

# Kulturell trygghet for den samiske pasienten i møter med helsevesenet

*Randi Inger Johanne Nymo*

UiT Norges arktiske universitet

**Abstract:** This chapter focuses on how nurses should act towards Sámi patients in order to promote cultural safety in meetings with the healthcare system. The method applied is a secondary analysis of interviews of 12 persons, as well as participatory observations. The findings show that there *still* are barriers between health personnel and Sámi patients due to the historic legacy and lack of knowledge. The barriers can be linguistic challenges, different understandings of an illness's causes and authority distance due to the notion of the Sámi as inferior human beings.

**Keywords:** Sámi patients, nursing, cultural safety, barriers in nursing, historical legacy

## Introduksjon

Denne artikkelen har som mål å gi en forståelse av behovet for at sykepleiere har kunnskap om samisk historie, kultur og sykdomsforståelser. Innsikt i historiske fakta, samiske kulturytringer og verdensforståelser vil gi grunnlag for bedre sykepleie. Sykepleiere møter samiske pasienter på alle nivåer i helsetjenesten. Sykepleierne skal tenke helhetlig og se mennesket bak sykdommen. Pasientrollen bringer mennesket i en ukjent situasjon. Den syke er mer eller mindre bekymret for undersøkelse, diagnose-setting og behandling. Helsevesenet, med sine regimer, representerer

Sitering av denne artikkelen: Nymo, R. I. J. (2020). Kulturell trygghet for den samiske pasienten i møter med helsevesenet. I B. L. L. Kassah, H. Nordahl-Pedersen & W.-A. Tingvoll (Red.), *Handlingsrom for profesjonalisert velferd: Kommunale tjenester for helse, omsorg og barnevern* (Kap. 10, s. 221–242). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.114.ch10>  
Lisens: CC-BY 4.0.

en autoritet. Medisinen som fag har sin arv fra naturvitenskapene. Det er etablert standarder for hva som er normalt, og for hva som er avvik (Martinsen, 2000). Denne tenkningen bidrar til avstand mellom pasient og helsepersonell, og pasienten kan føle seg fremmedgjort (Lassenius & Severinsson, 2014). Innenfor medisinsk tenkning blir kroppen sett som en maskin. Sykdom blir sett som feil i maskineriet. Et menneskes kultur og levesett har lett for å bli oversett (Thornquist, 2003). Det er viktig å tenke at kroppen som erfarende subjekt ikke kan ignoreres i et menneskes *væren i verden*, som Heidegger (2007) *uttrykker det, eller væren til verden* (Merleau-Ponty, 1994). Dersom pasienten tilhører andre kulturer enn den vestlige, kan avstanden kjennes enda større (Nymo, 2003, 2011).

Per Fugelli oppdaget under sin legegjerning i Porsanger i 1980-årene at samers møter med helsevesenet hadde barrierer, både på grunn av språkproblemer og på grunn av forståelser av helse og sykdom (Fugelli, 1986). Samisk kultur og språk har blitt ansett som noe laverestående og primitivt. Evolusjonsteorien, som forklarer alt liv som utvikling fra laverestående til høyerestående trinn, ga rom for å vurdere samenes og samisk kulturs annerledeshet som primitive raseegenskaper (Christensen, 1997). Medisinen som fag var med på å forsterke dette bildet ved å finne «kroppsfæiler» hos samene. Dette skjedde under raseforskningen fra slutten av 1800-tallet og opp mot andre verdenskrig. Skallemålinger av samene er en del av raseforskningen. Man hevdet at kortskallede mennesker hadde mindre intelligens enn langskallede. Samene var angivelig kortskaller, mens mennesker av germansk rase var langskaller. Det skulle dokumenteres at samene tilhørte en laverestående rase (Kyllingstad, 2004, Hjortfors, 2012).

Medisinen som fag trengte «normale kropper» som modeller, og den normale kroppen var hos «den germanske rase». Sesjonslegene Müller og Grøn beskrev motstykket til samiske rekrutter:

... alle den germanske races bedste egenskaper: stor og stærk benbygning kraftig muskulatur, veldannede hænder og fødder og skarpt udviklede sansorganer; ogsaa i aandelig henssende synes den norske befolkning at være høit begavet; derom vidner deres klare, gløgge blick og hurtige opfatningsevne. (Stordahl, 1997, s. 140).

Medisinfagets historie forklarer at mange samiske pasienter opplever helsepersonell i stor maktposisjon (Hjortfors, 2012; Nymo, 2003, 2011; Bongo, 2002, 2012; Nymo & Minde, 2014; Hansen, 2015). Sametingsrådsmedlem Henrik Olsen sier at raseforskningen sitter i samenes kollektive minne (Fugelsnes, 2016). Siden Fugellis oppdagelser påvises det fortsatt problemer eller barrierer hos samer, både når det gjelder å oppsøke helsevesenet og i møte med det (NOU 1995: 6, Nystad, Melhus & Lund, 2006). Mange samer føler fortsatt at de diskrimineres av helsepersonell (Hansen, 2015).

Et annet moment er at vestlig medisin også kan oppleves mangelfull i behandlingsøyemed. Mange samer henvender seg til folkemedisinske behandlere, gjerne i det skjulte, for å supplere medisinsk behandling (Nymo, 2003, 2011; Bongo, 2002, 2012; Hætta, 2010; A. I. L. Larsen, 2018). Behandlinger kombineres for sikkerhets skyld. Folkemedisin brukes for å forsterke legemedisinens behandling (Nymo, 2003, 2011). Dette kan øke avstanden mellom samene og helsevesenet.

## Nåsituasjonen

Per Fugellis (1986) oppdagelser grunnla en forståelse av at samers helsebehov ikke var godt nok imøtekommet. Nasjonale føringer har signalisert at helsepersonell må ha kunnskap om samisk kultur og samfunnsliv og være bevisst på at samer får tilbud på sitt språk (NOU 1995: 6; Sosial- og helsedepartementet, 2001). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger er en klar nasjonal instruks om å gi kandidatene kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk og kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse. Kandidaten skal også kjenne til samers rettigheter, og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk (Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, 2017).

Føringene fra nasjonalt hold har ikke kommet av seg selv. Samiske helsearbeidere og politikere har fremmet samers kulturelle helsebehov siden slutten av 1970-årene. NOU 1995: 6 og Sosial og helsedepartementet<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sosial- og helsedepartementet heter nå Helse- og omsorgsdepartementet.

(2001) sin handlingsplan er et resultat av dette arbeidet. Det ble utløst statlige midler til forskning og utvikling, administrert av Sametinget. Dette initierte mye forskning som løfter fram samisk samfunnsliv, kulturell forståelse av helse og sykdom og språkbarrierer i helse- og sosialvesenet (Eidheim & Stordahl, 1998; Tronvoll et al., 2004). Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) og Senter for samisk helseforskning (SSHF) har bidratt med mye forskning (Finnmarkssykehuset, 2019; Senter for samisk helseforskning, 2019). Universitetet i Tromsø har levert forskning på temaet samisk helse også innenfor sykepleie (Nymo, 2011; Bongo, 2012; L. S. S. Larsen, 2017; A. I. L. Larsen, 2018; Hamran & Blix, 2015).

## Problemstilling

*Hvordan kan sykepleiere bidra til kulturell trygghet for den samiske pasienten i møtet med helsevesenet?*

## Teoretiske innganger

### Forståelser av sykdom

Helse- og sykdomsforståelser er, som nevnt, kulturelt betinget. Samene har en kulturbakgrunn som tradisjonelt bryter med biomedisinsk modell. Den biomedisinske modellen er reduksjonistisk (Grimen, 2004; Kassah, Nordahl-Pedersen & Tønnesen, 2014). Helse reduseres til fravær av sykdom. Sykdom reduseres til tilstander i mindre og mindre kroppsdeler, helt på cellenivå, og til begrensede biologiske prosesser (Bullington, 2004). I en folkemedisinsk modell er forståelse av helse og sykdom knyttet til kultur, hvor aktørenes kunnskap, tenkning, språk og symboler er førende. Man ser sykdom som ubalanse i livet. I denne forståelsen er det fire relasjoner hvor ubalanser kan forårsake uhelse og sykdommer. De er (Mathisen, 2000):

- a) i det enkelte mennesket
- b) i naturen som omgir menneskene

- c) i den sosiale verdenen rundt mennesket
- d) i det spirituelle eller «overnaturlige»

En slik sykdomsforståelse finnes hos samene (Mathisen, 2000). Forskning har vist at mange samer støtter seg til kulturbasert helse- og sykdomsforståelse (Nymo, 2011; Bongo, 2012; A. I. L. Larsen, 2018).

Den folkemedisinske sykdomsforståelsen ble etter hvert farget av kristendommens komme til samene. Det skjedde gradvis misjonering fra rundt år 1000 fram til 1700-tallet (Kjølaas, 1996; Meistad, 1999). Den folkemedisinske modellen ble dermed utvidet. I en kristelig kontekst kan sykdom forstås som ubalanse i forholdet til Gud. I læstadiansk religionsforståelse snakker man om å være «i sjelenød», som betyr en opplevelse av å «ikke tro seg som kristen». Enkelte opplever det så sterkt at de føler seg syke. Predikanten kontaktes gjerne for å gå dypere inn i fenomenet, slik at den syke får gjort «forbedring» (Nymo & Minde, 2014).

Helsevesenets aktører handler som nevnt i tråd med vestlig medisinsk tenkning. I det medisinske rommet forventes tydelig kommunikasjon. Pasienten anmodes om å presentere sitt problem tydelig. Det skal utpekes et bestemt område på kroppen der pasienten har vondt. Bruk av samtale- og sjekklister styrer gjerne kommunikasjonen, slik at det kan være vanskelig å etablere hverdagslige samtaler. Samhandlingen påvirkes også av teknologien, som fordrer at personalet retter oppmerksomheten mot instrumenter og apparatur. Pasientens tilstand leses ut av apparatur og innenfor medisinske termer. Man jakter etter diagnoser.

Slik praksis bryter med alminnelige menneskelige omgangsformer. Mennesker bruker ikke abstrakte begreper når de formidler helseproblemer; de forteller historier (Sørly, 2019). Samisk kommunikasjon er ikke direkte – det er vanlig å starte med fortellinger, for så å sirkle seg inn til hva saken gjelder (Bongo, 1986, 2012; Nymo, 2003, 2011; Sørly, Nygaard & Mathisen, 2018). Dernest er samer forsiktig med hva de sier om sine plager, om sin sykdom, fordi de tenker at det å snakke om sykdom kan få den til å spre seg (Sköld, 1998, Bongo, 2012). Da koppeepidemien kom til Sverige på 1700–1800-tallet, kalte samer sykdommen for «Det Store Navnet». Dette var for å unngå å ta det virkelige navnet i sin munn, noe de mente kunne få sykdommen til å eksplodere (Sköld, 1998, Bongo, 2012).

## Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et av tre elementer i kunnskapsgrunnlaget for sykepleiepraksis:

- 1) forskningsbasert kunnskap
- 2) erfaringsbasert kunnskap
- 3) brukerkunnskap eller brukermedvirkning

Pasientens verdier, ønsker og behov skal vektlegges, og autonomien til pasienten eller brukeren skal være retningsgivende for behandling, pleie og omsorg (Kristoffersen, 2016). Enhver situasjon inneholder muligheter og begrensinger. Moralen er en del av vårt dagligliv og uttrykkes i forholdet mellom mennesker, og i måten vi er på. Omsorg er å frigjøre hverandres ressurser. Sykepleieren må se seg tid til å lytte til pasientens fortellinger. Mulighetene for brukermedvirkning vil da åpne seg, og med det følger helsegevinst.

Helsepersonellet er definert som de kyndige i sykdom, diagnostisering og behandling. Dette har man riktignok prøvd å tone ned ved at brukermedvirkning er kommet inn. Det er en del av demokratiseringen av helse- og sosialvesenet. Samtidig er etikken løftet fram, og med det autonomiprinsippet. Pasientens autonomi og rettigheter skal sikres gjennom jus og lovverk: pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og helsepersonelloven (1999). Pasienten har rettigheter, og personalet har forpliktelser ut fra disse lovene.

## Sykepleie

Sykepleie er en faglig virksomhet basert på et kunnskapsgrunnlag som sikrer forsvarlig utøvelse. Som nevnt skal sykepleiehandlinger gå ut fra forskning, erfaring og brukermedvirkning. For å gi omsorg må man først og fremst se den andre (Martinsen, 2000). Det gjelder å få en situasjonsforståelse ved å våge seg frampå i møtet med den andre. Situasjonsforståelsen oppnås gjennom innsikt i den andres livssituasjon. Sykepleieren må tilstrebe å møte den andre med tillit (Martinsen, 2000). For å oppnå ekte omsorg må sykepleieren forholde seg til vedkommende ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans eller hennes situasjon.

Pasienten kan da framstå som en person, og sykepleieren blir i stand til å gi personsentrert sykepleie (Forsberg, 2016). I personsentrert sykepleie ligger nøkkelen til kulturell trygghet.

## Metodologi og materiale

### Datainnhenting

Bokkapitlet er basert på empirisk materiale. Det empiriske nedslagsfeltet for studien er den delen av Sápmi som strekker seg fra kysten av nordre Nordland og Sør-Troms til Nord-Sverige. Samene som bebor området, har vært utsatt for assimileringpolitikk. Norsk og svensk språk har mer eller mindre fortrenget samisk.

Problemstillingen søkes besvart ved bruk av eksisterende materiale, det vil si fra hovedfag og doktorgrad i sykepleie (Nymo, 2003, 2011). Datamaterialet er supplert med intervjusamtale høsten 2018 med en eldre samisk kvinne på svensk side. Hun har vært alvorlig syk.

I hovedfagsarbeidet gjorde jeg intervju med fire personer, tre kvinner og en mann, i aldersspennet 30 til 80 år. Intervjuene skjedde i informan-tenes hjem og var samtalebasert. Samisk og norsk språk ble brukt om hverandre overfor de eldre. De to yngste brukte norsk språk. Alle fire var strategisk utvalgt, de tilhørte ressurssterke samiske slekter, og de bodde i ulike samiske bygder i Ofoten og Sør-Troms (Nymo, 2003).

I doktorgradsarbeidet gjorde jeg deltakende observasjoner på temaba-serte månedlige helsetreff på Várdobáiki samiske kultursenter, kombinert med intervju. Tema var helse- og sykdomsrelatert og tradisjonell praktisk kunnskapsutøvelse. Det kunne handle om dyrevelferd, om ivaretagelse og stell av skiutstyr etter vinterens bruk, samt om å gå til skogs for å lete etter nye skiemner for neste sesong. Foredragsholderne var lokale, noen ganger kom de langveis fra. Jeg observerte samhandlingen mellom deltakerne og mellom deltakerne og personalet, inkludert foredragshol-derne. Jeg erfarte hvordan deltakerne supplerte hverandre gjennom å dele minner for å få fram kunnskap. Jeg gled inn som både deltaker og helse-personell. Observasjonene ble komplettert med intervju av åtte personer (Nymo, 2011). Deltakerne var fra Evenes, Skånland, Tjeldsund, Narvik og Ballangen kommuner. Informantene var strategisk valgt blant både

aktive og mindre aktive i plenum. Intervjuene ble gjort i deltakernes hjem og ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert.

På helsetreffene noterte jeg det jeg så og erfarte i samspillet. Noen ganger ble jeg brukt som sykepleier, for eksempel på treff med influensavaksinerer, hvor jeg avlastet helsesøster ved å observere etter at vaksiner var gitt. På noen helsetreff kunne jeg supplere med mine erfaringer som same oppvokst i en markebygd. I slike seanser erfarte jeg at jeg var «en av deltakerne», en «innenfor», ikke en fremmed.

Når det gjelder materialet fra Nymo (2003, 2011), mener jeg, ut fra min samiske kulturelle kompetanse, at dataene fremdeles har gyldighet. I Sørly et al. (2018) opplever deltakerne noen av de samme utfordringer som deltakerne i Nymo (2003, 2011) gjør. Det er slik at dypkulturelle strukturer er til stede, så å si spikret fast, og de byttes ikke så lett ut som materielle kulturelementer. I gitte sammenhenger viser den immaterielle kulturen seg i tenkning og handling (Myrvoll, 2008).

## Etiske overveielser

I kvalitativ forskning kommer forskeren innenfor informantenes private sfærer, fordi forskeren gjerne er på jakt etter «rike fortellinger». I en slik tilnærming er faren for å trå over en urørlighetssone stor (Foss & Ellefsen, 2004). Dette må forskeren være bevisst på. Prosjektet Nymo (2011) ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)<sup>2</sup> og ble også forelagt, behandlet og godkjent av Regional etisk komité nord (REK nord). Etter doktorgraden gjorde jeg en henvendelse til REK for bruk av datamaterialet til publiseringer. REK samtykket. Samtalen med informanten som har vært alvorlig syk, er meldt til NSD og er meldepliktig. Datamaterialet foreligger i anonymisert form.

## Tolkning og analyse

Forskernes forforståelser har betydning for tolkning og analyse (Wifstad, 1994; Gadamer, 1989). I de tilfeller hvor forskerne har kjennskap til feltet

---

<sup>2</sup> Norsk senter for forskningsdata (NSD) het den gangen Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.



som informantene befinner seg i, er det lett å operere som «knowers» (Nakata, 2007). Erfaringer hos forsker har med andre ord betydning for fortolkning av informantens beretninger. Det kan være både en styrke og en svakhet. Det er viktig å erkjenne at en forsker utenfra har sine forståelser med seg og resonnerer ut fra dem.

Jeg har prøvd å være bevisst på at informantene var de førende, og jeg har prøvd ikke å la mine «knowers»-horisonter bli for framtrepende. Min erfaring er at noen ganger var det bra å være en som kjenner kulturen. Sammen med informantene kunne felles kulturforståelse og bruk av samisk språk gi en felles forståelse av aktuelle situasjoner eller temaer. Så er det da også viktig å erkjenne det faktum at forskeren sin lokale status etter hvert kan bli utdatert (Fossåskaret, 2007). Ting har forandret seg siden jeg flyttet fra markebygda.

## Analysen

Data er som nevnt basert på tidligere innsamlet materiale. Det blir gjort en andregangsanalyse. Analysen startet ved leting i Nymo (2003, 2011) etter data til denne tekstens formål. Fortolkningen startet samtidig. Jeg har meningskodet, meningsfortettet og meningsfortolket materialet i tråd med Kvale og Brinkmann (2015). I en ny analyse av data hadde jeg en bredere forståelsesramme enn tidligere. Underveis i fortolkning og analyse har jeg lagt vekt på selvforståelsesnivået, det vil si at jeg har tatt hensyn til både informantens og forskerens forståelse av det frambrakte. Ved neste nivå i analysen, hvor informantenes utsagn ble løftet til et mer allmenngyldig nivå, erfarte jeg at min «insider»-posisjon bidro til å meningsfortolke informantenes utsagn. Tredje nivå er nivået hvor teorier blir brakt inn i fortolkningen for ytterligere å løfte og allmenngjøre utsagnene (Kvale & Brinkmann, 2015).

## Gangen i analysen

Jeg søkte etter mønstre i materialet for å kunne tematisere. Informantenes selvforståelse er søkt ivarett ved å løfte fram det erfaringsnære aspektet ved deres utsagn og handlinger. Samtidig er informantenes

egentolkning av meningsinnholdet fortolket. Dette er i tråd med Marti-nussen, Nordahl-Pedersen og Nymo (2016, s. 218). Videre har jeg forsøkt å tolke informantens egen selvforståelse bredt ved å stille spørsmål til den transkriberte teksten. Teorier har bidratt til å løfte det jeg så og erfarte. Jeg har organisert drøftingskapitlet i ulike temaer som har gyldighet i datamaterialet, og i historiske fakta som jeg mener belyser problemstillingen. Egne erfaringer vil også tas med.

Temaer for drøftingen er forståelseshorisonter med underpunkter, kulturelle samværmåter samt holdninger hos helsepersonell.

## Diskusjon

### Forståelseshorisonter

#### *Kopping og årelating*

Kopping og årelating er omtalt i NOU 1995: 6. Det trekkes paralleller til kopsuging i kinesisk medisin, som er en vanlig måte å behandle smertetilstander på. Kopping er også brukt mot krampetilstander (NOU 1995: 6, s. 110). I datatilfanget kommer det fram at kopping (*guhppet*) og årelating (*vara luoitit*)<sup>3</sup> har vært mye brukt, både som helbredelse og for å forebygge sykdom (Nymo, 2003).

En av informantene sier at hun gjerne skulle ha prøvd kopping, slik hun erfarte at det ble gjort i hennes barndoms- og ungdomstid:

Ved kopping, kom det ut sånn der kaild væske, sånn væske, det der har æ sett.

Pappa og mamma, de va jo ... især pappa brukte mykje sånn, han fikk når tel å gjøre det, men han gjorde det ikkje sjøl. (Nymo, 2003, s. 123)

Informanten ser tilbake i sitt liv og minnes at foreldrene, særlig faren, brukte kopping som behandling. Og hun minnes at det var kald væske som ble hentet ut ved behandlingen. I kinesisk medisin skiller man mellom kalde og varme sykdommer. Man har imidlertid ikke holdepunkter for at samer gjør det. Det tas imidlertid et forbehold om at mye gammel kunnskap kan ha gått tapt (NOU 1995: 6, s. 109). Av informantens utsagn ser

---

3 *Guhppet* betyr å koppe, og *vara luoitit* betyr å slippe blod.

man at hun snakker i retning av kalde og varme sykdommer. Formålet var å trekke ut «kaild og syk» væske med glass som på forhånd var oppvarmet.

En av informantene i Nymo (2003), en yngre kvinne, beretter at en av hennes nærmeste slektninger praktiserte denne kunsten. Det ble brukt rengjorte sennepsglass som ble sugd fast på det vonde kroppsområdet med vakuüm. Huden ble først desinfisert. Deretter ble det «skutt hull» med en koppemaskin. Glasset ble sugd fast over hullet ved at det var en liten flamme i det. Det ble sugd ut blodvann i takt med en forestilling om at «den syke væsken» burde komme ut av kroppen. Når alt vannet som ble sett på som årsak til smerten, var hentet ut, og friskt blod kom til syne, ble glassene forløst fra huden. Det ble lest formular for blodstenging og mot betennelse, og plaster ble satt på (Nymo, 2003, s. 124).

Rent logisk kan man tenke seg at en slik behandling bidrar til at mye væske kommer ut fordi kapillærer og blodkar utvider seg ved varme. I dag drives det vakuümterapi med det siktemål at behandlingen skal gjenopprette balanse i kroppens blodsirkulasjon. Det settes vakuüm-kopper på spesifikke punkter i hud og underliggende vev. Hensikten er, ifølge de som utøver en slik terapi, å påvirke kroppens livsenergi-flyt og blodsirkulasjon i hud og underliggende organer. Vakuümterapi skal virke effektivt på smerter og også ha en forebyggende effekt. (NOU 1998: 21).

En annen informant forteller om en kombinasjon av kopping og årelating. Det gjelder hans mor: «Ho hadde jo gikt og va dårlig til beins. Som regel så søkte ho årelating og kopping. Det va ikkje bare årelating, det va kopping og. Og det hjalp» (Nymo, 2011, s. 236).

Kvinnen det berettes om, var plaget med både smerter og svimmelhet, noe som gjorde at hun hadde dårlig balanse. Ved svimmelhet ble «hodeblod» tatt ut, og det skjedde ved årelating i panna eller på handbaken, forteller informanten (Nymo, 2003, s. 125). Ved kopping og årelating framkom det en kunnskap som er forenelig med at blodåresystemet i menneskekroppen danner et nettverk som er forbundet med punkter på kroppen. Denne kunnskapsforståelsen har likheter med en forståelse om meridiansystemet i kinesisk medisin. Punkter på kroppens vener står i forbindelse med forskjellige organer og deres fysiologi. Meridianer i kinesisk medisin er energilinjer langs kroppen som er nøyaktig kartlagt

og beskrevet (Legge, 1999). Akupunkturpunkter på kroppen kan ses som inngang til dypere energisirkulasjon. Ved at tradisjonsmedisineren leter etter en spesiell vene på handbaken, viser han at han har en forståelse om at det er forbindelse mellom hand og hode.

Vakuumpopping er bygd på forståelsen om at de spesifikke punkter i hud og underliggende vev som koppene settes på, er akupunkturmeridianer (NOU 1998:21). Samene har for eksempel pleid å årelate på fotryggen ved dårlig matlyst. Årelating på fotryggen skal svare til kinesernes ventrikelkanal (magekanal), som med sin energibane går opp til ventrikkel (magesekken) (NOU 1995: 6, s. 110). Etter kopping og årelating føler man seg bedre (Nymo, 2003, 2011).

For å antyde at praksisene jeg har gjengitt her, kan ha videre relevans for andre enn de som bor i markebygdene, nevner jeg at jeg i 2016 hadde faglig besøk av et barnebarn til en tidligere distriktslege i Skånland kommune, Ole Storstein, som hadde fortalt henne om samarbeid med tradisjonsmedisinerne. Virket til distriktslegen er skildret i en fagartikkel (Storstein, 1988). Barnebarnet arbeider med migrasjonshelse i Oslo og var interessert å høre om samiske helbredelsespraksiser. Jeg tok henne med til en tradisjonsmedisiner som praktiserer kopping og årelating. Tradisjonsmedisineren husket legen. Når Ole Storstein blir husket av tradisjonsmedisineren, som var datter av en tradisjonsmedisiner som var aktiv da Storstein virket som lege før andre verdenskrig, viser det at han hadde tillit hos befolkningen i markebygdene.

### *Ubuden gjest*

Den eldre kvinnelige informanten som hadde vært alvorlig syk, og som jeg samtalte med for cirka ett år siden, hadde hatt kreft. Hun unngikk å benevne sykdommen ved navn, selv etter flere år. Hun gir sykdommen navnet «ubuden gjest» – en som trenger seg på. Hun sier at det å uttale ordet kreft er å gi sykdommen næring: «Det er best å tie. Det er lærdom fra barnsben av.» Forfatteren Rose-Marie Huuva kalte kreftsykdommen hun fikk, for *galbma Rádná* (kald kamerat) (Huuva, 1999). Huuva ga kreften et fiktivt navn, slik samene ga koppene under epidemien på 1700–1800-tallet (Sköld, 1998). Informantens praksis er forenelig med praksisen til Huuva, og til samene som Sköld forteller om.

Sykdom som metafor kan forstås som at sykdommens medisinske perspektiv farges av et kulturelt og sosialt perspektiv (Sontag, 2010). Personlige erfaringer spiller inn, man forstår og forklarer ut fra det levde livet. På et av helsetreffene hvor en samisk lege hadde innledning om hjertesykdommer, fortalte en av deltakerne at han hadde fått «svære bivirkninger» av hjertemedisinen Selo-Zok (betablokkere). Han la fram fenomenet slik: «Ryggen min så verre ut enn om finnmarksmyggen hadde vore laus» (Nymo, 2011, s. 184).

Utbruddet av allergi framsettes som et bilde, og mannen forventer at alle tilstedeværende skal skjønne hvordan ryggen hans hadde sett ut. Meddeltakerne skjønner at han må ha hatt voldsom kløe. På helsetreffene blir det brukt metaforer for å beskrive kroppslige tilstander når temaet omhandler helse og sykdom. Det forutsettes at tilhørerne er kulturelt kompetente og kan fatte poenget. Dette er eksempler på at man ikke er direkte når man omtaler sykdom eller plager. Man unngår å snakke om sykdom (Bongo, 2012).

En annen informant fortalte at en gang han var hos legen, fikk han høre at han hadde høy blodprosent. Han hadde replisert slik: «den gamle maten ga mykje blod. Du kan takke den samiske maten for det, vi spis blodklubb to ganga i uka og veit dokker æ bydde dokteren blodklubb, men han ville ikkje ha det. Sa æ kuinne ta med neste gang i ei spann» (Nymo, 2011, s. 187).

Han fortalte at han tilbød å ta med seg et spann med *gumba* neste gang, slik at legen selv fikk bedømme matrettens kvalitet. En av de andre deltakerne sa at hun ikke trodde på hans fortelling om å ta *gumbaen* i et spann med til legen. Mannen repliserte: «Æ måtte no filme litt.»

Her ser vi eksempel på at mannen skjerner seg for informasjon om sykdommen, og han prøver å gi inntrykk av at han ville målbinde legen. Humor brukes ofte for å slippe å gå dypere inn i problemer og utfordringer (Nymo, 2003, 2011). Man vegrer seg for å ta innover seg sykdomsprat og forsøker å omdefinere sykdomsprat til noe morsomt. Det kan ses som å stenge ute en ubuden gjest. En lege som jeg arbeidet sammen med på medisinsk avdeling på sykehuset i Narvik, var opptatt av å føle seg fram til om pasienten var moden for dårlige nyheter. Han sa at han hadde lært i løpet av sin legegjerning at man ikke skulle trenge på med informasjon.

I ettertid har jeg tenkt at denne legen tenkte helhetlig. Han ga pasienten tid og handlet personorientert.

I dagens medisinske behandling er det imidlertid slik at informasjon om sykdommen og dens behandling anses som svært viktig. Helsepersonelloven (2015) og pasient- og brukerrettighetsloven (2014) forplikter til det. Pasienten skal være informert for blant annet å kunne ta beslutninger. Det moderne helsevesenets praksiser kan støte mot kulturelle forståelses-horisonter. Mange ganger er det slik at jussen tar for stor plass i utøvelse av sykepleiefaget, og pasientens kulturelle ståsted ignoreres. Det reduserer trygghetsfølelsen fordi pasienten kan føle det som om det han har å si, får mindre betydning.

### *Kulturelle samværsmåter*

En informant forteller at mor hans, som bodde i en omsorgsbolig på tettstedet i kommunen, var trist over at hun hadde måttet forlate hjemmet. Så traff hun en kvinne fra en annen markebygd, og de dannet et fellesskap. Så ble den andre kvinnen dårlig og måtte overflyttes til sykehjem. Moren ble «alene» og vantrivdes: «... Ho stoppa helt å fungere. Egentlig sku de ha flytta begge to. For sånn sett hadde det ikkje gjort noe om mor mi blei flytta» (Nymo, 2011, s. 148).

Mange eldre samer som må flytte fra hjemmet, føler seg fremmedgjort. Kulturelt betinget omgangstone, samværsformer og kommunikasjonsmåter er viktig i omsorgen for den samiske pasienten (Bongo, 1986). Relasjoner til mennesker og til hjemlige traktors landskap og natur er sterke og viser seg når folk eldes (Nymo & Minde, 2014). Det betyr mye å føle seg hjemme i verden (Ragazzi, 1999).

Várdobáikis helsetreff er et sted hvor kulturelle samværsmåter forpleies. Eldre samer som har flyttet fra sine hjem og bor på for eksempel institusjoner på kommunenes tettsteder, møtes på helsetreffene. Også utflyttere til Harstad og Narvik deltar. «Det er viktig å kunne prate kjenning», sier en informant. Man får høre nytt, og man behøver ikke å forklare så mye, i og med at den andre vet hva det snakkes om. På helsetreffene kan dessuten samisk og norsk brukes om hverandre.

Forsamlinger i den læstadianske menigheten representerer et omsorgssystem (Nymo, 2011). Og det gjelder i særlig grad i forsamlinger hvor samisk språk kan brukes:

Æ veit at no det va småsamlinge så kunne de preike på samisk, de va sikker på at det va folk som forsto. At det ikkje va når som kom uten ifra. Da va det no bare folk i fra bygdene. (upublisert datamateriale (Nymo, 2011).

Med småsamlinger menes søndagssamlinger om Guds ord, og de gikk på omgang fra hus til hus. Informanten minnes disse, og man aner en lengsel etter å kunne bruke samisk. Både på helsetreffene og i læstadian-ske forsamlinger spiller det kulturelle inn. Ingar Kaldal ser på minner som kollektive, sosiale og kulturelle, og han sier at det i mange kulturer er naturlig å snakke om livet som del av et fellesskap, og å fortelle i vi - form (Kaldal, 2016, s. 85). Dette praktiseres innenfor en kollektivistisk kultur. Kollektivism er representativt for tradisjonelle samfunn, det vil si i førmoderne primærnæringsamfunn og i småskalasamfunn. I slike samfunn er menneskene avhengig av hverandre for at livet skal gå rundt. Eldre har sin tydelige plass i slike samfunn. Den kollektivistiske kulturs motstykke er individualistisk. Norsk kultur er preget av å være individualistisk, og den heller mot vestlig kulturorientering (Hanssen, 2014).

Samene har fått flere rettigheter, blant annet til å bruke samisk språk i møte med det offentlige, og de har fått plass i den norske grunnloven gjennom den såkalte sameparagrafen (Skogvang, u.å.). Det er et løft fra en historisk stigmatisering. Forskrifter til rammeplanen for helse- og sosialfagutdanninger er et skritt i samme retning. Med det følger en forventning om at det innenfor helsevesenet blir en bredere forståelse av samiske pasienters livsverden. Det innebærer blant annet å lage ramme rundt kollektivistiske samværsformer, for eksempel ved å åpne opp for pårørendes tilstedeværelse på helseinstitusjoner og være mindre rigid med hensyn til besøkstider. På rapport- og fagmøter bør pasienters trivsel og psykiske og åndelige behov drøftes.

### *Holdninger blant helsepersonell*

Selv om forhold har endret seg og samisk kultur, språk og samfunnsliv har hatt et løft, kan samer oppleve stigmatiserende holdninger, En informant forteller:

« For det e mange som fortell til legen sin. For æ vet et tilfelle der en hadde saga sæ så forferdelig og blødde. Så va det til legen, men først va det nu å stoppe blodet. Og så fôr han til legen. Og legen spurte: «Har du blødd mykje? Nei,

naboen stoppa det.» Legen spurte: «Har du hatt mykje verk?» «Nei, naboen tok det bort.» «Trur dåkker ennu på sånt», sa legen» Nymo, 2011, s. 259).

Legen – som representant for norsk helsevesen – generaliserer her samene ved å si «trur dokker ennu på sånt?». Det er nærliggende å tro at han tenker «oss og dem» – «vi norske og dere samer». Det er et skille som kan forstås som en etnisk grense (Mathisen, 1989)<sup>4</sup>. En etnisk grense kan defineres som en tankemessig konstruksjon, og den er ofte bygd opp om etniske kategoriseringer som kan være vanskelig å dekonstruere. Det man har fått innlært, sitter. Når så forhold endrer seg over tid og etniske kategoriseringer avtar, skjer det en dekonstruksjon av det tankemessige (Mathisen, 1989).

Mange eldre samer har opplevd sterke etniske kategoriseringer og har blitt stigmatisert som mindreverdige. De bærer forkroppsliggjorte minner med seg. Samer kan være sårbare og tolker ofte ting innenfor en etnisk grensekontekst. Dette kan vises i møter med helsepersonell. En eldre samekvinne i en markebygd hadde en syk ektefelle som ønsket å bo hjemme, ikke på sykehjem. Hun forteller: «En gang han va på sykehus så fikk æ beskjed no æ kom på sykehuset at han sku reise tel sykehjem i dag. Vi bei sjokkert, og på sykehuset sa de: ‘Veit dokker ka dokker går tel?’»

Kvinnen hadde hjelp fra offentlig hjemmetjeneste til forpleining og omsorg av ektefellen. Hun ønsket ikke at mannen skulle bo under upersonlige forhold, som hun anså et sykehjem for å være. Det ble så mange fremmede rundt han, mente hun. Han ville komme langt fra slekt og venner og ville vantrives. Slektskap, både blodslekt og sideordnet, som nabo-fellesskap utgjør, har betydning for samene. Sideordnet slekt er rituell slekt (fadderskap), navnesøsken (*gaibmi*), næringsmessig slekt (*siida*-ordning) og geografisk, det vil si nabo- og bygdefellesskap (Henriksen, 2004). Slektskap fungerer som et viktig omsorgssystem i samisk kultur og tenkning (Nymo, 2011). Det er et kollektiv som opp gjennom tidene har dannet et sikkerhetsnettverk for omsorg, hjelp og støtte.

Kvinnen opplevde altså en krenkelse og mente at samiske verdier ble trampet på av hjemmetjenesten. Hun spurte om jeg noen ganger opplevde

---

4 Stein Mathisen er for øvrig fra Skånland, min barndomskommune, og tilhører den norske befolkningen.



at vi samer er nedsett. Da jeg ikke svarte med en gang, sa hun: «Men før va vi i all fall nedsett, og kofør ville de ha han på sykehjem?» Hun tolket at hjemmetjenesten ønsket at han flyttet til sykehjem fordi de mente at hjemmet hans ikke var egnet for ivaretagelse av han. Vi ser at samer bærer med seg historiske krenkelser, og det gir utslag ved gitte anledninger. Man tolker i historisk kontekst.

Ellen Idivuoma (2015) mener at sykepleierutdanningene må legge til rette for å bevisstgjøre studenter om at pasienter fra andre kulturer enn de vestlige, har behov som må løftes fram som individuelle, grunnleggende behov, og at det må legges til rette for en pasientsentrert omsorgsmodell. Ramsden (1994) har påpekt at så lenge helsevesenets aktører glemmer at de er i en maktposisjon overfor maoriene som pasienter, finnes det ikke en forsvarlig sykepleie. Man må strebe etter å være kulturelt sensitiv, og erkjenne at det eksisterer forskjeller. Sykepleieren bør reflektere over at egen livserfaring og virkelighetsoppfatning kan ha betydning for synet på den andre. Pasienten må være med på å definere sykepleien (Ramsden, 1994). Brukermedvirkning som viktig i sykepleie ble tidlig betont av Ramsden (1994).

Helsedirektoratet inviterte i april 2017 til dialogmøte i Tromsø for å få innspill til videreføring av utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) til den samiske befolkningen, og det ble av deltakerne bedt om mer forskning. Jeg deltok, og jeg undret meg om vi trenger mer forskning. Er det kanskje uvilje mot å sette seg inn i forskningen som er gjort, og mot å implementere den slik at den nyttiggjøres i praksisutøvelsen? Kanskje lærere og undervisere ved helse- og sosialfagutdanninger bør vise større interesse for å sette seg inn i hva det innebærer å yte trygg sykepleie til samiske pasienter? Eller må det jobbes for å dekonstruere den etniske grensen, slik at nye holdninger tar plass? Først da vil vi få sykepleie som hviler på akademisk grunn.

## Avslutning

Den samiske pasienten skal møtes på en verdig måte i helsevesenet, og hun eller han har rettslig beskyttelse for at kultur og språk skal bli imøtekommet. Utdanningsenhetene må ta dette innover seg og styrke kompetansen

blant lærerstaben ved konsekvent å implementere forskning i praksisutøvelsen. Det er ikke nok at kandidaten skal kjenne til samers rettigheter, og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk, slik det står i Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (2017). Det må utdannes sykepleiere som er sensitive og blir var forskjeller, og som dernest gjør en selvrefleksjon og blir klar over at hun eller han bærer med seg sin egen livserfaring og virkelighetsoppfatning. Hun eller han bør reflektere over hvilken virkning egne forståelseshorisonter om helse og sykdom kan ha på den samiske pasienten. Som helsearbeider bør en lytte til pasienten og prøve å forstå hennes eller hans forståelser. Brukermedvirkning legger opp til at pasientens eget kunnskapsgrunnlag vil vektlegges i utforming av sykepleietiltak. Det vil trygge pasienten i samhandling med «det fremmede» – det medisinske systemet.

## Referanser

- Bongo, B. (1986). Sykepleie som mellommenneskelig aspekt. Hva betyr kulturell bakgrunn og identitet i utøvelse av god sykepleie? *Sámi medica: Áigečála*. s. 19–22.
- Bongo, B. A. (2002). «Hva er en bærer?» *Belysning om «en» måte å forstå psykiske lidelser på i den samiske kulturen* (Hovedoppgave). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Bongo, B. A. (2012). «Samer snakker ikke om helse og sykdom». *Samisk forståelseshorisonter og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Bullington, J. (2004). Den objective kroppen och den levda kroppen i behandlingsrummet. I S. O. Lauritzen, F. Svenaeus & A.-C. Jonsson (Red.), *När människan möter medicinen. Livsvärldens och berättelsens betydelse för förståelsen av sjukdom och medisinsk teknologi* (s. 49–68). Stockholm: Carlsson.
- Christensen, O. (1997). Diskriminering og rasisme. I T. H. Eriksen (Red.), *Flerkulturell forståelse* (s. 90–107). Oslo: Tano Aschehoug.
- Eidheim, H. & Stordahl, V. (Red.) (1998). *Kultur møte og terapi i Sápmi*. Karasjok: Davvi Girji.
- Finnmarkssykehuset. (u.å.). SANKS Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus. Hentet 24. september 2019 fra <https://finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks>
- Forsberg, A. (2016). *Omvårdnad på akademisk grund. Att utvecklas och ta ansvar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger (FOR-2017-09-06-1353). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>

- Foss, I. C. & Ellefsen, B. (2004). De utydelige overtramp? Etske utfordringer ved kvalitative studier. *Vård i Norden*, 24(3), 48–51.
- Fossåskaret, E. (2007). Samfunnsforskning og solidaritetskamp. I T. H. Aase & E. Fossåskaret (Red.), *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 84–110). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. (1986). Skjult helsebehov blant samer? *Såmi medica*, 3, 43–53.
- Fugelsnes, E. (2016, 23. juni). Samene har ofte ikke kjent seg igjen i forskningsresultatene. *Forskning.no*. Hentet 24. september 2019 fra <https://forskning.no/partner-de-nasjonale-forskningsetiske-komiteene-forskningsetikk/samene-har-ofte-ikke-kjent-seg-igjen-i-forskningsresultatene/412215>
- Gadamer H.-G. (1989). *Truth and method* (2. utg.). New York: Continuum.
- Grimen, H. (2004). Holisme og reduksjonisme. I P. Nortvedt & H. Grimen (Red.), *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag* (s. 125–140). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hamran, T. & Blix, B. H. (2015). *Helse- og omsorgstjenester til samiske eldre* (Temahefte). Tønsberg: Aldring og helse.
- Hanssen, I. (2014). Etniske minoriteter. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (kap. 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, K. L. (2015). Ethnic discrimination and health: The relationship between experienced ethnic discrimination and multiple health domains in Norway's rural Sami population. *International Journal of Circumpolar Health*, 74(1). <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.25125>
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Oslo: Pax Forlag.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, J. E. (2004). Den samiske storfamilien i et nettverksperspektiv. I I. M. Tronvoll, A. Moe & J. E. Henriksen (Red.), *Hjelp i kontekst: Praksis, refleksjon og forskning* (s. 40–59). Otta: Idut.
- Hjortfors, L.-M. (2012). Släktbildens baksida (Berajgåva nievrep bielle). I L. M. Andreassen & L. M. Skarvik (Red.), *Bårjas. Drag: Diedalaj Áiggetjála Árran julevsáme guovdátjis. Populærvitenskapelig tidsskrift fra Árran*. s. 48–58.
- Huuva, R.-M. (1999). *Kall Kamrat*. Kautokeino: DAT.
- Hætta, A.-K. (2010). *Secret knowledge: the management and transformation of traditional healing knowledge in the Marka Sámi villages* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Idivuoma, E. (2015). *Sykepleie til eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem. Hva skal til for at sykepleiere skal oppleve seg faglig trygg i møte med eldre pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn på sykehjem?* (Masteroppgave). Universitetet i Tromsø, Tromsø.

- Kaldal, I. (2016). *Minner som prosesser – i sosial og kulturhistorie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. & Tønnessen, S. (2014). Vilkår for samhandling og et helhetlig pasientperspektiv i helse- og omsorgstjenestene. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & K. W. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen: Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjølaas, P. O. (1996). *Bibelen på samisk. En bok om samisk bibeløversettelse* (2. utg.). Oslo: Det norske bibelselskap.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (Bd. 1, s. 139–185). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Kyllingstad, J. R. (2004). *Kortskaller og langskaller: Fysisk antropologi i Norge og striden om det nordiske herremennesket*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Larsen, A. I. L. (2018). *Mapping the experience and use of traditional healing in Northern Norway. Among conventional health care providers, users and traditional healers* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Larsen, L. S. S. (2017). *Speaking in behalf of the person with dementia in home-based care. A qualitative study of collaboration between formal and family caregivers in Sami and Norwegian municipalities* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Lassenius, E. & Severinsson, E. (Red.). (2014). *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda*. Malmö: Gleerup.
- Legge, D. (1999). *Acupuncture points and meridians*. Sydney: Sydney College Press.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinussen, I. S., Nordahl-Pedersen, H. & Nymo, R. (2016). Bruk av private helse- og omsorgstjenester. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & H. Nordahl-Pedersen (Red.), *Forebyggende helsearbeid – sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste* (s. 213–229). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, S. R. (1989). Den etniske grensen mellom nordmenn og samer. *Norveg. Folkelivsgransking*, 32.
- Mathisen, S. R. (2000). Folkemedisinen i Nord-Norge. Kulturelt fellesskap og etniske kilder. I I. Altern & G.-T. Minde (Red.), *Samisk folkemedisin i dagens Norge* (rapport fra seminar holdt i 1998). Tromsø: Senter for samiske studier / Sámi dutkamiid guovddás, Universitetet i Tromsø.

- Meistad, T. (1999). Kristendommens historie i Nord-Norge gjennom tusen år. I Ø. Danielsen (Red.), *Den kircke har noget at sige (Petter Dass). Dâp og kristning i 1000 år. Festskrift for kirken i Hålogaland 999–1999* (s. 23–62). Alta.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag.
- Myrvoll, M. (2008). Forestillinger og praksiser knyttet til døden. I B. Evjen & L.-I. Hansen (Red.), *Nordlands kulturelle mangfold. Etniske relasjoner i historisk perspektiv* (s. 273–303). Oslo: Pax Forlag.
- Nakata, M. (2007). *Disciplining the savages, savaging the disciplines*. Canberra: Aboriginal Studies Press.
- NOU 1995: 6. (1995). *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>.
- NOU 1998:21. (1998). *Alternativ medisin*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>.
- Nymo, R. (2003). «Har løst å kle på sæ kofte, men tør ikkje og vil ikkje.» *En studie av fornorskning, identitet og kropp blant samer i Ofoten og Sør-Troms* (Hovedfagsoppgave). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Nymo, R. (2011). *Helseomsorgssystemer i samiske markebygder i Nordre Nordland og Sør-Troms. Praksiser i hverdagslivet. «En ska ikkje gje sæ over og en ska ta tida til hjelp»* (Doktoravhandling). Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Nymo, R. & Minde, G-T. (2014). Makt og kvalitet – hvordan urfolks- og minoritetspasientenes kulturelle erfaring og kunnskap trer fram i møte med helsepersonell i en rehabiliteringsprosess. I B. L. L. Kassah, W.-A. Tingvoll & K. A. Kassah (Red.), *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (s. 169–186). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nystad, T., Melhus, M. & Lund, E. (2006). Samisktalende er mindre fornøyd med legetjenestene. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 126(6), 738–740.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ragazzi, R. (Regissør). (1999). *Else hjemme i verden* (Norsk dokumentarfilm). Hentet 7. august 2018 fra <http://www.filmfront.no/utgivelse/3618/else-hjemme-i-verden>
- Ramsden, I. (1994). *Own the past and create the future*. Foredrag til Te Hui Whakapumau ved Maori Development Conference, Massey University, Palmerston North.
- Senter for samisk helseforskning (SSHF). (u.å.). Universitetet i Tromsø. Hentet 24. september 2019 fra [https://uit.no/om/enhet/forsiden?p\\_dimension\\_id=88115](https://uit.no/om/enhet/forsiden?p_dimension_id=88115)
- Sköld, P. (1998). Escape from catastrophe: The Saami's experience with smallpox in eighteenth- and early-nineteenth-century Sweden. *Social Science History* 21(1), 1–25. <https://doi.org/10.2307/1171454>
- Skogvang, S. F (u.å.). Sameparagrafen. Hentet 13. januar 2020 fra <https://snl.no/Sameparagrafen>

- Sontag, S. (2010). *Sykdom som metafor. Et essay om holdninger til sykdom og død i vårt samfunn*. Oslo: Bokklubben.
- Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Mangfold og likeverd. Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002–2005* (I-1046 B). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Stordahl, V. (1997). Samene: Fra «lavtstaaende race» til urbefolkning. I T. H. Eriksen (Red.), *Flerkulturell forståelse* (s. 139–152). Oslo: Tano Aschehoug.
- Storstein, O. (1988). Lege for 50 år siden – eller vel så det. *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*, 108, 34–36.
- Sørly, R., Nygaard, V. & Mathisen, V. (2018). Brukermedvirkning i samiske perspektiver og kontekst (Prosjekt). Bergen: NORCE Norwegian Research Centre.
- Sørly, R. (2019). Det store spørsmålet – hvilken plass har fortellinger i psykisk helsearbeid? *Tidsskriftet Dialog Seprep*, 4, 6–21.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tronvoll, I. M., Moe, A. & Henriksen, J. E. (Red.). (2004). *Hjelp i kontekst: Praksis, refleksjon og forskning*. Otta: Idut.
- Wifstad, Å. (1994). Møtet med Den Andre. *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening*, 114(30).