

Hanne Th. Børke-Fykse

Det står skrevet.

**En diskursanalyse av Stortingsmelding 47 (2008-2009),
Samhandlingsreformens fremstilling av grupper med særskilte
utfordringer.**

© Hanne Th. Børke-Fykse

*Det står skrevet.
En diskursanalyse av Stortingsmelding 47 (2008-2009),
Samhandlingsreformens fremstilling av grupper med særskilte utfordringer.*

Masteroppgave i sosialt arbeid
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag

Oslo 2014

Masteroppgave i Sosialt arbeid
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Samfunnsfag

Sammendrag

Denne oppgaven har blitt til i interessefeltet *konstruksjoner og kategoriseringer*. Som sosialarbeider er jeg grunnleggende opptatt av hva som styrer den hjelpen vi tilbyr andre, og jeg ønsker å bruke min masteroppgave til å undersøke hvorfor noen blir kategorisert som hjelpetrengende og andre ikke. Hva det er som konstituerer *oss og dem*.

Stortingsmelding 47, samhandlingsreformen (2008-2009), er et dokument som har skaffet seg stor plass i norsk offentlighet og debatt. Det er et godt utgangspunkt for min analyse fordi det setter teksten i posisjon til å si noe om *hvilke* grupper som anses for å ha særskilte utfordringer. Jeg har nærmet meg teksten med det grunnleggende diskursive premisset at virkeligheten kun er tilgjengelig for oss ved hjelp av våre kategorier, og at sannheten ikke er en objektiv størrelse.

For å finne fram til noen sentrale analytiske poeng har jeg valgt å gjøre en operasjonalisering av Foucault. Jeg har sett etter hvordan utsagn i teksten bygger opp under hva som er *riktig kunnskap* om grupper med særskilte utfordringer. Hvilke *institusjoner* teksten foreslår som hjelp til å håndtere utfordringene og hva slags *egenskaper* som skrives frem ved de subjektene som representerer gruppene. I tillegg har jeg lagt vekt på *tekstens makt*, og Foucaults *historiske perspektiv* som anerkjenner at andre diskurser om grupper med særskilte behov har eksistert i tidligere tider, og at nye diskurser vil komme til syne i fremtiden.

Samer og innvandrere blir i Samhandlingsreformen plukket ut som *grupper med særskilte utfordringer*. Teksten begrunner ikke *hvorfor* disse to gruppene merkes spesielt, men jeg foreslår i oppgaven at dette henger sammen med *etnisitet*. Jeg viser hvordan jeg mener etnisitet var den *riktige* måten å innlemme minoriteter på den gangen Samhandlingsreformen ble skrevet og behandlet. Noe av det jeg fant mest interessant var at *type etnisitet* virker å være avgjørende for hvilke tiltak som settes i verk for å sikre gode helsetjenester for disse gruppene. Jeg mener å ha funnet at der samer har spesielle *rettigheter* på grunn av sin status som urbefolkning, møter innvandrerbefolkningen krav om *tilpasning* til storsamfunnet. Hvordan vi ser på *integrering* virker å stå sentralt i dette, og det er mitt poeng at det også får konsekvenser for sosialt arbeids praksis. Foucault understreket dette ved å vise til hvordan praksis vil oppleves som svært reell for de som til en hver tid reguleres av den, uavhengig av at diskursen er historisk betinget og vil endres over tid.

Abstract

In this MA thesis I have used Foucault's discourse theory and analyse elements on a governmental whitepaper. The "coordination reform", issued in whitepaper nr 47 (2008-2009) has marked a new development in the Norwegian healthcare system. The overall goal of the reform is to improve services, and secure that the Norwegian population regardless of home municipality receive equal quality and access to essential health services. Universal social benefits are a fundamental principle in the Norwegian healthcare system, and it plays an important role in how we organize our services. What level of assistance we offer to the population is governed by this principal, and in that respect it has consequences for the individual patient.

*My study of the whitepaper is within the interest area of categorization and constructionism. Ever since I started out as a social worker 15 years ago I have been fundamental concerned with the issue of *on what grounds we as social workers offer our help*. I believe that how I perceive a person is crucial for the help he/ she will get from me. Therefore I have a particular interest in studying what constitutes some people/ groups as *deviants*, and for the same reasons, why some people are perceived as *the norm*.*

The whitepaper categorizes the *Sami population* and the *Immigrant population* as "groups with special needs". My point of interest is to study *why* they are marked, *how* they are perceived, and *what* kind of assistance the paper suggests that they need. At the end I use this knowledge to suggest implications for social work practice.

I chose to use Foucault for this study because his definition of discourse as "the production of knowledge through language" (Hall 2001, 72) got my attention. I also found it very useful to operationalize his theoretical view into ways of looking for certain knowledge and ways of talking about groups with special needs. And amongst others, how this knowledge acquires authority and what institutions society uses to deal with the challenges. With Foucault's historical perspective in mind it is easier to acknowledge that different discourse will arise at different times, and that the truth in that view is constructed.

Hopefully this thesis will show that this way of thinking opens up the way we look at *them and us*, and that it makes the practice of social work less static.

Forord

Uten heiagjeng hadde jeg ikke vunnet! I alfabetisk rekkefølge, takk til

Anbjørg Ohnstad, førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo, for raus og lærerik veiledning. For samtaler, magiske øyeblikk og en måte å veilede på som utviklet meg til noe mer enn jeg trodde jeg kunne bli. *Barnevernvakta i Oslo* for å ha gitt meg tilhørighet, utfordringer og en praksishverdag jeg for alltid vil ha med meg. *Cynthia* for fellesskap og bannskap gjennom alle årene. Uten deg hadde det vært veldig mye vanskeligere. *Espen* for nøyaktigheten og pirkingen din, og for alle stundene i livet. *Foreldrene mine* for at dere alltid krevde at jeg slo opp i leksikon når jeg lurte på noe. *Guro* for at du inspirerer meg og forstår meg. *Hege Edvardsen*, kollega og dr. Philos, for at du forbarmet deg over teksten og ga svært nyttige innspill fra en helt annen fagtradisjon. *Line* for alle refleksjonene, diskusjonene og frustrasjonene. Takk for kollokviene. *Marianne* for alt vi har, og alt vi er. For at du med all din tålmodighet gjorde dette prosjektet mulig, og for at du ordnet med klesvasken. *Nåværende og tidligere arbeidsgivere* som har gitt meg tid, rom, mulighet og utvikling. LLH var med i starten og AbbVie på slutten, begge skal ha en stor takk for tålmodigheten. *Prestisjegruppen på Blindern* for at jeg får ta del i så mange kloke menneskers tanker og refleksjoner, og for uvurderlig hjelp til å komme i gang med analysen. *Rigmor* for å kreve av meg at det jeg skriver er i riktig tid, og for at du ikke kunne dy deg for litt språkvask. *Søsteren min* for at du tror på meg og bryr deg. *Ungene* som gir livet en annen dimensjon, og som aldri lar meg hvile i at svaret bare er sånn. *Vennene mine* for at dere ikke slo hånden av meg når jeg sluttet å være sosial.

I made this!

Oslo 14.mai 2014

Hanne Børke-Fykse

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	III
Abstract	IV
Forord	V
Kapittel 1. Innledning	1
Tema og problemstilling	2
Avgrensning og oppbygging av oppgaven	3
Definisjon av sentrale begreper	4
Diskurs	4
Stortingsmelding	5
Grupper med særskilte utfordringer	6
Sosialt arbeids praksis.....	6
Min posisjon	7
Annen forskning og plassering av min studie	8
Kapittel 2. Teori	12
Diskursteori	12
Michel Foucault	13
Laclau og Mouffe	16
Fairclough	18
Kapittel 3. Metode	21
Foucault sin metode	21
Min operasjonalisering av Foucault	23
Datamaterialet	25
Kapittel 4. Analyse	26
Stortingsmelding nummer 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen	26
Ordet fanger.....	27
Er det noe særskilt?.....	29
Tekstens makt og det historiske perspektivet	30
Den samiske befolkningen	32
Språk	32
Kulturell kommunikasjon	35
Spesialhelsetjenesten	38
Innvandrerbefolkningen	39
Det generelle og det unike	39
Tiltak.....	44
Konkluderende refleksjoner	47
Forskjeller	48
Rettighetsfokus.....	50
Tilpasningsfokus.....	52
Endring?.....	53
Kapittel 5. Konsekvensene for sosialt arbeids praksis	55
Hva er praksis?	55
Av ord har du kommet til handling skal du bli	56
Avslutning	60
Hva nå?	62
Litteratur	65

Vedlegg 1	I
Vedlegg 2	III
Vedlegg 3	VI
Vedlegg 4	VIII
Vedlegg 5	IX

Kapittel 1. Innledning

Som sosialarbeider oppfatter jeg at jeg har fått et viktig samfunnsoppdrag. Jeg har forpliktet meg til å hjelpe og støtte mennesker som befinner seg i en vanskelig livssituasjon, og jeg har lovet å gjøre det basert på humanistiske og demokratiske verdier. Jeg skal fremme likeverd og respekt, møte menneskers behov og bidra til at alle får bruke sine ressurser på best mulig måte. Arbeidet mitt skal ivareta enkeltindividet og forståelsen av menneskenes gjensidige avhengighet av hverandre for å skape livskvalitet for alle. Solidaritet med utsatte grupper, kamp mot fattigdom og for sosial rettferdighet er en viktig del av min yrkesgruppes oppdrag (Fellesorganisasjonen, yrkesetisk grunnlagsdokument, 2010).

Så er det et stadig tilbakevendende dilemma hvordan man i virkeligheten får til det. Hvordan kan jeg sikre at jeg på best mulig måte hjelper de jeg er satt til å hjelpe? Hva skal til for at de jeg treffer opplever at de har gode møter med meg, og at jeg faktisk er til hjelp?

Det er lange tradisjoner for at å starte *der klienten er* definerer godt sosialt arbeid, og Irene Levin beskriver det som basiselementet i det å hjelpe (Levin, 2004). En annen beslektet måte å definere godt sosialt arbeid på er å se *personen i situasjonen* (Levin, 2004). Det beskriver noe av det unike i sosialt arbeid, nemlig at man som hjelper må evne og fange opp *både* enkeltmennesket og dets forhold til samfunnet (Levin, 2004).

Jeg forstår begge begrepene dithen at jeg som hjelper må forsøke å sette meg i den andres sted, og tilstrebe å forstå den andre slik han forstår seg selv. Det å *tune seg inn* på den andres behov, og forsøke å sette seg inn i den andres livsverden er avgjørende for å oppnå forståelse (Shulman, 2003). Vi kommer likevel ikke utenom at min forståelse av situasjonen vil styre også det tilsynelatende fordomsfrie utgangspunktet å *starte der klienten er*. I det man søker å forstå noe må man nødvendigvis tolke det man observerer, og det å tolke er en usikker virksomhet (Thúren, 2009). Å se *person i situasjonen* er med andre ord helt avhengig av hvordan hjelperen oppfatter både personen, situasjonen og personen i situasjonen.

Dette har gjort at jeg, helt siden jeg startet min gjerning som sosionom for snart 15 år siden, har vært veldig opptatt av med hvilken forståelse jeg som sosialarbeider tilbyr andre min hjelp, og hva det er som konstituerer henholdsvis *den hjelpetrengende* og *den gode hjelperen*. Denne oppgaven har blitt til som et resultat av denne nysgjerrigheten.

Tema og problemstilling

Mitt utgangspunkt er at det ikke finnes en objektiv måte å gi hjelp på, der alle er enig om *hvem* som er hjelpetrequende, eller *hva* slags hjelp som skal gis. Det finnes riktignok noen standardiserte mål for hjelp, slik som satser for sosialstønning, arbeidsledighetstrygd, sykepengene, foreldrepenger¹ også videre, men det er likevel liten tvil om at mye av det som skjer i relasjonen mellom hjelperen og den hjelpetrequende ikke kan måles eller standardiseres. Det har gjort meg nysgjerrig på hvilke mekanismer som er med på å konstruere et hjelpebehov hos noen og ikke hos andre. Jeg er genuint opptatt av hvordan kategorier oppstår, og om det er slik at *klienter* fremstilles på en måte som jeg som sosialarbeider vil kjenne igjen.

For å undersøke dette nærmere vil jeg bruke denne oppgaven til å analysere en tekst der myndighetene gir eksplisitt eller implisitt uttrykk for *hvem som* forventes å ha særskilte utfordringer. Deretter vil jeg se nærmere på hvilke konsekvenser det kan få for praksis.

Jeg mener det er viktig at datamateriale mitt har så stor makt og dominans som mulig, og av den grunn har jeg søkt etter en tekst som oppfattes som sterk. Dersom en tekst skal oppnå en slik posisjon krever det at de som skriver teksten og de som står som mottagere av den har et avklart forhold til at teksten *er* en makttekst. Det Kjell Lars Berge kaller en *gjensidig intensjonell rettethet* som gjør at teksten kommer i posisjon til å etablere sannhet, makt og myndighet (Berge 2003, 25). ”Tekster er ytringer som deltakerne i en viss kultur gir en spesiell avgrenset status eller verdi (...)”. (Berge 1990, sitert i Berge 2003, 28). Teksten kan også skaffe seg makt i form av at den representerer en viss type *tekstnorm*. For eksempel at den er retningsgivende og/ eller kommer fra et myndighetsorgan (Berge 2003, 31).

På den bakgrunnen har jeg valgt å ta for meg *Stortingsmelding nummer 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Vanligvis kalt kun *Samhandlingsreformen*. Det er en stortingsmelding på 150 sider, som fokuserer på hvordan ”gode helsetjenester kan gjøres bedre”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 13). Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer er hovedtema, og meldingen bygger på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover.

¹ www.nav.no (01.05.2014).

² <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=diskurs&ordbok= begge&s=n&> (10.05.2014).

³ <http://www.stortinget.no/no/Stottemeny/Ordbok/?diid=STU> (10.10.12).

Meldingen har kort oppsummert tre hovedmål som handler om å etablere mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, sørge for at en større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene, samt styrke forebygging og bedre folkehelsen (Samhandlingsreformen, 2008-2009).

Jeg har valgt å se nærmere på kapittel 10, ”Særskilte utfordringer for den samiske befolkning” (117-119), og kapittel 11, ”Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen” (121-122). Det er de to *eneste* kapitlene som tar for seg *grupper med særskilte utfordringer*, noe som i seg selv skaper en antakelse hos meg som leser. Jeg vet hva jeg kan forvente, hvordan jeg skal gjenkjenne spesielt sårbare grupper, og det er interessant hvordan teksten på denne måte hjelper meg å *tune meg inn* på at det antageligvis er noen ekstra utfordringer i å jobbe med disse gruppene. Hvorfor er det de som er valgt, og hvordan konstitueres de som spesielt hjelpetrengende? Hva ønsker teksten med å nevne noen grupper, og ikke andre, og hva formidles i det som ikke nevnes? På grunnlag av disse undringene har jeg formulert følgende problemstilling;

Hvordan konstrueres diskursen om grupper med særskilte utfordringer i Stortingsmelding nummer 47, Samhandlingsreformen? Hva foreslår teksten at disse gruppene trenger, og hvilken betydning kan dette ha for sosialt arbeids praksis?

Avgrensning og oppbygging av oppgaven

Opgaven er tradisjonelt oppbygd og starter med at jeg i det første kapittelet gjør innledende avklaringer om tema, problemstilling og presentasjon av sentrale begreper. Innledningsvis har jeg også inkludert et punkt om min egen posisjon fordi jeg tror mitt ståsted vil prege funnene i en slik type oppgave. Jeg mener derfor at jeg må tydeliggjøre betydningen av mine egne motiver, bakgrunn, perspektiver og antakelser, dette som Malterud (2002) beskriver som refleksivitet.

I kapittel to gjør jeg rede for hvilket teoretisk utgangspunkt jeg har hatt. Jeg har valgt å begrense meg til å redegjøre *bare* for diskursteorien, og forsøkt å inkludere i gjennomgangen kun det jeg vil ha bruk for i analysen. I metodegjennomgangen, i kapittel tre, går jeg gjennom diskurs som metode og min operasjonalisering av Foucault, før jeg presenterer datamaterialet mitt, Samhandlingsreformen.

Den største delen av oppgaven er kapittel fire, analysen. Den er delt i fire, og jeg starter med en kort gjennomgang av hele dokumentet. Deretter forsøker jeg å sette teksten inn i en større kontekst med tanke på hvilken *makt* den har, og hvilket *historisk perspektiv* den representerer. Hovedanalysen fokuserer på de to kapitlene som omtaler *grupper med særskilte utfordringer*; samer og innvandrere. Der går jeg gjennom sitater fra dokumentet og forsøker å poengtere hvordan dette kan forstås i en diskursiv sammenheng. I den siste delen av analysen reflekterer jeg rundt funnene mine, og foreslår mulige konklusjoner.

I kapittel fem drøfter jeg hvilke konsekvenser jeg mener det jeg har funnet kan ha for sosialt arbeids praksis, før jeg helt tilslutt gjør meg noen avsluttende betraktninger om mine erfaringer gjennom skriveprosessen.

Definisjon av sentrale begreper

I tråd med den diskursive tilnærmingen jeg skal jobbe innenfor vil jeg i det følgende presentere *min* oppfattelse av sentrale begreper i problemstillingen. Hvordan jeg oppfatter de begrepene jeg skal arbeide med er selvsagt preget av hvem *jeg* er i form av blant annet kunnskapsgrunnlag, tilhørighet til fagmiljø, posisjon i samfunnet, kjønn, nasjonalitet etc. Ulike mennesker vil se og oppfatte begrepene jeg introduserer forskjellig, og jeg vil ikke ha som mål å gi et svar som passer for alle. Jeg ønsker å presentere min undring for leseren, og utfordre tenkningen om hjelpetrengende mennesker.

Diskurs

Ordet diskurs kommer av det latinske *discursus*, som betyr å løpe hit og dit.² For meg er det et godt bilde på diskurs som en bestemt måte å snakke om og forstå verden på (Jørgensen og Philips, 1999). Hvor man står eller går vil påvirke *hva* man ser og *hvordan* man forstår det man ser.

Tradisjonelt blir begrepet diskurs forbundet med lingvistikken, og betyr i den sammenhengen utdrag av skriftlig eller muntlig tale (Hall 2001, 72). Det representerer et syn som innebærer at språket ikke oppfattes som nøytralt, men som et autonomt system som også har en konstituerende side. Sosiale fenomener, identiteter, relasjoner og så videre formes i høy grad av og gjennom språket (Bergstrøm og Boreus, 2005). Michel Foucault ga begrepet ny og

² <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=diskurs&ordbok= begge&s=n&> (10.05.2014).

utvidet mening da han introduserte at diskurs omfatter *praksis* i tillegg til språk (Hall 2001, 72). Dette er sterkt sammenfallende med konstruktivismen og tanken om at ingen ting eksisterer kun i kraft av seg selv eller som en objektiv og sann størrelse (Thùren, 2009).

Slik jeg forstår diskurser er det rammen vi tolker og observerer innenfor, og som produserer kategorier som for eksempel rase, kjønn eller som i mitt tilfelle *grupper med særskilte utfordringer*. Sagt på en annen måte; en diskurs definerer hva vi skal og kan mene, og hvordan vi oppfatter det vi ser. For eksempel regulerer diskursen om kjønn hva som er en riktig kvinne, og hva som kjennetegner en mann. Det er i utgangspunktet en biologisk og hormonell forskjell, men det er ikke gitt at forskjell i forventningene til kjønnene er styrt av det. Ulik fordeling av taletid og styreverv er ikke medfødt, men konstruert.

Det er imidlertid viktig å merke seg at det ikke betyr at alt er fiksjon, eller at ingenting finnes i virkeligheten (Thùren, 2009). Kvinner og menn, eller grupper med særskilte utfordringer, finnes i virkeligheten. Det konstruktivismen og diskursteoriene forsøker å understreke er at det som kan oppfattes som absolutte og uforanderlige kjensgjerninger, ikke nødvendigvis er det (Thùren, 2009).

Stortingsmelding

En stortingsmelding, eller det som fra 01.oktober 2009 heter *Melding til Stortinget*, er en rapport fra Regjeringen til Stortinget om arbeidet som er gjort på et spesielt felt, eller en drøfting av fremtidig politikk. Ofte fremlegger Regjeringen meldinger til Stortinget til mer allmenn diskusjon, før de fremlegger en proposisjon, lovforslag og / eller forslag til budsjettvedtak.³ En stortingsmelding har således en stor og viktig plass i demokratiet, og den fanger opp hva berørte parter mener om feltet. Det gjøres ofte via en høring, der offentlige og private institusjoner, organisasjoner og andre departement, uttaler seg om forslaget departementet arbeider med.⁴

Utkast til meldinger til Stortinget lages av departementene, og behandles deretter av Kongen i statsråd før de sendes til Stortinget. Selv om en melding til Stortinget ikke er juridisk forpliktende eller bindende, har den altså stor makt og prestisje i form av at den uttrykker både Regjeringens og Stortingets syn på et område.

³ <http://www.stortinget.no/no/Stottemeny/Ordbok/?diid=STU> (10.10.12).

⁴ www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/hoeringer.html?id=1976 (13.04.14).

Grupper med særskilte utfordringer

Innenfor sosialt arbeid er det naturlig nok lange tradisjoner for å jobbe med mennesker som ”faller utenfor”. Konstruktivismen tar utgangspunkt i at vi konstruerer vår egen og hverandres virkelighet, og at kategoriene vi produserer både er i forandring over tid og innenfor ulike kulturer (Jørgensen og Philips, 1999). Hvilke grupper som til enhver tid oppfattes å ha særskilte utfordringer vil i det bilde variere fra kultur til kultur og gjennom tid. Noe som oppfattes som helt normalt i en kultur vil defineres som avvik i en annen, eller noe som anses som avvik i en periode vil bli *normalisert* i en annen periode.

Dette er tanker vi kan kjenne igjen hos for eksempel sosiologen Erving Goffman som skriver om det blant annet i sin bok *Vårt rollespill til daglig* (1992). Slik jeg leser det gir han der uttrykk for at alminnelighet har sitt motstykke i det spesielle, og at når noe oppfattes som normalt og aktverdig er det noe annet som i kontrast anses som annerledes og avvikende. *Selvet* blir på denne måten et samfunnsprodukt der andres oppfatning av en fører til at man blir den man oppfattes som. Dette er gjenkjennelig fra blant annet Charles Horton Cooley som bruker begrepet *speilselvet* for å vise hvordan vi ser på oss selv ved å studere andres oppfattelse av oss (Cooley 1909, sitert fra Levin og Trost 2005, 68).

Sosialt arbeids praksis

Sosialt arbeid er et av få fagfelt der hjelperen *både* skal utøve samfunnsmessig kontroll og vise medmenneskelig solidaritet (Levin, 2004). For eksempel skal en ansatt i sosialtjenesten være samtalepartner og sørge for støtte til livsopphold samtidig som han/ hun ivaretar samfunnets ønske om å kontrollere at alle *gjør sin plikt før de krever sin rett*. En ansatt i barnevernet skal kontrollere foreldrene og samtidig sikre barnets beste. En slik dobbeltrolle gjør at sosialarbeidere jobber i et praksisfelt fylt av spenninger og motsigelser, samtidig som det er noe grunnleggende menneskelig ved å hjelpe andre som har behov for det (Levin, 2004).

Det å jobbe med mennesker som befinner seg i vanskelige situasjoner innebærer ofte så mye uklarhet og forvirrende elementer at det aldri finnes en ferdig løsning. En erfaren praktiker vil derfor møte alle situasjoner med *gjenkjennelsesberedskap* (Schön 1983, sitert fra Thomassen 2006, 37). I det ligger det en forventning om at man innehar en type generalisert erfaringskompetanse som gir et repertoar av eksempler og rammer å forstå nye situasjoner

innenfor. Dermed kan man også reflektere rundt hva som er allment og hva som er unikt i den situasjonen man står overfor.

Å være en kompetent yrkesutøver innebærer at man bruker hele spekteret av kunnskap fra ulike kilder, det være seg teori, praksis, erfaringer, yrkesetikk og så videre (Thomassen, 2006). En god praktiker må kjenne til og vite hvordan man har tilegnet seg den kunnskapen man har. Hva som gjør at man reflektere på den måten man gjør, og ikke minst, som jeg vil forsøke å vise i denne oppgaven, hvordan det som artikuleres om sårbare grupper, også danner grunnlaget for hvilken hjelp vi tilbyr.

Min posisjon

Jeg er en kvinne på 39 år, født og oppvokst i Norge i det som vel må beskrives som et middelklassehjem. Begge mine foreldre har vært i full jobb siden jeg var liten, og jeg fikk tidlig lære verdien av likestilling. I voksen alder giftet jeg meg med en kvinne, og selv om vi i dag lever i lykkelig tosomhet må det innrømmes at veien dit vært kronglete. Noe av det som har preget meg på min livsferd og i mitt arbeid med mennesker er nettopp dette elementet av *annerledeshet* som jeg føler jeg har hatt med meg hele livet.

Da jeg var ferdig utdannet sosionom fra Høgskolen i Oslo våren 2000, gikk jeg inn i en 100% stilling på en akutt- og utredningsinstitusjoner for ungdom. Der gikk det gradvis opp for meg at det jeg hadde lært på skolen ikke var en ferdig oppskrift på godt sosialt arbeid, men kun noen perspektiver som jeg selv måtte integrere i mitt profesjonelle jeg. Etter hvert som tiden gikk lærte jeg å bruke teoriene fra skoletiden som redskaper til å reflektere rundt min egen rolle, og for å få et ”utenifra” blick på hva jeg gjorde som fungerte, og hva som ikke fungerte så godt.

Våren 2006 fikk jeg jobb som prosjektleder for Rosa kompetanse, et helseprosjekt som Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner (LLH) drifter, og Helsedirektoratet finansierer. Målet med prosjektet er å øke kunnskap og kompetanse om hvilke spesielle utfordringer lesbiske og homofile, bifile og transpersoner kan ha i sin hverdag, og spesielt i sitt møte med helsevesenet. Jeg arbeidet med Rosa kompetanse i over sju år, og var på undervisningsreiser i hele Norge en til to ganger i uka i alle de årene. Prosjektet fikk etter hvert stor anerkjennelse både nasjonalt og internasjonalt, og høsten 2013 var jeg klar for nye oppgaver. Jeg hadde da gått trøtt av å høre min egen stemme forelese om

fordommer og holdninger, bevissthet og empati. Jeg lengtet etter en tilværelse der min identitet ikke skulle være så synlig, og jeg kjente på behovet for å defineres av noe annet enn min minoritetsstatus.

Gjennom mitt arbeid med, og tilhørighet til en minoritet, har jeg blitt veldig opptatt av hva som konstituerer de som er annerledes. *Kategoriseringsprosesser* er med andre ord et interesseområde for meg, og jeg har vært spesielt opptatt av at det vi benevner som annerledes også *blir* annerledes, på godt og vondt. Å tilhøre en minoritet er ikke nødvendigvis negativt eller vanskelig i seg selv, men samfunnets påminnelse om at man ikke er som andre, det Mari Bjørkman (2012) beskriver som minoritetsstress, kan være vanskelig å leve med.

Da jeg så fikk en mulighet til å skifte både tema og industri takket jeg ja til jobb som pasientkontakt og leder for strategiske helseinitiativ i det biofarmasøytiske selskapet AbbVie. Det er noe helt annet enn det jeg har gjort tidligere, og en ganske uvanlig jobb for en sosionom. Likefult er det en jobb som jeg er engasjert i og glad i, og som jeg er sikker på vil være med å utvikle meg til å stadig bli en bedre praktiker. For å holde kontakt med flere sider av faget mitt, og fordi jeg har en forkjærlighet for å jobbe med akuttsaker, har jeg fra sommeren 2009 også jobbet i 15% stilling som barnevernkonsulent på Barnevernvakten i Oslo. Mitt arbeide der handler om å bistå barn og familier i akutte barnevernssaker, og gi hjelp etter Lov om barneverntjenester.

Gjennom mitt yrkesaktive liv har jeg opparbeidet meg erfaring og kunnskap som gjør at jeg tror på at vi i våre yrker kan være med å gjøre en forskjell for folk som trenger det. Faglig mener jeg at det å arbeide med mennesker rører ved vår egen sårbarhet, og at det derfor setter store krav til vår egen kunnskap og empati. Jeg er svært opptatt av det faglige og etiske aspektet i sosialt arbeid, og tror at bevisste holdninger rundt dette gjør oss bedre i stand til å utføre jobben vår med en stor grad av ydmykhet.

Annen forskning og plassering av min studie

Sentralt i Samhandlingsreformen er at det skal lønne seg økonomisk for kommunene at folk er friske.⁵ Det betyr at kommunene har engasjert seg i hvilke konsekvenser reformen har både innholdsmessig og økonomisk, og det er gjort en del analyser, oppsummeringer og forskning

⁵ <https://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/samhandlingsreformen-og-forebyggende-arbeid> (02.05.2014)

på det feltet. Alt dette er ikke relevant for innholdet i denne oppgaven, så for å gi et så oversiktlig bilde som mulig har jeg valgt å konsentrere meg om det som finnes av forskning på hovedområdene i Samhandlingsreformen, nemlig *kommunens rolle og økt satsning på forebygging*.

I september 2012 foretok NorgesBarometeret AS, på oppdrag for Norsk Sykepleierforbund, en spørreundersøkelse blant landets ordførere og rådmenn (NorgesBarometeret 2011:3). 858 rådmenn og ordførere ble spurt om ulike konsekvenser de opplevde som resultat av innføringen av Samhandlingsreformen. Svarprosentene var på 54%, noe som betyr at 1,9 millioner innbyggere var representert i undersøkelsen. Hver tredje kommune svarte da at de ikke hadde tilstrekkelig fagkompetanse til at samhandlingsreformen kan lykkes, og de mente det i stor grad skyldes mangel på sykepleiere.

Også Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (Nova) har på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund gjennomført et prosjekt om samhandlingsreformen (Novarapport 2013:8). Gjennom to datainnsamlinger og kvalitative og kvantitative intervjuer og spørreskjemaer ble det der undersøkt hvilke erfaringer sykepleiere som jobber i sykehjem, og hjemmesykepleiere har med Samhandlingsreformen. Konklusjonen er at det ser ut til at både sykehjem og hjemmesykepleien tar i mot flere pasienter fra sykehus med større medisinske behov nå enn før reformen. I alt ni av ti av sykepleierne sier at kompleksiteten i oppgavene har blitt større, og undersøkelsen kan tyde på at de ansatte i tjenestene har fått det mer travelt etter innføringen av samhandlingsreformen. Rapporten konkluderer med at både hjemmesykepleien og sykehjem har behov for flere ansatte og kompetansehevede tiltak for å klare å utføre nye og økte oppgaver som følger med samhandlingsreformen. Videre viser den at etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft, har antall liggedøgn på sykehusene gått ned. Pasienter skrives ut raskere enn før, og både politikere, brukere og ansatte i helsevesenet har uttrykt skepsis til om reformen bidrar til en faktisk bedring i pasienters liv, eller om den i hovedsak er en måte å spare penger på.

KS, kommunesektorens organisasjon, har naturlig nok også vært opptatt av kommunens rolle i utførelsen av Samhandlingsreformen, og ba høsten 2012 Norut⁶ om å utføre en undersøkelse

⁶ Norut er et nordnorsk forskningskonsern som produserer anvendbar, nordområde relevant kunnskap innen teknologi og samfunnsvitenskap. Deres kunder er en kombinasjon av privat næringsliv og offentlig sektor. <http://norut.no> (09.05.14).

blant 86 kommuner. De ønsket å belyse hvilke tiltak kommunene har satt i gang som følge av Samhandlingsreformen, og hva den har kostet. Hovedfunnene derfra viser at de kommunale utgiftene har økt gradvis etter at Samhandlingsreformen ble innført. Den viser imidlertid også at kommuner i langt større grad enn tidligere bruker penger på, og er opptatt av, forebyggende virksomhet (Norutrapport 2012:9). Det trekker denne rapporten frem som et av funnene som peker fremover, og de mener at det er viktig for kommunene å få etablert et godt samarbeid med FoU⁷ på kommunalt nivå, slik at de kan evaluere hvilke forebyggende tiltak som virker best.

Forebygging er en av de andre hovedmålene for reformen, noe som også har store konsekvenser for kommunene fordi de ofte må prioritere mellom prekære oppgaver. Sintef-forsker Solveig Osborg Ose (2013) har for eksempel påpekt at psykisk helsevern lider under innføringen av Samhandlingsreformen fordi kommunene bruker nesten alle midlene sine på mennesker med store og sammensatte psykiske lidelser. Dermed har de mindre igjen til det forebyggende arbeidet og oppfølging av blant annet barn og unge.⁸

Mange kommuner har uttalt seg om de økonomiske problemene det skaper at de må løse både akutte saker og jobbe forebyggende⁹, men utover denne rapporten fra Sintef har jeg ikke funnet mye *forskning* på forebyggingsaspektet. Min antagelse er at dette kommer til å få et mye større fokus etter hvert som reformen evalueres. Allerede før Samhandlingsreformen trådte i kraft fikk Forskningsrådet i mandat å utrede konsekvensene, med fokus på perioden 2012-2015. De første midlene til delprosjekter ble utlyst i april 2012,¹⁰ og våren 2013 ble nye forskningsmidler utlyst til evaluering.¹¹

Noe evalueringsarbeid er allerede gjort av frittstående forfattere som i 2014 utga boka *Samhandlingsreformen under lupen, kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene* (Lilljan mfl.2014). Den tar for seg sentrale utfordringer som den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor i forbindelse med innføringen av

⁷ FoU betyr forskning og utvikling, og er virksomhet knyttet til ervervelse og utnyttelse av ny kunnskap. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/nfd/dok/nou-er/2000/nou-2000-7/5/1.html?id=376098> (09.05.14)

⁸ <http://www.forskning.no/artikler/2013/januar/346994> (30.01.14)

⁹ Eksempelvis slike oppslag fra Hedmark og Oppland. <http://www.nrk.no/ho/dyr-samhandling-for-kommunene-1.11585160> (02.05.2014).

¹⁰ www.forskningsradet.no/prognostikk-evasam/Om_evalueringen/1253972204852 (02.05.2014).

¹¹ www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/HOV/Nye-soeknadsmuligheter (02.05.2014).

Samhandlingsreformen og tematiserer også urfolks- og minoritetspasienters kulturelle erfaringer i omsorgstjenesten

Reformer av denne størrelsen og omfang vekker ofte et akademisk engasjement, og det er skrevet en rekke masteroppgaver som tar for seg alt fra samhandlingsreformens virkning og konsekvenser, til dens innhold og prioriteringer. Noen få har også gjort innholdsmessige analyser som for eksempel et casestudie av bruken av ansvarsbegrepet, som tar for seg ansvar som begrep og problem i Samhandlingsreformen (Tjørholm, 2012). Utover det har jeg funnet få oppgaver med en diskursiv tilnærming til dokumentet, og jeg har ikke klart å finne noen andre som har studert hvordan grupper med særskilte behov fremstilles.

*Min analyse av samhandlingsreformen er ikke et forsøk på å si eller mene noe om innholdet i reformen, eller de politiske konsekvensene den kan få. Ei heller tar jeg mål av meg til å komme med alternativer til innhold eller språk. Jeg ønsker å se på hvordan språket i seg selv former hvordan vi forstår verden rundt oss. Språket gir oss de brillene vi ser verden med (Levin, 2010) og det er således mitt analytiske poeng at språket som brukes i denne stortingsmeldingen har konsekvenser for hvordan vi opplever og forstår *gruppene med særskilte utfordringer*.*

Kapittel 2. Teori

Vitenskap og kunnskap er ikke entydige begreper, det finnes ulike kunnskapssyn (epistemologi) og ulike syn på virkeligheten (ontologi). (Ringdal, 2001). Innenfor sosialt arbeid er det for eksempel en stadig tilbakevendende og grunnleggende debatt om faget er og bør være praktisk eller teoretisk forankret (Levin, 2004). Noen sier at sosialt arbeid *er* praksis, og at det eneste sanne og riktige er å jobbe i praksisfeltet der klientene er. Andre påstår at verken faget, sosialarbeiderne eller klientene vil bevege seg hvis det ikke var for det teoretiske grunnlaget (Levin, 2004).

Jeg opplever at forsøket på å skille teori og praksis ved å skape en dikotomi der det ene skal utelukke det andre, ikke er forenlig med det å utvikle faget videre eller gi hjelp på en sosialfaglig god måte. Teori og praksis er slik jeg ser det to sider av samme sak, og jeg opplever som Levin (2004) at dette spenningsfeltet er en av vårt fags store styrker. "(...) for eksempel kan beskrivelser og fortolkninger av praksis i konkrete situasjoner bidra til å utvikle teorier om praksiskunnskapens særpreg". (Thomassen 2006, 34). Jeg forstår teori som en *forenkling av virkeligheten*, og som en forståelsesramme for det jeg vil undersøke (Thomassen 2006, 34). I det følgende vil jeg redegjøre for mitt teoretiske utgangspunkt for denne oppgaven.

Diskursteori

Utgangspunkt for oppgaven er at jeg ønsker å studere hvordan en tekst med makt fremstiller enkelte som *grupper med særskilte utfordringer*, og på hvilken måte dette får konsekvenser for sosialt arbeids praksis. Diskursteori er et egnet utgangspunkt til å analysere frem dette fordi

Discourse is about the production of knowledge through language. But, since all social practices entail meaning, and meanings shape and influence. what we do – our conduct – all practices have a discursive aspect. (Hall 1992, sitert i Hall 2001, 72).

Slik jeg forstår dette betyr det at den kunnskapen vi har tilgjengelig er skapt gjennom språket. Hvordan vi taler og skriver om et fenomen er det som gir oss kunnskap, innsikt og kanskje derigjennom handlingsrom. Språket i seg selv konstruerer majoritet og minoritet, eller kategoriene *vi* og *de*. *De andre* finnes ikke uten et *vi*, og kategoriene fungerer som gjensidig utelukkende opposisjoner som er avhengig av hverandre (Thu Ilstad, Haldar og Engebretsen, 2010). Dette interesserer meg fordi jeg opplever at det utgjør noe av kjernen i hvordan vi kommer fram til hvem som skal hjelpes og på hvilken måte.

Det er vanlig å se på tre ulike hovedretninger innenfor diskursanalyse; *Michel Foucault* er nok den som i størst grad forbindes med diskursanalyse, og har i flere anledninger blir presentert som diskursens far. Den anglosaksiske retningen er som oftest representeres ved *Ernesto Laclau* og *Chantal Mouffe*, og innenfor kritisk diskursanalyse regnes *Fairclough* som den sentrale bidragsyteren (Bergstrøm og Boreus, 2005).

I det følgende vil jeg forsøke å redegjøre for disse tre retningene, og vise forskjeller og likheter. I den sammenheng er det viktig for meg å understreke at teorier om diskurser har mye til felles, og at på tross av ulikheter er alle opptatt av *språk* og *kunnskap*. Alle retningene tilnærmer seg språket, ikke som et nøytralt verktøy som beskriver en objektiv virkelighet, men tvert i mot som meningsgivende og begrensende. Diskurser kan derigjennom forstås som et system som legitimerer visse kunnskaper og peker ut hvem som har rett til å uttale seg med autoritet. (Bergstrøm og Boreus 2005, 309).

Michel Foucault

Michel Foucault (f.1926-d.1984) var fransk psykolog og filosof. Han var en sentral teoretiker innenfor strukturalismen og hadde stor betydning både i sin samtid og i sin ettertid.¹² Foucault hadde en bred anlagt og historisk betinget tilnærming til diskursanalyse, og en av hans måter å definere diskurser på var ”hele den praksis som frembringer en viss type ytringer”. (Foucault 1993, sitert i Bergstrøm og Boreus 2005, 309). Med dette blir det tydelig at selv om han var grunnleggende opptatt av forholdet mellom tekst og diskurs, la han til grunn at diskurser er noe langt mer enn språk og tekstanalyse (Hall, 2001). Han utvidet diskursbegrep til også å omfatte sosial praksis, og mente at en tekst ikke kan forstås alene (Bergstrøm og Boreus, 2005).

Diskurser består ikke kun av *en* tekst, *et* utsagn eller *en kilde*. På et gitt historisk tidspunkt vil den samme diskursen komme til syne i flere tekster, i vår praksis, i hva som oppfattes som sant og så videre. Foucault beskriver slike sammenfallende måter å beskrive, snakke om og forstå verden på som *epistemer*. Når alle disse diskursive momentene bygger opp under det samme synet, kunnskapen og praksisen sier Foucault at de tilhører den samme *diskursive formasjonen* (Hall 2001, 73). Dette, mener Foucault, er det som bestemmer hva som kan

¹² http://snl.no/Michel_Foucault (03.05.2014)

vites, sies og tenkes innenfor et avgrenset område på et gitt historisk tidspunkt (Thomassen, 2006). Selv om diskursive formasjoner vil endre seg fra et historisk tidspunkt til et annet, er Foucault klar på at det ikke vil skje som følge av en kontinuerlig historisk utvikling. Han beskriver at skifte i diskurser ofte vil komme som resultat av oppgjør og klare brudd. (Hall 2001, 75).

Makt, kunnskap og sannhet

For meg har noe av det mest interessante og besnærende med Foucaults arbeider vært hans tilnærming til *makt, kunnskap og sannhet* som en slags treenighet. Han fokuserte mye på forholdet mellom kunnskap og makt, og beskrev hvordan han mente makt blir til gjennom å definere feltet for kunnskap (Hall 2001, 76). I det bildet er det viktig å ha med seg at Foucault så på *selve diskursen* som produsenten av kunnskap. Med dette mente han at selv om enkeltmennesker står for kunnskapsbidrag, er de formet av de diskursive formasjonene og sannhetsregimene som gjelder innenfor deres kultur i den aktuelle tidsperioden (Hall 2001, 79). Det var hans påstand at fag og vitenskaper oppstår i og gjennom språket.

Etablert kunnskap blir på denne måten selve drivkraften i det han beskriver som *utestengningsmekanismer* fordi det ligger mye makt i det å *eie* sannheten. Det skaper et rom der en viss type kunnskap er *riktig* og gir muligheter for noen mennesker, mens andre typer kunnskap og mennesker blir definert ut. Det kan for eksempel være når adferd, grupper eller lignende blir forbudt, eller når noen eller noe defineres som henholdsvis sykt eller friskt. På denne måten virker diskurser disiplinerende, kontrollerende og ekskluderende, fordi det oppstår et skille mellom hva vi aksepterer og hva vi forkaster, hva som ses som sant og hva som anses som falskt (Foucault, 1999). Slik jeg tolker dette, handler det om hvordan diskurser får makt over oss fordi vi avfinder oss med at kunnskapen som presenteres er sann, og vi forsøker å tilpasse oss de gjeldene reglene for god og riktig oppførsel.

Alle Foucaults sentrale verker omhandler hvordan diskurser begrenser noen, og at de menneskene og gruppene vi oppfatter som annerledes, avvikende eller forbudte er konstruert slik innenfor diskursen og ikke per definisjon er syndige, gale eller kriminelle (Bergstrøm og Boreus 2005; Thomassen 2006).

For å virkelig forstå Foucaults maktbegrep er det viktig å huske på at han understreker nettopp dette at makt ikke må tolkes som noe som *utøves* av noen, men må ses som et relasjonelt fenomen som begrenser noen og gir muligheter til andre (Bergstrøm og Boreus 2005, 311). Selv om han anerkjente at dominante krefter og institusjoner i et samfunn vil ha lettere tilgang på makt enn andre, mente han først og fremst at makt gjennomsyrrer alt som skjer mellom oss og i oss (Foucault, 1999). Foucault var ikke opptatt av *hvem* som hadde makt eller hvordan makt ble utøvd. Han var opptatt av makt som prosess, og understreket at makt må analyseres med utgangspunkt i konkrete spørsmål i hvert enkelt tilfelle. Hvem taler? Ut fra hvilke posisjoner? I hvilken institusjonell kontekst? (Flyvbjerg 1992, sitert i Thomassen 2006, 124).

Tatt i betraktning Foucaults definisjon av diskurs som ”hele den praksis som frembringer en viss type ytringer” (Foucault 1993, sitert i Bergstrøm og Boreus 2005, 309), er det ikke overraskende at han også mente at ingen ting kan være objektivt sant annet enn innenfor diskursen. *Sannheten* er historisk betinget, stadig i forandring og helt avhengig av hvilke diskurser samfunnet tillater som sanne (Hall 2001; Thomassen 2006). Likevel var han veldig opptatt av at all kunnskap som settes ut i livet blir sann i den forstand at den oppleves som svært virkelig for de som står som mottakere av en praksis (Foucault 1977, sitert i Hall 2001, 76). Dette mener jeg gir en tydelig og spennende forbindelse til symbolsk interaksjonisme gjennom Thomas teorem ”If men define situations as real, they are real in their consequences.” (Thomas og Thomas 1928, sitert i Levin og Trost 2005, 42). Sannhet vil med andre ord oppleves som svært reell for de som til en hver tid reguleres av den, selv om diskursen er historisk betinget og vil endres over tid (Hall 2001; Thomassen 2006).

Subjektposisjoner

Foucault tilhører en tradisjon som har avvist tanken om at vi alle er frie til å handle og optimalisere livet vårt slik vi ønsker (Hall 2001, 79). Han snakker i stedet om subjektposisjoner, som tar utgangspunkt i at både enkeltindivider og samfunnet som sådan begrenses og formes innenfor rammene av diskursen (Bergstrøm og Boreus, 2005). Det er sentralt også for å forstå hans syn på hvordan *makt, kunnskap og sannhet* blir til innenfor en diskurs. Hans utgangspunkt var at subjekter og subjektposisjoner blir dannet på to ulike måter (Hall 2001, 80).

For det første mente han at diskursen selv produserer subjekter gjennom de eksemplene som tilbys. Han beskriver i sine verker de klassiske eksemplene på hvordan *den gale, den kriminelle, den seksuelle avviker* blir til subjekter gjennom diskursen om galskap, om kriminalitet og om seksualitet (Hall, 2001). På den måten forstår jeg det slik at diskursen gjennom *egenskapsforklaringer* lager stereotype bilder av hele grupper.

For det andre sier Foucault at diskursen tildeler oss en subjektposisjon der vi lettest kan forså og godta kunnskapen vi tilbys (Hall, 2001). En diskurs vil med andre ord ikke gi mening dersom man ikke posisjonerer seg i den rollen diskursen skaper. For å illustrere dette bruker Stuart Hall (2001) et eksempel på hvordan porno skapt for menn ikke vil gi gjenklang hos kvinner med mindre de kan sette seg selv i posisjonen ”mannlig, kåt, erobrer ” (Hall 2001, 80). Dette beviser muligens ikke noe mer enn at også Hall selv operer innenfor en begrenset diskurs, men det er ikke poenget med eksempelet. Slik jeg leser og forstår det, betyr det at språket konstruerer en sosial posisjon som individet kan snakke og handle ut fra, og for at en diskurs skal gi mening må vi gå inn i de subjektposisjonen den har skapt.

Laclau og Mouffe

I likhet med Foucault er også Ernesto Laclau og Chantal Mouffe opptatt av å vise at det som fremstår som naturlig for oss er resultat av et kulturelt arbeid som har gjort noen ting *normalt*, mens andre ting fremstår som helt utenkelig (Jørgens og Phillips, 1999). Laclau og Mouffe skrev i 1985 boka som av mange ses på som hovedverket innenfor diskursteori, *Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics*. Deres påstand var at alt er diskursivt bestemt, og at vi ikke kan forstå eller oppfatte noe som er utenfor diskursen. Det er ikke et forsøk på å avvise at det finnes materielle objekter, men at også objekter bare får mening for oss gjennom diskursive praksiser (Laclau og Mouffe, 1985).

Jeg oppfatter dette på samme måte som jeg forstår Foucaults episteme begrep, og slik jeg har lest det vitenskapsteoretiske utgangspunktet til Ringdal (2001). Vi har ingen mulighet til å forstå det vi ikke kjenner. Når vi skal forstå og tolke kan vi ikke annet enn å ta utgangspunkt i det som er kjent for oss fra før, hva annet skulle vi kunne velge?

Utgangspunktet for diskursteorien til Laclau og Mouffe er at alt er foranderlig og i bevegelse, og at alle diskurser alltid kan være, eller bli, annerledes (Jørgens og Phillips, 1999). På denne måten kommer de fram til at en diskurs må forstås som en kamp om fastleggelse av betydning

innen for et bestemt område (Rear, 2013). Eller som de selv sier ”Any discourse is constituted as an attempt to dominate the field of discursivity, to arrest the flow of differences, to construct a centre”. (Laclau og Mouffe 1985, 112).

De mener dermed at diskurser blir til i kamp om makt og mening, og operasjonaliserer dette ved å introdusere sentrale analyseredskaper som blant annet *tegn, momenter, elementer, nodalpunkt, diskursive kamper og diskursive felt* (Jørgens og Phillips, 1999). I det følgende skal jeg ta for meg nodalpunkt, diskursive kamper og diskursive felt. De andre begrepene har jeg latt ligge fordi jeg i det videre analysearbeidet ikke kommer til å ta dem i bruk. For leservennlighetens skyld vil jeg derfor ikke redegjøre for dem her heller.

Nodalpunkt, diskursive kamper og diskursive felt

Fordi alt er diskurser og ingenting er objektivt sant eller uforanderlig, oppstår det som Laclau og Mouffe kaller *diskursive kamper*. Dette handler om å stoppe flyten av betydninger og konstruere et sentrum i diskursen som blir til ”den sanne kunnskapen” (Kleppe, 2006).

Diskurser forsøker på denne måten å skape mening og meningssmønstre gjennom det Laclau og Mouffe definerer som *nodalpunkter* (Read, 2013). Nodalpunkter forstås som sentrale nøkkelbegreper som andre ord/ begreper ordnes omkring, og får sin betydning i forhold til Ofte er nodalpunkter ord som ikke er entydig definerbare, og som på egen hånd har verken makt eller mening. Et eksempel kan være ordet *innvandrere*, som alene ikke gir noen mening, men som når det settes inn i en kontekst kan gi betydning også til andre ord i diskursen.

Laclau og Mouffe hevder at alt det som holdes for sant og virkelig er et resultat av diskursive kamper, hvor noe vinner frem og blir de rådende sannhetene i sin tid (Kleppe 2006; Read 2013). Både Foucault og Laclau og Mouffe beskriver det som å *vinne kampen om å etablere sannheten* (Kleppe, 2006).

Når en diskurs vinner frem og fremstår som selvfølgelig, og dermed som sannheten, skapes det et hegemoni der andre betydninger blir undertrykt (Jørgens og Phillips, 1999). Borgerne i et samfunn vil da ha vanskelig for å se at de er regulert av diskursen, og at det de ser som helt naturlig er et resultat av politisk og hegemonisk praksis (Laclau og Mouffe, 1985).

Prosessen med å naturalisere noe på denne måten er det som samtidig gjør at en diskurs utelukker det som ikke oppfattes som normalt eller kulturelt forståelig. Laclau og Mouffe kaller alle de mulighetene som diskursen utelukker for det *diskursive felt* (Jørgensen og

Phillips, 1999). Alle muligheter som ikke finnes fordi diskursen avgrensar hva som er bestemt som normalt, og hva som gir mening. Diskursene blir på denne måten til ”sunn fornuft”, det naturlige og nærmest gudgitte. Og, slik blir det til at andre måter å leve og oppføre seg på blir til avvik. Det vil si at det diskursive felt er diskursens grense, dens ytre, så og si.

Fairclough

Begrepet kritisk diskursanalyse brukes på en rekke ulike måter, men forbindes likevel først og fremst med lingvisten Norman Fairclough. Han omtales ofte som den som introduserte og utviklet kritisk diskursanalyse til det vi kjenner i dag, nemlig at det er det sosiale aspektet ved språket som er mest interessant. Fairclough bygger på en forståelsen av at språk aldri kan være nøytralt, men preget av brukerens perspektiv på verden (Fairclough, 2001).

Kritisk diskursanalyse er inspirert av *kritisk teori* som på sin side stod i opposisjon til positivistene, og som viste til at virkeligheten er konstruert (Thomassen, 2006). Mye av det som står sentralt i kritisk diskursanalyse er avledet fra Foucault sitt arbeid med diskurser. Særlig gjelder dette hans syn på at virkeligheten blir til ved at diskurser produserer *riktig* kunnskap, og dermed gir makt til noe ved at det fremstår som det naturlige (Read, 2013).

Den tredimensjonale modell

Fairclough la stor vekt på *språket* i sin analytiske tilnærming til diskurser (Jørgensen og Phillips, 1999). Han ser på en diskurs som en kommunikativ begivenhet som inneholder de tre størrelsene *tekst*, *diskursiv praksis* og *sosiokulturell praksis* (Fairclough 1992, sitert i Bergstrøm og Boreus 2005, 322).

Når diskurs ses som *tekst* er utgangspunktet lingvistisk og med tydelig fokus på tekstenes grammatikalske struktur. I Store norske leksikon¹³ beskriver Jan Grue det slik

Grammatiske strukturer bærer sosial mening for kritisk diskursanalyse. Det er stor forskjell på å si at "bilen krasjet i fjellveggen", "bilen ble krasjet i fjellveggen" eller "han krasjet bilen i fjellveggen".

Det er altså en analyseform som innebærer bruk av ulike tekstanalytiske fremgangsmåter for å vise hvilke diskurser som kommer frem i teksten. Gjennom en grammatisk tilnærming får vi på denne måten øye på om subjektet er passivt eller aktivt, og hvordan objektet står i forhold

¹³ <http://snl.no/diskursanalyse> (07.04.2014).

til subjektet. ”Bilen krasjet” – det bare skjedd, eller ”bilen ble krasjet” – noen gjorde det, ”han krasjet bilen” – det var han som hadde skylda.

Når den *diskursive praksisen* står i sentrum for analysen ser man på hvordan teksten produseres, distribueres og konsumeres (Bergstrøm og Boreus, 2005). Fairclough har i de fleste av sine analyser fokus på henholdsvis det han kaller for *interdiskursivitet* og *intertekstualitet*. Interdiskursivitet handler om å se på hvilke diskurser som kommer til uttrykk i tekstene og hvordan det blir fremstilt. Intertekstualitet handler om hvordan tekstene forholder seg til hverandre. Det vil for eksempel si hvordan tekster gir hverandre myndighet ved å vise til hverandre (Bergstrøm og Boreus, 2005, 324).

Faircloughs bruk av diskurser som *sosiokulturell praksis* viser til at det finnes diskursive og ikke-diskursive felt. Jeg mener at det innebærer at han anerkjenner at diskursive praksis inngår i en større helhet, og at de diskursive og de sosiale praksisene gjensidig konstituerer hverandre (Jørgensen og Phillips, 1999). Han analyserer på denne måten frem hvilke sosiale og kulturelle relasjoner som skaper rammen for praksis, noe som bringer oss til det helt sentrale i kritisk diskursanalyse; nemlig å undersøke relasjonene mellom diskurser og sosiale strukturer, og søke å avsløre maktstrukturer (Wodak 1996, sitert i Bergstrøm og Boreus 2005, 321).

Fairclough og de andre.

Innenfor kritisk diskursanalyse blir Foucaults syn på subjektposisjoner ”formildet” noe ved at det tas til orde for at sosiale aktører har større makt til å endre diskursen enn det Foucault virket å mene.

Subjects have apparently paradoxical properties of being socially determined, and yet capable of individual creativity; obliged to act discursively in preconstituted subject positions, yet capable of creatively transforming discourse conventions. (Fairclough 2001, 140).

Slik jeg forstår dette mener Fairclough og hans likesinnede at subjektene i større grad er i stand til å løsrive seg fra diskursen, og skape motstand og derigjennom endre diskursen (Read, 2013). Ved første øyekast kan dette kanskje minne om Foucaults historiske tilnærming i og med at han også mente at diskurser faktisk endrer seg over tid. Jeg finner imidlertid ikke noe som støtter at Foucault mente en slik endring skyldes aktørenes aktive valg og motstand. Selv om han mente at endring av diskurser krever brudd og oppgjør, avviste han tanken om at

vi er frie til å handle og optimalisere livene våre slik vi ønsker (Hall, 2001).

Fairclough mente dessuten at Foucaults historiske perspektiv er med på å skygge for at flere diskurser kan eksistere *samtidig*, og at det oppstår kamper mellom de ulike diskursene for å oppnå hegemoni og derigjennom makt (Read, 2013). I motsetning til Foucault mente Fairclough at *flere* diskurser kjemper side om side om hegemoni. Ikke, slik som Foucault beskrev det, at en diskurs vil vinne frem og fremstå som selvfølgelig og dermed som sannheten i sin historiske tid. Slik sett blir heller ikke subjektene låst i en posisjon, men de kan, i følge Fairclough, gå inn og ut av ulike posisjoner i ulike diskurser (Read, 2013).

Den vesentlige forskjellen på Laclau og Mouffe og Fairclough sitt syn på diskurser er at der Laclau og Mouffe ser på *alt* som diskursivt konstruert, skiller den kritiske diskursanalysen på diskursive og ikke-diskursive praksiser (Bergstrøm og Boreus, 2005). Fairclough argumenterte for at den diskursive og den ikke-diskursive verden eksisterer side om side, og på den måten anerkjenner kritisk diskursanalyse at praksiser som ligger utenfor diskursen er med på å utvikle den. Jeg oppfatter at det står i motsetning til Laclau og Mouffe sin bruk av begrepet diskursive felt som *alle de mulighetene diskursen utelukker*.

Kapittel 3. Metode

Det er bred enighet om at diskursanalysens overordnede hensikt er å avdekke hvordan diskursene konstruerer en virkelighet (Jørgensen og Phillips, 1999). Hvordan man *gjør* en diskursanalyse er det derimot ikke like stor enighet om, og den kan ta flere ulike former (Bergstrøm og Boreus 2005, 308). I teorigjennomgangen har jeg forsøkt å vise hvordan både Foucault, Laclau og Mouffe og Fairclough ser på virkelighet og kunnskap som diskursivt konstruert (Jørgensen og Phillips, 1999). Felles for alle tre retningenes er også at de viser til at språket er med på å danne utgangspunkt for sosial praksis (Bergstrøm og Boreus, 2005).

Uavhengig av hvordan man ønsker å tilnærme seg materialet er det avgjørende å ikke løsrive analysen fra sitt teoretiske og metodologiske utgangspunkt. Dette at virkeligheten kun er tilgjengelig for oss ved hjelp av våre kategorier, og vårt syn på viten og verden er kulturelt og historisk innleiret. På denne måten blir noen handlinger naturlige og andre helt utenkelige (Burr, 1995 sitert fra Jørgensen og Phillips 1999, 13-14). Jeg kommer til å ha med meg en slik generell inngang til analysen, og vil jobbe med datamaterialet mitt på flere nivåer. Likevel må jeg finne noen måter å operasjonalisere teoriene på, og gjøre noen valg i hva jeg vil vektlegge i analysen.

Det er forskjell på hvordan de ulike retningene nærmer seg for eksempel subjektposisjoner og diskursive felt, og de vektlegger makt og kunnskap litt ulikt. Av flere grunner har jeg valgt å først og fremst ta utgangspunkt i *Foucault* sin tilnærming. Det betyr ikke at jeg ikke vil støtte meg til kritisk diskursanalyse og Laclau og Mouffe på et mer generelt nivå, men det betyr at jeg vil forsøke å vise hvordan og hvorfor jeg mener Foucault er best egnet til å analysere mitt datamateriale.

Foucault sin metode

Foucaults analyser har en sterk vitenskapskritisk side, og hans engasjement lå tydelig hos ”de andre”, de som faller utenfor diskursen, de marginaliserte (Thomassen, 2006). Han var spesielt opptatt av å studere og beskrive diskurser om grupper som på en eller annen måte var markert som avvikere eller hadde en adferd som i sin historiske kontekst ble oppfattet som avvikende. Han befattet seg med spørsmål om galskap, straff og seksualitet, og har ved flere ulike anledninger uttalt at det ikke er galskap i seg selv, men *diskursen* om galskap som

skaper ”de gale”. (Hall 2001, 73). Dette er en spennende innfallsvinkel fordi det åpner opp for at kunnskapen som fremstilles i Samhandlingsreformen, ifølge Foucault, er diskursivt skapt.

Det er en viss type kunnskap som presenteres for oss, og det er slik vi kan forstå grupper med særskilte utfordringer i den historiske perioden teksten ble behandlet og diskutert i Stortinget, årene 2008- 2009. Selv om *grupper med særskilte utfordringer* ikke nødvendigvis er stemplet som avvikende i den formen Foucault analyserer det, er det min oppfatning at de samme mekanismene gjør seg gjeldende i dette *at de andre ikke finnes uten et oss*, avvikere finnes ikke uten de normale (Thu Ilstad, Haldar og Engebretsen, 2010). Jeg mener derfor at å bruke Foucault sine analytiske briller på min tekst er helt i tråd med hvordan han resonerte og hvilke premisser han arbeidet etter.

I Foucault sine studier av diskursen om galskap, straff og seksualitet påpekte han at fordi kunnskapen om disse gruppene/ fenomenene er diskursivt skapt og ikke har noen mening utenfor diskursen, er det visse elementer som må danne grunnlaget for en analytisk tilnærming. Jeg vil bruke de samme elementene som analytisk brekkstang, og har ”fornorsket” og operasjonalisert Foucault på følgende måte (oversatt fra Hall 2001, 73- 74).

1. Hvilke utsagn i teksten bygger opp under en viss type kunnskap om grupper med særskilte utfordringer?
2. Hvilke måter å snakke om grupper med særskilte utfordringer på virker å være ”riktig” i denne historiske konteksten? Hva blir av samme grunn utelatt?
3. Hvilke egenskaper forventer vi at subjektene som personifiserer gruppene med særskilte utfordringer besitter, på bakgrunn av den kunnskapen som presenteres som ”riktig og sann”?
4. Hvor stor makt har teksten i å fremstille en viss type kunnskap som ”det som er sant”, og dermed utelukke andre muligheter?
5. Hvilke ordninger/ institusjoner bygger samfunnet opp for å håndtere utfordringene, og hvem er det som reguleres av det?
6. Det historiske perspektiv som anerkjenner at det har vært andre diskurser om grupper med særskilte utfordringer i tidligere historiske tider, og det vil konstrueres andre diskurser i fremtiden, noe som vil gi nye ”sannheter og praksiser”.

For å kunne bruke dette i min egen analyse har jeg forsøkt å rydde og tolke på en måte som gjør at jeg ikke *påtvinger* teksten analyseelementene. Jeg har i stedet forsøkt å lese på en måte som gjør at de analytiske elementene *trer fram* i teksten. Dette kan minne om grounded theory –tilnærming der man nettopp forsøker å tolke materialet så åpent som mulig, og uten forutbestemte kategorier. (Kvale og Brinkmann 2009, 322). Så vil jeg likevel måtte finne måter å *ordne stoffet* på for å kunne analysere det. Av den grunn vil jeg ta leseren med inn i prosessen med selve operasjonaliseringen. Jeg vil gjøre premissene og forutsetningene for analysen tydelig slik at jeg ivaretar validiteten og refleksiviteten i det jeg gjør (Malterud, 2002; Kvale og Brinkmann, 2009).

Min operasjonalisering av Foucault

Etter å ha lest teksten så åpent som mulig satte jeg meg ned med alle Foucaults analytiske elementer. Jeg forsøkte å organisere de utfra hvilke jeg mente kunne brukes direkte i teksten, og hvilke jeg opplevde at opererte på et mer på et overordnet plan. Jeg endte da opp med følgende inndeling

Operativt	Overordnet
Hvilke utsagn i teksten bygger opp under en viss type kunnskap om grupper med særskilte utfordringer, og hvilke måter å snakke om disse gruppene på virker å være ”riktig” i denne historiske konteksten? Hva blir av samme grunn utelatt?	Hvordan plasserer teksten seg i det historiske perspektiv som anerkjenner at det har vært andre diskurser om grupper med særskilte utfordringer i tidligere historiske tider, og det vil konstrueres andre diskurser i fremtiden noe som vil gi nye ”sannheter og praksiser”.
Hvilke egenskaper forventer vi at subjektene som personifiserer gruppene med særskilte utfordringer besitter?	Hvor stor makt har teksten i å fremstille en viss type kunnskap som ”det som er sant”, og dermed utelukke andre muligheter.
Hvilke strukturer/ institusjoner bygger samfunnet opp for å håndtere utfordringene, og hvem er det som reguleres av det?	

Med en slik kategorisering opplevde jeg en større ryddighet, og jeg fikk et godt utgangspunkt for å analysere teksten på to nivåer. På et *overordnet plan* så jeg etter hvilken makt teksten har i å presentere *sann kunnskap* og hvordan teksten plasserer seg i det *historiske perspektivet*.

På et *operasjonalisert plan* så jeg etter utsagn i teksten som kunne gi meg et bilde av hvilken *kunnskap* om grupper med særskilte utfordringer som var dominerende og riktig i sin historiske kontekst og hvilke *egenskaper* disse gruppene ble beskrevet med. Foucault var også opptatt av hvilke *institusjoner* samfunnet har og/ eller tar i bruk for å håndtere utfordringene, og det har jeg tillatt meg å se på med nåtidens briller. Det betyr at jeg i mindre grad ser etter egne institusjoner som sådan. Vi bygger i svært liten grad opp egne institusjoner i Norge dag, og det er et bærende prinsipp i helsevesenet at alle, uavhengig av bosted, kjønn, etnisitet, sosioøkonomiske forhold og så videre har krav på den samme kunnskapsrike og omsorgsfulle behandlingen (Lov av 2.juli 1999 nr 63, om pasient- og brukerrettigheter, pasient- og brukerrettighetsloven). Likhets- og rettferdighetsidealene er store i Norge, og det er bred politisk enighet om at helsetjenesten først og fremst er et offentlig ansvar.¹⁴ Jeg vil derfor se på i hvilken grad de ordningene, institusjonaliserte tilbudene vi *allerede har på plass brukes* for å løse utfordringene for grupper med særskilte utfordringer.

Så er det selvsagt ikke slik at dette er gjensidig utelukkende, eller at det er vanntette skott mellom det jeg har kalt operasjonelt nivå og overordnet nivå. Ei heller er det slik at Foucault har gitt meg noen ”oppskrift” på at det er slik det skal gjøres. Dette står altså for min regning, og det er min måte å bruke Foucault på. Det gjør meg likevel tryggere i min operasjonalisering at Bergstrøm og Boreus (2005) bruker en lignende inndeling i sin gjennomgang av Foucault inspirert diskursanalyse (Bergstrøm og Boreus 2005, 331). De påpeker at det vesentlige å se etter i en slik analyse er (min oversettelse og tilpasning).

1. Hvilke diskurser om det aktuelle tema eksisterte på analysetidspunktet?
2. Hvilke sentrale begreper om det aktuelle tema har blitt konstruert i ulike diskurser, og er noe av det hentet fra tidligere tider?
3. Hvilke bilder av subjektene og relasjonene mellom individ, stat og samfunn kommer til syne i teksten?

Med dette utgangspunktet gikk jeg på nytt til teksten, og det ble naturlig å dele analysen i fire deler.

¹⁴ <http://sml.snl.no/helsetjeneste> (01.04.2014).

Datamaterialet

Da jeg valgte å gjøre min analyse med utgangspunkt nettopp i *Stortingsmelding nummer 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid* var det fordi jeg ønsket å arbeide med en tekst som har stor plass i den offentlige forvaltningen og debatten. En Stortingsmelding uttrykker Regjeringens syn og foretrukne politikk på et spesifikt område (Hagelund 2003, 56) og er gjenstand for debatt i Stortinget. Den vil således inneholde både politiske målsetninger, ønsker og prioriteringer, og har som tidligere nevnt en sentral plass i demokratiet.

Samhandlingsreformen ble godkjent i statsråd 19. juni 2009 og trådte i kraft den 01.12.2012. Det uttalte målet er å forebygge mer og gi pasienter tidligere og bedre hjelp gjennom et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for helse- og omsorg¹⁵. Hele meldingen er på til sammen 150 sider, og består av tre deler. Del I er på 40 sider, og inneholder sammendrag og hovedinnhold, del II tar for seg dokumentasjon av samhandlingsproblemenes omfang, og er på fem sider. Del III er definitivt mest omfattende på hele 100 sider, og går i dybden på enkelt tema som pasientrolle og pasientforløp, ny framtidig kommunerolle, organisering av reformen, helsevesenet og kommunene. Den er inntatt av IKT som arbeidsverktøy og beskriver spesialhelsetjenestens organisering og oppgaver. I denne delen dukker også kapitlene 11 og 12 om ”Særskilte utfordringer for den samiske befolkning” og ”Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen” opp. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 117-122)

Det er altså kun samer og innvandrere som nevnes som grupper med særskilte utfordringer i kapitteloversikten, og i utgangspunktet ønsket jeg derfor å jobbe videre med disse to kapitlene. Jeg hadde ikke på forhånd gjort meg opp noen mening om hva jeg skulle se etter eller hva meldingen ville fokusere på. Mitt mål med analysen er å se på hvordan kunnskap om sårbare grupper blir til i teksten og hvordan det eventuelt danner utgangspunktet for praksis. Naturligvis har jeg studert Stortingsmeldingen i sin helhet, men for en mer detaljert analyse valgte jeg ut enkelte tekstpartier som jeg oppfatter som særlig relevante for å belyse hvordan grupper med særskilte utfordringer fremstilles i tekst, og hva teksten foreslår at disse gruppene trenger. For å sikre at jeg fikk en noenlunde jevn fordeling av sitater, og for å få en bedre oversikt over materialet jeg skulle jobbe med, satte jeg alle tekstutvalgene opp i en tabell (vedlegg 1).

¹⁵ www.helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/omsamhandlingsreformen/Sider/default.aspx (13.01.2014).

Kapittel 4. Analyse

Jeg har delt analysen inn i fire deler, og redegjør først for hvordan jeg har jobbet med dokumentet som helhet. Deretter vil jeg tilnærme meg teksten med hjelp av det jeg har kalt Foucaults overordnede analyseelementer. Så gjør jeg ved hjelp av nærlesing og min operasjonaliserte versjon av Foucault største delen av analysen som er de to kapitlene som omtaler *grupper med særskilte utfordringer*, henholdsvis samer og innvandrere. I den siste delen av analysen reflekterer jeg rundt hvilke forskjeller jeg mener jeg fant underveis i analysearbeidet, og foreslår noen konklusjoner på bakgrunn av det. I kapittel fem vil jeg så redegjøre for hvilke konsekvenser jeg mener dette kan få for sosialt arbeids praksis.

Stortingsmelding nummer 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen

Daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen redegjør i forordet i Samhandlingsreformen for utfordringene norsk helsevesen vil stå overfor de kommende år, og understreker at utviklingen ikke er bærekraftig. Det slås fast at

Veksten i ressurser må i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester. Og det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Pasientene skal få rett behandling på rett sted til rett tid. Det skal vi klare med samhandlingsreformen. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 3).

Jeg oppfatter således at noe av målet med samhandlingsreformen er å satse mer på forebygging, og få mer ut av hver helsekrone. I tillegg er det et fokus på at behandlingen av syke og gamle skal foregå nærmere hjemmet, i kommunene.

Etter å ha lest forordet grundig begynte jeg analysearbeidet med å lese hele dokumentet før jeg nærleste de to nevnte kapitlene. Ikke noe annet sted i meldingen fant jeg tilsvarende beskrivelse av grupper med særlige behov. Etter å ha lest teksten flere ganger dannet jeg meg et bilde av at dette er et dokument som ser utfordringene for helsevesenet innenfor en forholdsvis tradisjonell, skolemedisinsk og somatisk ramme. Det er pasienter og leger, sykehus og kommunehelsetjenesten som står i sentrum, og i mindre grad ikke-medisinske løsninger og sosialt arbeid. For å bekrefte eller avkrefte denne antagelsen gjorde jeg systematiske søk i teksten etter det Laclau og Mouffe beskriver som *nodalpunkt*. Som beskrevet i teoridelen er det sentrale nøkkelbegreper som jeg mener gir et bilde av hva teksten er opptatt av. Jeg tok for meg ordene *hjelpetrengende, sårbar, utfordringer, pasient, bruker, klient, sosialt arbeid og medisinsk hjelp*.

Ordet fanger

Hjelpetrengende ga ingen treff i dokumentet, men ordet *sårbar* dukker opp tre steder. Først i forbindelse med Pasientens rolle i helse- og omsorgstjenesten der det står at (min utheving)

Det er ofte de mest *sårbare* og vanskeligstilte som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Det er mange som kjenner seg maktesløse og *sårbare* i møtet med helsetjenesten og det er derfor viktig at møtet preges av respekt for pasienten og pasientens integritet. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 51).

Neste, og siste, gang ordet *sårbar* dukker opp er i avsnittet om ambulante tjenester på side 70. Der slås det fast at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og med tilleggsproblemer, som f.eks. alvorlig rusavhengighet er spesielt sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tjenestene.

Bruken av ordet *utfordring* er stort sett knyttet til de demografiske utfordringene vi som samfunn står overfor. Ordet brukes 78 ganger gjennom teksten, men det er kun i omtalen av samer og innvandrere at begrepet knyttes til utfordringer som enkeltindivider har. For eksempel i overskriften om kapittelet om samer heter det ”Særskilte utfordringer for den samiske befolkning”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 117).

Ellers i dokumentet er ordet knyttet opp til utfordringer myndighetene vil ha med å bevare og utvikle velferdsordningene vi har i Norge. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 14). Imidlertid viser dokumentet til at dette er to sider av samme sak, og at løsningene på utfordringene derfor vil bli ganske like.

Regjeringens analyse er at det er de samme mangler og svakheter som gjør seg gjeldende både i forhold til de samfunnsøkonomiske utfordringene og de mer pasientrelaterte utfordringer. Som vi skal komme tilbake til under kapittel 3.3, gjør dette også at det i stor grad vil være de samme tiltakene. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 21).

Ordene *sosialt arbeid* ga ingen treff i dokumentet, mens ordet *medisin* fikk 131 treff. 20 av disse treffene er på *samfunnsmedisin*, og ytterligere 15 dukket opp under fanen *samfunnsmedisinsk*. Den resterende bruken av ordet er gjerne i forbindelse med behandling i institusjon eller i allmennmedisinen. For eksempel ”Andre pasienter havner unødige på sykehus selv med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes et tilbud i kommunen som er tilpasset behovet de har”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 23).

Bruken av ordet *pasient* dukket opp hele 665 ganger, i alle kapitler og alle avsnitt fra forordet til siste side. På side 21 får vi en forklaring på det ”I denne stortingsmeldingen er det i stor grad brukt pasient som benevnelse. Dette vil også i mange tilfeller omfatte brukere”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 21).

Jeg søkte da også på ordet *bruker*, og fikk 150 treff, ordet *klient* ga derimot ingen treff. Med unntak av at ordet *bruker* flere steder står i sammenheng med *brukte* ressurser, er det som regel knyttet til ordet *pasient*. Det dukker gjerne opp i samme setning, ofte benevnt slik ”pasient/ bruker”. 11 ganger skrives *brukerorganisasjoner* inn i teksten, og da utelukkende for å beskrive hvor viktig det er med samarbeid mellom myndigheter og nettopp brukere og brukerorganisasjoner.

Det finnes etter hvert sterke og kompetente brukerorganisasjoner som ønsker å påvirke tjenestenes utvikling og delta på vegne av pasientene. Brukermedvirkning tilfører således helse- og omsorgstjenestene merverdi. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 51).

Det siste ordet jeg søkte etter i dokumentet var *hjelp*, og det er i bruk 86 ganger. Dette ordet er også forholdsvis jevnt fordelt utover i dokumentet, med unntak av at det dukker opp hele fem ganger i forordet. Da i setninger som beskriver hvordan helsevesenet sliter med at stadig flere er hjelpetrengende, og at det fremtidige helsevesenet må bygges på en måte som gir folk den hjelpen de har bruk for til rett tid. Eksempelvis ”Mye er veldig bra, men mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 3). Eller

Flere blir syke, flere blir gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, flere sykdommer kan behandles med ny teknologi og køene til spesialisthelsetjenesten vokser. Utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 3).

Innenfor en diskursiv forståelsesramme er det klart at det ikke er tilfeldig hvilke ord teksten bruker for å beskrive hva som er rett hjelp, til rett pasient, til rett tid. Ei heller er det tilfeldig hvilke ord jeg har valgt ut og oppfatter som noen av nodalpunktene i teksten. Med det forbeholdet mener jeg likevel at funnene bekrefter min antagelse om at dette er en tekst som i hovedsak har et medisinsk fokus.

Oppsummert fordeler bruken av begrepene seg på denne måten

Pasient/ bruker	665 ganger	Sosialt arbeid	0 ganger
Hjelp	86 ganger	Hjelpetrengende	0 ganger
Utfordring	78 ganger	Klient	0 ganger
Sårbar	3 ganger		

Når så teksten selv peker på to grupper med *særskilt* utfordringer blir jeg nysgjerrig på hva som ligger til grunn for det, og i det følgende vil jeg forsøke å se på hvorfor det er akkurat disse to gruppene som nevnes spesielt.

Er det noe særskilt?

Innledningsvis har jeg kort redegjort for hvordan sårbare grupper kan forstås som term/ uttrykk. I denne sammenhengen må det vel være rimelig å anta at når samer og innvandrere merkes som grupper med særskilte utfordringer skal det forstås innenfor rammen av samhandlingsreformens fokus på pasientforløp, effektivitet og rett behandling, på rett sted, til rett tid. Det vil i så fall bety at samer og innvandrere er nevnt særskilt fordi det kan være trekk ved de gruppene som gjør at de har spesielle behov for oppfølging av helsevesenet, og/ eller krever en ekstra innsats fra samfunnet og hjelpenes side.

Det kan være ment som et uttrykk for at det å arbeide med minoriteter krever en ekstra sensitivitet fra hjelperens side. Å avvike fra normen og bryte den sosiale orden kan ofte oppleves som svært belastende (Levin og Trost, 2005), og mange kan være i ekstra behov av et støttende og ivaretagende helsevesen. I kraft av det å være en minoritet kan det helt sikkert være slik at den samiske befolkningen og innvandrerbefolkningen har utfordringer som må håndteres spesielt, men dette er samtidig med på å skape og opprettholde et bilde av samer og innvandrere som grunnleggende annerledes enn ”oss” (Thu Ilstad, Haldar og Engebretsen, 2010).

Så er det jo også slik at det er mange andre grupper som ikke nevnes, og hvorfor gjør de ikke det?

Umiddelbart vil jeg tenke at grupper som er definert som *pasienter/ brukere* i form av at de for eksempel har psykiske lidelser, er kronisk syke, har livsstils sykdommer etc. hadde passet vel så godt å nevne i en reform som handler om å forebygge mer, og gi pasienter tidligere og

bedre hjelp. Innvandrere og samer er per definisjon ikke pasienter, men har det til felles at de har en annen etnisk tilhørighet enn den *norske*. Hvis vi legger til grunn Foucaults perspektiv på at teksten viser hvilke måter å omtale sårbare grupper på som er *riktig*, og hvilke som dermed blir utelatt, kan det virke som etnisitet var den *riktige* måten å snakke om sårbare grupper på da samhandlingsreformen ble til. Det kan selvsagt også være andre grunner som jeg ikke kjenner, men i det følgende vil jeg utlede hvilken *makt* teksten har til å fremstille etnisitet som den riktige minoriteten. Jeg vil forsøke å relatere dette til det *historiske perspektiv* som anerkjenner at det har vært andre diskurser om hjelpetrengende tidligere, og at det vil konstrueres nye diskurser i fremtiden.

Tekstens makt og det historiske perspektivet

Gjennom mange av de tiltakene Samhandlingsreformen hjemler har den skaffet seg stor plass i offentligheten, og har blitt en tekst med stor påvirkning på arbeidshverdagen til de som jobber på helse- og sosialfeltet. Det er derfor sannsynlig at teksten leses og diskuteres av mange, og jeg mener, slik som Kjell Lars Berge (2003) definerer det, at det er klart for både mottager og forfattere at dette *er* en makttekst. Det gjør at teksten har en posisjon til å presentere hva som er riktig kunnskap i denne historiske konteksten.

Arbeidet med Samhandlingsreformen har foregått slik som arbeidet med de fleste andre stortingsmeldinger. Det har vært gjennomført dialogmøter med bruker- og ansattorganisasjoner, kontaktmøter med KS, og et utvalg kommuner på politisk og administrativt nivå. Videre er det gjennomført dialogmøte med de regionale helseforetakene, og det har vært dialog med blant annet private tjenesteytere, frivillige organisasjoner, Sametinget, innvandrersorganisasjoner og statlige råd.¹⁶

Her ser vi altså at Sametinget og innvandrersorganisasjoner har vært en del av høringsprosessen, og hatt dialog med departementet forut for og underveis i arbeidet med meldingen. Dette kan tyde på at det på forhånd var bestemt at disse to gruppene skulle uttale seg, og at dette ikke var noe som tvang seg fram underveis fordi det viste seg at innvandrere og samer har store helsemessige utfordringer. Denne holdningen har i så fall departementet hatt på forhånd, noe som bygger opp under Foucault syn på at det er en viss type kunnskap som åpner opp for noen og utelukker andre. Det å innlemme disse to gruppene var tydeligvis

¹⁶ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/3/1.html?id=567205> (13.04.2014).

den *riktige* måten å inkludere minoritetsperspektivet på, mens det altså utelukker andre grupper fra å bli nevnt spesielt.

Søk på ordene samer og innvandrere viser at også i andre statlige dokumenter fra den samme tiden dukker disse opp som grupper som nevnes spesielt. For eksempel i rapporten *Fra bruker til borger* som er en NOU¹⁷ fra 2001 om strategier for nedbygging av funksjonshemmende barrierer, er det et eget kapittel om samer og innvandrere. Her står det at dersom målet om likestilling og full deltakelse i samfunnet skal gjelde alle mennesker med funksjonsnedsettelse, må minoritetsperspektiver synliggjøres og legges til grunn ved utforming av politikken for et inkluderende samfunn. "(...) Utvalget har funnet det nødvendig med et eget kapittel der situasjonen for samer og innvandrere med funksjonsnedsettelser beskrives og vurderes". (NOU 2001:22, 333).

Her er altså forklaringen at *minoritetsperspektivet* må inkluderes, og som minoritet nevnes samer og innvandrere. Det er interessant at dette dokumentet som er på 547 sider, likevel ikke nevner flere med særskilte behov. Det er kun disse to som trekkes frem spesielt, i kapittel 16 "Samer og innvandrere med funksjonsnedsettelser". (NOU 2001:22).

Det kan virke som det å inkludere disse to gruppene er forventet, og at dersom man ikke hadde gjort det ville det kunne blitt tatt til inntekt for at man ikke var sensitiv nok overfor minoritetene. At *en* myndighetstekst har definert det slik kan med andre ord gi makt ved at også andre tekster må inkludere det. Dette fenomenet som Fairclough beskriver som intertekstualitet i den diskursive praksisen, hvordan tekstene forholder seg til hverandre og gir hverandre myndighet ved å vise til hverandre (Bergstrøm og Boreus 2005, 324). Dette gjør meg sikrere på at jeg i tråd med Foucault kan foreslå at det er et forsøk på å inkludere minoritetsperspektivet som gjør at samer og innvandrere nevnes spesielt. De blir på den måten representanter for minoritetene og er et eksempel på hvordan det er riktig å snakke om sårbarhet på.

¹⁷ NOU er forkortelse for Norges offentlige utredninger og er en grundig utredning av en sak eller et saksområde skrevet av et utvalg nedsatt av regjeringen. Det danner ofte grunnlag for en melding eller proposisjon fra regjeringen til Stortinget. Hentet fra www.stortinget.no/no/Stottemeny/Ordbok/?diid=MNO (11.04.14).

I det følgende vil jeg gå detaljert gjennom de to kapitlene og med min operative versjon av Foucault se etter utsagn som kan gi meg et bilde av hvilken *kunnskap* som fremstår som dominerende og riktig, hvilke *egenskaper* hver av gruppene blir beskrevet med og hvilke *institusjoner* samfunnet har på plass og/ eller tar i bruk for å håndtere utfordringene.

Jeg har arbeidet med tekstutdragene kronologisk, og analysert de etter hvert som de har dukket opp i meldingen. Alternativet ville vært å gruppere utsagnene etter tema, men for å være tro mot hvordan de fremstår i teksten har jeg valgt å analysere de fortløpende. For å gjøre det lettere for leseren å følge dette har jeg lagt begge kapitlene med som vedlegg (vedlegg 2 og 3).

Den samiske befolkningen

Kapitlet om samer heter ”Særskilte utfordringer for den samiske befolkning”, og strekker seg over tre sider fra side 117 til 119 (vedlegg 2). Teksten introduseres med at det er to innfallsvinkler som blir avgjørende for å implementere samhandlingsreformen i den samiske befolkningen, og utvikle gode helse- og omsorgstjenester. For det første må det legges opp til ”dialog med sametinget” om hvordan tiltakene i samhandlingsreformen kan få god effekt også for den samiske befolkningen. For det andre er det en viktig innfallsvinkel at man i ”samspillet mellom myndigheter, tjenester og brukere finner fram til gode pasientforløp”.

(Samhandlingsreformen 2008-2009, 117).

Teksten er strukturert rundt disse to hovedutfordringene gjennom underkapittel om språk (11.1), kulturell kommunikasjon (11.2), utfordringer (11.3) og spesialhelsetjenesten (11.4).

Språk

I punktet om språk slås det først fast at samer har behov for og krav på å snakke samisk i møte med helsevesenet. Dette fremstår som et tydelig eksempel på hva Foucault la i begrepet *det historiske perspektivet*. Helt fra 1800 tallet og til langt utpå 1950 og 1960 tallet ble samer utsatt for kraftige fornorskingsprosesser, og samisk språk ble nærmest et mål på og et symbol for fornorskingspolitikkenes fallitt eller suksess (Niemi, 1997). Når det så i dag poengteres at samer har behov for og krav på å snakke samisk i møte med helsevesenet, har det tydelig skjedd en endring i det Foucault beskriver som *riktig kunnskap* om hjelpetrequende. Så står det imidlertid videre at

Språkproblemer kan resultere i at man ikke får den rette faglige utredning, stilt riktig diagnose og gitt rett behandling. (...) I dag besitter for få helsemedarbeidere samisk språkkompetanse, og tolketjenesten er for lite utbygd (Samhandlingsreformen 2008-2009, 117).

Språk etableres på denne måten som en barriere tidlig i teksten, og flere steder kommer det fram at det er behov for en økt satsning på tolketjenester. Som leser vet jeg ikke om det er mange samisktalende som ikke behersker norsk, eller hvor mange helsearbeidere som har samisk språkkompetanse. I følge oppslagskilder som Store norske leksikon¹⁸ og Nordisk samisk institutt¹⁹ bor de fleste samer i Norge i urbane strøk, noe som gjør at jeg antar at norsk er en del av deres dagligspråk. Likevel aksepterer jeg at hjelperens manglende språkkompetanse kan gjøre at de samiske brukerne får et dårligere tilbud enn de ellers ville fått. Samtidig oppfatter jeg dermed at hjelperen sannsynligvis ikke selv er samisk, siden vedkommende ikke snakker språket. Dette er altså utsagn i teksten som gir meg en viss type kunnskap, og samtidig utelukker andre muligheter.

Slik som Foucault beskriver det har jeg også dannet meg et bilde av at egenskaper ved samer som gruppe er at de har behov for å snakke sitt morsmål, og jeg har fått et stereotypisk bilde av at de i mindre grad vil eller kan snakke norsk.

Helse- og omsorgspersonell vil som regel registrere om en bruker har vansker med å uttrykke seg på norsk. Men helse- og omsorgstjenesten evner i for liten grad å hjelpe samisktalende i slike situasjoner. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 117).

Dette er med på å opprettholde et bilde av at samer ikke behersker norsk. Vedkommende *forsøker* å gjøre seg forstått på et fremmed språk, noe hjelperen registrerer, men ikke helt klarer å gjøre noe med. Med Foucault sitt perspektiv på hvilke *egenskaper* vi forventer at subjektene som skrives frem har, opplever jeg at teksten her fremstiller hjelperen som litt hjelpeløs. Jeg får ikke noen opplevelse av at vedkommende gjør en dårlig jobb, eller overkjører den samisktalende, men teksten gjør meg oppmerksom på at *språket* i seg selv er et problem i relasjonen mellom samer og hjelperen.

Både stat, fylkeskommuner og kommuner med samisk befolkning har ansvar for at språkproblemer i forbindelse med tjenesteytelsene blir ivaretatt, slik at elementære brukerrettigheter kan innfris. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 117).

¹⁸ <http://snl.no/samer> (04.05.2014).

¹⁹ <http://www.sami-statistics.info/default.asp?nc=5627&id=113> (04.05.2014).

Her ser vi altså at teksten mener at det er institusjonene, staten, fylkeskommuner og kommuner, som skal løse språkproblemene. Det er interessant at vi på denne måten blir presentert for tekstens syn på den individuelle hjelper og klient versus systemet, eller *institusjonene* som Foucault benevner det som. Det legges ikke noe ansvar verken på den samisktalende eller hjelperen som enkeltindivid for å lære seg å forstå den andres språk. Det slås fast at samer har rett til å møte noen som behersker samisk, og at det må ordnes på institusjonelt/ strukturelt nivå. Jeg leser altså at myndighetene tar stort ansvar for å forsøke å løse problemene via etablerte samfunnsinstitusjoner.

Foucault spør hvem institusjonene regulerer, og i motsetning til det man kanskje skulle tro, mener jeg at teksten så langt har vist at det er *hjelperne* som skal reguleres. Det kan virke som fordi målet er å sikre at alle får hjelp, er det best å sørge for at ansvaret ligger i institusjonene samfunnet har opprettet, og ikke hos den enkelte hjelper. Kanskje vitner dette om en tro på at institusjonene selv er best til å skaffe folk den hjelpen de trenger? Og, at hjelperne på den måten blir et slags redskap som skal utføre den jobben institusjonene ønsker å få gjort.

I en faktaboks på side 118 presenterer teksten oss ytterligere for hvilke institusjoner/ ordninger samfunnet har bygd opp for å håndtere utfordringer knyttet til den samiske befolkningens helse- og sosialtjenester. Der står det å lese at ”Takket være særskilte statlige midler har institusjonene BUP-Karasjok og DPS-Lakselv kunnet utvikle seg til et samlet nasjonalt kompetansesenter for samisk psykiatri”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118).

Det forutsettes dermed at samisk psykiatri er noe som krever noe ekstra, noe utover ordinær psykiatri. Kanskje handler det om språk, slik vi så langt har fått det forklart, eller er det noe med den samisktalende befolkningen som krever spesielt tilrettelagt psykiatri? Ved å ta i bruk Foucaults analyseelement *egenskaper* er dette med på å skape et bilde av at samer trenger og har krav på spesiell tilrettelagt psykiatri. Og, det forteller meg at det er noe som er grunnleggende annerledes med samer i forhold til de som får hjelp av den ordinære psykiatrien. Allmennmenneskelige faktorer som avhengighet, sårbarhet og dødelighet (Henriksen og Vetlesen, 2006), blir på denne måten ikke helt universelle.

Teksten legger altså opp til at det er helse- og omsorgssektoren som skal tilpasse seg språket, opprette egne institusjoner og sørge for at samene blir møtt på sine premisser. Det virker som

den *riktige kunnskapen* i denne historiske konteksten er at samer skal møtes på sine individuelle behov, og ikke måtte tilpasse seg majoritetssamfunnet.

Kulturell kommunikasjon

Når teksten beveger seg videre til punktet om kulturell kommunikasjon blir vi igjen presentert for en kunnskap som etablerer en grunnleggende ulikhet mellom samer og hjelpere.

Kulturelle kommunikasjonsproblemer mellom helse- og omsorgspersonell og samer handler om at personell ikke kjenner til, eller forstår samers bakgrunn, tenkemåte og væremåte. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118).

Når helse- og omsorgspersonell ikke forstår samers bakgrunn, tenkemåte eller væremåte framstår det som tydelig at hjelperen selv ikke er samisk. Det er svært mye hjelperen derfor er avskåret fra å forstå og dermed kan hjelpe med. Samtidig kan det sies at det her skrives fram at samer er vesentlig annerledes en svært mange andre, i og med at helt grunnleggende trekk ved denne gruppa er uforståelig for helse- og omsorgspersonell som ellers forventes å kunne hjelpe alle og starte der klienten er (Levin, 2004).

Innenfor helse- og sosialtjenesten er det bred forståelse av at desto mer man vet om noen, jo lettere er det å gi riktig hjelp. I dette avsnittet står det med andre ord at det er stor fare for at samer ikke får riktig hjelp fordi hjelperne er del av et system som ikke *forstår* samer.

”Et annet forhold er at helse- og omsorgspersonell ofte behandler brukere på en måte som er kulturelt fremmed for samer”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118).

Her skrives helse- og sosialarbeideren frem med noen egenskaper som gjør vedkommende til et aktivt handlende subjekt, og ikke som en som kun er prisgitt rammene i storsamfunnet. I tillegg til Foucaults tilnærming til hvilke egenskaper som skrives fram, kan vi her bruke Faircloughs syn på *diskurs som tekst*. Gjennom en grammatisk tilnærming får vi på denne måten øye på at hjelperen er i en posisjon der han handler, det er selve den grammatiske strukturen som bærer den sosial meningen. Det er forskjell på om det står at samer *blir behandlet* på en måte som er kulturelt fremmed for dem, samer *behandles* på en måte som er kulturelt fremmed for dem eller som i dette tilfellet at *helse- og omsorgspersonell behandler* samer på en kulturell fremmed måte. Hjelperen skrives frem som en som handler feil, men det framstår likefullt som en handling.

I setningen som følger introduseres vi for at det kan være en sammenheng mellom dette og *normer* som kan virke fremmedgjørende. ”Dette gjelder særlig at normene for brukeradferd og institusjonenes fysiske særpreg med lange korridorer og lite fellesskap kan virke fremmedgjørende”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118).

Med tanke på at disse to setningene kommer etter hverandre kan det leses som normene for brukeradferd også har noe med hjelperens måte å behandle den samisk talende kulturelt fremmed. Slik sett tilbyr teksten oss en type kunnskap der helse og sosialarbeidere er representant for noen *normer* for brukeradferd som virker mer fremmedgjørende for samer enn for andre pasienter.

Så er det ikke forklart eller intuitivt oppfattet hva normene for brukeradferd er, eller hvordan disse normene ser ut. Hvorfor er det et problem å bryte dem, og hva vil i så fall sanksjonene kunne bli? Betyr det at samer ses på som så ulike andre klienter at de ikke kan tilpasse seg normene for det å være bruker? Eller vil det bety at man oppfører seg helt på tvers av hvordan pasienter forventes å være (Album, 1996)? Vil man miste fellesskapet med de andre pasientene, eller er dette et uttrykk for at samer ikke oppfyller helsepersonellens forventninger om hvordan en pasient skal oppføre seg?

At det slås fast at institusjonenes fysiske særpreg med lange korridorer og lite fellesskap kan virke fremmedgjørende, framstår som et svært konkret eksempel på hva samer forventes å bli fremmedgjort av. Man kan selvsagt innvende at en hver pasient nok kunne bli fremmedgjort av lange korridorer og lite fellesskap, men teksten foreslår altså at det finnes noen normer som virker å være *mindre* fremmed for andre brukere enn de samiske. Teksten tilbyr oss ikke noen kontekst å forstå dette i, men kanskje ligger det en oppfattelse av urbefolkningen som et *naturens folk* til grunn for en slik beskrivelse?

Foucault var opptatt av hvilke *egenskaper* vi forventer at subjektene som personifiserer de sårbare gruppene besitter. Dette tekstutdraget mener jeg viser oss en stereotyp oppfatning av at samer har andre måter å bo på, og å være sammen på, enn *oss andre*. De dyrker fellesskapet i gammen, og er ikke vant til hus med lange korridorer og egne rom. Det etableres på den måten en sannhet om samer som en befolkning med grunnleggende andre behov og verdier enn den strømlinjeformede majoriteten. Den neste setningen i avsnittet gjør, slik jeg leser det, et forsøk på å forklare hvorfor en slik fremmedgjøring kan oppstå

Den samiske befolkningen har lange tradisjoner for selvhjelp gjennom bruk av personlige nettverk for å motvirke helseplager og løse personlige problemer (...). Særlig kan folkemedisin og åndelig bistand fra nærmiljøet bli sett på med skepsis av helse- og omsorgspersonell (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118).

Den samiske befolkningens måte å løse problemer på konstrueres altså her som noe som gjøres via selvhjelp og personlige nettverk. *Folkemedisin, åndelig bistand og fellesskap* blir på den måten til noe som står i opposisjon til det offisielle norske helsevesenet som dermed forventes å være *ensomt, skeptisk og tuftet på skolemedisin*. Teksten vanskeliggjør at begge deler kan skje samtidig, og for å stoppe flyten av betydninger og etablere den *sanne kunnskapen* oppstår det Laclau og Mouffe beskriver som diskursiv kamp.

Fairclough var også inne på det samme, i det han beskriver at flere diskurser kan stå mot hverandre og kjempe om hegemoni. Hvilken sannhet som vinner frem og blir de rådende sannhetene i sin tid, er et resultat av disse diskursive kampene. I dette tilfellet foreslår ikke teksten hva som er den rette kunnskapen, men fremstiller det nærmest som en dikotomi om helsepersonell skal åpne for mer fellesskap og åndelig bistand, eller om samer må innstille seg på at norsk helsevesen har et skolemedisinsk utgangspunkt.

Underkapittelet som tar for seg utfordringer poengterer at problemet med språklig og kulturell forståelse kan føre til at misforståelser oppstår, at diagnoser feilstilles, og at det kan få alvorlige konsekvenser for den samiske pasienten. For å løse opp i dette foreslår teksten igjen organisatoriske endringer.

En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for den samiske befolkning. I tillegg vil en slik organisering og større grad av mulighet for stabilitet i samiskspråklige helsetilbud og til utvikling av samisk fagkompetanse. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118).

Det beskrives ikke *hvorfor* det vil være spesielt positivt med desentralisering og spesialhelsetjenester, ei heller hvorfor nærhet til pasienten skal være mer positivt for den samiske befolkningen enn andre. Kanskje kan man anta at det har å gjøre med en tro på at de mest sårbare pasientene trenger tettere oppfølging enn andre? Det virker å være er en diskurs i seg selv at nærhet til pasienten skaper kvalitet, og den norske offentlige debatten er preget av

sterk tro på at helsetjenester i folks nærområde er et gode i seg selv.²⁰ Her ser vi altså at dette i særlig grad vil gjelde for samer.

Spesialhelsetjenesten

I avsnittet om spesialhelsetjenesten (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118-119), står det at den samiske befolkningen de senere årene har rettet kritikk mot spesialhelsetjenestene for å være for dårlig på kommunikasjon og samhandling. Myndighetene svarer på den kritikken slik ”I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det de siste årene lagt til grunn at et overordnet mål for helsetjenestene er et likeverdig tilbud, uavhengig av etnisk bakgrunn”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118).

Her kan vi kjenne igjen den Foucault inspirerte argumentasjonen jeg anførte innledningsvis om at *etnisitet* virker å være den rette måten å snakke om sårbare grupper på i denne konteksten. Teksten *antar* at den dårlige kommunikasjonen og samhandlingen fra spesialhelsetjenesten skyldes etnisitet. Den bygger altså opp under sitt eget utgangspunkt om at etnisitet er det som gjør at denne gruppen får dårligere behandling, og ser bort fra at det kan være forskjeller i faktorer som kjønn, utdanning, bosted eller annet som er årsaken. Slik som Foucault beskriver det blir vi altså tilbudt en viss type kunnskap som *utelukker* andre muligheter. Det gir handlingsrom til noen grupper, mens andre blir oversett. Forslaget til hvordan samiske pasienter skal sikres gode helsetjenester fremstår som tydelig og klart

Samiske pasienters rett til, og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas. Det skal etableres tolketjenester til pasienter som har behov for dette. De regionale helseforetakene skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 118-119).

I en byråkratisk sammenheng må dette svaret sies å være veldig forpliktende. Teksten bruker ordet *skal* flere steder, og fastslår med dette at den samiske befolkningen *skal* møtes på en annen måte i fremtidens helsevesen. Ansvar for problemene legges på denne måten på myndigheten selv. Det er strukturene, de institusjonelle ordningene samfunnet har, som her skal trå til og sørge for at alle som jobber med den samiske befolkningen skal styrke sitt språk og sin kulturkompetanse.

²⁰ For eksempel kommer dette fram i *Kampen for lokalsykehusene*, som er store folkebevegelser over hele landet. [file://localhost/. http://lokalsykehus.blogspot.no](http://localhost/.http://lokalsykehus.blogspot.no) (15.04.2014).

Ved å følge Foucault ser vi altså at måten samfunnet velger å håndtere utfordringene for den samiske befolkningen på, i stor grad er lagt til institusjonene våre. Samfunnet virker å ha et ønske om å strømlinjeforme tjenestene til samene, og sørge for at alle som møter denne gruppa har språklig og kulturell kompetanse som gjør at de får den helsehjelpen de har behov for og krav på. Som jeg tidligere har vist er dette en stor endring fra den fornorskingsprosessen som har pågått helt inn i nyere tid. Med Foucaults historiske perspektiv til grunn kan man spørre seg om en så sterk forpliktelse som myndighetene her legger opp til, er et forsøk på å rette opp i gamle synder? Altså at man forsøker å gjøre godt igjen de feilene man gjorde da det var andre sannheter som gjaldt. Dette vil jeg komme tilbake til i refleksjonsdelen mot slutten av dette kapitlet.

Innvandrerbefolkningen

Kapitlet om innvandrerbefolkningen går over to sider, 121 og 122, og starter med et innledende avsnitt som tar for seg hva som anses å være viktigst for å møte innvandrerbefolkningens særskilt behov (vedlegg 3). Deretter introdusere underkapittel, 12.1 tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen. Det kapitlet har igjen to underpunkter, 12.1.1 om dialogprosessene og 12.1.2 om pasientforløp (Samhandlingsreformen 2008-2009, 121- 122).

Overskriften på kapitlet ”Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen”, gir andre føringer enn kapitlet om den samiske befolkningen. Med Foucault sitt blikk på dette ser vi at overskriften bygger opp under en viss type kunnskap som like gjerne kan forstås som utfordringer samfunnet har knyttet til det å ha en innvandrerbefolkning. Tankene ledes ikke først og fremst til hva som kan være utfordrende ved å være innvandrer i Norge, men mer hvordan samfunnet utfordres av innvandrerbefolkningen.

Det generelle og det unike

Teksten innledes med å beskrive hvordan en god helsetjeneste er avhengig av gode metoder og teknologi, men også at pasientenes stemme må fanges opp og prege tjenestene. Deretter står det at når det gjelder å fange opp utfordringer for innvandrere og minoriteter, vil utfordringen bestå i at man makter å kombinere to forhold.

På den ene siden må helse- og omsorgstjenesten, i forhold til de ulike minoritetsgruppene, evne å se hvilke gjennomgående trekk som påvirker behovene for helsetjenester (...). På den andre siden vil den enkelte bruker av helsetjenestene ha sin individualitet som mer eller mindre kan avvike fra gjennomgående trekk hos gruppen. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 121).

Her åpner teksten allerede i første avsnitt opp for at minoriteter og innvandrere kan forstås innenfor den samme rammen. Innvandrerbefolkningen nevnes ikke spesifikt i tekstutdraget, men er erstattet med begrepet ”de ulike minoritetsgruppene”. På denne måten tilbyr teksten kunnskap om at innvandrere og minoritetsgrupper kan forstås likt. Dette bygger opp under min påstand om at det er etnisitet som regnes som den *riktige* minoriteten.

Foucault sier at man skal se etter hvilke måter å snakke om sårbare grupper på som virker å være *riktig* i denne historiske konteksten, og hva som av samme grunn blir utelatt. Alle de andre formene for minoritetsstatus blir ikke direkte utelukket, i og med at teksten sier de *ulike* minoritetsgruppene, men teksten understreker gjennomgående at innvandrere *er* minoriteter og vise versa.

Der kapittelet om den samiske befolkningen setter fokus på dialog og samhandling som de to viktigste faktorene, løfter dette kapittelet altså frem behovet for å se de generelle trekkene i gruppa, samtidig som man evner å se det spesifikke som kan skille seg fra det generelle. Dette kan vi gjenkjenne fra det jeg tidligere i oppgaven beskrev som en erfaren praktikers *gjenkjennelsesberedskap* (Schön 1983, sitert fra Thomassen 2006, 37). Forventningen om at man evner å reflektere rundt hva som er allment og hva som er unikt i den situasjonen man står overfor. Teksten sier ikke direkte at det er problematisk å få til det, men den kommer likevel med forslag til løsning som gjør at man indirekte skjønner at dette kan være vanskelig. ”Det bør være et krav at helse- og omsorgstjenestene utvikler virksomhetskulturer og øvrige forutsetninger slik at særtrekkene i det enkelte tilfellet blir fanget opp”.

(Samhandlingsreformen 2008-2009, 121).

Kunnskapen vi her tilbyr er at dersom helse- og omsorgstjenesten får problemer med å se både gruppetilhørigheten og individuelle trekk samtidig, ligger løsningen i å utvikle virksomhetskulturer. Teksten *utelukker* dermed at utfordringen med å balansere innsikt mellom gruppe og individ skyldes for eksempel rammeverket, eller at det å forene disse to størrelsene i utgangspunktet er en oppgave som krever en erfaren praktiker. Igjen med hjelp

av Foucault, ser vi hvordan en viss type kunnskap tilbys oss som den riktige, og hvordan det utelukker annen kunnskap.

Hva en virksomhetskultur er, og hvordan den skal bidra til at særtrekk fanges opp, kan ikke leses ut fra tekstutdraget. Heller ikke får vi noen hint om hva begrepet *øvrige forutsetninger* kan romme. Ut fra sammenhengen forstår jeg det likevel som et forsøk på å si at det forventes at helsepersonell må ha *gode holdninger* slik at de evner å se individuelle behov, og ikke behandler alle som en stor gruppe. Man kan forstå det dithen at de profesjonelle, med hjelp av egenkraftmobilisering, skal settes i stand til å møte samfunnets krav om uhildet, kunnskapsrik, omsorgsfull og ikke-diskriminerende hjelp (Malterud og Thesen, 2001).

Det er min oppfatning at *gode holdninger* er et nøkkelbegrep som ofte nevnes i sammenheng med grupper som anses å være ekstra vanskelige å møte for helsearbeideren. Begrepet kan dermed opptre som det Laclau og Mouffe definerer som *nodalpunkt*. Det har liten mening i seg selv, og det kan virke som det er en grunnleggende oppfatning av at helse- og sosialarbeidere skal ha gode holdninger, uten at man definerer nærmere hva det betyr.

Jeg har selv jobbet flere år med å undervise helsepersonell om utfordringer lesbiske, homofile, bifile og transpersoner kan ha i sitt møte med helsevesenet. I det arbeidet opplevde jeg at mange var redd for å bli oppfattet med *feil holdninger*. De var opptatt av å vise toleranse, og dermed oppstod ofte velmente kategoriseringer som ”det er helt ok for meg at du er homo, jeg har ingen ting i mot det, og vet om flere som er det”. I denne uttalelsen, ligger det en måte å tenke *oss og dem* på som blir svært tydelig om man snur det på hodet. Det ville vært utenkelig for de fleste å si at ”det er helt ok for meg at du er heterofil, jeg kjenner mange som er det og har ikke noen problemer med det”. Det oppstår altså en dikotomi der det ene definerer det andre som avvikende. På denne måten mener jeg at kultur, fordommer, holdninger og lignende *nodalpunkter* er med på å avsløre hvem som fremstår som *oss* i majoriteten, og hvem som dermed defineres som *de andre, minoriteten*. Derrida (2002) tematiserer dette ved å peke på at vi i en vestlig tradisjon tenderer til å dele verden i binære systemer, og at vi stadig forsøker å tvinge språket til å inneholde enten eller, i stedet for både og.

Neste avsnitt i dokumentet viser til at forskning har vist at det er betydelige helseforskjeller mellom innvandrergrupper og majoritetssamfunnet. ”Innvandrerbefolkningen frambyr et sykdomsmønster som på mange måter skiller seg fra majoritetsbefolkningen ”.

(Samhandlingsreformen 2008-2009, 121). Det understrekes at kunnskapen som her presenteres er bygd på forskning, og vi vet med andre ord med stor grad av sikkerhet at innvandrerbefolkningen skiller seg fra majoritetsbefolkningen hva gjelder sykdomsmønster. Teksten beskriver imidlertid ikke hva forskjellene i sykdomsmønster består av, eller om de skiller seg positivt eller negativt ut.

Inndelingen i pasientgrupper blir også svært grovmasket da pasientene består av kun to grupper; innvandrerbefolkningen og majoritetsbefolkningen. Og det er altså innvandrerbefolkningen som skiller seg fra majoritetsbefolkningen. Alle *de* blir dermed grunnleggende like hverandre, og grunnleggende ulike fra *oss*. Teksten impliserer at hele innvandrerbefolkningen, om de er fra India, Polen, Sverige eller Somalia, er mer lik hverandre enn oss. Samtidig gjør den også majoritetsbefolkningen til en stor masse som forventes å være lik på tvers av både kjønn, alder, bosted etc. På mange måter kan man si at gruppene vi allerede har konstruert, nemlig innvandrere versus majoritetsbefolkningen, begrunner det som Foucault ville sagt er den *rette kunnskapen* i denne sammenhengen.

Prinsippene for behandling kan være de samme, men jo mindre enn helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og forkunnskaper, jo større krav stilles til kommunikasjonsferdigheter og tid (Samhandlingsreformen 2008-2009, 121).

Prinsippene for behandling forstår jeg som et uttrykk for hvordan vi har organisert helsevesenet vårt, og hva som skal være de styrende prinsipper og prioriteringer. Dette skal altså i utgangspunktet være likt, og det skal ikke være nødvendig med andre ordninger/prinsipper for å behandle minoriteten. Utfordringene ligger, slik teksten foreslår det, i at helsearbeidere kan ta mindre for gitt i behandlingen av denne gruppa. Her kan det selvsagt innvendes at det å ta noe for gitt ikke er heldig uansett hvilke pasienter man skal behandle. Samtidig er det ingen tvil om at vi alle tar en rekke ting for gitt både i vårt profesjonelle og private liv. Som Foucault har vist oss gjennom episteme begrepet, forstår og tolker vi det vi ser ved å ta utgangspunkt i det som er kjent for oss fra før.

I denne sammenhengen kan det å ta noe mindre for gitt altså bety at noe er oss så fremmed at vi blir usikre på hvordan vi kan forstå det vi ser. På denne måten fortsetter teksten å

understreke forskjellen mellom minoritet og majoritet, med det utgangspunktet at innvandrerbefolkningen både har et annet sykdomsmønster og en annen forståelse av egen sykdom. *Egenskapene ved subjektene som representerer gruppene*, slik Foucault poengterte, skrives dermed fram svært ulikt fra majoritet til minoritet. Selv om teksten nok ikke har intendert det sitter jeg igjen med et stereotyp bilde av at majoriteten er både litt friskere og litt smartere enn minoriteten.

Poenget tydeliggjøres med et eksempel

Hva skjer når en pasient som ikke snakker norsk blir lagt inn på akuttmottaket ved midnatt. Sykehuset har ikke råd til å tilby tolk, men har ikke problemer med å ta i mot en diabetespasient fem ganger, fordi vedkommende på grunn av språkproblemer ikke har forstått hva han har gjort galt. Dette er verken bra for pasienten eller samfunnet (Samhandlingsreformen 2008-2009, 121).

Pasienten fremstilles her som en som ikke forstår hvilken sykdom han har, eller hvorfor han stadig vekk blir syk og må legges inn ved midnatt. *Ved midnatt* leser jeg som et uttrykk for at noe er akutt, altså at pasienten fem ganger har blitt lagt inn på sykehus i all hast fordi han ikke har forstått hva han har gjort galt. Her slås det fast at det er *pasienten som har gjort noe galt*. Riktignok gjøres det klart at han på grunn av språkproblemer ikke kan lastes for det, men like fullt plasserer teksten på denne måten ansvaret hos pasienten. Teksten foreslår ikke noen endring på institusjonsnivå for å imøtekomme dette problemet, selv om dette ikke er bra ”verken for pasienten eller samfunnet”. Det opplyses om at sykehuset ikke har råd til å tilby tolk, selv om Helsedirektoratets egen veileder om bruk av tolketjenester slår fast at Helse- og omsorgspersonell har plikt til å vurdere behovet for å bestille tolk med nødvendige kvalifikasjoner (Veileder om kommunikasjon via tolk 2011, 6).

Med Foucaults blikk på hvilke strukturer/ institusjoner samfunnet bygger opp for å håndtere utfordringene, ser vi her at det forventes at minoriteten innvandrere skal bruke de samme institusjonene som majoriteten, selv om det innebærer språkproblemer. Med tanke på at samhandlingsreformens mål er å bedre flyten mellom tjenester kan det jo være at dette er et eksempel på noe som ikke fungerer, men som teksten ønsker å endre.

Avsnittet avsluttes med at teksten sier at for å løse de problemene som finnes, og gjøre det bedre i fremtiden har departementet gått i dialog med minoritetsorganisasjonene om hva som er viktig. Svaret de foreslår er at

Det må arbeides systematisk over lang tid, det må være helhetlig tilnæringsmåter og utviklingsarbeidet må ha solid ledelsesforankring. Innspillene er også at utfordringene må møtes på flere nivåer (Samhandlingsreformen 2008-2009, 121).

Dette er en av de første gangene teksten foreslår at endringer også skal foregå på institusjons nivå. ”Systematisk over lang tid med ledelsesforankring” må kunne forstås som at samfunnet ønsker å gjøre strukturelle endringer for å møte utfordringene. Begrepet ”flere nivåer” antyder også en slik tilnærming, samtidig som det kan forstås som at helsepersonell og pasientene også skal være med og gjøre endringer.

Utover det fremstår tekstutdraget som svært byråkratisk og litt vanskelig å forstå. Byråkratiet er sterkt involvert i tilblivelsen av en stortingsmelding, og det er de ansatte i departementet som fører meldingen i pennen. Med den forståelsen til grunn mener jeg at det vi her ser er konsekvensen av at diskursen mellom byråkrati og politikk er konstruert med en iboende treghet som hindrer nyskapning innenfra (Neuman 2001, 147). Svaret på utfordringen teksten selv har formulert blir dermed skrevet på en måte som gjør at politikerne kan tolke tiltakene i den retningen de ønsker.

Tiltak

Når vi så beveger oss inn i punkt 12. 1 om tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen, leser vi at ”For at arbeidet med samhandling skal ta opp i seg minoritetsutfordringen vil et spekter av tiltak kreves”. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 121). Igjen er det utsagn i teksten som bygger opp under både det Foucault ville kalt riktig kunnskap *om*, og egenskaper *ved* subjektene. Et ”spekter med tiltak” utelukker at arbeidet er rutinepreget eller konvensjonelt, og at subjektene (innvandrene) er som ”alle andre”.

Først slås det fast at tiltakene må finne sin utforming innenfor reformens hovedstrategier. Altså å forebygge mer, og gi pasienter tidligere og bedre hjelp gjennom et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Så står det at teksten ikke vil nevne alle tiltakene, men konsentrere seg om to viktige områder for å fange opp minoritetsutfordringene; nemlig *dialogprosessene* og arbeidet med *pasientforløp*, underpunktene 12.1.1 og 12.1.2. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 122).

Om dialogprosessene sies det at man vil legge spesielt vekt på å finne balansen mellom

På den ene siden at det spilles på lag med mange av pasient- og brukerorganisasjonene (...), og på den andre siden at disse organisasjonene har kanaler inn mot helse- og omsorgssektorens myndighets- og tjenestenivå. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 122).

Å spille på lag med brukerorganisasjonene og sikre at de har kanaler inn mot myndighets- og tjenestenivået, er slik jeg oppfatter det like gjerne to sider av samme sak. Teksten fastslår imidlertid at det må finnes en *balanse* mellom de to måtene å arbeide på, og tankene ledes da til at det finnes en motsetning mellom det brukerorganisasjonene ønsker, og det myndighetene er villig til å ta inn over seg.

I pasientforløpsdelen heter det at det

I dialog med organisasjonene skal det her legges vekt på at det blir vurdert om det er mønstre i minoritetsgruppenes behov og relasjon til helse –og omsorgstjenesten som bør påvirke utformingen av pasientforløpene (Samhandlingsreformen 2008-2009, 122).

Så langt i kapittelet har leseren blitt forespeilet en rekke utfordringer helsetjenesten står overfor i behandlingen av minoriteter. Selv om prinsippene for behandling kan være de samme, har teksten vist at det å evne og se gruppe og individ samtidig kan være problematisk, og ikke minst har vi på flere måter fått kunnskap om at det Foucault kaller *egenskaper ved innvandrere* er at de i mindre grad behersker norsk. I tillegg skiller innvandrere seg fra majoriteten både i sykdomsbilde og sykdomsforståelse. Når teksten her foreslår at det skal *vurderes* om det å tilhøre en minoritet i det hele tatt skal tas hensyn til i utformingen av pasientforløpet, blir det derfor litt selvmotsigende. At det viktigste tiltaket i et spekter av tiltak er å vurdere om det trengs tiltak, virker i det hele tatt noe byråkratisk.

Uavhengig av om det å tilhøre en minoritetsgruppe er relevant for helsetilstanden eller ikke, slås det fast at

En helsetjeneste med større grad av desentralisering og spesialhelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for innvandrerbefolkningen. I tillegg vil en slik organisering gi større grad av mulighet for stabilitet i innvandrervennlige helsetilbud, og til utvikling av fagkompetanse. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 122).

Den våkne leseren vil se at dette avsnittet er nærmest tilsvarende ett avsnitt om samer på side 37. I sammenligningen jeg gjør mot slutten av dette kapittelet skal jeg komme tilbake til dette. Nå vil jeg se nærmere på begrepet *innvandervennlige helsetilbud* som her introduseres helt på tampen av kapittelet. Det er i seg selv et begrep som både åpner for og utelukker en rekke betydninger. Dette åpner for en kunnskap om at denne minoriteten har bruk for noe mer enn hva det ordinære helsesystemet kan tilby, men det vil også bety at det finnes tilbud som ikke er spesielt innvandervennlige. Kanskje er ikke de institusjonene vi har bygd opp for å håndtere befolkningens helseproblemer innvandervennlige nok, og vi bør derfor lage institusjoner som er mer innvandervennlige.

Teksten har imidlertid ikke tidligere nevnt dette verken som ønske eller behov. Snarere tvert i mot har vi blitt presentert for at vanlige prinsipper for behandling må kunne gjelde. Når jeg leser dette får jeg assosiasjoner til det vi i sosialt arbeid kaller for dørhåndtakkommunikasjon (Shulman, 2006). Det er en metafor for at klienten forteller det viktigste i det han er i ferd med å forlate terapirommet. ”A doorknob comment signals to the worker the client’s ambivalence about discussing an area of work. The concern is raised at a time when it cannot be fully discussed”. (Shulman 2006, 176). Det kan være mange grunner til at det er slik, men en vanlig antagelse er at det kan være vanskelig for klienten å sitte hele samtalen gjennom og snakke om vanskelige ting. Det kan være noe han har grudd seg til og ikke tatt mot til seg å si før han kan gå ut av rommet.

Kanskje kan introduseringen av begrepet ”innvandervennlig tilbud” helt på tampen av kapittelet tyde på at teksten har et ambivalent forhold til selve ideen? Det er liten bruk av spesialisttjenester for enkeltgrupper i Norge, og det å etablere minoritetsvennlige tjenester kan bryte med den politiske konsensusen om at alle skal ha tilgang til den samme hjelpen, uavhengig av kjønn, bosted, utdanning, etnisitet, seksuell orientering etc. Så er det ikke dermed sagt at spesielle tjenester for minoriteter ikke kan gå hånd i hånd med det ordinære tilbudet. Dette diskuteres imidlertid ikke noe sted i teksten før en av de aller siste setningene slår fast som et faktum at en desentralisering er godt egnet for å ivareta dette behovet. Tidligere i teksten har vi snarere tvert i mot blitt presentert for at det ikke engang er sikkert at det er mønster i innvandrerbefolkningen som krever spesiell tilrettelegging.

Den aller siste setningen i kapittelet om innvandrere rammer på mange måter inn alt det Foucault understreker som viktige analyseelementer.

Generelle tiltak som bedre kommunal organisering, utvikling av fastlegerollen, kommunesamarbeid med robuste fagmiljøer og IKT-utvikling, vil være elementer som også vil komme innvandrerbefolkningen til gode. (Samhandlingsreformen 2008-2009, 122).

Kunnskapen vi tilbys om innvandrere her er at de i liten grad skal spesialbehandles. Vi får vite at ingen særtiltak skal settes inn, men at *institusjonene* samfunnet allerede har på plass skal kunne brukes av denne delen av befolkningen også. Og, vi får et bilde av at *egenskapene* ved innvandrere er at de er ganske like majoriteten, i og med at generelle tiltak også vil komme dem til gode. Alternativt er den kunnskapen vi blir tilbudt at de generelle tiltakene må være *gode nok*.

Konkluderende refleksjoner

I utgangspunktet hadde jeg som nevnt en oppfattelse av at Samhandlingsreformen valgte ut samer og innvandrere som grupper med særskilte utfordringer på bakgrunn av deres etniske tilhørighet. Jeg forventet derfor at beskrivelsene både av behov og nødvendige tiltak ville ligne litt på hverandre på tvers av type etnisitet. Underveis i analysearbeidet fikk jeg imidlertid en følelse av at det er forskjeller mellom det som blir ansett som *riktig kunnskap* om de to gruppene, og hva slags *tiltak* som blir sett som nødvendige.

Det kan virke som det for den samiske delen av befolkningen skrives fram rettigheter og et behov for at majoritetssamfunnet tilpasser sine ordninger, det være seg språk, institusjoner, tolketjenester etc. For innvandrerbefolkningen mener jeg å ha funnet nesten det motsatte. Det understrekes riktignok at sensitiviteten til hjelperne må skjerpes fordi de ikke kan ta noe for gitt, og fordi det kan være vanskelig å se enkeltindivider og gruppetilhørighet samtidig. Teksten legger likevel ikke opp til noen ordninger som er spesielt tilrettelagt for innvandrerbefolkningen.

Kort oppsummert satt jeg igjen med en opplevelse av at det samiske kapittelet var preget av dialog og samhandling, og at myndighetene må ta fullt ansvar for å utvikle tjenester som den samiske befolkningen har krav på og behov for. I kapittelet om innvandrerbefolkningen er det et større fokus på at de tjenestene som er opprettet for majoriteten også bør passe for minoriteten. De samme prinsippene som gjelder for behandling av majoriteten skal gjelde, og det skal *vurderes* om det kan være behov for enkelte spesielle tilpasninger. Dette gjorde meg nysgjerrig både på om min opplevelse stemte, og om det i så fall går an å tenke seg noen grunner til at det er slik.

Jeg gikk derfor systematisk til verks og grupperte alle tekstutdragene mine i tråd med min operasjonalisering av Foucault. *Kunnskap, egenskaper og institusjoner* ble derfor naturlig nok en del av min gruppering. I tillegg inkluderte jeg *tiltak*, fordi min hypotese er at det som ble foreslått av nødvendige tiltak for å sikre disse gruppene gode helsetjenester, er ulike (vedlegg 4 og 5).

Mye av dette har jeg allerede vært inne på i analysen av de to kapitlene, og i det videre vil jeg vise hvor jeg mener vi finner de største forskjellene mellom gruppene.

Forskjeller

Begge kapitlene har et utgangspunkt som er godt kjent fra sosialt arbeids praksis. Det å behandle alle individuelt innenfor et universelt utformet system, og gjøre dette i dialog med den det gjelder, er helt grunnleggende. Slik sett kan man si at begge kapitlene starter med et fokus på *person i situasjon*, og teksten tilbyr en kunnskap om at det er noen spesielle behov disse gruppene har som gjør at de må møtes og behandles spesielt.

Etter å ha blitt presentert for en del barrierer i tjenestetilbudet er det i løsningene som foreslås jeg mener vi ser de største forskjellene. Jeg har en tro på at det er forskjell på om samfunnet overlater til den enkelte ansatte å løse problemene, eller om de blir institusjonalisert på den måten at myndighetene selv blir ansvarlig for å løse utfordringene. Som jeg var inne på i min gjennomgang av hjelperens rolle på side 34, kan det virke som at samfunnet tar i bruk sine institusjoner når det er noe som oppleves som viktig å løse. Jeg tror med andre ord at graden av forpliktelse kan gjenkjennes i teksten i form av hvilket nivå utfordringene søkes løst på. I tillegg tror jeg også språket i seg selv kan vise hvordan myndighetene forplikter seg.

Aller først synes jeg det er interessant å se på likheten mellom tiltakene som beskrives. Som jeg var inne på i analysen av de to kapitlene, legges det begge steder vekt på at desentralisering vil være særskilt positivt for begge gruppene (min utheving)

En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for den samiske befolkning. I tillegg vil en slik organisering og større grad av mulighet for *stabilitet i samiskspråklige helsetilbud og til utvikling av samisk fagkompetanse*.

En helsetjeneste med større grad av desentralisering og spesialhelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for innvandrerbefolkningen. I tillegg vil en slik organisering gi større grad av mulighet for *stabilitet i innvandrervennlige helsetilbud, og til utvikling av fagkompetanse*

Det er ikke noe i teksten som forklarer hvorfor dette forventes å være spesielt bra for disse to gruppene, men som jeg har vært inne på tidligere henger det kanskje sammen med en oppfattelse og antagelse om at nærhet til pasienten gir bedre hjelp. Ellers er det interessant å merke seg forskjellen i at teksten introduserer begrepet ”innvandrevennlige helsetilbud”, versus ”samiskspråklig helsetilbud”. Jeg konstaterer at språk igjen står i fokus hva angår den samiske befolkningen, mens når det gjelder innvandrerbefolkningen går teksten mer generelt til verks, og introduserer et nytt begrep.

Når det gjelder samiske pasienters står det i teksten at deres *rett* til og *behov* for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres. Det *skal* etableres tolketjenester, og de regionale helseforetakene *skal* iverksette nødvendige tiltak for å styrke de ansattes språk- og kultur kompetanse. Ansvar *skal* ligge hos staten, fylkeskommunen og kommuner med samisk befolkning. Med andre ord får vi inntrykk av en klar forpliktelse og tydelig ansvars plassering. Ordet *skal* brukes om alle tiltakene og det levner liten tvil om at disse utfordringene må løses.

Om innvandrere står det at det *må* arbeides helhetlig og systematisk over lang tid og på flere nivåer. Arbeidet *må* ha en solid ledelsesforankring, og det *bør* være et krav at helse- og omsorgspersonell utvikler virksomhetskulturer og andre forutsetninger som gjør at de lettere å fange opp særtrekk i det enkelte tilfelle. I tillegg er et av hovedtiltakene at myndighetene skal gå i dialog med brukerorganisasjonene for å vurdere om det *kan* være spesielle sider ved minoritetsstatusen som *bør* påvirke tjenesteutformingen. Her brukes altså ikke ordet *skal*, men derimot tas ordet *må* i bruk et par ganger. Da er det for å si at det *må* arbeides helhetlig og at det *må* være en solid ledelsesforankring i arbeidet. Det er, slik jeg leser det, et tydelig signal om at også disse problemene må løses på institusjonelt nivå, og med en forpliktelse fra

ledelsen. Når teksten så fortsetter med å skrive ord som *bør* og *kan* blir det imidlertid noe uklart hvem som til syvende og sist har ansvar for at tjenestene blir bedre tilrettelagt. Språket bærer i mindre grad preg av at det er prekært å løse disse utfordringene.

Min opplevelse av at teksten skriver frem saker som noen som har flere rettigheter og prioriteres høyere enn innvandrere, blir gjennom dette bekreftet. Spørsmålet jeg da stiller meg er om det finnes noen tenkelige grunner til at det skal være slik, eller om det jeg har funnet i teksten er utslag av tilfeldigheter og språklig unøyaktighet?

Jeg mener at det kan være et vesentlig poeng at teksten snakker om *ulike* etnisiteter. På den ene siden er det *urbefolkningen* som på mange måter er det mest historiske og rotfestede vi har, de som fantes før oss. På den andre siden *innvandrerne*, de som bokstavelig talt, kom etter oss. Selv om teksten ikke gjør denne differensieringen, mener jeg at gruppenes ulike historie og kulturelle tilhørighet, kan være med på å forklare forskjellene i det teksten foreslår at gruppene trenger og har krav på.

Hele min oppgave er bygd opp rundt det faktum at virkeligheten kun er tilgjengelig for oss ved hjelp av våre kategorier, og at vårt syn på viten og verden er kulturelt og historisk innleiret (Jørgensen og Philips, 1999). En annen persons analyse vil med andre ord vaske fram andre analytiske poeng. *Min* opplevelse er likefullt at det er en forskjell i tekstens tilnærming til de to nevnte sårbare gruppene. For å kort oppsummere mener jeg at vi ser et skille på *rettighetsfokusert* tilnærmingen til samiske tjenester, og *tilpasningsfokusert* tilnærming til innvandrerbefolkningen.

Rettighetsfokus

På lik linje med store deler av verdens urbefolkning er også samenes historie preget av kolonialisering og til dels store overgrep fra den nasjonale myndighet.²¹ Fra etterkrigstiden og fram mot våre dager er det tatt mange grep for å rette opp igjen i de feilene som ble begått i nasjonalromantikkenes og sivilisasjonens tegn. Blant annet har Norge ratifisert Europarådets rammekonvensjon om beskyttelse av minoriteter, i tillegg til å signere Minoritetsspråkpakten som beskytter og verner samisk språk.²² Det betyr at saker i større grad enn andre språklige

²¹ www.snl.no/samenes_historie (22.04.2014).

²² www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/tema/nasjonale_minoriteter.html?id=1404 (22.04.2014).

minoriteter i landet har rett til sitt språk. Dette kan forklare noe av det fokuset teksten har på å tilrettelegge språk og tolketjenester til den samiske befolkningen.

Jeg mener altså at det er rimelig å anta at det er på grunn av de overtrampene som ble begått mot samer i tidligere tider, at det i dag er så stort fokus på særbehandling. Dette ble understreket under åpningen av Sametinget i 1997 da kong Harald V uttalte

Den norske stat er grunnlagt på territoriet til to folk – nordmenn og samer. Samisk historie er tett flettet sammen med norsk historie. I dag må vi beklage den urett den norske stat tidligere har påført det samiske folk gjennom en hard fornorskingspolitikk (Stortingsmelding 55, Om samepolitikken, 2000-2001, 11)

På et tidspunkt har det altså skjedd noe som har gjort at synet på hva som er riktig kunnskap har endret seg. Etter hvert oppfattes det ikke lenger som riktig å forsøke å fornorske samene, og en annen diskurs trer fram. Hva er det da som har skjedd?

I Norsk historie pekes det ofte på Alta-saken²³ som det som førte til en totalreform av norsk samepolitikk. Konflikten viste at det var behov for nytt lovverk og et nytt representasjonsorgan for samene. Som resultat av dette kom det en ny Samelov i 1987, en egen grunnlovsparagraf om samisk språk, kultur og samfunn i 1988, og opprettelsen av Sametinget i 1989.²⁴ Alt sammen fordi de som var regulert av en diskurs, samene, fant noen allierte og brøt med diskursen. De tok opp kampen med regjeringen, energimyndighetene og Finnmark fylkesting, og de endret diskursen.

Hvis vi igjen setter Foucaults briller på, ser vi at dette nærmest er et skolebokeeksempel på hvordan han beskrev at diskurser endres gjennom oppgjør og brudd. I tillegg viser det tydelig hans påpekning av det historiske perspektiv som anerkjenner at det har vært andre diskurser om hjelpetrengende i tidligere historiske tider, og at det i fremtiden vil konstrueres andre diskurser som vil gi nye ”sannheter og praksiser”. Han beskriver at det på denne måten er selve vår tilgang på virkeligheten som har forandret seg fra et episteme til et annet (Foucault 1966, sitert i Thomassen 2006, 121).

²³ Politisk konflikt ca. 1968-1982, hvor samiske interesser og miljøvernsinteresser gikk mot en storskala vannkraftutbygging i Indre Finnmark. [www://snl.no/Alta-saken](http://snl.no/Alta-saken) (25.04.2014).

²⁴ [www://snl.no/Alta-saken](http://snl.no/Alta-saken) (25.04.2014).

Med Laclau og Mouffe sitt perspektiv til grunn, vil det bety at når det som oppfattes som *sannheten* om samer endrer seg, er det fordi det har pågått en kamp mellom *ulike diskurser* der en annen enn den rådende diskursen etter hvert har vunnet frem. Den kritiske diskursanalysen støtter opp under det synet, men mener i motsetning til Laclau og Mouffe at det er det som foregår *utenfor* diskursen som er med på å utvide rommet for den. Altså et syn som innebærer at praksiser som ligger utenfor diskursen er med på å utvikle den fordi det utfordrer den gjeldende sannhet, den riktige kunnskapen. Slikt betinger jo at de enkelte menneskene har vilje og evne til både å se og bryte med en diskurs, og i motsetning til Foucault mener altså Fairclough at subjektene er i stand til å løsrive seg fra diskursen, og skape motstand og derigjennom endre diskursen.

Slik jeg oppfatter det betyr det at en ny forståelse tilbys fordi noen simpelthen viser oss at det går an. Uten at vi vet at det er mulig, vil vi heller ikke kunne tenke på det som et alternativ. Igjen, tilbake til Ringdal (2001), som sier at vi ikke har mulighet til å forstå det vi ikke kjenner. Ergo må vi presenteres for noe annet hvis vi skal ha mulighet til å endre ståsted. I et slikt perspektiv vil det bety at noen har brutt med diskursen og vist en annen måte å forstå urbefolkning på, for at vi i dag har en annen type sannhet og riktig kunnskap om samer.

Tilpasningsfokus

Selv om integreringspolitikken i Norge til en viss grad har en multikulturell ideologi, er tradisjonen at ingen grupper behandles annerledes enn andre. Multikulturalisme bygger på en type anerkjennelse av kulturelle særegenheter som gir egne politiske og sosiale rettigheter, noe det altså er lite av i Norge.

Ved å legge Laclau og Mouffes teori om nodalpunkt til grunn, mener jeg at vi ser at *integrering* er det sentrale nøkkelbegrepet som gir betydning også til andre ord i diskursen. Tiltakene som settes i verk for å sikre best mulig helsetjenester til henholdsvis samer og innvandrere er i stor grad styrt av oppfattelsen av dette begrepet.

Marianne Rugkåsa (2013) sier at i norsk sammenheng virker det som integrasjon er normativt forbundet med ideen om likhet, og innebærer en vilje til å slutte seg til majoritetenes normer. Integreringspolitikk bærer preg av at målet er, så raskt som mulig, å få innvandrere til å arbeide, snakke språket vårt og oppføre seg på en måte som passer oss. Det innebærer at jo likere man er, og jo mer en deltar i samme type aktiviteter eller på samme arenaer som

majoriteten, desto bedre integrert oppfattes en å være. Som urbefolkningen har samer et annet vern og beskyttelse som rettighetsfester særbehandling og trenger derfor ikke å integreres slik som innvandrerne (Rugkåsa, 2013). Satt på spissen kan det virke som innvandrere skal integreres for å bli mer som *oss*, og samene skal tas spesielt hensyn til for å få være mer som *seg selv*, tilbake til sin etnisitet så å si.

Med det perspektivet til grunn kan Foucaults blikk på hva som er *riktig kunnskap* være med på å forklare hvorfor teksten ikke legger opp til noen særtiltak for innvandrerbefolkningen. Det er viktig at *de* blir som *oss*, og da er det klart at tiltak som gjør dem annerledes, ikke prioriteres. Det er et grunnleggende premiss at ordningene skal være universelle, og ikke tilpasset enkelt grupper.

Rugkåsa (2013) påpeker imidlertid at det finnes en grense for velferdsstatens universalisme. Hun kaller det *gradert medlemskap i velferdsstaten*, og argumenterer for at det i praksis ikke er slik at alle har de samme rettighetene. Ytelser knyttet til botid, inntekt, statsborgerskap også videre, rammer innvandrere i større grad enn etniske nordmenn. De (innvandrerne) møter derfor en mer selektiv velferdsstat, og er i større grad avhengig av særtiltak for å få dekket sine behov. Det virker litt bakvendt med tanke på at utgangspunktet var at vi *ikke* har en multikulturell tilnærming til integrering fordi vi ønsker *likhet*. Litt forenklet kan man vel kanskje si at vi på denne måten skaper ulikhet ved å ikke anerkjenne at likhet i resultat krever ulikhet i innsats? Med mindre vi faktisk *ønsker* at det skal være en forskjell på hva nordmenn og innvandrere mottar av statlig støtte, og derfor graderer medlemskapet i velferdsstaten?

Mange vil hevde at vi allerede er i ferd med å se en slik grunnleggende endring i hva som oppfattes som riktig kunnskap. At det å snakke om innvandrere som velferdsflyktninger²⁵ ville vært helt utenkelig for kun noen få år siden.

Endring?

Når man står med begge beina plantet i sin egen tid, virker en del endringer helt utenkelige, men, så er jo Foucaults poeng med det historiske perspektivet nettopp det. Vår egen samtid og kontekst tilslører på en måte mekanismene bak hva som ses på som sant og ikke. Diskurser får makt over oss fordi vi avfinder oss med at den kunnskapen som presenteres er sann, og vi forsøker å tilpasse oss de gjeldene reglene for god og riktig oppførsel.

²⁵ Eksempel på bruk av begrepet fra VG 25.02.12 <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/frp/jensen-vil-slaass-med-eu-mot-trygdeflukt/a/10052615/> (09.05.14)

Laclau og Mouffe er også opptatt av å vise at det som fremstår som naturlig for oss er resultat av et kulturelt arbeid som har gjort noen ting *normalt*, mens andre ting fremstår som helt utenkelig. Det var i sin tid helt utenkelig at kvinner skulle få være prester, eller at menn skulle være hjemme med barn. Det var utenkelig at statsministeren kunne være en kvinne, eller at vi skulle tiltale lærer ved fornavn. Det var helt utenkelig at barnevernsbarn skulle få erstatning fra staten, eller at homofile og lesbiske kunne få gifte seg. I dag er det ikke bare tenkelig at det kan være slik, det er ganske vanlig, og ingen tvil om at den *riktige* kunnskapen i dag støtter opp under alt det overnevnte.

Noen vil da hevde at det har blitt slik fordi verden har gått fremover. Man sier gjerne at det er nye tider, og at det er avleggs og gammeldags, i 2014, å behandle noen på den eller den måten. Jeg tror at grunnen til at vi tenker på utvikling som fremskritt er at vi lever nettopp i vår egen historiske kontekst, og en del ting er det derfor utenkelig for oss at var bedre før, eller vil bli forverret i fremtiden. Vi er enig om at kvinner kan være prester, at menn kan være hjemme med barn og at homofile og lesbiske kan få gifte seg (om enn ikke i kirken riktig enda). Vi, majoriteten, er enige om at dette er den moralske og riktige måten å behandle våre medmennesker på. Det er den rette kunnskapen i vår historiske kontekst. De som bryter med det får kjenne på at de samtidig bryter en diskurs, det som definerer hva vi skal og kan mene og hvordan vi oppfatter det vi ser.

I følge Foucault kan vi imidlertid ikke si at det er verden som går fremover, det er bare en *annen* diskurs, en annen oppfattelse av hva som er riktig og galt i akkurat den historiske konteksten. Det er ikke en objektiv sannhet, verken om hva som er riktig og galt, eller hva som er et fremskritt. Dersom diskursen om innvandring utvikler seg til å begrense og gjøre forskjellene mellom folk større, vil noen tenke på det som et fremskritt, andre som et tilbakeslag. Kampen om hegemoni og sannhet vil da, i følge Fairclough foregå *mellom* de ulike diskursene.

Kapittel 5. Konsekvensene for sosialt arbeids praksis

Samhandlingsreformen henvender seg til en bred målgruppe, og det virker ikke først og fremst som om helse- og omsorgsarbeidere er de intenderte leserne. Til det mener jeg at teksten er for generell, og at den i liten grad har et faglig utgangspunkt som inviterer til dialog. Det er dermed ikke slik at jeg tror at Samhandlingsreformen leses som en lærebok av helse- og sosialarbeidere som deretter går ut og gjør sin praksis annerledes, .

Dersom vi leser teksten som en del av den politiske diskursen, der temaet ikke er hvordan helse- og sosialarbeidere skal yte god service, men hvordan helsevesenet skal oppfylle sin samfunnsoppgave, får teksten en annen rolle i å definere praksis. Den kan da leses som en tale fra regjeringen til de andre partiene på stortinget (Gedde-Dahl, 2002), og som en av flere kilder som definerer hva gode helsetjenester skal være. Foucault har vist oss at diskurser ikke består av kun en kilde. På et gitt historisk tidspunkt vil den samme diskursen komme til syne i flere tekster, i vår praksis, i hva som oppfattes som sant og så videre. Som jeg viste i avsnittet om *Tekstens makt og det historiske perspektivet*, finner vi for eksempel igjen de samme tankene om at det er samer og innvandrere som er minoriteten også i andre myndighetstekster fra den samme perioden.

Så, selv om vi har byttet både helseminister og deretter regjering siden samhandlingsreformen trådte i kraft, er den fortsatt virksom. I sin tale på nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen, 9. januar 2014, sa vår nåværende helseminister, Bent Høie, at

Vi er to år inne i samhandlingsreformen. Reformen er svært nødvendig og riktig for pasientene – også sett med denne regjeringens blikk. (...) Samhandlingsreformen ligger fast. Det er pasientenes reform – forutsatt at virkemidlene virker som de skal.²⁶

Hva er praksis?

Våre handlinger styres av den diskursen vi befinner oss i, og som Foucault beskrev tildeler diskursen oss subjektposisjoner som gjør at vi aksepterer verden slik den fremstår, og handler deretter. Foucault poengterte at all kunnskap som settes ut i livet blir sann i den forstand at den oppleves som svært virkelig for de som står som mottagere av en praksis. Praksis vil med andre oppleves som reell for de som til en hver tid reguleres av den. Det kan derfor ikke være

²⁶ www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?id=749175 (26.04.2014)

noen tvil om at kunnskap, enten den kommer i form av stortingsmeldinger, lærebøker, livserfaring eller lignende, har betydning for vår praksis. Spørsmålet er med andre ord ikke *om* det får konsekvenser for sosialt arbeids praksis, men *hva slags* konsekvenser det får.

Praksis i sosialt arbeid er selvsagt svært mangfoldig. Selv har jeg praktisert faget mitt på mange arenaer og med svært mange ulike oppgaver og mandater. Jeg har blant annet jobbet innenfor barnevernet, i psykiatrien, jeg har jobbet akutt og rykket ut på det som oppfattes som svært kritisk, jeg har vært ansatt som prosjektleder i en frivillig organisasjon, og ikke minst er jeg i dag leder for strategiske helseinitiativ i et legemiddelfirma. Arbeidsoppgavene varierer selvsagt i alt jeg gjør, menneskene jeg møter er ulike, og praksisen jeg utøver er derfor variert.

Kanskje er det ikke en gang slik at alt jeg gjør er sosialt arbeid? Hvor går grensene for faget, og hvilken praksis er det i så fall som står igjen som *ekte* sosialt arbeid? I det yrkesetisk grunnlagsdokument til Fellesorganisasjonen, FO, defineres helse og sosialfaglig arbeid som ”(...) et samlebegrep som benyttes som en generell betegnelse på barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeideres yrkesutøvelse”. (Fellesorganisasjonen, yrkesetisk grunnlagsdokument 2010, 4).

Som sosionom er jeg i følge denne definisjonen alltid utøver av sosialt arbeid. Det stemmer godt med min egen opplevde identitet, jeg er sosionom, og jeg liker å tro at det er det som kvalifiserer meg til de ulike jobbene jeg har hatt. Min opplevelse av å utøve yrket handler om å ha respekt for mennesker og deres unikhhet, lytte til det folk sier og forsøke å møte deres reelle ønsker og behov.

Av ord har du kommet til handling skal du bli

I det følgende vil jeg nok en gang vende meg til Foucault, og vise hva slags konsekvenser jeg mener det som ses som riktig kunnskap om *minoriteter*, *etnisitet* og *integrering* får for sosialt arbeid. Deretter vil jeg ta for meg hvilken betydning fremstillingen av *egenskaper ved subjektene* og bruken av *institusjoner* kan få for praksis.

Som jeg har vist tidligere i oppgaven er det mye som tyder på at det settes likhetstegn mellom *minoriteter* og *etnisitet*. Det betyr at en rekke grupper som for eksempel eldre, psykisk syke, homofile/ lesbiske og så videre *ikke* oppfattes som minoriteter. Foucault forklarte dette som utestengningsmekanismer, der den riktige kunnskapen gir muligheter til noen mennesker,

mens annen type kunnskap og mennesker blir begrenset. Selv om det å defineres som en minoritet ikke nødvendigvis forbindes med noe positivt, er det min erfaring at å legge minoritetsperspektivet til grunn også kan virke frigjørende både for den enkelte og for gruppas posisjon i samfunnet. Det å bli definert som en minoritet kan også utløse en del ressurser og politisk oppmerksomhet, som igjen kan tilføre ny kunnskap og danne grunnlaget for diskursive kamper og nye diskurser.

I tillegg tror jeg også at helse- og sosialarbeidere forholder seg annerledes til hvordan de best kan hjelpe dersom minoritetsperspektivet legges til grunn. For eksempel kan det være trekk ved en gruppe som på den måten kommer tydeligere frem, og som gjør at hjelperen blir mer sensitiv i forhold til å jobbe med det generelle og det spesifikke. Som jeg har vært inne på tidligere er det en utfordring i sosialt arbeid, og en økt bevissthet på dette kan føre til at folk får bedre hjelp. Det trenger altså ikke å være bare negativt å bli merket som minoritet, og jeg mener at minoritetsperspektivet i seg selv kan være med å påvirke hva slags hjelp som gis. Hvordan vi oppfatter og definerer hva som er en minoritet får altså, slik jeg ser det, konsekvenser for sosialt arbeids praksis også med tanke på hvem som *ikke* defineres som minoritet i dette dokumentet.

Jeg har flere ganger vist til hvordan det er et mål i integreringspolitikken å skape mest mulig likhet mellom *dem* og *oss*. Jeg oppfatter derfor at *integreringsbegrepet* vil ha konsekvenser for sosialt arbeids praksis. Slik teksten er lagt opp blir det sannsynliggjort at hjelperen er norsk, noe uttalelser om språk og kulturproblematikk flere steder i teksten er med på å understreke. Når det rådende synet på integrering er å skape mest mulig likhet mellom *dem* og *oss*, og man selv er en del av majoriteten, er det fare for at dette likhetsidealet gjør at man oppfatter seg selv som normen. At det er de andre som har en kultur og må tilpasse seg, mens vi nærmest er kulturløse (Spydevold, 2013). Det å se seg selv utenfra og undersøke sine egne ”tattforgittheter” blir vanskeligere i en diskurs der målet er at noen skal bli så lik meg som mulig. Som hjelper vil jeg ha et mål og ønske om at de jeg møter skal bli mest mulig velintegrert, og jeg vil forsøke å gi dem den hjelpen som gjør at målet for integrering kan nås. Dermed vil jeg fokusere på de tiltakene som gjør at vi skaper likhet. Jeg mener at det vanskeliggjør refleksjon rundt hva det er som gjør at jeg gir den hjelpen jeg gjør, og hvem jeg er i posisjon til den andre. Min påstand er altså at tekstens understreking av integrering som en prosess, der målet er at minoriteten skal bli mest mulig lik majoriteten får konsekvenser for sosialt arbeid.

En av Foucaults subjektposisjoner er at den riktige kunnskapen konstruerer *forventede egenskaper* ved subjektene. Han hevder at diskursen selv produserer subjektposisjoner, og at teksten gjør at vi får forventninger til hvilke type egenskaper subjektene som personifiserer gruppen har. I oppgaven har jeg forsøkt å eksemplifisere dette ved å vise hvordan samer og innvandrere skrives frem med visse egenskaper, slik at stereotypier blir til. Enhver person som tilhører minoriteten kan på denne måten bli representant for alle de andre i gruppa, mens enhver representant for majoriteten representerer kun seg selv, fordi vedkommende tilhører flertallet, majoriteten.

Rugkåsa er inne på noe av det samme i det hun skriver at mennesker kategoriseres som like i kraft av sin ulikhet fra majoriteten (Rugkåsa 2013, 53). Når teksten tilbyr en viss type kunnskap, tilbyr den med andre ord også en viss type stereotypier. De er med på å bygge opp under hvordan samer er, hvordan innvandrere er, og hvordan helse- og sosialarbeiderne er. Dette mener jeg får konsekvenser for sosialt arbeids praksis fordi enhver form for kategorisering gjør at noen faller innenfor og noen utenfor. Stortingsmeldingen har selv problematisert dette ved å introdusere at hjelperen, når han arbeider med innvandrere, må evne å skille det generelle fra det spesifikke, og at det må utvikles virksomhetskulturer for å få dette til. Som jeg har vist tidligere, leder dette tankene til at det forventes at helsepersonell må ha gode holdninger slik at de evner å se individuelle behov, og ikke behandler alle som en stor gruppe. Det er derfor min klare oppfatning at de stereotypiene teksten byr på danner utgangspunktet for hvordan helse- og sosialarbeidere oppfatter egenskapene ved de som skal hjelpes, og det får dermed konsekvenser for sosialt arbeids praksis.

Det siste jeg vil nevne med konsekvens for sosialt arbeids praksis, er hvordan diskursen om hjelperen og *bruken av institusjoner* fremstår i teksten. Det er ikke veldig mye som skrives fram om hjelperen, men noen ganger får vi et glimt av at det er en person som handler, om enn ikke på den rette måten, og at vedkommende forsøker å forstå uten helt å få det til. Det som slår meg som det mest iøynefallende, er som tidligere nevnt, hvordan det kan virke som det er *hjelperen* som skal reguleres av de institusjonene samfunnet tar i bruk. Teksten foreslår svært mange steder at institusjonene må ta ansvar, og at hjelperen skal skoleres til å gjøre en bedre jobb gjennom institusjonene. På den måten får jeg et bilde av hjelperen som myndighetens forlengede arm, som skal virke nærmest som et instrument som løser de problemene myndighetene ønsker. Konsekvensen for sosialt arbeid kan da bli at den enkelte sosialarbeider ikke er en autonom og selvstendig yrkesutøver som tar frie valg han mener er

til det beste for klienten. I stedet blir det, slik Foucault beskrev det, ikke menneskene, men selve diskursen som produserer kunnskap, praksis og makt.

Ved å institusjonaliser hjelperne, og gjøre hjelpen som gis mest mulig universell, kan man selvsagt spørre seg om vi ser konturene av en evidensbasert tilnærming. Evidenspraksis har sin opprinnelse innenfor medisin, men siden *new public management* entret scenen sent på 1980 tallet, har det stadig vært mer snakk om kvalitetssikring og dokumentasjon overfor finansieringskilder, i alle sektorer. (Thomassen 2006, 149). På denne måten blir hjelpearbeid noe som kan måles, og der man ved hjelp av randomiserte kontrollerte studier kan finne den rette hjelpen, på det rette tidspunktet til den rette prisen (Solem, Tilden og Thuen, 2008).

Konsekvensene av en slik tilnærming kan bli at man ved å behandle alle likt risikerer at ingen får akkurat den hjelpen de har behov for, og at behandlingen derfor bli mindre effektiv enn den ville blitt med mer individuelt rettede tiltak (Grimen, 2009). Dette får selvsagt også konsekvenser for sosialt arbeids praksis hvis det er slik at hjelperen utvikler en større lojalitet til systemet som han/ hun er en del av, enn mot klienten som skal hjelpes. Nå er det ikke nødvendigvis slik at det er en motsetning i det, men for å igjen gå til de yrkesetiske retningslinjene så sier de at

I situasjoner hvor krav om effektivitet eller stramme budsjetter vil ramme den enkelte bruker/ klients rettigheter eller behov, rangerer lojalitet ovenfor klient/ bruker over lojalitet mot kolleger og arbeidsgivere. (...) I andre situasjoner vil yrkesutøveren måtte prioritere innsats mellom forskjellige brukere/ klienter og vurdere hvordan lojaliteten til den enkelte best kan ivaretas. (Fellesorganisasjonen, yrkesetisk grunnlagsdokument 2010, 7).

Spørsmålet blir om hjelperen klarer å prioritere innsatsen mellom de ulike brukerne med deres beste for øye, uavhengig av om dette går på tvers av det myndighetene gjennom institusjonene prioriterer?

Det bringer meg ”rund baut” til utgangspunktet for sosialt arbeids praksis som jeg redegjorde for innledningsvis. Nemlig at sosialt arbeid er et av få fagfelt der hjelperen *både* skal utøve samfunnsmessig kontroll og vise medmenneskelig solidaritet. Hvordan hver og en av oss *hjelper* håndterer dette spenningsfeltet vil definitivt være avgjørende for sosialt arbeids praksis.

Avslutning

Da jeg startet prosessen med å skrive denne masteroppgaven var mitt ønske og mål å studere hvordan samhandlingsreformen beskriver grupper med særskilte utfordringer, og undersøke hva slags konsekvenser jeg mente det kunne få for sosialt arbeids praksis. Ikke på noe tidspunkt har jeg trodd at Samhandlingsreformen har en *direktelinje* til praksisfeltet, og jeg opplever heller ikke at det først og fremst er helse- og omsorgsarbeidere som er de intenderte leserne. Likevel valgte jeg Samhandlingsreformen som utgangspunkt, fordi jeg mener det er en tekst med mye makt til å definere dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer, og til å uttrykke hva myndighetene oppfatter som grupper med særskilte utfordringer.

Da jeg oppdaget at det var samer og innvandrere som ble spesielt merket ble jeg overrasket. Jeg trodde jeg skulle lese om psykiatri, rus, eldre, kronisk syke og så videre, og forstod ikke umiddelbart *hvorfor* akkurat disse to gruppene var plukket ut. Når jeg så tok i bruk diskursteorien, og min operasjonaliserte versjon av Foucault oppdaget jeg en del spennende ting.

Det var for eksempel svært nyttig for meg å bruke Foucaults blikk til å se etter utsagn som bygde opp under hva som ble ansett som den *riktige kunnskapen* om grupper med særskilte utfordringer. Dette i sammenheng med hans *historiske perspektiv* som anerkjenner at det har vært andre diskurser om hjelpetrequende i tidligere tider, og at det vil konstrueres nye sannheter i fremtiden, ga meg nyttige innfallsvinkler. For eksempel kunne jeg på den bakgrunn utlede at samer og innvandrere var plukket ut som særskilte grupper på grunn av sin etnisitet. Jeg *påstår* ikke at det er slik, men jeg foreslår i denne oppgaven at teksten *kan* leses på den måten.

Da jeg gikk videre med det utgangspunktet fant jeg også til min overraskelse at det var til dels store forskjeller i hvordan de to gruppene ble fremstilt, og særlig hvilke tiltak som ble foreslått for å løse utfordringene de står overfor. Stereotypiene jeg fant frem til, *forventede egenskaper* ved subjektene, gjorde at jeg fikk et bilde av at samfunnet ser på samer som noen som utsettes for et til dels lite lydhørt norsk helsevesen, mens innvandreren er en gruppe som bør finne en måte å passe inn i storsamfunnet på.

Igjen fikk jeg med hjelp av diskursteori og - metode øye på at det kunne handle om at de to gruppene tross alt representerer ulike etnisiteter. Samer er urbefolkning og skal i tråd med nåtidens diskurs ha visse rettigheter til for eksempel språk, institusjoner og så videre. For innvandrerne fant jeg ingen lignende rettigheter, men snarere et krav om tilpasning. Norge er sterkt preget av tanken om at alle skal ha de samme tilbudene og de samme mulighetene. Det gjør at vi i liten grad har et multikulturelt perspektiv på innvandring og samfunnet. Snarere tvert i mot er det et mål for integreringen at de som kommer hit så raskt som mulig skal bli så like oss som mulig. Jeg fant med andre ord det jeg har kalt en *rettighetstilnærming* til den samiske befolkningen, og en *tilpasningstilnærming* til innvandrerbefolkningen

Jeg ble overrasket over hvordan Foucaults analyseelement *institusjonalisering* tok en annen form en jeg hadde forventet. Jeg tillot meg riktignok å ta på nåtidens briller og så mer på *hvordan* vi tar i bruk de institusjonene vi har, enn opprettelsen av nye. Med det utgangspunktet fikk jeg øye på at det virker som samfunnet tar i bruk institusjonene når det er noe som er viktig å få løst. Jo høyere prioritert noe er, jo mer bruk av institusjoner som stat, kommune, fylkeskommune også videre. For meg var det interessante at det da var *hjelperne* som ble institusjonalisert. Det var hjelperne som ble fremstilt med endringspotensiale, og hjelperne som skulle gjennom opplæring som setter dem i stand til å utføre jobben slik samfunnet ønsker.

Rugkåsa (2013) forklarer at likhetsidealet er et grunnleggende element i norske majoritetsborgeres selvforståelse, politikk og institusjonsbygging, og at befolkningen i Norge har en høy grad av tillitt til staten. Slik jeg oppfatter det kan det å institusjonalisere hjelpen, og sørge for at hjelperne er mest mulig strømlinjeformede og like hverandre, ses som et ledd i denne tradisjonen. På den måten er det mulig å se på konsekvensene for sosialt arbeids praksis også som konsekvensene av hvordan institusjonene gjør hjelperne likere, og til redskaper som skal utføre samfunnets oppgaver. Med tanke på diskursen om integrering for eksempel vil det kunne bety at sosialarbeiderne vil jobbe nettopp for å få til den likheten som samfunnet ønsker å skape. Det kan bety at hjelperen i mindre grad evner å se person i situasjon og starte der klienten er.

Det kan virke som det hersker enighet at om at *å starte der klienten er*, er det beste utgangspunktet for å gi god hjelp (Levin, 2004). Likevel mener jeg at vi fortsatt står igjen med spørsmålet om hvordan jeg kan vite hvordan du som *person i situasjon* har det? Hvordan skal

jeg forstå deg, og hva som kan være dine utfordringer, uten å gjøre bruk av noen generelle kategorier?

I møte med klienter er det min erfaring at jeg i prosessen med å forsøke å se for meg mulige følelser hos den andre, generaliserer og setter folk i grupper som for eksempel enslig mødre, innvandrere, kvinner, menn, barn, arbeidsledige etc. Det er ikke noe jeg gjør for å begrense verken meg eller den andre, men et forsøk på å forstå noe om hvordan det andre *kan* ha det. Gjennom kategoriseringer skaper jeg altså rom for handling. Vårt behov for å ”rydde” opp er kanskje nettopp ett uttrykk for at vi er avhengig av våre kategoriseringer for å kunne utøve hjelpekunsten. Samtidig mener jeg det er krevende og nødvendig øvelse og stoppe opp og reflektere over hvordan disse kategoriene oppstår, hva som er et resultatet av våre antagelser, og hva som *faktisk* er klientens opplevelse av sin situasjon.

Hva nå?

I disse grunnlovsjubileumstider har jeg reflektert en del over hvordan historien har vært med på å gjøre oss til det vi er i dag. Eidsvollsmennene som var så klare på at de ikke ville at Norge skulle bli slik som *pompøse Sverige*, der lureri og adel var en del av hverdagen. De samme mennene som, for å beskytte Norge, nektet jødene adgang til riket, og som etter å ha signert den nye Grunnloven i 1814 knyttet *brorskapsbånd*. De ytret Eidsvolls eden ”enig og tro til Dovre faller”, og skrev kanskje samtidig under på vår nasjons fokus på enighet og likhet som bærende prinsipp.²⁷ Vi er en liten nasjon, men vi er en selvstendig og stolte, og vi står sammen. Det er *oss*, de andre er *dem*.

Det har gjort at jeg har begynt å reflektere rundt *likhet* som selvet limet i befolkningen, og Norge som samfunn. Hvis vi skal være *oss* trenger vi ordninger og prosesser som gjør oss til en enhet. På tross av at man kan se likheter til andre grupper blir det viktigere å se etter likheten i egen gruppe, for på den måten å opprettholde noe som er unikt oss. Hvilke kategorier vi operer med blir dermed helt avgjørende for hvilke likhetsprosesser vi setter i gang.

Hva angår integrering har jeg i oppgaven tydeliggjort at det er likhetsprinsippet som gjelder. Jo likere *oss*, jo mer vellykket integrering. Så mener jeg at dette prinsippet også kan brukes til

²⁷ <https://www.stortinget.no/en/Grunnlovsjubileet/Jubileumskalender1/Aktuelle-hendelser/Hendelser/Aktuelle/Kultur/Den-store-broderkjeden---Enig-og-tro-til-Dovre-faller/> (13.05.2014).

å studere handlingsrommet som tilbys *avvikere*, slik Foucault var så opptatt av. De *stereotypiene og kategoriene* som eksisterer i diskursen. Dette er et interessant for meg både som hjelper og som minoritet.

Som *hjelper* bruker jeg kategorier og stereotypier for å lage meg et rom for handling. Jeg må forsøke å forstå hvem den andre er for å kunne nærme meg personen i situasjonen og starte der klienten er. Det er altså grunnleggende for meg i hjelpearbeid at jeg benytter meg av kategoriseringer. Så er det som jeg har vært inne på tidligere helt nødvendig at jeg reflekterer rundt *hvorfor* jeg danner med de bildene jeg gjør, og hvilke kategorier jeg bruker for å forsøke å forstå. Like fullt er stereotypier en del av handlingsrommet mitt som sosialarbeider.

For meg som *minoritet* begrenser kategoriene og stereotypiene handlingsrommet mitt fordi det lager noen normer innenfor *avviket* som det forventes at jeg plasserer meg i forhold til. For eksempel virker det som det er enklere å ”tilgis sin annerledeshet” dersom man som *avviker ikke* representerer en stereotyp. Det kan nærmest virke som at det er en dyd å bryte med den forventningen andre har til annerledesheten, og ikke representere kategorien, men være som *oss*. Så er det likevel en dobbelthet i dette fordi jeg opplever at kategoriene også kan brukes for selvidentifisering. I så måte kan de være en trygg havn der man opplever at man er som ”de andre”, at man kan kjenne på en tilhørighet i subkulturen.

For meg personlig har noe av det mest frigjørende i prosessen med denne oppgaven vært at jeg virkelig har fått øynene opp for hvor mye som er diskursivt bestemt og konstruert. Alt fra hvordan vi forventes å se ut, innta våre kjønnsroller og oppdra våre barn til hvem som anses for å være hjelpetrengende og *hvorfor* og *hvordan* det er riktig å gi dem hjelp. Det har vært en sann befrielse og la det synke inn i all sin *sannhet*, og jeg tror at jeg blir en bedre praktiker av å forholde meg til teorien på den måten.

Foucault har minnet meg på at alt er foranderlig, og at ingen ting bare er sant. Diskursen vil forandre seg, og nye sannheter vil dukke opp. Det som vi ser på som naturlig og den kunnskap vi anser for å være objektiv er i dette perspektivet konstruert, og vil alltid være i endring. Det betyr *ikke* at hjelpetrengende ikke finnes, eller at den kunnskapen vi har tilegnet oss ikke er gyldig. Det betyr bare at vår viten og kunnskap er dannet diskursivt, noe som gjør at vi oppfatter noe som ønskelig og normalt og andre ting som avvikende og rart. Handlinger som i en historisk epoke eller i en spesiell kultur anses som naturgitte, vil i andre perioder

eller kulturer kunne framstå som primitive og uutviklede.

Å evne å se at man selv er en del av en slik diskurs mener jeg vil være til hjelp i praktisk sosialt arbeid, fordi man på den måten blir minnet om at det ikke finnes ”en sannhet som klienten må forstå og forholde seg til”. Som hjelper er det mitt håp og ønske at jeg klarer å svære så bevisst på dette at jeg kan avsløre noen av de sannhetene som presenteres for meg slik at både jeg og de jeg møter får et større rom til å være seg selv i.

Litteratur

- Abelsen, Birgit mfl. 2012. *Hva har samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?* Rapport 2012:9, Norut Alta
- Album, Dag. 1996. *Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano Aschehoug
- Berge, Kjell Lars. 1990. *Tekstnormens diakroni*. Stockholm: Mins. Sitert i Berge, Kjell Lars. 2003. "Hvor er makten i teksten?" I *Maktens tekster*, red. Kjell Lars Berge, Siri Meyer og Tom Are Trippestad. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Berge, Kjell Lars. 2003. "Hvor er makten i teksten?" I *Maktens tekster*, red. Kjell Lars Berge, Siri Meyer og Tom Are Trippestad. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Bergström, Göran og Kristina Borèus (red.) 2005. *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Bjørkman, Mari. 2012. *Lesbisk selvtilit – lesbisk helse. Utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Burr, Vivien. 1995. *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge. Sitert i Jørgensen, Marianne og Louise Phillips. 1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, Samfundslitteratur.
- Cooley, Charles Horton. 1909. *Social organization*. New York: Scribner`s. Sitert i Levin, Irene og Jan Trost. 2005. *Hverdagsliv og samhandling, med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Oslo: Fagbokforlaget
- Derrida, Jaques. 2002. "The Declaration of Independence". I *Negotiations: interventions and interviews*, red Jaques Derrida. Stanford, California: Stanford University Press
- Fairclough, Norman. 1992. "Discourse and Social Change". I Bergström, Göran og Kristina Borèus (red.) 2005. *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Fairclough, Norman. 2001. *Language and Power*. Essex: Pearson Education Limited.
- Fellesorganisasjonen (FO). 2010. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere*. Oslo: LO Media.
- Foucault, Michel. 1966. *Tingenes orden. En arkeologisk undersøkelse av vitenskapene om mennesket*. Oversatt av Knut Ove Eliassen. Oslo: Aventura. Sitert i Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis – innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal

- Foucault, Michel. 1993. *Diskursens ordning*. Stehag/ Stockholm: Symposion. Sitert i Bergstrøm, Göran og Kristina Boréus (red.) 2005. *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Foucault, Michel. 1999. *Diskursens orden*. Oversatt av Espen Scaaning. Norsk utgave. Oslo: Spartacus Forlag. Opprinnelig publisert som *L'ordre du Discours*, (Gallimard, Paris 1971).
- Flyvbjerg, Bent. 1992. *Rationalitet og makt, Bind I*. København: Akademisk Forlag. Sitert i Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis – innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal
- Gautun, Heidi og Astri Syse. 2013. *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Novarapport 8/ 2013.
- Gedde-Dahl, Trine. 2002. "Å lese læreplaner". I *Den flerstemmige sakprosaen: nye tekstanalyser*, red. Johan Tønnesson og Trine Gedde-Dahl. Bergen: Fagbokforlaget
- Goffmann, Erving. 1992. *Vårt rollespill til daglig*. Oversatt av Kari og Kjell Risvik. Oslo: Pax Forlag A/S. Opprinnelig publisert som *The presentation of Self in Everyday Life* (New York: Doubleday, 1959).
- Grimen, Harald. 2009. "Debatten om evidensbasering - noen utfordringer". I *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, red. Harald Grimen & Lars Inge Terum. Oslo: Abstrakt forlag
- Hagelund, Anniken. 2003. *The importance of being decent. Political discourse on immigration in Norway 1970-2002*. Oslo: ISF/Unipax.
- Hall, Stuart. 2001. "Focault: Power; Knowledge and discourse". I *Discourse Theory and Practice*, red. Wetherell, Margaret, Stephanie Taylor og Simeon J. Yates. 2001. London: Sage Publications.
- Helsedirektoratet. 2011. *Veileder om kommunikasjon via tolk – for ledere og personell i helse og omsorgstjenestene*. Oslo
- Henriksen, Jan Olav og Arne Johan Vetlesen. 2006. *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. 3. utgave. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Ihlstad, Janne Thu, Marit Haldar og Eivind Engebretsen. 2010. "Annerledeshet og språkpolitikk. Et inkluderende språk?". I *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*, red. Julia Kristeva og Eivind Engebretsen. Oslo: Gyldendal akademisk
- Jørgensen, Marianne og Louis Phillips. 1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, Samfundslitteratur,

- Kleppe, Lise Cecilie. 2008. *Et vell av muligheter? En diskursanalyse av kategorien kvinnelige beboer i asylmottak*. Masteroppgave i sosialt arbeid. Oslo: Høgskolen i Oslo
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal
- Laclau, Ernesto og Chantal Mouffe. 1985. *Hegemony and Socialist Strategy: Towards a Radical Democratic Politics*. London: Verso
- Levin, Irene. 2004. *Hva er sosialt arbeid?* Oslo: Universitetsforlaget
- Levin, Irene. 2010. "Annerledeshet og interaksjon. Sårbarhet i møte med den andre." I *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*, red. Julia Kristeva og Eivind Engebretsen. Oslo: Gyldendal akademisk
- Levin, Irene og Jan Trost. 2005. *Hverdagsliv og samhandling, med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Oslo: Fagbokforlaget
- Lilljan, Bente, Lind Kassah, Wivi-Ann Tingvoll og Alexander Kwesi Kassah, red. *Samhandlingsreformen under lupen, kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Bergen: Fagbokforlaget
- Lov av 2.juli 1999 nr 63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Pasient- og brukerrettighetsloven).
- Malterud, Kirsti. 2002. "Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger". *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 2002; 25: 2468-72
- Malterud, Kirsti og Janecke Thesen. 2001. "Empowerment og "pasientstyrking" – et undervisningsopplegg". *Tidsskrift for norsk Lægeforening*, 2001; 121:1624 – 8
- Neumann, Iver B. 2001. *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Oslo: Fagbokforlaget
- Niemi, Einar. 1997. "Kulturmøte, etnisitet og statlig intervensjon på Nordkalotten". I *Den nordiska mosaiken*, red. Rut Boström Andersson. Uppsala: Textgruppen
- NorgesBarometeret 2011:3. *Undersøkelse fra NorgesBarometeret utført på oppdrag for Norsk sykepleierforbund og Den Norske Legeforening*
- NOU 2001:22. *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2011:7. *Velferd og migrasjon - Den norske modellens framtid*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Ose, Solveig Osborg. 2013. *Samhandlingsreformen svekker psykisk helsearbeid*. <http://www.forskning.no/artikler/2013/januar/346994> (30.01.13)

- Prøitz, Aase, Hanne Børke-Fykse og Haakon Aars. 2010. "Balanse mellom smerte og ressurser". *Fontene* 4:54 -60
- Rugkåsa, Marianne. 2013. *Likhetens dilemma. Om sivilisering og integrasjon i den velferdsambisiøse norske stat*. Oslo: Gyldendal
- Rear, David. 2013. "Laclau and Mouffe`s Discourse Theory and Fairclough`s Critical Discourse Analysis: An Introduction and Comparison". I David Rear og Alan Jones "A Discursive struggle and contested signifiers in the arenas of education policy and work skills in Japan". *Critical Policy Studies* Vol 7 (4), 375 - 394
- Ringdal, Kristen. 2001. *Enhet og Mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget
- Schön, Donald. 1983. *The Reflective Practitioner. How professionals Think in Action*. New York: Basic Books. Sitert i Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis – innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal
- Shulman, Lawrence. 2003. *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske. Oprinnelig publisert som *The skills of helping individuals, families, groups and communities* (Belmont: Brooks/ Cole).
- Shulman, Lawrence. 2006. *The skills of helping Families, Groups and community*. 6.utgave. Belmont: Brooks/ Cole
- Solem, May-Britt, Terje Tilden og Frode Thuen. 2008. "Å ta empirien på alvor – Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere?". *Fokus på familien* 2: 88-104
- Spydevold, Monica. 2014. "Refleksjon fra praksis. Fordommer i barnevernfaglig praksis". I *Ubehaget i sosialt arbeid*, red. Anbjørg Ohnstad, Marianne Rugkåsa og Signe Ylvisaker. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stortingsmelding 55 (2000-2001). *Om samepolitikken*. Kommunal- og regionaldepartementet.
- Stortingsmelding 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Thomas, William og Dorothy Thomas. 1928. *The Child in America*. New York: Knopf. Sitert i Levin, Irene og Jan Trost. 2005. *Hverdagsliv og samhandling, med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Oslo: Fagbokforlaget
- Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis – innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal
- Thúren, Torsten. 2009. *Vitenskapsteori for nybegynnere*. Oslo: Gyldendal

- Tjørhom, Maren Larsson. 2012. *Ansvar i alt vi gjør. En casestudie av ansvarsbegrepet i Samhandlingsreformen*. Masteroppgave. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Wodak, Ruth. 1996. *Disorders of discourse*. London: Longman. Siteret i Bergström, Göran og Kristina Borèus (red.) 2005. *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur

Vedlegg 1

Særskilte utfordringer for den samiske befolkningen	Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen
<p>Språkproblemer kan resultere i at man ikke får den rette faglige utredning, stilt riktig diagnose og gitt rett behandling. (...) I dag besitter for få helsemedarbeidere samisk språkkompetanse, og tolketjenesten er for lite utbygd.</p>	<p>På den ene siden må helse- og omsorgstjenesten, i forhold til de ulike minoritetsgruppene, evne å se hvilke gjennomgående trekk som påvirker behovene for helsetjenester (...). På den andre siden vil den enkelte bruker av helsetjenestene ha sin individualitet som mer eller mindre kan avvike fra gjennomgående trekk hos gruppen</p>
<p>Helse- og omsorgspersonell vil som regel registrere om en bruker har vansker med å uttrykke seg på norsk. Men helse- og omsorgstjenesten evner i for liten grad å hjelpe samisktalende i slike situasjoner.</p>	<p>Det bør være et krav at helse- og omsorgstjenestene utvikler virksomhetskulturer og øvrige forutsetninger slik at særtrekkene i det enkelte tilfellet blir fanget opp.</p>
<p>Både stat, fylkeskommuner og kommuner med samisk befolkning har ansvar for at språkproblemer i forbindelse med tjenesteytelsene blir ivaretatt, slik at elementære brukerrettigheter kan innfris.</p>	<p>Innvandrerbefolkningen frambyr et sykdomsmønster som på mange måter skiller seg fra majoritetsbefolkningen</p>
<p>Takket være særskilte statlige midler har institusjonene BUP-Karasjok og DPS-Lakselv kunnet utvikle seg til et samlet nasjonalt kompetansesenter for samisk psykiatri.</p>	<p>Prinsippene for behandling kan være de samme, men jo mindre enn helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og forkunnskaper, jo større krav stilles til kommunikasjonsferdigheter og tid.</p>
<p>Kulturelle kommunikasjonsproblemer mellom helse- og omsorgspersonell og samer handler om at personell ikke kjenner til, eller forstår samers bakgrunn, tenkemåte og væremåte.</p>	<p>Det må arbeides systematisk over lang tid, det må være helhetlig tilnæringsmåter og utviklingsarbeidet må ha solid ledelsesforankring. Innspillene er også at utfordringene må møtes på flere nivåer</p>
<p>Et annet forhold er at helse- og omsorgspersonell ofte behandler brukere på en måte som er kulturelt fremmed for samer</p>	<p>Hva skjer når en pasient som ikke snakker norsk blir lagt inn på akuttmottaket ved midnatt. Sykehuset har ikke råd til å tilby tolk, men har ikke problemer med å ta i mot en diabetespasient fem ganger, fordi vedkommende på grunn av språkproblemer ikke har forstått hva han har gjort galt. Dette er verken bra for pasienten eller samfunnet.</p>
<p>Dette gjelder særlig at normene for brukeradferd og institusjonenes fysiske særpreget med lange korridorer og lite fellesskap kan virke fremmedgjørende</p>	<p>På den ene siden at det spilles på lag med mange av pasient- og brukerorganisasjonene (...), og på den andre siden at disse organisasjonene har kanaler inn mot helse- og omsorgssektorens myndighets- og tjenestenivå</p>

<p>Den samiske befolkningen har lange tradisjoner for selvhjelp gjennom bruk av personlige nettverk for å motvirke helseplager og løse personlige problemer (...). Særlig kan folkemedisin og åndelig bistand fra nærmiljøet bli sett på med skepsis av helse- og omsorgspersonell.</p>	<p>I dialog med organisasjonene skal det her legges vekt på at det blir vurdert om det er mønstre i minoritetsgruppens behov og relasjon til helse –og omsorgstjenesten som bør påvirke utformingen av pasientforløpene</p>
<p>En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for den samiske befolkning. I tillegg vil en slik organisering og større grad av mulighet for stabilitet i samiskspråklige helsetilbud og til utvikling av samisk fagkompetanse.</p>	<p>En helsetjeneste med større grad av desentralisering og spesialhelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for innvandrerbefolkningen. I tillegg vil en slik organisering gi større grad av mulighet for stabilitet i innvandrervennlige helsetilbud, og til utvikling av fagkompetanse</p>
<p>I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det de siste årene lagt til grunn at et overordnet mål for helsetjenestene er et likeverdig tilbud, uavhengig av etnisk bakgrunn.</p>	<p>Generelle tiltak som bedre kommunal organisering, utvikling av fastlegerollen, kommunesamarbeid med robuste fagmiljøer og IKT-utvikling, vil være elementer som også vil komme innvandrerbefolkningen til gode.</p>
<p>Samiske pasienters rett til, og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas. Det skal etableres tolketjenester til pasienter som har behov for dette. De regionale helseforetakene skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning.</p>	

11 Særskilte utfordringer for den samiske befolkning

To innfallsvinkler vil stå sentralt for hvordan samhandlingsreformen forusettes fulgt opp overfor den samiske befolkningen:

- Som det omtales i kapittel 17 om implementeringen av reformen legges det opp til dialog med Sametinget om hvordan prioritering og

innretning av samhandlingstiltak kan gi gode effekter overfor den samiske befolkningen.

- Et sentralt element i samhandlingsreformen er at det i samspill mellom myndigheter, tjenester og brukere skal identifiseres hva som er gode pasientforløp og at man innenfor rammene av de overordnede prioriteringene for tjenestene kan iverksette systemtiltak som understøtter gode forløp. Dette forutsettes å bli en viktig innfallsvinkel for det videre arbeidet for å utvikle en god helse- og omsorgstjeneste for den samiske befolkningen.

Boks 11.1 Faktaopplysninger

Samene er ett folk med bosettingsområder i fire stater: Norge, Sverige, Finland og Russland. Det bor omlag 70 000 samer i Norge idag. Hovedtyngden av den samiske bosetningen er i de nordligste fylkene, særlig Finnmark og Nord-Troms, men også Midt- og Sør-Troms, Nordland, Trøndelagsfylkene og Hedmark har samisk bosetning. I dag har også mange samer flyttet til byer og tettsteder langt unna hjemtraktene. Men det finnes ikke ajourførte registreringer av hvor mange samer det er i Norge eller hvor de er bosatt. Kun i noen få kommuner er samene i flertall. Det gjelder kommuner innen det samiskspråklige forvaltningsområdet – der samisk og norsk er likestilte språk i den offentlige forvaltningen. Det samiskspråklige forvaltningsområdet omfatter kommunene Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Tana og Nesseby i Finnmark, Kåfjord i Nord-Troms, Tysfjord i Nordland og Snåsa i Nord-Trøndelag. Sameloven (lov av 12. juni 1987 nr 56) sier i § 3–5 om samisk språk: «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». De kommuner og fylkeskommuner som ligger i forvaltningsområdet for samisk språklov har et særskilt ansvar for å utvikle helse- og sosialtjenester tilpasset den samiske befolkning, ut fra de forpliktelsene som ligger i Sameloven.

11.1 Språk

Mange samer har behov og rettskrav for å bruke sitt morsmål i samtale med helsepersonell. Språkproblemer kan resultere i at man ikke får den rette faglige utredning, stilt riktig diagnose og gitt rett behandling. Helse- og omsorgspersonell vil som regel registrere om en bruker har vansker med å uttrykke seg på norsk. Men helse- og omsorgstjenesten evner i for liten grad å hjelpe samisktalende i slike situasjoner. I dag besitter for få helsemedarbeidere samisk språkkompetanse, og tolketjenesten er for lite utbygd. Mange er for tilbakeholdende med å fortelle at de ikke forstår, eller har behov for tolkning. Enkelte samer unnlater derfor å oppsøke helse- og omsorgstjenesten, selv når de har betydelige hjelpebehov. Både stat, fylkeskommuner og kommuner med samisk befolkning har ansvar for at språkproblemer i forbindelse med tjenesteytelsene blir ivaretatt, slik at elementære brukerrettigheter kan innfris.

I dag er i første rekke barn under skolealder, utviklingshemmede og eldre, helt enspråklige. For disse vil innleggelse i institusjoner virke svært fremmedgjørende. Flere enn de helt enspråklige har vansker med å kommunisere på norsk og å oppfatte norsk informasjon i en krisesituasjon, slik sykdom og personlige problemer kan være. Denne gruppen bør få uttrykke seg på sitt eget språk i møtet med helse- og omsorgstjenesten. Samisk språk må da ikke være et knapt gode som kun fordeles til de med størst hjelpebehov.

11.2 Kulturell kommunikasjon

Kulturelle kommunikasjonsproblemer mellom helse- og omsorgspersonell og samer handler om at personell ikke kjenner til, eller forstår, samers bakgrunn, tenkemåte og væremåte. Et annet forhold er at helse- og omsorgspersonell ofte behandler brukere på en måte som er kulturelt fremmed for samer. Dette gjelder særlig at normene for brukeradferd og institusjonenes fysiske særpreget med lange korridorer og lite felleskap kan virke fremmedgjørende.

Den samiske befolkning har lange tradisjoner for selvhjelp gjennom bruk av personlige nettverk for å motvirke helseplager og løse personlige problemer. Det kan ofte være en utfordring å få helse- og omsorgstjenesten til å spille på lag med disse ressursene, slik at de utfyller hverandre. Særlig kan folkemedisin og åndelig bistand fra nærmiljøet bli sett på med skepsis av helse- og omsorgspersonell.

11.3 Utfordringer

Manglende språk og kulturforståelse kan føre til at symptomer på sykdom blir feiltolket og behandlingsforløp og medisinerings, eller mangel på sådan, kan få alvorlige konsekvenser. Mye tyder på at det er en underreportering av sykdom hos den samiske befolkning. Det er særlig i forhold til psykisk helse, medisinsk hjelp ved fødsel, kroniske sykdommer, alderdom og død at det oppstår problemer og misnøye med helsetjenesten. Helsetjenesten for den samiske befolkning har i dag i liten grad vært innrettet mot forløpsstykningen mellom tjenestenivåene. I den forbindelse er det nødvendig å se på muligheten til elektronisk kommunikasjon på samisk mellom tjenestenivåene og innad i helsetjenesten. Sametinget har siden 1999 forvaltet tilskuddsmidler til prosjekter innen helse- og sosialtjenesten. Disse har i stor grad vært innrettet mot kommunalt nivå. Helse- og omsorgsdepartementet vil drøfte med Sametinget hvordan tilskuddsmidler til Sametinget i større grad kan innrettes mot helhetlige pasientforløp i overgangen mellom ulike helsetjenester, og samhandling mellom tjenestenivåene.

En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for den samiske befolkning. I tillegg vil en slik organisering og større grad av mulighet for stabilitet i samiskspråklige helsetilbud og til utvikling av samisk fagkompetanse. Styrking av primærhelsetjenesten er et viktig satsings-

Boks 11.2 Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern

Takket være særskilte statlige midler har institusjonene BUP-Karasjok og DPS-Lakselv kunnet utvikle seg til et samlet nasjonalt kompetansesenter for samisk psykiatri («*Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern*» – «SANKS»). I dag består institusjonen av to hovedavdelinger: en avdeling i Karasjok for barn og unge (bestående av BUP-poliklinikk, ambulant team, ungdomspsykiatrisk team, familieavdeling og ungdomspsykiatrisk avdeling), og en avdeling for voksne i Lakselv (bestående av avdeling, akutteam og poliklinikk).

Det er i tillegg opprettet «satellitter» av fagfolk både i lulesamisk område (Tysfjord) og sørsamisk område (Snåsa), foruten i Oslo. Modellen til SANKS, med en sterk base lokalisert i samisk miljø, kombinert med utplasserte fagfolk i ulike områder med samisk befolkning, har vist seg svært positiv, og har blitt tatt godt i mot i det samiske miljøet.

område for samhandlingsreformen. Generelle tiltak som bedre kommunal organisering, utvikling av fastlegerollen, kommunesamarbeid med robuste fagmiljøer og IKT-utvikling, vil være reformer som også vil komme den samiske befolkning til gode. Når det gjelder økonomiske insitamenter overfor kommuner, er det viktig å ta hensyn til samiskspråklige forvaltningsområder da disse har krav til å yte likeverdige helsetjenester på samisk og norsk.

11.4 Spesialisthelsetjenesten

Den samiske befolkning har de senere år rettet kritikk mot spesialisthelsetjenesten med bakgrunn i dårlig kommunikasjonen og samhandling mellom den samiske pasient/pårørende og helsepersonell. I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det de siste årene lagt til grunn at et overordnet mål for helsetjenestene er et likeverdig tilbud, uavhengig av etnisk bakgrunn. De regionale helseforetakene har et klart ansvar for å ivareta tilbudet til den samiske befolkning. Samiske pasienters rett til, og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas. Det skal etableres

tolketjenester til pasienter som har behov for dette. De regionale helseforetakene skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning.

Helse Nord RHF viderefremmet i 2008 og 2009 kravet om å styrke tilbudet til samisk befolkning i sitt oppdragsdokument til helseforetakene. Viktige faktorer for å sikre ivaretagelse av behovet for tilrettelegging er tolketjenester, styrking av kompetanse, bevissthet om behovet for samisk språk- og kulturkompetanse blant personellet og rekruttering av samisktalende personell.

Helse Nord RHF har i sin årlige melding for 2008 til departementet rapportert at samisk tolketjeneste er tilgjengelig på dagtid i Helse Finnmark. Utover den ordinære arbeidstid tilbyr Helse Finnmark tolketjeneste pr. telefon. Helse Nord RHF vektlegger at arbeidet med å bedre tolketjenestene

til samisk befolkning er et viktig oppfølgingspunkt også i 2009. I sitt oppdragsdokument til Helse Finnmark for 2009 presiserer Helse Nord RHF at helseforetaket skal ivareta tolketjenester til pasienter med behov for tolking på samisk, øke andel samisktalende personell ved for eksempel å tilby kurs i samisk språk, synliggjøre at virksomheten har en tverrkulturell befolkning, f.eks. i stillingsannonser, ved skilting etc., og at helseforetaket skal samarbeide med SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter) om kompetanseutvikling i egne tjenestetilbud.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i dialog med Sametinget vurdere et prosjekt hvor målet er å bedre tolketjenesten ytterligere. Prosjektet vil bli igangsatt i løpet av planperioden, men er fortsatt under planlegging og den endelige form og finansiering er ikke avklart.

12 Særskilte utfordringer knyttet til innvandrerbefolkningen

Kjernen i samhandlingsutfordringen er å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Hvilke tjenester som kan gis vil naturligvis avhenge av metoder og teknologi som er utviklet innen medisinen og de ulike helsefagene, og myndighetenes bestemmelser om prioriteringer og pasientrettigheter. En god helsetjeneste er i tillegg avhengig av at pasientenes røst både fanges opp av og preger tjenestene. Når det gjelder å fange opp utfordringene for innvandrere og minoriteter vil utfordringen i stor grad bestå av at man makter å kombinere følgende forhold.

På den ene side må helse- og omsorgstjenestene, i forhold til de ulike minoritetsgruppene, evne å se hvilke gjennomgående trekk som påvirker behovene for helsetjenester. Likeens må en evne å se hvordan tjenestene må gjøres tilgjengelige og hvordan kommunikasjon og medvirkning må tilrettelegges for at tjenestene skal treffe behovene. På den annen side vil den enkelte bruker av helse- og omsorgstjenestene ha sin individualitet, som mer eller mindre kan avvike fra de gjennomgående trekkene hos gruppen. Det bør være et krav at helse- og omsorgstjenestene utvikler virksomhetskulturer og øvrige forutsetninger slik at særtrekkene i det enkelte tilfellet blir fanget opp.

Boks 12.1 Faktaopplysninger

Det bor 423 000 innvandrere i Norge, og 86 000 personer norskfødte med innvandrerforeldre. Innvandrerbefolkningen utgjør totalt 10,6 prosent av befolkningen. Det bor innvandrere i alle landets kommuner. Oslo har den største andelen, med 152 000, 26 prosent av befolkningen. 47 prosent av innvandrerne har bakgrunn fra Asia, Afrika og Latin Amerika. To av ti innvandrere har bodd i Norge i mer enn 20 år og fire av ti har bodd i Norge i 4 år eller mindre. Pasientrettighetsloven skal sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester uansett etnisitet, dvs. en tjeneste av god kvalitet, at hjelpen er like tilgjengelig, forståelig og meningsfull til tross for ulike forutsetninger og forståelse.

Forskning viser at det er betydelig helseforskjeller, ikke bare mellom majoritetsbefolkningen og innvandrere fra lav-inntektsland, men også de ulike nasjonalgruppene imellom. Innvandrerbefolkningen frambyr et sykdomsmønster som på mange måter skiller seg fra majoritetsbefolkningen. Prinsippene for behandling kan være de samme, men jo mindre en helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og forkunnskaper, jo større krav stilles til språk, kommunikasjonsferdigheter og tid. Avhengig av hvor folk kommer fra i verden, kan brukerne fortolke sin helsetilstand og symptomer på ulike måter.

Det skal trekkes fram et eksempel som er spilt inn i dialogen med minoritetsgruppene: hva skjer når en pasient som ikke snakker norsk blir innlagt på akuttmottaket ved midnatt. Sykehuset har ikke råd til å tilby tolk, men har ikke problem med å ta imot en diabetespasient fem ganger, fordi vedkommende, på grunn av språkproblemer ikke har forstått hva han har gjort galt. Dette er verken bra for pasient eller for samfunnet.

Stikkord om hva som er viktig som departementet har mottatt i dialogen med minoritetsorganisasjonene: tiltak for god dialog og for å svare på behovene for helsetjenester må være forankret i dokumentert kunnskap. Det må arbeides systematisk over lang tid, det må være helhetlige tilnæringsmåter og utviklingsarbeidet må ha solid ledelsesforankring. Innspillene er også at utfordringene må møtes på flere nivåer.

12.1 Tiltak rettet mot innvandrerbefolkningen

For at arbeidet med samhandling skal ta opp i seg minoritetsutfordringen vil et spekter av tiltak kreves. Dels må disse tiltakene finne sin utforming innenfor reformens hovedstrategier. Det legges ikke opp til at det i denne stortingsmeldingen skal foretas noen fullstendig gjennomgang av aktuelle tiltak. Departementet vil konsentrere seg om hvordan en på to viktige områder i det kommende reformarbeidet skal tilstrebe å fange opp minoritetsutfordringene:

- I dialogprosessene, som forutsettes å være et sentralt element i implementeringen av reformen.
- I arbeidet med pasientforløp, der den sentrale hensikt er at god forståelse av pasientenes behov for tjenester skal gi grunnlaget for å identifisere og iverksette de nødvendige systemtiltakene.

12.1.1 Dialogprosessene

Helse- og omsorgsdepartementet vil legge vekt på å finne fram til en god balanse mellom to hensyn. På den ene siden at det spilles på lag med mange av pasient- og brukerorganisasjonene som etter hvert legger vekt på å være representanter for minoritetsgruppene, både gjennom å tilstrebe at gruppene blir godt representert i medlemsmassen og gjennom at deres interessearbeid ivaretar de særlige hensynene som gjør seg gjeldene. På den annen side vil det fremdeles være behov for at minoritetsgruppens egne organisasjoner, enten disse er særskilte organisasjoner for helse- og omsorgsområdet eller har et mer generelt formål, har kanaler inn mot helse- og omsorgssektorens myndighets- og tjenestenivå. Departementets ambisjon er at en gjennom denne tilnæringsmåten skal unngå at det utvikler seg unødige særomsorgsordninger, men at det likevel blir satt tilstrekkelig søkelys på de ulike minoritetsgruppens spesifikke utfordringer.

12.1.2 Pasientforløp

Det er i kapittel 5 nærmere beskrevet hvordan man framover ønsker å systematisere arbeidet for å finne fram til gode pasientforløp og hva som er gode systemtiltak for at det blir disse forløpene i den praktiske tjenesten. I dialog med organisasjonene skal det her legges vekt på at det blir vurdert om det er mønstre i minoritetsgruppens behov og relasjon til helse- og omsorgstjenesten som bør påvirke utformingen av pasientforløpene.

Helsetjenesten for innvandrerbefolkningen har i liten grad vært innrettet mot forløpstenkingen mellom tjenestenivåene. En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for innvandrerbefolkningen. I tillegg vil en slik organisering gi større grad av mulighet for stabilitet i innvandrervennlige helsetilbud og til utvikling av fagkompetanse. Styrking av primærhelsetjenesten er et viktig satsingsområde for samhandlingsreformen. Generelle tiltak som bedre kommunal organisering, utvikling av fastlegerollen, kommunesamarbeid med robuste fagmiljøer og IKT-utvikling, vil være elementer som også vil komme innvandrerbefolkningen til gode.

Vedlegg 4

Kunnskap, egenskaper og institusjoner

Samer	Innvandrere
Kulturelle kommunikasjonsproblemer mellom helse- og omsorgspersonell og samer handler om at personell ikke kjenner til, eller forstår samers bakgrunn, tenkemåte og væremåte.	På den ene siden må helse- og omsorgstjenesten, i forhold til de ulike minoritetsgruppene, evne å se hvilke gjennomgående trekk som påvirker behovene for helsetjenester (...). På den andre siden vil den enkelte bruker av helsetjenestene ha sin individualitet som mer eller mindre kan avvike fra gjennomgående trekk hos gruppen
Den samiske befolkningen har lange tradisjoner for selvhjelp gjennom bruk av personlige nettverk for å motvirke helseplager og løse personlige problemer (...). Særlig kan folkemedisin og åndelig bistand fra nærmiljøet bli sett på med skepsis av helse- og omsorgspersonell.	Prinsippene for behandling kan være de samme, men jo mindre enn helsearbeider kan ta for gitt når det gjelder sykdomsforståelse og forkunnskaper, jo større krav stilles til kommunikasjonsferdigheter og tid.
Dette gjelder særlig at normene for brukeradferd og institusjonenes fysiske særpreg med lange korridorer og lite fellesskap kan virke fremmedgjørende	Hva skjer når en pasient som ikke snakker norsk blir lagt inn på akuttmottaket ved midnatt. Sykehuset har ikke råd til å tilby tolk, men har ikke problemer med å ta i mot en diabetespasient fem ganger, fordi vedkommende på grunn av språkproblemer ikke har forstått hva han har gjort galt. Dette er verken bra for pasienten eller samfunnet.
Takket være særskilte statlige midler har institusjonene BUP-Karasjok og DPS-Lakselv kunnet utvikle seg til et samlet nasjonalt kompetansesenter for samisk psykiatri.	

Vedlegg 5

Tiltak	
Samier	Innvandrere
En helsetjeneste med større grad av desentralisering av spesialisthelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for den samiske befolkning. I tillegg vil en slik organisering og større grad av mulighet for stabilitet i samiskspråklige helsetilbud og til utvikling av samisk fagkompetanse.	En helsetjeneste med større grad av desentralisering og spesialhelsetjenester, med tilbud også utenfor sykehusene og nærmere pasientene, vil være særskilt positivt for innvandrerbefolkningen. I tillegg vil en slik organisering gi større grad av mulighet for stabilitet i innvandrervennlige helsetilbud, og til utvikling av fagkompetanse
I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene er det de siste årene lagt til grunn at et overordnet mål for helsetjenestene er et likeverdig tilbud, uavhengig av etnisk bakgrunn.	Generelle tiltak som bedre kommunal organisering, utvikling av fastlegerollen, kommunesamarbeid med robuste fagmiljøer og IKT-utvikling, vil være elementer som også vil komme innvandrerbefolkningen til gode.
Samiske pasienters rett til, og behov for tilrettelagte tjenester skal etterspørres og synliggjøres i planlegging, utredninger og når beslutninger tas. Det skal etableres tolketjenester til pasienter som har behov for dette. De regionale helseforetakene skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning.	Det må arbeides systematisk over lang tid, det må være helhetlig tilnæringsmåter og utviklingsarbeidet må ha solid ledelsesforankring. Innspillene er også at utfordringene må møtes på flere nivåer
Både stat, fylkeskommuner og kommuner med samisk befolkning har ansvar for at språkproblemer i forbindelse med tjenesteytelsene blir ivarettatt, slik at elementære brukerrettigheter kan innfris.	Det bør være et krav at helse- og omsorgstjenestene utvikler virksomhetskulturer og øvrige forutsetninger slik at særtrekkene i det enkelte tilfellet blir fanget opp. På den ene siden at det spilles <i>på lag med mange av pasient- og brukerorganisasjonene (...)</i> , og på den andre siden at disse organisasjonene har <i>kanaler inn mot helse- og omsorgssektorens myndighets- og tjenestenivå</i>
	I dialog med organisasjonene skal det her legges vekt på at det blir vurdert om det er mønstre i minoritetsgruppene behov og relasjon til helse –og omsorgstjenesten som bør påvirke utformingen av pasientforløpene

