

**Overordnet organisering av
spesialisthelsetjenestene til den
samiske befolkningen i Norge -
Vurderinger og alternativer**

Utredning på oppdrag fra
Samisk legeförening

Johan Ailo Kalstad
Mars 2016



Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
1.1 Mandat og avgrensninger	3
1.2 Metode	4
2. Anbefalinger	5
3. Bakgrunn	7
3.1 Den samiske befolkningen	7
3.2 Spesielle helseutfordringer knyttet til den samiske befolkningen	8
3.3 Særlige rettigheter og politiske føringer knyttet til samers helse	8
4. Beskrivelse av dagens organisering	10
4.1 Helseforetakene	10
4.2 Spesialisthelsetjenester spesielt rettet mot samiske brukere	13
5. Medbestemmelse og representasjon	17
5.1 Samisk representasjon og medbestemmelse	17
5.2 Organisering av samiske institusjoner i andre norske sektorer	19
5.3 Organisering av helsetjenester hos andre urfolk	21
5.4 Oppsummering og sammenligning	22
6. Utfordringer ved og argumenter for dagens organisering	24
6.1 Utfordringer ved dagens organisering	24
6.2 Argumenter for å beholde dagens struktur og risiko	27
7. Alternativer og vurderinger	30
7.1 Sentrale forutsetninger og krav som bakgrunn for alternative modeller	30
7.2 Alternativer og vurderinger	31
7.3 Vurderinger i forhold til kriterier	36
Kilder	39

1. Innledning

Et likeverdig helsetilbud til den samiske befolkningen har vært og er fremdeles en prioritert rettighet for samene. Det å møte forståelse i helsevesenet, uavhengig av etnisk og språklig tilhørighet, er en grunnleggende menneskerettighet som er særlig viktig for folk med minoritetsbakgrunn. Samene har gjennom sin status som urfolk i tillegg særskilte rettigheter til at deres kulturelle egenart reflekteres.

Norske helsemyndigheter er gjennom norske lover og folkeretten forpliktet til å tilby en likeverdig spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen. Disse anerkjenner også at samer har særegne behov og egne tilnærminger til egen helse som krever at de blir møtt av et helsevesen som er tilpasset deres språk og kultur. ILO 169 pålegger stater dessuten å ta med urfolk i planlegging og administrasjon av helsetjenester slik at disse er godt forankret i lokalmiljøene.

Denne utredningen ser på dagens organisering av spesialisthelsetjenestene og alternativer til en fremtidig organisering som ivaretar hensynet til den samiske befolkningen. Utredningen har fokus på den overordnede organiseringen. Den ser derfor særlig på hvilken overordnet organisatorisk tilknytning, representasjon, medbestemmelse og autonomi samiske ressurser har og bør ha for å understøtte at norsk helsemyndigheter møter sine forpliktelser.

Organiseringen av spesialisthelsetjenestene vil ha innvirkning på hvordan norske helsemyndigheter lykkes i å oppfylle sine forpliktelser, da denne gjenspeiler hvordan ressurser og aktiviteter blir koordinert og integrert for å oppnå strategiske mål. Gitt at språklige og kulturelt tilpassede spesialisthelsetjenester inngår som sentrale nasjonale mål er det relevant å se på hvordan dette gjenspeiles gjennom organisasjonsstrukturen.

En hensiktsmessig organisering av spesialisthelsetjenestene skal på overordnet nivå sikre at hele befolkningen i Norge får de tjenestene den har krav på. I en samisk kontekst betyr det at ressurser med særlig kompetanse i samisk språk og kultur blir utnyttet på en hensiktsmessig måte. I hvilken grad samiske interessenter er representert i styrende organer, ledelsesgrupper og hvilken autonomi samiske ressurser har til å ta egne beslutninger er i den sammenheng faktorer som vil bestemme hvordan samiske perspektiver når gjennom og tas hensyn til.

Denne rapporten er organisert som følger. Kapittel 2 sammenfatter anbefalinger. Kapittel 3 gir en bakgrunn om den samiske befolkningen, dens helseutfordringer, samt relevante overordnede juridiske og politiske føringer. Kapittel 4 gir en beskrivelse av dagens helseforetaksmodell og hvordan de samiske perspektivene er inkludert her. I kapittel 5 vurderes de samiske ressursenes autonomi og medbestemmelse i dagens modell. Her gjøres det også en sammenligning av spesialisthelsetjenestene for samer i forhold til noen samiske institusjoner i andre sektorer og helsetjenester for urfolk i andre land. Kapittel 6 sammenfatter de vesentligste utfordringene og argumenter for å beholde dagens modell basert på intervjuer og observasjoner. I kapittel 7 vurderes fire hovedalternativer for mulige nye organisasjonsstrukturer for samiske spesialisthelsetjenester.

1.1 Mandat og avgrensninger

Utredningen er gjort på oppdrag fra Samisk legeforening. I mandatet sies det at arbeidet gjelder *"Utarbeidelse av forslag til fremtidig organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet for den samiske befolkningen"*. Utredningen skal vurdere dagens organisering med hensyn til den samiske befolkningen, foreslå alternativer for en ny organisering og gi en konkret anbefaling.

Mandatet må ses i forbindelse med planene om å opprette en Samisk helsepark i Karasjok. En arbeidsgruppe ledet av Siv Kvernmo anbefalte i 2013 at denne både skal samlokalisere og samle virksomhetene som i dag ligger under SANKS og Samisk spesialistlegesenter under en felles organisering (se kapittel 4.2). Styret til Finnmarkssykehuset vedtok i desember 2015 å gå videre med å utrede et konsept til Samisk helsepark, men utsatte spørsmålet om organisering.

Mandatet til denne utredningen er imidlertid ikke avgrenset til Samisk helsepark og Finnmarkssykehuset. Et viktig premiss for utredningen er å se på hvordan det nasjonale ansvaret for samer i hele Norge kan ivaretas, dvs også utenfor Finnmark.

Utredningen tar likevel ikke stilling til den interne organiseringen og innholdet til de samiske spesialisthelsetjenestene. Disse anses som grundig utredet av arbeidsgruppen til Kvernmo, og fungerer her mer som et premiss. Det understrekes også at vurderingene er gjort på et overordnet nivå med utgangspunkt i de særlige behovene til den samiske befolkningen og Norges tilhørende forpliktelser.

Rapporten må dermed leses som et innspill til en prinsipiell debatt om en overordnet organisering av spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen. Det er naturlig at det gjøres en dypere konsekvensanalyse med hensyn til blant annet økonomi, risiko, grensesnitt m.m. dersom spørsmålet aktualiseres. En slik analyse vil blant annet kreve en forankring hos eierne av dagens spesialisthelsetjenester og tilgang til relevante ressurser, og det er derfor ikke gjort i dette arbeidet.

Utredningen tar utgangspunkt i den gjeldende helseforetaksmodellen med regionale helseforetak og underliggende helseforetak slik den er i dag. Den tar dermed ikke hensyn til eventuelle endringer som kan komme. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har satt ned Kvinnslandsutvalget som skal se på en alternative organiseringer av de regionale helseforetakene. Vurderinger og anbefalinger som gis i denne rapporten kan imidlertid fungere som relevante innspill til dette arbeidet.

1.2 Metode

Utredningen er i hovedsak grad basert på offentlig tilgjengelige dokumenter, hjemmesider, intervjuer og egne observasjoner.

Intervjuobjektene er valgt med sikte på å fange opp en relevant og bred representasjon. Spesielt er det lagt vekt på å intervju personer med ledende stillinger i helseforetakene, både på administrativt og styrenivå. I tillegg er representanter for de samiske spesialisthelsetjenestene intervjuet, samt akademiske fagpersoner med spesiell innsikt i kulturelle forhold i helsesektoren. Intervjuene skal dermed fange et bredt spekter av perspektiver, interesser og ansvarsnivåer. En fullstendig liste over objektene finnes under *Kilder*.

Medlemmer i Samisk legeforening har vært behjelpelig med å finne egnede intervjupersoner og kommet med innspill til utkast underveis. Rapportens vurderinger, konklusjoner, valg av intervjuobjekter m.m. er imidlertid gjort uavhengig av oppdragsgiveren.

For ordens skyld nevnes at administrerende direktør i Helse Nord, Lars Vorland, samt konstituert adm. dir. i Finnmarkssykehuset, Stein Erik Breivikås, ikke har ønsket å la seg intervju. Det er begrunnet ut fra mandatet for utredningen og pågående organisasjonsprosesser i Finnmarkssykehuset.

2. Anbefalinger

- Organiseringen av helseforetakene i Norge bør reflektere samenes særstilling som urfolk samt behov for språklige og kulturelt tilpassede spesialisthelsetjenester. Den overordnede organisasjonsstrukturen må erkjenne at samene har en rett til selvbestemmelse, og at samiske fagpersoner sitter på de beste forutsetningene til å utforme spesialisthelsetjenester tilpasset språklige og kulturelle behov
- Det bør opprettes et selvstendig helseforetak med et uavhengig styre og administrasjon under dagens Helse Nord (eller tilsvarende) med et spesielt og nasjonalt ansvar for spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen. Et eget helseforetak er det eneste alternativet som gir samiske fagpersoner en nødvendig autonomi i form av et uavhengig styre og en administrativ ledelse som tar spesielt ansvar for kulturelt og språklige tilpassede spesialisthelsetjenestene for den samiske befolkningen. Det understrekes med at et eget samisk helseforetak ikke betyr at det opprettes egne og segregerte helsetjenester for samer, men at fagressurser med en særegen samisk språk- og kulturkompetanse gis en nødvendig autonomi til å gjøre egne vurderinger og prioriteringer innenfor det norske spesialisthelsetesystemet i nært samarbeid med øvrige helseforetak
- Det nye helseforetaket bør
 - få ansvar for driften av virksomheten under en fremtidig Samisk helsepark,
 - ha en rådgivende og veiledende rolle som støtter øvrige norske helseforetak i å oppfylle deres samlede ansvar for den samiske befolkningen,
 - støtte Helse Nord i strategiske og faglige spørsmål knyttet til den samiske befolkningen,
 - ha et nært og forpliktende samarbeid med nærliggende helseforetak gjennom faglig ressursdeling og administrativ tilknytning for å sikre et tilstrekkelig fagmiljø og kvalitet samt effektiv ressursutnyttelse
- På kort sikt anbefales det at virksomheten under en fremtidig Samisk helsepark løftes opp som en egen klinikk under Finnmarkssykehuset eller UNN. Det forutsettes samtidig at vedtektene til Finnmarkssykehuset eller UNN styrkes slik at klinikkens (dvs helseparkens) nasjonale oppgaver tydeliggjøres og at klinikken sikres en tilfredsstillende grad av selvstendighet og representasjon
- Det anbefales også at man på kort sikt skiller ut forsknings- og kompetansevirksomhetene under en fremtidig Samisk helsepark under et eget styre som rapporterer direkte til Helsedirektoratet. Virksomheten bør imidlertid underlegges samme administrative ledelse som den kliniske virksomheten under Samisk helsepark for å beholde synergiene man høster av i dag
- Kapasiteten til Helse Nord bør styrkes rundt samiske spørsmål for å kunne ta et sterkere overordnet, nasjonalt og strategisk ansvar for spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016-2019
- Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord bør utvikle egne nasjonale strategiplaner for den samiske befolkningen
- Sametinget bør styrke sin kapasitet knyttet til helsespørsmål. Sametinget bør ta en tydeligere og mer konkret rolle der man også er i stand til å støtte helseforetakene med konkrete råd om hvordan tiltak bør gjennomføres, samt formidle konkrete ønsker og behov hos den samiske befolkningen

- Det er et stort behov for mer kunnskap om behov og utfordringer knyttet til spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen, både hva gjelder omfang og presisjon. Relevante myndigheter bør sammen med Sametinget vurdere hvordan man kan opprette et datatilfang og styrke relevante forskningsmiljøer for å kunne følge med på samenes helsebehov og effekt av tiltak

3. Bakgrunn

3.1 Den samiske befolkningen

Det tradisjonelle samiske bosetningsområdet strekker seg fra Engerdal i sør til Varangerhalvøya i nordøst. I tillegg strekker området seg over store områder av Sverige, Finland og Kolahalvøya i Russland.

Grovt sett regner man med at det i Norge finnes rundt 50- 60 000 samer. Av disse anslås rundt halvparten som samisktalende (Samiske tall forteller 6, 2013). Den samiske befolkningen og det samiske språket er relativt sterkest representert i Indre-Finnmark. I Kautokeino regner man for eksempel med at ca 90% snakker samisk til daglig. I kystområder samt i lule- og sørsamiske områder har derimot språket vært under sterkt press over lengre tid. I disse områdene behersker relativt få språket i dag.

Det er imidlertid knyttet stor usikkerhet til estimater og tall som beskriver den samiske befolkningen. I Norge føres det ingen etnisk registrering av samer, og tall omkring samer baseres derfor på indikative metoder. Sametingets valgmannstall og bosetninger i avgrensede områder definert som samiske (for eksempel Sametingets områder for tilskudd) er eksempler på slike indikatorer på en samisk tilhørighet.

Det er knyttet flere svakheter til å bruke disse som indikatorer. For det første er valgmannstallet basert på frivillighet, der en innmelding gir stemmerett ved sametingsvalgene. Man må anta at enkelte samer har valgt å stå utenfor. I tillegg utelukker den samer som av ulike årsaker ikke oppfyller kravene for generell stemmerett i Norge, f.eks. mindreårige. Problemet med å bruke bostedsadresse som etnisk markør er først og fremst at man dermed ekskluderer samer som bor utenfor de definerte områdene. For eksempel ekskluderes vanligvis samer som bor i byer og sørsamiske områder. I tillegg vil man inkludere ikke-samer i områdene.

Sametingets valgmannstall per 2015 indikerer imidlertid at vi finner de største samiske bosetningene i Indre-Finnmark, Alta, Tromsø og Oslo. Kommunene med flest innmeldte er Kautokeino (1538), Karasjok (1282), Tromsø (1186), Alta (1153), Tana (860) og Oslo (755). Halvparten av de innmeldte har adresse i Finnmark, mens 79% bor i Nord-Norge (sametinget.no).

I følge *Broderstad* (2012) har det i løpet av de siste 40 årene skjedd en relativt sterk flytting fra samiske distrikter til byer. Denne flyttingen har særlig gått til Tromsø, Alta og Oslo. I tillegg har det skjedd tilflytning også til andre byer tilknyttet tradisjonelle samiske områder.

Den samiske befolkningen er mangfoldig i form av flere språk, næringsutøvelse og øvrige kulturmarkører. I Norge er det i alle fall fem samiske språkområder: øst-, nord-, pite-, lule og sørsamisk. De to sistnevnte er av UNESCO kategorisert som svært truede, mens nordsamisk er truet. Det gjøres derfor en stor innsats for å bevare og utvikle samisk språk og kultur. Man regner i dag med at 25 000 snakker nordsamisk, mens under tusen personer snakker henholdsvis lule- og sørsamisk. Det er svært få i Norge som behersker pite- og østsamisk (regjeringen.no).

Flertallet av samer arbeider ikke lenger innen tradisjonelle primærnæringer, men er i stor grad integrert i sekundær- og tertiærsektorene. Imidlertid har reindrift, jordbruk, jakt, fiske, duodji og andre tradisjonelle næringer fremdeles en sentral posisjon i den samiske kulturen og offentligheten. Disse er viktige identitetsmarkører og får ofte fokus i media og samfunnsdebatter. Spesielt gjelder dette reindrift. I følge Landbruksdirektoratet er rundt 3300

personer formelt registrert gjennom en siidaandel. Grovt regnet kan man derfor si at under hver tiende same i Norge har en aktiv tilknytning til næringa.

3.2 Spesielle helseutfordringer knyttet til den samiske befolkningen

Det finnes begrenset kunnskap om helsesituasjonen til den samiske befolkningen. Som nevnt finnes ingen enhetlige registre over samer. Kunnskapen begrenses derfor i stor grad av de metodiske utfordringene knyttet til å identifisere befolkningen. Datakildene er begrenset til et fåtall befolkningsundersøkelser og registerepidemiologiske undersøkelser koblet til folketellingen fra 1970. Fra forskningshold fremholdes et betydelige behov for mer kunnskap (Brustad, 2009).

Kunnskapsgrunnlaget man sitter på indikerer imidlertid få markante helsemessige forskjeller mellom den samiske og den ikke-samiske befolkningen. Imidlertid pekes selvmord og brå død som en særlig utfordring blant unge samiske menn (Kvernmo m.fl., 2013).

Det antas også at samer har en tilnærming til sykdom og lidelser som skiller seg fra ikke-samer. En kvalitativ undersøkelse viser at samer gjerne ikke snakker direkte om helse og sykdom, men har en mer taus og indirekte tilnærming. Ulike forståelser og måter å uttrykke seg på kan derfor by på kommunikasjonsutfordringer mellom samiske pasienter og helsepersonell (Bongo, 2012). Dette bekreftes også gjennom flere av intervjuene som er gjort gjennom denne utredningen, selv om problemstillingen ikke har vært en del av det primære mandatet.

Samer sier seg dessuten mindre fornøyd med legetjenestene, i følge funn fra SAMINOR-studien utført i 2003-2004. Misnøyen var særlig markant blant samisktalende innenfor forvaltningsområdet for samisk språklov, der 32% svarte at de var misfornøyd eller meget misfornøyd. Til sammenligning svarte 8% av de norskspråklige i undersøkelsen det samme. Samer sa seg også mindre fornøyd med den psykiatriske helsetjenesten (Nystad m.fl., 2006).

En utredning som ble gjort i 2011 av Helse Nord konkluderte med at samer mottar likeverdige spesialisttjenester sammenlignet med den øvrige befolkningen. Dette ble basert på en sammenligning av hyppigheten i bruk av sentrale spesialisthelsetjenester blant brukere bosatt i forvaltningsområdet for samisk språklov sammenlignet med innbyggere i elleve kystkommuner med en antatt liten samisk befolkning. Undersøkelsen høstet imidlertid kritikk fra ulike fagmiljø på grunn av metodiske svakheter. Blant annet gikk kritikken ut på at sammenligningen satte likhetstegn mellom frekvens og likeverdighet. Kritikerne mente at likeverdighet først og fremst må knyttes til den kulturelle og språklige utformingen av tjenestene, ikke hvor ofte de blir brukt. I tillegg ble valget av de elleve kystkommunene kritisert, der disse ifølge kritikerne har en større samisk befolkningen enn det utredningen forutsatte (sykepleien.no).

3.3 Særlige rettigheter og politiske føringer knyttet til samers helse

Oppmerksomheten rundt samiske helsetjenester må forstås i sammenheng med den generelle samepolitiske utviklingen i Norge. Gjennom ratifiseringen av ILO 169 har norske myndigheter anerkjent at samene har en særstilling som urfolk. Dermed har myndighetene forpliktet seg til å legge til rette for at samene skal ha mulighet til å ta vare på og utvikle sin kultur og samfunn på egne premisser. Opprettelsen av Sametinget og andre samiske institusjoner må ses i dette lyset.

I denne sammenheng fremheves det at ILO 169 forplikter statene til å yte forsvarlige helsetjenester til urfolk og at disse skal ta hensyn til "økonomiske, geografiske, sosiale og kulturelle forhold så vel som deres tradisjonelle forebyggende metoder, behandlingspraksis

og medisiner". Dessuten skal myndighetene se til at tjenestene er forankret i lokalmiljøene, samt administrere og planlegge disse i samarbeid med urfolket (artikkel 25, punkt 2).

Regjeringen gjorde i 1995 en større utredning med et spesielt fokus på samiske helseforhold, "NOU 1995:6 Plan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkningen". Denne dannet på mange måter et formelt startskudd for mange av ordningene og ressursene som er spesielt tilrettelagt for samer. Her ble det blant annet slått fast at samer har et særlig behov for kulturelt og språklige tilpassede tjenester.

I 2001 tok Stoltenberg I-regjeringen dette arbeidet videre og konkretiserte en egen handlingsplan (*Mangfold og likeverd – Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge 2002-2005*). Her pekte man spesielt på behovet for rekruttering av samiske fagpersoner og opplæring av eksisterende personell. Det ble uttalt at tolketjenestene, informasjonsarbeidet og kunnskapsoppbyggingen burde styrkes. Regjeringen mente også at den administrative kapasiteten til Sametinget burde styrkes for å kunne ta en mer aktiv rolle i politikktutforming.

Handlingsplanen foreslo også et eget kompetansesenter, som senere ble materialisert gjennom opprettelsen av Samisk nasjonalt kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus (SANKS). Dette var imidlertid også tidligere foreslått gjennom St.meld. nr. 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet".

Senere regjeringer har ikke fulgt opp med egne handlingsplaner med fokus på den samiske befolkningen. De samiske perspektivene er likevel inkludert i forbindelse med større helsereformer og politiske målsetninger. Disse bekrefter de kulturelle og språklige utfordringene som er knyttet til spesialisthelsetjenestene, og gjentar myndighetens spesielle forpliktelser for den samiske befolkningen.

I denne sammenheng nevnes blant annet samhandlingsreformen (St.meld nr 47 2008-2009) som beskriver at en større grad av desentralisert spesialisthelsetjeneste vil være særlig positivt for den samiske befolkningen. Den argumenterer med at et desentralisert tilbud kan gi et tilbud nærmere pasientene, et mer stabilt samiskspråklig tilbud og tilrettelegge for kompetanseutvikling.

I nasjonal helse- og sykehusplan for 2016-2019 (St. meld. 11 2015-2016) gjentas at "Nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen og skal sørge for at det samiske perspektivet i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier ivaretas." (s. 49). Her fremkommer det også at Helse Nord har et nasjonalt og overordnet ansvar for å ivareta de helsepolitiske aspektene knyttet til spesialisthelsetjenestene for den samiske befolkningen.

4. Beskrivelse av dagens organisering

Det finnes i dag ingen egne autonome spesialisthelsetjenester med et dedikert fokus på den samiske befolkningene. De samiske perspektivene er i all hovedsak integrert i de ordinære spesialisthelsetjenestene gjennom helseforetakene. Det er imidlertid etablert spesialisthelsetjenester som bygger på samisk språk og kultur i Karasjok.

Helse Nord har et overordnet strategisk ansvar for å følge opp de nasjonale målene knyttet til den samiske befolkningen. Spesialisthelsetjenestene i Karasjok er underlagt Finnmarkssykehuset HF som er eid av Helse Nord.

Sametinget har ingen egen myndighet over spesialisthelsetjenestene, men har formelle konsultasjoner med Helse- og omsorgsdepartementet og en jevnlig dialog med Helse Nord.

I det følgende beskrives hovedtrekkene av den norske helseforetaksmodellen med tanke på videre diskusjon om hvordan de samiske ressursene kan organiseres. I tillegg beskrives Helse Nord og Finnmarkssykehuset som i dag har det overordnede ansvaret knyttet til den samiske befolkningen og de dedikerte samiske ressursene. Til slutt gis det en oversikt over den samiske representasjonen i denne modellen.

4.1 Helseforetakene

Den norske helseforetaksmodellen ble innført av daværende helse- og sosialminister Tore Tønne i 2001. Eierskapet til landets sykehus og øvrige spesialisthelsetjenester ble da flyttet fra fylkeskommunene til nyopprettede helseforetak underlagt staten.

Foretaksmodellen består av to nivåer. På det øverste nivået finner vi de regionale helseforetakene (RHF) som forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). RHF-ene har et såkalt "sørge-for-ansvar" og delegerer ansvaret for å faktisk utøve tjenestene til egne underliggende helseforetak (HF).

Bakgrunnen og prinsippet for foretaksmodellen er beskrevet i Ot.prp. nr 66 (2000-2001). Modellen skal blant annet legge til rette for at spesialisthelsetjenestene styres etter en moderne styringskultur, fleksibilitet for sykehusene innenfor definerte resultatkrav og et godt samarbeid med primærhelsetjenestene og andre. Det ble forutsatt at den nasjonale politiske styringen skulle konsentreres om overordnede forhold, mens helseforetakene ble ansvarliggjort for drift og gjennomføring av oppdraget.

Både de regionale helseforetakene og deres underforetak er egne rettssubjekter med oppnevnte styre og administrative ledelser. Statsråden er etter Helseforetaksloven gitt et relativt stort rom til å instruere foretakene. Imidlertid legger prinsippene for statlig eierskap føringen for et ryddig forhold mellom eier og formelle eierorgan. Styringen av helseforetakene skjer derfor i hovedsak gjennom målstyring og delegering i formelle foretaksmøter. Her utpekes styremedlemmer og overordnede rammer kommuniseres gjennom årlige oppdragsbrev.

I dag har i alt fire RHF-er det overordnede ansvaret for at befolkningen i de respektive regionene får spesialisthelsetjenestene de har krav på. De regionale helseforetakene har i tillegg ansvar for forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. RHF-ene yter ikke selv tjenestene, men påser at de underliggende helseforetakene sammen med private tilbydere har en organisering og funksjonsdeling som samlet dekker befolkningens krav.

Helseforetakene utøver tjenestene, og har et delegert ansvar for behandlingstilbud, forskning og undervisning og tilknyttede tjenester. Helseforetakene er egne rettssubjekter med frihet til å disponere ressurser innenfor overordnede rammer, mål og resultatkrav som stilles av eierne, dvs RHF-ene.

RHF-ene utøver formelt sin eierstyring av egne underliggende helseforetak gjennom egne foretaksmøter der egne styremedlemmer til helseforetakene oppnevnes. RHF-ene kommuniserer sine signaler gjennom oppdragsbrev, samt overordnede strategier og fagplaner som beskriver hvordan det helhetlige spesialisthelsetjenestetilbudet i regionen skal utformes.

Nåværende helse- og omsorgsminister Bent Høie har varslet en gjennomgang av helseforetaksmodellen. Han har i den forbindelse nedsatt Kvinnslandutvalget som skal vurdere mulige alternative modeller. Blant annet skal utvalget vurdere å erstatte de regionale helseforetakene med færre helseforetak direkte underlagt departementet, opprettelse av et eget direktorat med ansvaret for helseforetakene og et nytt nasjonalt helseforetak. Utvalget skal legge frem sin offentlige utredning (NOU) innen 1. desember 2016 (mandat fra HOD, september 2015).

Helse Nord

Helse Nord har som et regionalt helseforetak det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Nord-Norge og Svalbard. Regionen har i overkant av 480 000 innbyggere per 2015. Den følgende beskrivelsen er i hovedsak basert på Helse Nord's hjemmesider.

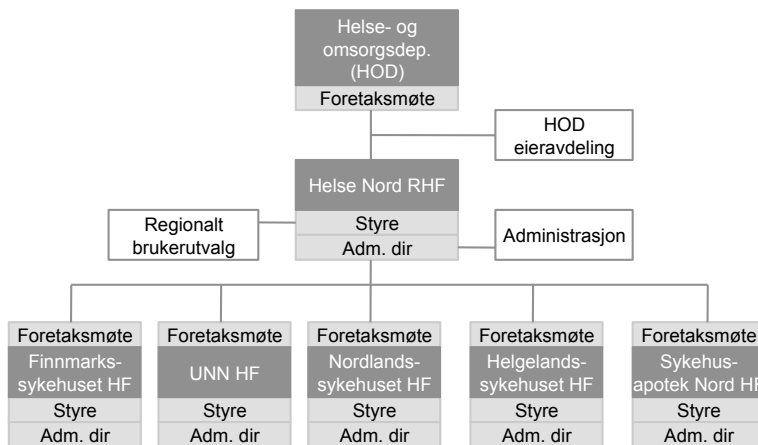
Helse Nord's øverste organ er foretaksmøtet som representeres av helse- og omsorgsministeren. Denne utpeker styret som i sin tur ansetter administrerende direktør. Styret består i dag av ti medlemmer, hvorav tre representerer de ansatte.

I tillegg er det opprettet et rådgivende brukerutvalg sammensatt av medlemmer etter innspill fra fylkeskommuner og eldreråd. Brukerutvalgets rolle er å formidle brukertilbakemeldinger basert på erfaringer og synspunkter.

Administrerende direktør leder en stab som er lokalisert til Bodø og har rundt 55 ansatte. Disse støtter administrerende direktør gjennom rådgivning, faglige evalueringer og en generell oppfølging opp av de underliggende helseforetakene.

Helse Nord har delegert tjenesteansvaret til fire geografisk inndelte helseforetak som strekker seg fra Helgeland i sør til Finnmark i nord. I tillegg er sykehusapotekene organisert som et eget helseforetak. Helseforetakene består av egne styrer utpekt av Helse Nord. Foretaksstyrene ansetter i sin tur administrerende direktør. Organiseringen vises av figuren under.

Figur 1 Foretaksstruktur Helse Nord



Organiseringen av helseforetakene er i følge Helse Nord's hjemmesider bestemt av geografi og befolkningsstørrelse, funksjonalitet samt tjenesteansvar. De enkelte helseforetakene skal i følge Helse Nord ha et nedslagsfelt på 60-100 000 innbyggere. Videre er helseforetakene organisert slik at de innbyr til synergieffekter, har et bredt fagtilbud og gir grunnlag for innbyrdes funksjonsdeling. Helse Nord har prioritert å bygge et desentralisert tilbud der de relativt vanligste lidelsene i størst mulig grad skal behandles lokalt i distriktene. De mest ressurskrevende behandlingene, for eksempel kreft, er imidlertid sentralisert til de større sykehusene, primært Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) som ligger i Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø.

Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset har ansvaret for spesialisthelsetjenestene i fylket med landets største areal. Fylket hadde ved inngangen til 2015 en befolkning på 75 600 innbyggere. Befolkningen i opptaksområdet gjør Finnmarkssykehuset til blant de minste helseforetakene i landet. Til gjengjeld har helseforetaket de desidert lengste avstandene mellom brukerne. Administrasjonen til Finnmarkssykehuset ligger i Hammerfest.

Finnmarkssykehuset øverste organ er foretaksmøtet. Dette gir overordnede føringer til helseforetaket gjennom et årlig oppdragsbrev og utpeker styremedlemmer. Styret i Finnmarkssykehuset består av ti medlemmer, inkludert fire valgt av de ansatte. Finnmarkssykehuset har i likhet med Helse Nord et rådgivende brukerutvalg. Disse representerer brukerorganisasjoner i fylket, i tillegg til én representant som skal representere den samiske befolkningen.

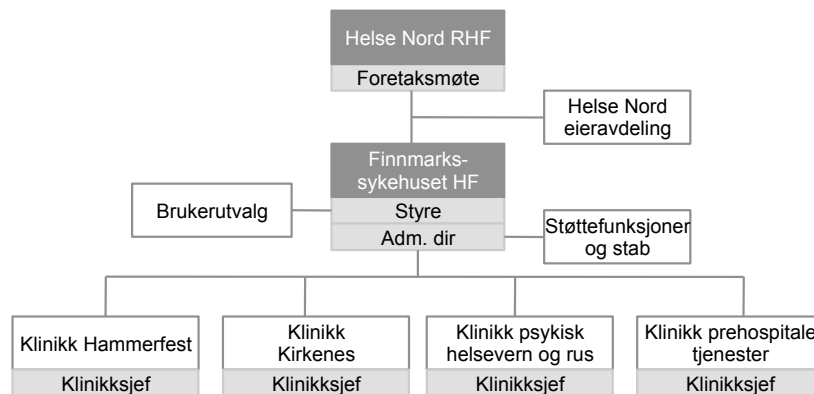
Helseforetaket driver to lokalsykehus, ett i Hammerfest og ett i Kirkenes. De store avstandene gjør at man også har prioritert å bygge et desentralisert tilbud. I Alta finnes det derfor en spesialistpoliklinikk, mens Samisk spesialistlegesenter er lokalisert til Karasjok (se egen beskrivelse under kapittel 4.2). Den psykiatriske helsetjenesten er desentralisert med tre DPS fordelt på seks lokasjoner, hvorav SANKS med Finnmarksklinikken er en av disse. Finnmarksklinikken i Karasjok tilbyr et tverrfaglig spesialisert behandlingstilbud for rusmiddelmisbruk (TSB).

Finnmarkssykehuset har en geografisk og funksjonell organisering. Det somatiske behandlingstilbudet er delt mellom Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes, mens psykisk helsevern og rusomsorgen er organisert under en felles klinikk. I tillegg er prehospitale tjenester organisert som en egen klinikk. Disse ledes av egne kliniksjefer som sammen med

ledere for faglige og administrative stabsfunksjoner danner foretaksledelsen. Foretaksledelsen teller i dag 11 ledere som rapporterer direkte til administrerende direktør.

Den overordnede organisasjonsstrukturen er vist i figur 2.

Figur 2 Organisering av Finnmarkssykehuset



Strukturen til spesialisthelsetjenestene i fylket har vakt et stort politisk engasjement i Finnmark. Enkelte har ønsket å flytte lokalsykehuset fra Hammerfest til Alta, og spørsmålet har hatt en sentral plass i politiske diskusjoner og valgkamper. Helse- og omsorgsminister Bent Høie uttalte imidlertid høsten 2015 at det ikke er aktuelt å flytte lokalsykehuset.

Finnmarkssykehuset står fremover ovenfor store investeringer. I Kirkenes er et nytt sykehus under bygging, mens et nytt/renovert sykehus i Hammerfest er under planlegging. I tillegg utredes en etablering av et nærsykehus i Alta og opprettelse av en samisk helsepark i Karasjok. De samlede investeringene er i følge helseforetakets strategiske utviklingsplan beregnet til 3,4 milliarder kroner for perioden 2015-2023. I følge denne planen vil den økonomiske bæreevnen til Finnmarkssykehuset være en betydelig utfordring i de kommende årene.

4.2 Spesialisthelsetjenester spesielt rettet mot samiske brukere

Spesialisthelsetjenestene som er spesielt rettet mot den samiske befolkningen er organisert under Finnmarkssykehusets klinikker. I det følgende gis en oversikt over disse basert på beskrivelser gitt i rapporten fra arbeidsgruppen til Kvernmo (2013), samt Finnmarkssykehusets hjemmesider og muntlige forklaringer.

Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus (SANKS)

SANKS ble opprettet i 2001 som en videreutvikling av Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Karasjok og Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Lakselv. Opprettelsen av senteret ble beskrevet i regjeringens handlingsplan for helse og sosialtjenester for samer (2001). Her beskrev man en modell bestående av et psykiatrisk behandlingstilbud i Indre-Finnmark kombinert med satsning på veiledning og hospitering hos kommuner og spesialisthelsetjenester utenfor Finnmark. Man luftet også tanken om å etablere egne stillinger utenfor Finnmark som kunne fungere som "satellitter".

Dette er en modell som SANKS i stor grad har fulgt. Virksomheten har i dag et eget klinisk behandlingstilbud i Karasjok og Lakselv, kompetansevirksomhet og utekontorer utenfor Finnmark. Modellen høster mange lovord, noe som også fremkommer gjennom intervjuene

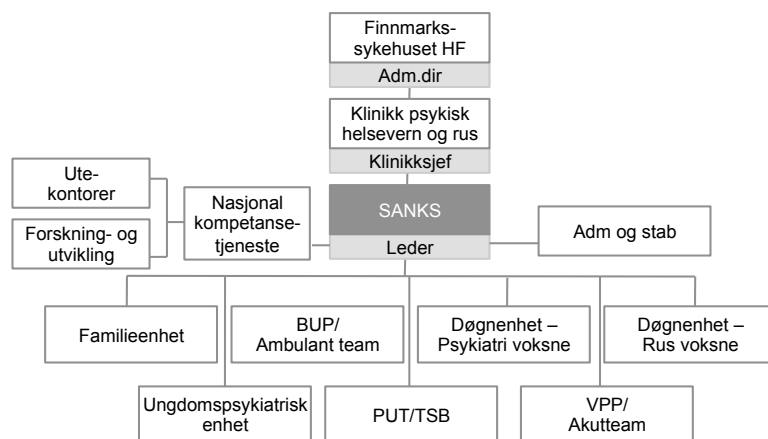
som er gjort i forbindelse med denne utredningen. Særlig pekes det på at et sterkt fagmiljø i Finnmark i kombinasjon med kompetanseformidling og ambulerende ressurser fungerer godt.

SANKS inngår imidlertid også som en ordinær ressurs under Finnmarkssykehuset, som bidrar til å dekke behovene til hele befolkningen i Finnmark uavhengig av kulturell tilhørighet. Senteret er organisert som en avdeling under Klinikk for psykisk helsevern og rus i Finnmarkssykehuset HF.

Finansieringen av SANKS skjer over budsjettet til Finnmarkssykehuset HF basert på behov og prioriteringer. Imidlertid er 3,8 millioner kroner øremerket SANKS til nasjonale kompetansetjenester fra Helse Nord, av et totalt budsjett på 92 millioner kroner.

SANKS er organisert som vist i figur 3.

Figur 3 Organisering av SANKS



Psykisk helsevern for barn- og unge, PUT/TSB-team og Finnmarksklinikken er lokalisert til Karasjok hvor også administrasjonen ligger, mens psykisk helsevern for voksne ligger i Lakselv. I tillegg har SANKS utekontorer i Tysfjord, Snåsa og Oslo. Per februar 2016 er totalt 128 årsverk tilknyttet SANKS. Herav har 79 sitt arbeidssted i Karasjok, mens 40 er i Lakselv og 5 i Tana. Fire ansatte er tilknyttet nasjonalt team, fordelt med én ansatt i henholdsvis Tysfjord, Snåsa, Bodø og Oslo.

Finnmarksklinikken tilbyr frivillig døgn- og poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Institusjonen ligger i Karasjok og har et spesielt ansvar for den samiske befolkningen. Det finnes derfor samisktalende personell og ansatte med reindriftsbakgrunn.

Selv om SANKS har sitt primære opptaksområde i Midt-Finnmark, tas det opp pasienter fra hele landet. I tillegg er det inngått samarbeidsavtaler om opptak av samiske pasienter fra regioner i Sverige og Finland. SANKS tar i tillegg mot samiske pasienter fra Västerbottens og Norrbottens län i Sverige, der kostnadene dekkes gjennom SANKS' budsjett.

Senteret har også en utstrakt informasjonsformidlings-, undervisnings- og forskningsformidlingsvirksomhet. Ansatte ved senteret har lang erfaring i å holde kurs for primær- og spesialisthelsetjenesten samt undervisningsinstitusjoner. Senteret har forskerkompetanse og flere ansatte med doktorgrader. Flere av de forskningsansatte har blant annet fått sine artikler publisert i fagtidsskrifter og publisert bøker rundt samiske kulturelle forhold.

Samisk spesialistlegesenter

Spesialistadoavtterguovddaš/spesialisthelsesenteret (SDG) ble etablert i 1987. I dag fungerer SDG som en poliklinikk organisert under Klinikk Hammerfest. Senteret er i motsetning til SANKS imidlertid ikke organisert som en egen avdeling, men de ansatte faller inn under respektive avdelinger basert på funksjon. Avdeling for medisinsk service under Klinikk Hammerfest har et organisatorisk ansvar for driften av selve senteret med en stedlig enhetsleder. Senteret er i dag lokalisert sammen med primærhelsetjenesten til Karasjok kommune.

SDG består i dag av en indremedisiner, en hudspesialist og en høresentral. I tillegg er to private praksiser innen øye og indremedisin tilknyttet SDG, hvorav kun den sistnevnte er besatt i dag. Det tilbys også ambuleringstjenester innen ØNH, reumatologi, gynekologi, barnesykdommer og allergologi. Disse er basert på ressurser som kommer fra Hammerfest sykehus og UNN.

SDG retter seg primært mot den samisktalende befolkningen i Indre-Finnmark, dvs Kautokeino, Karasjok, Tana, Porsanger og Tana. Det tas imidlertid også inn ikke-samiske pasienter fra opptaksområdet og pasienter fra hele landet.

SDG er tilknyttet én ansatt med doktorgrad som har publisert flere forskningsartikler, men SDG har ikke noe spesifisert nasjonalt ansvar knyttet til kunnskapsformidling, forskning og utvikling slik SANKS har.

Tolketjenester

Finnmarkssykehuset har siden 2011 hatt et ansvar for å styrke tolketjenestene for samisktalende. Gjennom et toårig prosjekt ble det i 2011-2012 gjort en behovskartlegging blant helsepersonell, der man også så på ulike løsninger for å styrke tolketjenestene på tvers av geografiske og ressursmessige barrierer. Et sentralt mål ved prosjektet var å finne desentraliserte løsninger gjennom ny teknologi, for eksempel videokonferanseutstyr.

Prosjektet pekte blant annet at helsepersonell ofte undervurderer behovet for tolk. Det ble foreslått konkrete tiltak for å styrke tolketjenestene over en periode på 3-5 år.

Både Sametinget og Samisk legeforening har etterlyst en implementering av anbefalingene som ble gitt gjennom prosjektet. De har begge vært kritiske til progresjonen i tolketilbudet etter at prosjektet ble avsluttet. Til tross for at en gjennomføring av tiltakene står oppført i oppdragsdokumentene fra Helse Nord for både 2014 og 2015, mener de at Finnmarkssykehuset ikke har prioritert å gjennomføre tiltak raskt nok. I oppdragsdokumentet for 2016 står det på ny at tiltakene skal implementeres og at Finnmarkssykehuset skal gi tertialvise rapporteringer av status. Styreleder Ulf Syversen i Finnmarkssykehuset mener på sin side at man har fulgt progresjonen satt av Helse Nord.

Samisk helsepark

Ideen om en egen samisk helsepark som samler virksomheten under SANKS og SDG ble lansert gjennom et felles idémøte i 2012. Det ble tatt med som et delprosjekt i forbindelse med organiseringen av psykisk helsevern og rusbehandling ved Finnmarkssykehuset.

Behovet for investeringer i SDG var imidlertid allerede aktualisert. I 2012 satte styret i Helse Nord og Finnmarkssykehuset av 40 millioner kroner til nye lokaler for SDG. Finnmarkssykehusets styrevedtak fra desember 2012 viser at dette ble gitt nest høyeste prioritet blant investeringsplanene til foretaket.

I 2013 leverte en arbeidsgruppe ledet av Siv Kvernmo en fylldig utredning om opprettelse av en samisk helsepark. Gruppen anbefalte en etablering lokalisert til Karasjok med tilbud for Midt-Finnmark og sameer i hele landet. Det ble anbefalt at helseparken både skulle innebære en felles lokalisering og en felles organisering av SANKS, Finnmarksklinikken (rusbehandling) og SDG. Dette ble begrunnet i synergieffektene som arbeidsgruppen mente ville oppnås gjennom et større og bredere fagmiljø.

Arbeidsgruppen anbefalte videre en utvidelse av det somatiske spesialisthelsetjenestene som i dag finnes ved SDG. Gruppen mente konkret at man burde styrke områdene innenfor geriatri, fysikalsk medisin/rehab og pediatri med egne stillinger. I tillegg sa gruppen at det eksisterende ambulerende tilbudet også burde utvides med flere spesialiteter, samt flere hjelpepersonellstillinger. Hovedargumentet for utvidelsen var i følge arbeidsgruppen at SDG over flere år har opplevd en nedbygging av tilbudet. Arbeidsgruppen gikk også inn for å etablere en kompetansevirksomhet innenfor det somatiske spesialistfeltet, slik man har ved SANKS i dag. Gruppen foreslo at dette kan løses gjennom å opprette kombinerte fag og forskerstillinger.

Innen psykisk helsevern og rusbehandling mente gruppen at burde utvide tilbudet gjennom en reorganisering og samlokalisering innenfor dagens organisatoriske rammer.

I desember 2013 og mars 2014 behandlet styret i Finnmarkssykehuset foretakets samlede organisering av psykisk helsevern og rus. Styret vedtok her at de samiske spesialisthelsetjenestene skulle samlokaliseres gjennom en samisk helsepark i 2016. Prosjektet ble også løftet opp til Finnmarkssykehusets langsiktige strategiske utviklingsplan. Det ble satt av 40 millioner kroner til prosjektet, identisk med beløpet som i 2012 ble satt av til SDG. Virksomheten under den daværende Finnmarksklinikken ble videreført og flyttet til SANKS, til tross for at administrasjonen i saksinnstillingen gikk inn for å legge ned virksomheten i 2016.

I desember 2015 behandlet styret til Finnmarkssykehuset Samisk helsepark som en egen sak og ga sin tilslutning om å igangsette en planlegging med sikte på en fremtidig bygging. Det ble på ny satt av 40 millioner kroner til prosjektet. Styret vedtok imidlertid at en gradvis oppbygging av et geriatritilbud kan igangsettes umiddelbart. I tillegg gikk styret inn for å flytte øyetilbudet fra Lakselv til Karasjok i forbindelse med avviklingen av en privat praksis der.

Vedtaket avgrensner imidlertid kapasitetsutbyggingen til behovene i Midt-Finnmark. Dette blir gjennom intervjuer begrunnet med utfordringer knyttet til å forutsi et fremtidig pasienttilfang. Man tar derfor foreløpig et konservativt utgangspunkt. Vedtaket legger heller ikke opp til å opprette kombinerte fag og forskningsstillinger innenfor det somatiske spesialistfeltet før *"det er aktuelt, og ut fra de retningslinjer som Finnmarkssykehuset har"* (styrevedtak 3. desember 2015).

Styret har dessuten utsatt spørsmålet om en felles organisering av de samiske spesialisthelsetjenestene i Karasjok. I følge Finnmarkssykehuset er det igangsatt en prosess med sikte på *"organisering og bedring av tilbudet til den samiske pasienten"* (epost fra konstituert direktør Stein Erik Breivikås).

5. Medbestemmelse og representasjon

I det følgende gis en oversikt over hvordan samiske perspektiver representeres gjennom foretaksstyrer og –ledelse, samt sentrale styringsdokumenter. I tillegg gis det eksempler på hvordan samiske oppdrag blir løst i andre sektorer i Norge, samt hvordan urfolk i enkelte andre land er representert i helsesektoren. Til slutt gis en vurdering av samisk medbestemmelse og representasjon i spesialisthelsetjenestene sammenlignet med de nevnte sektorene og landene.

5.1 Samisk representasjon og medbestemmelse

Styrerepresentasjon

Styrene til Helse Nord og underliggende helseforetak har i varierende grad medlemmer med kompetanse i samisk språk og kultur. Utenom Helse Nord har styrene til helseforetakene kun unntaksvis medlemmer med en samisk bakgrunn. Dette baseres på en gjennomgang av styresammensetningene på bakgrunn av egen kunnskap. En slik kartlegging er imidlertid krevende og må anses som overfladisk. Det er store sannsynligheter for at medlemmer med en samisk bakgrunn kan være oversett på grunn av en manglende oversikt. En samisk bakgrunn er i denne sammenheng definert ved aktiv deltakelse i den samiske offentligheten gjennom samiske organisasjoner, institusjoner eller lignende.

Inntil 2014 krevde regjeringen at flertallet i styrene skulle oppnevnes blant folkevalgte foreslått av fylkeskommuner, kommuner og Sametinget. Dette ble tatt inn gjennom regjeringserklæringen i 2006 og var begrunnet i behovet for lokal forankring. Sametinget var i den påfølgende perioden dermed sikret styrerepresentasjon hos Helse Nord og underliggende helseforetak.

Fra og med 2014 har imidlertid regjeringen opphevet kravet om flertall blant folkevalgte. I en e-post forklarer HOD at styresammensetningen nå skal kjennetegnes av kompetanse, kapasitet og mangfold i tråd med statens prinsipper for god eierstyring (St.meld. 27 2013-2014). HOD utdyper at kompetanse- og mangfoldshensynene også gjelder samiske forhold. Med andre ord er den samiske dimensjonen kun ett av flere kriterier som vektlegges ved valg av styremedlemmer.

Samiske organer har dermed ingen sikret representasjon lenger. Sametinget har likevel selv tatt initiativ til å foreslå egne styrekandidater. I følge sametingsrådsmedlem Henrik Olsen fikk Sametinget imidlertid ikke gehør for anmodningen om konsultasjoner med HOD i forkant av den siste oppnevningen av styremedlemmer i januar 2016. Sametinget fikk heller ikke gjennomslag for sine forslag da Helse Nord i mars 2014 valgte styremedlemmer til sine underliggende helseforetak. Helse Nord ba i den forbindelse om innspill fra Sametinget, fylkeskommuner og kommuner. Sametinget spilte inn i alt inn fire forslag til styremedlemmer som ikke ble tatt til følge (styrevedtak Helse Nord, mars 2014).

Blant styremedlemmene i Helse Nord finner vi fra 2016 Johnny Leo Jernsletten. Han er til daglig direktør ved Tana og Varanger museumssiida, og har tidligere også jobbet ved Senter for samiske studier. I styret til Nordlandssykehuset har Barbro Hætta styreplass. Hun er til daglig kommuneoverlege for Evenes, Tjelsund og Skånland, og har tidligere blant annet vært samepolitisk rådgiver for regjeringen. Finnmarkssykehuset har Kristin Rajala som styrenestleder. Hun ble foreslått av Tana kommune og har i følge styreleder Ulf Syversen en samisk bakgrunn.

Utenom Helse Nord med underliggende helseforetak finner vi Inger Marit Eira-Åhrén som styrenestleder hos Helse Nord-Trøndelag. Hun er til daglig ansatt ved SANKS og har hatt flere tillitsverv for samiske organer. Eira-Åhrén var også politisk rådgiver i Helse- og sosialdepartementet under Stoltenberg I-regjeringen.

Representasjon i foretaksledelse

Det finnes i dag ingen i foretaksledelsene til Helse Nord eller Finnmarkssykehuset med et spesielt fokus på samiske perspektiver. Ingen av foretakene har ledere i den øverste foretaksledelsen som har et spesifisert og avgrenset ansvar knyttet til samiske forhold. Den samiske dimensjonen er i stedet et integrert ansvarsområde som skal tas med i prosesser der foretakene finner det relevant.

Ingen fra de samiske spesialisttjenestene er representert i foretaksledelsen til Finnmarkssykehuset. Leder for SANKS, Gunn Heatta, rapporterer til klinikkchef for Klinikk for psykisk helsevern og rus i Finnmarkssykehuset. Ansatte ved SDG rapporterer via respektive avdelinger til Klinikk Hammerfest, men har en administrativ stedlig enhetsleder.

Bortsett fra medisinsk fagsjef i Finnmarkssykehuset, Harald Sunde, har ingen i foretaksledelsen noen spesiell kompetanse i samisk språk og kultur. Sunde har selv lært seg samisk i voksen alder og vist et engasjement knyttet til samiske helseforhold, blant annet som medlem i Samisk legeförening. I følge HR-sjef Lena Elisabeth Nielsen har de fleste i foretaksledelsen til Finnmarkssykehuset imidlertid bakgrunn fra Finnmark og erfaring med samisk og kvensk kultur.

Finnmarkssykehuset har nylig utlyst stillingen som administrerende direktør for helseforetaket. I stillingsutlysningen står det blant annet at "*Kunnskap om samisk språk og kultur er positivt*". I følge HR-sjef Nielsen har man tidligere ikke nevnt samiske forhold i slike utlysningstekster, og formuleringen er i følge henne dermed et "*skritt i riktig retning*". Det stilles ingen særlige kompetansekrav knyttet til samisk språk og kultur til noen av lederstillingen i foretaksledelsen utover dette. I følge Nielsen har Finnmarkssykehuset imidlertid et generelt forbedringspotensial knyttet til stillingsbeskrivelser.

Samiske mål og tiltak i styringsdokumenter

Helseforetakene har ingen sentrale styringsdokumenter med et spesielt fokus på den samiske befolkningen. Samiske forhold er i stedet integrert i foretakenes oppdragsbrev og øvrige styringsdokumenter.

Målene og tiltakene som beskrives i oppdragsbrevene til foretakene og øvrige strategidokumenter er generelt på et overordnet nivå. Sammenlignet med sentrale helsepolitiske målsetninger, som for eksempel reduksjon av ventetid og fristbrudd, er de samiske målene svært lite konkrete og heller ikke kvantifisert. Målene følges også i liten grad opp gjennom årsrapporter og delårlige virksomhetsrapporter.

I følge Kvernmo (2013) fikk samiske forhold imidlertid en større plass i oppdragsbrevet fra HOD til Helse Nord fra perioden 2010-2012. Her satte man krav til at "*Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas*" (oppdragsbrev til Helse Nord 2012). Det ble videre lagt vekt på generelle rettigheter til tolketjenester og å videreutvikle SANKS som et nasjonalt kompetansesenter. Somatiske spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen ble i denne perioden imidlertid gitt relativt liten plass, med unntak av nødmeldetjenester og habilitering/rehabilitering (Kvernmo, 2013).

I oppdragsbrevet til Helse Nord for 2016 legger Helse- og omsorgsdepartementet ytterligere vekt på foretakets overordnede nasjonale rolle for samiske spesialisthelsetjenester. Helse Nord skal fremover også ha et overordnet ansvar for å *”ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen”*.

Oppdragsdokumentet for 2016 spesifiserer dessuten at voksne og barn som utsettes for seksuelt misbruk får et tilbud som er tilrettelagt samisk språk og kultur. Helse Nord bes dessuten om å gjennomføre tiltakene som ble beskrevet i tolkeprosjektet (se kapittel 4.2).

Oppdragsdokumentet til de underliggende helseforetakene gir en ytterligere konkretisering og operasjonalisering av de overordnede føringene som gis fra HOD til Helse Nord. I oppdragsdokumentet for 2015 ble det satt som mål å etablere et geriatrisk tilbud tilpasset samisk språk og kultur. Målet konkretiserte ingen tidsfrist eller krav til rapportering. I tillegg ble det for Finnmarkssykehuset spesifisert at tiltakene fra det nevnte tolkeprosjektet skulle implementeres og følges opp med en tertialvis rapportering. Dette gjentas også i oppdragsdokumentet for 2016.

Ingen spesifikke og kontinuerlige parametere knyttet til samisk språk og kultur hadde noen fast plass i Finnmarkssykehuset virksomhetsrapporter for 2015. Disse rapportene gir styret informasjon om de mest sentrale styringsparameterne innen økonomi, kvalitet, aktivitet og personellmessige forhold. De indikerer derfor hvilket fokus styret og ledelsen har.

Finnmarkssykehuset har også vedtatt en langsiktig strategisk utviklingsplan som løper fra 2015 til 2030. Her nevnes samiske forhold flere ganger i forbindelse med de generelle utfordringene og målsetningene til helseforetaket. Blant annet fremheves det at Finnmarkssykehuset må *”utvikle gode tjenester med fokus på samisk språk og kulturforståelse”* i sammenheng med at nasjonale krav og føringer endres (punkt 4.3). I tillegg fremheves blant annet utfordringer knyttet til rekruttering, herunder også samiske fagpersoner. Planene om en samisk helsepark er også viet relativt mye oppmerksomhet (les kapittel 4.2).

Sametingets rolle og dialog med helsemyndigheter og -foretak

Norske myndigheter er forpliktet til å tilrettelegge for at det konsulteres med samiske interesser i saker som berører dem (ILO 169, artikkel 6). Regjeringen og Sametinget har derfor inngått en konsultasjonsavtale som formaliserer en slik dialog. Sametinget møter i den forbindelse HOD til konsultasjonsmøter om helsepolitiske temaer som berører den samiske befolkningen. I følge rådsmedlem Henrik Olsen foregår disse både på administrativt og politisk nivå, der innholdet i hovedsak omhandler overordnede føringer som gis gjennom lovarbeid, stortingsmeldinger og oppdragsbrev m.m.

I tillegg har Sametinget en fast halvårlig dialog med Helse Nord om oppfølgingen av de helsepolitiske føringene og andre aktuelle temaer. Dette er imidlertid ikke en formalisert ordning, men baseres på et gjensidig ønske om dialog. Sametinget har ingen fast dialog med Finnmarkssykehuset.

Sametinget har i sin administrasjon to ansatte som jobber med helse spørsmål. Helse- og sosial er et av de desidert minste fagområdene til Sametingets administrasjon. Sammenlignet med fagområder som næring, kultur og språk er det betydelig mindre. Sametinget har i følge deres hjemmesider rundt 150 ansatte.

5.2 Organisering av samiske institusjoner i andre norske sektorer

Det samiske samfunnet har som nevnt fått en stadig større anerkjennelse for sine behov og rettigheter som et eget folk. Dette har blant annet medført at Norge har etablert en rekke

egne institusjoner som skal ivareta samenes interesser. Disse har en varierende grad av autonomi definert gjennom uavhengige styringsorganer under samisk kontroll, samt styringsdokumenter utfra et samisk formål og fleksibilitet i form av egne dedikerte ressurser.

I det følgende gis det to eksempler på samiske institusjoner med ulike modeller for hvordan de samiske oppdragene blir løst, dvs Samisk høgskole og NRK Sápmi. Den følgende beskrivelsen er basert på respektive hjemmesider og egen kunnskap.

Samisk høgskole

Samisk høgskole ble etablert i 1989, det samme året som etableringen av Sametinget. Høgskolen skal i følge sin egen strategi tilby høyere utdanning og forskning ut fra et samisk og urfolks perspektiv. Samisk høgskole har siden starten gradvis vokst med hensyn til fag- og studiebredde samt budsjett. Høgskolen har i underkant av hundre ansatte og et årlig budsjett på i overkant av 100 millioner kroner (årsrapport 2014).

Samiske høgskole hadde 159 studenter i 2014. Disse kommer fra hele det samiske området, inkludert Norge, Sverige, Finland og Russland. I tillegg har høgskolen internasjonale studenter, blant annet fra andre urfolksområder.

Høgskolen finansieres i all hovedsak direkte gjennom statsbudsjettet via Kunnskaps- og utdanningsdepartementet. Samisk høgskole er et eget rettssubjekt med et eget styre. Medlemmene utpekes av Kunnskaps- og utdanningsdepartementet og Sametinget.

Samisk høgskolen har en egen administrativ ledelse, med en administrativ direktør som øverste leder. Høgskolen dekker selv de fleste administrative funksjonene, men har et samarbeid med Universitetet i Tromsø om enkelte støttefunksjoner. I tillegg samarbeider høgskolen med andre forsknings- og utdanningsinstitusjoner på den faglige siden.

I forbindelse med strukturreformen for universitets- og høyskolesektoren (St.meld. 18 2014-2015) ble høyskolens selvstendige stilling nylig vurdert. Denne konkluderte med at Samisk høgskole fortsatt skal bestå som en selvstendig institusjon på grunn av "*høgskolens nasjonale rolle og særlige ansvar*".

Meldingen påpeker imidlertid at høgskolen har utfordringer i forbindelse med administrative funksjoner og kapasitet. Dette medfører, i følge meldingen, risiko knyttet til finansiell kontroll, overholdelse av den enkeltes rettssikkerhet og institusjonens omdømme. Det anbefales derfor at Samisk høgskole styrker samarbeidet med Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

NRK Sápmi

NRK har som allmennkringkaster et spesielt ansvar for å "*(..)bidra til å styrke norsk og samisk språk, identitet og kultur*" (NRKs vedtekter §14b). Selv om dette er et ansvar som tilfaller hele NRK har allmennkringkasteren siden 1989 hatt en egen divisjon med særskilt ansvar for å produsere og publisere innhold for et samisk publikum.

Divisjonen er representert gjennom en egen direktør i toppledergruppen, som er det høyeste administrative lederorganet i NRK. Denne gruppen teller i alt ni direktører, i tillegg til kringkastingssjefen. NRK Sápmi er den desidert minste av de produserende divisjonene med sine i overkant av 90 ansatte. Til sammenligning teller distriktsdivisjonen 1000 ansatte, Marienlystdivisjonen 860 ansatte og nyhetsdivisjonen 380 ansatte (nrk.no).

NRK Sápmi mottar sin finansiering via NRKs budsjett. Det finnes ingen egne øremerkede midler som automatisk tilfaller divisjonen. Budsjettet til NRK Sápmi blir bestemt på bakgrunn av forventet produksjon og publisering av samisk innhold.

NRK Sápmi mottar som en del av NRK flere sentraliserte støttetjenester. Det inkluderer blant annet personal- og lønn, økonomi og regnskap, bygg og teknologiske tjenester.

Det finnes ingen nedfelte prosedyrer som sikrer en samisk representasjon til NRKs styre. Siden 2014 har imidlertid Ellen Inga O. Hætta vært styremedlem. Hun er i dag rektor ved Samisk videregående- og reindriftsskole, samt tidligere reindriftssjef og statssekretær for samiske saker. Det må likevel understrekes at Hætta i følge NRK Sápmi er den første samene som har sittet i NRKs styre.

For å fange opp publikums syn på det samiske programinnholdet er det opprettet et eget samisk programråd. Denne har kun en rådgivende funksjon.

5.3 Organisering av helsetjenester hos andre urfolk

Samenes status som urfolk medfører som beskrevet rettigheter som Norge har forpliktet seg til. Det er derfor relevant å se på hvordan andre land har løst sine forpliktelser med hensyn til organisering av helsetjenester. Disse er ikke nødvendigvis direkte overførbare til Norge på grunn av forskjeller i det ordinære helsesystemet, demografiske forhold m.m. De kan likevel inneholde aspekter som kan være relevante for forholdene i Norge.

I det følgende gis korte beskrivelser av organiseringene av helsetjenester for urfolk i henholdsvis New Zealand og ved South Central Foundation i Alaska. Disse er valgt på bakgrunn av innspill fra intervjuobjektene.

New Zealand

Maoriene utgjør ca 400 000 mennesker, tilsvarende rundt 10% av landets befolkning. Den følgende beskrivelsen er basert på hjemmesiden til landets helsedepartement (health.govt.nz) og en rapport av leder i Samisk legeforening, Ole Mathis Hetta, etter et besøk i 2009.

Organiseringen av helsetjenestene til maoriene må ses i sammenheng med signifikante forskjeller i helsetilstanden sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Myndighetene har derfor en målsetting om å lukke gapet og har satt ned konkrete mål for hvordan det skal oppnås.

Helsevesenet har to forvaltningsnivå. De overordnede nasjonale føringene gis gjennom helsedepartementet (Ministry of health), mens 20 regionale forvaltningsorgan (District Health Boards) har ansvar for implementeringen. Tjenestene blir i hovedsak utført av private foretak som får sine oppdrag gjennom anbudskonkurranser. I tillegg har man enkelte offentlige behandlingstilbud.

I helsedepartementet finnes det en egen avdeling med et spesielt fokus på maorihelse (Maori Business Unit). Denne har blant annet ansvar for å komme med faglige råd, samt utarbeide strategier og prinsipper for helsetilbudet rettet mot maoribefolkningen. Myndighetene har vedtatt en egen strategi knyttet til maorienenes helse basert på deres filosofi og prinsipper for tilnærming til egen helse. I tillegg til overordnede mål og prinsipper, settes det også konkrete og kvantifiserte mål. Alle i New Zealand blir registrert ut fra etnisitet ved kontakt med helsevesenet. Myndighetene har dermed presis data om maorienenes helsetilstand.

Strategien til New Zealand er å integrere maoriene i det ordinære helsevesenet og ansvarliggjøre samtlige helseaktører. De regionale organene har alle et ansvar for å forbedre maorienes helsetilstand og redusere helsegapet. Samtlige regionale råd skal ha egne strategier og planer som beskriver hvordan de møter utfordringene. Maoriene har egne representanter i samtlige av disse rådene.

Selv om de fleste tjenestetilbyderne er private, er det opprettet egne anbudsordninger som tar spesielt hensyn til maorienes behov. For å konkurrere om disse anbudene og defineres som en såkalt "Maori Health Provider", må tilbyderne oppfylle gitte kriterier for å dokumentere at de vil tilby tjenester spesielt tilpassede kulturelle og språklige forhold.

South Central Foundation, Alaska

South Central Foundation er en stiftelse som eier og driver sykehus og primærhelsetjenester rettet mot urbefolkningen i området rundt Anchorage og den sørvestlige delen av Alaska. Den følgende beskrivelsen er hentet fra stiftelsens hjemmesider (southcentralfoundation.com).

Det amerikanske helsevesenet er i all hovedsak privateid og finansiert gjennom sykeforsikringsordninger og donasjoner. Imidlertid har urfolk i Alaska særordninger som garanterer nødvendige helsetjenester under den såkalte Affordable Care Act (også kjent som "Obamacare").

South Central Foundation er spesielt rettet mot urfolk og har i følge hjemmesiden et pasientgrunnlag på rundt 65 000 personer. Stiftelsen er eid av urfolksorganer i Alaska og har et ideelt formål (såkalt "non-profit organization"). Urfolksperspektivet gjennomsyrrer vedtekter, strategier og behandlingsfilosofi. Urfolket har også kontroll gjennom styret og den administrative ledelsen.

Tilbudet er spesielt tilpasset lokale språklige og kulturelle forhold og utfordringer. For eksempel tilbys det tjenester innenfor tradisjonell healing og man har egne program som adresserer menns utfordringer med å tilpasse seg modernisering (Native Men's Wellness).

Stiftelsen har fokus på å tilpasse tjenestene til brukernes behov. Pasienter omtales derfor som "eiere" ("customer-owners"). I et videointervju på internett (vimeo.com/88636756) forklarer administrerende direktør Katherine Gottlieb at man på 80-tallet slet med en ineffektiv drift og lav pasienttilfredshet. Ledelsen satte derfor fokus på brukertilpasning og identifiserte behov i nær dialog med ulike stammeråd, urfolksorganisasjoner og øvrige brukere. Det har resultert i et helt sett med unike prinsipper som er førende for hvordan tjenestene settes sammen og gjennomføres.

I dag oppnår South Central Foundation gjennomgående høye resultater på brukertilfredshet og kvalitet. Stiftelsen har også blitt et utstillingsvindu for urfolkshelse. Den mottar jevnlig besøk fra andre deler av USA og internasjonalt, også fra Norge.

5.4 Oppsummering og sammenligning

Gjennomgangen i kapittel 5.1 viser at samiske interesser har en relativt lav representasjon i helseforetakenes styre og foretaksledelse. Det finnes ingen sikret representasjon i styrene, men enkelte samer er representert på bakgrunn av kompetanse og mangfold.

Foretaksledelsene har ingen ledere med et dedikert og avgrenset ansvar for de samiske perspektivene. Det stilles heller ingen konkrete krav knyttet til kompetanse om samisk språk og kultur ved lederoppnevnelser utover at kunnskaper om det teller positivt.

Sentrale styringsdokumenter viser at målene og tiltakene knyttet til samiske forhold i liten grad konkretiseres. Særlig gjelder dette den løpende rapporteringen av tiltak. Sammenlignet med sentrale mål og tiltak, som rapporteres løpende i forhold til konkretiserte milepæler og kvantifiserte prestasjonsindikatorer (såkalte KPIer), er det er relativt lite fokus på samiske perspektiver.

Sammenlignet med samiske institusjoner i medie- og utdanningssektorene ser vi at speialisthelsetjenestene har betydelig lavere autonomi og medbestemmelse. Det samme viser sammenligningen med helsetjenester rettet mot urfolk i New Zealand og Alaska. Dette baseres på representasjon og styrkeforhold i styrer og ledelse, samt plasseringen samiske og urfolks perspektiver har i sentrale styringsdokumenter. I tillegg er ressursene som øremerkes til samiske spesialisthelsetjenester gjennomgående lavere.

Tabell 1 viser en oversikt over samisk representasjon i helseforetakenes styrer og ledelse samt posisjon i styringsdokumenter, sammenlignet med Samisk høgskole, NRK Sápmi, New Zealand og South Central Foundation.

Tabell 1 Oversikt og sammenligning i forhold til medbestemmelse og autonomi

	Representasjon i styre og ledelse	Plassering i styringsdokumenter	Dedikerte ressurser
Samiske spesialist-helsetjenester	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Ingen fast samisk styrerepresentasjon. – Samisk kompetanse og mangfold er ett av flere kriterier ved styreutnevnelser ✗ Ingen representasjon i foretaksledelsen med et dedikert ansvar for samiske forhold 	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Ingen egne styringsdokumenter fokusert på samiske forhold ✓ Samiske perspektiver er integrert i strategier og oppdragsbrev på overordnet nivå 	<ul style="list-style-type: none"> • SANKS: 128 årsverk og et budsjett på 92 mill. kr. • SDG: ca 8 ansatte og et budsjett på 7 mill. kr. NB! SANKS og SDG har en spesiell kompetanse innen samisk språk og kultur, men inngår som ressurs for hele befolkningen i området
Sámi allaskuvla / Samisk høgskole	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eget styre med samisk representasjon ✓ Egen administrativ ledelse med samiske kompetansekrav 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Egne vedtekter, strategier og planer med et dedikert samisk fokus 	<ul style="list-style-type: none"> • Ca 100 årsverk og et budsjett på 100 mill. kr. • Fokus på pedagogikk, språk, duodji, samfunnsfag m.m.
NRK Sápmi	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Ingen stadfestet styre-representasjon ✓ Representert gjennom egen direktør i toppledelsen 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Samisk oppdrag eksplisitt beskrevet i vedtekter og strategi ✓ Spesifikke virksomhetsmål gis divisjonen og følges opp direkte av kringkastingssjefen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ca 90 årsverk og et budsjett på ca 80 mill. kr. • Avgrenset tilbud deler av døgnet
New Zealand	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stadfestet maori representasjon i samtlige regionale styrer (20) ✓ Egen avdeling i helsedepartementet 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Egne dedikerte strategier, planer og rapportering på nasjonalt og regionalt nivå i forhold til maori helse 	<ul style="list-style-type: none"> • Egne anbud til private tilbydere med krav om særlig tilpasning til maorier etter definerte kriterier
South Central Foundation (Alaska)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uavhengig styre under urfolkskontroll ✓ Ledelse med vekt på urfolksbakgrunn og kompetanse 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Egne dedikerte strategier, planer og rapportering på nasjonalt og regionalt nivå i forhold til maori helse 	<ul style="list-style-type: none"> • Egne sykehus og primærhelsetjeneste med et bredt tjenestetilbud • Rundt 2000 ansatte og et budsjett på USD 290 millioner (ca 2,5 mrd kroner)

6. utfordringer ved og argumenter for dagens organisering

Generelt er det knyttet noen fundamentale utfordringer til å bygge gode spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen, blant annet:

- Spredt samisk befolkning med lange avstander
- Betydelige kulturelle og språklige forskjeller mellom de ulike samiske områdene
- Begrenset kunnskap og datatilgang knyttet til samers helse

Den videre diskusjonen har disse forholdene som bakteppe og sammenfatter argumenter i forhold til dagens organisering som er samlet sammen gjennom intervjuer og observasjoner. Utfordringene ved og argumenter for dagens organisasjonsstruktur er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2 Utfordringer og begrunnelser ved dagens organisering

<i>Utfordringer ved dagens organisering</i>	<i>Argumenter for dagens organisering/ risiko ved eventuell endring</i>
<ul style="list-style-type: none">▪ Begrenset autonomi og medbestemmelse▪ Usikret styrerepresentasjon▪ Manglende representasjon i foretaksledelsene▪ Lite konkrete nasjonale føringer og liten kapasitet til oppfølging▪ Uklar oppfølging av samer utenfor Finnmark	<ul style="list-style-type: none">▪ Tynt befolkningsgrunnlag og sårbare fagmiljø▪ Krevende geografiske og uklare etniske skillelinjer▪ Krav til stordriftsfordeler med hensyn til administrasjons-/kontrollfunksjoner

I det følgende gis en utdyping av disse argumentene.

6.1 Utfordringer ved dagens organisering

Begrenset autonomi og medbestemmelse

Som vist reflekterer dagens organisasjonskart ingen autonome enheter med et særskilt ansvar knyttet til den samiske befolkningen. De samiske spesialisthelsetjenestene har en lite formalisert selvstendig status sammenlignet med autonome samiske institusjoner som Samisk høgskole og enkelte helseinstitusjoner for urfolk i blant annet New Zealand og Alaska. Organisasjonsstrukturen til helseforetakene reflekterer i liten grad kulturelle dimensjoner, men er bygd opp rundt geografiske og funksjonelle akser. De samiske ressursene er i stor grad integrert i de ordinære spesialisthelsetjenestene. Selv om det kan være gode grunner til det, reiser det problemer både på prinsipielt og funksjonelt nivå.

På den prinsipielle siden er selvbestemmelse en sentral demokratisk rettighet som følger av folkeretten. Dette tilsier at urfolk, på lik linje med andre folk, har rett til å bestemme over sin egen økonomiske, kulturelle og sosiale utvikling. ILO 169 forplikter i tillegg at helsetjenester til urfolk skal forankres i lokalmiljøet, administreres i samarbeid med vedkommende folk samt ta hensyn kulturelle og sosiale forhold.

På den funksjonelle siden er autonomi og medbestemmelse viktig med hensyn til å oppnå gode beslutninger og effektive løsninger som er tilpasset brukernes behov og preferanser. Inger Marit Eira-Åhren, styrenestleder i Helse Nord-Trøndelag og ansatt i SANKS, uttrykker at autonomi må forstås i lys av at *”samer har best kunnskap om samiske forhold og er best i stand til å gjøre vurderinger angående prioriteringer og tiltak”*.

Flere av intervjuobjektene peker på at autonomi er viktig med hensyn til kompetanse om samiske forhold i sentrale prosesser som en forutsetning for å kunne tilby språklig og kulturelt tilpassede tjenester i det norske helsevesenet. I tillegg argumenteres det med at autonomi kan gi en større synlighet, noe som fremheves som viktig for å nå frem til samiske brukere via det øvrige helsevesenet.

Professor Vinjar Fønnebø mener at dagens organisering ikke tar utgangspunkt i behovene til den samiske gruppen fordi de mangler autonomi innen helsesektoren. Samene har dermed aldri hatt mulighet til å selv definere egne premisser som grunnlag for hvilke behov en samisk helsetjeneste skulle dekke. Han mener at dette er den største utfordringen ved dagens modell og sammenligner med South Central Foundation i Alaska som er bygd opp rundt prinsipper som er forankret hos urfolket (se kapittel 5.3). Fønnebø mener på prinsipielt grunnlag at en lignende autonomi burde gis til samene. I motsetning til dagens norske modell, ville en slik ideologi erkjenne at urfolket har grunnleggende behov som ikke dekkes gjennom et system som tar utgangspunkt i majoritetens kulturelle perspektiv.

De intervjuede er imidlertid delt i spørsmålet om hva autonomi bør innebære. Størst støtte for autonomi finner vi hos de med samisk bakgrunn. De ikke-samiske representantene fra helseforetakene viser på den annen side størst skepsis til ideen. Deres syn er i hovedsak basert på økonomiske og ressursmessige argumenter. Flere av de samiske intervjuobjektene advarer imidlertid også mot en autonomi som medfører at man mister kontakten med de øvrige spesialisthelsetjenestene i Norge.

Det presiseres med at autonomi i denne sammenheng ikke må forstås i retning av løsrevete og segregerte spesialisthelsetjenester. Ingen av de intervjuede taler for å bygge en separat og parallell spesialisthelsetjeneste med en full tjenestebredde kun for samiske pasienter. Autonomi må derfor forstås som et spørsmål om tilstrekkelig fleksibilitet og innflytelse til å utvikle spesialisthelsetjenester tilpasset samer på egne premisser innenfor rammene av den norske modellen.

Enkelte med samisk bakgrunn understreker også at det viktigste ikke nødvendigvis ikke er å opprette egne autonome enheter, men å løse utfordringene knyttet til manglende synlighet og lavt kunnskapsnivå blant helsearbeidere generelt. Professor Siv Kvernmo sier blant annet at det samiske perspektivet burde hatt en mer fremtredende plass og gjennomsyret hele helsesektoren. Spesielt synes hun at det burde stilles større kunnskapskrav om samisk innhold hos utdanningsinstitusjoner og til helsepersonell som skal jobbe i samiske områder. Hun mener at Norge ligger langt bak land som Australia og New Zealand på dette feltet.

Usikret styrerepresentasjon

Samtlige av intervjuobjektene med erfaring fra foretaksstyrene bekrefter at samiske styremedlemmer er verdifulle og viktige for styrene. De har en særskilt rolle som påminner for at de samiske aspektene tas med i relevante prosesser. De kan også tilføre dimensjoner om samiske forhold som saksfremleggere fra administrasjonen ikke har belyst. Ulf Syversen, styreleder i Finnmarkssykehuset, fremhever at de samiske representantene er ekstra verdifulle når de i tillegg til samisk språk- og kulturkompetanse også har en relevant fagbakgrunn for virksomheten. Disse mener han er ekstra flinke til å konkretisere utfordringer fra et samisk perspektiv.

Flere med samisk bakgrunn sier at samiske interesser burde vært sikret en fast styrerepresentasjon til foretakene. I tillegg uttrykker sametingsråd Henrik Olsen at styrene burde hatt mer enn ett medlem med samisk bakgrunn. Han peker på at samiske styremedlemmer kan bli sittende alene om å argumentere for samiske forhold. Videre mener han at en sterkere styrerepresentasjon ville bidra til å bygge opp en kapasitet rundt samiske helsespørsmål.

Flere peker imidlertid på at en samiske styrerepresentasjon ikke er tilstrekkelig, da de uansett vil være i mindretall. Det er derfor også behov for både gode nasjonale føringer og faglig kapasitet i helseforetakene, HOD, helsedirektoratet og Sametinget som sikrer en presis oppfølging.

Manglende representasjon i foretaksledelsene

Som vist ligger de samiske spesialisthelsetjenestene på et relativt lavt ledelsesnivå i dagens organisasjonsstruktur. Dette betyr at de særskilte samiske tjenestene vil kunne påvirkes av beslutninger og konkurrerende hensyn på flere nivåer uten at de er representert på beslutningsarenaene.

Flere peker på at det i Finnmark er et sterkt engasjement rundt lokaliseringen av spesialisthelsetjenestene, der de samiske tjenestene er relativt svakt representert i forhold til de mer befolkningsrike sentrene i Hammerfest, Alta og Kirkenes. Det pekes i den forbindelse særlig på at den administrative implementeringen av samiske tiltak skjer langsomt. For eksempel trekkes det frem at Finnmarkssykehuset har brukt lang tid på å gjennomføre tiltak for å styrke tolketjenestene i forhold til oppdragsbrev fra Helse Nord, og at fremdriften til Samisk helsepark er svak i forhold til tidligere styrevedtak (se kapittel 4.2).

Styreleder i Finnmarkssykehuset, Ulf Syversen, forklarer at fremgangen til de nevnte prosjektene følger føringene gitt av Helse Nord og behovet for en forsvarlig saksbehandling av økonomiske konsekvenser. Det er imidlertid nærliggende å spørre om den geografiske og kulturelle avstanden mellom de samiske spesialisttjenestene og de respektive foretakslederne Hammerfest og Alta skaper ineffektivitet i forhold til å gjennomføre tiltak som krever en bestemt kulturell innsikt.

Gunn Heatta mener at en svak samisk representasjon i ledelsen ofte fører til at beslutninger ikke tar med samiske aspekter på grunn av manglende kompetanse eller prioritering. Heatta var i perioden mars 2014 til mars 2015 fungerende klinikkleder for psykisk helsevern og rusbehandling. I følge henne måtte hun ofte minne på de at de samiske perspektivene skulle tas med i prosesser fordi man i saksfremlegg ikke hadde oppdaget samiske problemstillinger. I følge Heatta opplever SANKS også ofte at det ikke gis informasjon om viktige prosesser som berører samiske forhold, som for eksempel spørsmålet om den fremtidige lokaliseringen av Finnmarksklinikken og den pågående prosessen rundt organiseringen av de samiske spesialisthelsetjenestene.

Lite konkrete føringer og liten kapasitet til oppfølging

De samiske perspektivene er som vist i stor grad integrert i nasjonale helsepolitiske styringsdokumenter og oppdragsbrev. Med få unntak er de samiske målene og tiltakene imidlertid lite konkretiserte.

I følge Inger Marit Eira-Åhrén, styrenestleder i Helse Nord-Trøndelag, gis styrene en stor grad av frihet og ansvar til selv å tolke de nasjonale føringene som gis fra HOD. Målene knyttet til samiske tjenester til Helse Midt-Norge er etter hennes mening diffuse og gir liten nytteverdi for styring. Hun mener at dette viser at HOD og helsedirektoratet mangler kunnskap og kompetanse om samiske forhold.

Sametingsråd Henrik Olsen peker dessuten på at det er vanskelig å se de samiske målene i sammenheng, fordi de spredt over mange dokumenter. Sametinget har i følge Olsen etterlyst en oppdatert samisk strategiplan på nasjonalt nivå. Dette har man imidlertid ikke fått gehør for.

Styremedlem i Nordlandssykehuset, Barbro Hætta, peker på sin side på manglende kapasitet til å gi innhold til de overordnede føringene. Hun trekker frem målet til Helse Nord om å opprette et tilrettelagt geriatriisk tilbud for samiske pasienter. I følge henne har styret i Nordlandssykehuset vist stor vilje til å implementere tiltaket. De har imidlertid slitt med å konkretisere det med innhold. Hun etterlyser derfor kapasitet som kan hjelpe helseforetakene i slike spørsmål. Blant annet mener hun at Sametinget burde ta en tydeligere og mer konkret rådgivende rolle.

Nylig avgått styreleder i Helse Nord, Bjørn Kaldhol, peker også på at de samiske miljøene ikke er flink nok til å presisere utfordringer og behov. Dette gjør det utfordrende for helseforetakene å prioritere og konkretisere tiltak med en forventet effekt for en samisk målgruppe.

Sametingsråd Henrik Olsen erkjenner på sin side at Sametinget har en relativt liten kapasitet rundt helse spørsmål. Dette medfører at Sametinget må prioritere overordnede spørsmål og har liten kapasitet til å gå inn i komplekser på lavere nivå.

Uklar oppfølging av samer utenfor Finnmark

Helse Nord har som nevnt fått et nasjonalt ansvar for den samiske befolkningen. Ansvaret er i dag i stor grad delegert videre til Finnmarkssykehuset som har ansvaret for de særskilte samiske spesialisthelsetjenestene i Karasjok.

Finnmarkssykehuset har imidlertid sitt hovedfokus på befolkningen i Finnmark. Det reflekteres både gjennom styringsdokumenter og beslutninger. For eksempel viser styrets vedtak vedrørende samisk helsepark at de nasjonale behovene til brukere utenfor Finnmark vies liten vekt.

Heatta og Eira-Åhrén fra SANKS hevder at de generelt møter liten forståelse hos Finnmarkssykehuset for behovene til samer utenfor Finnmark. Budsjett disponeringen er i stor grad knyttet til å dekke behovene innenfor Finnmarkssykehusets primære geografiske opptaktsområde. I følge dem er utekontorene til SANKS svakt bemannet i forhold til at de tar i mot pasienter, samtidig som de også formidler kunnskap til spesialisthelsetjenesten og kommunene i områdene. De hevder også at tilbudet til SANKS er lite kjent i primærhelsetjenesten. Oppfølgingen av samiske brukere blir dermed tilfeldig. I stor grad er det opp til samiske pasienter og pårørende å selv å gjøre fastleger oppmerksom på at det finnes et tilbud spesielt tilrettelagt for samer.

6.2 Argumenter for å beholde dagens struktur og risiko

Tynt befolkningsgrunnlag og sårbare fagmiljø

Dagens organisering av helseforetakene er i stor grad inndelt etter geografiske linjer og tilhørende befolkningsgrunnlag. Dette gir grunnlag for stordriftsfordeler som er viktige med hensyn til økonomisk effektivitet og et tilfredsstillende fagmiljø. De samiske områdene kjennetegnes imidlertid av et lavt befolkningsgrunnlag. Særlig er det i Finnmark utfordrende å opprettholde robuste fagmiljø med en relativt desentralisert struktur.

Flere av de intervjuede frykter utfordringene som vil kunne oppstå dersom de samiske spesialisthelsetjenestene løsrev seg fra Finnmarkssykehuset. De mener at dette ville skape utfordringer både i forhold til Finnmarkssykehuset og den samiske befolkningen.

Nylig avgått styreleder i Helse Nord, Bjørn Kaldhol, peker på faren ved å splitte opp fagmiljøer som allerede er små og sårbare. Han mener at det ville være et feilspor og sløsing av ressurser å bygge opp parallelle tjenestetilbud i områder med en lav befolkning. Han tror heller ikke at man kan klare å bygge opp et eget robust tjenestetilbud kun for samer som holder en tilfredsstillende kvalitet. Kaldhol mener derfor at det er viktigere å styrke de samiske miljøenes representasjon i den eksisterende organiseringen.

Medisinsk fagsjef i Finnmarkssykehuset, Harald Sunde, frykter på sin side at de samiske spesialistene ville få et for lite pasientgrunnlag. Dermed kan man risikere at spesialisthelsetjenestene spiser seg inn på feltene til primærhelsetjenestene og fører til unødvendige dobbeltbehandlinger.

Viktigheten av å tilhøre et større fagmiljø som holder et høyt nivå trekkes imidlertid også frem som en fordel av intervjuobjektene med en samisk bakgrunn. I følge dem er det en styrke ved dagens modell at man er integrert i et større system og ikke segregert. Dette er viktig blant annet med hensyn til å høste anerkjennelse og skape tillit til de samiske spesialisthelsetjenestene. For eksempel har SANKS et anerkjent og et sterkt fagmiljø som beviser sin kompetanse også utenfor en samisk kontekst.

Verdien av å kunne hente læring på tvers av organisatoriske skiller trekkes også frem som viktig.

Krevende geografiske og uklare etniske avgrensninger

Den samiske befolkningen er ikke en entydig størrelse som man kan avgrense til et bestemt geografisk område. Selv om man i Indre-Finnmark finner kommuner der samer er i majoritet, kan problemstillingen ikke begrenses til disse. Utenfor Indre-Finnmark er samer imidlertid ofte i sterkt mindretall. Mange samer bor dessuten langt fra Indre-Finnmark. Det vil dermed være ressurs- og tidkrevende dersom man legger opp til at en betydelig andel samiske pasienter primært skal reise til Karasjok for behandling.

Behovene til samer vil også være ulike fra område til område. For pasienter fra Indre-Finnmark kan det viktigste være å kunne kommunisere på samisk. Særlig gjelder dette eldre og barn, men også andre kan finne det vanskelig å kommunisere presist omkring helse spørsmål på norsk. Utenfor Indre-Finnmark kan det imidlertid være større behov for å møte helsepersonell med forståelse for kulturelle forhold. Disse forholdene vil variere fra område til område, avhengig av den lokale samiske konteksten. I noen områder kan det for eksempel være særlig viktig med gode kunnskaper om utfordringer knyttet til reindrift, mens det i andre områder finnes andre tema som er viktigere. Det finnes imidlertid lite kunnskap som underbygger og presiserer hvilke behov samer i de ulike områdene har.

De samiske områdene har dessuten en blandet befolkning der de etniske skillelinjene ofte er uklare. Mange vil kunne identifisere seg som både samer, nordmenn, kvener eller annet. Organiseringen av spesialisthelsetjenester må derfor ta hensyn til områdene ikke lar seg defineres geografisk gjennom homogene befolkninger.

I tillegg mener flere av de ikke-samiske intervjuobjektene at det ville være synd dersom man ikke klarer å løse utfordringer i fellesskap. De argumenterer med at befolkningen i nord er såpass liten at man ville være tjent med å stå samlet. Enkelte peker også på at egne samiske enheter kan være en kime til konflikt mellom folkegruppene i nord.

Krav til stordriftsfordeler med hensyn til administrasjons-/kontrollfunksjoner

Mindre enheter vil kreve relativt store ressurser til administrasjon og støttetjenester sett i forhold til størrelsen. Dette er en utfordring vi også ser hos andre samiske institusjoner, jmf kritikken knyttet til Samisk høgskole beskrevet i kapittel 5.2. Små miljøer vil ha relativt større utfordringer med hensyn til å oppfylle krav til blant annet rapportering, kontroll og rettssikkerhet enn større organisasjoner som høster av stordriftsfordeler. Egne samiske enheter kan dermed risikere at de ikke har kapasitet til å oppfylle formelle krav og/eller at det brukes uforholdsmessig store ressurser til å dekke dem dersom de ikke tilknyttes større enheter.

7. Alternativer og vurderinger

I det følgende vurderes alternative modeller til dagens organisering av samiske spesialisthelsetjenester. Disse er satt opp på bakgrunn av utfordringer og risikomomenter beskrevet i kapittel 6.

Poenget med diskusjonen i dette kapittelet er ikke nødvendigvis å komme frem til en ferdigutviklet organisasjonsstruktur. Imidlertid er hensikten å tydeliggjøre argumenter gjennom en diskusjon rundt konkrete alternativer.

Følgende alternativer er med i vurderingen:

1. Et eget samisk RHF direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet
2. Et eget samisk helseforetak underlagt **(a.)** Helse Nord *eller* **(b.)** felleseid av de regionale helseforetakene i Norge
3. En egen samisk klinikk under **(a.)** Finnmarkssykehuset *eller* **(b.)** UNN
4. Opprettelse av en samisk klinikk underlagt Finnmarkssykehuset, samt utskillelse av et kompetanse- og ressurscenter direkte underlagt helsedirektoratet

7.1 Sentrale forutsetninger og krav som bakgrunn for alternative modeller

Følgende forutsetninger og kriterier er lagt til grunn for alternativene. Disse vil i enkelte tilfeller være i konflikt med hverandre, og alternativene vil i varierende grad ta hensyn til de enkelte kriteriene.

1. Autonomi og medbestemmelse

Med autonomi menes det at en samisk spesialisthelsetjeneste skal kunne gjøre selvstendige prioriteringer gjennom ressursdisponeringer, styringsdokumenter, vedtekter og kontroll/representasjon i styreorganer. I tillegg forutsetter autonomi at en fremtidig struktur legger til rette for tilstrekkelig ledelseskapasitet til å kunne legge planer, strategier og evalueringer.

Det forutsettes imidlertid at de samiske spesialisthelsetjenestene også i fremtiden fortsatt vil ha en plass innenfor dagens helseforetaksmodell (eller tilsvarende modell for spesialisthelsetjenestene) og ikke løsrives. Konkret betyr det blant annet at særskilte samiske spesialisthelsetjenester fortsatt vil få sine øverste føringer lagt av HOD. Medbestemmelse betyr derfor at samiske perspektiver og deres representanter tas med i relevante beslutninger på politisk, strategisk og operativt nivå.

2. Grensesnitt mot øvrige spesialisthelsetjenester

Likeverdige spesialisthelsetjenester betyr blant annet at spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen må holde et minst like høyt kvalitetsnivå som for den øvrige befolkningen. Med andre ord må en fremtidig modell legge til rette for et fagmiljø og pasientgrunnlag som sikrer at kompetanse både opprettholdes og utvikles.

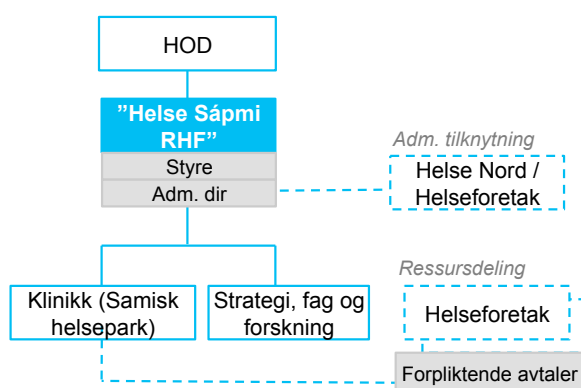
Det forutsettes imidlertid med at de samiske spesialisthelsetjenestene ikke vil ha et opptaksområde med et befolkningsgrunnlag som er stort nok alene. Et tilstrekkelig pasientgrunnlag må derfor sørges gjennom felles organisering og/eller forpliktende grensesnitt mot øvrige helseforetak eller klinikker/enheter.

3. Administrasjon og kontroll

Et sentralt hensyn til en modell må være at ressursene allokeres dit de gjør mest nytte for seg. Samiske fagpersoner med kompetanse i samisk språk og kultur er i den forbindelse en knapp faktor som bør anvendes der de bidrar til å gi et best mulig behandlingstilbud for samiske brukere. Det betyr at en fremtidig modell må legge til rette for at samiske fagpersoner i minst mulig grad fokuserer på administrative støtte- og kontrollfunksjoner som ikke krever særlig innsikt i samisk språk og kultur. Samtidig må en fremtidig modell også sikre nødvendig kapasitet knyttet til saksbehandling, kontrollfunksjoner og rettsikkerhet.

7.2 Alternativer og vurderinger

Alternativ 1: Samisk RHF direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet



Overordnet beskrivelse:

- Eget rettssubjekt som RHF
- Eget styre og administrasjon
- Overordnet rådgivende ansvar overfor andre helseforetak knyttet til samiske spesialisthelsetjenester
- Ansvar for drift av virksomhet under Samisk helsepark
- Administrativ tilknytning til Helse Nord og relevant underliggende helseforetak
- Omfattende og forpliktende ressursdeling med nærliggende helseforetak

Beskrivelse: Alternativet forutsetter at det opprettes et eget regionalt helseforetak som et selvstendig rettssubjekt ("foretaket"). Foretaket gis et overordnet rådgivende ansvar i å sørge for et likeverdige og kulturelt tilpassede spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Ansvar løses både gjennom den foreslåtte virksomheten under Samisk helsepark og gjennom et forpliktende samarbeid med øvrige foretak.

Som selvstendig rettssubjekt opprettes det et eget uavhengig styre formelt oppnevnt av HOD. Det forutsettes likevel at Sametinget også gis anledning til å oppnevne egne styremedlemmer av hensyn til autonomi.

I motsetning til øvrige regionale helseforetak, etableres det imidlertid ingen underliggende helseforetak som selvstendige rettssubjekt. Det begrunnes med at den egne tjenesteytende virksomheten vil være begrenset.

En stor del av virksomheten til foretaket vil være å vurdere, foreslå og evaluere hvordan øvrige helseforetak løser sine forpliktelser overfor den samiske befolkningen. Det vil primært skje på et overordnet nivå gjennom strategi-, plan- og evalueringsarbeid. Foretaket vil ha en rådgivende og veiledende rolle ovenfor andre helseforetak og HOD. I tillegg vil foretaket bidra med ressurser til andre helseforetak i form av kompetanse, kunnskap, ressursdeling og direkte behandlingstjenester.

Foretaket vil eie virksomheten under den planlagte samiske helseparken i Karasjok. Denne drives som en egen klinikk. Det forutsettes imidlertid at klinikken har et nært og forpliktende samarbeid med nærstående helseforetak, først og fremst Finnmarkssykehuset og UNN. Grensesnittet formaliseres gjennom samarbeidsavtaler og andre relevante styringsdokumenter. Klinikken forpliktes til å støtte Finnmarkssykehuset med hensyn til å løse kapasitetsutfordringer knyttet til blant annet ventelister. Klinikken vil også kunne dele på fagpersoner i form av ambuleringsordninger og hospiteringer slik at man opprettholder et større fagmiljø på tvers av helseforetakene.

For å redusere risiko knyttet til administrative oppgaver og kontrollfunksjoner, foreslås det at helseforetaket deler støttefunksjoner med Helse Nord og underliggende helseforetak. Det er særlig viktig at foretaket mottar støtte til kontrolltjenester slik at man sikrer en tilfredsstillende kvalitet og pasientsikkerhet.

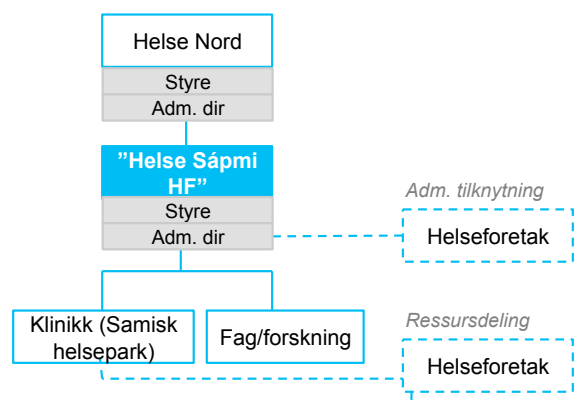
Fordeler

- ✓ Særlig grad av autonomi
- ✓ Særlig grad av medbestemmelse med direkte kobling mot Helse- og omsorgsdepartementet
- ✓ Selvstendig og overordnet rolle i forhold til samtlige helseforetak, ikke bare i Finnmark og Nord-Norge
- ✓ Vil med tiden bygge ledelseskapasitet på strategiske felt som kan gi en god faglig støtte til Sametinget, HOD og helsedirektoratet
- ✓ Høy synlighet og et naturlig kontaktpunkt. Gjør det enkelt for øvrige å vite hvor man skal henvende seg til for veiledning og råd om samiske forhold

Motargumenter

- ✗ Vil kreve kompliserte grensesnitt mot helseforetak underlagt andre RHF-er
- ✗ Administrasjon og kontroll vil være ressurskrevende selv med støtte fra Helse Nord og andre helseforetak
- ✗ Stort ansvarsspenn. Adm. direktør har ansvar både for overordnede forhold og operativ drift
- ✗ Samiske spesialisthelsetjenester risikerer å bli isolert dersom grensesnittene ikke fungerer
- ✗ Det vil ta tid å bygge opp tilstrekkelige strukturer og kapasitet som underbygger et velfungerende nytt regionalt helseforetak

Alternativ 2a: Helseforetak underlagt Helse Nord



Overordnet beskrivelse:

- Eget rettssubjekt som HF med eget styre og administrasjon
- Rådgivende og veiledende rolle overfor andre helseforetak knyttet til samiske spesialisthelsetjenester
- Ansvar for drift av virksomhet under Samisk helsepark
- Administrativ tilknytning til relevant helseforetak
- Omfattende og forpliktende ressursdeling med nærliggende helseforetak

Beskrivelse: Alternativ 2 innebærer en opprettelse av et helseforetak (foretaket) underlagt Helse Nord. Dette ligner i stor grad *alternativ 1* i form av at man etablerer et selvstendig rettssubjekt med et eget uavhengig styre og administrasjon. Den underliggende virksomheten vil i likhet med alternativ 1 også bestå av en klinikk (Samisk helsepark) og en kompetanseenhet.

Forskjellen ligger imidlertid i at foretaket her vil ha et langt mindre overordnet ansvar. Det forutsettes i stedet at Helse Nord vil ha det overordnede nasjonale ansvaret knyttet til den samiske befolkningen, slik som i dag. Styret vil også ha noe mindre fleksibilitet i og med at oppdragsbrevene til helseforetakene vanligvis er mer konkret enn de som går til de regionale helseforetakene.

I likhet med alternativ 1 forutsettes det også her at klinikken (dvs Samisk helsepark) inngår forpliktende samarbeidsavtaler om ressursdeling og administrativ tilknytning med andre helseforetak. Forskjellen her er imidlertid at disse grensesnittene koordineres mellom helseforetak som i hovedsak ligger under samme regionale helseforetak.

Det legges opp til at foretaket også fungerer som et ressurs- og kompetansesenter med et nasjonalt ansvar, slik SANKS i stor grad fungerer i dag. Det forutsettes imidlertid at foretaket også skal kunne bistå Helse Nord i strategiske spørsmål. I tillegg skal det kunne stille ressurser til disposisjon for andre helseforetak og også ta en rådgivende/veiledende rolle, slik beskrevet i alternativ 1.

Fordeler	Motargumenter
<ul style="list-style-type: none">✓ Høy grad av autonomi✓ Høy grad av medbestemmelse med direkte kobling mot Helse Nord✓ Selvstendig rolle i forhold til andre helseforetak innen Helse Nord✓ Helse Nord har det overordnede ansvaret for å påse at grensesnittene mot andre helseforetak fungerer✓ Vil med tiden bygge ledelseskapasitet på strategiske felt som kan gi faglig støtte til Sametinget og Helse Nord✓ Høy grad av synlighet overfor andre helseforetak og et naturlig kontaktpunkt vedrørende samiske forhold	<ul style="list-style-type: none">✗ Administrasjon og kontrollfunksjoner kan være ressurskrevende selv med støtte fra andre helseforetak✗ Samer utenfor Helse Nord område risikerer å falle utenfor og må ivaretas via andre regionale helseforetak✗ Grensesnittene mot andre helseforetak kan være ressurskrevende og krever en stor grad av smidighet på operasjonelt nivå✗ Samiske spesialisthelsetjenester risikerer å bli isolert dersom grensesnittene ikke fungerer (men mindre risiko enn i alternativ 1)✗ Det vil ta tid å bygge opp tilstrekkelige strukturer og kapasitet som underbygger et velfungerende nytt helseforetak

Alternativ 2b: Felleseid helseforetak underlagt alle de regionale helseforetakene

Beskrivelse Alternativet følger samme struktur som *alternativ 2a*, bortsett fra at foretaket her er et felleseid foretak eid av samtlige av de regionale helseforetakene i Norge. Denne modellen brukes i dag for enkelte nasjonale ressurser, for eksempel Nasjonal IKT, Luftambulansetjenesten og Sykehusbygg.

Fordeler

Samme som for *alternativ 2a*, med unntak av:

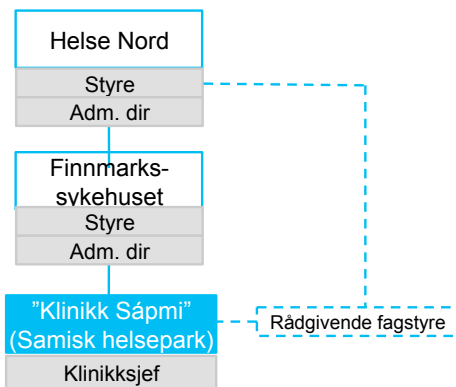
- ✓ Større nasjonal rolle uavhengig av Helse Nord
- ✓ Direkte kobling mot samtlige regionale helseforetak

Motargumenter

Samme som for *alternativ 2a*, med unntak av:

- ✗ Store krav til koordinering mellom de regionale helseforetakene
- ✗ Ansvar for foretaket og den samiske befolkningen kan pulveriseres mellom de regionale helseforetakene

Alternativ 3a: Opprettelse av en samisk klinikk underlagt Finnmarkssykehuset



Overordnet beskrivelse:

- Virksomheten under en fremtidig Samisk helsepark løftes opp som en egen klinikk under Finnmarkssykehuset
- Autonomi gjennom styrking av vedtekter
- Opprettelse av rådgivende og uavhengig organ tilknyttet Klinikk Sápmi og styret i Helse Nord som gir strategiske og faglige råd for å understøtte Helse Nord's nasjonale samisk ansvar

Beskrivelse Alternativet tar utgangspunkt i dagens organisering under Finnmarkssykehuset, der virksomheten under en fremtidig Samisk helsepark løftes opp som en egen klinikk ("Klinikken"). Den nye klinikken ledes av en egen klinikksjef.

Alternativet forutsetter et nært samarbeid mellom klinikkene i Finnmarkssykehuset, slik beskrevet i de tidligere alternativene. Forskjellen ligger her i at man ikke behøver innbyrdes formaliserte samarbeidsavtaler i og med at man tilhører samme rettssubjekt.

Imidlertid forutsettes det at Finnmarkssykehuset formaliserer en viss autonomi til klinikken gjennom styringsdokumentene, blant annet vedtektene. Her bør det tydeliggjøres at Finnmarkssykehuset har et nasjonalt ansvar for den samiske befolkningen og at samiske interesser skal sikres representasjon og autonomi i saker som berører dem. Det vil sikre en større forutsigbarhet og fleksibilitet til å gjøre egne vurderinger,

og dermed bidra til å reflektere samenes særstilling som urfolk i Norge.

I tillegg foreslås det her at man oppretter et eget rådgivende fagstyre som er uavhengig av Finnmarkssykehuset. Denne skal bistå Helse Nord i å overholde deres nasjonale strategiansvar for den samiske befolkningen. Fagstyret vil her motta administrativ støtte fra klinikken og vil hente ressurser som er nødvendige for å gi kvalifiserte råd. Det forutsettes at fagstyret formelt oppnevnes av Helse Nord, men at Sametinget også utpeker medlemmer.

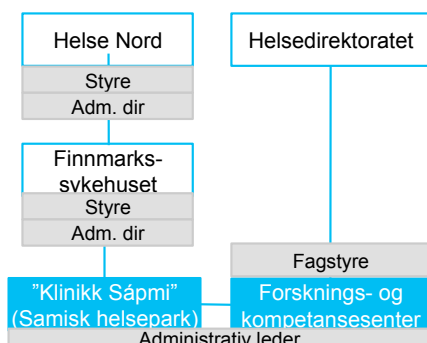
Fordeler	Motargumenter
<ul style="list-style-type: none">✓ Formelt integrert i et større fagmiljø med enkle grensesnitt til Finnmarkssykehuset✓ Binder relativt mindre administrative ressurser i forhold til å opprette et eget foretak✓ Større representasjon i foretaksledelsen enn i dag✓ Økt autonomi gjennom styrking av styringsdokumenter	<ul style="list-style-type: none">✗ Minst grad av autonomi blant alternativene. Beslutninger gjort i "Klinikk Sápmi" kan overprøves gjennom mange ledd✗ Organisatorisk fremdeles knyttet til Finnmark. Samer utenfor kan bli nedprioritert✗ De samiske representantene vil være i mindretall i styrer og foretaksledelse✗ De samiske ressursene ligger organisatorisk langt unna overordnede strategier og helsepolitiske føringer

Alternativ 3b: Opprettelse av en samisk klinikk underlagt UNN

Beskrivelse Samme som alternativ 3a med unntak av at klinikken underlegges UNN.

Fordeler	Motargumenter
<p>Samme som for alternativ 3a, med unntak av:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ UNN har en større funksjonsbredde og høyere status som universitetssykehus✓ Større fagmiljø som gjør det lettere å finne fleksible ambuleringsordninger✓ UNN har et forsknings- og utviklingsmiljø som passer inn med kompetansevirksomheten til en fremtidig samisk helsepark✓ Tromsø har et betydelig større samisk miljø enn Hammerfest og Kirkenes, med samiske barnehager, skoler m.m. som er viktig for å tiltrekke samiske fagpersoner	<p>Samme som for alternativ 3a, med unntak av:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ Lang geografisk avstand fra Karasjok til Tromsø✗ Splitter opp fagmiljø i Finnmark og gjør miljøene i Hammerfest og Alta mer sårbar

Alternativ 4: Opprettelse av en samisk klinikk underlagt Finnmarkssykehuset med nasjonale kompetansetjenester direkte underlagt helsedirektoratet



Overordnet beskrivelse:

- Virksomheten under en fremtidig Samisk helsepark løftes opp som en egen klinikk under Finnmarkssykehuset
- Autonomi gjennom styrking av vedtekter
- Skille ut forsknings- og kompetansevirksomhet som en egen enhet som rapporterer direkte til Helsedirektoratet, men felles administrasjon med "Klinikk Sápmi"

Beskrivelse

Alternativ 4 er lik alternativ 3a, med unntak fra kompetanse- og forskningsaktivitetene skilles ut som en egen enhet direkte underlagt Helsedirektoratet. Begge enheten vil imidlertid ha samme administrative leder slik at man beholder de gjensidige synergiene man har i dag. Forsknings- og kompetanseenheten vil ha et spesielt ansvar for å utvikle og formidle kunnskap, samt ha en veiledende funksjon for øvrige helseforetak. Enheten vil også ha et spesielt ansvar for å gi faglige innspill til helsedirektoratet angående helsetjenester til den samiske befolkningen.

Det foreslås at det opprettes et eget fagstyre som har et overordnet ansvar for forsknings- og kompetanseaktivitetene under Samisk helsepark. Det forutsettes at styret oppnevnes av helsedirektoratet og Sametinget. Forsknings- og kompetansesenteret mottar sin finansiering og oppdragsbrev direkte fra Helsedirektoratet.

Fordeler

Samme som for alternativ 3a, med unntak av:

- ✓ Kompetanse og forskningsaktivitetene blir mer uavhengige fra Finnmarkssykehuset og løftes på et nasjonalt nivå

Motargumenter

Samme som for alternativ 3a, med unntak av:

- ✗ Større behov administrasjon og koordinering mot flere interessenter
- ✗ Administrativ leder får et større lederspenn og må forholde seg til både Finnmarkssykehuset og Helsedirektoratet

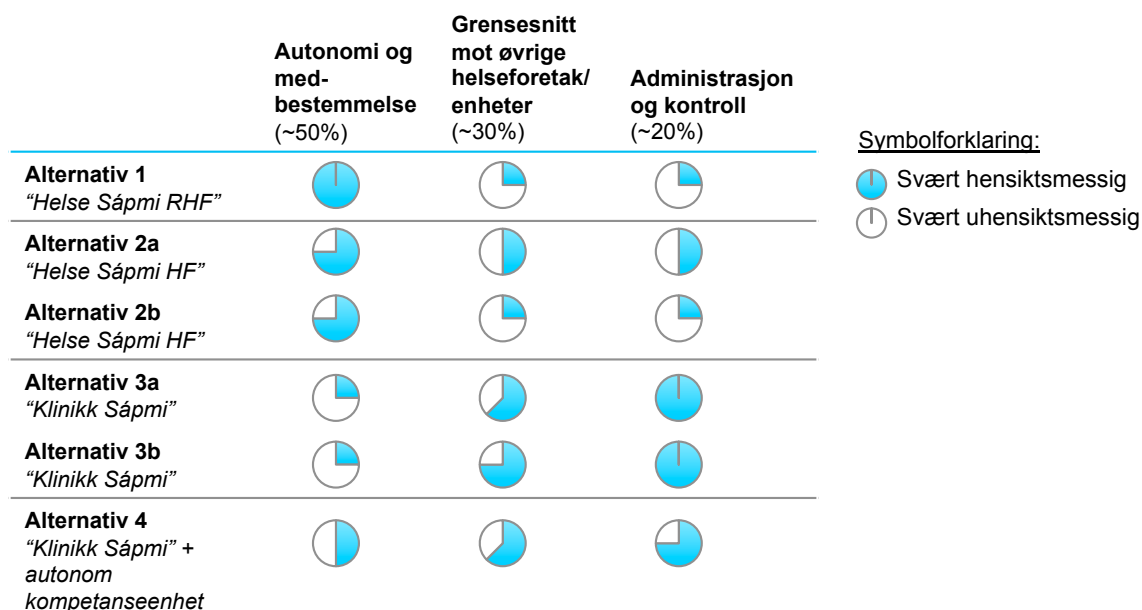
7.3 Vurderinger i forhold til kriterier

Figur 4 illustrerer og oppsummerer den relative rangeringen av alternativene i forhold til de opplistede kriteriene. En "hel kake" (dvs en helblå figur) betyr her at alternativet scorer maksimalt i forhold til det gitte kriteriet. Deretter reduseres "kaken" i takt med at hensiktsmessigheten i forhold til kriteriet synker.

Det understrekes med at figur 4 med tilhørende vektninger kun er illustrativ. De følgende vurderingene er ikke gjort matematisk i forhold til vektningene. Illustrasjonen vises kun av hensyn til transparens knyttet til vurderingene.

Kriteriet "autonomi og medbestemmelse" er i denne oppstillingen gitt størst vekt. Det begrunnes med at en organisasjonsstruktur må oppfylle og reflektere samenes særstilling som urfolk i Norge. En fremtidig organisasjonsstruktur bør derfor gi samiske interesser en reell innflytelse og handlingsrom til å forme språklige og kulturelt tilpassede spesialhelsetjenester. De øvrige kriteriene er imidlertid ikke gitt en lavere vekt fordi de er mindre viktig, men fordi de omhandler utfordringer som bør være håndterbare forutsatt vilje til å forme smidige grensesnitt og løsninger.

Figur 4 Relative rangeringer i forhold til kriterier



Autonomi og medbestemmelse

En opprettelse av et eget samisk regionalt helseforetak (*alternativ 1*) anses som det sterkeste alternativet hva gjelder autonomi og medbestemmelse, fordi det opprettes et selvstendig rettssubjekt som rapporterer direkte til HOD uten mellomledd. En opprettelse av et eget helseforetak under Helse Nord (*alternativ 2 a og b*) anses som marginalt svakere, men likevel som veldig hensiktsmessig. Her opprettes også et selvstendig rettssubjekt, men foretaket er organisert på et noe lavere nivå.

En opprettelse av en klinikk (*alternativ 3 a og b*) anses som det svakeste alternativet i denne sammenheng. Selv om alternativet innebærer en opprettelse av en egen klinikk sammen med en formell styrking av det samiske ansvaret gjennom vedtektene, synes ikke alternativet å gi en fullverdig autonomi. De samiske interessene vil fortsatt være underrepresentert og måtte konkurrere mot majoritetens hensyn. Alternativet vil med andre ord gi en sterkere medbestemmelse enn i dag, men ikke fullt ut gi en autonomi som sikrer at de samiske perspektivene reflekteres gjennom vurderinger og prioriteringer.

Alternativ 4 må i denne sammenheng ses på som en mellomløsning som gir kompetansevirksomheten en større uavhengighet og en tydeliggjøring av det nasjonale ansvaret.

Grensesnitt mot øvrige helseforetak/enheter

Når det kommer til effektive grensesnitt mot øvrige helseforetak og/eller enheter, er det *alternativ 3b* som kommer sterkest ut. Her er man organisert som en egen klinikk underlagt UNN. Denne er vurdert som marginalt mer hensiktsmessig enn *alternativ 3a* og *4*, der man er organisert som en egen klinikk under Finnmarkssykehuset. Begrunnelsen for dette er at UNN har et større og bredere fagmiljø, samtidig som man gjennom en lokalisering av tjenester i Karasjok sammen med en sterk tilknytning til Tromsø vil være godt posisjonert i forhold til relativt store samiske miljøer. Tromsø regnes dessuten som et mer attraktivt bosted for samiske fagpersoner enn Hammerfest og Kirkenes.

Alternativene 1 og *2* (både a og b) er rangert som relativt svakere. Det begrunnes med at man er organisert som egne helseforetak og er avhengig av gode og smidige samarbeidsløsninger med andre foretak. *Alternativ 2a* er imidlertid mer hensiktsmessig fordi man her er organisert under Helse Nord. Det forutsettes at det er enklere å få til et godt samarbeid innenfor samme RHF.

Administrasjon og kontroll

Alternativ 3 (både a og b) er mest hensiktsmessig på grunn av lavere ressursbehov knyttet til administrasjon og kontroll. Det begrunnes med at man har relative stordriftsfordeler gjennom å rapportere gjennom Finnmarkssykehuset/UNN. *Alternativ 4* kommer marginalt dårligere ut på dette kriteriet fordi den også forutsetter en egen parallell forsknings- og kompetanseenhet som rapporterer direkte til Helsedirektoratet via et eget styre.

Alternativ 2a er mer hensiktsmessig enn *alternativ 1* og *2b* fordi man da rapporterer innad i Helse Nord. Det forutsettes at løsningen vil ha smidigere administrative grensesnitt med helseforetak tilhørende samme RHF.

Samlet vurdering

Gitt vurderingene og vektingen av kriteriene gir dette følgende samlede vurdering:

- *Alternativ 2a* (eget samisk helseforetak under Helse Nord) kommer best ut basert på en samlet vurdering. Det begrunnes med at alternativet vil gi en høy grad av autonomi som et selvstendig rettssubjekt med eget styre og administrasjon. Samtidig gjør hensynet til effektive grensesnitt og administrativ tilknytning at alternativet foretrekkes fremfor *alternativ 1* (eget samisk regionalt helseforetak) og *2b* (felleseid samisk helseforetak).
- *Alternativ 4* (egen samisk klinikk med en autonom kompetanseenhet) foretrekkes fremfor *alternativ 3* (både a og b – dvs en egen samisk klinikk) på grunn av større autonomi og fleksibilitet.
- *Alternativ 4* kan fungere som en god midlertidig ordning mens man på sikt jobber for å bygge opp en infrastruktur som understøtter et eget samisk helseforetak. Det forutsetter imidlertid at det finnes en politisk konkret forpliktelse knyttet til å bygge opp en selvstendig samisk helseinstitusjon med et nasjonalt oppdrag
- *Alternativ 3a* (egen klinikk underlagt UNN) regnes som marginalt bedre enn *alternativ 3b* (underlagt Finnmarkssykehuset) fordi man i Tromsø har et bredere fagmiljø og et større samisk samfunn enn i Hammerfest og Kirkenes

Kilder

Litteratur/rapporter

Brustad M (2009): *Helse i samisk befolkning- en kunnskapsoppsummering av publiserte resultater fra befolkningsundersøkelser i Norge. Samiske tall forteller 2*

Bongo BA (2012): *Samer snakker ikke om helse og sykdom – Samisk forståelsehorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur.*

Kvernmo S med. arbeidsgruppe (2013): *Utredning og anbefalinger om innhold og organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet i Sámi dearvvašvuoda siida – Samisk Helsepark. Et delprosjekt i Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Finnmark HF.*

Nystad T, Melhus M, Lund E: *The monolingual Sami population is less satisfied with the primary health care.* Tidsskriftet Norsk Lægeforening, mars 2006.

Pettersen T (2012): *Samene i Norge – 40 000 i 40 år?* Samiske tall forteller 5

Styringsdokumenter

Finnmarkssykehuset (2015): Strategisk utviklingsplan for Finnmarkssykehuset HF 2015-2030

Finnmarkssykehuset / Helse Nord: Diverse styrevedtak

Finnmarkssykehuset (2015): Virksomhetsrapporter januar-desember

Helse Nord: Oppdragsbrev fra Helse Nord til helseforetakene 2014-2016

Helse og omsorgsdepartementet (2009): Meld.St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Melding til Stortinget.

Helse og omsorgsdepartementet (2012): Prop. 120L (2011-2012). Endringer i helseforetaksloven mv. Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak).

Helse og omsorgsdepartementet (2015): Meld.St. 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Melding til Stortinget

Helse og omsorgsdepartementet (2015): Mandat. Utvalg som skal utrede ny organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten.

Helse og omsorgsdepartementet: Oppdragsbrev til Helse Nord 2014-2016

Kunnskapsdepartementet: Meld. St. 18 (2014–2015). Konsentrasjon for kvalitet. Strukturreform i universitets- og høyskolesektoren. Melding til Stortinget.

Sosial- og helsedepartementet (1995): NOU 1995:6 Plan for helse og sosialtjenester til den samiske befolkningen.

Sosial- og helsedepartementet (2001): *Mangfold og likeverd.* Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge 2002-2005.

Internett

www.helse-nord.no

www.finnmarkssykehuset.no

www.health.govt.nz

www.regjeringen.no

www.samediggi.no

www.southcentralfoundation.com

Intervjuer

Anne Grete Olsen, utviklingssjef Finnmarkssykehuset

Barbro Hætta, styremedlem Nordlandssykehuset

Bjørn Kaldhold, nylig avgått styreleder i Helse Nord

Gunn Heatta, leder SANKS

Harald Sunde, medisinsk fagsjef Finnmarkssykehuset

Inger Marit Eira-Åhrén, ansatt i SANKS og styrenestleder i Helse Nord-Trøndelag

Lena Elisabeth Nielsen, HR-sjef Finnmarkssykehuset

Siv Kvernmo, professor

Ulf Syversen, styreleder Finnmarkssykehuset