 Førstelinjetjenesten

Innen 1. linjetjenesten er det særlig behov for å rekruttere og utdanne kommuneleger, sykepleiere, hjelpepleiere og sosionomer med samisk språk- og kulturkompetanse. Disse utgjør basis i helse- og sosialvesenet, og det er disse faggruppene som det rent kvantitativt er mest behov for.

Samisk Legeforening har beregnet at samiskspråklige leger kun utgjør ca. 7 % av totalantallet kommuneleger i forvaltningsområdet for sa

- kommuneleger
- legesekretærer
- sykepleiere
- hjelpepleiere
- vernepleiere
- helsesøstre
- jordmødre
- fysioterapeuter
- ergoterapeuter
- sosionomer
- barnevernspedagoger

12.4.2 Andrelinjetjenesten

12.4.2.1 Psykisk helsevern

Behovet for å rekruttere personell med samisk språklig og kulturell kunnskap til de psykiatriske helsetjenestene er spesielt stort fordi selve redskapet i behandlingen er samtalen/språket mellom terapeut og pasient og fordi de følelsesmessige referansene ofte er nær knyttet til en persons kulturelle bakgrunn og erfaringer. I dag arbeider kun et lite fåtall behandlere med samisk språklig og kulturell bakgrunn innen psykisk helsevern. Institusjoner med samiskspråklig personell er bl.a. Barne- og ungdomspsykiatrisk Poliklinikk i Karasjok, Sieiddajohka Barnepsykiatriske behandlingshjem i Tana, Sølvberget behandlingshjem i Sør-Varanger, Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Lakselv, og Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Alta. For eksempel hadde i 1993 ca. 80 % av de ansatte ved BUP-Karasjok og ca. 50 % av miljøterapeutene ved Sieiddajohka Barnepsykiatrisk Behandlingshjem samisk bakgrunn. Det er således et stort behov for rekruttering og utdanning på dette feltet.

Enkelte institusjoner har et særskilt ansvar for å ivareta samisk språk og kultur i forhold til samiske pasienter og klienter, og utvikle de samiske aspekter som del av den faglige kompetansen ved disse institusjonene. Andre institusjoner har personell med samisk språk og kulturkompetanse, uten at de har faglig kompetanseutvikling i henhold til språklige og kulturelle forutsetninger som særskilt pålagt

ansvar. Alle institusjoner må imidlertid forholde seg til det som følger av Sameloven og Samelovens språkregler for deres vedkommende.

Man regner at det er behov for følgende faggrupper med samisk språk- og kulturkompetanse:

- psykiatere/barnepsykiatere
- kliniske psykologer
- kliniske sosionomer
- kliniske pedagoger
- psykiatriske sykepleiere
- miljøterapeuter med videreutdanning

12.4.2.2 Somatisk spesialisthelsetjeneste

Det er i dag behov for fagpersonell med samisk språk- og kulturkunnskap i fylker med samisk befolkning. Med unntak av Samisk spesialisthelsetesenter i Karasjok, er det praktisk talt ingen samisk 2. linjetjeneste som er systematisk lagt opp for den samiske befolkning. Innen de somatiske spesialisthelsetjenestene er det derfor behov for faggrupper som har samisk språk- og kulturkompetanse innen spesialisthelsetjenesten:

Man regner med at det er særlig behov for følgende faggrupper med denne kompetansen:

- pediater
- gynekolog
- spesialist i fysikalsk medisin
- spesialsykepleiere
- fysioterapeuter
- ergoterapeuter
- logopeder
- audiografer
- radiografer

12.4.3 Tredjelinjetjenesten

12.4.3.1 Psykisk helsevern

Åsgård sykehus eies av Troms og Finnmark fylkeskommuner, og er et psykiatrisk regionsykehus for disse fylkene. Det har således et særskilt ansvar for rekruttering av fagpersonell med samiske språklige og kulturelle kvalifikasjoner. Innen psykiatrien vil språklige og kulturelle forhold ofte være en bærende del av en kommunikasjon eller et problemkompleks. Det må derfor være et mål å få igang en faglig utvikling som fanger opp dette, og å rekruttere fagpersonell med de nødvendige kvalifikasjoner, slik at sykehuset kan gi en adekvat behandling til pasienter med samisk bakgrunn.

Riksinstitusjonen Statens senter for barne og ungdomspsykiatri (SSBU) har heller ikke fast ansatte samiskspråklige behandlere knyttet til senteret i Tromsø. Familieavdelingen der har bl.a. tatt imot flere samiske familier fra forskjellige steder i landet, men uten at personalet har kunnet møte dem på samisk, eller hatt kunnskap om samisk kultur.

12.4.3.2 Somatikk

Regionsykehuset i Tromsø er regionsykehus for de tre nordligste fylkene, og har derfor et spesielt ansvar for å ha personell med samisk språk- og kulturkompetanse. Man bør søke en rekruttering av fagpersonell med disse kvalifikasjonene. I tredje-linjetjenesten gjelder kompetansebehovet alle fagområder. I tillegg til det som er nevnt under annenlinjetjenesten gjelder dette områder som kreftomsorgen, geriatri, muskelsykdommer og reumatiske lidelser, hjertelidelser og barnemedisin. RiTØ har landsfunksjon på telemedisin. I utviklingen av telemedisin bør man også i den sammenheng ha spesialister med samisk kompetanse.

12.4.4 Tannleger og tannhelsepersonell

Det er varierende i hvilken grad tannhelsepersonell har kjennskap til samisk språk og kultur. Antakelig er det samiskspråklige tannleger og tannpleiere bare i kommunene Kautokeino og Karasjok. I andre kommuner kan enkelte tannlegesekretærer og tannpleiere samisk. Det er således behov for å få utdannet forskjellige typer tannhelsepersonell med kjennskap til samisk språk og kulturbakgrunn. Det dreier seg om:

- tannleger
- tannlegesekretærer
- tannpleiere
- spesialister

12.5 REKRUTTERING, KOMPETANSEBEHOV OG SITUASJONEN TIL HELSE- OG SOSIALARBEIDERE MED SAMISK BAKGRUNN

Erfaringene så langt viser at samene både har behov for og i enkelte sammenhenger også rett til et samiskspråklig og et kulturspesifikt helse- og sosialtilbud. Dette stiller krav til helse- og sosialtjenesten på de forskjellige nivåer, til norske helsearbeidere som har å gjøre med samiske pasienter og klienter, og til helse- og sosialarbeidere med samisk bakgrunn. Det tilsier at det er viktig å utvikle helse- og sosialarbeidernes flerkulturelle kompetanse, og å rekruttere helse- og sosialarbeidere som selv har samisk bakgrunn.

12.5.1 Erfaringer fra helse- og sosialtjenesten

De samiske pasienter har i det vesentlige vært vant med å forholde seg til helse- og sosialarbeidere som kommer utenfra, som ikke har samisk bakgrunn, og som derfor inntar en mer observerende rolle i forhold til det samiske samfunnet. De har sjelden vært deltakende og engasjert i det samiske daglige liv, og har begrenset kunnskap om pasientenes sosiale og kulturelle verden. Særlig legene har lenge vært betraktet som autoriteter i en opphøyet posisjon. Dette har begrenset kommunikasjonen mellom helsearbeider og pasient til et snevert felt, som bidrar til å sementere en avstand, men hvor begge kan føle seg trygge.

Situasjonen for samiske helse- og sosialarbeidere vil være en annen. De må forholde seg både til rollen som alminnelige deltakere i det samiske samfunnet, og til rollen som helse- og sosialarbeider. Den samiske helse- og sosialarbeideren kjenner i utgangspunktet til den lokale kulturs oppfatninger om hva som er god helse og hva som er sykdom, og har kunnskaper og ferdigheter i omsorg og helbredelse av sykdom ved hjelp av midler utviklet i den samiske kulturen. Den forståelse av god helse og helbredelse som den samiske studenten møter ved norske utdanningsinstitusjoner trenger slett ikke samsvare med dette. Dilemmaet blir å forholde seg til

disse to verdener. En løsning kan være å kaste den samiske kunnskapen på båten, og kun forholde seg til vestlig skolemedisin. Som samisk helse- og sosialarbeider blant samer blir dette vanskelig. Den samiske helse- og sosialarbeideren er i en situasjon med profesjonell kunnskap fra et annet samfunn hvis medisinske systems verdier og ekspertise skal forvaltes og omsettes til det beste for den samiske pasient.

Av dette følger at kommunikasjonen mellom den samiske pasienten og den samiske helsearbeideren vil måtte bli en helt annen. Fra et teoretisk utgangspunkt vil man tro, og etterhvert oppdager man også, at man får en mer gunstig samhandlingsrelasjon når de kommunikasjonsproblemer som skyldes forskjeller i språk og kultur er eliminert, selv om rammen er et annet samfunns medisinske kunnskap og verdier. Imidlertid kan situasjonen vise seg å være en helt annen. Dette henger sammen med at den samiske pasienten har vært vant med å forholde seg til et norsk helsevesen med distanse til den samiske kulturen, og har funnet et «ståsted»; en forståelses- og kommunikasjonsform med helsevesenet ut fra dette. Pasientens erfaringer i forhold til det norske samfunnet og tilpasninger i forhold til helse- og sosialsystemet har tilsagt at status som helsearbeider følger etnisitet. Et møte med en samisk helsearbeider har således kunnet føre til at pasienten har måttet revidere dyptliggende oppfatninger av same-daza-relasjonen (daza = ikke-same). En samisk helsearbeider har derfor fram til ganske nylig måttet forvente å bli møtt med skepsis i den grad pasienten opplever at den samiske helsearbeideren står nær hans eller hennes eget ståsted som ukvalifisert same.

12.5.2 Et rekrutteringsdilemma

Lav skolemotivasjon har vært registrert både i samiske områder og i andre områder hvor hovedsiktet målet med kunnskap har vært å overleve i et samfunn med en primærnæringsbasert økonomi. Man har hatt behov for en praktisk og sektorovergripende kunnskap, som er blitt overført gjennom erfaringer og uformell læring. Den samiske, tradisjonelle rurale livsformen representerer en egen form for rasjonalitet, egne forestillinger om «det gode liv», eller meningen med livet om man vil. Ungdoms ønske om å gå inn i reindrift og annet familiebasert erverv, kan ses i denne sammenhengen. Det å arbeide selvstendig er her en sentral verdi, og det har ikke vært noe skarpt skille mellom arbeid og fritid. Alle visste hva de skulle bli. Samfunnet var langt på vei selvoppretholdende og homogent. Opplæring, vedlikehold og utvikling av kunnskaper skjedde ved at barna deltok i den daglige virksomheten. Kunnskapene var felles og så noenlunde likt fordelt. Til tross for endrede samfunnsbetingelser finner den yngre generasjon også i dag forskjellige måter å tillempe en slik livsform på. Det ser man av de mange nye næringskombinasjonene knyttet både til reindrift, fiske og utmarksnæringer. Her blir lønnsarbeid noe man gjør i perioder av året for å opprettholde sin rurale tilpasning.

Den norske skolen har ikke gitt folk den praktiske kunnskap de har hatt bruk for i en rural levemåte, og den har forfeftet andre verdier når den har utdannet til et liv med karrierepreferanser og lønnsarbeiderlivsform. I tillegg må man se same-nes situasjon som minoritet, og de holdninger som eventuelt er utviklet for å bevare en egen identitet og egenart som folkegruppe. Det norske skolesystemet har ikke utdannet folk til samer med den kulturelle kunnskap som kunne ha vært av nytte og verdi i det samiske samfunnet. Skolens forutsetninger og den verden den har kvalifisert for, har ligget utenfor den samiske virkeligheten. Gapet mellom skolens generelle verdinormer, og verdiene knyttet til «det å være same» har vært særlig stort for ungdom med basis innen primærnæringsene.

Således har man i det samiske samfunnet merket en skepsis mot utdanning. Samer med utdanning har vært oppfattet som å ha forlatt det samiske samfunnet og

blitt fremmede for sin egen kultur, og kanskje til og med som å ha overtatt storsamfunnets forståelse av samene som folkegruppe. Selv om man i dag er inne i en prosess hvor skolens innhold tilpasses virkeligheten i det samisk samfunnet, så blir samisk ungdom fortsatt utsatt for motstridende påvirkninger når de skal foreta valg av utdanning og yrke. I en situasjon med overskuddsbefolkning i primærnæringene, og hvor samisk ungdom oppfordres til å ta utdanning for å fylle stillinger med behov for lokalkunnskap og med samisk språk og kulturkompetanse, er denne situasjonen problematisk. I utformingen av rekrutteringstiltak for samisk ungdom må man ta hensyn til det rurale verdimønsteret både fordi det vil være den eneste måten å få ungdommen i tale, og fordi noe annet ville være uttrykk for etnosentrisme og manglende respekt for samekulturen.

Det har fra samisk side vært reist spørsmål om rollene som same og akademiker er uforenlige, og om det egentlig er snakk om et enten-eller. Man spør om en utdanning med et samisk innhold tilpasset de forskjellige nivåer og de forskjellige typer utdanninger bidrar til å gjøre denne kløften mindre. Et ideelt mål må være å skape et samisk samfunn hvor en tilegnet akademisk kompetanse og en kompetanse tilegnet gjennom uformell læring i hjemmiljøet kan kombineres og gjensidig berike hverandre.

Samiske studenter må forholde seg til den rollen de vil få i det samiske samfunnet når de som ferdig utdannede skal virke her. Selv om en tilpasning av de forskjellige typer utdanninger til krav og forutsetninger i de samiske samfunn etter hvert vil kunne moderere problemene, så må det tas hensyn til og snakkes åpent om dette rekrutteringsdilemmaet når man skal motivere ungdom til utdanning. Ungdom må vite at det foregår en utveksling av erfaring om dette i fagmiljøer, i organisasjoner og i studentmiljøer, når de står overfor et valg av utdanning.

12.6 ENDEL AKTUELLE UTDANNINGSTILBUD OG REKRUTTERINGSTILTAK

12.6.1 Utdanningstilbud

Det finnes forskjellige utdanningstilbud som kan bidra til å utvikle kompetanse i samisk språk og kultur, og i transkulturelle forhold hos helse- og sosialpersonell.

Denne kompetanseutviklingen må ta sikte på både personell med samisk og med norsk bakgrunn. Den bør inngå i grunnutdanningene i første rekke ved utdanningsinstitusjoner i de nordligste fylkene. Like viktig vil det være å tilby denne kompetansen som etter- og videreutdanningstilbud til de som allerede er i arbeid i samiske områder. Her er det særlig viktig å favne personell med både norsk, samisk og flerkulturell bakgrunn. Det må imidlertid utvikles spesielle tiltak for å sikre rekrutteringen av helse- og sosialarbeidere som selv har samisk bakgrunn.

12.6.1.1 Samisk språk

Ved Universitetet i Tromsø kan det avlegges grunnfagseksamen (20 vekttall) i samisk språk. Det gir både en teoretisk og en praktisk språkkunnskap og er beregnet som et ledd i embedsstudiet for samisktalende. Universitetet i Oslo arbeider med planer om undervisning i samisk som andrespråk. Avdeling for humanistiske fag ved Høgskolen i Bodø har halvårshenhet i lulesamisk, som kvalifiserer til å undervise i samisk språk i grunnskolen. Samisk Høgskole har samisk som førstespråk og som undervisningsspråk. Studentene må ha formell kompetanse i samisk. Tilstrekkelig timetall fra videregående skole, språktest eller skolens eget kvalifiseringskurs i samisk utgjør minimumskravene til studiekompetanse. Lule- og sørsamiske studenter blir tatt opp på individuell basis. Høsten 1992 ble det avholdt kvalifiserings-

kurs i Kautokeino, Karasjok og Nesseby. Disse kursene gjennomføres også som kurs i regi av arbeidsmarkedsopplæringen i Finnmark. Samisk Høgskole har dessuten et studietilbud (10-vektallskurs) i samisk som administrasjonsspråk, som kan passe for ulike profesjoner. Elementærkurs i samisk språk er forøvrig «Davvin», for norsktalende, og «Samas» for samisktalende.

12.6.1.2 Tolkeutdanning

Ved Universitetet i Oslo er tolkeutdanningen en permanent del av det historisk-filosofiske fakultet siden 1987. Studiet tar sikte på å gi teoretisk og praktisk utdanning til personer som ønsker å arbeide som tolk, og å gi en videre utdanning til dem som allerede fungerer som tolker. Utdanningen er særlig rettet mot de innvandrerspråkene der kommunikasjonsproblemene er størst i innvandrernes kontakt med norske institusjoner og myndigheter, slik som helse- og sosialsektoren, skoleverket, politi og rettsvesen, osv. Forskjellige språkgrupper velges ut ved hvert kurs. Det har også vært egne kurs i sykehustolking og i tolking ved psykososiale tjenester. Studiet skal gi en innføring i konsekutiv (etterfølgende) tolking av en samtale i denne sammenheng, og legger således mindre vekt på konferanse- og møtetolking. Opplæringen er spesielt beregnet på tolker som arbeider ved den kommunale tolketjenesten for innvandrere, og mot tolker ved instanser som domstoler og politi. Studiet fortutsetter gode språkkunnskaper. Studiet skal i tillegg til den praktiske tolketrening gi innblikk i relevant fagterminologi, realia fra land og språkområder, tolketeknikk og tolkeetikk. Det stilles ikke vanlige krav til studiekompetanse, examen philosophicum eller forprøve i fonetikk og språkvitenskap. Tolkeutdanningen er således et tilbud både til søkere uten studiekompetanse og til ordinære studenter ved Universitetet. Studentene tas opp etter en opptaksprøve. Fortrinnsrett gis til de som kan dokumentere praksis som tolk. Studiet passer som kombinasjon med en språkutdanning og en fagutdanning. Enkelte semestre gis det også tilbud om semesteremne i tolking ved psykososiale tjenester. Det arrangeres i samarbeid med Psykososialt senter for flyktninger, og Kontoret for flerkulturell terapi og forebyggende helsearbeid. Det har vært et deltidsstudium, og konsentrert om tolkens oppgaver i tolking ved noen former for terapi og annet psykososialt arbeid. Undervisningen omfatter kunnskap om det psykososiale fagfeltet, tolkeetikk og -teori, og tolkeferdigheter. Studiet skal gi bakgrunn til tolkearbeid ved generelle psykososiale tjenester, og innen mer spesialisert psykisk helsevern, og kan innpasses i en cand. mag.-grad.

Elementær kunnskap i tolking er til en viss grad generell. Samisk Høgskole i Kautokeino har bl.a. hatt kontakt med Universitetet i Oslo og Kommunaldepartementet for en mulig tillemping av Universitetets studieopplegg til samisk/norsk. Man vil kunne bygge opp en to-årig fagutdanning (40 vekt-tall) i tolking. Semesteremnet vil kunne kombineres med 10 vekt-talls kurs i samisk og i norsk, og et semesteremne i spesialisering i tolking innen ett av følgende områder: helse- og sosialfag, jus/politi, kirken, offentlig forvaltning. «Tolk med helse- og sosialfaglig kompetanse» vil kunne være en yrkesbetegnelse etter denne utdanningen. Dersom ferdig utdannede sosialarbeidere, sykepleiere, fysioterapeuter eller andre velger å utdanne seg som tolker, vil disse være tolker med en helt annen og mer inngående faglig bakgrunn, og vil nok kunne brukes til andre typer tolkeoppdrag. I helseregion V er det under utvikling en psykososial tolkeutdanning for innvandrere og flyktninger. Noe av denne utdanningen kan også være relevant for samiske forhold.

Samisk Høgskole har utarbeidet planer for en ettårig grunnutdanning i tolking. Utdanningen vil gi grunnleggende metodikk for tolke- og oversetterarbeid, samt språkrøkt og terminologiarbeid på enkelte felter. Studiet er planlagt som 10-

vektfalls semesteremne, og vil også kunne arrangeres som deltidsstudium. Videre spesialisering er tenkt gjennom påbyggingskurs og praksis.

12.6.1.3 utdanningstilbud relevant for kulturkunnskap og transkulturell forståelse

Tverrkulturell kompetanse vil i praksis si evne til å samarbeide med mennesker med ulik sosial og kulturell bakgrunn. Dette innebærer bl.a. også innsikt i hvordan man selv som individ og yrkesutøver er preget av egen kulturell og sosial bakgrunn. Det må som sådan skilles fra generell kulturkunnskap og kunnskap om samiske forhold. Begge typer kunnskap er nødvendig for helse- og sosialarbeidere i områder med samisk befolkning.

Enkelte samfunnsfaglig rettede grunn- og videreutdanninger

I en del typer samfunnsfaglig utdanning, slik som sosiologi og sosialantropologi, inngår kulturkunnskap som en naturlig del. Andre utdanninger er mer spesielt innrettet på kulturfag og transkulturell forståelse. Noen av disse er spesielt relevant for samiske forhold.

Sosialarbeiderutdanningen ved Finnmark Distriktshøgskole i Alta legger vekt på å være en enhet med bred forsknings- og utviklingsaktivitet knyttet til problemstillinger som angår samfunnsendring, oppvekstvilkår og rammebetingelser. Flerkulturelle aspekter vektlegges innenfor sosialt arbeid. Man tar sikte på at undervisningen skal bygge på forskning med utgangspunkt i landsdelens ulike former for kultur møter. Et viktig siktemål med utdanningen er å utvikle en kulturanalytisk kompetanse i den profesjonelle forståelsen av sosiale problemer, og som grunnlag for kunnskapsutvikling om forebyggende sosialt arbeid.

I barnevernpedagogutdanningen vektlegges kunnskapsutvikling om flerkulturelt barnevern. Med flerkulturelt barnevern menes i denne sammenheng alle sider ved praktisk barnevernsarbeid i lokalsamfunn hvor ulike kulturer møtes. Barnevernsutdanningen har foruten en generell sosiologidel også en del om kultur og etnisitet som fokuserer på kunnskaper, holdninger og ferdigheter i flerkulturelle samfunn. Denne kulturkunnskapen er knyttet opp mot etnisitetsbegrepet. Høgskolen i Bodø, Avdeling for samfunnsfag har ettårs studium i historie (grunnfag) med vekt på Nord-norsk historie. Her er også ettårs studium i sosiologi, hvor størstedelen av studiet er felles med første studieår på barneverns- og pedagoglinjen.

Høgskolen i Bodø har en treårig sosionomutdanning. Det er også en videreutdanning for sosionomer, som kan inngå i en høyere utdanning (cand. mag. grad). Ved høgskolen er det også etablert et hovedfagsstudium i sosialpolitikk i samarbeid med Universitetet i Tromsø. Høgskolen har også en tre-årig barnevernutdanning, samt en videreutdanning innen barnevern og i sosialt arbeid.

Institutt for sosialt arbeid ved Universitetet i Trondheim har hovedfagsstudium for sosionomer og barnevernspedagoger.

Ved Finnmark Distriktshøgskole i Alta er det et ett-årig og et to-årig studium i kulturfag. Disse tar sikte på å gi studentene et grunnlag for å forstå kulturelle fenomener og sammenhenger. Kulturanalyse, Nordkalottens historie, tverrkulturell kommunikasjon og samisk kultur inngår i begge studier. To-årig kulturfag er i første rekke en utdanning for de som ønsker å rette seg inn mot kulturelle yrker, som f.eks. medarbeidere i kultursektoren i kommuner eller fylker, eller den kan inngå som del av en høyere utdanning innenfor kulturelle fag. Det ett-årige studiet er i første rekke et tilbud til de som ønsker å kombinere en kulturfagsutdanning med en annen utdanning på høgskolenivå, f.eks. pedagogisk utdanning eller sosio-

nomutdanning, og til de som føler behov for å utdype sine kunnskaper innenfor det kulturrelaterte feltet ut fra sitt arbeid.

Det gis også endel videre- og etterutdanningstilbud, og man arbeider med en egen videreutdanningsenhet ved høgskolen. Distriktshøgskolen opplyser også at det arbeides med en utforming av det faglige innholdet mer i tråd med regionens situasjon som arve for flere kulturer. Dette innebærer bl.a. intensjoner om å koble sosialfaglig og minoritetskulturell kompetanse, og et arbeid med å utvikle et minoritetskulturelt miljø innen forsknings- og utviklingsarbeid. Det gjelder studentprosjekter og opplegg for forskning bl.a. på sosialarbeiderutdanningen, såvel som en tverrfaglig forskergruppe på temaet kultur og identitet.

Spesielt bør nevnes distriktshøgskolens tilbud om videreutdanning i sosialt arbeid med barn og unge. Dette studiet skal ifølge studieplanen gi innsikt i hvordan sosiale og kulturelle vilkår virker inn på barns og unges utvikling, og hvordan slike vilkår utgjør et viktig grunnlag for sosialpraktisk virksomhet. Studiet skal legge vekt på og utforske det sosiale arbeidets utfordringer i det samiske samfunnet, men også gi kunnskap om sosialt arbeid i flerkulturelle samfunn generelt. Det heter at studentene gjennom studiet skal få fortrolighet med samiske egne ordninger og institusjoner, for å kunne tilpasse sin profesjonelle virksomhet til disse. En hensikt er å trene opp studentene i å håndtere kulturelle spenninger i sitt arbeid. Det kulturelle og flerkulturelle perspektivet vil bli trukket inn i studiet av sosialiseringsarenaer, sosiale nettverk og oppvekstmiljø.

Studiet i samfunnsfag ved Høgskolen i Bodø er et halvårig videreutdanningstilbud, som omfatter innføring i samisk historie og kultur.

Høgskolen har også halvårsenhet i 6—10 års pedagogikk. Studiet er et videreutdanningstilbud for allmenn- og førskolelærere. Det er innholdsmessig knyttet til den nye skolereformen som medfører at 6-åringer skal begynne på skolen fra 1997. Høgskolen tilbyr også halvårsenhet i spesialpedagogikk, og gir tilbud om 2. avd. spesialpedagogikk.

Innpassing av etnisk medisin og tverrkulturell forståelse i medisinstudiet og i andre helsefaglige utdanninger

Med etnisk medisin menes kulturforståelse, kunnskap om flerkulturelle forhold, tospråklighet, forståelse for akkulturasjonsprosesser, samt konstruksjon og forvaltning av en etnisk minoritetsidentitet. En forståelse av etnisk medisin bør sette helse- og sosialpersonell istand til å se utviklingen av sykdomstilstander og forekomsten av sosiale problemer i forhold til kulturelle og etniske aspekter. En slik forståelse bør ligge til grunn teoriutvikling såvel som for utvikling av forskningsmetoder blant etniske minoriteter.

Helsefaghøgskolen i Tromsø (THH) har grunn- og videreutdanning for flere forskjellige delområder innen helse- og sosialfag. Høgskolen legger vekt på samarbeidskompetanse som en del av utdanningen. Forholdene er lagt godt til rette for felles undervisning, faglig integrasjon og tverrfaglig samarbeid. Studentene skal ha turnustjeneste i Nord-Norge. Det er således gode muligheter for innpassing av etnisk medisin og tverrkulturell forståelse ved Helsefaghøgskolen. Diskusjonen om integrasjon av etnisk medisin i medisinstudiet har særlig vært ført ved Universitetet i Tromsø. Her har Samisk Legeforening vært initiativtaker. På bakgrunn av en uttalelse fra et eget utvalg nedsatt for å vurdere undervisning om samiske relasjoner/etnisk medisin i medisinstudiet, fattet Studiestyret for medisin ved Universitetet i Tromsø i 1985 en uttalelse om at det etter Studiestyrets mening er viktig at samiske forhold presenteres som eksempler på generelle problemstillinger når det gjelder minoriteter/etnisk medisin. Vedtaket ble imidlertid i liten grad satt ut i livet.

Begrensningene har syntes å ligge i de faglige og menneskelige ressurser for å gi denne type undervisning. Siden 1989 har etnisk medisin inngått som del av organkurs XVII — Samfunnsmedisin, med fire undervisningstimer. Denne undervisningen er gitt av samiske leger som selv er under utdanning innen dette feltet.

Det har imidlertid vist seg at mangel på grunnleggende og generelle kunnskaper om samisk historie og samfunnsforhold hos studentene har gjort undervisningen i de kliniske og analytiske aspekter knyttet til kulturforståelse vanskelig. Man har måttet konstatere at inntil de videregående skoler legger dette inn som en generell basiskunnskap, vil det være nødvendig å undervise også i denne delen på høyere nivå i de helse- og sosialfaglige utdanningene.

Det har vært framsatt ønske om at etnisk medisin skal inngå som undervisningsfag gjennom hele legestudiet. Det har de siste to årene skjedd en omlegging av den helsefaglige utdanningen. Blant annet innebærer dette at første studieår er felles for alle helsefagene. Her inngår et tema «Helse og kultur». Det vil være naturlig at etnisk medisin inngår som del her.

Det vil være viktig at etnisk medisin ikke bare inngår i basis-undervisningen, men at den blir fulgt opp også i undervisningen i de kliniske fagene. Dette har vist seg vanskelig fordi det er mangel på denne kompetansen hos de kliniske legene. (De har selv ikke hatt denne type undervisning.)

Klinisk utdanning og etterutdanning

Det er et samisk fagmiljø med samiskspråklige fagfolk ved Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk i Karasjok. Poliklinikken er en godkjent utdanningsinstitusjon, med et fullverdig utdanningstilbud for sosionomer og pedagoger. Ordningen har vist seg å fungere godt for utdanning av kliniske sosionomer. Poliklinikken kan også gi veiledning på samisk, med særskilt fokus på kulturelle problemstillinger. Ifølge Finnmark fylkes samiske helseplan har poliklinikken i Karasjok et særskilt ansvar for den samiske befolkning, både når det gjelder klinisk arbeid og veiledning.

Ved spesialistlegesenteret i Karasjok drives en tospråklig privat praksis. Det ligger muligheter i bruk av spesialistsenteret for rekruttering av samiskspråklige spesialister.

I Lakselv, Porsanger, ligger Voksenpsykiatrisk Poliklinikk og psykiatrisk avdeling ved Porsanger Helsetun (langtidsavsnitt, korttidsavsnitt og botreningsavsnitt) med tilsammen 35 stillinger. Institusjonen utgjør ifølge samisk helseplan for Finnmark den faglige ressursbasen for samiske spesialisthelsetjenester innen voksenpsykiatrien. Poliklinikken i Lakselv har til nå ikke hatt en stabil stamme av samiskspråklige fagfolk.

Videre- og etterutdanning i psykiatri og sosial omsorg

Det er igangsatt en videre- og etterutdanning i psykiatri og sosial omsorg som et treårig tverrfaglig prosjekt under Sosial- og helsedepartementet fra 1994. Prosjektet går på landsbasis, inndelt i grupper etter geografiske områder. Gruppen fra Finnmark har deltakere med samisk bakgrunn, og mye av virksomheten i denne gruppen foregår på samisk språk. Dette er en organisering som gir rom for samiske aspekter i videre- og etterutdanningen.

Videre- og etterutdanning i transkulturell forståelse

I regi av BUP-Karasjok har det vært drevet en 2-årig utdanning i transkulturell forståelse og behandling med særlig relevans for samiske forhold. Utdanningstilbudet har omfattet 1. linjetjenesten og psykiatrien i Helseregion 5. Regionsenteret for BUP, som nå er en avdeling under fagområdet medisin ved Universitetet i Tromsø, finansierte denne utdanningen. Utdanningen er godkjent som tellende for spesialitetene allmennmedisin, sosialmedisin, psykiatri og barnepsykiatri. Det har vært ønske ved BUP Karasjok at denne utdanningen utvikles slik at den kan inngå som fast videre- og etterutdanningstilbud for helse- og sosialpersonell i 1. linjetjenesten og ved de psykiatriske poliklinikkene i Helseregion 5.

Samisk Høgskole har utviklet et høgskoletilbud som er aktuelt for profesjoner innen helse- og sosialsektoren. Dette er et studietilbud (10 eller 20 vekttall) i tverrkulturell forståelse og flerkulturell pedagogikk med vekt på kulturforståelse og kommunikasjon. Det vil gi anledning til spesialisering innen jus/politietaten, offentlig administrasjon, kirken eller helse- og sosialfag. Dette er kurs som er beregnet på både norsk- og samisktalende. De vil også kunne foreligge som desentraliserte tilbud. Kurstilbudet vil kunne tilsvare den teoretiske delen av den utdanningen i transkulturell forståelse som har vært drevet ved BUP-Karasjok. Kurset kan være en del av et doktorgradsstudium innen tverrkulturell kompetanse.

Universitetet og Helsefaghøgskolen i Tromsø har et samarbeid med Nordlands-klinikken om videreutdanning i rusmiddelproblematikk i Helseregion 5, hvor man også ønsker å ta spesielle hensyn til problemer tilknyttet den samiske befolkning.

Barentsperspektivet i Norgesnett

«Norgesnett» kan framstilles som et integrert nettverk mellom lærestedene for høyere utdanning og forskning. Alle høyere læresteder vil utgjøre knutepunkter i et nettverk ved at de utvikler sine spesialiteter og gjensidig gir bidrag til hverandre. Tanken er en nasjonal arbeidsdeling ved fordeling av spesialiteter mellom universiteter og høgskoler. Norgesnett omtales i Kirke, utdannings- og forskningsdepartementets St. meld. nr. 40 (1990—91) Fra visjon til virke.

Som del av Barentsprogrammet inngår en satsing innen forskning og utvikling. Finnmark har tatt mål av seg til å representere Barentsperspektivet i Norgesnett. Dette innebærer bl.a. en vektlegging av det flerkulturelle aspektet. I tråd med dette arbeides det for å koordinere og bygge ut det eksisterende undervisningstilbudet i fylket. Finnmark Distriktshøgskole og Samisk Høgskole samarbeider bl.a. om å utvikle undervisningstilbudet innen kulturfag og tospråklighetspedagogikk.

En desentralisert samiskspråklig sykepleierutdanning?

Finnmark Sykepleierhøgskole rettet høsten 1992 en forespørsel til Det regionale høgskolestyret i Finnmark om å utrede mulighetene for å starte opp en desentralisert sykepleierutdanning i det samiskspråklige forvaltningsområdet.

Både innføringen av lovreglene om bruk av samisk språk, og en mer utbredt kunnskap om de samiske pasienters situasjon, gjorde også at man ønsket å øke rekrutteringen av samiskspråklig helsepersonell. Tidligere hadde man fokusert på problemene ved å fylle kvoten på opptak av minst 10 % samisktalende studenter, samtidig som det har vært stor mangel på sykepleiere i regionen. Sykepleierhøgskolen har imidlertid hatt gode erfaringer med en desentralisert sykepleierutdanning i Sør-Varanger, som har blitt gjennomført som «filialundervisning» knyttet til Kirkenes Sykehus. Man har nok også hatt et øye til den økningen i søkningen til lærerutdanningen som skjedde ved etableringen av en samiskspråklig lærerutdan-

ning ved Samisk Høgskole, hvor det første kullet med allmennlærere og førskolelærere ble uteksaminert i 1992.

Høgskolestyret vedtok høsten 1993 å etablere et utvalg for å utrede mulighetene for en desentralisert utdanning. Utvalget tilrådte oppstart av en 4-årig desentralisert sykepleierutdanning i Kautokeino lagt til Samisk Høgskole, med Finnmark Sykepleierhøgskole som faglig ansvarlig. Studentene må tilfredsstille minstekravene til høgskoleutdanning, og de krav til ferdigheter i nord-samisk som Samisk Høgskole stiller til sine studenter. Utvalget tilrådte også at studentene skulle dokumentere bostedsadresse i et samisk område de siste 3 årene.

Utvalget pekte på at det i Kautokeino og Karasjok er samiskspråklige sykepleiere som tilfredsstillt kravene for tilsetning som høgskolelærer, og at Samisk Høgskole kan forestå undervisning i generell transkulturell kunnskap og kunnskap om samiske forhold. Etter de undersøkelser utvalget gjorde, så vil det kunne skaffes nok praksisplasser i kommunehelsetjenesten, forebyggende helsearbeid og psykiatri i indre Finnmark, i tillegg til den obligatoriske praksis ved sykehusene. Samisk Høgskole har muligheter for å skaffe hybler til studentene.

En desentralisert sykepleierutdanning vil også kunne ta inn studenter fra Sverige og Finland til enkelte avsnitt. Det bør være muligheter for både lærer- og studentutveksling med læresteder som Kemi og Umeå. Høgskolen samarbeider også med utdanningsinstitusjoner innen andre fagområder også utenom Finnmark, f.eks. lærerhøgskolene i Bodø og Levanger, og er inne i gjennomføringen av AMO-kursene på Drag i Tysfjord (mobiliseringsprosjektet).

12.6.2 Kvoteringsordninger og andre stimulerings tiltak

12.6.2.1 Medisinstudiet

Den nasjonale komiteen til å utrede samiske spørsmål (Samekomiteen) som avga sin innstilling i 1957, hadde bl.a. tatt opp spørsmål knyttet til bedring av samenes helsemessige og boligmessige forhold. Et av forslagene gjaldt opptak av samiske studenter til legestudiet utenom ordinært opptak. Bakgrunnen var at samisktalende studenter ikke ville nå opp i konkurransen om studieplasser ved lukkede studier på grunn av språkvanskelighetene, samt at det var et stort behov for å få utdannet samisktalende leger. I 1963 ble det satt av 2 plasser ved Universitetet i Bergen spesielt for samisktalende studenter. Kravene for å komme inn på medisinstudiet via denne kvoten, var lavere enn ellers. Ordningen var svært omstridt og omdiskutert og møtte også motstand. Denne ordningen har vært svært viktig for utdanningen av samiske leger. 13 samisktalende leger har vært utdannet etter denne ordningen siden den ble innført. De første ble uteksaminert i 1970. Gjennomsnittsnivået på eksamensresultatene til de samiske kandidatene har nok i ettertid gjort den nevnte skepsis mot kvoteringsordningen til skamme.

Senere er flere samiske leger utdannet ved medisinerutdanningen ved Universitetet i Tromsø som ble opprettet i 1973. Også her har man øremerkede studieplasser for samiske studenter. Det er i den senere tid tatt opp ca. 60 studenter til medisinstudiet i Tromsø i året. Det er krav om at minst halvparten av studentene som tas opp skal ha tilknytning til Nord-Troms og Finnmark, og minst 2 av studentene skal være samisktalende samer. Det gis dessuten 2 tilleggspoeng ved opptak til studiet for dokumenterte samiske språkkunnskaper. Det foreligger videre forslag om at samisktalende samer skal ha rett til praksisplasser på sykehus og i et distrikt som betjener områder med en stor andel av samisktalende. Dette innebærer bl.a. at samisktalende samer må bli prioritert ved tildeling av praksisplasser ved Hammerfest og Kirkenes sykehus.

Også ved det medisinske fakultet i Oulu i Finland er det innført en kvoteordning for samisktalende studenter.

12.6.2.2 Sykepleierutdanningen og enkelte andre helsefaglige utdanninger

Finnmark sykepleierhøgskole startet opp i 1960 som den eneste sykepleierhøgskolen i Finnmark. I 1987 var studenttallet 48 elever. Det har vært en målsetting med utbyggingen av studietilbudet å øke rekrutteringen til sykepleieryrket i fylket. Også i Finnmark var det en gradvis nedgang i søkermassen til sykepleierhøgskolen i slutten av 1980-årene. Til tross for denne nedgangen var det i Finnmark en økning i søkere fra eget fylke. Finnmark sykepleierhøgskole har en kvoteordning som tilsier at 80 % av studentene skal være fra Finnmark eller ha bodd to år i fylket, og 10 % i forhold til opptaket skal være samisktalende søkere. Det har vært vanskelig å fylle kvoten for samisktalende. Etter 1990 har imidlertid søkningen fra samiske studenter økt jevnt, og det har vært flere samiske søkere enn de som har kommet inn ved skolen.

Helsefaghøgskolen i Tromsø (THH) har grunnutdanning for bioingeniører, ergoterapeuter, fysioterapeuter, radiografer og sykepleiere, og videreutdanning for helsesøstre og jordmødre, innen eldreomsorg og psykiatrisk sykepleie, samt tannpleiere fra høsten 1994. Studentene skal ha turnustjeneste i Nord-Norge. THH prioriterer søkere fra Nord-Norge gjennom kvoteordninger. Det er ingen spesielle kvoter for studenter med samisk språklig eller kulturell bakgrunn, men studenter kan be om opptak på særskilt grunnlag. Her er det tatt inn endel samiske studenter. Ved grunnutdanningen i sykepleie tildeles 80 % av studieplassene søkere fra Troms fylke. Annen utdanning er landsdekkende. Her er kvoteringen 80 % fra Nord-Norge. Det vurderes nå å fjerne 80 %-regelen for opptak til Helsefaghøgskolen.

Farmasistudiet ved Universitetet i Tromsø har inntil 1 plass på samisk kvote. Det kreves språkkunnskaper dokumentert i form av bestått språktest eller annen bakgrunn godkjent av Nordisk Samisk Institutt.

12.6.2.3 Sosialarbeiderutdanningene

I opptaksreglene til sosialarbeiderstudiene ved høgskolene i Alta og Bodø er det åpnet adgang til å ta opp samisktalende studenter særskilt. Disse må imidlertid også fylle minstekravene om videregående utdanning, eller til kombinasjonen praksis og utdanning. Ved Finnmark Distriktshøgskole blir det årlig tatt opp 25 sosionom- og 25 barnevernpedagogstudenter, hvorav opptil 4 plasser på hver av utdanningene er samisk kvote.

Anslagsvis er det tilsammen omlag 16 samiskspråklige studenter som kan tas opp ut fra kvotekriteriene ved Alta og Bodø. I tillegg tas det også opp samiske studenter innenfor de ordinære opptaksreglene.

12.6.2.4 Samfunnsvitenskap

Studiet i samfunnsvitenskap ved Universitetet i Tromsø har en kvoteordning for 5 % av plassene ved hvert av grunnfagene. 2,5 % gjelder samiskspråklige og 2,5 % gjelder ikke samiskspråklige samer. Språkkunnskaper må dokumenteres gjennom eksamen eller språktest. Etnisitetskrav innebærer oppfyllelse av kriteriene for innmelding i samemantallet.

Styret for de samiske videregående skolene i Finnmark har under utarbeidelse en gjennomgang av gjeldende kvote- og stipendordninger for samiske studenter ved de forskjellige høgskolene.

12.7 UTVALGETS VURDERINGER OG FORSLAG TIL TILTAK

Helse- og sosialpersonell fra landsdelen blir i landsdelen

Mangelen på stabile personellressurser innen helse- og sosialsektoren har lenge vært et gjennomgående problem i de nordligste fylkene i Norge. De undersøkelsene som er gjort for å belyse dette, viser at regional tilhørighet kombinert med utdanning i regionen er av avgjørende betydning for ønske om etablering i Nord-Norge.

Undersøkelser blant sykepleierne viste at stimuleringstiltakene hadde positiv virkning når det gjaldt å få sykepleiere til Finnmark. Men når det ble spørsmål om stabilitet (mer enn 5 år), så er det indikasjoner på at tilknytning til landsdelen var mer tungtveiende. Vi ser også at opprettelsen av en medisintutdanning i Nord-Norge hvor studentene hovedsakelig er blitt rekruttert fra landsdelen, har ført til at en høy andel leger med nord-norsk bakgrunn har etablert seg i Nord-Norge. Situasjonen for sykepleierne ser ut til å være i bedring, mens fokus den senere tiden har vært på problemer i personellsituasjonen på sosialkontorene og i barneverntjenesten.

For å utvikle stabilitet i bemanningen over tid, vil det være viktig å legge til rette for faglig fordypning og etterutdanning innen de forskjellige delområder av helse- og sosialtjenesten. Dette ser ut til å være vel så viktig som tiltak som økt lønn for å skape stabilitet innen helse- og sosialsektoren. Det mest avgjørende virkemidlet for å sikre stabilitet i bemanningen over tid, vil imidlertid være å satse på rekruttering av studenter som selv er fra Nord-Norge.

I helse- og sosialsektoren i områder med samisk befolkning er det både behov for tiltak for å rekruttere og beholde et stabilt personell, og for tiltak for å utvikle samisk språk- og kulturkompetanse.

En satsing på lokal rekruttering vil være sammenfallende med de fleste samers ønske om en tilværelse som samer også etter fullført utdanning. Dette innebærer at de ønsker å bo og bruke sin utdanning i de samiske områder. Den bemanning man i dag har av helse- og sosialpersonell med samisk kompetanse, er samiske ungdommer som har tatt utdanning, og vendt tilbake til de samiske områder. De fleste av disse har i dag en uformell språklig og/eller kulturell kompetanse.

Hovedmål 1: En stabil stamme av helse- og sosialpersonell med samisk språk og kulturkompetanse i områder med samisk befolkning

Framstillingen av samhandlingsproblemer i denne utredningens "*Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet*" i kapittel 3 konkluderer med at en stabil stamme av helse- og sosialpersonell med samisk språk og kulturkompetanse i områder med samisk befolkning er en forutsetning for å sikre likeverdige helse- og sosialtjenester for samer og nordmenn. Å utvikle en samisk språklig og kulturell kompetanse i helse- og sosialsektoren, både gjennom etterutdanning og rekruttering, vil være en viktig oppfølging av Sameloven og dens intensjoner. Samelovens språkregler tilsier en særskilt innsats for å øke rekrutteringen av helse- og sosialpersonell med kunnskaper i samisk språk i språkreglenes forvaltningsområde.

Rekrutterings- og kompetansepørsmålet er flerdelt. Det dreier seg om å utvikle kunnskap og skape forståelse for samiske pasienter og klienters behov hos personell som ikke er kjent med samisk kultur og språk. Det dreier seg også om hvordan man skal påvirke nyrekrutteringen av folk med samisk språk- og kulturbakgrunn, og om hvordan man skal få samer og samisktalende personell som allerede er utdannet, til å bli i sine jobber i kommuner og institusjoner i samiske områder.

Der man har å gjøre med pasienter og klienter med samisk bakgrunn, vil dette måtte gjenspeiles i fagmiljøet. Et godt fagmiljø og et stabilt personell er forutset-

ninger for god kvalitet innen behandlingen. En god samhandling med de samiske pasienter og klienter må ikke bare være en sak for de som selv har samisk bakgrunn, men være et anliggende for hele miljøet. En situasjon hvor samisk personell blir «utbrent» av å stå alene om å se problemer i en arbeidssituasjon med samiske pasienter og klienter må motvirkes. Derfor må utviklingen av den nødvendige samiske kompetanse gå inn i en systematisk plan for videre- og etterutdanning for alle ansatte i kommuner og fylkeskommuner, og ved institusjoner. Utvikling av relevante tiltak innen f.eks. sykepleie vil bedre situasjonen for samene i møtet med helse- og sosialtjenestene. Hensyn til de samiske pasienters og klienters behov, vil også gjøre helse- og sosialsektoren mer attraktiv for samisk ungdom i deres yrkesvalg. Arbeidet med rekruttering og kompetanseoppbygging for å utvikle samisk språk- og kulturkompetanse må således baseres på en behovskartlegging i hver enkelt kommune, og gjenspeiles i arbeidet med opplærings- og utviklingsplaner slik kommuner og fylkeskommuner er forpliktet til etter Hovedavtalen og ifølge kommuneloven og plan- og bygningsloven.

Når det her snakkes om flerkulturell bakgrunn som kompetanse, så henspeiler det på at en slik bakgrunn i seg selv gir et godt grunnlag for kulturell forståelse og innlevelse, og en økt motivasjon for å tilegne seg ytterligere kunnskap om tverrkulturelle forhold. Det meste av det som hittil har skjedd av tiltak for samiske pasienter og klienter, må ses i denne sammenheng.

Ved at de kulturelle aspekter legges inn i grunnutdanningene, eller at de helse- og sosialfaglige utdanningene kobles sammen med fag som utvikler kulturell forståelse i videre- eller etterutdanninger, så gir dette en teoretisk bakgrunn for kulturell bevissthet hos helse- og sosialpersonell, uansett deres egen kulturelle bakgrunn.

Den kulturelle kompetanse som vil være resultatet av forskning og faglig utviklingsarbeid, slik som utvikling av fagfeltet etnisk medisin, eller en faglig utvikling innen sosialt arbeid og barnevern som inkluderer de kulturelle aspekter, vil særlig kjennetegnes ved at den kommer til uttrykk som teorit utvikling og faglig nytenkning innen de forskjellige helse- og sosialfaglige delområdene.

Delmål 1: Utfordrende arbeidsplasser med muligheter for utvikling og bruk av faglig kompetanse, inkludert samisk språklig og kulturell kompetanse

En delmålsetting for å skape en stabil stamme av samisk helse- og sosialpersonell, vil være å utvikle utfordrende arbeidsplasser i samiske distrikter. Utfordrende arbeidsplasser vil i denne sammenheng være arbeidsplasser med faglige utviklingsmuligheter, og særskilte tiltak som ivaretar hensynet til de samiske pasienter og klienter.

Det viser seg at både leger, sykepleiere og sosionomer legger stor vekt på faglig innhold og muligheter for videre- og etterutdanning, utvikling og forskning, når de skal vurdere å bli i en stilling et visst antall år, og at dette kan bety mer enn lønnsøkning.

Dette utvalget har bl.a. foreslått tiltak som innebærer særskilte hensyn til samiske pasienter og klienter. Det betyr nye utfordringer i arbeidet med denne gruppen, og for helse- og sosialpersonell i områder med samisk befolkning. En vektlegging av samisk kultur i arbeidet vil gi nye utfordringer for helse- og sosialpersonell.

Særlig i små spredtbygde kommuner med minimumsbemanning (regnet i pleier pr. pasient), kan det være vanskelig å finne anledning til ekstra tiltak som innebærer å heve pasienters livskvalitet ved f.eks. å ha kontakt med pårørende, å la de ha sine egne samiske klær, etc. Personell blir utbrent hvis de skal gjøre dette på sin fritid

over lengre tid. Det må utvikles kurstilbud som gir reelle muligheter for deltakelse for personell også fra disse kommunene.

Tradisjonelle videre- og etterutdanningstiltak som medfører reiser ut av kommuner og fylker, medfører høye kostnader i form av vikarer og reiseutgifter, osv. for disse, slik at det er begrenset hvor mange som kan delta på videreutdanningstiltak. Fylket må være ansvarlig for å finne nye kursformer. Man bør kartlegge og bruke utdanningsressurser innen fylkene, utvikle interkommunalt samarbeid, desentraliserte etterutdanningstilbud, og samarbeid med høgskoler i fylkene, f.eks. kulturfagutdanningene ved Samisk Høgskole, og ved Finnmark Distriktshøgskole.

Eksempel på virksomhet i fylkeskommunens regi er Finnmark Fylkeskommunes kurs i Samisk Språklov for helse- og sosialpersonell i 1993—94. Dette er eksempel på kurs som bør kunne gjentas med flere deltagere fra kommunene. Kursene bør være kompetansegivende for de forskjellige typer helse- og sosialpersonell, f.eks. ved vektalls- eller poengordninger. Slike kurs bør kunne gjennomføres som moduler i en mer omfattende desentralisert videre- eller etterutdanning i samarbeid med høgskoler og universiteter. Man oppnår i større grad å gjøre bruk av egne ressurser, kursinnholdet kan lettere tilpasses egne behov, kursene kan gjennomføres til lavere kostnader for fylker og kommuner, og de vil være lettere tilgjengelige for helse- og sosialpersonell, med mindre reiser, osv. De nordlige fylkene har et godt utbygd telekommunikasjonsnett med videokonferansestudioer, osv, som gjør det mulig å legge opp til bruk av telematikk i videreutdanningen.

Tiltak for de som er i jobb virker også rekrutteringsstimulerende for samer som skal bestemme seg for et yrke, og bør gjenspeile seg i de rekrutteringstiltak som igangsettes. Tilbud innen andre sektorer, som f.eks. barnehage- og skoletilbud må også tas med i betraktning når man i kommunene skal vurdere virkemidler for å bygge opp en stabil stamme av helse- og sosialpersonell med samisk språk og kulturkompetanse.

Tiltak 1: Opplærings- og utviklingsplaner som bygger inn behovet for samisk språk- og kulturkompetanse hos helse- og sosialpersonell i samiske kommuner

Kommunene er pålagt å utvikle opplæringsplaner for sine ansatte. Dette ligger i Hovedavtalens kap. 7 om opplærings og personalutvikling. Sammen med kommuneloven og plan- og bygningsloven er dette instrumenter som legger føringer for planarbeidet i fylker og kommuner. I samiske distrikter bør opplæringsplanene også omfatte faglig relevante etter- og videreutdanningstilbud som utvikler kompetansen i samisk språk og kultur hos de ansatte i fylker og kommuner. Dette bør også ses i sammenheng med tiltak i virksomhetsplanarbeidet. Det vil være viktig at det legges en behovskartlegging til grunn for arbeidet med opplærings- og utviklingsplaner som belyser behovene for samisk språk- og kulturkompetanse, og hvor de eksisterende ressurser kommer fram. Et slikt planarbeid bør ligge til grunn for en utvikling av helse- og sosialtjenestene som gir likeverdige tjenestetilbud til samer og nordmenn i fylker og kommuner. Dette vil også innebære en oppfølging av intensjonene i Samelovens formålsparagraf og i Grunnlovens §110 A.

Tiltak 2: Egne delplaner som ivaretar hensynet til utvikling av samisk språk- og kulturkompetanse hos helse- og sosialpersonell i kommuner i virkeområdet for Samelovens språkregler

For kommunene i forvaltningsområdet for Samelovens språkregler vil et slikt planarbeid spesielt legge grunnen for en oppfylging av de forpliktelser som følger av

språkreglene. Det er utvalgets oppfatning at kommuner i språkreglenes fovaltningsområde har et spesielt ansvar for å ivareta de samiske aspekter i opplærings- og utviklingsarbeidet. Dette bør kunne gjøres gjennom egne delplaner. Utvalget mener at kommuner som utvikler planer eller delplaner som kan fungere som mønsterplaner, bør tilføres ekstra midler til dette.

Tiltak 3: Et faglig forum for samiske helse- og sosialarbeidere

Samiske helse- og sosialarbeidere er i en spesiell situasjon mellom to kulturer både i sitt arbeid og under utdanning, og de samiske aspekter er hittil lite ivaretatt i utdanning og på arbeidsplasser. Det er derfor behov for en spesiell støtte for disse både under utdanning og i arbeidssituasjonen. Det finnes i dag samiske studentorganisasjoner innen de fleste fagutdanninger, og de samiske helse- og sosialarbeiderorganisasjoner har som mål å ivareta interessene til samiske helse- og sosialarbeidere, og til de samiske brukere av helse- og sosialtjenester. Likevel er det klart at det kan være en tung og ensom jobb å ivareta samiske hensyn i helse- og sosialsektoren. De opplever lite gjenklang i det som måtte finnes av fagmiljøer, og opplever ofte en bagatellisering av de problemene de møter som samer i sin arbeidssituasjon.

Den første helsepolitiske konferansen som ble avholdt i 1986, såvel som de senere konferanser, har vært av stor betydning for utviklingen av helse- og sosialtjenester etter samenes behov. Utvalget vil peke på at man nå er inne i en oppbyggingsfase hvor det er behov for å stimulere en faglig utvikling som belyser og innlemmer de samiske aspekter i de forskjellige helse- og sosialfaglige områder. I denne sammenheng ser utvalget at det er et stort behov for et faglig forum for helse- og sosialpersonell i samiske områder. Et slikt forum bør omfatte alle faggrupper. Det bør være et forum for utveksling av erfaringer hos helse- og sosialpersonell fra alle deler innen helse- og sosialsektoren, og for å formidle disse til forskjellige myndighetshold og til politikere.

Etter en viss oppbygging og systematisering av erfaringene til samisk helse- og sosialpersonell kan et slikt forum på sikt også fungere rådgivende i forhold til fylker, kommuner og personell i alle deler av helse- og sosialsektoren. En slik utvikling forutsetter et sekretariat som nedfeller erfaringer skriftlig. En slik sekretariatsfunksjon bør utvikles som et samarbeid mellom Sametinget og de samiske helse- og sosialarbeiderorganisasjoner.

Tiltak 4: Prioriterings- og belønningssystemer for samisk språk og kulturkompetanse i arbeidsforhold

Prioritering av søkere med samisk bakgrunn og med samisk språk- og kulturkunnskap ved tilsetninger i stillinger under ellers like vilkår er blitt forskjellig praktisert i fylker og kommuner. Slike prioriteringer vil nok måtte variere fra kommune til kommune, men det bør være en klar sammenheng mellom en slik prioritering og de behov og preferanser som framgår av den enkelte kommunes opplærings- og utviklingsplan.

Ved ansettelser i stillinger bør det etter utvalgets oppfatning gis ekstrapoeng for formell kompetanse i samisk språk og kultur. Dette bør gjelde dokumenterte formelle kunnskaper fra utdanning i samisk språk og kulturkunnskap.

Dette bør fremgå som del av kommunenes ansettelsespolitikk, og bør følge av de aktuelle opplærings- og utviklingsplanene. Ekstrapoeng for samisk kompetanse ved ansettelse bør framgå klart ved utlysning av stillinger. Fastsettelse av høyere lønn etter kompetanse må også vurderes. Høyere lønn er et viktig incitament til utdanning. Det gjelder både grunnutdanning og etter- og videreutdanning.

Det bør åpnes for belønningssystemer tilpasset folks utdanning og kompetanse, selv om yrkestittelen ikke alltid gir uttrykk for forskjeller i fagbakgrunn. Dette gjelder særlig personer med både en relevant fagutdanning og en tilleggsutdanning i språk og kulturforståelse. F.eks. bør det vurderes et system med et høyere lønns-trinn for fagutdannede med slik tilleggskunnskap der dette er relevant. Godkjenning av f.eks. utdanning innen kulturfag for aktuelle faggrupper bør kvalifisere for økonomiske støtteordninger

Stimuleringstiltak sammen med gode opplegg for etterutdanning vil også være viktig for å øke forståelsen av kulturelle forhold blant fagpersonell som er i arbeid.

Det bør utvikles systemer for lønnstillegg for samisk kompetanse, som kan sammenlignes med det som gis ved spesialist- og etterutdanninger.

Tiltak 5: Utredning av muligheter for bruk av telemedisin til veiledning, videre- og etterutdanning.

Utviklingen av telemedisin i Nord-Norge bidrar til en bedring av kvalitet og bedret tilgjengelig av medisinske tjenester, samt en desentralisert kompetanseoppbygging og en styrking av små faglige miljøer i landsdelen. Telemedisinen blir gjort tilgjengelig etterhvert som nettet nå bygges ut. Telemedisin vil kunne spare pasientene for lange reiser, og kan redusere kostnadene for folketrygden. Telemedisin kan gi samiske pasienter større muligheter for undersøkelse og behandling i eget språklig og kulturelt miljø, og gjennom mulighetene for veiledning, videre- og etterutdanning, kan telemedisin støtte opp under små medisinske miljøer i disse områdene ut fra disse miljøenes egne behov. Innarbeiding av tolketjeneste og særskilt faglig kompetanse kan også finne løsninger via telemedisinen.

De aktuelle sykehus i de tre nordlige fylkene har alle eget videokonferanseutstyr. Kvaliteten på tjenesten oppleves som tilfredsstillende. Det er to kvalitetsmessige forskjeller på videokonferanser. De tradisjonelle videokonferansetjenester som oftest brukes mellom sykehus og kommunale helseetater er enklere utstyr, hvor Tanberg har monopol. Mellom sykehusene brukes en full kvalitets tradisjonell videokonferansetjeneste. Det er beskrevet i vedlegg til denne utredningen. Forelesere har følt et visst ubehag ved videokonferanseformen, men har etter en viss tilvenning uttrykt en mere avslappet holdning. Bruksvolumet har steget vesentlig i løpet av de to siste årene. Siden nå brukerne har blitt vant til videokonferanseformen, er det grunn til å anta at veksten vil fortsette. Som vedlegg til denne utredningen følger en oversikt over teknologiske muligheter i bruk av ISDN og andre høyhastighets teletjenester, videofoni og videokonferanser.

Utvalget vil derfor foreslå et prosjekt hvor mulighetene i telemedisin gjennomgås og utvikles spesielt med sikte på behovene hos samisk helse- og sosialpersonell. Et prosjekt bør spesielt ta for seg videreutvikling av telemedisin med henblikk på utdanning og kompetanseoppbygging. Det bør kartlegge behov og muligheter i fjernundervisning innen somatikk og psykiatri ut fra behovene hos den samiske befolkning. Et slikt prosjekt bør ha en egen prosjektleder og knyttes til telemedisinsk avdeling ved Regionsykehuset i Tromsø.

Tiltak 6: Hospiteringsordninger for helse- og sosialpersonell i små, spredtbygde kommuner

Stabilitet blant helse- og sosialpersonell i griskrendte strøk er ofte et problem. I tråd med andre virkemidler som sporer til faglig utvikling, så bør det vurderes en ordning med hospitering ved større sykehus og institusjoner for helse- og sosialpersonell i små, spredtbygde kommuner.

Dette er en type tiltak som bør innebære et adekvat svar på behovet for faglige utviklingsmuligheter hos helse- og sosialpersonell i samiske kommuner, slik det fremgår av de forskjellige undersøkelser om rekruttering og stabilitet hos denne gruppen. Tiltakene må selvfølgelig vurderes i forhold til tilbud som barnehagedekning, jobbmuligheter for ektefelle, osv.

Delmål 2: Nyrekruttering av ungdom og voksne til helse- og sosialsektoren i samiske områder

Det bør arbeides med rekruttering av både voksne og ungdom fra samiske områder til arbeid i helse- og sosialsektoren. Det har vist seg at stabiliteten på arbeidsplassen er best der det er rekruttert fra området. I samiske områder vil lokal rekruttering også sikre folk med en samisk kulturell bakgrunn, og ofte også en formell samisk språk- og kulturkompetanse. Det må arbeides med rekruttering både i videregående skole og i ungdomsskolen. Det er fortsatt slik noen steder at samisk ungdom i mindre grad blir stimulert til akademisk utdanning enn annen ungdom.

Tiltak 1: Rekrutterings- og informasjonsarbeid i skolene. Prosjekt for utvikling av en informasjonspakke

Informasjonsvirksomheten må styrkes, dersom man skal lykkes i å rekruttere samisk ungdom til helse- og sosialsektoren. Det må utvikles relevant informasjon tilpasset de forskjellige klassetrinn. I samiske områder må det arbeides med elevenes motivasjon for yrkesvalg før videregående skole. Dette henger bl.a. sammen med den lave overgangen til videregående skole i endel samiske distrikter. Særlig i 8. og 9. klasse er det behov for skikkelig opplæring og rådgivning, og for å skape bevissthet i forhold til yrkesvalg. Ungdommene bør orienteres om de mest aktuelle arbeidsmuligheter, og at det bl.a. innen helse- og sosialsektoren dreier seg om sikre arbeidsplasser hvor det vil være bruk for samisk språk og kulturkompetanse.

For rekruttering til den helse- og sosialfaglige utdanning bør det utarbeides en egen «pakke» med rekrutteringstiltak til bruk ved skolene på de forskjellige trinn. Organisasjonene til de samiske helse- og sosialarbeiderne og de forskjellige samiske studentforeningene bør trekkes inn i utformingen av rekrutteringstiltak. Et slikt samarbeid bør formaliseres og honoreres. Både helse- og sosialarbeidere som arbeider i de samiske områder og studenter fra de forskjellige fagområder, bør kunne orientere samisk ungdom. Det bør også vurderes samarbeid med ungdomsclubber, samiske ungdomsorganisasjoner, og bruk av telekommunikasjon og media i dette arbeidet. Det kan f.eks. utvikles video til bruk i skolen som forteller om behovene innen helse- og sosialsektoren, hvilke typer utdanningsinstitusjoner som er aktuelle, hvilke som gir ekstra godtgjøring for samisk språk- og kulturkompetanse, etc.

Det vil kunne være avgjørende for rekruttering og motivasjon i videregående skole at det gjennom en slik informasjonsordning informeres særskilt rundt mulighetene for å legge samiske aspekter og premisser inn i de forskjellige studieoppleggene, og om den utvikling som nå skjer med henblikk på å legge inn språklige og kulturelle hensyn i forhold til de samiske brukerne av helse- og sosialtjenestene. Samiske elever vil således kunne få et oppdatert bilde av den rolle de vil få i det samiske samfunnet når de skal virke her etter endt utdanning. De bør få vite at det ved utdanningsinstitusjoner, i fagmiljøer, organisasjoner og i studentmiljøer, arbeides med å ta det de selv opplever som «samiske problemstillinger» på alvor når de står overfor et valg av utdanning.

Informasjonsvirksomheten kan skje som et informasjonsprogram organisert som et eget prosjekt og/eller en rekrutteringskampanje. Utviklingen av en «informasjonspakke» bør skje i regi av Samisk Læremiddelsentral. Samisk Utdanningsråd, som senteret sorterer under, har slik virksomhet som del av sitt mandat. Utvalget har bl.a. merket seg at Utdanningsrådet har utviklet en video om yrkesmuligheter spesielt for tospråklig ungdom.

Tiltak 2: Målretting av kvalifiseringskurs mot kompetansebehov i helse- og sosialfag

Arbeidsmarkedsetaten har hatt og har fortsatt en særskilt stabiliserende funksjon i kompetanse-oppbygging og rekruttering i de nordligste fylkene, særlig i Finnmark. Arbeidsmarkedsetaten kan ha en viktig funksjon i å bidra i rekrutteringen av voksne til arbeid i helse- og sosialsektoren.

Både Samisk Høgskole og videregående skole har utviklet flere slags kurstilbud som arbeidsmarkedstiltak (AMO-kurs). Disse kvalifiseringskursene har fungert som springbrett ved omskolering og sysselsetting i samiske områder. Det gjelder bl.a. et samisk språkkurs, som også er forkurs til høyere utdanning ved Samisk høgskole.

Det er imidlertid behov for en strategi for å få studentene videre fram mot utdanning etter disse kursene. Et virkemiddel i rekrutteringen kan være å øremerke kvalifiseringskursene til spesielle målgrupper mht. framtidig yrkesvalg, f.eks. studenter som forplikter seg til videreutdanning innen helse- og sosialfag. På denne måten bør man kunne fange opp viktige ressurspersoner i det samiske samfunnet. I første rekke vil nok dette gjelde kvinner. I den utviklingen som skjer i dag med omstilling fra reindriften bør man være spesielt oppmerksom på slike muligheter.

Tiltak 3: Særskilte stipendordninger for kombinasjoner av samisk språk- og kulturkompetanse i helse- og sosialfaglig utdanning

Stipendordninger har vært mye brukt som rekrutteringstiltak. Utvalget har merket seg at den ordningen med stipend som er innført i Nord-Troms og Finnmark for å styrke rekrutteringen til førskoleutdanningen mot bindingstid til kommunen, førte til en sterk økning av personer med samisk bakgrunn på dette studiet. Kommuner og fylker bør selv vurdere behovet for og bruken av slike virkemidler. Et eksempel kan være der kommuner gir stipend til utdanning av ungdom fra distriktet for få fagfolk til stillinger som har vært lenge ubesatte.

Utvalget mener at det bør prioriteres å gi særskilte stipend til studenter som kombinerer utdanning innen helse- og sosialsektoren med utdanning som oppfyller kommunens behov for samisk språk- og kulturkompetanse i denne sektoren. I første rekke bør kombinasjoner av helse- og sosialfaglige utdanninger med utdanning f.eks. innen språk, tolking eller kulturfag premieres med stipend. Dette er kombinasjoner som kan inngå som en del av cand. mag. graden innen samfunnsfag ved Universitetet i Tromsø, og som blir aktuelt dersom sykepleievitenskap innføres som embedsstudium ved Universitetet i Tromsø.

Stipend kan være svært viktig for å stimulere til denne typen utdanninger. Lånebyrden kan bli høy, og det vil være vanskelig å få tilstrekkelig kompensasjon i form av høyere lønn ved slik utdanning når kandidatene kommer ut i arbeidslivet. Et stipend bør f.eks. kunne gis mot tre års bindingstid i helse- eller sosialtjenesten i kommuner med samisk befolkning.

Tiltak 4: Utvikling av kvoteordninger for samisk språk og kulturkompetanse ved inntak på helse- og sosialfaglige studier

Det alminnelige ved Høgskolene og Universitetet i Nord-Norge har vært kvoteordninger som prioriterer folk fra landsdelen ved opptak. Det dreier seg om 50 eller 80 % fra landsdelen eller fra fylket, hvorav enkelte studieplasser, eller 10 % av disse, kan ha vært reservert samisktalende. Det har også vært mulig flere steder å søke om særskilt opptak ut fra kulturell eller etnisk bakgrunn. Det er disse kvoteringsordningene som har vist gode resultater ved at folk fra landsdelen blir i landsdelen etter endt utdanning, og de har bidratt til rekrutteringen ved yrker der det ikke har vært samer, eller hvor det har vært svært få i forhold til behovet. Erfaringene med kvoteordningen for samiske studenter både ved medisinstudiet i Bergen og ved andre Høgskoler, viser at kvoteordninger kan være et viktig virkemiddel for å utvikle helsetjenestene for samene. Kvotering er kanskje et av de viktigste virkemidlene for å sikre tilgangen på samiske studenter. Utvalget mener derfor at slike kvoter bør beholdes.

Til nå har 10 %-kvoteringen som regel omfattet folk med samisk språkkompetanse, mens samer med norsk språkbakgrunn ikke har gått inn under noen særskilt kvoteordning, eller de har gått inn under kvotering fra landsdelen ved opptak. Både norsk- og samiskspråklige samer har kunnet søke særskilt opptak.

Utvalget vil understreke at samisk språklig og kulturell kompetanse bør vurderes som to adskilte kriterier i kvoteordningene. Samisk språk er i seg selv en verdifull kompetanse også uavhengig av etnisk bakgrunn. Like viktig er det å ivareta den kulturelle kompetanse hos studenter med ulik samisk bakgrunn og tilknytning. Samisk kulturell bakgrunn er i seg selv en verdifull kompetanse i forhold til en helse- og sosialfaglig utdanning.

Utvalget ser det således som en uheldig utvikling kun å rekruttere samiskspråklige studenter gjennom kvoteringsordningene. En kvoteringsordning bør sikre rekrutteringen av studenter fra forskjellige typer samiske samfunn, det vil si både fra områder hvor språket er gått tapt, og fra områder hvor språket er beholdt. På denne måten sikrer man et samisk mangfold i studentmassen ved å kvotere ut fra forankring i samisk kultur og miljø. Både hensynet til den faglige utvikling, og til samiske pasienter og klienter, tilsier en rekruttering av studenter med referanse til og kunnskap om forskjellige typer samiske samfunn. Samiske samfunn hvor språket er gått tapt, innehar ofte en sterk kulturell forankring, men det dreier seg om ulike akkulturasjonsprosesser, sammenlignet med de samiskspråklige områder. Utvalget mener derfor at kriterier for registerering i Samemantallet bør legges til grunn for den samiske kvoteordningen. Eventuelt bør kvotene deles mellom samiskspråklige og norskspråklige samer, eller samiske språkkriterier gis som tilleggs-kriterium eller tilleggs-poeng, der hvor språket vurderes som særskilt viktig. Kvoteordningene bør praktiseres likt ved tilsvarende utdanningssteder. Det bør utvikles funksjonelle kvoteordninger som ivaretar rekrutteringen av helse- og sosialarbeidere med samisk språklig og kulturell bakgrunn. Det er således utvalgets forslag at kvoteordninger for samiske studenter bør gjennomgås ved alle universiteter og høgskoler for helse- og sosialfaglig personell med sikte på å ivareta både den språklige og den kulturelle kompetanse.

Tiltak 5: Praksisplasser og turnustjeneste i institusjoner og kommuner med samisk befolkning

Det vil være en viktig oppgave å tilby praksisplass til samiske studenter i områder med samisk befolkning. Både lokalsykehusene og BUP- Karasjok har mottatt samiske studenter i praksis innen forskjellige fag.

Praksisutplassering og turnustjeneste i institusjoner og kommuner i samiske områder vil være et viktig virkemiddel for at studenter skal velge å slå seg ned i samiske strøk etter endt utdanning, og for å bedre stabiliteten blant helse- og sosialpersonell.

Tiltak 6: Vurdering av egne utdanningsstillinger innen somatiske helsetjenester for samiske leger ved sykehus i Helseregion 5

Egne utdanningsstillinger innen somatikk for samiske leger ved sykehus i Helseregion 5, har vært diskutert i en rekke sammenhenger. Utvalget mener at en slik ordning vil være av stor betydning for å sikre rekrutteringen av samiske leger. Sykehuset kan f.eks. ha en ordning med 2 utdanningsstillinger som alternerer mellom avdelingene. Det bør være en betingelse med bindingstid til Helseregion 5 for studenter i disse stillingene.

Tiltak 7: Egne rekrutteringstiltak for tannhelsepersonell med samisk bakgrunn

I den situasjon man nå har innen tannhelsetjenesten, med reduserte ventelister, utviklede spesialtjenester og stabilisering av bemanningen, gjenstår å vurdere særskilte tiltak for å rekruttere samer og samisktalende til denne tjenesten. Det må utvikles tiltak for å møte behovet for samisk språk- og kulturkompetanse innen de forskjellige gruppene av tannhelsepersonell. Når man ser på Finnmark, synes rekrutteringen av tannlegesekretærer og tannpleiere med samisk bakgrunn og/eller som behersker samisk språk å være rimelig god, selv om det er ønskelig at de som ikke har slik kunnskap kan få innføring i samisk språk og kultur. Det er spesielt mangel på tannleger med slik kunnskap.

Fylkestannlegen i Finnmark opplyser at samiskspråklig ungdom vil bli prioritert ved tildeling av studiestipend for tannlegestudenter fra Finnmark. Utvalget vil foreslå at fylkestannlegene i Helseregion 5 utvikler tiltak for å rekruttere ungdom med samisk bakgrunn, og med samisk språk- og kulturkompetanse, f.eks. gjennom samiskspråklig informasjon, tildeling av studiestipend, etc. Slike tiltak bør virke sammen med og utfylle tiltak ved utdanningsinstitusjonene, slik som kvoteordninger.

Delmål 3: Sikre rekruttering av helse- og sosialpersonell med samisk språk- og kulturkompetanse til videre- og etterutdanningene

Det er også viktig å sikre rekrutteringen av helse- og sosialpersonell med samisk språk- og kulturkompetanse til spesialistutdanning innen de spesialiteter der det utdanningsmessig er vanskeligst å få innpass. Tiltaket som er omtalt her, bør ses i forhold til forslag til tiltak om bruk av telemedisin i videre- og etterutdanningene, og hospiteringsordninger for kommunalt ansatte ved større sykehus og institusjoner.

Tiltak 1: Forsøksordning med «fortrinnsrett under ellers like vilkår» for helse- og sosialpersonell med samisk språk- og kulturkompetanse ved videre- og etterutdanningene

En ordning med «fortrinnsrett under ellers like vilkår» er under utvikling. Den bør i første rekke omfatte sykehusene i Nord-Norge. En slik ordning bør gjelde for helse- og sosialpersonell som ønsker å ta spesialutdanning. Det bør vurderes om prioriteringen, eller fortrinnsretts-ordningen, skal gjelde helse- og sosialpersonell

med formelle kunnskaper i samisk språk og kultur innen de spesialiteter der det er vanskelig å få innpass, og der det er klare behov i det samiske samfunnet.

Delmål 4: Fremme lokal rekruttering til studier i helse- og sosialfag

Et hovedmål er en stabil stamme av helse- og sosialpersonell i områder med samisk befolkning. Undersøkelser bl.a. fra UiTø viser at folk fra landsdelen blir i landsdelen etter endt utdanning. Andre undersøkelser viser dessuten at samer er særlig stedbundne, og gjerne ønsker å være i sitt hjemmiljø, også under utdanning. Dette er illustrert bl.a. ved den økning som skjedde til førskoleutdanningen av samiske søkere da denne flyttet fra Alta til Kautokeino. En utdanning i et samisk miljø borger også for et samisk innhold i utdanningen, noe som også kan virke rekrutteringsstimulerende.

Tiltak 1: Utvikling av desentralisert utdanning i helse- og sosialfag i samiske områder

Utdanningsinstitusjoner der folk bor, eller opplegg for desentralisert utdanning vil være et viktig tiltak for å fremme lokal rekruttering såvel som for å utvikle det samiske innholdet i utdanningene. Bruk av lokale ressurser i undervisningen blir lettere ved desentralisert utdanning, og det vil kunne bli lettere å tilrettelegge for samiskspråklig undervisning. Desentralisert undervisning vil bidra til å fremme utviklingen av samisk som fagspråk, og til å belyse samiske pasienters og klienters behov som grunnlag for tiltak for disse. Et samisk innhold i utdanningen vil igjen virke rekrutteringsstimulerende.

Samisk Høgskole har i sine langtidsplaner ikke tatt med utdanning innen helse- og sosialsektoren, siden region Finnmark har egne institusjoner for slik høyere utdanning. Imidlertid kan høgskolen være vertskap for desentralisert studietilbud hvor andre har faglig ansvar. Skolen har undervisningslokaler, faglig studiemiljø, bibliotek og studentboliger. Utvalget mener at utdanning innen helse- og sosialsektoren bør benytte seg av Samisk Høgskole. Utvalget ønsker et samarbeid om samiskspråklige sosionom- og barnevernutdanninger på linje med det som nå er planlagt for samiskspråklige sykepleiere. Det regionale høgskolestyret bør prioritere dette i sitt arbeid, og eventuelt nedsette et utvalg til å vurdere spørsmålet.

Tiltak 2: Gjennomføring av den foreslåtte sykepleierutdanningen i indre Finnmark

Utvalget regner med at man vil kunne høste viktige erfaringer med den foreslåtte desentraliserte sykepleierutdanningen, som er basert på et samarbeid mellom Sykepleierhøgskolen i Finnmark og Samisk Høgskole, og som har samiskspråklige søkere som målgruppe. Utvalget finner det svært viktig at den foreslåtte utdanningen blir gjennomført.

Delmål 5: Et samisk innhold i de helse- og sosialfaglige utdanninger

Det vil ikke være likegyldig på hvilken måte utdanningen av helse- og sosialarbeidere organiseres. Et samisk innhold i utdanningene vil medvirke til en faglig utvikling hvor de samiske aspekter innarbeides i de forskjellige fagområder. Det vil også bidra til å bedre forholdene for samiske pasienter og klienter, bl.a. ved å legge til rette for kommunikasjon med samiske pasienter og klienter. Et samisk innhold må også ses i forhold til tiltak som desentralisert undervisning og utviklingen av en fagterminologi på samisk. Et faglig innhold og et samisk studentmiljø vil sammen

kunne bidra til å øke rekrutteringen av studenter med samisk bakgrunn, såvel som av andre med interesse innen feltet.

Tiltak 1: Samarbeid om organisering av grunnutdanningene innen helse- og sosialfag for å bygge inn samiske og tverrkulturelle aspekter som satsningsområde i Norgesnett

Inkludert i både grunn- og videreutdanningene bør inngå kompetansegivende kurs i transkulturell forståelse og behandling med særlig vekt på minoritets- /majoritetsforhold og emner relatert til samisk kultur. Ved Universitetet i Tromsø bør fagfeltet etnisk medisin utvikles som del av pensum innen helsefagstudiene.

Kursene ved de helse- og sosialfaglige utdanninger bør kunne ha endel trekk felles, og eventuelt organiseres som fellesundervisning. Det bør for eksempel kunne være en grunnleggende del om historie- og samfunnsfag som fokuserer på samenes bakgrunn og situasjon på Nordkalotten, og en del om samfunn og sykdom/sosiale problemer hvor samhandlingsproblemer kommer inn, og som legger vekt på språklige, kulturelle og samfunnsmessige faktorer som kan være av betydning i kontakt med helse- og sosialsektoren. De forskjellige faggrupper bør gis anledning til å utvikle kunnskap og bevissthet om hvilke virkninger tospråklighet får innen deres områder, hvilke sammenhenger det kan være mellom sosiale problemer som virker inn på fagfeltet, og usikkerhet knyttet til kulturelle valgsituasjoner, osv. De ulike helsefagene bør i undervisningssammenheng innarbeide kliniske problemstillinger knyttet til tospråklighet, akkulturasjon, m.m. I evalueringer av de forskjellige studieopplegg bør det bl.a. legges vekt på om de fungerer like godt for studenter med samisk og med norsk bakgrunn.

Emnet etnisk medisin er forsøkt innarbeidet i medisinstudiet, men det har vist seg vanskelig både å prioritere og utvikle det videre rent faglig. Utvalget ser behovet for å ansvarsfeste innarbeidingen og utviklingen av emnet videre. Fagutviklingen innen etnisk medisin kan med fordel vurderes organisert som prosjekter, gjerne i kombinasjon med forskningsprosjekter organisert som tverrfaglig samarbeid og som samarbeid mellom lærestedene.

Kirke, utdannings- og forskningsdepartementet gir i St. meld. nr. 40 (1990—91) fra visjon til virke en omtale av «Norgesnett» som et integrert nettverk mellom lærestedene for høyere utdanning og forskning. Alle høyere læresteder vil utgjøre knutepunkter i den forstand at de utvikler sine spesialiteter og gjensidig gir bidrag for hverandre. Man oppnår en nasjonal arbeidsdeling ved fordeling av spesialiteter mellom universiteter og høyskoler. Høyskolene kan i tråd med dette utvikle faglige nisjer hvor de kan spille en nasjonal rolle i vårt samlede kompetansesystem.

Utvalget har merket seg at meldingen i sin omtale av samarbeid og arbeidsdeling i universitetssektoren og utviklingen av spesialiteter i denne sammenheng, omtaler Universitetet i Tromsø og Samisk Høgskole som de sentrale institusjoner innen samisk forskning og utdanning. Utvalget konstaterer at utviklingen av samisk språklig og kulturell kompetanse utgjør en naturlig faglig nisje for disse lærestedene, og at de har kombinasjoner av fag som bygger opp under en slik satsning. En satsning forutsetter imidlertid også at det etableres kontakter med andre læresteder som gir undervisning i fag som gjensidig kan gi hverandre komplementær utdanning og kunnskap, slik at det bygges gode kombinasjoner på tvers av institusjoner. Et samarbeid på tvers av faggrensene og mellom de forskjellige læresteder med det siktemål å utvikle og innarbeide samisk kunnskap i de forskjellige helse- og sosialfaglige utdanningene, bør etter utvalgets oppfatning være en satsning som en del av utviklingen av Norgesnett for høyere utdanning og forskning.

Utfordringen med å skape kontakt og integrasjon mellom fagområder og læresteder for å utvikle den samiske kompetanse som det i dag er behov for innen de forskjellige fagområder, er etter utvalgets oppfatning en god illustrasjon av behovet for den type satsning som omtales i departementets melding. Det kan f.eks. utvikles et samarbeid med sikte på å innarbeide samiske og nord-norske aspekter i sosialarbeiderutdanningene, eller med sikte på å løse problemer knyttet til kopling av utdanning i språk og kulturfag med helse- og sosialfaglig utdanning. Det må være et hovedsiktemål med utviklingen av Norgesnettets at Universitetet i Tromsø og høgskolene i Nord-Norge finner sin plass i et samarbeid om innarbeiding av samisk kunnskap og tverrkulturelle forhold i utdanningene.

En slik utvikling innebærer imidlertid mange og nye utfordringer. Det vil i lang tid være mangel på fagfolk ved utdanningsinstitusjonene. Utvalget antar at det i en oppbyggingsfase vil være nødvendig med en vurdering av faglige prioriteringer og en gjennomgang av stillingsstrukturen ved de ulike utdanningsinstitusjonene, for å gjennomføre en slik satsning. Utvalget antar likeledes at det vil være behov for forsknings- og utviklingsarbeid for å utvikle innholdet i utdanningene, og at det må vurderes en øremerking av stillinger og stipendiatstillinger for å sikre den faglige utviklingen. Muligheter i modulbasert undervisning og i Samisk Høgskoles funksjoner som «teknisk vertskap» for desentraliserte utdanninger bør vurderes nøye i sammenheng med en slik satsning i Norgesnettets.

Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet bør besørge og støtte opp under den ansvars plassering og arbeidsdeling som er nødvendig for en slik satsning på utviklingen av samisk kunnskap. Dette er en utvikling som vil måtte ta tid, men det er viktig at den nå begynner som en bevisst satsning som en del av Norgesnettets.

Tiltak 2: Prioritering av utvikling av læremidler som bygger inn samiske etniske og kulturelle aspekter til bruk i helse- og sosialsektoren

De enkelte høyskoler har ansvar for utvikling av læremidler innen sine felter. Samisk Læremiddelsentral samordner utviklingen av samiske læremidler. Dessuten gir statlig lærebokutvalg støtte til utvikling av manuskripter. Utvalget vil foreslå at de enkelte høyskoler gjør en satsning for å innarbeide materiale relevant for samisk kultur og samfunnsliv i sine læremidler, og at Samisk læremiddelsentral i sitt arbeid prioriterer utviklingen av læremidler til bruk i helse- og sosialsektoren. Det bør gjelde både oversettelse av læremidler til samisk, og en utvikling av det faglige innholdet i læremidler og annen relevant litteratur, som bør utgis både på norsk og samisk språk. Læremiddelutviklingen bør skje i takt med den utviklingen innen de helse- og sosialfaglige utdanninger som utvalget forventer vil skje som ledd i utviklingen av «Norgesnettets for høyere utdanning» (St. meld. nr. 40 (1990—91)).

Tiltak 3: Organisering av videre- og etterutdanningene for å bygge inn de samiske aspekter

Tverrkulturell kompetanse, kunnskap om samiske forhold og etnisk medisin bør også legges inn i videre- og etterutdanningene. Det er særlig viktig for de som hittil ikke har fått dette inn i sine ordinære utdanninger. For folk som har vært en tid i arbeid, vil det også være nyttig å belyse problemer og å utveksle erfaringer. De har også erfaringer som det kan være nyttig å trekke på for å utvikle kunnskapen om dette videre.

For alt fagpersonell — både 1. og 2. linjetjeneste — er mulighet for etterutdanning generelt viktig for å opprettholde en høy faglig standard. Det er generelt et

stort behov for etterutdanning blant fagpersonell innen helse- og sosialsektoren når det gjelder samisk språk og kultur, etnisk medisin og transkulturelle forhold. En styrking her vil både utvikle arbeidsmiljøet, sikre hensynet til de samiske pasientene, og virke rekrutterende og stabiliserende på fagfolkene.

Forholdene må derfor legges til rette for at det skal finnes utdanningsmuligheter i samiske områder, noe som kan gjøres ved særskilte statlige stimulerings tiltak, tilsvarende «Helse og ulikhet»-programmet for Finnmark.

Regionsykehuset i Tromsø og sykehusene i Hammerfest og Kirkenes bør ha en innføring i tverrkulturelle forhold som ledd i opplæringen av nytilsatte ved sykehuset. Selv på sikt, når man må regne med at de som er utdannet i Troms og Finnmark har en slik kompetanse, så vil det være viktig kunnskap for tilsatte fra andre landsdeler og fra andre utdanningssteder. Siden problemene i forhold til de samiske pasientene er såpass vanskelige «å få øye på» bør det vurderes å opprette grupper over avdelingsgrensene som kan samle opp erfaringer mht. problemforståelse og problemløsninger. Et mål for sykehusene må være å ha folk med tverrkulturell og språklig kompetanse på alle avdelinger, eventuelt ved at disse er tilgjengelige ved at avdelingsgrensene gjøres mer fleksible.

Utdanning av samiske helse- og sosialarbeidere på spesialistnivå (videreutdanning) må i likhet med grunnutdanningen styrkes gjennom særskilte tiltak. Innen medisin omfatter spesialist-utdanning både allmenntidmedisin, psykiatri og somatikk. Det må legges vekt på å sikre spesialistutdanning innen allmenntidmedisin for de utdannede legene som arbeider i samiske områder. Et eksempel er den ordningen som nå finnes i Finnmark gjennom «Helse og ulikhet»-programmet. En slik utdanningsmulighet vil virke rekrutteringsstimulerende ved at den vil øke interessen blant samiske leger for allmenntidmedisin som karrierevei.

Når det gjelder sideutdanningen i spesialiteten allmenntidmedisin, bør også tjenestegjøring innen institusjoner i 2. linjetjenesten som arbeider med tverrkulturell psykiatri anvendt på samiske forhold, eller som benytter seg av samisk språk i det daglige arbeidet innen somatikk, være kompetansegivende for å virke som allmennpraktiker i samiske kommuner.

Spesialistutdanningen innen almenntidmedisin bør innarbeide etnisk medisin blant sine fag. Det kan f.eks. arrangeres fagkurs med temaer som omhandler tverrkulturell forståelse. Dette forutsetter at kursene godkjennes av Legeforeningens kurskomite, slik at det gis kompensasjon på linje med annen etterutdanning. Det vil være særlig viktig at etnisk medisin innarbeides som tema i veiledningsgrupper for den almenntidmedisinske spesialistutdanning i Helseregion 5.

Når det gjelder psykiatrien, er det flere psykiatriske spesialistinstitusjoner i Indre Finnmark. Det har vært diskutert om disse bør utgjøre et samisk utdannings-senter for hele landet. Her får utdanningskandidatene en særskilt kompetanse gjennom opplæringsprogrammer innen transkulturell forståelse og behandling. Det har vært ønske ved BUP-Karasjok om å utvikle institusjonen som en samisk utdanningsinstitusjon, med mulighet for avdelingspraksis for kandidatene, bl.a. gjennom etablering av en avdeling (familieavdeling) i tillegg til de polikliniske enheter.

Det samarbeidet som er etablert mellom Universitetet og Helsefaghøgskolen i Tromsø og Nordlandsklinikken om videreutdanning i rusmiddelproblematikk, med spesielle hensyn til problemer tilknyttet den samiske befolkning, bør utvikles videre, og tillegges funksjoner mht. veiledning og kompetanseutvikling.

Utvalget mener at et samarbeid mellom de forskjellige læresteder for å utvikle samisk kunnskap som del av helse- og sosialfagutdanningene gjennom Norgesnettet for høyere utdanning og forskning også bør gjelde videre- og etterutdanningene, såvel som grunnutdanningene.

Tiltak 4: Utvikling av kurstilbud i transkulturell forståelse med en terapiorientert utdanning

Når det gjelder utdanning i transkulturell psykiatri bør det utvikles et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø, Regionsenteret for Barne- og ungdomspsykiatri, som nå er underlagt Universitetet, og Samisk Høgskole i Kautokeino for å utrede hvordan man skal utvikle en klinisk rettet utdanning som kan bygge på de eksisterende utdanningsinstitusjoner, og de eksisterende undervisningstilbud i transkulturell forståelse.

Kurstilbudet i transkulturell forståelse ved Samisk Høgskole vil kunne tilsvare den teoretiske delen av den utdanningen i transkulturell forståelse som har vært drevet ved BUP-Karasjok. Det mangler imidlertid en terapiorientert del av utdanningen hvor behandlingsaspektet kommer inn. Det bør utvikles et 2-årig utdanningsprogram i transkulturell forståelse og behandling med særskilt relevans til samiske forhold i samarbeid mellom Samisk Høgskole og de psykiatriske poliklinikkene i Finnmark og i Helseregion 5. Det bør inngå som fast videre- eller etterutdanningstilbud til helse- og sosialpersonell i 1. linjetjenesten, samt til de psykiatriske poliklinikkene i Helseregion V. Kommuner og institusjoner bør kunne bestille opplegg for undervisning om spesielt relevante kulturelle temaer, samt veiledning i forhold til etnisitet og kulturproblematikk.

Tiltak 5: Et formalisert samarbeid mellom Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Karasjok og Voksenpsykiatrisk poliklinikk Lakselv med henblikk på utdanning og kompetanseutvikling

Finnmark fylkeskommune legger i sitt planarbeid opp til at poliklinikkene i Karasjok og Lakselv skal kunne fungere som faglige baser, og ressurs- og kompetansesentra innen flerkulturell psykiatri. Dette skal gjelde kliniske tjenester, veiledning til kommunehelsetjenesten, kunnskapsoppbygging bla. i form av samarbeid med kommuner og høgskoler. Av dette følger at BUP-Karasjok, VPP Lakselv og psykiatrisk avdeling ved Porsanger Helsetun kan ha utdannings- og veiledningsfunksjoner innen psykiatri for hele landet.

Det er ved BUP-Karasjok opprettet to utdanningsstillinger øremerket samiske fagfolk som rullerer mellom de enkelte faggrupper, og som gir en godkjent klinisk utdanning innen barne- og ungdomspsykiatri hva gjelder den polikliniske delen. Institusjonspraksisen mangler imidlertid, slik BUP i dag er organisert. Også noen av de faste fagstillingene ved klinikken er besatt av fagfolk uten spesialistutdanning, og gis samme mulighet til videreutdanning som utdanningsstillingene. Klinikken ser det som en viktig oppgave å kunne tilby praksisplass for samiske studenter. Poliklinikken har stadig mottatt samiske studenter, legestudenter, pedagogstudenter, sosionomstudenter, barnevernpedagogstudenter og førskole- og lærerstudenter. Samlokaliseringen med Samisk Ungdomspsykiatrisk team og Familievernkontoret for Indre Finnmark sees på som nødvendig for å sikre et levedyktig faglig miljø, og sikrer effektiv utnyttning av ressursene ved muligheten for nært samarbeid.

Det er ifølge Finnmark fylkeskommune ønskelig at Voksenpsykiatrisk Poliklinikk i Lakselv skal utgjøre den faglige ressursbasen for samiske spesialisthelsetjenester innen voksenpsykiatrien. Institusjonen bør utvikles videre mot et psykiatrisk senter med særskilt ansvar for å utdanne samiske behandlere innen voksenpsykiatrien. Den har imidlertid rekruttert dårlig når det gjelder samiskspråklige fagfolk. Det bør iverksettes tiltak for å styrke rekrutteringen av behandlere med samisk språk- og kulturkunnskap innen voksenpsykiatrien. En mulighet kan være et nærmere samarbeid med BUP-Karasjok, med den kompetanse som her er utviklet med

bruk av samisk språk og kultur i behandlingen. Det vil også gi en tettere tilknytning til barne- og ungdomspsykiatrien.

Utvalget vil således foreslå at det etableres et formelt samarbeid mellom BUP Karasjok og VPP Lakselv med henblikk på utdanning og kompetanseutvikling.

Dette er en kompetanse som bør være en naturlig del av kompetansen ved andre institusjoner i Nord-Norge som betjener samiske pasienter og klienter, slik som f.eks. Åsgård sykehus og Nordland psykiatriske sykehus. Selv om ikke språkforholdene er de mest iøynefallende ved disse institusjonene, så vil forhold knyttet til akkulturasjonsprosessen for den samiske minoritet være svært aktuelle for disse institusjonene.

Tiltak 6: En helsefaglig etterutdanning med et samiskrelatert innhold på nordisk basis

En etterutdanning på nordisk basis med et samiskrelatert innhold vil kunne gi nye muligheter for faglig utvikling og tverrfaglig samarbeid innen helsefagene.

Nordiska hälsovårdshøgskolan (NHV) drives av de fem nordiske landenes regjeringer via Nordisk Ministerråd. NHV har en lang utdanningstradisjon på tverrvitenskapelig og tverrfaglig basis. Høgskolen går inn i et nettverk med Verdens Helseorganisasjon og andre høgskoler. Den driver tverrvitenskapelig forskning, og tilbyr utdanning i forskjellige delområder innen helsefag til personellgrupper i helse- og sosialsektoren, og andre grupper med behov for slik etterutdanning. Skolen henvender seg også til ledere og politikere.

Det er utvalgets vurdering at Nordiska Hälsovårdshøgskolan bør kunne stå sentralt i et arbeid med å stimulere til nordisk samarbeid om samiske spørsmål innen helsefagene. Både skolens virksomhetside, miljø og arbeidsform tiilsier at den bør kunne forestå en slik utvikling.

KAPITTEL 13

Utredning og forskning om samiske forhold

Utvalget vil fastslå at det er behov for en satsing innen forsknings- og utviklingsarbeid når det gjelder å utvikle kunnskap om samiske forhold.

I arbeidet med helse- og sosialplan for samene har utvalget fastslått en rekke problemstillinger knyttet til samenes møte med helse- og sosialvesenet, og man har konstatert et behov for en faglig utvikling på flere områder. Det har vist seg at de samiske aspekter har vært lite påaktet innen helse- og sosialsektoren både innen forskning og klinisk arbeid. Derfor mangler også den faglig-teoretiske basiskunnskap. Gjennomgående i forslagene til tiltak innen de forskjellige delområder i planen, er derfor behovet for et videre forsknings- og utviklingsarbeid, samt utprøving av forskjellige ordninger gjennom mer praktisk rettede prosjekter.

En videre utvikling innen forsknings- og utviklingsarbeid må innebære både spesielle programmer som viser de særegne samiske forutsetninger innen forskjellige områder, og en innarbeiding av samiske aspekter i de forskjellige fagområder. Utvalget ville se det som ønskelig at de samiske aspekter innarbeides som en del av det forsknings- og utviklingsarbeidet som skjer innenfor de respektive fagområder, der dette har en naturlig plass. Slike programmer bør utvikles ut fra en dialog mellom Sametinget og Norges Forskningsråd. Som vedlegg til denne utredningen følger definisjoner av begrepene knyttet til forsknings- og utviklingsarbeid.

Utvalget vil vise til at dette er et arbeid som haster. Utvalget er kjent med at slik situasjonen er i dag, kan planleggingen av helt nødvendige tiltak for samene stoppe opp på grunn av mangler i beslutningsgrunnlaget. Når begrunnelsen for et tiltak kun bygger på henvisninger til praktiske behov, så vil argumentasjonen for tiltaket mangle den tyngde i form av forskning og statistisk materiale som ellers er vanlig.

Det er flere årsaker til at dette haster. Det vil bli stadig færre informanter som kjenner til det gamle samiske samfunnet, og som kan formidle tradisjonell kunnskap herfra. De samiske områder går gjennom svært raske endringsprosesser, og det er behov for å foreta vurderinger av konsekvenser av disse endringsprosessene for mennesker og samfunn.

Som ledd i en fremtidig forskningspolitikk bør de samiske behovene for forsknings- og utviklingsarbeid kartlegges. Den må inkludere behovene for grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid innen de forskjellige områder, herunder helse- og sosialsektoren.

Forskning om samiske forhold ut fra samiske premisser vil ikke bare være viktig for å kompensere for at samene som minoritet selv ikke har fått nedskrevet sin historie, eller utviklet tilnæringsmåter og metoder innen samfunnsvitenskapene. I Sameloven og i Grunnlovens §110A heter det at forholdene skal legges til rette for at den samiske folkegruppe i Norge kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt næringsliv. Forskning om samiske forhold ut fra samiske premisser vil måtte være en viktig del av denne tilretteleggingen. Det er derfor viktig at det utvikles et tett samarbeid mellom Norges Forskningsråd og Sametinget, slik at det kan skje en utvikling på dette feltet.

13.1 FORSKNING OM SAMISK KULTUR OG LEVEMÅTE

Det går fram av denne utredningen at kunnskap om samiske kulturelle forutsetninger bør være en del av kompetansen hos bl.a. helse- og sosialpersonell i samiske områder. Slik kunnskap innhentes gjennom forskningsarbeid som vil måtte foregå

innenfor en samisk kontekstuell ramme, og som kan kreve spesielle metoder for kunnskapsinnhenting. I realiteten dreier det seg ofte her om nedtegning og formalisering av tradisjonell samisk kunnskap. Dette vil kunne variere mellom de forskjellige samiske områder. For samer vil utveksling av slik kunnskap være viktig for å styrke samisk samhörighet og ivareta samisk egenart. Sett fra helse- og sosialsektorens side, vil utvikling av denne type kunnskap ikke bare gi nødvendig bakgrunn for å arbeide blant samer, men den vil også kunne ha forebyggende funksjoner. Å bringe slik kunnskap opp i lyset vil medvirke til å styrke samisk selvfølelse, og stadfeste at andre kulturer, inkludert majoritetskulturen, kan ha noe å lære av samekulturen. Rent praktisk vil den kunne fungere som en støtte for samer i forskjellige situasjoner. For eksempel vil samiske foreldre kunne føle formalisert kunnskap om samiske oppdragelsesformer som en støtte i valg av normer for oppdragelse av sine barn. Samer vil med støtte i Grunnloven og Sameloven også kunne mene at det er deres rett som samer å få kjennskap til og aksept for egen historie og kulturelle tradisjoner.

13.2 UTVIKLING AV FLERKULTURELT SOSIALT ARBEID

Sosialt arbeid handler om å bruke profesjonell kunnskap til å sette igang menneskelige endringsprosesser. Sosialarbeiderens oppgave er å mobilisere ressurser i enkeltindivid og i grupper gjennom innsiktsfullt relasjonsarbeid. Arbeidet foregår både på forebyggende nivå og som behandling eller rådgivning.

For å utdanne sosialarbeidere med adekvat faglig kunnskap, kreves innsikt i samspillet mellom individ og samfunn, og i de forskjellige prosesser i samfunnet. Det inkluderer også hvordan samfunnsutviklingen virker inn på sosiale og kulturelle grupper i befolkningen. Sosialarbeidere må således ha innsikt i de sosiale problemer og flerkulturelle problemstillinger de møter for å kunne initiere fruktbare tiltak for endring. Dette forutsetter forskning og teoriutvikling knyttet til sosialt arbeid og psykososiale problemer ut fra et kulturanalytisk perspektiv.

Kulturanalytiske tilnæringer bør være en del av det praktiske arbeid og den generelle kunnskapsutviklingen innen sosialt arbeid i flerkulturelle samfunn. Det er behov for et forsknings- og utviklingsarbeid som styrker en vitenskapelig metodisk tilnærming til empirisk virkelighet med utgangspunkt i de erfaringer og tolkningskategorier som folk i samiske bosettingsområder står for. I dette inngår utvikling av metoder for sosialt arbeid som på best mulig måte ivaretar Nord-Norges flerkulturelle virkelighet. Sosialarbeideren må være istand til å tolke, forstå og tenke analytisk på grunnlag av klientens selvopplevde livssituasjon. Den kulturanalytiske tenkemåten er et nyttig arbeidsredskap som gjør sosialarbeideren istand til å se enkeltindivid og grupper som deltakere i en kulturell kontekst, i stedet for å bruke standardiserte modeller i relasjonsarbeidet. I sosialfaglige miljøer er det pekt på at forskning og utviklingsarbeid knyttet til flerkulturelt sosialt arbeid vil være viktig som satsingsområde for heving av Nord-Norges kompetansenivå.

13.3 HELSE- OG HELSETJENESTEFORSKNING BLANT SAMER I NORGE

Denne utredningen tar utgangspunkt i de eksisterende helse- og sosialtjenestene, og i problemer i samhandlingen mellom den samiske befolkning og helse- og sosialvesenet, som bakgrunn for forslag til tiltak. Behovet for kompetanse i samisk språk og kultur i helse- og sosialsektoren er påpekt gjennomgående. Behovet for et kulturelt perspektiv i praktisk sosialt arbeid berøres også. Behovet for forskning for å

utrede sykdomstilstander og sosiale problemer blant samer mangler, men bør ligge implisitt i de satsingsområder som skal prioriteres.

Så langt utvalget erfarer, foreligger det dog et forholdsvis omfattende materiale som kan være relevant for utvikling av feltet helseforskning blant samer. Det gjelder både pågående og nyere forskning, og materiale av mer historisk karakter, samt relevant materiale fra andre samfunn og folkegrupper. Når det gjelder materiale av historisk karakter, vil det kreve en allsidig medisinsk kompetanse å sammenfatte, sortere og vurdere verdien av dette. Det vil være særlig viktig å oppsummere den pågående medisinske forskning som kan være av verdi for den samiske folkegruppe. Komparative studier i forhold til andre minoriteter og urbefolkninger kan også vise seg verdifulle.

Dette utvalget har ikke prioritert å legge et slikt arbeid innenfor rammen av sitt arbeid. Det er utvalgets oppfatning at implikasjonene av et slikt arbeid går langt ut over rammene for utvalgets arbeid, og at det bør gjennomføres i langt andre sammenhenger. Man må også være klar over at et slikt arbeid krever en spesiell oppmerksomhet knyttet til endel forhold. Det gjelder blant annet etiske forhold knyttet til forskning blant minoriteter, og spesielle metodiske aspekter ved etnisk medisinsk forskning

Det er utvalgets oppfatning at slike oppgaver bør høre inn under fagområdet samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, som har et spesielt ansvar for forskning av betydning for befolkningen i Nord-Norge. Dersom universitetet utvikler fagområdet etnisk medisin, bør det være en naturlig del av virksomheten her. Organisering og oppbygging av et slikt fagområde bør være en prioritert oppgave ved Universitetet, i tråd med forskningspolitiske retningslinjer lagt av Norges Forskningsråd og Sametinget. Et fagområde som etnisk medisin vil også kunne utvikle prioriteringer når det gjelder helsetjenesteforskning. Utvalget ser behovet for et slikt forsknings- og utviklingsarbeid som bakgrunn for en videre tilpasning og utvikling av helsetjenester for den samiske befolkning. Det ville være naturlig at Universitetet i Tromsø, som et nord-norsk universitet vurderer en integrert innarbeiding av etnisk medisin i undervisning og forskning.

13.3.1 Endringer i ernærings situasjonen — et eksempel på forskningsbehov

I sammenheng med de omveltningssprosesser som de samiske samfunn har gått igjennom, har det også skjedd endringer i ernærings situasjonen for samene. Det har såvidt utvalget erfarer ikke vært forsket på kosthold og ernæring blant samer, verken i Finnmark eller i landet forøvrig.

I Finnmark er kostholdsutviklingen belyst gjennom særlig tre datakilder. Det er tradisjonelle kostholdsundersøkelser i perioden 1960 — 83, forbruksundersøkelser utført av Statistisk Sentralbyrå, publisert hvert tredje år fra 1975 til 1988, og spørreskjema om utvalgte deler av kostholdet, brukt i de tre første hjerte-karundersøkelsene til Statens helseundersøkelse. Disse undersøkelsene viser forskjellige endringer i kostvanene blant Finnmarksbefolkningen. Det synes som om det er behov for nye landsdekkende undersøkelser som fokuserer på endringer i kostholdsvaner blant samer, og de helsemessige implikasjonene av disse. Kostholdssituasjonen og eventuelle omlegginger i denne bør også ses i sammenheng med forurensingssituasjonen i nordområdene. De resultatene man kommer fram til, bør også kunne gi grunnlag for anbefalinger vedrørende kosthold. Dette er et arbeid som impliserer mange instanser, og hvor det bør vurderes en samordning ut fra Universitetet i Tromsø.

KAPITTEL 14

Program for gjennomføring av plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning.

Utvalget vil påpeke at planens mest grunnleggende forslag ligger i "*Møtet mellom de samiske pasienter og klienter og det norske helse- og sosialvesenet*" i kapittel 3 som omhandler samhandlingsproblematikk, og "*Rekruttering og kompetanseoppbygging*" i kapittel 12 om rekruttering og kompetanseoppbygging. Dette bør gjenspeiles i prioriteringene hos de som blir berørt av planen. De diskusjonene som denne planen legger opp til om forsknings-, utviklings- og utredningsarbeid bør iverksettes umiddelbart. Her må utgangspunktet være dialog mellom Sametinget, fagdepartementer og Kommunal- og arbeidsdepartementet som samordningsdepartement.

Utvalget konstaterer at det forøvrig er behov for et relativt omfattende utviklingsarbeid for å gjennomføre en plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning. Planen peker på en rekke forhold som i liten grad har vært diskutert i de helse- og sosialfaglige miljøer og blant forskjellige brukergrupper. Mange av forslagene bærer preg av å ville initiere forsknings- og utviklingsarbeid innen flere av helse- og sosialsektorens delområder. Forslagene i planen innebærer mange tilbud og tiltak til den samiske befolkning i uensartede kommuner, fylkeskommuner og institusjoner, som alle har ulike forutsetninger og behov i forhold til sin samiske befolkning. De kommuner og fylkeskommuner som ligger i forvaltningsområdet for samisk språklov vil ha et særskilt ansvar for å utvikle helse- og sosialtjenester tilpasset den samiske befolkning, ut fra de forpliktelsene som ligger i Sameloven.

Slik planen foreligger, er den en landsdekkende plan hvor forslagene i hovedsak er formulert på et generelt nivå, og hvor det i liten grad har vært mulig å oppfange nyanser i behov og interesser i de ulike lokalsamfunn. Siden dette også er nye typer tiltak, så mener utvalget at det er nødvendig å basere gjennomføringen av planen på en tilbakemelding fra de som blir berørt av forslagene, og informasjon om hvilke tiltak de forskjellige instanser mener det er mest behov for. Utvalget ser for seg at forskjellige elementer i planen vil kunne danne utgangspunkt for et forsøks- og utviklingsarbeid i de forskjellige kommuner og fylkeskommuner, og i de aktuelle institusjoner. Hovedansvaret for framdriften av et slikt systematisk forsøks- og utviklingsarbeid bør ligge i Sosial- og helsedepartementet, med de nødvendige forbindelseslinjer til de involverte fagdepartementer, og til Kommunal- og arbeidsdepartementet som samordningsdepartement.

Det vil være hensiktsmessig med en gradvis realisering av planen. I første periode vil det være behov for en utprøving av de forslagene som ligger i planen, slik at man deretter i en satsingsperiode kan få bygget ut et sammenhengende tjenestetilbud i institusjoner, fylkeskommuner og kommuner med samisk befolkning, for så å gå inn i en driftsfase basert på faste overføringer som dekker merutgifter ved et tjenestetilbud som tar de nødvendige hensyn til samisk språk og kultur. Fasene i gjennomføringen kan skisseres slik:

1. Forsøksperiode
2. Satsingsperiode
3. Driftsperiode

14.1 FORSØKSPERIODEN 1996—2000

En gradvis realisering av planen vil i første omgang kunne skje gjennom en forsøksperiode, med utprøving av de forskjellige tiltakene i kommuner, fylkeskommuner og institusjoner. I en forsøksperiode vil tiltakene kunne velges ut og organiseres med utgangspunkt i lokale forhold. Utvalget har ikke ønsket å legge barrierer for en lokal tilpasning, siden behovene er svært ulike i de forskjellige områder. Aktørene lokalt må selv finne fram til hva de selv ønsker å gjennomføre av forsøksvirksomhet, hva som er hensiktsmessige prioriteringer, osv. Etterhvert vil man få et stadig bedre grunnlag for å vurdere omfanget av forslagene i denne planen.

Sosial- og helsedepartementets høringsrunde vil gi en første tilbakemelding fra de som vil bli berørt av forslagene i planen, og vil gi et første grunnlag for å vurdere omfanget av tiltakene, herunder de økonomisk-administrative konsekvensene av disse. Sosial- og helsedepartementet bør på dette grunnlaget avsette midler til forsøksvirksomhet i forbindelse med gjennomføring av en helse- og sosialplan for den samiske befolkning. De kommuner, fylkeskommuner og statlige institusjoner som ønsker å være med i denne utviklingen, må fremme en helhetlig søknad om dette til Sosial- og helsedepartementet. Søknaden må inneholde en samlet oversikt eller plan for de tiltak som de ønsker å gjennomføre, med bakgrunn i forslagene i den landsdekkende helse- og sosialplanen for den samiske befolkning. Sosial- og helsedepartementet bør også kunne gå aktivt inn i utvelgingsfunksjonen ved å finne fram til kommuner hvor det vil være særlig fruktbart med forsøksvirksomhet, ut fra et helhetlig syn på dette, eventuelt i samråd med Kommunal- og arbeidsdepartementet som samordningsdepartement for samiske spørsmål, og med Sametinget. Tilsynsfunksjonen til fylkeslegen og fylkesmannen i forhold til helse- og sosialtjenester for samene bør også utvikles i løpet av planens gjennomføring.

Utvalget tenker seg forsøksperioden som en periode på fem år fra 1996. Dette er nye typer tiltak, og de fleste steder vil det administrative apparat bare i begrenset grad være innrettet på denne typen oppgaver. I forsøksperioden bør det vurderes fristilling fra regelverket, slik som ved frikommuneforsøket. Dette innebærer at dersom kommunene finner at funksjonsfordelingen mellom forvaltningsnivåene eller regelverket for organisering av tjenestetilbudet i kommunene ikke er dekkende for det de ønsker å gjennomføre av forsøk, vil de etter søknad kunne få fristilling gjennom forsøksloven, som er vedtatt gjeldende fra 1. januar 1993.

En av forutsetningene for å få midler, må være at instansene bidrar i en ekstern evaluering og samtidig foretar en intern beskrivelse av egennyttene ved tiltaket. Evalueringen bør bl.a. omfatte en tiltaksevaluering — hvordan tiltakene virker, og en fordelingsmessig evaluering — hvem drar nytte av tiltakene. Man må i denne perioden også ta sikte på å kartlegge kostnadene gjennom evaluering av de enkelte tiltakene. Siktemålet i forsøksperioden må være å prøve ut tiltak som er sentrale for de forskjellige lokalsamfunn, fylkeskommuner og institusjoner, med utgangspunkt i deres egne behov. Det vil det være en av evalueringens oppgaver å finne ut hvilke tiltak som fungerer hensiktsmessig, og hvilke kostnader som ligger i disse, samt søke å kartlegge hvordan kostnadene for tiltakene eventuelt vil variere mellom de forskjellige kommuner med samisk befolkning.

Sosialdepartementet bør hvert år få statusrapport og regnskap fra forsøkene. Ved avslutningen av første periode bør en samlet eksternevaluering av forsøkene foreligge. Utvalget ser det som ønskelig at de erfaringene man vinner i forsøksarbeidet formidles så tidlig som mulig til andre kommuner i form av rapporteringer og eventuelt konferanser. Det bør gå fram hvordan tiltakene fungerer, hvem som drar nytte av dem, og hvordan kostnadene fordeler seg.

Startprosessen på evalueringen bør være et forprosjekt for å fastlegge metoder og prioriteringsområder for evalueringen før selve hovedevalueringen settes iverk.

Evalueringsforprosjektet vil bl.a. kunne fastlegge hvilke analysetyper som vil være hensiktsmessig. I utformingen av forsøkene må det forutsettes at de legges opp på en måte slik at evalueringen av dem lar seg gjennomføre på en akseptabel måte.

Det er departementet sentralt som må stå som oppdragsgiver for evalueringen. Det er viktig at evalueringen legges opp og gjennomføres på en helhetlig måte, slik at resultatene blir sammenlignbare.

Det tar tid å prøve, å feile, og å finne nye løsninger. Forsøksfasen innebærer et lokalt utviklingsarbeid. Å tillemppe planens forslag lokalt innebærer en periode med lokal problemsøking, og tid til å identifisere og kartlegge problemområder. Lokalt vil man kunne se tiltak i sammenheng, vurdere virkninger for de forskjellige brukergrupper, og få et bilde av synergieffekter for lokalsamfunnet. Forsøksfasen lokalt bør derfor være forholdsvis lang, slik at man får et realistisk bilde av forsøkets potensiale.

Det er flere faser fra planlegging til beslutningsrelevante resultater. Noen faser er:

- planleggingsfasen
- utlysingsfasen
- beslutningsfasen
- søknadsfasen lokalt
- behandlingsfasen sentralt
- forhandlinger og avtaler med utvalgte forsøkssteder
- planleggingsfasen lokalt
- oppbyggingfasen
- praktisk innovasjonsfasen (utvikling og utprøving av nye tiltak og strategier)
- iverksetting av forsøksstrategiene
- bekjempelse av motstand mot endring
- avsluttende evalueringsfase
- presentasjon og formidling av evalueringsresultater
- den administrative beslutningsprosess
- den politiske beslutningsprosess.

14.2 SATSINGSPERIODEN 2001—2002

Satsingsperioden kan betegnes som et systematisk samarbeid eller nettverksbygging for å sikre en kontinuerlig prosess i det videre arbeidet. Til dette må det avsettes midler i en egen satsingspott som skal være åpen for alle som vil utvikle og videreføre planen. I løpet av denne perioden bør alle aktuelle instanser komme med i en helhetlig satsing. På dette tidspunkt vil man på grunnlag av evalueringen vite hvilke tiltak det vil være mest aktuelt å gjennomføre, og man vil kjenne de økonomiske kostnadene ved disse.

Hensikten med satsingsperioden er å få gjennomført de utprøvde tiltakene, som har gitt akseptable resultater, i full skala. I satsingsperioden legges grunnlaget for videre, mer ordinær drift. Målet må være å bestemme omfanget av framtidige faste overføringer, og legge til rette for en organisering av disse. Man må bygge på en evaluering av i hvilken grad behovene dekkes ved de ulike tiltakene, og om midlene treffer behovene. Sosial- og helsedepartementet må gjennomgå kostnadsrammene for de ulike tiltakene.

De kommuner, fylkeskommuner og institusjoner som ønsker å gå videre med tiltakene, må også i denne fasen fremme en helhetlig søknad om dette til Sosial- og helsedepartementet på bakgrunn av en samlet plan for bruken av midlene. De aktuelle instanser bør på dette tidspunkt ha en reflektert oppfatning av sine behov i forhold til sin egen samiske befolkning, og det bør gjøres klare vurderinger i forhold

til resultatene av de forskjellige prosjektene som har blitt gjennomført i forsøksperioden. En av forutsetningene for å få midler videre, må være at de fortsatt bidrar i en ekstern evaluering, og samtidig foretar en intern beskrivelse av egennytten ved tiltaket.

I løpet av satsingsperioden bør Sosial- og helsedepartementet få et bilde av hvilke behov og prioriteringer de forskjellige instanser har, og hvordan de ønsker å tilpasse de forskjellige tiltakene i den landsdekkende helse- og sosialplanen til sine lokale forhold. Departementets prioriteringer må ses i forhold til intensjonene i den landsdekkende planen, og resultatene av evalueringen. På dette grunnlaget bør man vurdere hvordan fylkeslegens og fylkesmannens tilsynsfunksjon bør innarbeides i forhold til de samiske aspekter ved helse- og sosialtjenestene.

Satsingsperioden bør også innebære en videreføring av evalueringen av bruken av midlene, slik at man kan legge grunnlag for en vurdering av hva det vil koste å føre tiltakene videre i en normal planlegging og drift av tjenestene. Perioden bør legge grunnlag for en vurdering av tilskuddsnivået i en fast tilskuddsordning for dekning av merutgifter ved helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning. I satsingsperioden bør det også gå klart fram hva de ulike instanser har lært, og det må utarbeides materiale som formidler de forskjellige erfaringene.

Det må ved utløpet av satsingsperioden vurderes om videre midler fortsatt bør gis som øremerkede tilskudd, eller om det vil være hensiktsmessig å utvikle nøkler for fordeling til kommuner og fylkeskommuner. Det er først når tiltakene kommer opp på et akseptabelt nivå at en overgang fra øremerkede til generelle tilskudd vil være relevant. Vurderingene av om tilbudet er på et akseptabelt nivå i forhold til de samiske brukergruppene, og om deres behov er rimelig dekket, bør også skje i samråd med Sametinget.

14.3 DRIFTSPERIODEN 2003 —

Utgangspunktet for driftsperioden er det opplegg for et sammenhengende tjenestetilbud i institusjoner, fylkeskommuner og kommuner med samisk befolkning som foreligger ved satsingsperiodens slutt. Etter satsingsperioden bør det foreligge et realistisk anslag over merutgiftene ved et tjenestetilbud som likestiller den samiske og den norske befolkning innen helse- og sosialsektoren, som grunnlag for fordeling av midler. Det må videre være klart hvilket system merutgiftene skal dekkes etter, dvs. hvilken fordelingsnøkkel som velges og om midlene f.eks. skal inngå som en del av det ordinære inntektssystemet.

Tiltakene må videreføres ved at det opprettholdes et visst nivå på tjenestene. Målet må være en kontinuerlig utviklingsprosess. Også i driftsfasen må man kunne forvente at tiltakene utvikler og sprer seg, slik at det også her bør kunne skje en ytterligere vekst. Tiltakene vil i lang tid ha karakter av nybrottsarbeid, slik at man må forvente en videre utvikling også i driftsperioden, for å bygge opp tiltakene til et rimelig nivå i alle kommuner.

Selv om midlene fordeles etter en fast fordelingsnøkkel, vil kommunene kunne ha stor frihet i utvikling og tilrettelegging. I driftsperioden må tiltakene fortsatt utvikles til et jevnt og tilfredsstillende nivå. For å få et grunnlag til å vurdere utviklingen bør det også legges inn evaluering i driftsfasen. Fylkeslegens og fylkesmannens funksjon bør nå være klarlagt. Det må utvikles mekanismer som sikrer at planen blir gjennomført i henhold til forutsetningene. Det må være kontrollmekanismer og systemer for rapportering om bruken av midlene også i driftsfasen.

KAPITTEL 15

**Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning
i Norge. Målstruktur****OVERORDNET MÅL: LIKEVERDIGE TILBUD INNEN HELSE- OG SOSIALSEKTOREN TIL DEN NORSKE OG DEN SAMISKE BEFOLKNING****MØTET MELLOM DE SAMISKE PASIENTER OG KLIENTER OG DET NORSKE HELSE- OG SOSIALVESENET (KAP. 3).**

Hovedmål 1: Rekruttering og kompetanseoppbygging med henblikk på den samiske befolkningens behov. Delmål og tiltak under "Rekruttering og kompetanseoppbygging" i kapittel 12

Hovedmål 2: En tilfredsstillende og funksjonell norsk-samisk/samisk-norsk tolketjeneste i helse- og sosialsektoren

Delmål 1: Rutiner for identifisering av tolkebehov og for bruk av tolk

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1. Utvikling av faste rutiner for bruk av tolk i kommuner, fylkeskommuner og institusjoner som betjener pasienter og klienter fra forvaltningsområdet for Samelovens språkregler.	Kommuner, fylkeskommuner og institusjoner som betjener personer fra språkreglens forvaltningsområde	Kommuner, fylkeskommuner og institusjoner som betjener personer fra forvaltningsrådet for Samelovens språkregler	Ordinære budsjetter og eventuelle forsøksmidler, samt Sametingets språkmidler	Nei	1996
2. Prosjekter med bruk av tolk for kommuner og institusjoner utenom forvaltningsrådet for Samelovens språkregler.	Kommuner, fylkeskommuner og institusjoner utenom forvaltningsrådet for Samelovens språkregler	Kommuner, fylkeskommuner og institusjoner utenom forvaltningsrådet for Samelovens språkregler	Ordinære midler og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
3. Utvikling av telemedisin med henblikk på en samisk tolketjeneste	Avdeling for telemedisin ved Regi-sonsykehuset i Tromsø	Avdeling for telemedisin ved Regi-sonsykehuset i Tromsø	Midler innenfor eksisterende budsjetterrammer og eventuelle forsøksmidler. Eventuelt med tilskudd av prosjektmidler fra Rikstrygdeverket, berørte fylkeskommuner og Sosial- og helsedepartementet	Nei	1996
4. Bevissthet rundt og utvikling av tolkens rolle som kulturell formidler	Utviklingsarbeid i regi av Universitetet i Tromsø, Samisk Høgskole og andre institusjoner	Universitetet i Tromsø, Samisk Høgskole og andre institusjoner	Ordinære budsjetterrammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996

Delmål 2: En tolketjeneste med utdannede tolker

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Relevante utdanningstilbud for tolker i helse- og sosialsektoren	Sosial- og helse-departementet, Kirke- utdan-nings- og fors- kningsdeparteme ntet, Kommunal- og arbeidsdepar- tementet og fyl- keskommuner med samisk befolkning	Universitetet i Tromsø og Samisk høg- skole, samt fyl- keskommuner med samisk befolkning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996

Hovedmål 3: Økt kvalitet for samiske brukere i helse- og sosialsektoren
Delmål 1: Økt kunnskap om samiske og transkulturelle forhold hos helse- og sosialpersonell

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Obligatoriske kurs for nytilsatte i samisk historie og samfunnsfor- hold	Kommuner og institusjoner i områder med samisk befolk- ning	Kommuner og institusjoner i områder med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	Snarest
2.En lommepar- lør til bruk i helse- og sosial- sektoren	Samisk språkråd og samiske helse- og sosialarbeid- dere	Samisk språkråd og samiske helse- og sosialarbeid- dere	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
3.Kurs i bruk av tolk for helse- og sosialpersonell	Univ. i Tromsø, Samisk Høg- skole, fylkes- kommuner med samisk befolkning	Univ. i Tromsø, Samisk Høg- skole, fylkes- kommuner med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
4.Vurdering av behovet for og organisering av en veiledningstje- neste for helse- personell i fleretniske sam- funn i Nord- Norge	Sosial- og helse- departementet, Sametinget og fylkeskommuner i Helseregion 5	Fylkeskommuner i Helseregion 5	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler		1996
5.Innarbeiding av kapitler om etnisk medisin i håndbøker for helse- og sosial- personell					

Delmål 2: Utvikling av tiltak som bedrer kvaliteten for samiske brukere i helse- og sosialsektoren

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
1.Helse- og sosi-alfaglig informa- sjon til den samiske allmenn- het på samisk	Kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning og institusjoner som betjener samer	Kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning og institusjoner som betjener samer	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
2.Spesielle tilbud til samiske barn på sykehus og institusjon	Sykehus og insti- tusjoner som betjener samiske barn	Sykehus og insti- tusjoner som betjener samiske barn	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
3.Bruk av samisk tolk som følge fra den kommunale helsetjenesten til sykehus. Vurde- ring av forskrifter og rundskriv til folketrygdlovens §2,6 nr. 1 og 2	Sosial- og helse- departementet	Sosial- og helse- departementet og Rikstrygde- verket, Sameting- get	Ordinær virksom- het	Ja. Vurde- ring av for- skrifter og rundskriv til folke- trygdlo- vens §2,6 nr. 1 og 2	1996
4.Pasientvennord- ning for norsk- og samisktalende samer på sykehus og institusjon	Kommuner, insti- tusjoner og syke- hus med samisk befolkning	Kommuner, insti- tusjoner og syke- hus med samisk befolkning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
5.Utvikling av kultureltrelevante tiltak for samiske pasienter og kli- enter	Kommuner og institusjoner i samiske områder innen 1. og 2. lin- jetjenesten	Kommuner og institusjoner i samiske områder innen 1. og 2. lin- jetjenesten	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
6.Kvalitetssik- ring for samiske brukere. Utvik- ling og sikring av rutiner som ivare- tar de samiske brukernes behov i møtet med helse- og sosial- vesenet	Sosial- og helse- departementet/ Statens helsetil- syn	Kommuner og institusjoner i samiske områder i samarbeid med samiske helse- og sosialarbeidere	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
7.Prosjekt for utvikling av et landsdekkende nettverkssamar- beid mellom kommuner, fyl- keskommuner, sykehus og andre institusjo- ner om fleksibel bruk av samisk språklige og kul- turell kompe- tanse	Sosial- og helse- departementet/ Statens helsetil- syn	Sosial- og helse- departementet/ Statens helsetil- syn. Kommuner og institusjoner i samiske områder	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996

8. Utredning av hvordan same- nes interesser skal ivaretas i pasientombuds- funksjonen	Fylkeskommuner i Helseregion 5 og Sametinget	Fylkeskommuner i Helseregion 5 og Sametinget	Ordinær virksom- het	Nei	1996
9. Vurdering av situasjonen for den samiske minoritet i Norge i forbindelse med nytt forslag til pasientrettighets- lov	Sosial- og helse- departementet	Sosial- og helse- departementet	Ordinær virksom- het	Eventuelt	1996

Hovedmål 4: En samhandling innenfor rammen av samisk språk i helse- og sosialsektoren i samiske områder

Delmål 1: Utvikling og innarbeiding av samisk som fagspråk i helse- og sosialsektoren

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
1. Et prosjekt for terminologiutvik- ling	Universitetet i Tromsø, Samisk språkråd og samiske helse- og sosialarbeidere	Universitetet i Tromsø, Samisk språkråd og samiske helse- og sosialarbeidere	Ordinære midler og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
2. En samisk- norsk/ norsk- samisk medisinsk ordbok	Samisk språkråd og samiske helse- og sosialarbei- dere	Samisk språkråd og samiske helse- og sosialarbei- dere	Ordinære midler og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
3. Utvikling av samisk som fag- språk innen de enkelte delsektorer i helse- og sosialtjenesten	Kirke, utdan- nings- og fors- knings- departementet. Sametinget og Norges Fors- kningsråd	Sametinget og Norges Fors- kningsråd	Midler vurderes i forhold til pro- sjektets omfang over Forsknings- rådets budsjett. Eventuelle for- søksmidler	Nei	1996

Delmål 2: Likeverdige tilbud for samiskspråklige brukere av helse- og sosialtjenestene også utenom forvaltningsområdet for Samelovens språkregler

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
1. Samisk språk og kultur likestilt som kriterium innenfor syste- met med gjestepa- sient-ordninger.					
2. Et system for innhenting av samisk språklig og kulturell kom- petanse i helse- og sosialsektoren					

3. Vurdering av utvidelse av forvaltningsområdet for Samelovens språkregler med henblikk på behovene i helse- og sosialsektoren

4. Utredning av muligheter for bruk av samisk språk ved landsdekkende institusjoner.

5. Et prosjekt for bruk av samisk språk innen apotekvesenet

6. Hensyn til bruk av samisk språk i fylkesnemnda

7. Vurdering av behovet for bruk av samisk språk i Trygderetten

SAMISKE FORUTSETNINGER OG KULTURELL BAKGRUNN (KAP. 4)

Hovedmål 1: Utvikle samiske forutsetninger og kulturell bakgrunn som faglig kompetanse

Delmål 1: Innarbeide samisk kulturell kompetanse i de forskjellige delområder i helse- og sosialsektoren

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1. Vurdering av et forskningspro-gram om samisk sedvane og tradi-sjonell kunnskap	Norges Forskningsråd og Sametinget	Norges Forskningsråd og Sametinget	Ordinære rammer	Nei	1996
2. Vurdering av opplegg for informasjon om tradi-sjonell kunnskap i helse- og sosial-faglige miljøer der denne kunn-skap vil være hen-siktsmessig	Norges Forskningsråd og Sametinget	Norges Forskningsråd og Sametinget	Ordinære rammer	Nei	1996—97
3. Vurdere innhen-ting av erfaringer om samarbeid mellom helsear-beidere og tradi-sjonelle helbredere	Norges Forskningsråd og Sametinget	Norges Forskningsråd og Sametinget	Ordinære rammer	Nei	1996—97

SAMISKE BARN OG UNGE MELLOM TO KULTURER (KAP. 5)**Hovedmål 1: En oppvekst med to språk og to kulturer — en berikelse for samiske barn og unge****Delmål 1: Styrke barnas samiske identitet ved å fremme bruken av samisk språk, og ved å formidle samisk kultur og levesett i barnehagen**

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1. Et lovfestet grunnlag for samiske barnehager	Barne- og familie-departementet	Barne- og familie-departementet	Barne- og familie-departementet	Ja. Endring i barnehage-lovens § 7	Til sluttbe-handling i Stortinget
2. Samle og formidle erfaringer fra arbeidet med revitalisering av samisk språk og kultur i barnehagen, og spore til ytterligere utvikling på dette området	Barne- og familie-departementet	Fylkesmennene og Samisk Utdanningsråd	Ordinære rammer LUA-midler fra BFD som forvaltes av fylkesmennene	Nei	1996—97
3. Utvikling av pedagogisk materiell og veiledning for å fremme et samisk innhold i samiske barnehager	Barne- og familie-departementet	Barne- og familie-departementet, Fylkesmennene, Samisk utdanningsråd	Ordinære rammer fra BFD, LUA-midler hos fylkesmennene, SURs midler til pedagogisk materiell, etc	Nei	1996—97

Delmål 2: En skole som formidler og utvikler det språk, de verdier, den kultur og den historie som samiske barn skal fungere i forhold til

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1. En samlet oppsummering av erfaringer med prosjekter og strategier for språkutvikling i skolen	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Barne- og familiedepartementet	Samisk Utdanningsråd og Samisk Høgskole, Nordisk Samisk Institutt	Ordinære rammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996—97
2. Forsøks- og utviklingsarbeid for å fremme en samisk kulturformidling i skolen	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Barne- og familiedepartementet	Samisk Utdanningsråd og Statens Utdanningskontor i fylkene. Kommuner med samisk befolkning	Ordinære rammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996—98
3. Informasjon og veiledning ved valg av undervisningsspråk i skolen	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Barne- og familiedepartementet	Skolekontorer og PP-tjenesten i kommuner med samisk befolkning	Ordinære rammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996

Delmål 3: Et barnevern til samiske barns beste

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
1. Avklaring av virkninger av lov om barneverntjenester for samiske barn	Barne- og fami- liedepartementet	Barne- og fami- liedepartementet	Ordinær virksom- het		1995—96
2. Forskrift som presiserer prakti- sering av lov om barneverntjenes- ter i forhold til samiske barn	Barne- og fami- liedepartementet	Barne- og fami- liedepartementet	Ordinær virksom- het	Vurdering av lovend- ring. Even- tuelt ny forskrift til lov om bar- neverntje- nester	1996
3. Kompetanseut- vikling i barne- vernet. Innhenting og for- midling av kunn- skap	Barne- og fami- liedepartementet	Regionale kom- petansesentra for barnevern, sær- lig kompetanse- senteret for barnevern i helse- region 5	Ordinær virksom- het innen ordi- nære budsjetttrammer, eventuelle for- søksmidler	Nei	1995
4. Vurdering av oppfølging av ny kunnskap innen barnevernet. Her- under utvikling av kursmateriell om samiske og fler- kulturelle/ fleret- niske forhold	Barne- og fami- liedepartementet	Fylkesmannen i fylker med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1995
5. Opplæring av personell i kom- muner og fylkes- kommuner om samiske og fleret- niske/ flerkultu- relle forhold innen barnever- net	Kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning	Kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1995

Delmål 4: En helsestasjon og en skolehelsetjeneste som møter samiske barn og unge og deres foreldre på deres eget språk og innenfor rammen av deres egen kultur

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
1. Undervisning og veiledning til helse- og sosial- personell om betydningen av tospråklighet og tokulturell opp- vekst	Sosial- og helse- departementet	Fylkeslegen og kommunene	Ordinære bud- sjettrammer (SHD) og eventu- elle midler til for- søksevirsomhet	Nei	1996

2. Informasjon og veiledning til foreldre om tospråklighet og tokulturell oppvekst	Sosial- og helse- departementet	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer (SHD) og eventuell dekning av merutgifter	Nei	1996
3. En helsestasjon som fungerer innenfor rammen av samisk språk og kultur i samiske kommuner	Sosial- og helse- departementet	Kommuner i virkeområdet for Samelovens språkregler	Ordinære budsjetttrammer (SHD), og eventuell dekning av merutgifter, støtte til mønsterprosjekt under BFD, tospråklighetsmidler fra Sametinget	Nei	1996
4. Opplegg for språklig diagnostisering i samiske områder	Barne- og familiedepartementet, Sosial- og helse- dep	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer (BFD) og eventuell dekning av merutgifter og Sametingets tospråklighetsmidler	Nei	Prøveprosjekt 1996—98
5. Foreldreveiledningsarbeid innrettet på samiske foreldre	Barne- og familiedepartementet	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære rammer. BFD	Nei	Oppstart 1995—96

Delmål 5: Et samisk oppvekstmiljø for samiske barn og unge

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
1. Sikre og utvikle kulturell kunnskap i planleggingen for samiske barn og unge	Barne- og familiedepartementet	Kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetter. BFD	Vurdere rikspolitiske retningslinjer	1995
2. Utprøving av metoder for barn og unges medvirkning i samiske kommuner	Barne- og familiedepartementet	Enkelte kommuner med samisk befolkning	Ordinære rammer. BFDs budsjett	Nei	1996
3. Vurdering av en ordning med et eget samisk barneombud	Barne- og familiedepartementet	Barne- og familiedepartementet	Ordinære rammer eller prosjektmidler BFD	Nei	3-års prøveprosjekt
4. Vurdering av behovet for en samiskspråklig kontakttelefon for barn og unge	Barne- og familiedepartementet og Sametinget	Barne- og familiedepartementet og Sametinget	Ordinære rammer eller prosjektmidler BFD	Nei	Prøveprosjekt hvis realisering

5. Utvikling av metoder og modeller for videreformidling av samisk språk og kultur innen skolefritidsordningene	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Samisk utdanningsråd, Barne- og familiedepartementet	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Samisk utdanningsråd, Barne- og familiedepartementet	Ordinære rammer	Nei	1996
6. Vurdering av et landsomfattende prosjekt på oppvekstmiljøprofil i forskjellige samiske lokalsamfunn	Sametinget og Barne- og familiedepartementet	Sametinget og Barne- og familiedepartementet	Prosjektmidler BFD	Nei	1996

RISIKOGRUPPER BLANT SAMISK UNGDOM (KAP. 6)

Hovedmål: Integrasjon av risikogrupper blant samisk ungdom som en ressurs for det samiske samfunnet

Delmål: Utvikling av forebyggings- og behandlingsstrategier som er spesielt innrettet på samisk ungdom, og som sikrer at de møtes av et hjelpeapparat med relevant språklig og kulturell kunnskap

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1. Utvikling av faglig kompetanse og strategier for behandling og forebygging innen rusvernet spesielt innrettet på den samiske befolkning	Sosial- og helse-departementet- Nordlandsklinikk en og Finnmarks- klinikken	Nordlandsklinik-ken og Finn- marks-klinikken	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
2. Opprusting av førstelinjetjenes-ten innen rusver- net med henblikk på den samiske befolkningens behov. Utvikling av kommunale tiltaksplaner	Sosial- og helse- departementet- Kommuner med samisk befolk- ning	Kommuner med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
3. Prosjekter med utprøving av samarbeidsfor- mer i forebyg- gingsarbeidet relatert til samisk ungdom som målgruppe. Ansvarsgrupper eller basisgrupper	Sosial- og helse- departementet. Barne- og fami- liedepartementet Kommuner med samisk befolk- ning	Kommuner med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996

4. Styrke elevenes og skolens rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet	Kirke- utdannings- og forskningsdepartementet, Sosial- og helsedepartementet, Barne- og familiedepartementet, kommuner med samisk befolkning og øvrige skoler	Kommuner og skoler i samiske bosettingsområder	Ordinære budsjetttrammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
5. Forsøk med modeller med oppfølgingsteam innrettet på selvmordstruet ungdom i kommuner med samisk befolkning	Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og kommuner med samisk befolkning	Statens helsetilsyn og kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer	Nei	1996
6. Vurdering av et program for forsknings- og utviklingsarbeid innen forebyggende arbeid for den samiske befolkning innen rusmiddelomsorg og selvmordsforebyggende arbeid	Sametinget og Norges Forskningsråd, Sosial- og helsedepartementet	Sametinget og Norges Forskningsråd, Sosial- og helsedepartementet	Ordinære budsjetttrammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
7. Økt kunnskap om samiske familier og nærmiljørelasjoner i et samfunn i endring. Et opplegg for forsknings- og utviklingsarbeid	Sametinget og Norges Forskningsråd	Sametinget og Norges Forskningsråd	Ordinære budsjetttrammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
8. Alkoholfrie fritidstilbud i kommunene	Sosial- og helsedepartementet, Barne- og familiedepartementet, Rusmiddeldirektoratet, kommuner med samisk befolkning	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
9. Utvikling av generasjonsoverspannende miljøskapende tiltak	Barne- og familiedepartementet, Arbeidsmarkedsstaten, kommuner med samisk befolkning	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
10. Vurdering av et behandlingstilbud med spesialkompetanse vedrørende ungdom med samisk bakgrunn	Sosial- og helsedepartementet, Fylkeskommuner med samisk befolkning	Fylkeskommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996

1. Prosjekt med utvikling av samisk språk- og kulturkompetanse hos ungdomsteam i større byer	Sosial- og helse- departementet	Ungdomsteam/ uteseksjonen i aktuelle byer	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
--	---------------------------------	---	---	-----	------

ELDREOMSORG I SAMISKE OMRÅDER (KAP. 7)

Hovedmål: Samisk livskvalitet i alderdommen

Delmål: En planlegging av omsorgstjenester for eldre på alle nivåer med henblikk på livskvalitet for samiske eldre

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sending	Iverkset- tingstids- punkt
1. En kommunal planlegging av omsorgstjenester for eldre som inneholder mål og tiltak spesielt for samiske eldre	Kommuner med samisk befolk- ning	Kommuner med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
2. En samordnet og fleksibel bruk av bemanningen i kommuner med samisk befolk- ning med hen- blikk på en effektiv bruk av samisk språk- og kulturkompetanse	Kommuner med samisk befolk- ning	Kommuner med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
3. Utvikling av et pleietilbud som fremmer stabili- tet og stimulering i omsorgen av samiske eldre, og som utgår fra et personell og en institusjonskultur som tar hensyn til samiske eldres behov for referan- ser til sitt nær- miljø og sin kultur	Kommuner med samisk befolk- ning, Sosial- og helsedepartemen- tet	Kommuner med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996
4. En hjemmeba- sert omsorg med samisk språklig og kulturell kom- petanse, og som innebærer størst mulig kontinu- tet for den eldre	Kommuner med samisk befolk- ning, Sosial- og helsedepartemen- tet	Kommuner med samisk befolk- ning	Ordinære bud- sjettrammer og eventuelle for- søksmidler	Nei	1996

5.En utvikling med overgang til nye omsorgsformer og rehabilitering i sykehjem som tar i bruk kunnskap om de eldres kultur og hjemmiljø	Kommuner med samisk befolkning, Sosial- og helsedepartementet	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetterammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
6.Planlegging av eldreboliger og eldreenheter spesielt innrettet på samiske eldre	Kommuner med samisk befolkning	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetter	Nei	1996
7.En utvikling av tjenestetilbudet til samiske eldre gjennom tiltak, prosjekter og opplæringsplaner	Samiske kommuner og Gerontologisk Institutt, m.fl.	Samiske kommuner og Gerontologisk Institutt, m.fl.	Ordinære budsjetterammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
8.Utvikling av tiltak spesielt for samiske eldre i de sørsamiske områdene	Sosial- og helsedepartementet og kommuner med samisk befolkning	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetterammer og eventuelle forsøksmidler	Nei	1996
9.Legge til rette for pårørendes medvirkning i eldreomsorgen i samiske områder		Kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetterammer og eventuelle forsøksmidler	Eventuelt	1996
10.Styrking av samiske eldres medinnflytelse, og bruk av eldre som ressurs i lokalsamfunnet					
11.Kompetanseutvikling innen 2.og 3.linjetjenesten i omsorgen av samiske eldre			Ordinære budsjetterammer og eventuelle forsøksmidler		1996
12.Geriatrisk diagnostisering ut fra hensyn til samisk språk og kulturbetinget adferd	Sosial- og helsedepartementet og kommuner med samisk befolkning	Regionsykehuset i Tromsø	Ordinære budsjetterammer og eventuelle forsøksmidler		1996
13.Gerontologisk utviklingsarbeid med henblikk på samiske eldre	Sosial- og helsedepartementet og Gerontologisk institutt	Sosial- og helsedepartementet og Gerontologisk institutt	Ordinære budsjetterammer og eventuelle forsøksmidler		1996
14.Helseopplysning på samisk til samiske eldre			Ordinære budsjetterammer og eventuelle forsøksmidler		1996

15. Utvikling av kvalitetsmål og kvalitetssikringsprosjekter i eldreomsorgen spesielt innrettet på samiske eldre	Sosial- og helse- departementet	Kommuner, fylkeskommuner og institusjoner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer og eventuelle forsøksmidler	1996
16. Et helhetlig prosjekt i samiske kommuner for å skape en kulturelt betinget eldreomsorg	Kommuner i samiske bosetingsområder	Kommuner i samiske bosetingsområder	Ordinære budsjetttrammer og eventuelle forsøksmidler	1996

PSYKISK HELSEVERN OG BEHANDLINGSTILBUDET TIL DEN SAMISKE BEFOLKNING (KAP. 8)

Hovedmål 1: En klinisk og teoretisk utvikling av de etnokulturelle aspekter i psykisk helsevern

Delmål 1: Et behandlingstilbud til samiske pasienter innenfor en samisk språklig og kulturell ramme

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
1. Utvikling av etnokulturell kompetanse i psykisk helsevern i Nord-Norge	Sosial- og helse- departementet, Åsgård sykehus, Universitetskli- nikken	Åsgård sykehus, Universitetskli- nikken	Ordinær virksom- het	Nei	1996
2. Kartlegging av eksisterende res- surser og behov for samisk kom- petanse innen psykisk helsevern	Sosial- og helse- departementet, Åsgård sykehus, Universitetskli- nikken	Åsgård sykehus, Universitetskli- nikken	Ordinær virksom- het	Nei	1996
3. Praktisering av Sameloven i organiseringen av psykisk helse- vern innen 2. og 3. linjetjenesten.					
4. Kommunale delplaner for psy- kisk helsevern som innarbeider samiske aspekter	Kommuner med samisk befolk- ning	Kommuner med samisk befolk- ning			

HABILITERING OG REHABILITERING (KAP. 9)

Hovedmål: Den funksjonshemmede skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringssevnen med sikte på størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premisser. Dette gjelder sosialt og kultu- relt så vel som språklig

Delmål 1: Identifisere og følge opp alle pasienter og klienter med rehabi- literingsbehov i kommunene, uansett språklig og kulturell bakgrunn

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1. Bygge inn samisk språk og kulturkompetanse i kommunenes rehabiliteringstjeneste	Sosial- og helse-departementet	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære ramme	Nei	1995
2. Utvikling av et interkommunalt nettverk for bruk av samiskrelatert kompetanse i rehabiliteringen	Sosial- og helse-departementet	Kommuner med samisk befolkning i samarbeid	Ordinære rammer og prosjektmidler fra Sos.dep	Nei	1995

Delmål 2: Klientarbeid og veiledning i fylkeskommunen som sikrer en kulturelt og språklig tilpasset rehabiliteringsprosess for samiske brukere

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1. Fylkeskommunale rehabiliteringsteam med relevant samisk kompetanse	Fylkeskommuner med samisk befolkning	Fylkeskommuner med samisk befolkning	Ordinære rammer	Nei	1996
2. Et samiskspråklig rehabiliteringsteam i Finnmark	Finnmark fylkeskommune	Finnmark fylkeskommune	Ordinære rammer	Nei	1996
3. En organisering av rehabiliteringsarbeidet i fylkeskommunale institusjoner som sikrer de nødvendige hensyn til samiske brukere	Fylkeskommuner med samisk befolkning	Fylkeskommuner med samisk befolkning	Ordinære rammer	Nei	1996
4. Vurdering av behovet for utredning av en samiskspråklig rehabiliteringsinstitusjon med særskilte oppgaver i forhold til den samiske befolkning	Sosial- og helse-dep., Finnmark fylkeskommune	Finnmark fylkeskommune	Sosial- og helse-dep., Finnmark fylkeskommune	Nei	1996
5. Et nettverk for formidling av samisk kompetanse i rehabiliteringsarbeidet	Fylkeskommuner med samisk befolkning	Fylkeskommuner med samisk befolkning	Ordinære rammer	Nei	1996

Delmål 3: Regionale og landsdekkende rehabiliteringsfunksjoner til det beste for samiske brukere

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Rehabiliterings-team spesielt innrettet på samiske pasienter på sykehus i Helseregion 5	Sosial- og helse-departementet	Regionsykehuset i Tromsø	Sosial- og helse-departementet og Regionsykehuset i Tromsø	Nei	1996
2.Forsknings- og utviklingsarbeid innen rehabilitering med sikte på samiske brukere	Sosial- og helse-departementet	Forskningsmiljøer med samisk kompetanse og helse- og sosial-faglig kompetanse	Sosial- og helse-departementets utrednings midler (Kap. 603, etc.)	Nei	1996
3.Vurdering av landsdekkende rehabiliteringsoppgaver i forhold til samiske brukere	Sosial- og helse-departementet			Nei	1996

Delmål 4: En yrkesrettet rehabilitering som tar hensyn til samiske kulturelle faktorer

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Kompetanseoppbygging om relevante samiske forhold i arbeidsmarkeds-etaten gjennom opplæring og praktiske prosjekter	Arbeidsmarkeds etaten	Arbeidsmarkeds etaten	Arbeidsmarkeds etaten	Nei	1996

ARBEIDSMILJØTILTAK I REINDRIFTSNÆRINGEN (KAP. 10)**Hovedmål: Et bedre arbeidsmiljø i reindriftsnæringen****Delmål: Sikre arbeidsmiljøet gjennom et helsefremmende og forebyggende arbeid i reindriftsnæringen**

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Organisering av arbeidsmiljøtiltak i reindriftsnæringen	Landbruks-departementet	Landbruksdepartementet /Norske Reindriftssamers Landsforbund	Reindriftsavtalen. Omstilling-sprogrammet for Finnmark	Nei	1996

2.Vurdering av tiltak som kan bevirke til å bedre arbeidsmiljøet i næringen i forbindelse med reindriftens avtaleforhandlinger	Landbruksdepartementet, Reindriftsadministrasjonen, Norske Reindriftssamers Landsforbund	Landbruksdepartementet/Norske Reindriftssamers Landsforbund	Reindrifftsavtalen	Nei	1996
3.Helse- miljø- sikkerhetsopplæring ved Reindriftsskolen	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Landbruksdepartementet	Reindriftsskolen	Egne budsjetter	Nei	1996/97
4.Forskning om forebygging av belastningsslidelser i reindriften	Norges Forskningsråd og Sametinget	Norges Forskningsråd og instanser med relevant kompetanse	Forskningsmidler etter utviklet program for forskningen	Nei	1996
5.Et prosjekt for forebygging av psykologiske og sosiale konsekvenser av omstillingsprosessene i reindriftsnæringen	Norges Forskningsråd og SametingetOmstillings-programmet for reindriften	Omstillings-programmet for Norges Forskningsråd og Sametingetreindriften	Reindriffts omstillingsmidler	Nei	1996
6.Et forskningsprogram for identifikasjon av nødvendige faktorer for vedlikehold av reindriftssamiske samfunn	Norges Forskningsråd og Sametinget	Norges Forskningsråd og SametingetUniversiteter, institutter og fagmiljøer med relevant kompetanse	Ordinære forskningsmidler	Nei	1996

MENNESKER OG MILJØ I NORD (KAP. 11)

Hovedmål 1: En bærekraftig utvikling som sikrer gode levekår og økologisk balanse i bruk av naturressursene i samiske bosettingsområder

Delmål 1: Vurdering og samordning av det samlede forsknings- og miljøovervåkingsarbeidet. Samisk deltagelse i forskning og miljøovervåking

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Vurdering av utvikling av et helhetlig miljøovervåkingsprogram	Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet	Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet, underliggende etater, Sametinget, Universiteter og forsknings institusjoner (Vurdering av egen task-force eller kartleggingsgruppe.)	Del av ordinær virksomhet	Nei	1996

2.Forebyggende samisk miljøvern og ressursovervåking på lokalt nivå	Miljøverndepartementet og Sosial- og helse-departementet, Kommuner med samisk befolkning Samiske institusjoner og kultursentra	Kommuner med samisk befolkning Samiske institusjoner og kultursentra	Ordinære midler	Nei	1996
3.Kompetanseoppbygging og veiledning til helse- og sosialpersonell i kommuner med samisk befolkning om problemer knyttet til forurensingssituasjonen	Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedepartementet	Kommuner med samisk befolkning	Ordinære midler	Nei	1996
4.Bruk av lokal samisk kunnskap om natur og økologi	Kommuner med samisk befolkning. Samiske institusjoner og kultursentra	Kommuner med samisk befolkning. Samiske institusjoner og kultursentra	Ordinære midler, evtprosjektmidler fra Miljøverndepartementet	Nei	1996
5.Vurdering av behovet for en utvikling av beredskapsarbeidet i områder med samisk befolkning	Miljøverndepartementet, kommuner og fylkeskommuner i samiske områder	Kommuner og fylkeskommuner i samiske områder	Del av ordinær virksomhet	Nei	1996
6.Informasjonsseminarer om miljøproblematikk	Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Sametinget	Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Sametinget	Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet	Nei	1996
7.Informasjonsbulletin med relevant og tilpasset informasjon på samisk og norsk	Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet og Sametinget	Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet, kommuner med samisk befolkning, Sametinget	Miljøverndepartementet, Sosial- og helsedepartementet	Nei	1996

REKRUTTERING OG KOMPETANSEOPPBYGGING (KAP. 12)

Hovedmål: En stabil stamme av helse- og sosialpersonell med samisk språk og kulturkompetanse i fylker og kommuner med samisk befolkning

Delmål 1: Utfordrende arbeidsplasser med muligheter for utvikling og bruk av faglig kompetanse, inkludert samisk språklig og kulturell kompetanse

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
--------	----------------------------	----------------------------	--------------	---------------------	----------------------------

1. Opplærings- og utviklingsplaner som bygger inn behovet for samisk språk- og kulturkompetanse hos helse- og sosialpersonell i samiske kommuner	Kommunal- og arbeidsdepartementet, Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Kommunenes sentralforbund/ Kommunal opplæring	Fylker og kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer hos KUF og SHD, og eventuelle forskningsmidler for gjennomføring	Nei	Fra 1996, evt. i form av forsøks- og utviklingsarbeid
2. Egne delplaner som ivaretar hensynet til utvikling av samisk språk og kulturkompetanse hos helse- og sosialpersonell i kommuner i virkeområdet for Samelovens språkregler	Kom.dep., og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Kommunenes sentralforbund, Kommunal opplæring	Fylker og kommuner i forvaltningsområdet for samelovens språkregler	Ordinære budsjetttrammer hos KUF og SHD, og eventuelle forskningsmidler, eventuelt tospråklighetsmidler fra Sametinget	Nei	Fra 1996, evt. i form av forsøks- og utviklingsarbeid
3. Et faglig forum for samiske helse- og sosialarbeidere	Sosial- og helse- departementet	Sametinget Samiske helse- og sosialarbeiderorganisasjoner	Ordinære budsjetttrammer, og eventuelle forskningsmidler	Nei	1996
4. Prioriterings- og belønningssystemer for samisk språk og kulturkompetanse i arbeidsforhold	Kommunenes Sentralforbund. Kommunal- og arbeidsdepartementet	Fylker og kommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer, og eventuelle forskningsmidler	Nei	Fra 1996
5. Utredning av muligheter for bruk av telemedisin til veiledning, videre- og etterutdanning		Avdeling for telemedisin ved Regi- onsykehuset i Tromsø			
6. Hospiteringsordninger for helse- og sosialpersonell i små, spedtbygde kommuner		Aktuelle sykehus og kommuner			

Delmål 2: Nyrekruttering av ungdom og voksne til helse- og sosialsektoren i samiske områder

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk- sendring	Iverkset- tingstids- punkt
1. Rekrutterings- og informasjons- arbeid i skolene. Prosjekt for utvikling av en informasjonspakke	Sosial- og helse- dep. og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, Arbeidsmarkeds- etaten	Samisk Læremid- delsenter med samarbeidspart- nere	Sosial- og helse- departementet, som del av pakke for stimulering av rekruttering i Finnmark	Nei	1996

2.Målretting av kvalifiseringskurs mot kompetansebehov i helse- og sosialfag	Arbeidsmarkeds-etaten og skoleverket	Arbeidsmarkeds-etaten og skoleverket	Ordinære budsjetttrammer hos etatene.	Nei	1996
3.Særskilte stipendordninger for kombinasjoner av samisk språk- og kulturkompetanse i helse- og sosialfaglige utdanninger	Kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning	Kommuner og fylkeskommuner med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer	Nei	1996
4.Utvikling av kvoteordninger for samisk språk og kulturkompetanse ved inntak på helse- og sosialfaglige studier	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Sosial- og helsedepartementet	Universiteter og høyskoler som rekrutterer fra områder med samisk befolkning	Ordinære budsjetttrammer	Nei	1996
5.Praktiseplasser og turnustjeneste i institusjoner og kommuner med samisk befolkning	Sykehus og institusjoner i samiske områder	Sykehus og institusjoner i samiske områder	Ordinære budsjetttrammer		
6.Vurdering av egne utdanningsstillinger innen somatiske helse-tjenester for samiske leger ved sykehus i Helseregion 5	Sykehus i Helse-region 5	Sykehus i Helse-region 5			
7.Egne rekrutteringstiltak for tannhelsepersonell med samisk bakgrunn	Fylkeskommuner med samisk befolkning	Fylkeskommuner med samisk befolkning			

Delmål 3: Sikre rekruttering av helse- og sosialpersonell med samisk språk- og kulturkompetanse til videre- og etterutdanningene

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Forsøksordning med fortrinnsrett under ellers like vilkår for helse- og sosialpersonell med samisk språk og kulturkompetanse ved videre- og etterutdanningene	Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet				

Delmål 4: Fremme lokal rekruttering til studier i helse- og sosialfag

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Utvikling av desentralisert utdanning i helse- og sosialfag i samiske områder	Kirke,- utdanning- og forskningdepartementet	Relevante utdanningsinstitusjoner			
2.Gjennomføring av den foreslåtte sykepleierutdanningen i indre Finnmark	Kirke,- utdanning- og forskningdepartementet	Relevante utdanningsinstitusjoner			

Delmål 5 : Et samisk innhold i de helse- og sosialfaglige utdanningene

Tiltak	Ansvarlig for igangsetting	Ansvarlig for iverksetting	Finansiering	Regelverk-sending	Iverkset-tingstids-punkt
1.Samarbeid om organisering av grunnutdanningene innen helse- og sosialfag for å bygge inn samiske og tverrkulturelle aspekter som satsningsområde i Norgesnett	Sosial- og helse-departementet og Kirke-, utdanning- og forskningdepartementet	UiTø, Samisk Høgskole, Helse- og sosialfaglige høgskoler i Helse-reg. 5			
2.Prioritering av utvikling av læremidler som bygger inn samiske etniske og kulturelle aspekter til bruk i helse- og sosialsektoren	Sosial- og helse-departementet og Kirke-, utdanning- og forskningdepartementet	UiTø, Samisk Høgskole, Samisk Utdanningsråd, helse- og sosial-høgskolene i Helseregion 5 og Samisk Utdanningsråd	Ordinære rammer	Nei	1996
3.Organisering av videre- og etterutdanningene for å bygge inn de samiske aspekter	Sosial- og helse-departementet og Kirke-, utdanning- og forskningdepartementet	UiTø, Samisk Høgskole, Helse- og sosialfaglige høgskoler i H.reg. 5			
4.Utvikling av kurstilbud i transkulturell forståelse med en terapiorientert utdanning	Sosial- og helse-departementet og Helseregion 5	Samisk Høgskole og poliklinikker i Helseregion 5			

5. Et formalisert samarbeid mellom BUP-Karasjok og VPP-Lakselv med henblikk på utdanning og kompetanseutvikling	Finnmark fylkeskommune	BUP-Karasjok og VPP Lakselv
6. En helsefaglig etterutdanning med et samiskrelatert innhold på nordisk basis	Nordiska Hälsovårdhögskolan	Nordiska Hälsovårdhögskolan

KAPITTEL 16

Referanser

- Aas, I.H.: The depth of the lingual fossa in permanent maxillary incisors of Norwegian Lapps. *Am-J-Phys-Anthropol.* 1979 Sep, 51(3): 417-9.
- Aasen, Joar: Språk og læring i sosialt perspektiv, Hoem, Beck, Tjeldvoll (red.): Samfunnsrettet pedagogikk, Universitetsforlaget 1979.
- Abrahamson, L.Y., Slegman, M.E.P., Teasdale, J.D.: Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology.* 87: 49 — 74, 1978.
- Adolfsson, Bucht, Sandman, Wimblad, Åstrøm: Demens sykdommer og eldrepsykiatri. Utredning, behandling og pleie. Tamo 1991.
- Afset, JE, Lunde, P.: Teleekkokardiografi. *Tidsskr. Norsk Lægeforening* 1994.
- Aikio, S.: Samernas dryckesseder, i *Alkoholpolitik* nr. 2/1971, s. 55-59.
- Aira, Harrieth: Oppvekstvilkår for barn med samisk bakgrunn i et norskdominert lokalsamfunn. 3-årsoppgave ved sosiallinja NDH, Bodø, våren 1985.
- Aira, Jonny: Om arbetsrelaterade fysiska besvär och sjukdomar hos samiska renskötare. En enkätstudie. Vårdhögskolen, Hälsouniversitetet i Linköping. 1986.
- Allardt, A: Att ha, att alka, att vara. Lund 1975.
- Andersen, Kjell: Møtet mellom den samiske pasient og det norske helsevesenet. Språk og kulturbarrierer. Hovedoppgave i psykiatrisk sykepleie ved Sykepleierhøgskolen i Tromsø, høsten 1987.
- Andersen, Knut Arild: Videokonferanse i helsevesenet. Erfaringer etter to års bruk i Troms og Finnmark. TF nr. 3/92.
- Angerer j., Heinrich-Ramm R., Lehnert G.: Occupational exposure to cobalt and nickel: Biological monitoring. *Intern.J. Environ. Anal. Chem.*, 35, 81-88 (1989).
- Arieto, S., Bemporad, J.: Severe and mild depression. Tavistock Publications, London, 1980.
- Austveg, Berit: Helsearbeid og innvandrere. Tano, 1994.
- Ballari, Kjell: Kulturelle tiltak for vedlikehold av lokalsamfunn. *Diedut* 1/83.
- Ballari, Trygve: Sosiale tiltak i forbindelse med vedlikehold av samiske lokalsamfunn. *Diedut* 1/83.
- Balto, Asta: Samisk barneoppdragelse i endring. Sentrale verdier som må sikres i kulturelle overføringer. Urbefolkningskonferansen 1993 «Buolvvas Bulvii — Cearddas Ceardii».
- Balto, Asta: Samisk barneoppdragelse og kjønnsosialisering. En studie i foreldres og andre voksnes forståelsesformer. Hovedoppgave, Univ. i Oslo 1986.
- Balto, Bjørg: Samisk folkemedisin. Upublisert notat 1992.
- Berg, Agnar: Pionerkullene fra Kautokeino. FD 26.06.1992.
- Berg, K., Arvilommi, H., Eriksson, A.W.: Genetic marker systems in Arctic populations. II. Polymorphism of C'3 in Finnish Lapps. *Hum-Hered.* 1972, 22(5): 481-7.
- Berg, K., Eriksson, A.W.: Genetic marker systems in arctic populations. V. The inherited Ag(x) serum lipoprotein antigen in Finnish Lapps. *Hum-Hered.* 1973, 23(3): 241-6.
- Bertelsen, Olaug: Samiske matspesialiteter. Artikkel i «Ordet» nr. 2 — 1967.
- Biti, Trond Pedersen: Hvilke mulige konsekvenser har språkforholdene i de samiske kjerneområder for arbeidslivet ved sosialkontoret. Høgskolesenteret i Nordland.

- Bjerkli, Bjørn: Identitet og etnisitet blant aleuter i Alaska. Hovedfagsavhandling, Sosialantropologisk Institutt, Univ. i Bergen, 1986.
- Bjørklund, I.: Hvordan nordmenn ble flere og samer ble færre. I: Erke, R, Høgmo, A (eds). Identitet og livsutfoldelse. Oslo:Universitetsforlaget 1986, 67-73.
- Bjørklund, Ivar: Fjordfolket i Kvæningen. Univ.forl. 1985.
- Bjørksten, F., Aromaa, A., Eriksson, A.W., Maatela, J., Kirjarinta, M., Fellmann, J., Tamminen, M.: Serum cholesterol and triglyceride concentrations of Finns and Finnish Lapps. II. Interpopulation comparisons occurrence of hyperlipidemia. Acta-Med-Scand. 1975, 198(1-2): 23-33.
- Bjørlo, Kjetil: Svart hav, svart syn? NIBR-notat 1990:108.
- Blindheim, Martin: Frigjøring og forebygging må gå hånd i hånd. Intervju med lege og sametingsrepresentant Ester Fjellheim. Stoffmisbruk nr. 5/1992.
- Boine, Else: Om prosesser i det norske samfunn som er med på å integrere den samiske befolkningen i Indre Finnmark, og endre deres levemåter. Sosiallinja Nordland DH, 1984.
- Bongo, Berit, Brovold, Pirjo, Danielsen, Marie: Behovsanalyse for samisk/finsk tolketjeneste ved Finnmarksykehusene april 1988. Upublisert undersøkelse.
- Bongo, Berit: Sykepleie som mellommenneskelig aspekt. Sami Medica 3/86.
- Boonstra E. og Mæland, J.G.: Næringsmiljøbasert helsefremmende arbeid. Folkemøter som redskap i befolkningsmobilisering. Tidsskr. Norsk Lægeforening nr. 10/92.
- Brantenberg, Odd Terje og Kalstad, Johan Albert: Vassdragsutbygging i Saltfjellet — Svartisen området. Samisk-Etnografisk avdeling, Tromsø museum, Universitetet i Tromsø 1987.
- Breivne, Grete: Pasientenes religiøse behov — sykepleiernes funksjon. Inst. for sykepleievitenskap, UiO, 1988.
- Brink, Pamela J.: Transcultural nursing. A book of Readings. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New York 1976.
- Brox, Jan: Hva er vesentlig for at leger ønsker å bli ved et lokalsykehus. En spørreundersøkelse fra Hammerfest sykehus. Tidsskrift Norsk Lægeforening nr. 17, 1993.
- Brox, O. m.fl.: Regionale integrasjonsprosesser i Nord-Norge. Prosjektrapporter, Univ. i Tromsø.
- Brun Nina: Åtte år med samisk psykiatri. Intervju med Cecilie Javo. Tidsskr. Nor Lægeforen. nr. 5, 1992; 112.
- Bull, Renata og Hætta, Berit Anne O.: Betydningen av kommunikasjon. Språklig og kulturell kompetanse i fysioterapibehandlingen. Studie i en samisk kommune. (Ikke offentlig). Tromsø Helsefaghøgskole, Fysioterapiutdanningen, 1992.
- Bunkholdt, Vigdis: Lærebok i psykologi. Oslo: Tanum-Norli, 1980.
- Buxrud, Elisabeth G, Hofoss, Dag: Sykepleiemangelen — utvikling, årsak, tiltak. Rapport 4/87.
- Bye, Karsten/Eikelmenn, Inger M.H.: Luftforurensning i rein og reinbeiter. Søknad til Utv.fondet for reindrift 1992.
- Bye, Karsten: Radioaktivitet og rein. Reindriftnytt nr. 2/88.
- Bye, Lillian: Fjellfinner i Finnmark. Aschehoug 1976.
- Bøhmer, N., Bertelsen, T.: Undersøkelse av radioaktiv forurensning etter havariet med atomubåten «Komsomolets». Arbeidsdokument, Statens institutt for strålehygiene, 1992:8.
- Bäckman, Louise: «The Naojdie and his Ecstasy. A Contribution to the Discussion», i Religious Ecstasy, ed. Nils G. Holm, Stockholm 1982.

- Bäckman, Louise: Sävja. Föreställningar om hjälp- og skyddsväsen i heliga fjäll bland samerna, Almquist & Wiksell, Stockholm 1975.
- Camoens, H., Monn, E., Berg, K.: Genetic marker systems in arctic populations. IV. Polymorphism of red cell acid phosphatase in Norwegian Lapps. *Hum-Hered.* 1973, 23(1): 69-71.
- Carnevali, Doris L.: *Nursing Care Planning: Diagnosis and Management.* J.B.: Lippincott Co., Philadelphia 1976.
- Cedergren, B., Nordenson, I., Beckman, L.: Population studies in northern Sweden. XI. The Duffy blood group polymorphism. *Hum-Hered.* 1983, 33(6):365-70.
- Chashschin VP., Artunina GP., Norseth T.: Congenital defects, abortion, and other health effects in nickel refinery workers (not published), correspondence to: Tor Norseth MD PhD, National Institute of Occupational Health, Oslo.
- Choiniere, Robert: Mortality among The Baffin Inuit in the mid-80s. Department of Community Health Montreal General Hospital, Montreal, Canada. *arct Med. Res.* 1992, 51:87-93.
- Crane K.: Report to international conference; «Ecological Problems in the Arctic and the Prospects of Nuclear Disarmament». Arkhangelsk, Russia, 14.-18. Oct. 1992.
- Daatland, O.S.: Hva skjer i eldresektoren? En beskrivelse og analyse av utviklingslinjer og mønstre i eldrepolitikkens tilbud og tjenester. Rapport fra prosjektet REBUS (Ressurs- og behovsundersøkelser i eldresektoren). Sosial- og helsedepartementet 1990.
- Dahl, Anton, Nilsen, Hans: Differensiert bruk av naturressursene = miljø -og naturvern i praksis? Nordkalott-tekniker-utdanning, 1992.
- Dahl, Anton, Nilsen, Hans: Lokale utviklingstrekk for Kautokeinosamfunnet i de 3-400 siste årene og fremtidige utfordringer for dette samfunnet. Nordkalott-tekniker-utdanning, 1992.
- Dahl, Anton, Nilsen, Hans: Økt lokal styring av utmarksressursene — et virkemiddel for å få en bedre viltforvaltning? Nordkalott-tekniker-utdanning, 1992.
- Dahl, Øyvind og Harbert, Kjell: Møte mellom kulturer. Tverrkulturell kommunikasjon. UiO, 1986.
- Dale, Karl Yngve: Rapport fra konferansen i Arkhangelsk om rusproblemer blant minoriteter i nordområdene, Sibir og det fjerne Østen. Ravdojok Behandlings-senter, juni 1992.
- Dürkheim, E.: *Selvmordet.* 2. oppl. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, 1981.
- Dybing, Erik: Miljømedisin — status og utfordringer. *Kronikk. Tidsskr. Norsk Lægeforening* 10/92.
- Eidheim, H.: Noen tanker om et videreutdanningstilbud i samhandlingsteori og kulturforståelse for helsepersonell., Notat 1992.
- Eidheim, H.: Samane — ein avvikarkategori i storsamfunnet eller eit folk med rett til ei framtid. Fra: «Menneske og miljø i Nord-Norge». Univ.forl. 1971.
- Eidheim, H.: When ethnic identity is a social stigma. I: Aspects of the lappish minority situation. Universitetsforlaget, Oslo, 1971.
- Eikermann, Inger Margrethe Hætta: Sesongregistrering av radioaktiv forurensning i rein. *Reindriftsnytt* nr. 2/87.
- Eikjok, Gunn-Britt: Den samiske sosionomen til det samiske samfunnet med det norske sosiale hjelpeapparatet. Hovedoppgave ved sosiallinja NDH, Bodø 1982.
- Eikjok, Gunn-Britt: Samiske pasienters situasjon på sykehus. Upublisert notat 1994.
- Eikjok, Jorun: Endringer i det samiske samfundet. Artikkel 1989.
- Eikjok, Jorun: Kvinner og menn mellom to verdener. Artikkel 1989.

- Eklund, Gunnar, Holm, Lars-Erik, Wiklund, Kerstin: Mortality among Swedish reindeer breeding lapps in 1961-85. *Medical Science*, 1991.
- Enoksen, Ragnhild: Forandringer og rusmisbruk i det samiske samfunn. Intervju med Ragnhild Nergård, Karasjok, m.fl. *Stoffmisbruk* nr. 5/1992.
- Eriksen, A.W.: Genetic polymorphisms in Finno-Ugrian populations. *Finns, Lapps and Maris. Isr-J-Med-Sci.* 1973, 9(9): 1156-70.
- Eriksen, Bjørg og Hammervold, Lise: HVPU-reformen og gjennomføringa av den i Asker og Kåfjord. Prosjektoppgave UKSH, våren 1990.
- Eriksen, T.H.: Veien til et mer eksotisk Norge. En bok om nordmenn og andre underlige folkeslag. Ad Notam Forlag 1991.
- Erke, Reidar: Sosial organisasjon. Red.:
- Erke, Høgmo. Identitet og livsutfoldelse. Univ. forl. 1986.
- Eskeland, Ståle: Lov om pasientrettigheter. Ad Notam forlag, Oslo 1992.
- Eythorsson, Einar: Fjordfolket, fisken og forvaltningen. En delrapport fra prosjektet Bygdeutvikling i kystsamiske områder. Finnmark distriktshøgskole, Fdh-rapport 1993:12.
- Fagerhol, M.K., Eriksson, A.W., Monn, E.: Serum Pi types in some Lappish and Finnish populations. *Hun-Hered.* 1969, 19(4) 360-4.
- Fjellheim, Ester: De tre stammers møte i den medisinske forskningen. Er det en skam å være same? Foredrag ved Regionsykehuset i Tromsø 31.08.1994.
- Fjellheim, Ester: Er etnisk transkulturell medisin et viktig fagfelt i undervisning og forskning ved fagområdet medisin i Tromsø? Foredrag i Tromsø 8.-9. mai 1992.
- Fjellheim, Ester: Hva innebærer de helsemessige utfordringer i de kystsamiske strøk? *Sami Medica* nr. 1 — 1990.
- Fjellheim: Sverre: Kulturell kompetanse og områdetilhørighet. Saemien Sitje, Snåsa 1991.
- Fjellstrøm, Phebe: Samernas samhalle i tradisjon och nutid. P:A. Norstedt & Sønners forlag 1986.
- Fleischer, E.A., Monn, E.: Haptoglobin types and subtypes in Lappish and non-Lappish Norwegians. *Am-J-Hum-Genet.* 1970, 22(1):105-8.
- Foldspang A., Hansen JC.: Dietary intake of Methylmercury as a correlate of gestational length and birth weight among newborns in Greenland. *American Journal of Epidemiology* 1990, VOL 132, no 2 48.
- Foldvik, Bente: Kommunikasjon i kulturkollisjon. Intervju med fysioterapeut Anne Heggland, *Fysioterapeuten* nr. 13, oktober 1994.
- Foldvik, Bente: Aksjonsforskning i reindrifta. *Fysioterapeuten* nr. 8, 1994.
- Forsdahl, A. m.fl. red.: Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark. *ISM skriftserie* nr. 12, Univ. i Tromsø.
- Forsdahl, A.: Paints which enlighten the high mortality rate in the county of Finnmark. Can the high mortality rate today be a consequence of bad conditions of life in the childhood and adolescence? *Tidsskr. Norsk Lægeforening.* 1973. 93(10): 661-7.
- Forsdahl, Anders: Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene. Univ. i Tromsø, *ISM skriftserie* nr.2.
- Forsdal, A.: Skoltesamene i Norge. *Tidsskr. Norsk Lægefor.* 1967, 87(14): 1257-9.
- Forsdal, A.: 1976, Bidrag til belysning om medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune. *ISM-skriftserie.*
- Fossli, Inger-Ann: Kulturelle og språklige forskjeller som barriere mellom sosialarbeider og klient. *Sosiallinja NDH*, 1985.

- Fossli, Inger-Ann: Problemstillinger knyttet til sosiale problemer og sosiale tjenester for den samiske befolkning. Arbeidsnotat januar 1993.
- Fossli, Solfrid: Samene i Lavanger. Notat, 1993.
- Fossli, Solfrid: Erfaringer fra en samisk kommune. Seminar ved Regionsykehuset i Tromsø. N.3. 1994.
- Friis, J.A.: Klosteret i Petschenga, Kristiania 1884.
- Friis, J.A.: Lappisk mytologi. Alb. Cammermeyer. Christiania 1871.
- Friis, J.A.: Lappisk Mytologi. Lappiske Eventyr og Folkesagn, Christiania 1871/København 1977.
- Fugelli, Per: Morbidity and health service among women in a lappish-norwegian village. Bent Harvald & J.P. Hart Hansen (Eds.) *Circumpolar Health* 81. Copenhagen: Nordic Council for Arctic Medical Research, 1981.
- Fugelli, Per: Rasisme i Finnmark. Gunnar H. Gjenset (red.). *Samisk mot — norsk hovmod*. Oslo: Pax Forlag A/S, 1981.
- Fugelli, Per: Skjult helsebehov blant samer? *Sami Medica* 3/86
- Fugelli, Per: Utkanhelsetjeneste — problemer og potensiale. Artikkell fra ISM nr. 12/89.
- Fundingsrud, Hans Petter: En kvantitativ analyse av henviste pediatrike pasienter fra Finnmark til Barneavdelingen ved Regionsykehuset i Tromsø i 1987. Delrapport 1, Finnmarksundersøkelsen 1988.
- Førde, O.H., Sønbo, Kristian I.: Medical specialists' choices of location: The role of geographical attachment in Norway. *Soc. Sci. Med.* 1992.
- Førde, O.H., Thelle, D.S., Miller, N.E., Mjøs, O.D.: The Tromsø heart study. Distribution of serum cholesterol between high density and lower density lipoproteins in subjects of Norse, Finnish and Lappish ethnic origin. *Acta-Med-Scand.* 1978, 203 (1-2): 21-26.
- Gaski, Harald: Med ord skal tyvene fordrives. *Mag.art. UiTø* 1987.
- Gaup Grønmo, Kristine, Pettersen, Kjell-Are: Eksamen i sykepleie, Kull III/1986.
- Gaup Grønmo, Kristine: Hva kan sykepleier gjøre for å ivareta den samiske pasientens identitet på institusjon? *Sykepleierhøgskolen i Tromsø*, 1989.
- Gaup, Johanne: Tospråklighet i samiske kommuner i Indre-Finnmark. *Nordisk Samisk Institutt, Kautokeino* 1991.
- Gavppi, Marit: Virkninger av skole-politikk. I: Lund, Finn-Bj. (red.): *Sosiale spørsmål i samiske områder. NDH-rapport* 1984:3.
- Gjengset, Gunnar H.: *Samisk mot — norsk hovmod*. Pax Forlag, Oslo 1981.
- Gjerde, Arild og Mosli, Jens H.: *Samiske næringers plass i samfunnsplanlegginga, Nordisk Samisk Institutt, Kautokeino*.
- Gjessing, Guttorm: *Norge i Sameland*. Gyldendal 1973.
- Grandjean P., Nielsen GD., Andersen O.: Human nickel exposure and chemobiokinetics, in T. Menne and H.I. Maibach (ed.), «Nickel and the Skin: Immunology and Toxicology», CRC Press, Boca Raton, Florida, pp. 9-34 (1989).
- Granrud, Lill: *Planter i folkemedisiner i Varangerområdet, Varanger Årbok* 1986.
- Grimsmo, Anders: *Helsestasjonsboka veiledningsbok*
- Grondin, Jacques: *The Contamination of the Eastern Canadian Arctic Ecosystem. Research Proposals, submitted to the Eco Research Program Tri-Council Secretariat, October 1993, Canada*.
- Gustavsen, John: *Språket er helsefremmende. Sosionomen* nr. 4 1994.
- Gustavsen, John: *Urbefolkninger i Arktis. Rusproblemer truer i øst og vest. Stoffmisbruk* nr. 5/1992.
- Hagen, Gerd: *Barns beste — i kultuelt perspektiv. Norges Barnevern* 4/93.
- Hammerlin Y. og Schjeldrup G., *Når livet blir en byrde. Ad Notam* 1995.
- Hammerlin, Y. og Enerstvedt, R.T.: *Selv mord*. Falken Forlag, Oslo, 1988.

- Handal, G., Lauvås, P, Lycke K.H.: Veiledning i medisinsk spesialistutdanning, Oslo: Ad Notam, 1994.
- Hansen JC., Tarp U., Bohm J.: Prenatal Exposure to Methyl Mercury among Greenlandic Polar Inuits. Archives of Environmental Health, Nov/Dec 1990, VOL. 45 (no.6).
- Hansen JC.: Human exposure to metals through consumption of marine foods: A case study of Exceptionally high intake among Greenlanders. Heavy Metals in the Environment. Editors: Furness RW and Rainbow PS. CRC Press, Inc. Boca Raton, Florida.
- Hansen, Bjørn: Funksjonshemmet og same. Innlegg ved Nordiskt seminarium om handikapade inom Nordiska minoriteter och inom samhällen med begrensade resurser, Åland, 1981.
- Hansen, Hans Atle: Bedriftshelseteneste for reindriftsamar? Utposten 2/1985.
- Hansen, J.: Kautokeino-ungdom. En undersøkelse av ungdommens situasjon i Kautokeino. Høgskolen i Finnmark, Alta 1977.
- Hansen, J.: Kautokeino-ungdom. I: Nordland, E. Ungdom i Norge. Om ungdomskultur og ungdomsproblemer i by og bygdesamfunn. Universitetsforlaget, Oslo 1980.
- Hansen, J.: Konsekvenser av Snøhvitutbygginga for samiske forhold, Sami Institutt, 1992.
- Hansen, J.: Kultur, næringstilpasninger og etnisk identitet i et ressursforvaltningsperspektiv. Et forsøk på begrepsklargjøring og modellutvikling. Prosjektnotat nr. 5, januar 1989.
- Hansen, J.: Ressursforvaltning, livskarrierer og kulturtradisjoner i et etnisk sammensatt område. Sami Institutt, 1988.
- Hansen, J.C.: Environment and human health. Arct. Med. Research 1992, lederartikkel.
- Hansen, M. Brekke og Hansen, H. A.: Lege i Sameland. Utposten nr. 2/1985.
- Hanssen, Ingrid: Sykepleie og kulturelt mangfold. Univ.forlaget 1991.
- Hartviksen, Gjermund, Pedersen, Steinar: Telemedisin — en oversikt. Tidsskr. Norsk Lægeforening nr. 10, 1994.
- Hasnulin IV.: Conception of man and the preservation of his health in circumpolar regions. Arc. Med. Research 1991; 50, 170-173.
- Hauge, Olav H.: Sjaman med stetoskop. Tidsskr. Norsk Lægeforening nr. 30, 1991.
- Haugen, Per Kristian: Aldersdemens og behandlingstiltak. Rapport 7/84, Norsk gerontologisk Institutt.
- Haugstveit, Yngve: Samfunnsendring og sosialisering, i Hoem, Beck, Tjeldvoll (red.): Samfunnsrettet pedagogikk. Universitetsforlaget 1979.
- Heatta, Risten R, Jensen, Ernst M. Gavppi Johan M.: Giella Glasnost. Samisk språklov. Sosialarbeiderutdanningen FDH, Prosjektgruppe 1992.
- Heggland, Anne: Hvordan tilrettelegge fysioterapitiltak for samisktalende barn, med spesiell vekt på flyttsamer. Prosjektoppgave. Fysioterapihøgskolen i Tromsø 1991.
- Heggland, Anne: Å være samisktalende pasient i et norsktalende helsevesen. Seminaroppgave, Studiet i helse- og administrasjon, Agder DH 1986.
- Helander, Elina: Om trespråkighet. En undersøkning av språkvalet hos samerna i Øvre Soppero. Almqvist & Wiksell, Umeå 1984.
- Helander, Elina: Sami Medical concepts and healing Methodes. «Baiki» The North American Sami Journal, Winter 1994-95. Helland, A.: 1905-1906, Finnmarkens Amt I og II.
- Hemborg, Anders, m.fl.: Arbetsmiljöstudie och hälsoundersökning av renskötande samer i 12 samebyer. 1990.

- Henriksen, Jan Erik: Det tredje alternativ. FDH, Alta 1991.
- Henriksen, Jan Erik: En egen samisk sosialarbeiderutdanning! Notat Finnmark Distriktshøgskole 1992.
- Henriksen, Jan Erik: Fra siida til samfunnsplanlegging. En betydnings- og endringsanalyse av siida og verdde som sosiale relasjoner i det samiske samfunnet. Hovedoppgave ved Sosialarbeiderutdanningen, Finnmark distriktshøgskole, januar 1993.
- Henriksen, Jan Erik: Samisk helse- og sosialtjeneste i forbindelse med arbeid med stortingsmelding om rusmiddelomsorgen. Notat.
- Henriksen, Jan Erik: Tiltak i forbindelse med de kulturelle og næringsmessige endringer i de samiske områdene i indre Finnmark. FDH, Alta 1989.
- Hensley, W.L.: Binkley, J., Eliason, R., Rodey, P., Fahrenkamp, B.: Interim report of the senate special committee on suicide prevention. Alaska State Senate, Juneau, Alaska, Mars 1988.
- Hetta, Ole M.: Hvorfor våre behandlingsmodeller virker eller ikke virker — psykiatri på tvers av kulturgrensene. Nord. psyk. tidsskrift 1986; 40:23-32, Oslo.
- Hetta, Ole M.: Thank you, Doctor. Tidsskr. Nor. Lægefor. nr. 8/92;112: 1043-6.
- Hild, Carl L.M.: The «next step» in assessing arctic human health. Rural Alaska Community Action program U.S.A, 1995.
- Hildal, Geir: Rapport fra prosjektet Utprøving av kliniske arbeidsmetoder, spesielt i forhold til selvmordstruet samisk ungdom i Indre Finnmark. Upublisert rapport, november 1989, BUP-Karasjok.
- Hildonen, B.: Egen Nord-Norge-kvotest for tannlegestudenter. Finnmarken 12.05.1992.
- Hirvonen; L, Näyhä, S., Hassi, J.: Tobacco smoking, alcohol drinking and health among reindeer herders in Northern Finland. I: Waahlberg R.B. (ed.). Prevention and Control-Realities and Aspirations: Proceedings of the 35 International Congress on Alcoholism and Drug Dependence. Oslo: National Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems 1989, vol. II: 340-347.
- Hjorth, Peter F.: Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93. Utredningsrapport nr. U 1 — 1994. Avdeling for samfunnsmedisin. Seksjon for helsetjenesteforskning.
- Ho, Man Kung: Family Therapy with ethnic Minorities. SAGE-publication. INC. 1987.
- Hoem, Anton: Makt og kunnskap. Universitetsforlaget 1976.
- Hoem, Anton: Samebarns oppvekstvilkår før og nå. Identitet og livsutfoldelse, Erke, Høgmo red., Universitetsforlaget 1986, s. 38-52.
- Hoem, Anton: Skolen og heimen, Homme, Lina (red.): Nordisk nykolonialisme. Det norske samlaget 1969.
- Hoem, Anton: Sosialisering. Universitetsforlaget 1978.
- Hoem, Anton: Yrkesfelle, sambygding, same eller norsk. Universitetsforlaget, Oslo 1976.
- Hopfer SM., Fay WP., Sunderman Jr. FW.: Serum nickel concentrations in hemodialysis patients with environmental exposure. Ann.Clin.Lab.Sci., 19, 161-167 (1989).
- Horverak, Åsulv: Belastningsskader hos reinpolitiet i forbindelse med snøscooterkjøring. Vadsø helse- og sosialsenter 1991.
- Hove, Knut og Staaland, Hans: Kan vi begrense radioaktiviteten i reinkjøtt? Rein-driftsnytt 1/87.
- Hoven, Finn Holmer: Teori og empiri om enkeltes forhold til off entlige byråkratier og velferdsordninger. ADH — skrifter 1980 s. 37.

- Huldt, G., Johansson, G.O., Lantto, S.: Echinococcosis in northern Scandinavia. Immune reactions to Echinococcus granulosus in Kautokeino Lapps. Arch-Environ-Health. 1973, 26(1): 36-40.
- Huldt, G., Lagercrantz, R., Sheehe, P.R.: On the epidemiology of human toxoplasmosis in Scandinavia especially in children. Acta-Paediatr-Scand. 1979 Sep., 68(5): 745-9.
- Hultkranz, Åke/ Bäckman, Louise: Studies in Lapp Shamanism, Stockholm 1978.
- Hylland Eriksen, Thomas; Små steder — store spørsmål. Universitetsforlaget 1993.
- Hætta, Isak Samuel: Informasjonsopplegg om sosialt arbeid og sosionomutdanningen. Hovedoppgave våren 1978. Nordland distriktshøgskole.
- Høgli, Vegard: Legestillingsundersøkelsen. Eksamensbesvarelse i folkehelsevitenskap, Inst. for samf. med., Univ. i Trømsø 1990.
- Høgmo, Asle: Det tredje alternativ. Barns læring av identitetsforvaltning i samisk-norsk samfunn preget av identitetsskifte. Tidsskriftet Samfunnsforskning 1986, bd. 27, s.395-416.
- Højrup, Thomas: Det glemte folk. Livsformer og centraldirigering. Institut for europæisk folkelivsforskning/Statens byggeforskningsinstitut 1983.
- Idivuoma, Lars Stefan: Samisk eller norsk. Faktorer som påvirker samiske foreldres valg av undervisningsspråk for sine barn. Hovedoppgave, Statens spesiallærerhøgskole 1986.
- Inga, Torbjørg: Lang vei å gå før samene får det helsetilbudet de har krav på. Sosiomen nr. 15.-86.
- Inga, Torbjørg: Samiske eldres situasjon. Upublisert notat, 1994.
- Ingebrigtsen, G. og Steinfjell, N.: Kommunikasjon innen helse- og sosialtjenesten der klient og terapeut har samme språk, men forskjellig kulturbakgrunn. Upublisert notat 1993.
- Iregren-E.; Isberg-PE Genetic composition and variation in Saami populations in northern Norway compared with Nordic populations in middle Norway. A study of non-metric skull variants. Arctic-Med-Res. 1988, 47 Suppl 1: 218-25.
- Jackson, Anna M., Evolution of ethnocultural psychotherapi, i «Psychotherapi», Vol. 27/fall 1990/nr.3.
- Jacobsen, Anna: Det tause sørgebudskap. Artikkel. Åarjelsaemieh. Samien Sitje, Snåsa. Årbok 1982/83.
- Javo, Ante: Om behovet for behandlingstilbud til etnisk/språklige minoriteter. NDH-rapport 1984: 3.
- Javo, Cecilie: Etnisk integrasjon og identitetshåndtering — konflikter og personlige dilemmaer i en minoritetskultur — konsekvenser for det etniske hjelpeapparat. Notat ved BUP-Karasjok 1993.
- Javo, Cecilie: Kulturelle perspektiver i psykiatrien. Utposten nr.1/1989.
- Jebens og Kalstad: Identifisering av samiske bosettingsområder. Notat til Komm.dep. 1992.
- Jernsletten, Nils: Om språket i samiske samfunn. Erke/Høgmo (red.) Identitet og livsutfoldelse, Univ.forl. 1986.
- Johnsen, K., Gran, J.T., Dale, K. og Husby, G.: The Prevalence of Ankylosing Spondylitis Among Norwegian Samis. The Journal of Rheumatology 1992.
- Josefsson, Cristina: En resa til världens ände. — Samiskt socialt arbete, finns det? SSR-tidningen 22/92 s. 4-8.
- Josvasen, Nicolai: Runebommen i samisk folkemedisin, Medicinhistorisk Årbok 1968.
- Juuso, Jane: Samiske førskolebarns situasjon, i Lund, Finn-Bj. (red.): Sosiale spørsmål i samiske områder, NDH-rapport 1984:3.

- Jørgen Thorslund: Ungdomsselv mord og moderniseringsproblemer blandt Inuit i Grønland. Socpol 1989.
- Kalstad, J.K.: Reindrift for inntekt, arbeid og kultur. Hovedoppgave ved ISV, Univ. i Tromsø, 1992.
- Kalstad, Johan A.: Litt om lulesamisk bosetting og samfunnsutvikling i nyere tid. Det lulesamiske samfunnet i Norge — noen geografiske avgrensninger. Tromsø museum, 1994.
- Kalstad, Johan A.: Noen trekk ved fagfeltet Samisk kulturminnevern. Tromsø museum, 1991.
- Kalstad, Johan A.: Reindrift, samisk samfunn og kultur på Saltfjellet. Vassdragsutbygging i Saltfjellet — Svartisen området. Tromsø museum, 1987.
- Kalstad, Johan A.: Samebefolkninga i Ofoten-/Sør-Tromsregionen — Noen avgrensninger og bemerkninger. Notat, Tromsø museum 1994.
- Kalstad, Johan A.: Samiske regioner i Norge. Vedlegg til Samene i Europa, Kom. dep. 1992.
- Kappfjell, Tom: Lahkoe. Th. Blaaværs Forlag, 1991.
- Kaptchuk, Ted: Chinese Medisin, The Web that has no weaver, Essex 1983.
- Kaufert, J.M., Koolage, W.W., Kaufert, P.L., O'Neil J.D.: The Use of «Trouble Case» Examples in Teaching the Impact of Sociocultural and Political Factors in Clinical Communication. Medical Anthropology, vol. 8 no. 1, 1984.
- Kaufert, J.M., Leyland, P., O'Neil, J., Koolage, W.: Advocacy, Media and Native Medical Interpreters. Advocacy and Anthropology, first encounters. Ed. Robert Paine. Institute of Social and Economic Research, Memorial University of Newfoundland 1986.
- Kaufert, J.M.: Sociological and Anthropological Perspectives on the Impact of Interpreters on Clinician / Client Communication. Santé Culture Helth. Vol. VII (2-3) 1990.
- Kaufert J, O'Neil J, Cultural Mediation of Dying and Grieving among Native Canadian Patients in Urban Hospitals. Coping with the final tragedy. Cultural Variation in Dying and Grieving. Ed.: Counts, Baywood Publishing Company, Inc., Amityville, New York 1991.
- Kavli, G, Stenvold, S.E., Vandbakk, Ø.: Low prevalence of psoriasis in Norwegian lapps. Acta-Derm-Venereol-Stockh. 1985, 65(3): 262-3.
- Kemi, Risten og Kalvemo, Astrid Larsson: Prosjektrapport Samisk Ungdomspsykiatrisk Team, BUP-Karasjok 1989.
- Keskitalo, Alf Isak: Samiske rettsoppfatninger til samisk land. I: Red. Trond Thuen: Samene — Urbefolkning og minoritet. Universitetsforlaget 1983.
- Keskitalo, Jan Henry & Somby-Sandvik, Laila: Barnehager i samiske områder. Nærmiljø. Barnehagerapport nr. 9. Forbruker- og administrasjonsdepartementet 1979.
- Kjønstad, A. og Syse, A. (red.): Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Ad Notam Gyldendal 1992.
- Kjønstad, Asbjørn: Pasientrettighetenes framvekst. I: Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Gyldendal 1992
- Kjønstad, Asbjørn: Rett til helsehjelp og sosiale tjenester. I: Helseprioriteringer og pasientrettigheter. Ad Notam 1992.
- Klausen, A.M.: Kultur. Artikkelsamling Finnmark DH, Avd. for sosialarbeiderutdanning, 1991.
- Knudsen, Grete: Enerom for alle er ikke nok. Arbeiderbladet 10.09.93.
- Kolderup, G.: Medarbeider — ikke ekspert. Tidsskrift for norsk psykologforening, 4, Vol. 21, April, 1984.

- Konloch D., Kuhnlein H., Muir DCG.: Inuit foods and diet: A preliminary assessment of benefits and risks. *The Science of the Total Environment*, 122 (1992), 247-278.
- Kornstad, L.: Distribution of the blood groups of the Norwegian lapps. *Am-J-Phys-Anthropol.* 1972. 36(2): 257-66.
- Krog, J., Alvik, M., Lund-Larsen, K.: Investigations of the circulatory effects of submersion of the hand in ice water in the Finnish Lapps, the «Skolts». *Fed-Proc.* 1969, 28(3): 1135-7.
- Kvernmo, Siv og Stordahl, Vigdis: Fra same til akademiker = fra deltaker til observatør. *Sami Medica* nr. 1-1990, s. 4-10.
- Kvernmo, Siv: Samisk helsetjeneste i støpeskjeen. Foredrag 1994.
- Kvernmo, Siv: Situasjonen for samisk ungdom anno 1990. Foredrag ved «Buolvvas Bulvii», Kautokeino 1993.
- Kvist, R.: Samerna og alkoholen, i *Alkoholpolitik.* — *Tidsskrift för nordisk alkoholforskning*, 3/1986, s. 122-128.
- Labahå, Tove-Lill: Kan en skole forebygge atferdsproblemer hos elevene ved å gjennomføre en intern skolevurdering? Prosjektoppgave, 2.avd. spes.ped., Vadsø 1991.
- Labahå, Tove-Lill: Oppvekst i Sør-Varanger i begynnelsen av 60-tallet, Varanger årbok 1993.
- Labahå, Tove-Lill: Samisk som andrespråk i grunnskolen for elever som bor utenfor forvaltningsområdet for den samiske språkloven. Oppgave til semesteremne i flerkulturell pedagogikk. 2. semester 1993. Universitetet i Oslo, Pedagogisk forskningsinstitutt, 1993.
- Langfeldt, Erik: Vernetjeneste i fiskeri-Finnmark. Fylkeslegen i Finnmark, Skriftserie nr. 3, 1991.
- Larsen, S, Nergård, R.: Cultural background and patterns of drinking in problem-drinkers in Northern Norway. *Br. J. Addict* 1990, 11:1469-1473.
- Larsen, S, Nergård, R.: Når vi alle? En undersøkelse av samiske og norske klienters bruk av Finnmark Fylkeskommunes rusmiddelinstitusjon. *J. Norwegian Psychol Assoc* 1990, 27:330-334.
- Larsen, Svein: Cultural Background and Problem Drinking. Dr.gradsavhandling, Univ. i Bergen 1993.
- Larsen, Svein: Saami and Norwegian clients' use of a treatment facility for drug and alcohol problems in northern Norway. *Arct. Med. Res.* 1992.
- Laugerud, Kjersti: Primærsykepleie i omsorgen for aldersdemente pasienter. Fra: *Primærsykepleie i praksis.* Red.: Digernes, Areklatt, Botnen. Univ. forl. 1986.
- Lea, Jon A.: Eldres innflytelse lokalt. Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 7 1984.
- Leach Jr. CN., Sunderman Jr., FW.: Nickel contamination of human serum albumin solutions (Letter). *New Engl.J.Med.*, 313, Leem, Knud: Beskrivelse over Finnmarkens Lapper, 1767/1975.
- Lewin, T.: History of the Skolt Lapps. A literary study. *Suom-Hammaslaak-Tiom.* 1971, 67, Suppl 1:13-23.
- Lie, Arne: Småsykehusene i fokus. Artikkel fra «Helsetjenesten/Medisinsk teknikk» nr. 10/91.
- Lie, Ivar: Rehabilitering, prinsipper og praktisk organisering. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 1989.
- Lien,: Et mislykket møte med en vellykket omsorgsperson. I: *Sosialkontorets plass i innvandrernes problemløsningsrepertoar.*
- Liljestrøm, Rita: Uppväxtvilkår. Liber Läromedel Lund, Stockholm 1977.

- Ljunggren, A.E.: Biostatics of the tibial shaft. *Acta-Morphol-Neerl-Scand.* 1975, 13(3): 145-70.
- Loman, Bengt: Språksosiologi. Jan Engh & Eskil Hanssen & Kjell Ivar Vannbo & Geir Wiggen (red.). Språksosiologi. Oslo-Bergen-Tromsø: Universitetsforlaget, 1980.
- Luoma, P.V., Näyhä, S., Hassi, J.: Association of Blood Cadmium to the Area of Residence and Hypertensive disease in Arctic Finland. Regional Institute of Occupational Health, P.b. 451, Oulu, Finland.
- Lyberth; Naja: Kan man uden videre overføre afvigerbehandlinger, der tilbydes i de danske alkoholambulatorier til et lokalsamfund i Grønland, når alkoholmisbrugsproblematikken i Danmark er et afvigerproblem, mens den er et samfundsproblem i Grønland? Århus Universitet, 1989.
- Lynge, I.: Suicide in Greenland. *Arct.Med.Res.* 40:53-60, 1985.
- Løken, Elin Bjørge: Kosthold i Finnmark 1977-78. Resultater fra spørreskjema. Delrapport nr. 7. om undersøkelser Avdeling for kostholdsforskning har utført i forbindelse med Statens Skjermbildefotograferings hjerte-karundersøkelser. Oslo, 1983.
- Løken, Elin Bjørge: Utviklingstrekk ved kostvanene i Finnmark. Notat til Helse- og ulikhetsprogrammet i Finnmark — oppdatering av kunnskapsgrunnlaget. Konferanse i Honningsvåg 26.-28.10.1992.
- Löfgren, B., Nelson-Löfgren, I.: Alkohol. Rus, misbruk, behandling. *Univ.forl.* 1982.
- Magnus, Jeanette H., Tollan, Anne: Tromsø-kandidatene — blir de i Nord-Norge? Betydning av geografisk tilhørighet for ønske om etablering i Nord-Norge. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* nr. 1, 1993.
- Makarova TD., Moiseenko TI, 1990. Contamination of natural surroundings by heavy metals and ecological effects. In: Excess and deficiency of trace elements in relation to human and animal health in Arctic and Subarctic regions (Jul Låg, Ed.). The Norwegian Academy of Science and Letters, Oslo, Norway pp. 69-71.
- Man Kritto: Family Therapy with Ethnic Minorities. SAGE publications Inc. 1987.
- Meirik, Ragnhild: Våre kropper har fått nytt terreng. *Fysioterapeuten* nr. 8, juli 1994.
- Melkonian R., Baker D. Risk of Industrial Mercury Exposure in Pregnancy. *Obstet-Gynecol-Surv.* 1988 Nov; 43(11): 637-41.
- Misvær, Heian: Helsestasjonsboka. Praktisk helsestasjonsarbeid.
- Monn, E., Berg, K., Reinskou, T., Teisberg, P.: Serum protein polymorphism among Norwegian Lapps. Studies on the Lp, Ag, Gc transferrin systems. *Hum-Hered.* 1971. 21(2): 134-9.
- Monn, E.: Further data on the genetics of the ABO-, MN- and PTC-systems of the Norwegian Lapps. *Hum-Hered.* 1969. 19(6): 678-83.
- Monn, E.: Red cell phosphoglucomutase (PGM) types of Norwegian Lapps: characteristic gene frequencies and variant types. *Hum. Hered.* 1969, 19(3): 264-73.
- Mordal, Tore m.fl.: Senil demens, er det behandlingsmulighet? Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo 1979.
- Mumford, D.B, Bavington, J.T., Bhatnagar, K.S., Hussain, Y., Mirza, S., Naraghi, M.M.: The Bradford Somatic Inventory. A multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. Transcultural Psychiatry Unit, Lynfield Mount Hospital, Bradford, May 1990.

- Mumford, D.B., Bavigton, J.T., Bhatnagar, K.S., Hussain, Y., Mirza, S., Naraghi, M.M.: The Bradford somatic inventory: A multi-ethnic inventory of somatic symptoms reported by anxious and depressed patients in Britain and the Indo-Pakistan subcontinent. Transcultural Psychiatry Unit, Lynfield Mount Hospital, Bradford, May 1990.
- Näyhä S., Korpela H., Pyy L., Hassi J.: Effect of Sovjet industry on blood cadmium in Finns. *The Lacet*, VOL 338; Dec. 21/28, 1991.
- Ness, Siri: Selvmord, ensomhet og samfunnsutvikling. INAS-notat 86:9
- Nicolaysen: Arktisk ernæring. Universitetsforlaget 1970.
- Nielsen, J.P.: 1987, I kopperverkets tid.
- Niemi, E.: 1972, Migrasjon fra Nord-Finland og Nord-Sverige til Vadsø by og land-distrikt 1845-85.
- Nilsen T.: Atomdrevne isbrytere. Bellona-notat. No.8:92.
- Nilsen T.: Atomtrusselen fra den russiske nordflåten. Bellona-notat. No.6:92.
- Nilsen T.: Kola atomkraftverk. Bellona-notat. No.10.92.
- Nilsen, K E., Hauge F.: Mayak, the most radioactive polluted place on earth. Bellona-notat. No.1:92.
- Nilsen, Per Olav og Olsen, Inge Stenhaus: Tiltaksarbeidet i 11 næringsssvake kommuner i Troms fylke. UKSH 1989/90.
- Nilsen, R., Mosli, J.H.: Hushold og økonomisk tilpasning i reindrifta i Guovdageidnu 1960-1993. NORUT Samfunnsforskning as 1994.
- Nilsen, Ragnar: Fornorskning og omlegging i sjøsamiske områder. UiTø, des. 1990.
- Nilsen, Ragnar: Fra fiskarbondetilpasning til nye yrkeskombinasjoner. Yrkestilpasning, sysselsettingsystem og rekruttering i to nord-norske fjordområdet. Notat Tromsø 05.09.1990.
- Nilsen, Ragnar: Gjenstridige fjordfolk. Arbeidsliv, etnisitet og rekruttering i to nord-norske fjordområder. FORUT, Tromsø, 1990.
- Njølstad, Inger: Insidensutvikling av hjerteinfarkt, slag og diabetes i tidsrommet 1974-89 blant kvinner og menn 20-52 år. Notat. Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1993.
- Nymo, Birger, Telemedisin i Nord-Norge. *Teletronikk*, 85, 260-263, 1989.
- Nymo, Birger, Telemedisin i samiske områder. Upublisert notat 1993.
- Nystad, Ragnhild: Er helse- og sosialtilbudene for den samiske befolkning like gode som for den øvrige befolkning? *Sami Medica* nr. 2/86.
- Nystø, Sven Roald: Etnisitet og religiøsitet — to uforenlige statuskategorier i etnopolitisk mobilisering? Mellomfagseksamen i samfunnsvitenskap ISV-Universitetet i Tromsø 1982.
- Nyvold, Astrid: Kan en kulturforskjell mellom en samisk klient og en norsk sosialarbeider skape kommunikasjonsmessige misforståelser i deres møte i det offentlige hjelpeapparat? Norges Kommunal- og sosialhøgskole, Sosiallinja, Oslo, 7. mai 1991.
- Näyhä et al.: Prevalence of Low Back Pain and Other Musculoskeletal symptoms and their Association with Work in Finnish Reindeer Herders, 1991.
- O'Neil, John D.: The Cultural and Political Context of Patient Dissatisfaction in Cross-Cultural Clinical Encounters: A Canadian Inuit Study. *Medical Anthropology Quarterly* Vol. 3/Number 4. Dec. 1989.
- O'Neil, Kaufert, Koolage: A Study of medical interpreters and health communication in inuit communities. Final report. University of Manitoba, Canada 1990.
- O'Neil, Kaufert, Koolage: The Role of Native Medical Interpreters in Diabetes Education. Beta Release, 1986, Vol. 10, o. 2.

- Olaisen, B., Teisberg, P.: Erythrocyte alanine aminotransferase polymorphism in Norwegian Lapps. *Hum-Hered.* 1972, 22(4): 380-6.
- O'Neil, John: Self-determination, Medical Ideology and Health Services in Inuit Communities. *Northern Communities: The Prospects for Empowerment*. A publication of Boreal Institute for Northern Studies 1988.
- Olaisen, B.: Distribution of GPT types in Norway. *Hum-Hered.* 1975, 25(1): 20-9.
- Olsen, H., Morland, J.: Sulfadimidine acetylation in Norwegians. Comparison of sulfadimidine metabolism in Lapps, North Norwegians and South Norwegian. *Acta-Med-Scand*, 1981.
- Olving, J.H., Teisberg, P., Olaisen, B.: Polymorphism of the sixth component of complement (C6) in Norwegian Lapps. *Hum-Hered.*, 1980, 30(4): 211-4.
- Oskal, Mikkel: Den siste same. Akkulasjon belyst ved en forundersøkelse av etnisk identitet og fremtidsplaner hos ungdom ved den Samisk videregående skole i Karasjok. *Medisinstudiet i Tromsø*. Sept. -89.
- Otterbech, Jens: Finnenes behandling av syke. Utdrag fra *Kulturverdier hos Norges finner*. Aschehoug 1920.
- Paakkola, O.: Radioactivity in the Arctic Region — A Status Report. *Protection of the Arctic Environment*. State of the Environment Reports 1990.
- Paulen, Gunhild: Hvordan kan vi legge forholdene til rette i en institusjon for den samisktalende senil-demente beboer, for at hun/han kan bevare sin livs- og språkfunksjon lengst mulig? *Sykepleierhøgskolen i Tromsø*, 1988.
- Paulsen, Else M.L.: Grønlandsk identitet og alkoholforbruk eller misbruk, Århus Universitet.
- Pedersen, Jan Tore: Vanntette skott eller åpne dører. Enhetsforvaltning av sosialhjelp, trygd og arbeidsmarkedstiltak under frikommuneforsøket i Grimstad. Universitetsforlaget 1992.
- Pedersen, Nils-Martin: Helsetjenester for den samiske befolkning. Kulturforståelse nødvendig. Intervju med styrerassistente Ingrid Hoff ved Seidajok Barnepsykiatriske behandlingshjem i Deatnu/Tana. Sagat 08.10.1994.
- Pedersen, Steinar: Modern Technology and the devasation of the resource base of the coastal saami. Center for Arctic Cultural Research, Umeå Universitet 1989.
- Perminova, I., Kola Science Center: Bioindication of environment pollution due to nonferrous metallurgy and mining industry in the Kola region. *Arct. Med. Research*, 1992.
- Pettersen, Carl-Erik: Ny struktur- og organisasjonsplan vedtatt. «Innrykk», Åsgård sykehus.
- Pettersen, Carl-Erik: Plan for psykisk helsevern i Finnmark vedtatt. «Innrykk.» 1/95. Åsgård sykehus.
- Pollan, Brita: «Eventyr som religionshistorisk kildemateriale», i *Chaos*, 13, København/Oslo 1990.
- Pollan, Brita: Samiske sjamaner, Religion og helbredelse. Gyldendal, Oslo 1993.
- Poulsen, Else M.L.: Grønlandsk identitet og alkoholforbruk eller misbruk, Århus Universitet, Psykologisk Institut, 1986.
- Qvigstad, J.: Lappische heilkunde, Oslo 1932.
- Qvigstad, Knud J./Sandberg, G.: Lappiske eventyr og folkesagn, m. innl. av M. Moe, Kristiania 1887.
- Qvigstad, Knud J.: Lappiske eventyr og sagn, bd. 1-4, Oslo 1927-29.
- Rack, Philip: Innvandrere: Kultur og psykiatri. Tano 1986.
- Retterstøl, N.: Selvmord. Universitetsforlaget, Oslo, 1985.
- Rode, F.: 1842, Optegnelser over Finmarken 1826-1834.
- Rognmo, Arne: Radioaktivitet i lav og reinkjøtt.
- Rognmo, Arne: Reindød i distrikt 33, Spalca. *Reindriftnytt* 1/89 og 1/90.

- Rollo, May: Myter og identitet. Aventura forl. 1992.
- Rommetveit, R.: Ego i moderne psykologi. Universitetsforlaget 1968.
- Rubenstein, J.L., Heeren, T., Housman, D., Rubin, R., Stechler, G.: Suicidal behavior in «normal» adolescents: Risk and protective factors. *Amer. J. Orthopsychiat.* 59(1), Januar 1989.
- Ruong, I.: Om renens anvending. «Samefolket» nr.6-7, og 8-9, 1966.
- Rydving, Håkan: «The Saami Drums and the Religious Encounter in the 17th and 18th Centuries», i *The Saami Shaman Drum*, ed. Tore Ahlbäck/Jan Bergman, Åbo/Stockholm 1991.
- Sachs, Lisbeth: Medisinsk antropologi, Liber, St.h. 1987.
- Sachs, Lisbeth: Två sett att uppfatta, uttrycka og forklara sjukdomar. *Socialmedisinsk tidsskrift* 57, 10, 80. St.h. 1980.
- Sanaker, Guri Holm: Likheter i samisk folkemedisin og tradisjonell kinesisk medisin. Norsk Akupunkturskole, mars 1988.
- Sandbæk, Mona: Forebyggende barnevern som virkemiddel. *Sosionomen* nr. 13 — 93.
- Sandvik, Johan E.: Legetjenesten i Kautokeino kommune. En brukerundersøkelse. UiTø 1988.
- Sara, Ellen Kristina: Intervjuundersøkelser om arbeidsmiljøskader og belastningslidelser blant reindriftsutøvere, i forbindelse med bruk av motorkjøretøyer. Stipendiatoppgave 1989.
- Sara, Mikkel Nils: Reindriftnæringens tilpasning og reindriftpolitikk. Sami Instituutta, Diedut 2/1993.
- Schein, Edgar H.: Organisasjons-kultur og ledelse. Er kulturendring mulig?
- Sistonen, P., Palosuo, T., Snellman, A.: Identical twins with thw Rnull phenotype of the regulator type in a Finnish Lapp family. *Vox-Sang.* 1985 , 48(3): 174-7.
- Sivertsen, D.: 1955, Læstadianismen i Norge. Sivertsen, L.: Den samiske befolknings opplevelse med det norske sosiale formelle hjelpeapparat, Hovedoppgave, Sosialhøgskolen i Bodø, 1984.
- Sjelnes, Solveig: Hvilke problemer støter barn i to-språklige områder i sitt møte med skolen? Semesteroppgave i spesialpedagogikk 1984.
- Skare, Leif H. (red.): Forvaltningen i samfunnet. Tanum — Nordli 1984.
- Skjeldestad, Finn E., Munch, Johan S., Madland, Tor M.: Tsjernobylulykken — påvirket den svangerskapsutfall i Norge. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* nr. 10/92.
- Skjørshammer, M.: Alkohol og kultur. Om krysskulturelle undersøkelser av sammenhengen mellom kultur og drikkeatferd. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 1987, 24, 491-498.
- Skåden, Asbjørg: Samiskspråklig utvikling som middel og mål i Lavangen. Rapport om tospråklig undervisning i grunnskolen, Samisk høgskole 1993.
- Sletten, Harald: Foring av rein etter Tsjernobyl i Nord-Trøndelag. *Reindriftnytt* 1/89.
- Sletten, Harald: Slikkesteinforsøket i Elgå. *Reindriftnytt* 2/87.
- Smith, Carsten: Om samenes rett til naturressurser — særlig ved fiskerireguleringer. Lov og rett 1990 s. 507 — 535.
- Snellman, Aino: Betydning av pasientens morsmål for konsultasjonen — erfaring fra kommunikasjon med en etnisk minoritet. Utsjoki, Finland, notat 1991.
- Snellman, Aino: Using native language in general practice, notat 1991.
- Solbakk, Marit og Utstøl, Kjersti: Hvorfor være sykepleier i Finnmark? Prosjekt-oppgave ved Norges kommunal- og sosialhøgskole 1988.
- Solbakk, Marit: Eldreomsorg i samiske kommuner. Upublisert notat, sept.1993.
- Solem, Erik: Lappiske rettsstudier. Univ.forl. 1970.

- Solvang, A, Øgrim, M.E.: Kostholdsundersøkelser i Kautokeino og Karasjok 1967. Odontologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Solvang, A. og Øgrim, M.E.: Kostholdsundersøkelser i Gamvik herred 1963. Odontologisk Institutt, universitetet i Oslo.
- Sommerschild, H.: Prevention in child psychiatry. Acta psychiatr. scand. Suppl. 337, Vol.76. 1987.
- Stark Christina: Språkliga minoriteter och identiteter. Innlegg ved Nordiskt seminarium om handicappade inom Nordiska minoriteter och inom samhällen med begrensade resurser, Åland,1981.
- Steen, Adolf: Alder og aldersproblemer hos samene. Norske Gerontologiske Skrifter nr. 6, 1961.
- Steen, Adolf: Samenes folkemedisin, Universitetsforlaget, 1961.
- Steen, Adolf: Samenes kristning og finnemisjonen til 1888, Oslo 1954.
- Steen, Adolf: Vorter og gevekster i folkemedisin og overtro, Kristiansand 1965.
- Steen, Adolf: Å stemme blod, Kristiansand 1966.
- Stoeppler M.: Analysis of nickel in biological materials and natural waters, in J.O. Nriagu (ed.), Nickel in the Environment,« John Wiley and Sons, New York pp. 661-821 (1980).
- Stoll, Ruth I.: «Guidelines for Spiritual Assessment» American Journal of Nursing. September 1979.
- Stordahl, Vigdis og Javo, Cecilie: Etnisk integrasjon og identitetshåndtering, notat. Stordahl, Vigdis: CSV'er, AP'er, Rødstrømpe eller Heavy Lapp? Identitetsskapning i 90-åras Sampi. Univ. i Tromsø, 1985. Diedut nr. 2/88. Sami Instituttta.
- Stordahl, Vigdis: Rapport fra forprosjektet: Utviklingen av samisk psykiatri. Kulturelle komponenter. Karasjok 1987.
- Stordahl, Vigdis: Same i den moderne verden. Endring og kontinuitet i et samisk lokalsamfunn. Karasjok 1994. Avhandling for Dr. philos-graden ved Inst. for samfunnsvitenskap, Universitetet i Tromsø.
- Stordahl, Vigdis: Samepolitisk kafferast med noen refleksjoner til innvortes bruk. Utposten nr. 1/1989
- Strand, Per: Tsjernobylylukkens konsekvenser for samene. Sami Medica nr. 1/90.
- Sørhaug, H.C.: Identitet: Grenser, autonomi og avhengighet. Stoffmisbruk som eksempel. Tidskrift för nordisk alkoholforskning. Vol. 5:31-39, 1988.
- Sørheim, Torunn Arntsen: Helsebegrepet i globalt perspektiv.
- Sørum, H.M. og Øgrim, M.E.: Kostholdsundersøkelser i Polmak. Odontologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Tangnes, J. og Tonstad, P.L: Hasjsmugling på hurtigruta. Dagbladet 14.12.1992.
- Teigmo, Amund Peder: Samiske pasienters møte med det norske helsevesenet. En undersøkelse av deres behov for og tilbud om tolketjenester. Medisinstudiet, UiTø, 1993.
- Teisberg, P.: C 3 types of Norwegian Lapps. Hum-Hered. 1971; 21(2): 162-7. The Cardiovascular study in Finnmark 1974-75 Arctic Medical Research Report 25 Oulu 1979.
- Thelle, D.S., Førde, O.H., Arnesen, E.: Distribution of high-density lipoprotein cholesterol according to age, sex, and ethnic origin: cardiovascular disease study in Finnmark 1977. J-Epidemiol-Community-Health.1982, 36(4): 243-7.
- Thelle, D.S., Førde, O.H.: The Cardiovascular study in Finnmark County: Coronary risk factors and the occurrence of myocardial infarction in first degree relatives and in subjects of different ethnic origin. American Journal of Epidemiology. Volum 110, No. 6, 1979.
- Thorsby, E., Bratlie, A., Teisberg, P.: HL-A polymorphism of Norwegian Lapps. Tissue-Antigens. 1971, 1(3): 137-46.

- Thorslund, Jørgen: Ungdomsselv-mord i Grønland. En sosialpsykologisk undersøkelse. Social kritik nr. 4/89.
- Thuen, Trond: Forholdet mellom etniske grupper — noen samfunnsvitenskapelige refleksjoner. Erke, Høgmø, red.: Identitet og livsutfoldelse. Univ.forl. 1986.
- Tkachev AV., Bojko JR., Ramenskaya EB.: Endocrine status and plasma lipids in inhabitants of the northern European part of the USSR. Arct. Med. Research 1991; 50: Suppl. 6, 148-151.
- Tkachev AV.: Ramenskaya EB., Bojko JR.: Dynamics of hormone and metabolic state in polar inhabitants depend on daylight duration. Arct. Med. Research 1991; 50: Suppl. 6, 152-155.
- Tofting, Marina: Vi er ikke supersamer. Selvmord blant unge i Karasjok. Norsk journalisthøgskole våren 1989.
- Tonstad, Per Lars: En særegen spesialistutdanning. Sami Medica 1/87
- Tonstad, Per Lars: Samisk helsetjeneste innen år 2000. Sami Medica 3/86.
- Tostrup, Bjørn: Arbeidshelseundersøkelse av reindriftsutøvere i Kautokeino kommune. Arbeidsrelaterte ulykker, skader og helseplager. Årsaker og forslag til tiltak. 1994.
- Tostrup, Bjørn: Modell for organisering av den interne vernetjeneste i reindriften. Notat Prosjekt Helse-Miljø-Sikkerhet Reindrift 1993.
- Tostrup, Bjørn: Utredning kompetansesenter (helse-miljø-sikkerhet reindrift) Notat mai 1993.
- Tostrup, Bjørn: Utvikling av bedriftshelsetjeneste for reindriftsnæringen. Pilotprosjekt fra reindriftsnæringen i Kautokeino kommune.
- Tschudi-Madsen, Christine: Helseopplysning krysser kulturgrenser. Sykepleien nr. 2/93.
- Turi, Johan: Muittalus Samiid Birra — En bok om lapparnes liv, Stockholm 1917.
- Tømmervik, Hans: Report from the International Symposium on the Ecological Effects of Arctic Contaminants. Reykjavik, Oct. 1993.
- Tømmervik, Hans: Miljøovervåking fra satelitt. Naturviten nr. 1 — juni 1993.
- Tømmervik, H., Johansen, B.E., Pedersen, J.P.: Monitoring the air pollution on terrestrial Eco-systems in Varanger, Norway and Nikkel, Petchenga, Russia using remote sensing. The Science of the Total Environment no 160/161 1995 pg 753-767.
- Underlid, K.: Arbeidslaus. Det Norske Samlaget, 1992.
- Utsi, Berit L.: Vi trenger et samisk helsevesen. Intervju. Tidsskr. Nor. Lægeforen. nr. 5, 1989, s. 109.
- Vandbakk, Øivind: Språkbarrierer innen primærhelsetjenesten — egne erfaringer. Sami Medica 3/86.
- Veggeland, Noralv: Døds-skyene fra Kola-halvøya. Nordrevy nr. 3/91. West, Piera: Samisk lege i eget land. Sami Medica 1-1990.
- Westerlund, Berthelsen og Berteij: Cesium 137 body burdens in Norwegian lapps, 1965-1983. Paper feb. 1987.
- Wifstad, Åge: Helhetsforståelse og kommunikasjon. Univ. i Tromsø. ISM skriftserie nr. 18. Univ. i Tromsø 1991
- Wiklund, K.B.: Lapska seder og föreskrifter rörande mat og matlagning. Nordiska museet, St.holm 1899.
- Wille, Petter F.: ILO-konvensjon nr. 169 — en milepæl for urbefolkninger og stammefolk. Mennesker og rettigheter 4/1990.
- Winterfeldt, Sigrun, m.fl., Notat om helsestasjoner i samiske områder, Tana kommune, 1987.
- Winterfeldt, Sigrun: Samisk psykiatrisk pasient og norsk helsearbeider. Sami Medica 1/87.

- Wintherfeldt, Sigrun: Den samiske pasients bruk av tradisjonell folkemedisin. Sami Medica nr. 1 — 1990.
- Wøhnl, Oddbjørn: Grunnskoleinternatet. Et sted for oppbevaring av unger, eller et miljø som fremmer deres utvikling? En analyse av grunnskoleinternatet i Kau-tokeino utfra en utviklingsøkonomisk synsvinkel. Finnmark distriktshøgskole, 1991.
- Øien, Brith H.: Pasienters klager, problemer og erfaringer. Tana 1990. Fylkeslegen i Finnmark.
- Åhren, Ingvar: Det samiska rummet. Artikkel. Åarjelsaemieh. Samien Sitje, Snåsa. Årbok 1982/83.
- Aboriginal Health in Canada, Health and welfare. Canada, 1992.
- IX International Congress on Circumpolar Health, Reykjavik. June 20-25, 1993. Abstracts. Resolusjon Health and social development fra WCIP-konf. i Tromsø 8.-12. aug. 1991.
- Helsepersonell i krysskulturelt arbeid. Linjer, fra psykososialt senter for flyktninger, nr. 2, 1992.
- Samisk tolketjeneste, informasjon fra Åsgård sykehus.
- Kort informasjon om bruk av tolk, Utlendingsdirektoratet, 1991.
- Taushetserklæring for tolker, Skriv fra Utlendingsdirektoratet 1990.
- Rapport fra konferansen for ledere ved de kommunale tolketjenestene, Vardø, juni 1991. Utlendingsdirektoratet. Kartlegging av kommunenes tolketjeneste. Delrapport nr. 2, oktober 1991, Utlendingsdirektoratet.
- Utredning om styrking av samisk språk. Sametingets utredningsgruppe for samisk språk i lulesamisk språkområde.
- Høringsuttalelse til forslag til ny lov om barnehager. Sametinget. Sak 36/93. Utskrift av møtebok den 23.- 25.11.94.
- A Study of Medical Interpreters and Health Communication in Inuit Communities. Final Report, National Health Research and Development program, Health and Welfare, Canada.
- Comprehensive Health Care Program For American Indians & Alaska Natives. US. Department of health and human services. Public Health Service. Indian Health Service.
- Plan for fylkeskommunale helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning. FFD: 15/90. Finnmark fylkeskommune.
- «Sykepleier, hvem, hva, hvor», fagserie 4/87.
- Tidsskrift for Den Norske Lægeforening nr. 5/1992.
- Universitetet i Oslo. Studieplaner for tolking ved Avdeling for tolkeutdanning. Utposten nr. 18/89.
- Utposten nr. 2 1985.
- Notat til utvalget fra Samisk sosialarbeiderforening, 1993. Notat til utvalget fra Samisk sykepleierforening, 1993.
- Notat til utvalget fra Samisk legeforening, 1993. Rekruttering og utdanning av samiske helse- og sosialarbeidere. Notat fra Samisk Legeforening, 1993.
- Sami Medica nr. 1 1986, Sami Medica nr. 3 1986, Sami Medica nr. 2 1987, Sami Medica nr. 1 1990.
- Diedut nr. 3/1990: Metod och metodproblem inom samiskrelaterad närings-, miljø- och rettighetsforskning. Sami Instituhtta.
- Diedut nr. 1/1991: Sami manaidgarde- ja ovdaskuvlabargiid, seminaras Guovdageainnus 1989, Sami Instituhtta.
- Diedut nr. 5/1992: Definition av samisk forskning, Lars-Nila Lasko, Sami Instituhtta.

- Diedut nr. 1/1993: Reindriften i Vest-Finnmark — omstilling, utvikling eller avviking, Sami Instituhtta/NIBR.
- Diedut nr. 2/1993: Reindriftnærings tilpasning og reindriftpolitikk, av Mikkel Nils Sara, Sami Instituhtta.
- Diedut nr. 4/1993 Samisk rettsutveckling och forskning, Sami Instituhtta.
- Diedut nr. 5/1993 Traditionell samisk kunnskap och forskning, Sami Instituhtta.
- Diehtogiisa. Informasjonstidsskrift fra Nordisk Samisk Institutt, 1 /1987, 1 /1989, 1 /1990.
- Minoritetsforskning og kulturpolitikk. Forskningsnytt. Norges allmennvitenskapelige forskningsråd, nr. 6-7/1985.
- Dine muligheter! Kvote og stipendordninger for samiske studenter. Sami Joatkkaskuvllaid Stivra, Styret for de samiske videregående skolene, 1995.
- Finnmark Distriktshøgskole: Planer for studium i kulturfag 1993.
- Finnmark Distriktshøgskole: Planer for studium i sosialfag og barnevern 1994.
- Studieplaner for tolking ved Avdeling for tolkeutdanning, Universitetet i Oslo. Studieplan for semesteremne i tolking ved psykososiale tjenester. Hist.-fil.fakultet, Universitetet i Oslo, 1993.
- Samisk Høgskole: Studieplaner 1994.
- Tromsø Helsefaghøgskole. Studieinformasjon 1993/94.
- Høgskolen i Harstad. Studieinformasjon 1993/94.
- Njuike don ge farrui! Sàmi Allaskuvlagoovddàs. 1993.
- Bemanning og studentopptak ved sykepleierhøgskolene. Grunnutdanningen 1992. Norsk Sykepleierforbund. Informasjon om opptak til medisinstudiet ved UiTø. Informasjon av 28.02.92. fra UiTø.
- Studenten i sentrum. Studieinformasjon fra Høgskolen i Bodø 1995.
- Handlingsplan 1995-2000 for utvikling av samisk kompetanse i Finnmark fylkeskommune, 1995.
- Prinsipper og retningslinjer for den 10-årige grunnskolens oppbygging, organisering og innhold. Høringsutkast. Kirke-, utdannings og forskningsdepartementet, 1994.
- Norge som flerkulturelt samfunn. Et undervisningsopplegg. Kommunaldepartementet, Utlendingsdirektoratet, 1992.
- Utredning fra Utvalg som skal utrede desentralisert sykepleierutdanning i indre Finnmark, Det regionale høgskolestyret i Finnmark, høsten 1994.
- Rundskriv Q — 4/92 av 15.12.1992 fra Barne- og familiedepartementet.
- Nordnorsk kompetansesenter innen barnevern. Utredning fra Fylkesmannen i Troms 22.1.1993.
- Ettergivelsesordning for studielån for personer bosatt i Finnmark og Nord-Troms. FORUT 14. sept. 1992
- Forslag til satsingsområde i forbindelse med nye stipendtildelinger. Avdeling for sosialarbeiderutdanning, FDH. Alta, 24. april 1992.
- Hva kan gjøres for å øke rekrutteringen og bedre stabiliteten i sykepleierstillinger i Finnmark? Undersøkelse foretatt av NSF, Finnmark krets 1986. «Sykepleier, hvem, hva, hvor», fagserie 4/87 Opplærings- og utviklingsplan 1994-97. Lavangen kommune.
- Kautokeino kommune. Gammebygging i samisk barnehage. Et Reggio Emilia inspirert prosjekt gjennomført ved Gartnetluohkka barnehage i Kautokeino kommune 1990.
- Mov miesie, Min kalv-Rapport fra forsøket med «Sørsamisk ambulerende sesongbarnehage» 1982-85.
- Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge. Helsedirektoratets utredningsserie 1993.

- Barn har rett. Norges første rapport til FN om konvensjonen om barnets rettigheter. Barne- og familiedepartementet 1993.
- Buolvvas bulvii — cearddas cerdii. Fra generasjon til generasjon. Rapport fra konferansen og kulturmønstring i Kautokeino 21.-24. september 1993.
- Dabalas vahkkoloahappa — En vanlig weekend. Et hefte om rusmidler for elever i ungdomsskolen. Davvi media 1989.
- Samordning av tiltak for barn og unge, Nesseby kommune 1991.
- «I mella multebær og mygg». Fylkesmannen i Finnmark — Finnmark fylkeskommune, statens Utdanningskontor i Finnmark. Karasjok august 1992.
- Nordnorsk kompetansesenter innen barnevern. Utredning fra Fylkesmannen i Troms 22..1.1993.
- Utredning vedrørende Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri i Helseregion V. Troms fylkeskommune.
- Innstilling fra utvalget til å utrede samisk ungdomshjem.
- Prosjekt forebyggende barnevern. Temahefte fra Barne- og familiedepartementet 1992.
- Gammebygging i samisk barnehage, gjennomført ved Gartnetluohkka barnehage i Kautokeino 1990.
- Rammeplan for barnehagen. Det samiske tillegget. Det samiske barnehageutvalgets tilleggsutredning avgitt 01.09.92 til Sametinget.
- Giella glasnost FDH-Sosialarbeiderutdanningen. Prosjektgruppe samisk språklov 1992.
- Tiltak for barn og ungdom i regjeringens forslag til statsbudsjett 1993. Lagt fram av Barne- og familiedepartementet som vedlegg til St.prp. nr.1 for 1994-95.
- Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Troms fylkeskommune
- NIBR-rapport 1986:1, Skolemotivasjon i Finnmark.
- Samisk utdanningsråd. Årsmelding 1992-94.
- Sluttrapport «Alternativ organisering av barnevern». Tana kommune 1993.
- Skolefritidsordninger med vektlegging på samisk språk og kultur. Statens utdanningskontor i Finnmark 1994.
- Kompetanse- og utdanningsbehov i barnevernet. Barne- og familiedepartementet Q-0805 1992.
- Program for nasjonal utvikling av barnevernet for 1993. Rundskriv Q-4/92 Barne- og familiedepartementet.
- Samisk læremiddelsenter. Bakgrunn, oppgaver, organisering. Samisk utdanningsråd 1992.
- Indre Finnmark familievernkontor. Årsmelding 1993.
- Movt dal Ka nu. Rapport fra ungdomskonferanse i Kautokeino kommune 1994.
- Skolemotivasjon i Finnmark. Om reproduksjon av utdanningsulikheter. NIBR-rapport 1986-1 Prosjektrapport fra Samisk Ungdomspsykiatrisk Team, Karasjok.
- Helsekonflikt i Sameland. Helse- og Sosialforum nr. 5 1993.
- Årsmelding for BUP-Karasjok. 1988-1994.
- Årsmelding 1989. Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Lakselv.
- Årsmelding 1990-94. Samisk Ungdomspsykiatrisk team, Karasjok.
- Årsmelding 1990/91 — Voksenpsykiatrisk poliklinikk for Midt-Finnmark.
- Årsmelding 1993. Samisk utdanningsråd.
- Fylkeskommunal plan for rusvernet 1993. Finnmark fylkeskommune. FFD 16/93.
- Fylkesnemnda for sosiale saker, Troms og Finnmark. Årsrapport 1993.
- Handlingsplan for statlig stimulering av psykisk helsevern og mental helse. Tjenester til personer med psykiske lidelser: Høring. Sosialdepartementet, 1993.
- Selvmondsforebyggende arbeid. Bærumsmodellen. Statens helsetilsyn 1994.
- Rusmiddelplan for Kautokeino kommune 1993.

- Sjølmod i Finland. Rapport fra finsk prosjektgruppe. Seminar 14.11.89. Stoffmisbruk nr. 5/1992.
- Expert Meeting on The negative social consequences of alcohol use. The United Nations Office at Vienna Centre for Social Development and Humanitarian affairs, Norwegian Ministry of Health and Social affairs, Oslo, 1990.
- Betenkning om behandlingstilbud mot alkoholisme. Alkoholsekretariatet, Sosialdirektoratet. Isumaginninnermi Pisortaqartik, Grønlands hjemmestyre.
- Interim report of the special senate committee on suicide prevention, Alaska, 1988.
- Delplan for rusmiddelmissbrukere 1988. Alkohol Narkotika tobakk; 1988, undersøkelse i Båtsfjord kommune av Yngve Johansen. Sosiale spørsmål i samiske områder. Red.: Finn Bjørnar Lund. Nordland Distriktshøgskole, NDH-rapport 1984:3.
- Psykiatrisk senter i Sør-Troms. Plan for fylkeskommunale tiltak innen psykisk helsevern for voksne. Troms fylkeskommune, Helse- og sosialetaten, mai 1994.
- Plan for psykisk helsevern i Finnmark. Finnmark fylkeskommune, 1994.
- Porsanger helsetun fra psykiatrisk sykehjem til psykiatrisk senter, Finnmark fylkeskommune 1992.
- Samlet plan for psykisk helsevern. Del 1 — Voksenpsykiatri. Troms fylkeskommune, Helse- og sosialetaten. Mars 1993.
- «Psychotherapi» Vol. 27/fall 1990/nr.3. (Temanummer om etnisitet og kultur i psykoterapien)
- «En eldre sames møte med RiTø.» Prosjektarbeid. Tema 3. Basisgruppe 14, UiTø, Høsten 1993.
- Forslag til samlet plan for somatisk geriatri, medisinsk rehabilitering og habilitering. tiltak for eldre, langtidssyke og funksjonshemmede. Troms fylkeskommune, Helse- og sosialetaten 1994.
- Hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorg hand i hand. Sosialdepartementets omsorgsserie 2/89.
- «Å være pensjonist». Statens eldreråd I-0716 B.
- Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-93. Utredningsrapport nr. U 1 — 1994. Avdeling for samfunnsmedisin. Seksjon for helsetjenesteforskning.
- Rapport fra dagskonferansen i geriatri. Sosial- og helsedepartementet, 24. februar 1994.
- Referat fra seminar om samisk rehabilitering i Karasjok 19.11.1993. Samisk Legeforening.
- Kvaliteten i eldreomsorgen. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund 1994. I-0784 B.
- Rapport fra prosjekt «Teleløsning». Et samarbeid mellom Seidajok Barnepsykiatriske Behandlingshjem. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Øst-Finnmark (BUP). Televerkets forskningsinstitutt, Tromsø (TF). Kirkenes sykehus. Rapport mars 1993.
- Telematikk i Finnmarks helsevesen. Prosjektbeskrivelse og statusrapport. Kirkenes sykehus 1991. Telemedisin i praksis. Prosjekt, Tromsø.
- Telepsykiatri-nettverk i helseregion V. Televerkets Forskningsinstitutt. TF N 45/94.
- Videre fremdrift i telematikkarbeidet i Finnmark Sak 20/92 i helse- og sosialstyret 20.-21.02.92.
- Samisk-medisinsk tolketjeneste. Notat fra Teledirektoratets forskningsavdeling, Tromsø.
- Videokonferanser i helsevesenet. Erfaringer fra to års bruk i Troms og Finnmark. Av Knut Arild Andersen, Teledirektoratets forskningsavdeling. TFN 3/92.
- Reindriftnytt 11/89. Reindriften framtid i Kautokeino kommune v. A/L Bajos, sept. 1990.

- Arctic Environment. Report on The Seminar On Integration of Indigenous Peoples Knowledge. Reykjavik — Iceland, September 1994.
- Arctic Monitoring and Assessment Programme, (AMAP), Draft, nov. 1992.
- Minutes of the first meeting of the Arctic Monitoring and Assessment Task Force (AMATF), Tromsø 1991.
- Den blandede norsk-russiske kommisjon for miljøsamarbeid, arbeidsgruppen for human helse, Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Møtereferat, 21.- 24. september 1992.
- Barentsregionen. Et regionaliseringsprosjekt i det nordligste Europa. Aktuelle utenrikksspørsmål. Utenriksdepartementet Nr. 1/93.
- Barentsprogrammet 1994. Urfolkenes handlingsprogram i Barentsregionen 1994-1997. Innstilling fra Det regionale urfolksutvalget i Barentsregionen, juni 1994.
- Samisk miljøprogram. XIII Samekonf. Åre 1986.
- SNT-rapport 7, 1991: Stråledose fra mat til menneske de fire første årene etter Tsjernobyl.
- Statement to UNITED Preparatory Committee on the Protection of the Environment in the Saami Homeland Region.
- Statlig program for forurensingsovervåking. Overvåkingsresultater 1989. Rapport 433/90. Sur nedbør på tvers av landegrensene. Nitrogen som miljøproblem. TA-711/1990. Statens forurensingstilsyn.
- Summary and recommendations of the workshop on cirumpolar health. 3rd Northern Regions conference, Anchorage, Alaska, USA, 17.-21. sept. 1990.
- Sundsvall statement on supportive Environment. 9.-15. juni 1991.
- Survey of atmospheric heavy metal deposition in the nordic countries in 1985 — monitored by moss analyses. Ruhlning Å, Rasmussen L et al. *NORD* 1987:21.
- Nasjonale samletall for forureningsutslipp 1991. TA-828/1992 — 92:03. Statens forurensingstilsyn.
- National Institute of Occupational Health, Oslo. Norseth, T. MD PhD. Environmental pollution around nickel smelters in the Kola peninsula (upublisert oversikt). SIS-rapport 1991:10: Kostholdsundersøkelse og helkroppsmålinger på reindriftsamer i Kautokeino 1989 og 1990.
- NILU-rapport 505/92. Oppdragsgiver Statens forurensingstilsyn. Overvåking av luft- og nedbørkvalitet i grenseområdene i Norge og Russland. Oktober 1991 — mars 1992. TA 897/1992.
- NILU-rapport 498/92. Oppdragsgiver: Statens forurensingstilsyn. Rutineovervåking av luftforurensing. April 1991 — mars 1992. TA-878/1992.
- NILU-rapport 483/92. Oppdragsgiver: Statens forurensingstilsyn. Overvåking av luft- og nedbørkvalitet i grenseområdene i Norge og Russland. April — september 1991. TA-827/1992.
- NILU OR:54/92. Henriksen JF, Mikhailov AA, Mikhailovski YN. Atmospheric Corrosion Tests Along the Norwegian-Russian Border. Referanse O-8976.
- NILU OR:8/92. Sivertsen B., Makarova T., Hagen LO et al. Air pollution in the Border Areas of Norway and Russia. Summary report 1990-91.
- NILU OR:69/91. Sivertsen, B., Scholdager, J. Luftforurensninger i Finnmark fylke. Referanse: O-1568.
- NILU-rapport 453/91 og 473/91. Basisundersøkelse av luftforurensninger i Sør-Varanger 1988-1991. TA 759/1991 og TA 797/1991.
- NILU-rapport. 471/91. Rutineovervåking av luftforurensing. April 1990 — mars 1991. TA-792/1991.
- NIBR-rapport 1990:11, 1990:12. Mot et bærekraftig samfunn i Indre Finnmark. Del I. Norsk Institutt for By- og regionforskning.

- NIBR-notat 1990:108. Svart hav, svart syn. fiskerikrise i kyst-Finnmark. Av Kjetil Bjørlo. NIBR 1990.
- NILU OR 69/91 Luftforurensninger i grenseområdene Norge-Sovjet. Jan. 1990 — mars 1991.
- Opptak av tungmetaller i dyr i Sør-Varanger. DN-notat 1991-15. Naturens tålegrenser. Miljøverndepartementet.
- The Contamination of the eastern Canadian arctic ecosystem. Research proposal submitted to the Eco-research program Tri-Council secretariat. October 1993. Nordic perspectives on arctic cultural and political ecology including a statement of principles and priorities in arctic and northern research. Edited by Noel D. Broadbent 1989.
- Omstilling i indre Finnmark. Innstilling fra arbeidsgruppa til å utrede tiltak for å motvirke de sysselsettingsmessige konsekvenser av omstrukturering innen reindriften. Finnmark fylkeskommune.
- Health hazards in reindeer herding work. Accidents in reindeer herding work. Artikler i Arctic Medical research B 145, h. 5, 1987.
- Systemer for utredning av miljøkonsekvenser i de nordiske land. Rapport fra en AD HOC-gruppe under Nordisk Ministerråd, 1990.
- IPCS, 1991. Environmental Health Criteria 108. Nickel. International program on chemical safety, World Health Organization, Geneva.
- Helsemessige konsekvenser av Tsjernobyll-ulykken. Uttalelse gitt i forbindelse med arbeidet til den interdepartementale arbeidsgruppe for tiltak mot atomulykker. Statens institutt for strålehygiene 1991.
- Tidsskr. Nor. Lægeforening 1993;113:0000-0. Sunde H. G., Holtedal, K. A.: Luftforurensning, eksem og astma i Sør-Varanger.
- Tidsskr. Nor. Lægeforening 1992;112:2384-6. Sunde H. G., Alexander J.: Kreft i Pasvik II.
- Tidsskr. Nor. Lægeforening 1989;109:53-61. Sunde H. G., Haldorsen T.: Kreft i Pasvik.
- Nærømanuskriptet, 1723/utg. K.J. Qvigstad, Trondhjem 1903.
- ILO-konv. No. 169: Indigenous and tribal peoples, 1989.
- «Samene i Europa» Virkninger for samene ved ulike former for tilknytning til EF. Kommunaldep. 1992.
- Generalplanene for Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Tana, Nesseby. Handlingsplan for forebygging av belastningsslidelser (1994-98). Sosial- og helsedepartementet 1994.
- Fysioterapeuten nr. 3/1992, helse-/sosialforum 1/92.
- Programnotat II «Prioriterte mål og oppgaver i 1992» fra SME (Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren), Sos.dep.
- Medisinsk rehabilitering — planlegging og organisering. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-1991.
- Handlingsplan for samisk politikk i Nordland. Nordland fylkeskommune, 1994.
- Utvikling av lokalsamfunnet Drag/Helland. Rapport fra mobiliseringsprosjektet 1991.
- Om kvalitet og kvalitetssikring i helsesektoren. Fordypningsnotat 4, Sosialdepartementet 1991.
- Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene, ved Anders Forsdahl. Universitetet i Tromsø, inst. for samf.med. ISM skriftserie nr.2.
- The Cardiovascular study in Finnmark 1974-75. Nordic Council for Arctic Medical Research. Report 25. Oulu 1979.

- Finnmark fylkeskommunale tannhelsetjeneste. Årsmelding 1993. Finnmark fylkeskommune. Finnmark fylkeskommunale tannhelsetjeneste. Tannhelseplan 1992-95. Høringsutkast.
- Styrings- og informasjonshjulet. Sammenligningstall for kommunene 1994. Rundskriv I-20a/94. Sosial- og helsedepartementet 1994.
- Styrings- og informasjonshjulet. Nasjonale mål og hovedprioriteringer 1994. Rundskriv I-13/94. Sosial- og helsedepartementet 1994.
- (Landbrukshelsen. Prosjektapparat) Prosjekt Bedriftshelsetjeneste i landbruket 1988-1993. Kari Anne Sanf. Kongsberg, mars 1994. NOU 1977:6. Ein samla offentlig politikk for oppvekstmiljøet.
- NOU 1982:35. Nasjonale tiltak for en geografisk likeverdig helsetjeneste.
- NOU 1984:18. Om samernes rettsstilling.
- NOU 1984:28. Helserådstjenesten. Oversikt over helsetilstanden og miljørettet helservern i kommunene.
- NOU 1985:14. Samisk kultur og utdanning.
- NOU 1985:18. Lov om sosiale tjenester m.v.
- NOU 1985:24. Videregående opplæring for samer.
- NOU 1986:24. Tiltak mot kjernekræftulykker.
- NOU 1986:4. Samordning i helse- og sosialtjenesten.
- NOU 1987:13. Tiltak mot kjernekræftulykker.
- NOU 1987:20. Handlingsplan for samisk ungdoms utdanningsmuligheter.
- NOU 1987:23. Retningslinjer for prioriteringer innen helsetjeneste.
- NOU 1987:34. Samisk kultur og utdanning.
- NOU 1990:16. Økonomisk sosialhjelp.
- NOU 1991:10. Flere gode leveår for alle.
- NOU 1992:1. Trygghet — Verdighet — Omsorg.
- NOU 1992:5. Tiltak mot atomulykker.
- NOU 1992:8. Lov om pasientrettigheter.
- Lov om sosiale tjenester m.v. Utskrift av Lovtidende, avd. 1 nr. 23, 199 s. 823-846.
- Lov om sosiale tjenester m.v., Rundskriv I-1/93, Sosialdepartementet 1993.
- Lov om helsetjeneste i kommunene av 19. november 1982 nr. 66 (med endringer, siste endring 12. juni -87).
- Lov av 13. mars 1981 nr. 6 om vern mot forurensninger og om avfall.
- Lov av 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget m.v. med tilføyelser (ved lov 21. des. 1990 nr.78).
- Lov av 17. juli 1992 om barneverntjenester. Med siste endringer av 11. juni 1993.
- Rundskriv 1-1/80 fra Sosialdepartementet. Lov om sosial omsorg av 5. juni 1964, revidert utgave av 7. januar 1980.
- Rundskriv 1-1/93 fra Sosialdepartementet. Lov om sosiale tjenester m.v.
- Rundskriv I-20a/94. Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene.
- Rundskriv Q — 4/92 av 15.12.1992 fra Barne- og familiedepartementet..
- St.meld. nr. 41 (1987-88) «Helsepolitikken mot år 2000.»
- St.meld. nr. 17 (1987-88). Alkohol og folkehelse.
- St.meld. nr. 41 (1987-88). Helseplan mot år 2000. Nasjonal helseplan.
- St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.
- St.meld. nr. 32 (1989-90) «Framtid i Nord» Levekår og framtidsutsikter i Nord-Troms og Finnmark
- St.meld. nr. 36 (1989-90) Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.
- St.meld. nr. 47 (1989-90) Om gjennomføring av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming.
- St.meld. nr. 34 (1990-91) Om miljøvern i kommunane.

- St.meld. nr. 40 (1990-91) Fra visjon til virke. Om høgre utdanning.
- St.meld. nr. 28 (1991-92) En bærekraftig reindrift.
- St.meld. nr. 69 (1991-92) Tiltak for rusmiddelmissbrukere.
- St.meld. nr. 13 (1991-92) Om Sametingets virksomhet i 1990.
- St.meld. nr. 13 (1992-93) Om FN-konferansen om miljø og utvikling. I Rio de Janeiro.
- St.meld. nr. 15 (1992-93) Familievernet. Oppgaver og forvaltning.
- St.meld. nr. 36 (1992-93) Forskning for fellesskapet.
- St.meld. nr. 52 (1992-93) Om norsk samepolitikk.
- St.meld. nr. 15 (1992-93) Familievernet. Oppgaver og forvaltning.
- St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
- St.meld. nr. 34 (1993-94) Atomvirksomhet og kjemiske våpen i våre nordlige nær-områder.
- St.meld. nr. 50 (1993-94) Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.
- St.prp. nr. 103 (1986-87) Etablering av Finnmark som egen utdanningspolitisk region.
- St.prp. nr. 102 (1989-90) Om den 76. internasjonale arbeidskonferanse i Geneve 1989.
- St.meld. nr. 37 (1992-93) Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Ot.prp. nr. 29 (1990-91) Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven).
- Ot.prp. nr. 48 (1985-86) Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.
- Ot.prp. nr. 33 (1986-87) Om lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold.
- Ot.prp. nr. 60 (1989-90) Samisk språk.
- Ot.prp. nr. 40 (1986-87) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m. (Miljørettet helsevern i kommunene).
- Ot.prp. nr. 32 (1989-90) Tiltakssone i Finnmark og Nord-Troms-lovendringer.
- Ot.prp.nr 44 (1991-92) Om lov om barneverntjenester (barnevernloven)
- Innst. O nr. 9. (1990-91) fra sosialkomiteen om sosialloven.
- Innst. O. nr. 3. (1990-91) Om samisk språk.
- Innst. O. nr. 79. (1986-87) Fra justiskom. om lov om Sametinget m.v.
- Innst. S. nr. 118. (1993-94) Innstilling fra sosialkom,iteen om utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. (St.meld. nr. 37 for 1992-93).

Vedlegg I

Lov om Sametinget og samiske andre rettsforhold (Same- loven). Lov av 12. juni 1987 nr. 56 med endringer, sist ved lov av 21. desember 1990 nr. 78

1 KAPITTEL 1. ALLMENNE BESTEMMELSER

§1—1. Lovens formål

Lovens formål er å legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppe i Norge kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv.

§1—2. Sametinget

Den samiske folkegruppe skal ha et eget landsomfattende sameting valgt av og blant samene.

§1—3. Sametingets årsmelding

Sametingets årsmelding sendes til Kongen.

§1—4. Statens økonomiske ansvar

De særlige utgifter som påføres fylkeskommuner og kommuner ved valg til Sametinget dekkes av staten.

Kongen gir forskrift om gjennomføring av første ledd.

§1—5.¹⁾ Samisk språk

Samisk og norsk er likeverdige språk. De skal være likestilte språk etter bestemmelse i kapittel 3.¹

2 KAPITTEL 2. SAMETINGET

§2—1. Sametingets arbeidsområde og myndighet

Sametingets arbeidsområde er alle saker som etter tingets oppfatning særlig berører den samiske folkegruppe.

Sametinget kan av eget tiltak reise og avgi uttalelse om alle saker innenfor sitt arbeidsområde. Det kan av eget tiltak også legge fram saker for offentlige myndigheter og private institusjoner m.v.

Sametinget har beslutningsmyndighet når dette følger av andre bestemmelser i loven eller fastsatt på annen måte.

1. ¹⁾ Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78

§2—2. *Innhenting av uttalelse fra Sametinget*

Andre offentlige organer bør gi Sametinget anledning til å uttale seg før de treffer avgjørelse i saker på Sametingets arbeidsområde.¹⁾ ²

§2—3. *Valgmåte, valgtidspunkt og valgperiode*

Valg til Sametinget holdes som direkte valg.

Valget holdes som forholdsvalg når mer enn ett forslag til valgliste blir godkjent i en valgkrets. I andre tilfelle holdes valget som flertallsvalg.

Valget holdes på samme dag som stortingsvalg.

Sametinget velges for et tidsrom av fire år.

Valgperioden reknes fra første oktober i valgåret.

§2—4. *Valgkretser og mandatfordeling*

Ved valg til Sametinget velges tre medlemmer med varamedlemmer fra hver av de følgende valgkretser:

Varanger (Sør-Varanger, Nesseby, Vadsø, Vardø og Båtsfjord kommuner),

Tana (Tana, Berlevåg og Gamvik kommuner),

Karasjok (Karasjok kommune),

Kautokeino (Kautokeino kommune),

Porsanger (Porsanger, Lebesby, Nordkapp og Måsøy kommuner),

Alta/Kvalsund (Kvalsund, Hammerfest, Sørøysund, Alta, Hasvik og Loppa kommuner),

Nord-Troms (Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Storfjord og Lyngen kommuner),

Midt-Troms (Karlsøy, Tromsø, Balsfjord, Målselv, Bardu, Lenvik, Berg, Torshøi og Tranøy kommuner),

Sør-Troms (Sørreisa, Dyrøy, Salangen, Lavangen, Gratangen, Skånland, Ibestad, Harstad, Bjarkøy og Kvæfjord kommuner),

Nordre Nordland (Andøy, Øksnes, Bø, Sortland, Hadsel, Vågan, Vestvågøy, Flakstad, Moskenes, Værøy, Røst, Lødingen, Tjeldsund, Evenes og Narvik kommuner),

Midtre Nordland (Ballangen, Tysfjord, Hamarøy, Steigen, Sørfold, Bodø, Fauske, Skjerstad, Saltdal, Gildeskål, Beiarn, og Meløy kommuner),

Sørsameområdet (kommunene i Nordland fylke fra og med Rana og Rødøy og sørover, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag fylker og Engerdal kommune i Hedmark fylke),

Sør-Norge (fylkene Møre og Romsdal, Sogn og Fjordane, Hordaland, Rogaland, Vest-Agder, Aust-Agder, Telemark, Buskerud, Vestfold, Akershus, Østfold, Oppland, Hedmark (unntatt Engerdal kommune) og Oslo.

§2—5. *Stemmerett*

Stemmerett ved valg til Sametinget har alle som har stemmerett ved kommunestyrevalg¹⁾ i kretsen, og som på valgdagen står innført i samemantallet i kretsen (jfr. §2—6). i kretsen, og som på valgdagen står innført i samemantallet i kretsen (jf. §2—6). ³

2. ¹⁾ Se §2—1 første ledd

3. ¹⁾ Se lov 1 mars 1985 nr 3 §3

§2—6. Samemanntall

Alle som avgir erklæring om at de oppfatter seg selv som same, og som enten

1. har samisk som hjemmespråk, eller
2. har eller har hatt forelder eller besteforelder med samisk som hjemmespråk kan kreve seg innført i et eget samemanntall i bostedskommunen.

§2—7. Valgbarhet og forslagsrett

Valgbar til Sametinget er alle som er innført i samemanntall i kretsen¹⁾. De som skal velges, må dessuten være innført i folkeregisteret som bosatt i kretsen på valgdagen. Personale ved Sametingets administrasjon er likevel ikke valgbar.²⁾ Forslagsrett i valgkretsene har alle som er innført i samemanntall i kretsen. Et forslag til valgliste må være underskrevet av minst femten samer med forslagsrett.^{4 5}

§2—8.1) Plikt til å motta valg og fritaksgrunner

Alle som har rett til å stille til valg til Sametinget, har plikt til å motta valget med mindre de blir fritatt etter reglene i andre ledd.

Rett til å kreve seg fritatt for valg har alle som

1. har fylt seksti år innen valgårets utløp, eller
2. har gjort tjeneste som medlem av Sametinget de siste fire år, eller
3. overfor kretssamevalgstyret godtgjør at de ikke vil kunne skjønne sine plikter som medlem av Sametinget uten uforholdsmessig vanskelighet

6

§2—9. Fritak og uttreden i valgperioden.

Medlemmer av Sametinget som ikke kan skjønne sine plikter i vervet uten uforholdsmessig vanskelighet, kan av Sametinget etter søknad fritas fra vervet for en bestemt tid eller for resten av valgperioden. Medlemmer som mister stemmeretten etter grunnloven §53, eller som blir ansatt i Sametingets administrasjon, trer ut av Sametinget for resten av valgperioden.

§2—10. Valgmyndighet

Sametinget er øverste valgmyndighet ved valg til Sametinget.

§2—11. Utfyllende bestemmelser om valget.

Kongen gir utfyllende bestemmelser om valg til Sametinget.

§2—12. Sametingets administrasjon.

Sametinget skal ha en egen administrasjon. Personalet ved administrasjonen anses av Sametinget.

4. ¹⁾ Se §2—6

5. ²⁾ Se lov 16 jan 1970 nr 1

6. ¹⁾ Sml lov 1 mars 1985 nr 3 kap. III.

§2—13. *Forhandlingspråk.*

Under møter i Sametinget har alle rett til å tale samisk eller norsk etter eget ønske.

§2—14. *Forretningsorden.*

Sametinget gir bestemmelser om sammenkalling og arbeidsordningen Sametinget.

3 KAPITTEL 3. SAMISK SPRÅK¹⁾

§3—1.²⁾ *Definisjoner.*

I dette kapitlet skal følgende definisjoner gjelde: Med forvaltningsområdet for samisk språk menes kommunene Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Porsanger, Tana og Kåfjord. Med offentlig organ menes ethvert organ for stat eller kommune. Med lokalt offentlig organ i forvaltningsområdet menes ethvert kommunalt, fylkeskommunalt og statlig organ som har en tjenestekrets som omfatter en kommune eller en del av en kommune i forvaltningsområdet for samisk språk. Med regionalt offentlig organ i forvaltningsområdet menes ethvert fylkeskommunalt og statlig organ som har en tjenestekrets som helt eller delvis omfatter flere av kommunene i forvaltningsområdet for samisk språk, medn som likevel ikke er landsomfattende.^{7 8}

§3—2. *Oversettelse av regler. Kunngjøringer og skjemaer.¹⁾*

Lover og forskrifter av særlig interesse for hele eller deler av den samiske befolkning, skal oversettes til samisk. Kunngjøringer fra offentlige organ som særlig retter seg mot hele eller deler av befolkningen i forvaltningsområdet, skal skje både på samisk og norsk. Skjema til bruk overfor et lokalt eller regionalt offentlig organ i forvaltningsområdet skal foreligge både på samisk og norsk. Kongen²⁾ gir nærmere regler om iverksetting av denne bestemmelsen.^{9 10}

§3—3.¹⁾ *Rett til svar på samisk.*

Den som henvender seg på samisk til et lokalt offentlig organ i forvaltningsområdet, har rett til svar på samisk. Dette gjelder likevel ikke ved muntlige henvendelser til tjenestemenn som utfører oppdrag utenfor organets kontor. Den som henvender seg skriftlig på samisk til et regionalt offentlig organ i forvaltningsområdet, har rett til skriftlig svar på samisk. Kongen²⁾ kan i særlige tilfeller gjøre unntak for bestemte regionale organ.^{11 12}

§3—4.¹⁾ *Utvidet rett til bruk av samisk i rettsvesenet.*

For domstoler med embetskrets som helt eller delvis omfatter forvaltningsområdet, gjelder i tillegg følgende regler om bruk av samisk: Enhver har rett til å inngi prosesskrifter med bilag, skriftlige bevis eller andre skriftlige henvendelser på samisk. Skal domstolen formidle henvendelsen til en motpart, sørger den for oversettelse

7. ¹⁾ Kapittel 3 tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

8. ²⁾ Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

9. ¹⁾ Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

10. ²⁾ Kulturdepartementet iflg res 20 des 1991 nr 823.

11. ¹⁾ Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78. — For berørte ligningskontorer og fylkesskattekontorene i Troms og Finnmark trer loven i kraft fra 1 januar 1993, se res 20 des 1991 nr 823.

12. ²⁾ Kulturdepartementet iflg res 20 des 1991 nr 823.

til norsk. Oversettelse kan unnlates dersom motparten samtykker. Enhver har rett til å henvende seg muntlig til domstolen på samisk dersom rettergangs- lovgivningen gir adgang til muntlig istedenfor skriftlig henvendelse. Har domstolen plikt til å nedtegne henvendelsen, kan den som fremmer henvendelsen, kreve at nedtegningen skjer på samisk. Et slikt krav bryter ingen frist. Nr 1 andre og tredje punktum gjelder tilsvarende. Enhver har rett til å tale samisk i rettsmøter. Skal noen som ikke kan samisk delta i forhandlingene, brukes en tolk som retten har oppnevnt eller godkjent. Når en part begjærer det, kan rettens formann bestemme at forhandlingspråket skal være samisk. Nr 3 andre punktum gjelder tilsvarende. Er forhandlingspråket samisk, kan rettens formann bestemme at også rettsboken skal føres på samisk. Domstolen sørger for oversettelse til norsk. Domstolen sørger for at rettsbøker som er skrevet på norsk, oversettes til samisk når en part krever det. Et slikt krav bryter ingen frist.

For politi og påtalemyndighet med tjenestekrets som helt eller delvis omfatter forvaltningsområdet, gjelder i tillegg følgende regler om bruk av samisk: 1. Enhver har rett til å tale samisk i avhør på organets kontor. 2. Enhver har rett til å bruke samisk ved muntlig anmeldelse og rettsmiddelklæring. For fengselsvesenets anstalter i Troms og Finnmark gjelder i tillegg følgende regler om bruk av samisk: 1. §3—5 gjelder tilsvarende for innsatte. 2. Innsatte har rett til å bruke samisk overfor hverandre og overfor sine pårørende. 3. Innsatte har rett til å bruke samisk ved muntlig rettsmiddelklæring til fengselsmyndigheten.¹³

§3—5.1) Utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren

Den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet, har rett til å bli betjent på samisk¹⁴

§3—6.1) Individuelle kirkelige tjenester.

Enhver har rett til individuelle kirkelige tjenester på samisk i Den norske kirkes menigheter i forvaltningsområdet.¹⁵

§3—7.1) Rett til utdanningspermisjon

Tilsatte i et lokalt eller regionalt offentlig organ i forvaltningsområdet har rett til permisjon med lønn for å skaffe seg kunnskap i samisk når organet har behov for slik kunnskap. Retten kan gjøres avhengig av at den tilsatte forplikter seg til å arbeide for organet en viss tid etter utdanningen. Kongen²⁾ gir nærmere regler om gjennomføringen av disse bestemmelsene.^{16 17}

§3—8.1) Rett til opplæring i samisk.

Enhver har rett til opplæring i samisk. Kongen²⁾ kan gi nærmere regler om gjennomføring av denne bestemmelsen. For opplæring i og på samisk i grunnskolen og

13. ¹⁾ Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

14. ¹⁾ Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

15. ¹⁾ Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

16. ¹⁾ Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

17. ²⁾ Kulturdepartementet iflg res 20 des 1991 nr 823.

den videregående skolen gjelder reglene i og i medhold av grunnskoleloven og lov om videregående opplæring.^{18 19}

§3—9.¹) *Samisk i den kommunale forvaltning.*

Kommunestyret kan bestemme at samisk skal være likestilt med norsk hele eller deler av den kommunale forvaltning.²⁰

§3—10.¹) *Utvidelse av bestemmelsenes virkeområde.*

Kongen²) kan fastsette at bestemmelsene i dette kapitlet som er begrenset til lokale eller regionale offentlige organ i forvaltningsområdet, helt eller delvis også skal gjelde for andre offentlige organ eller for private rettssubjekt når de treffer vedtak på vegne av stat eller kommune.^{21 22}

§3—11.¹) *Klage*

Dersom et offentlig organ ikke følger bestemmelsene i dette kapitlet, kan den som saken direkte gjelder, klage til det organet som er nærmest overordnet det organet klagen angår. Fylkesmannen er klageinstans når klagen angår kommunale eller fylkeskommunale organ. Også landsomfattende samiske organisasjoner og landsomfattende offentlige organer med oppgaver av særlig betydning for hele eller deler av den samiske befolkningen, har klagerett i slike saker. Det samme gjelder i saker hvor ingen enkeltperson er særskilt berørt.²³

§3—12.¹) *Samisk språkråd.*

Det opprettes et Samisk språkråd. Sametinget oppnevner rådets medlemmer og fastsetter hvem som skal være rådets leder og nestleder. Kongen²) gir nærmere regler om rådets sammensetning, organisasjon, funksjonstid, oppgaver m.m.id, oppgaver m.v.^{24 25}

4 KAPITTEL 4. OVERGANGSREGLER OG IKRAFTTREDELSE¹)

§4—1.²) *Overgangsregler.*

Sametinget er en videreføring av Norsk Sameråd. Sametinget trer inn i alle funksjoner, rettigheter og plikter til Norsk Sameråd. Kongen gir regler om sammenkalling av og arbeidsordningen i Sametinget 1). Disse regler gjelder inntil Sametinget fastsetter forretningsorden i medhold av §2—14.^{26 27}

18. ¹) Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

19. ²) Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet iflg res 20 des 1991 nr 823.

20. ¹) Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

21. ¹) Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

22. ²) Kulturdepartementet iflg res 20 des 1991 nr 823.

23. ¹) Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

24. ¹) Tilføyd ved lov 21 des 1990 nr 78.

25. ²) Kulturdepartementet iflg res 20 des 1991 nr 823.

26. ¹) Tidligere kapittel 3, endret til 4 ved lov 21 des 1990 nr 78.

27. ²) Endret ved lov 21 desember 1990 nr. 78 (tidligere §3—1).

§4—2.¹⁾ *Ikrafttredelse.*

Loven trer i kraft fra det tidspunkt Kongen bestemmer²⁾. ^{28 29}

28. ¹⁾ Endret ved lov 21 desember 1990 nr. 78 (tidligere §3—2).

29. ²⁾ Med res 24 februar 1989 nr 101 ble loven satt i kraft straks.

Vedlegg II

Samiske regioner i Norge.

1. Sørsamisk region.

Sørsamiske bosetninger er spredt over et stort område, fra og med Rana i nord og til Femunden i Sør.

2. Saltfjellregionen/Pitesamisk region.

Regionen avgrenses i nord av Saltenfjorden og i sør av traktene mot Ranafjorden.

3. Lulesamisk region.

Regionen har en utstrekning fra Saltenfjorden i sør og til og med Ballangen, den midtre del fjordbosetningen i Tysfjord, Hamarøy og deler av Sørfold og den sydlige del små og spredte bosetninger i området mot Saltenfjorden.

4. Jukkasjarvisamisk region/Markabygdregionen.

Regionen strekker seg fra Skjomen i sør og til og med Salangen og Senja i nord. Med unntak av enkelte kystbosetninger i deler av Gratangen, Ofoten og Hinnøy er bosetningen en overveiende markabygdbosetning. De store markabygdene finner vi i kommunene Lenvik, Salangen, Lavangen, Narvik, Evenes, Gratangen og Skånland.

5. Vesterålsregionen.

Regionen omfatter Langøya og Andøya. Det finnes i dag en liten befolkning med tilknytning til reindrift. Regionen hadde tidligere en stor sjøsamisk bosetting.

6. Kautokeinoregionen i Midt- og Sør-Troms og Nordre Nordland.

Dette dreier seg bare til en viss grad om en geografisk avgrensbar region. Det finnes også flere små bosettinger spredt over flere samiske regioner. Reindriftsgrupper fra Kautokeino er i dag lokalisert på fastlandet, og på Reinøya og Nord-Senja.

7. Øyregionen i Midt-Troms.

Denne regionen omfatter øyene Kvaløya, Ringvassøya, Vannøya og Rebbenøy. Den samiske befolkningen består av reindriftsgrupper og slektninger av disse som over tid har forlatt reindriften. De stammer fra nomader fra Karesuando som i forrige århundre kom til øyene og utviklet en stasjonær kystsamisk reindriftskultur. Den gamle sjøsamiske kulturen i regionen er så og si assimilert. Det fins en del ætlinger på Vannøya og Kvaløya som er bevisst sin samiske fortid.

8. Nord-Tromsregionen.

Regionen strekker seg fra Balsfjord i sør og omfatter hele Nord-Troms og noen mindre områder i Vest-Finnmark. Tyngdepunktet for denne bofaste sjøsamebosetning har vært og er de indre fjordområder som deler av Balsfjord og Ullsfjord, Lyn-gen med Storfjord og Kåfjord, Reisafjorden med Straumfjord og Oksfjord, Kvæ-nangen og deler av Langfjord og småfjorder på Øksfjordhalvøya.

9. Sørøysundregionen.

Regionen er en ytre kystregion og omfatter øyene Sørøya, Kvaløya, Seiland, Stjer-nøya og noen bosetninger langs Vargsundet.

10. Kokelvregionen.

Dette er en ytre kystregion som omfatter sjøsamebosetningen i Kvalsund og Måsøy kommuner. Samebosetninga er i dag hovedsakelig lokalisert i Kvaløysundområdet, Kokelv, Lillefjord, Slåtten og Snøfjord.

11. Porsangerregionen.

Regionen omfatter samebosetninger i Porsanger og deler av Nordkapp kommune. Spesielt kan nevnes bosetningen i Kjæs, Brenna og Leirpollen og strekningen Val-dak — Indre Billefjord samt innlandsbosetninga i Skoganvarreområdet.

12. Laksefjordregionen.

Regionen omfatter samebosetninga i Lebesby kommune. I dag finnes sameboset-ningen hovedsakelig i området Ifjord, Friarfjord, Landersfjord og Storfjorden.

13. Langfjordregionen.

Denne regionen omfatter i hovedsak sjøsamebosettingen i deler av Gamvik kom-mune. De fleste er bosatt i Langfjorden, men det er også enkelte bosettinger i Hops-fjordområdet.

14. Tanaregionen.

Regionen omfatter bosettingen i Tana kommune. Spesielt kan nevnes bosettingen i Vestertana og området fra Tana Bru opp mot Karasjok.

15. Nessebyregionen.

Regionen omfatter sjøsamebosettingen i Nesseby kommune, og noen spredte bosettinger mot Vadsø.

16. Østsamisk region/Skoltesamisk region.

I dag bor en fåtallig østsamisk befolkning hovedsakelig i Neiden. Disse inngikk tid-ligere i et større fellesskap av siidaer som hadde sine territorier i Sør-Varanger, deler av Nord-Finland og store deler av Kola.

17. Sør-Varangerregionen.

Sjøsamebosetning er i dag lokalisert i fjordene østover fra Bygøynes og mot grensen til Russland, men mange er også bosatt i Kirkenes. Regionen har også endel reindrift.

18. og 19. Kautokeino og Karasjokregionen.

Dette er separate regioner, men med klare fellestrekk. I Kautokeino og Karasjok kommuner står samisk kultur og identitet sterkt. Reindrift er en dominerende levevei. Her er de to største samiske sentrumsdannelsene på Nordkalotten. Karasjok har nok den mest utpregede elvesamiske kulturen.

Kilde: Samene i Europa. Virkninger for samiske interesser ved ulike former for tilknytning til EF 1992. Bidrag fra konservator Johan Albert Kalstad, Institutt for museumsvirksomhet i Tromsø.

Vedlegg III

Regionsykehuset i Tromsø. Hovedmål og strategier

Funksjon

Regionsykehuset i Tromsø er regionsykehus for Helseregion 5 — Nordland, Troms og Finnmark fylker og Svalbard. I tillegg har sykehuset sentralsykehusfunksjoner for Troms, Finnmark og Svalbard, samt lokalsykehusfunksjoner for Midt- og Nord-Troms. Sykehuset er universitetsklinikk for Universitetet i Tromsø. Det er derfor viktig å beholde alle de medisinske spesialiteter. Driften av sykehuset skal skje i samsvar med gjeldende lover, forskrifter og helse- og sosialplan for Troms fylkeskommune.

Hovedmål og strategier:

1. mål: Gi pasienten behandling på riktig nivå.

Strategi:

- Øke poliklinisk behandling/undersøkelse
- dagbehandling/dagkirurgi
- ambulansetjeneste

2. mål: Gi pasienten mulighet til å beholde ansvaret for sin egen livssituasjon.

Strategi:

- Pasienten skal gjennom riktig informasjon og delaktighet medvirke i behandlingen og omsorg for seg selv.

3. mål: Gi pasienten et bedre totalt helsetilbud.

Strategi:

- Øke samarbeidet med kommunehelsetjenesten og andre helseinstitusjoner.

4. mål: Ha høy kvalitet på alle våre tjenester.

Strategi:

- Tilby faglig utvikling av alt personell
- Utarbeide systemer for kvalitetssikring.

5. mål: Et godt arbeidsmiljø.

Strategi:

- Utvikle — beholde personalet gjennom desentralisering, delegering og samarbeide.

Sykehusets mål og strategier vil kontinuerlig bli vurdert.

Vedlegg IV

Indikatorer i kvalitetssikringsarbeidet

Kvalitetssikringsarbeidet må desentraliseres så langt som mulig. Det må i stor grad være et lokalt ansvar. Man må på hvert sted finne fram til opplysninger/parametre som kan si noe om tilstanden og utviklingen i kvalitetssikringsarbeidet. Kvalitetssikring er ikke et gode man oppnår en gang for alle, men en prosess som må innbygges i alt arbeid i helse- og sosialsektoren.

Sosial- og helsedepartementet har funnet fram til følgende indikatorer i kvalitetssikringsarbeidet:

- 16.2 Systematisk brukermedvirkning.
- 16.3. Kontinuerlig behovsregistrering.
- 16.4. Innebygget systematisk prioriteringsprosess.
- 16.5. Etablering og ytelse av tjenester uavhengig av geografi, sosial tilhørighet, kjønn og rase.
- 16.6. Optimal tilgjengelighet i relasjon til behov.
- 16.7. Kontinuitet i tilbudet.
- 16.8. Klar og logisk oppgave- og ansvarsfordeling — og klare rutiner for samhandling.
- 16.9. Fleksibilitet og forandringsvillighet.
- 16.10. Relevant faglig og teknologisk standard.
- 16.11. Høy humanistisk standard.
- 16.12. Relevant, realistisk og forståelig informasjon.
- 16.13. Enkel effektiv registrering av kvalitetsindikatorer og overvåking av at de overholdes.

Under område 4 mener Sosial- og helsedepartementet at en eventuell utprøving av ny pasientrettighetslov vil være relevant. Dette vil kunne omfatte brukerundersøkelser blant forskjellige brukergrupper. Generelt er det en hensikt med kvalitetssikringsprosessen at brukerne bør komme til orde. Under område 4 vises til prosjekter om tilgjengeligheten av tjenester. Område 10 henspeiler på behovet for holdningsskapende arbeid. Område 11 henspeiler mer direkte på informasjon til pasienter, klienter og pårørende.

Kvalitetssikringsarbeidet bør også kunne gjenspeiles gjennom rapporteringsrutinene i de forskjellige instansers budsjettarbeid.

Sosial- og helsedepartementet skal ha oversikt over tiltak i forbindelse med kvalitetssikringsarbeidet.

Vedlegg V

Muligheter i ISDN, videofoni og videokonferanser

ISDN og videofoni

ISDN er den internasjonale betegnelse på «tjenesteintegreerte datanett», dvs. en samling teletjenester i ett og samme abonnement.

Det er to typer ISDN-abonnementer; grunntilknytning og utvidet tilknytning. Grunntilknytning (basic rate), tilbyr de såkalte 2B+D digitale kanaler. Dette kan forklares ved konkrete eksempler: Telefonsentralen (egentlig hele ISDN-nettet) «snakker» med det spesielle ISDN telefonapparatet (egentlig en PC med ekstra utstyr) uavhengig av om røret er »av« eller »på«. Dette er den såkalte D-kanalen. I tillegg vil abonnenter kunne foreta dataoverføring, med en hastighet på 9 600 bit/s, på D-kanalen, bokstavelig talt uten å ta av røret.

De to ordinære kanalene, B-kanalene, kan brukes en og en, til hver sin abonnent, eller begge til samme abonnent. Hver abonnent har en brutto kapasitet på 64 kbit/s, dvs. 8000 tegn/s. Man kan snakke i en B-kanal, og benytte den andre til dataoverføring, og også D-kanalen til langsommere dataoverføring — samtidig og til en eller flere forskjellige abonnenter. I denne sammenheng kan det bli aktuelt å benytte en eller begge B-kanalene til videofoni. Som nevnt foran, er den teknologiske utviklingen vanskelig å spå om — det står m.a.o. igjen å se hvilken billedkvalitet denne tjenesten vil kunne tilby i fremtiden.

I dag er dette en tjeneste som kan nås bare via velutstyrte og dyre studioer. Prisen på et komplett videokonferansestudio med dagens teknologi ligger på nærmere 500.000 kroner, slik at nye studioer i Troms og Finnmark kan man ikke uten videre regne med. Denne teknologien krever en linjekapasitet tilsvarende 3 ISDN grunntilknytninger (384kbit/s). Priser pr. time vil være kr. 154,80 innen Nord-Norge, mens tilsvarende samtaler til resten av landet når avstanden overstiger 50 km, vil være kr. 273,60 pr. time. Abonnementspris for en grunntilknytning koster pr. kvartal kr. 339,—.

Fjernundervisning i sykehusmiljø i Nord-Norge.

Videokonferanser, priser, teknologisk status, fremtidsutsikter og priser pr. november 1994.

Linjeleien har kommet ned på et nivå hvor den knapt er et problem. For 384 kbit/s (for full video-konferanse) er prisen 154 pr. time i de tre nordligste fylkene, noe høyere for det øvrige landet. For 128 kbit/s Tanberg videotelefoner blir prisen 1/3. Studioleie blir ikke relevant siden de aktuelle sykehusene alle har selv.

Teknologisk status pr. november 1994:

Televerket har i ca. to år hatt høyhastighetstjenesten MegaNet, som er en høyhastighetstjeneste hvor man kan kjøpe opptil 30 * 64 kbit/s, dvs. opptil 1,92 Mbit/s. En vanlig hastighet er 6*64 kbit/s, dvs. 384 kbit/s — velegnet for videokonferanser hvor kodek-standardene H261 benyttes. Innføringen av denne nye standarden har på den annen side ikke vært problemfri; Den «sorte boksen» MCU (MultiControlUnit), som muliggjør en-til-mange videokonferanser, virker ikke lenger for H261. Her skal Televerket utplassere en ny MCU, som gjenoppretter denne en-til-mange funksjonen, og har som plan å utføre dette innen 1994.

Televerket garanterer ikke at tjenesten MegaNet forblir tilgjengelig i fremtiden — denne vil i så fall bli erstattet av ISDN førsteordens tilknytning, som har en lignende kapasitet med MegaNet. Her må det enda en MCU til, som kanskje kan bli tilgjengelig rundt årsskiftet.

Fremtidsutsikter.

Som nevnt foran vil fremtidens teletjeneste, i denne sammenheng, være ISDN. Fra årsskiftet kan man benytte denne tjenesten, med noenlunde samme pris som MegaNet. Det synes ikke å foreligge teknologiske beskrankninger eller prismessige problemer — for at denne formen for fjernundervisning skal vokse til en «naturlig» størrelse. Den kanskje eneste usikkerhetsfaktoren er utviklingen av kvaliteten og prisen på Tanberg videotelefoner — i forhold til behov og økonomisk evne for potensielle brukere. Dette gjelder i denne sammenheng særlig brukere innen den kommunale helsetjeneste.

Alle opplysninger er fra desember 1994.

Vedlegg VI

Oversikt over særordninger innen enkelte områder som gjelder for Nord-Norge eller deler av landsdelen i 1995

(Tallene gjelder forslag i statsbudsjettet for budsjettterminen 1995.)

Skatter og avgifter for Finnmark og Nord-Troms:

- 0 pst. arbeidsgiveravgift.
- 0 pst el-avgift på forbruk.
- 0 pst. investeringsavgift for bygg og anlegg.
- Særskilt fradrag i alminnelig inntekt med kr 15000 i skatteklasser 1 og kr 30000 i skatteklasser 2.
- 3,5 prosentenheter lavere fellesskatt for forskuddspliktige personlige skatteyttere. Flat toppskatt med laveste sats (9,5 pst).

Ettergiving av studielån:

- Ordningen med ettergiving av utdanningslån for låntakere som er bosatt i og utøver et yrke i Finnmark eller Nord-Troms videreføres i 1995 (kap. 2410 post 73 Avskrivninger). Forslag 1995: 72,5 mill. kroner.

Utdanning og forskning:

- Tilskudd til virkemiddelordningen for skoleverket i Nord-Norge (kap. 221 post 60). Forslag 1995: 107 mill. kroner.
- Midler til Samarbeidsorganet for Finnmark som utdanningsregion (SUFUR) er for 1995 budsjettet på kap. 203 post 11. Forslag 1995: 6 mill. kroner.
- Til de samiske videregående skolene på kap. 232, er det foreslått en bevilgning på 5 mill. kroner til særlig styrking av det samiske utdanningsområdet.
- Tilskudd til utviklingstiltak på voksenopplæringsområdet i Finnmark på kap. 255 post 70. Forslag 1995: 1,5 mill. kroner.
- Utdanningsstipend for borteboende elever fra Finnmark og Nord-Troms i videregående skole. Forslag 1995: 17 mill. kroner (kap. 2420 post 70).
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet ber Norges Forskningsråd videreføre arbeidet med handlingsplanen for Nord-Norge så langt dette er mulig innenfor vedtatte budsjetttrammer.
- Gjennom Norges Forskningsråd gis det bl.a. støtte til strategiske program ved Universitetet i Tromsø og ved NORUT. Videre kanaliseres FoU-innsats til landsdelen gjennom program for nyskaping og teknologispredning i Nord-Norge, det såkalte NT-programmet. Programmet blir videreført i regi av Statens nærings- og distriktsutviklingsfond, og finansieres over Kommunal- og arbeidsdepartementets budsjett.
- Tiltaket «lærlinger i statlige etater» kan i Finnmark og Nord-Troms benyttes i kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Ellers i landet kan kun statlige virksomheter benyttes.

Helse:

- Tiltak for økt rekruttering og bedret stabilitet av helsepersonell til Finnmark og psykisk helsevern i Troms. Forslag 1995: 15,6 mill. kroner.
- Utdanningsprogram for leger i primærhelsetjenesten i Nordland. Forslag for 1995: 750000 kroner.

- Faglig styrking av tannhelsetjenesten i Nord-Norge. Forslag for 1995: 1,9 mill. kroner.

Familie, barn og ungdom:

- Lønnstilskudd til førskolelærere som arbeider som styrer eller avdelingsleder. Forslag for 1995: 5,7 mill. kroner.
- Nord-Norge prioriteres gjennom høyere støttesatser for følgende virkemiddel:
- Tillegg i barnetrygd på kr 3 732 pr. år. pr. barn i Finnmark og Nord-Troms. Forslag for 1995: 77,6 mill. kroner.
- Høyere driftstilskudd til barnehager i Finnmark. Forslag for 1995: 1,5 mill. kroner.

Bolig, bomiljø og byggesaker: Under programområde 14 er følgende tiltak rettet mot Nord-Norge:

- For lån til bygging av ny bolig gir Husbanken inntil kr 50000 i lånetillegg i Nord-Troms og Finnmark.
- Husbanken gir utbedringslån til boliger i Nord-Troms og Finnmark som er oppført med Husbanklån, og som er minst 30 år gamle.

Tiltak rettet mot kommuner og fylkeskommuner i Nord-Norge:

- I inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner er det et eget rammetilskudd for kommuner, og et eget for fylkeskommuner i Nord-Norge, finansiert over Skattefordelingsfondet. Forslag 1995: 942,4 mill. kroner til kommunene og 634,5 mill. kroner til fylkeskommunene.
- I det utgiftsutjevnende tilskuddet til kommunene er det et eget kriterium «Troms/Finnmarktillegg.» Det samme gjelder kostnadsnøkkelen for fylkeskommunene. Bakgrunnen for dette kriteriet er at denne landsdelen har et høyere utgiftsbehov innen helsesektoren som følge av særskilte stimuleringsordninger på personellsiden og høy sykkelighet i befolkningen.
- Innenfor støtteordningen «Lokal næringsutvikling» (kap. 550, post 51) kan det til kommuner i Nord-Norge gis høyere maksimalstøtte enn i de fleste kommuner ellers innenfor det distriktpolitiske virkeområdet.

Dessuten gis det særordninger under andre områder som fiskeri, landbruk, samferdsel, miljø, kultur, veiledningstjenesten, og det gis andre næringsrettede virkemidler:

Når det gjelder opprettelsen av tiltakssonen i Finnmark og Nord-Troms henvises til St. meld. nr. 32 (1989—90) og Ot.pr. nr. 32 (1989—90).

Vedlegg VII

Anbefalinger vedrørende tolker etter en undersøkelse om tolker og kommunikasjon i inuitsamfunn ved Universitetet i Manitoba, Canada

1. Pasienttolking bør bli formelt anerkjent som et yrke innen helseomsorgen, med hensiktsmessige faglige regler, standarder, interesseorganisasjoner og opplæringsprogrammer. I betraktning av Canadas multikulturelle virkelighet, herunder urbefolkningens interesser, bør systematisk utvikling av tolking i helsevesenet prioriteres. Dette bør omfatte dannelsen av en nasjonal forening for pasienttolker og en standardisert plan for opplæring på «community college»-nivå.
2. Northwest Territories bør oppmuntres til å innta en lederrolle i utviklingen av kulturelle mellommenn i helseomsorgen. Opplæringsprogrammer kunne tilbys på landsbasis gjennom Arctic College, som vil kunne supplere med spesifikke språkorienterte opplæringsplaner som er under utvikling i forskjellige regioner.
3. Statlig tilretteleggelse av opplæringsprogrammer og faglige standarder krever en samordnet innsats som de nasjonale helse- og velferdsmyndigheter (Health and Welfare, Canada) bør tilskynde og støtte. En bør vurdere å opprette en statlig arbeidsgruppe for pasienttolking med akademisk, regional og kulturell representasjon. Spesifikke retningslinjer og standarder som passer for deres faglig sideordnede rolle bør komme fra tolkene, og statlig engasjement bør reflektere initiativets betydning.

Anbefalinger knyttet til utarbeidelse av retningslinjer for pasienttolking i Northwest Territories (Inuitsamfunn).

1. Det bør overveies å gi realistiske stillingsbeskrivelser og godtgjørelser for pasienttolker for å utjevne ansettelsesbetingelsene i forhold til andre tolker som arbeider for myndighetene i Northwest Territories på områder som strafferett og informasjonsformidling. Eksisterende forskjeller i inntekt, arbeidstidens lengde osv. bør tas opp. Pasienttolker bør imidlertid fortsatt være ansatt av helsestyrene og ha spesialisert opplæring og spesifikke ansvarsområder.
2. Det bør treffes tiltak for å skape en faglig samfølelse blant pasienttolkene gjennom videreutdanning, regionale arbeidsseminarer og møter, og danning av en forening for pasienttolker bør støttes.
3. Språkutvikling er en viktig komponent i tolkeopplæringen som ikke er tatt opp i denne rapporten. Tiltak som gjøres av statlige etater og av organisasjoner for urbefolkningene, som de inuitiske kulturinstitutt (the Inuit Cultural Institute) bør gis sterk støtte. Selv om språkopplæring er en grunnleggende del av opplæringen av pasienttolker, bør det i opplæringsprogrammene imidlertid også legges vekt på betydningen av de ferdigheter som trengs for å bli en dyktig megler og pasienttalsmann.
4. Det bør overveies å etablere en stilling som leder for pasienttolketjenesten i hver region. Vedkommende forutsettes å ha ansvaret for den alminnelige oppfølging av og oppsyn med pasienttolkene i hver region og avgi rapporter om saker av betydning for pasienttolketjenesten til det regionale helsestyret.
5. Det kan bli nødvendig med strukturelle endringer for å sikre at pasienttolkene

blir i stand til å virke effektivt som talsmenn for pasientene. Selv om de daglige samarbeidsforholdene med pleiepersonalet er viktig, må pasienttolkene kunne føle seg sikre på at de i tilfelle av konflikt er i stand til å representere pasientenes interesser på en forsvarlig måte. Det bør overveies å utvikle linjeansvar for pasienttolking gjennom lederen for pasienttolketjenesten i regionen direkte til den øverste lederen av det regionale helsestyret.

6. Det bør overveies å etablere en gradert stillingsklassifisering for pasienttolker som gjør det mulig med karriereutvikling. En pasienttolk høyere opp i gradene vil ha lengre erfaring og mere opplæring, større ansvar, herunder oppsyn med lokale pasienttolker, og bedre avlønningsforhold.
7. Pasienttolking bør være kjernen i opplæringsprogrammene for inuitiske helsearbeidere. Andre ansvarsområder og arbeidsoppgaver, som helseopplæring, klinisk administrasjon, og arbeid som pleieassistent, lokal helsearbeider, mentalhelsearbeider osv. bør omfatte grunnopplæring som pasienttolk. Avlønning og ansvar ville stige med hver påfølgende opplæringsblokk.

Denne type opplæringsstruktur ville oppfylle en rekke mål. Først og fremst vil den peke på en lokalsamfunnbasert karrieremulighet i helsetjenesten for unge mennesker. Dernest ville den sikre at inuitiske helsearbeidere ville ha et sett felles oppfatninger av sin rolle som kulturelle meglere i helseomsorgen. Endelig ville den sikre at de menneskelige ressurser i helseomsorgssektoren bli effektivt utnyttet i små samfunn der spesialisering er urasjonelt.

Særskilte anbefalinger når det gjelder pasienttolking for innbyggere av Keewatin-regionen (inklusive Churchill og Winnipeg, Manitoba).

1. Det bør overveies å legge ansvaret for alle tolketjenester for Keewatin-innbyggerne, inklusive for pasienttolkene i Churchill og Winnipeg, til det regionale helsestyre for Keewatin. Som ansatte der vil pasienttolkene i Churchill og Winnipeg kunne fungere mer effektivt som pasienttalsmenn. Overføring av pasienttolker fra Keewatin til Churchill og Winnipeg på midlertidig basis kan også tenkes ved personalmangel, og dette ville også bedre forbindelsen mellom tolkene i primær- og tertiærmiljøene.
2. Opplæringsretningen for pleiere, leger og administrative medarbeidere bør omfatte informasjons- og opplæringsdeler om arbeid med pasienttolker. Det vil være vanskelig for pasienttolkene å funksjonere som pasienttalsmenn hvis legetjenestens representanter ikke innser de begrensninger som rollen inneholder og gir uttrykk for sin støtte.
3. Det er nødvendig med et opplysningsprogram for Keewatin-samfunnene som kan gjøre innbyggerne oppmerksomme på at de har rett til å vente at pasienttolkene representerer deres interesser. Selv om noen pasienttolker i dag har funnet seg vel til rette i denne rollen, må talsmannsforventningene være eksplisitte og vel definert. Videoprogrammer som både beskrev pasienttolkens oppgave og drøftet spørsmål som pasientrettigheter og forventninger, ble for eksempel laget for de nordlige samfunnene i Manitoba.
4. Pasienttolkene bør oppmuntres til å holde faste møter med helsestyrerepresentanten fra deres lokalsamfunn. Selv om møter mellom helsestyremedlemmene og hele staben på helsesenteret også er nødvendig, trenger pasienttolkene en anledning til å diskutere forhold som har med lokalsamfunn og kultur å gjøre med styremedlemmene. Hvis orienteringsmøtene blir ledet på en profesjonell måte, bør de ikke representere noen trussel mot de lokale fagfolks moral.
5. Tilretteleggingen av pasienttolkens rolle og funksjon i Churchill og Winnipeg bør gis høy prioritet. Det må finnes tilstrekkelig personale til å gi pasienttolkene mulighet for å utvide sitt ansvarsområde til å omfatte andre tjenester, slik

som helseopplæring. Det langsiktige mål bør være å utvikle administrativ ekspertise blant pasienttolkene, slik at bybaserte tjenester styres av inuiter. Dette kan komme til å kreve meget utradisjonelle ansettelsesstrukturer som ikke forutsetter fast bopel i Churchill og Winnipeg for inuitiske ansatte. Etter en undersøkelse ledet av dr. O'Neil, Departement of Anthropology, University of Manitoba, 1989.

Vedlegg VIII

«Bærumsmodellen»

Bærumsmodellen omhandler psykologisk førstehjelp til mennesker som har forsøkt å ta sitt eget liv. Modellen er beregnet på folk som er psykisk sett relativt friske, og som bl.a. ikke er psykotiske. Bærumsmodellen kan ses som en modell for organisering av kortsiktig og situasjonsbestemt videreoppfølging av pasienter som har gjort et selvmordsforsøk. Oppfølgingsarbeidet ivaretas i dag av et todelt felles-team, med sykehusteamet som arbeider innenfor sykehuset, og kommunehelseteamet som oppsøker pasientene hjemme. Fellesteamet er flerfaglig sammensatt. I sykehusteamet er det to sosionomer og en psykiater som faste medlemmer. I kommunehelseteamet er det tre helsesøstre og en psykolog. Kommunehelseteamet arbeider med den enkelte diagnostiserte pasient, og med pasientens pårørende og sosiale nettverk. Sentralt i teamet er helsesøsters virksomhet. Kontakten med hjelpeapparatet preges dermed av forventningene til helsesøster som del av det forebyggende helsearbeidet. Kommunehelseteamet skal ikke ta seg av behandling og oppfølging i et lengre perspektiv, men sørge for at det blir satt igang adekvate tiltak.

Modellen innebærer et åpent og forpliktende samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunen, og gir muligheter for en langsiktig oppfølging. Det settes inn tiltak som har til hensikt å hjelpe individet til å se at det finnes flere løsninger på problemet enn selvmord. Selvmordsadferd ses ut fra forholdet mellom individet og omgivelsene. Teamet arbeider ut fra en forståelse at selvmordsproblematikk har sammenheng med både psykiske problemer hos individet, og ytre sosiale belastninger, og at dette krever varierte hjelpetiltak. Perspektivene i Bærumsmodellen går ut fra suicidologen professor Edwin Shneidmanns arbeider, sammen med andre grunnelementer som psykodynamiske teorier og betydningen av sosial støtte og tilhørighet i et sosialt nettverk.

Det er flere forhold som bør klargjøres før lignende team etableres i andre kommuner. Den nødvendige fagkunnskapen må vurderes ut fra de ressurser som er tilgjengelige, og rollene i teamet må avklares. Personlig egnethet hos teammedlemmene må vurderes, forhold rundt taushetsplikten må avklares, etc. Likeledes må teamets virksomhet og arbeidsform vurderes i forhold til avstander og befolkningstetthet i en kommune. Noen kommuner vil kunne ta i bruk deler av modellen, f.eks. ved å skaffe seg veiledning utenfra.

Statens helsetilsyns utredningsserie 4-94.

Vedlegg IX

Definisjoner av forskning og utviklingsarbeid

Forskning og utviklingsarbeid er virksomhet av original karakter som utføres systematisk for å øke fondet av viten, og for å bruke denne viten til å finne nye anvendelser. Virksomheten omfatter:

Grunnforskning

Eksperimentell eller teoretisk virksomhet som primært utføres for å erverve ny viten om grunnlaget for fenomener og observasjoner, uten sikte på særskilte praktiske mål eller anvendelser.

Anvendt forskning

Virksomhet av original karakter for å erverve ny viten, først og fremst rettet mot bestemte praktiske mål eller anvendelser.

Utviklingsarbeid

Systematisk arbeid som anvender nye materialer og produkter, å innføre nye prosesser, systemer eller tjenester, eller å forbedre dem som eksisterer.

Som en generell regel kan anføres at alt arbeid som kommer inn under forskning og utviklingsbegrepet skal inneholde et nyhetselement. Etter: OECD (1981) *The Measurement of Scientific and Technical Activities*, «Frascati Manual» 1980, 4. utg. (Paris).

St.meld. nr. 28 (1988—89) Om forskning.

Vedlegg X

Samisk helsetjeneste i støpeskjeen

Skrevet av lege Siv Kvernmo (Utdrag).

Den medisinske historie om samene.

Helt fram til 1600-tallet var det ingen leger eller et ordnet helsestell i Norge. Helbredning av syke var det lokale eller omreisende helbredere som stod for. Behandlingen som de benyttet kunne være både mangelfull og skadelig, men også virkningsfull. Den bestod blant annet av bruk av tradisjonell folkemedisin, lesning og svart magi (Steen, 1968). Samene hadde sine egne helbredere, på samisk kalt for «buorredeaddji». Disse var de lokale folkemedisinere som benyttet alt fra urter, organer fra reinen, lesning osv. til helbreding. Velkjent er lesning for å stoppe blødninger, en teknikk som benyttes også i dag.

I 1775 fikk Finnmark amt som det første i landet, opprettet et distriktskirurgiat og i 1778 ble den første legen ansatt i dette embedet. Med hele Finnmark, et område på størrelse med Danmark som arbeidsområde, var det en selvfølge at folk måtte klare seg som best de kunne og som de tidligere hadde gjort. Først i siste halvdel av 1800-tallet kom det flere leger til fylket, og fylket ble inndelt i distrikter med sine respektive helsestell.

De første legenes oppgaver bestod for en stor del av å bekjempe epidemier. De sykdommer som også blant samer så vel som nordmenn førte til mange dødsfall på 1700- og 1800-tallet, var tyfus, difteri og tuberkulose. Man kan ikke påstå at disse sykdommene var mer utbredd blant samer enn andre, selv om samenes boforhold, hygiene og ernæringstilstand i flere kilder beskrives som dårligere enn nordmannens.

Av medisinalberetningene fra Finnmark fra 1869 og frem til 1926 er den samiske befolkningen og dens «sunnhetstilstand» og livssituasjon beskrevet i flere distrikt av norske leger som arbeidet her. Disse karakteristikkene var nok i stor grad avhengig av legens negative holdning til samene, og at flere av disse var henvist til å arbeide blant folk som fravek svært mye fra deres kultur. Men i enkelte beretninger fremgår det et mer nyansert syn på samene og deres livsstil. Samene, eller «lapperne» som de kalles, ble beskrevet som de fattigste og mest degenererte av befolkningen, spesielt i fjord- og kystområdene. Dårlig hygiene og latskap var karakteristikker som ofte ble benyttet på samer i disse områdene. Også sykdommer som var spesielt utbredd blant sjøsamene, ble av enkelte leger forklart med at sjøsamene tilhørte en degenerert rase (Wessel, 1918). Et slikt syn på samene, og da spesielt fattige samer i kyst- og fjordstrøk, er fremtredende i flere medisinalberetninger. Jordgammer ble mye brukt som bolig blant samer både på kysten og innlandet. Disse gammene ble av de fleste leger beskrevet som dårlige og usle boliger, men enkelte leger vurderte disse til å egne seg godt under de harde klimatiske forhold i nord.

Samene livnærte seg av fiske og jordbruk i kyst- og fjordstrøkene, mens rein-driften var en viktig næring på innlandet. På innlandet var boligstandarden beskrevet som betydelig bedre enn hos stammefrendene ved kysten. Fastboende samer som ikke var reindriftsutøvere, bodde i stor grad i romslige tømmerhus og drev jordbruk og fangst. Samer i de indre strøk av Finnmark var blant de første til å utvikle landbruket, f.eks. i Karasjok kommune. Uten tvil kan man lese at reindriftsamer

av flere leger betegnes som de rikeste og mest fremstående samer, men også som de mest urenlige.

Samenes helsetilstand før og nå.

Hva sykdom angår, var samene til en viss grad rammet av de samme sykdommer som nordmenn i området. Ifølge medisinalberetninger fra slutten av 1840-tallet, er det beskrevet at samene i motsetning til nordmenn og kvener ikke led av skjørbuk. Dette kunne forklares med at samenes kosthold var annerledes enn nordmannens. De hadde fra tidligere benyttet planter og vekster slik som syrekål som inneholdt mye C-vitamin i kostholdet sitt. Samme funksjon hadde også reinmelken. Etter hvert endret samenes kosthold seg. Gamle skikker ble satt til side og glemte til fordel for kosthold som ble tilgjengelig gjennom den økende kontakten med det norske samfunn. Kaffe og sukker ble mye benyttet. Amming av småbarn varte ofte til to-års alderen, men ble ofte erstattet med kaffemelk. Barsedødeligheten har vært høyest i Finnmark helt opp til disse tider, og er det fortsatt. Barneflokkene var store, og å miste et barn var noe man måtte forvente. Det var få utdannede jordmødre, og hver bygd hadde sine barselkvinner til å hjelpe seg med.

Hofteluddsluksasjon var hyppig forekommende. Mange forklarte dette med reivinga av spedbarn i komsene som samene benyttet til spedbarna. Imidlertid var ikke dette en holdbar forklaring all den tid hofteluddsluksasjon ikke forekom hyppigere hos reindriftssamene som benyttet denne metoden i størst grad. Arv var en annen forklaring i tillegg til forklaringen med den degenererte rase.

Systematiske undersøkelser av nyere dato på sykdomsforekomst blant samer er det få av. Enkeltstudier som f.eks. på hjerte- og karsykdommer fra Finnmark, har vist lavere forekomst av hjerte-/ karsykdommer blant samer. Imidlertid har det vist seg at det har vært en økende forekomst av disse lidelser de siste tiår, noe man kan sette i forbindelse med endrede matvaner som følger av økende kontakt med det dominerende samfunn. I denne akkulturasjon har livsstil og kosthold endret seg betydelig med endring av den tradisjonelle livsstil.

Lactoseintoleranse har vist seg å ha høy forekomst hos samer, over 30 % (Sahi, 1970). Til sammenligning kan nevnes at prevalensen i den norske befolkning er på ca. 6 %, blant finner 17 %. Som tidligere nevnt, har hofteluddsdysplasi vært antatt å ha en høyere prevalens blant samer enn den norske befolkning. Nyere studier viser at ca. 30 % av den samiske befolkningen har hofteluddsdysplasi (Johnsen, in press). Det er også vist at Bechterews sykdom forekommer hyppigere (1,8 %) enn hos nordmenn (0,6 %). Bare enkelte indianerstammer i Nord-Amerika har høyere forekomst enn samene.

Det finnes ingen studier av forekomst av psykosomatiske lidelser blant samer. Imidlertid er de kliniske erfaringene fra legene i dette området at dette er en hyppig lidelse som hos andre ikke-dominerende grupper eller minoriteter i andre land. Av psykiske lidelser er det depresjon som er påvist som hyppigere forekommende blant både samiske kvinner og menn i de samiske kjerneområdene (Brevik, Dahlgard og Fylkesnes, 1993). Finnmark og da også de samiske kjerneområdene har opp igjennom tidene hatt høy forekomst av sykdom og dødelighet. Denne tendensen gjelder også andre deler av helsebildet hos befolkningen. Det vil være interessant å se om samiske helsearbeidere vil kunne endre denne utviklingen ved å gi både helseopplysning og behandling som er tilpasset befolkningens språk, tradisjonelle livsstil og deres syn på en god helse.

Helsetilbudet til samene.

Ved siden av det offisielle helsetilbudet har samene benyttet seg av sine egne helbredere helt fram til i dag. Disse har vært aksepterte av befolkningen, og har ofte vært benyttet i tillegg til den medisinske ekspertise. I motsetning til de norske helsearbeiderne var disse helbrederne innfødte som behersket samisk språk og den samiske kulturen. Således følte folk seg både forstått og trygge hos disse.

Etter den andre verdenskrig ble det fullt utbygd en helsetjeneste i Norge. Imidlertid var legemangelen i Finnmark den største i landet, og har vært det fram til i dag. Den helsemessige status i Finnmark har hele tiden vært dårligst i Norge. Legemangelen har gjort at både profylaktisk og kurativt arbeide har ligget nede. Parallellt med denne utviklingen ble det fra statlig hold i Norge presset fram en assimileringsspolitikk overfor den samiske minoriteten. Dette førte til at samene skulle bli som nordmenn flest. At samene skulle ha noen spesielle helsetilbud på sitt eget morsmål, var en fremmed tanke. Leger som arbeidet i de samiske strøkene, beskrev allerede på 1800-tallet språkvansker i møtet med de samiske pasientene. Det var store vanskeligheter for de samiske pasientene å formidle seg på et fremmed språk, og vansker for helsearbeiderne å gi både opplysning og rett behandling på et for dem også, fremmed språk. På dette tidspunkt anså man samenes helsetilstand som dårligere enn hos nordmenn, og kanskje fordi god helse ble definert utfra en norsk norm.

Den nasjonale komiteen til å utrede samiske spørsmål som i 1957 gav sin innstilling, tok spesielt opp spørsmålet om tiltak til bedring av samenes helse- og boligmessige forhold. På grunnlag av en rapport fra fylkeslegen i Finnmark, foreslo de flere tiltak (Jonassen, 1959). På dette tidspunkt fantes det ikke en eneste utdannet samisk lege, og svært få andre helsearbeidere. Komiteen foreslo opptak av samiske medisinske studenter utenom det ordinære opptak. De ønsket også en økt utdanning av samiske sykepleiere og helsesøstre, og opprettelse av stillinger for helsesøstre i samisktalende distrikt som spesielt skulle drive helseinformasjon.

Allerede på 1800-tallet klaget de norske leger i de samiske strøk over språkvansker i kontakten med den samiske pasient og hvilke implikasjoner dette kunne ha for behandlingen (Forsdahl, 1990). I tillegg til språkforskjeller, kommer også de kulturelle forskjellene mellom de samiske pasienter og behandlerne inn. Det har vært tatt for gitt at sykdomsforståelse og behandlingstradisjon hos samene er de samme som hos den øvrige befolkning. Det å sette symptomer og sykdom inn i en kulturell kontekst, har ikke vært gjort. Å gi en tjeneste hvor mennesket føler seg trygg både kulturelt og språklig, gir også økt tilgjengelighet. Dette arbeidet er en langsiktig prosess. Utviklingen av den transkulturelle utdanningen som et tilbud for hele helse- og sosialtjenesten i Finnmark er et skritt på denne veien. Etnisk medisin som et eget tema i medisinstudiet er et annet. Også flere andre studier har nå integrert transkulturell tenkning og etnisk medisin i sine studieforløp.

I 1963 ble Samekomiteens forslag angående utdanning av samiske leger igangsatt. Det ble ved Universitetet i Bergen satt av 2 plasser spesielt for samisktalende studenter. Hittil (1994) har 13 samisktalende leger blitt utdannet etter denne ordningen. I dag har vi ca. 30 ferdig utdannede samiske leger i Norge, og ca. 10 samiske medisinerstudenter på en befolkning på ca. 30.000 samer. Også innen andre helse- og sosialfaglige profesjoner har man ved kvoteordninger og ekstra poeng for språkkompetanse økt antallet samisktalende behandlere.

Samisk helsetjeneste er et nytt begrep. Det er snakk om å utforme en helsetjeneste med utgangspunkt i den samiske befolkningens behov, tenkning og tradisjon. I utviklingen av et kulturelt og etnisk tilpasset helsetilbud inngår samarbeid med andre fagfolk, slik som samfunnsvitere. Det transkulturelle perspektivet må innveves ikke bare blant samiske fagarbeidere, men i like stor grad blant norske kolle-

gaer, myndigheter, og politikere. Helse- og sosialarbeidere i samiske distrikter står foran mange og krevende oppgaver.

Vedlegg XI

Samene og alkoholen. Et historisk perspektiv.

Skrevet av cand. sociol. Jostein Hansen

Samene har en relativt kort erfaring med alkohol. Man har ikke funnet at de selv har fremstilt rusmidler, bortsett fra den sjeldne drikken «raikas», som innenfor et lite område i svensk Lappland ble destillert av gjæra reinmelk i en kortere periode.

Samene har ikke hatt tradisjon med ølbrygging, selv om de trolig allerede i middelalderen kjøpte øl i kysttraktene, dit ølet lett kunne transporteres. Men man antar at klart, rent brennevin (samisk: viidna) har vært samenes første og viktigste rusdrikk. Brennevinet var et fullforedlet produkt, lett å transportere, og lett å bytte med samenes naturprodukter. Brennevinet ble særlig brukt i forbindelse med handel og de store handelsmarkedene. Selv prestene unnså seg ikke for å bytte brennevin mot reinkjøtt og andre produkter.

Senere ble det vanlig med bruk av brennevin i forbindelse med de store religiøse høytidene, og private høytider som bryllup, fødsel, dåp og begravelse. Ja, brennevin var så til de grader assosiert med bryllup, at det fra det samiske verbet «juhkat», som betyr drikke, i mange samiske dialekter er blitt avledet ord i forhold til gjestebud og kalas. I Vest-Finnmark og Lule Lappmark betyr ordet nettopp bryllup, og særlig samebryllup.

Omfanget av alkoholkonsumet.

I de få faglige studiene som finnes hersker det en viss uenighet om hvor stort alkoholproblemet i de samiske områdene var på 1700- og særlig 1800-tallet. Man har bl.a. sett på Jokkmokk sogn i perioden 1760—1860 (Kvist). Kvist mener at man trolig har overdrevet alkoholforbruket blant samene fordi misbruket ble særlig synlig da det var konsentrert til markedstiden. Han finner ikke støtte i rettsprotokoller i perioden for en overdreven bruk av alkohol, selv om både prestene og myndighetene uttrykker alvorlig bekymring. Likevel sier han at brennevinet spilte en nøkkelrolle når tjenester skulle utveksles mellom almuen.

Han avviser imidlertid at samenes alkoholkonsum kan sammenlignes med problemene hos urbefolkninger i andre deler av den 4. verden, og da særlig blant indianerne i Nordamerika på 1600-tallet i forbindelse med pelshandelen der. Han forklarer dette med at det samiske folket sto i stadig kontakt med de omkringliggende kulturene, slik at alkoholen i det samiske området ble gradvis introdusert. Den fikk derfor ikke så katastrofale konsekvenser som f.eks. for indianerne i det subarktiske området i Nordamerika. Og han føyer til at det ikke bare var innførselen av alkohol i seg selv, men hele det brå møtet med europeerne og de dyptgående samfunnsendringer det medførte som skapte problemene for indianerne.

I kontrast til dette finner vi hos Aikio at det på 1600-tallet i Kemijärvi (finsk Lappland) ble produsert 60 kanner brennevin årlig pr. nybyggergård. Halvparten gikk til eget forbruk og halvparten ble solgt til samene med «god profitt». En kilde hevder at de fastboende («stadsborna») byttet til seg varer av samene i bytteforholdet 1:30 !

Det vi trolig kan si er at det fantes store regionale forskjeller m.h.t. alkoholkonsum, og at konsumet stort sett var konsentrert til markedene og de store høytidene.

Fornorsking, undertrykking, alkohol og Læstadianismen.

Den 14. oktober 1854 ble Kautokeino-samene Mons Somby og Aslak Hætta henrettet på Galgeberget i Alta. De ble av Høyesterett regnet som lederne av Kautokeino-opprøret i 1852, da lensmann Bucht (en tidligere straffedømt svenske) og handelsmann Ruth ble drept, og presten Hvoslef pisket. Det var altså en lensmann, en handelsmann og en prest. Det var neppe tilfeldig at de «vaktet» raseri rammet disse fremste representantene for embetsveldet og pengemakten.

I Høyesteretts begrunnelse for dommen finner vi et sterkt nedlatende og rasistisk syn på samene. Samfunnet Kautokeino ble f.eks. beskrevet som «hine tynt befolkede, ved øvrighetens myndighet kun svakt beskyttede og av usiviliserte mennesker bebodde egne». Om gjerningsmennene blir det sagt at de ville «bryte ned alle naturlige skanser mellom seg og de høyere stående, og derved fremtvinge en likhet, som ville tilintetgjøre all sivilisasjon.» Men samtidig innrømmet Høyesterett at de «vakte» hadde lagt av seg de «hyppigst forekommende laster, særlig brennevinsdrikk og reintyveri».

Situasjonen i Kautokeino var på denne tiden preget av sosial disintegrasjon. Den hardhendte fornorskinga og økonomiske utbyttinga hadde pågått lenge, og brennevinet holdt samene i uvitenhet, ruinerte mange og skapte mye sosial elendighet og konflikter gjennom f.eks. utstrakt reintyveri som et resultat av fattigdommen og kampen for å overleve. Allerede i 1742 hadde Kautokeino-samene forgjeves prøvd å få myndighetene til å forby brennevinshandelen. I denne situasjonen er det at den læstadianske vekkelsen når Kautokeino. Ett sentralt element i den læstadianske lære er totalt avhold fra alkohol. Kautokeino-opprøret var fundamentalt sett trolig et sosialt opprør som fikk en religiøs form. Sterk støtte for dette synet finner vi hos Gjessing: «Læstadianismen blei for samene ikke bare religionen for en desintegreert sosial minoritet, men for en undertrykt nasjonal minoritet. Og dette gir rørsle en meir eller mindre bevisst politisk karakter. Den må bli sett på som ei nasjonal frigjøringsrørsle.»

Den norske kolonisering av Sápmi og fornorskningspolitikken er omtalt i flere sammenhenger. Interessant i forhold til helse- og sosialpolitikk vil være konsekvensene av fornorskingen for samisk kultur og identitet, og helse og alkohol i et transkulturelt perspektiv.

Referert litteratur:

- Aikio, S.: Samernas dryckesseder, i Alkoholpolitik nr. 2/1971, s.55—59.
Kvist, R.: Samerna og alkoholen, i Alkoholpolitik. — Tidsskrift för nordisk alkoholforskning, 3/1986, s. 122 — 128. Norsk Rettstidende 1854, s. 154—155.

Vedlegg XII

Sjamanisme og helbredelse. Et historisk perspektiv

Innledning

Sjamanisme er en del av den samiske kulturtradisjon som har å gjøre med holdninger til sykdom og helbredelse. Selv om mye av den gamle kunnskapen er gått tapt, må vi anta at den representerer forestillinger som er en del av samisk kultur og historie, og som i en viss forstand preger folks dagligliv og tenkemåte.

Om samisk sjamanisme.

Man kan følge beretninger om sjamanistiske helbredelser hos samene gjennom et tidsrom på ca. 900 år. Det er uttrykk for en stabil praksis og en stabil fortolknings-tradisjon. Denne stabiliteten er opprettholdt gjennom en muntlig tradisjon, og ført videre i arv mellom generasjoner. Den måten tradisjonen omtales på, bærer imidlertid preg av at de er sett gjennom øynene til kristne handelsmenn og misjonærer. Dette er i mindre grad tilfelle med de svenske kildene, som understøtter tendensene i de norske. Ut fra de kilder som er tilgjengelige, kan man således trekke opp sannsynlige rammer for det samiske virkelighets- og menneskebildet.

Svenske kilder reflekterer samenes generelle forestillinger om reisen til dødens land som var levende så sent som på 1930-tallet. Disse forestillingene har vesentlige likhetstrekk med strukturen i de såkalte «nær-døden-opplevelsene». Sjelen går gjennom en tunnel fram til et lys. Her oppdager man at dødens land er et varmt og godt sted å være, og man møter igjen slektninger og venner fra jordelivet. Dette ligner også beskrivelsen i den tibetanske dødeboen, Bardo Thodol. I samisk tradisjon skjelnes det heller ikke klart mellom gode og dårlige steder i den andre verden.

Selv om informasjonen er ufullstendig, kjenner vi en grunnstruktur for sjamanhistoriene som gir konturene av en bestemt religiøs praksis. Andre kulturer har også forestillinger fra reiser til andre verdener eller andre virkelighetsplan.

Den samiske sjamanen reiste til andre virkeligheter først og fremst for å berge mennesker ut av dødsdødens grep. Sjamanen hadde den nødvendige mentale kraft, og han disponerte de nødvendige hjelpeånder som trengtes for å kunne gjennomføre en slik reise. Han kunne sende sjelen sin til dødsriket, og han kjente dødsriket godt nok til å finne fram. Sjamanene var utvalgte og innvidde som foretok sine reiser til det hinsidige i kraft av sin evne til bevissthetsforandringer. Joik og tromming var hjelpemidler for å bringe sjamanen i en tilstand hvor en slik sjelereise var mulig. Reisene ble foretatt for å avhjelpe ulike kriser som rammet enkeltpersoner, familier eller samfunn. Krisene ble opplevd som en ubalanse med omgivelsene. De kunne være resultat av sjelelige forstyrrelser, som igjen var utløst av krefter fra de utenomjordiske virkelighetsplan som sjamanen oppsøkte. Når sjamanen kom tilbake, var han informert om hvilke offer som ble krevd i dødsriket for at balansen i de levendes verden skulle kunne gjenopprettes.

Sjamanistiske ritualer kan fortolkes som en måte å ta i bruk ekstraordinære mentale krefter på. Til grunn for ritualene ligger en virkelighetsforståelse som forholder seg til ulike bevissthetsplan i mennesket. Noen viser til at dette stemmer overens med «moderne» nær-døden-opplevelser, mens andre finner fellestrekk med psykoterapeutiske helbredelsesmetoder. En type bevissthetsforandring er nødvendig for å komme i kontakt med andre virkelighetsplan. Å mestre en slik bevisst-

hetsforandring er den sentrale sjamanferdigheten. Sjamanisme som fenomen innebærer en spesiell fortolkning av disse bevisshetsforandringene, og en bestemt anvendelse av kunnskapene, særlig knyttet til helbredelse av sykdom.

Sjamanreisen kan altså forstås som en bestemt tilstand av endret bevissthet. Det er forsket endel på dette fenomenet som kalles «endret bevissthetstilstand». Hjerneaktivitet er målt under meditasjon og under påvirkning av trommer, og det er konstatert fysiske forandringer, f.eks. frigjøring av selvproduserte morfin-lignede substanser under transen. Dette gir oss imidlertid ingen kunnskap om det som foregår når bevissheten er aktivisert annerledes enn i den såkalte normalbevissheten. Forståelsesmåten vil være kulturelt bestemt. Sjamanisme kan defineres som en fortolkning av transeerfaringer. Transen, eller ekstasen, fortolkes i den samiske kulturen som kommunikasjon med guder, ånder og døde. Transen var en forutsetning for gjennomføringen av en sjelereise til et annet bevisshetsplan. Joik har fungert som transefremkallende middel, ofte brukt sammen med sjamantrommen. Dette er nok noe av bakgrunnen for det kristne forbudet mot joik, som har holdt seg opp i vår tid. Joikens funksjoner kan kanskje sammenlignes med den bruk av mantra-ord i form av rene lyder som gjør seg gjeldende i enkelte indiske meditasjonstradisjoner.

Noaiden, den samiske sjamanen, er utstyrt med andre sjelskrefter enn den vanlige same. Han mestrer sin sjel, og er i en viss forstand immun overfor døden. Denne immuniteten bruker noaiden til det beste for fellesskapet. Mens den syke pasientens sjel ufrivillig var fanget i dødsriket, reiste noaidens sjel dit av eget ønske for å finne ut hvilke offer som var nødvendig for å gjøre den syke frisk. Noaiden kan reise til dødsriket på grunn av sin evne til å være til på et ikke-materielt bevisshetsplan, og på grunn av evnen til å skifte ham. Han kunne forvandle seg til sine hjelpedyr i krisesituasjoner, f.eks. til en hval eller til en rein, og var også beskyttet av den kraften disse hadde.

Den samiske sjamanen hadde flere funksjoner i det gamle samiske samfunnet. Det arbeides i dag med å bringe denne kunnskapen fram i lyset. Noaiden var siidaens åndelig overhode. Han fungerte som åndelig veileder og rettleder i moralske spørsmål for enkeltpersoner og grupper i siidaen. Han gikk inn i tvister mellom grupper og personer, og overvåket at siidaens (samebyens) tradisjoner ble overholdt. Han var helbreder, sosialkurator og historieforteller, og hadde således en viktig rolle som videreformidler av samisk kultur.

Sjamanens funksjoner utfylte funksjonene til siida-overhodet; siida-isit, som mer tok seg av praktiske og næringsmessige spørsmål, og av rettighetsspørsmål. Siida- isit var leder av siida-forsamlingen, og så bl.a. til at siidaens regler mht. bruk av land og vann ble overholdt. Fangst skulle skje i pakt med tradisjonene, og fordeling av fangstutbytte skulle skje etter faste kriterier. Innsats av arbeidskraft såvel som økonomiske byrder ble fordelt mellom medlemmene i siidaen. Både noaiden og siida-isit var viktige formidlere av samisk kultur.

Endringene på 1700—1800-tallet representerte derfor på flere måter brudd i en kulturell tradisjon.

Kulturskiftet på 1700-tallet.

Den kristne misjonen forårsaket den samiske sjamanismens undergang som kulturfenomen. Sjamanismens manglende motstandskraft mot misjonen kan ses i sammenheng med at det ikke er en enkelt sak å finne kulturelt livskraftige løsninger på menneskets muligheter til å integrere og ta i bruk ulike bevisshetsplan. Selv om sjamanene ga menneskene gode løsninger i en del av livets forhold, inneholdt denne kulturen også muligheter til oppløsning. Sjamanen uttrykte og delte en umiddelbar opplevelse som han hadde en tradisjonell fortolkningsramme for, og

som var kjent for de han kommuniserte med. Han hadde ikke noe annet intellektuelt redskap enn tegningene på runebommen. Ved hjelp av den kunne han fastholde, viderutvikle og abstrahere tradisjonen. I kristen tradisjon står troen på den hellige skrift, og ikke ritualer, i sentrum. I samisk sjamanisme er symbolske handlinger avgjørende. Det samiske virkelighetsbildet er sterkere bestemt av sjamanens transeerfaringer, enn av begrepsmessig avklarede trosforestillinger. Virkelighetsbildet har ikke blitt systematisert, selv om det har vært en klar kontinuitet i fortolkningene. Dessuten kan det tenkes at manglende forståelse og kunnskaper hos «menigmann» for sjamanens transeopplevelser kan ha beredt grunnen for kristendommen.

Den sjamanistiske kulturen er uttrykk for en fortolkning av religiøse erfaringer som er ukjent for de fleste mennesker i den vestlige kulturkrets i dag. Samene har ikke hatt noen annen måte å forsvare ektheten i fortolkningen på enn ved at den har virket, eller folk har opplevd at den har virket. Møtet mellom den kristne misjonen og den samiske sjamanismen kan uttrykkes som møtet mellom religionsutøvelse forankret i religiøse erfaringer bekreftet ved at nye mennesker gjør de samme erfaringene, og religionsutøvelse forankret i en prestelig skriftradisjon som folk blir opplært til å tro på. Med misjonen ble en annen type kulturell fortolkningsramme dominerende innenfor det samiske kulturområdet. Virkelighetsbildet ble ikke lenger legitimert ved noaidens autoritet, men ved kirkens og embedsmennenes teologiske fortolkninger av Bibelen.

Ifølge instruksene for misjonærer i Finnmark fra 1723 hadde misjonærene bl.a. som oppdrag å kartlegge hedenskapen blant samene. Det de så, satte de imidlertid inn i sin egen referanseramme. Misjonærenes fortolkninger av de muntlige historiene om utvelgelsen til noaide-kandidater er ett eksempel. De oppfattet historiene som eksempler på hvordan djevelen herjet med de stakkars samene. Senere har andre trodd at historiene skildret anfall av sinnssykdom forbundet med hallusinasjoner. Disse fortolkningene har hatt betydning for vår oppfatning av sinnssykdom hos samene fram til ganske nylig.

Predikanten Lars Levi Læstadius forholdt seg til den samiske kulturen på en annen måte enn kirkens misjon. I sin forkynnelse lånte han begreper fra samisk kultur og fra sjamanismen. Hans forkynnelse hadde sterkere referanser til den samiske forestillingsverden, og var lettere å sette inn i en samisk fortolkningsramme.

Kulturskiftet fra samisk sjamanisme til kristendom falt sammen med omveltninger i næringsgrunnlaget på 1600 — 1700-tallet, i første rekke karakterisert ved en overgang fra veidesamfunnet til reinnomadismen. Flere faktorer kan således ha medvirket til å endre de samiske samfunnenes sosiale organisasjon, og til å virke kulturelt oppløsende, bl.a. ved å forandre noaidens rolle som åndelig overhode for siidaen, såvel som siida-isits rolle som siida-leder.

Noaidens virksomhet fortsatte en tid, men i andre og mer skjulte former. Hans virksomhet ble ikke lenger et anliggende for hele siidaen, og hans funksjoner ble gradvis redusert. Det ble et privat og skjult anliggende å oppsøke ham. Noaiden var ikke lenger sosialkurator eller rådgiver i moralske spørsmål på en måte som hadde gjennomslag i det samiske samfunnet. Hans sosiale og samfunnsmessige sammenbindende funksjoner forsvant. Kunnskapene om religion og helbredelse, og de kunnskaper som lå bak funksjonene som historieforteller og kulturell fortolker, kunne ikke lenger videreføres som før.

Misjonsvirksomheten bidro til å forandre den samiske samfunnsstrukturen. Noaiden og siida-isit ble nøytralisert på forskjellige måter. Siida-isits ansvar som siidaleder forsvant. Han fikk forskjellige funksjoner for nasjonalstatene. Vi kan finne han som ble «lappelensmann». Han ble representant for statsmaktene som etterhvert etablerte seg i siidaens funksjoner. Med de nye norske funksjoner og opp-

gaver var han fortsatt en leder innen siidaen, men han hadde ikke den samme samlede funksjon og makt som tidligere. Lappelensmannen måtte forholde seg til norske myndigheter, og ble etterhvert nøytralisert som samisk overhode.

I flere samiske samfunn var presten ofte identisk med ordføreren eller en annen verdslig myndighetsperson. Likeledes kan vi finne prestefrua som sykepleier eller sosialkurator. Mye av samenes holdninger til lokal administrasjon, lege og sosialarbeider kan føres tilbake til dette.

Holdninger og kunnskaper i dag.

Kulturskiftet innebar en usynliggjøring og en fornektelse av religiøse erfaringer av den typen som noaiden representerte. Usynliggjøringen gjaldt i forhold til den norske befolkning, og i utstrakt grad også samer imellom. I den grad opplevelser av lignende sort som sjamanens transeerfaringer har funnet sted i senere tid, har de neppe blitt snakket om, av redsel for mistanke om galskap. Den sosiale kontrollen av «tillatte og ikke-tillatte» opplevelser, har gjort at slike religiøse erfaringer har det iallefall tilsynelatende vært få eller ingen som har hørt om, eller formidlet kunnskap om.

I den grad det lykkes samiske (og samiskspråklige) forskere å få nedtegnet denne viten, vil vi kunne se i hvilken grad fortolkningsrammen for disse opplevelsene i dag er svært annerledes enn de opptegnelsene vi har fra 1700-tallet. Erfaringer fra andre kulturer viser at når opplevelser blir «normalisert» og brakt inn i et vanlig kommunikasjonsfelt, har det vist seg at dette er noe ganske mange mennesker har hørt om, eller opplevd. De har bare ikke fortalt det til noen.

Misjonen synes altså å ha ført til et avgjørende kontinuitetsbrudd i en lang samisk religiøs tradisjon, som deretter ble henvist til å leve i det skjulte, i den grad den da ikke ble glemt. Det er ikke lenger tale om noaiden som samler hele samebyer for å lære dem opp i tradisjonene, og som utfører ritualer i nærvær av hele siidaen, eller ritualer i en krets av innvidde personer som hadde tilknytning til den som sjamanreisen ble gjennomført for, og som ofte var en syk person.

Det vil være umulig å framstille den religiøse erfaring i seg selv. Den blir synliggjort slik den nedfeller seg i den religiøse tradisjonen. Den enheten som opprinnelig eksisterte mellom komponentene i den samiske sjamanens religiøse praksis forsvant med noaidens posisjon og hans åndelige og samfunnsmessige funksjoner. Hver for seg har likevel enkelte av de forskjellige komponenter som tidligere var knyttet til den religiøse praksis på forskjellige måter levd videre.

Selv om man i dag har en viss kjennskap til runebommens funksjoner, så har man forholdsvis liten innsikt i runebommens symboler. Joiken er i dag en viktig komponent i samisk kultur, men den knyttes ikke lenger til religiøs praksis. Det samiske religiøse verdensbildet og menneskebildet har i en viss forstand levd videre i fortellertradisjonen. Det eksisterer en etikk for riktige og gale handlinger som oppfattes som særskilt samisk, selv om den ikke er nedskrevet. Forestillingene om offerpraksis og en samisk gudeverden har levd videre bl.a. forbundet med de gamle offerplassene, som ofte har form av hellige fjell eller hellige steiner. I den grad de religiøse transeerfaringene levde videre, ble de privatisert og forbeholdt de som hadde psykisk kraft til å stå alene med slike opplevelser. Det dreide seg ikke lenger om religiøse erfaringer i samsvar med en kollektiv fortolkningsramme. I viss forstand har nok samene også fortsatt å oppleve virkeligheten i overenstemmelse med de gamle kulturelle forestillinger, selv om det er vanskelig å finne mål på dette. Helbredelse uten sjamanenes dype transeopplevelser kan også ses i denne sammenheng. Helbredelse har fortsatt å skje uten bruk av noaidens runebomme, og uten reise til dødsriket og andre bevissthetsplan, men ut fra en evne til kontakt og kom-

munikasjon med andre virkelighetsplan som har iverksatt krefter sterkere enn sykdommen.

Det er spørsmål om i hvilken grad den samiske sjamanismen representerer en holdning til og en fortolkning av livet som angår mennesker fra den samiske kulturkrets på det eksistensielle plan selv i dag. Sjamanistiske erfaringer gjenspeiler seg bl.a. i de samiske eventyrene. Store deler av eventyr- og sagntradisjonene er knyttet til fortellinger om noaider. Det synes klart at samiske eventyrs egenart er bestemt både av tilpasninger til det ytre miljøet, og av verdier med dype røtter i samisk livsform. En klar sammenheng mellom eventyr og sjamanerfaringer kan ikke uten videre vises, men strukturen på visse reisehistorier, gjerne med seier over naturlige motstandere, tyder på at disse eventyrene kan ha fanget opp en sjamanistisk fortellertradisjon. Det finnes fortolkninger av hvordan det såkalt sjamanistiske verdensbildet fremtrer som praktiske realiteter i samenes liv. Samer markerer f.eks. ofte at de stiller seg uforstående til forestillingen om det rasjonelle menneskets mentale overlegenhet, og markerer på den måten et annet menneskebilde og en annen kulturell referanseramme enn folk fra den vestlige kulturkrets.

Avsluttende bemerkninger.

En viss kunnskap om samiske sjamanistiske tradisjoner kan også inngå som del av en bredere forståelse av samisk kultur og samiske holdninger til sykdom og helbredelse hos helse- og sosialarbeidere som arbeider i samiske områder. Særlig for mennesker fra en annen kultur enn den samiske, må det være viktig å unngå mystifisering, og å sette denne viten i perspektiv. Viktigst må det være å utvikle dette som en samisk kulturell kunnskap for og hos samer.

Det vil være mulig å konsentrere en forskningsinnsats innenfor felter som sjamanisme og folkemedisin, enten i form av kulturhistoriske studier, i form av tverrkulturelle sammenligninger, eller i form av referanser til nyere medisinsk forskning. Det må imidlertid være opp til samiske forskere og forskningsinstitusjoner å vurdere hvorvidt dette er områder som bør prioriteres innenfor rammen av en samisk forskningspolitikk. Man må anta at slike vurderinger bør gjøres i forhold til målsettinger om styrking av den samiske kulturelle bevissthet, og om videreformidling og styrking av samisk kultur.

Framstillingen bygger hovedsakelig på opplysninger fra Brita Pollan, Samisk sjamanisme, 1992, og fra intervju med historiker og lærebokforfatter Aage Solbakk.

Andre utgaver av dokumentet

Hent opp dokumentet i HTML-format

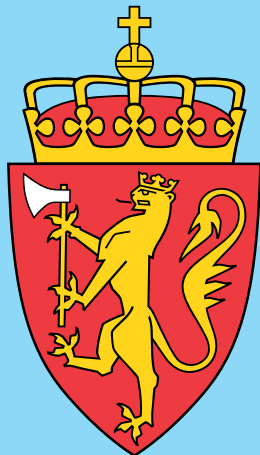
Slik ser det ut med Internett browser mot CD-ROM'en

 NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER NOU 1994:4
Kontrollen med «de hemmelige tjenester»
Innstilling fra EØS-kommisjonen, oppnevnt ved Kgl. resolusjon 24. september 1993 Avgitt 7. februar 1994
<ul style="list-style-type: none">• Utsendelsesrett• Innholdsfortegnelse
<small>Utgiver: STATENS FORVALTNINGSTJENESTE SEKSJON STATENS TRYKKING</small>
<small>Trykt utgave: ISSN: 0333-2306 ISBN: 82-583-0279-5 Trykk: Falch Hartvigrykk as, Oslo OSLO 1994</small>
<small>Elektronisk utgave: ISSN: 0806-2633 (NOU Computerfile) = ISBN: 82-583-0279-5 / DOCUMENT NOU 1994: 4/NO HTML-versjon: Falch Infotek as, Oslo</small>

Du må ha en Internett browser for å gjøre dette

Hent opp i tekstformat (RTF)

 NOU NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER
TITTEL
INNLEDNING
KAPITLER
VEDLEGG



NOU

NORGES OFFENTLIGE UTREDNINGER

1994

1995

1996

ODIN

HVIS DU HAR INTERNETT

HJELP

BRUKERDOKUMENTASJON

