



## **SAMHANDLINGSREFORMEN - NY HELSE & OMSORGSLOV OG NY FOLKEHELSELOV**

Formannskapet i Hamarøy kommune har 19.1.2011 behandlet lovutkastene til Samhandlingsreformen og vil med dette gi følgende uttalelse:

### **Generelt**

Formannskapet gir sin tilslutning til målene for reformen som er formulert slik:

- Økt livskvalitet og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.
- Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større deler av helsetjenestene ytes av den kommunale helse og omsorgstjenesten - forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektiveitet
- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp

Målene skal realiseres gjennom et sett av flere virkemidler.

Hamarøy kommune setter medio januar 2011 i gang prosessen med å kartlegge framtidens helse og omsorgsbehov og tjenestestrukturen som må følge denne.

Etter planen skjer dette med en-to interkommunale modeller.

### **1. Økonomiske forutsetninger**

Skal kommunene kunne bli likeverdige partnere for staten i de visjonene Samhandlingsreformen trekker opp er det helt avgjørende at det er klare, entydige og forutsigbare finansieringsordninger for de oppgaver som tilføres kommunene. Videre vil det være viktig at disse ikke "beheftes" med for mye søknads og rapporteringsoppgaver, men i størst mulig grad som rammer. Ressursene må i størst mulig grad nyttes til mer og bedre helsetjenester - ikke flere byråkrater.

### **2. Kompetansestyring av veksten**

Et eksempel: Det er et mål for regjeringen at veksten i legeårsverk skal skje i kommunehelsetjenestene. Dersom dette skal skje må det settes nødvendig kraft bak en slik målsetting. Erfaring viser at spesialisthelsetjenesten har vokst kraftig på bekostning av kommunehelsetjenestene - til tross for manglende stillingshjemler.

### **3. Folkehelsesatsing generelt**

Hamarøy kommune har gode erfaringer med sin folkehelsesatsing. At det kommer en egen lov på dette området er derfor svært gledelig.

Det vil være den beste strategien for å dempe veksten i helsebudsjettene både for landet og den enkelte kommune. Men ikke minst - det vil være med å øke livskvaliteten til den enkelte borger.

Men også her vil små grep bidra til praktisk gjennomføring av store mål - ref mulighetene for refusjoner og fag knyttet til frisklivssentralen.

### **4. Folkehelsesatsing - barn & unge**

De langsiktige utfordringene rundt livsstilsrelaterte potensielle alvorlige helseplager blant barn & unge i dagens samfunn synes åpenbare i forhold til å sette inn gode strategier for å endre noen trender.

Tre eksempler: i) stadig økende andel barn og unge med fedme- og overvektproblemer med tilstøtende diagnoser, ii) generelt økning i passivitet - stillesittende aktiviteter øker mest (TV, data, spill) og iii) liberalisering i fht rus (alkohol og andre rusmidler).

Kommunene som oppvekstmiljø (skole, barnehage og fritid) er absolutt nærmest til å bidra til å endre disse trendene.

### **5. Tilslutning til SSS-uttalelsen**

Formannskapet gir sin tilslutning til uttalelsen fra Samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten.

## **HØRINGSUTTALELSE – SAMHANDLINGSREFORMEN – SAMHANDLINGSPROSJEKTET SUNNHET I SALTEN**

Denne høringsuttalelsen er vedtatt av styringsgruppa for samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten, et prosjekt etablert i regi av Salten Regionråd.

De to lovforslagene og utkastet til nasjonal helse-/omsorgsplan understøttes i hovedsak som gode virkemidler for oppfølging av Samhandlingsreformen.

### ***Vedrørende forslag til ny folkehelselov***

Hovedmålet må være en helsefremmende samfunnsutvikling.

Ansvar for folkehelsearbeid bør som foreslått legges til *kommunen* slik at alle sektorer må ta helsemessige hensyn. Dette er en radikal forandring fra tidligere, med stort potensial for helsegevinst, men også med store utfordringer. Helsehensyn må tas i planarbeid. I tillegg bør *igangværende drift revideres* i forhold til helsefremmende og forebyggende effekter.

Forebyggende og helsefremmende tiltak vil i varierende grad og med ulikt tidsperspektiv gi effekt på forbruk av spesialisthelsetjenester. Derfor er det også nødvendig å ha *finansieringsordninger som er uavhengig av befolkningens helsetjenesteforbruk*.

Statlige og fylkeskommunale instanser bør ha rådgivningsfunksjoner, men det er en fare for *overbyråkratisering* når mer enn to forvaltningsnivå involveres. Avstanden til konkret tjenesteutøvelse og målgruppene bør ikke bli for stor. Det er også av stor betydning at privat sektor og frivillige inkluderes i dette.

Statlige virksomheter, eksempelvis Statens Vegvesen, vil kunne ha stor innflytelse på infrastruktur og folkehelse i lokalsamfunn. Kommunal styring ved Plan- og bygningsloven er ikke tilstrekkelig til å sikre helsefremmende og forebyggende tiltak i slike sammenhenger. Folkehelseloven bør ha bestemmelser som gjelder *kommuneovergripende virksomheters ansvar for helsefremmende og forebyggende tiltak*.

Folkehelsearbeid kan bli preget av aksjonisme overfor befolkning og enkeltindivider om livsstilendring, med risiko for moralisering, mens strukturelle og organisatoriske forhold får mindre oppmerksomhet. Bedre tilrettelegging av samfunnets infrastruktur og virksomheter vil gjøre sunne valg mer nærliggende.

Et eksempel på dette er sykkelveier av høy kvalitet, gode parkeringsmuligheter for sykkel og utleiesykler lett tilgjengelig. Slik kan bruk av sykkel økes og bilkjøring reduseres – uten moralismekampanjer.

Et annet kjent eksempel er bruk av prismekanismer: lavere priser på kollektivtilbud og høyere priser på usunne matvarer vil ha folkehelseeffekt.

Samfunnets infrastruktur bør også tilrettelegge for gode sosiale nettverk med allsidige, varierte møteplasser for mennesker med ulik alder, interesser, livssituasjon og sosial status.

Det er støtte i norsk forskning for sammenhengen mellom sosialt nettverk og helse. Mye fokus på fysisk aktivitet må ikke fortrenge helsefremmende tiltak på det psykososiale området, da dette er en betydelig folkehelseutfordring.

Det er også holdepunkt for at helseinformasjon til den enkelte ikke er særlig virksomt før det blir tema innen det sosiale nettverket.

Kommunen bør ikke ha tilsynsansvar med barnehager og skoler som kommunen selv eier og driver. Dette bør være et gjennomgående prinsipp at en virksomhet har internkontrollplikt, men *ikke tilsynsansvar for egen drift*. Dette vil i tilfelle bety at kommuneoverlegen og driftsansvarlige for skoler og barnehager blir ansvarlig for internkontrollsystem og kvalitetsutvikling, inkludert intern revisjon.

Slik arbeidet med miljørettet helsevern er organisert i dag er det viktig at *dagens muligheter til å delegerer myndighet til interkommunale organ, inkludert interkommunale selskap, opprettholdes og videreføres*.

### ***Vedrørende forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan.***

Befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester må være utgangspunktet.

Alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen bør ha et *forutsigbart og definert trygghetsnivå* for nødvendig helsehjelp i akutte situasjoner, uansett tid og sted.

Alle bør være *informert* om hvilken hjelp som kan påregnes avhengig av tidspunkt og geografi. En grunnleggende premisse er at tjenestetilbudet innenfor vanlig arbeidstid i primærhelsetjenesten *optimaliseres* slik at behovet for øyeblikkelig hjelp på kveld, natt og helg blir redusert så langt mulig.

Etablering av store *interkommunale legevaktorganisasjoner* bør understøttes finansielt og kanskje lovfestes.

Lokalsamfunn med vanskelig tilgjengelighet til legevaktjenester, eksempelvis enkelte øysamfunn, bør ha organisert et korps av legfolk/frivillige. Disse kan være avtale tilknyttet til legevaktorganisasjonen, med et definert nivå av kunnskap og kompetanse. De disponerer lokalt lager av bestemt utstyr og medikamenter, slik at øyeblikkelig hjelp kan ytes i påvente av øvrige legevaktressurser.

Trygghetsnivå for helsehjelp i akutte situasjoner spesifiseres geografisk og tidsmessig. Dette for at publikum og beslutningstakere skal vite eksplisitt hva som kan forventes av disse tjenestene til enhver tid og på ethvert sted.

En stor, profesjonell legevaktorganisasjon kan bidra til stabilisering av ordinær legedekning, spesielt i mindre kommuner, ved at legen har velregulert, rimelig vaktbelastning og god støtte i organisasjonen.

Det bør gjøres modellforsøk for *samorganisering av legevakt, ambulanse og brannvern* i et større geografisk område, eksempelvis Salten-regionen. Dette for å gi effektiv tverrfaglig håndtering av kriser og katastrofer, bedre samlet ressursutnyttelse og samfunnsøkonomi.

Primærhelsetjenesten har et potensial for økt pasientbehandling. I Salten er det opprettet en sykestuefunksjon *Prehospital observasjon og behandling (PreOB)* i 3 kommuner.

Det er en legestyrt sengeplass lokalisert i tilknytning til sykehjem hvor pasienten kan observeres og gis primærmedisinsk behandling inntil 3 døgn. Virksomheten blir i løpet av februar 2011 evaluert, preliminare data tyder på at PreOB er en hensiktsmessig enhet som bør finnes i enhver kommune, også vertskommuner for sykehus. PreOB er gevinst for pasienten, pårørende, lokalt helsepersonell, sykehuset, transportøkonomi, sykehusøkonomi og samfunnsøkonomi.

PreOB er imidlertid en *merkostnad* for kommunen. Denne merkostnaden bør det være en god finansieringsordning for. Det er ikke hensiktsmessig at hver enkelt kommune hvert år må produsere søknader om støtte.

PreOB er en grunnleggende sykestuefunksjon. Når den er etablert kan mange andre funksjoner legges til:

- *korttids rehabilitering* for pasienter som er tidlig utskrevet etter sykehusbehandling
- *delfunksjoner innenfor mer komplekse, langvarige rehabiliteringsforløp*
- *spesialfunksjoner* som dialyse, transfusjoner, cytostatikabehandling, hjemmerespirator
- *enheter for lindrende behandling*

I tillegg bør det installeres *digital, konvensjonell røntgen* og opprettes lokal *lærings- og mestringsenhet*.

Disse funksjonene er i ulik grad realisert eller under utvikling i Saltenregionen.

Samlet vil de kunne ha stor effekt på befolkningens *sykehusforbruk*.

Primærhelsetjenesten vil bli styrket, både i omfang og kvalitet. Dette kan være en viktig faktor for *stedsutvikling* og verdiskaping lokalt.

Derfor bør tiltak fra Kommunal- og regionaldepartementet, eksempelvis LUK-programmet for lokalsamfunnsutvikling, samordnes med tiltak fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Systematisk *analyse av pasientforløp* kan videre utvikles som metode for kvalitetsutvikling innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer å studere utviklingen av ulike parameter (eksempelvis funksjonsnivå) over tid, viktige milepæler og iverksatte tiltak. Erfaringene oppsummeres praktisk og klinisk som grunnlag for forslag til kvalitetsutvikling blant de aktørene som var involvert i vedkommende pasientforløp (ref praksiskoordinator ved Nordlandssykehuset HF).

Det bør innrettes *faglige møteplasser* der helsepersonell fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten treffes for faglig dialog med tema optimalisering av pasientforløp. Isolert fagkunnskap kan dermed bringes inn i en praktisk og klinisk virkelighet med umiddelbar effekt for pasientene. Slike møtearenaer må være godt strukturert og stille krav til deltagerne, men samtidig være godkjent som meritterende kurs.

(ref Kursplattform Nordlandspasienten, et samarbeid mellom Salten regionråd, Nordlandssykehuset HF, NAV Nordland og Nordland legeförening).

Det bør være eksplisitt uttalt at sykehusstruktur må bringes i samsvar med samfunnets infrastruktur forøvrig. Departementene bør samarbeide sterkere om dette.

I et geografisk område mangler det kanskje bare en ferg eller et mindre veiprojekt for at sykehustilbudet kan bli vesentlig mer kostnadseffektivt. Det kan ikke være et felles ansvar å bære byrden av en unødvendig kostnadskrevende sykehusstruktur, som i tillegg ikke kan leve opp til moderne kvalitetskrav. Disse midlene må mer hensiktsmessig brukes til utvikling av primærhelsetjenesten. Alle mennesker kan uansett ikke bo like ved et sykehus. Lokale fakkeltog bidrar til skjev fordeling av ressurser mellom distriktene.

Norges *urfolksminoritet* er opp gjennom historien påført helsemessige påkjenninger, både somatiske og psykiske, som samfunnet ikke i tilstrekkelig grad har tatt ansvaret for. Nødvendig tilrettelegging gjelder ikke bare språk og kulturforståelse, men også i stor grad den grunnleggende forståelsen og kunnskapen om hvilke skader og lidelser som fornorskningen har påført den samiske befolkningen. Denne kunnskapen mangler nær sagt overalt i det norske majoritetssamfunnet. Dessverre også i helsevesenet. Hvis helsetjenestene skal kunne virke optimalt og relevant også i samisk sammenheng må slik kunnskap på plass. Dette er grunnen til initiativet for en *regional flerkulturell helseinstitusjon* i det lulesamiske området i Nord-Salten. Denne vil kunne ha betydning for samiske helseutfordringer i hele landet ved nært samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter (SANKS-nettverket).

Det nye flerkulturelle Norge bringer med seg særskilte helseutfordringer. Grunnleggende viktig er transkulturell kommunikasjon, forståelse av hvilken kontekst pasientens symptomer skal fortolkes i forhold til, og dermed mulighet for adekvat tilrettelegging av utredning og behandling. Med økende internasjonalisering, en megatrend etter de fleste prognoser, er dette aspekter som bør komme bedre til uttrykk gjennom Samhandlingsreformen.

## **HØRINGSUTTALELSE – SAMHANDLINGSREFORMEN – SAMHANDLINGSPROSJEKTET SUNNHET I SALTEN**

Denne høringsuttalelsen er vedtatt av styringsgruppa for samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten, et prosjekt etablert i regi av Salten Regionråd.

De to lovforslagene og utkastet til nasjonal helse-/omsorgsplan understøttes i hovedsak som gode virkemidler for oppfølging av Samhandlingsreformen.

### ***Vedrørende forslag til ny folkehelselov***

Hovedmålet må være en helsefremmende samfunnsutvikling.

Ansvar for folkehelsearbeid bør som foreslått legges til *kommunen* slik at alle sektorer må ta helsemessige hensyn. Dette er en radikal forandring fra tidligere, med stort potensial for helsegevinst, men også med store utfordringer. Helsehensyn må tas i planarbeid. I tillegg bør *igangværende drift revideres* i forhold til helsefremmende og forebyggende effekter.

Forebyggende og helsefremmende tiltak vil i varierende grad og med ulikt tidsperspektiv gi effekt på forbruk av spesialisthelsetjenester. Derfor er det også nødvendig å ha *finansieringsordninger som er uavhengig av befolkningens helsetjenesteforbruk*.

Statlige og fylkeskommunale instanser bør ha rådgivningsfunksjoner, men det er en fare for *overbyråkratisering* når mer enn to forvaltningsnivå involveres. Avstanden til konkret tjenesteutøvelse og målgruppene bør ikke bli for stor. Det er også av stor betydning at privat sektor og frivillige inkluderes i dette.

Statlige virksomheter, eksempelvis Statens Vegvesen, vil kunne ha stor innflytelse på infrastruktur og folkehelse i lokalsamfunn. Kommunal styring ved Plan- og bygningsloven er ikke tilstrekkelig til å sikre helsefremmende og forebyggende tiltak i slike sammenhenger. Folkehelseloven bør ha bestemmelser som gjelder *kommuneovergripende virksomheters ansvar for helsefremmende og forebyggende tiltak*.

Folkehelsearbeid kan bli preget av aksjonisme overfor befolkning og enkeltindivider om livsstilendring, med risiko for moralisering, mens strukturelle og organisatoriske forhold får mindre oppmerksomhet. Bedre tilrettelegging av samfunnets infrastruktur og virksomheter vil gjøre sunne valg mer nærliggende.

Et eksempel på dette er sykkelveier av høy kvalitet, gode parkeringsmuligheter for sykkel og utleiesykler lett tilgjengelig. Slik kan bruk av sykkel økes og bilkjøring reduseres – uten moralismekampanjer.

Et annet kjent eksempel er bruk av prismekanismer: lavere priser på kollektivtilbud og høyere priser på usunne matvarer vil ha folkehelseeffekt.

Samfunnets infrastruktur bør også tilrettelegge for gode sosiale nettverk med allsidige, varierte møteplasser for mennesker med ulik alder, interesser, livssituasjon og sosial status.

Det er støtte i norsk forskning for sammenhengen mellom sosialt nettverk og helse. Mye fokus på fysisk aktivitet må ikke fortrenge helsefremmende tiltak på det psykososiale området, da dette er en betydelig folkehelseutfordring.

Det er også holdepunkt for at helseinformasjon til den enkelte ikke er særlig virksomt før det blir tema innen det sosiale nettverket.

Kommunen bør ikke ha tilsynsansvar med barnehager og skoler som kommunen selv eier og driver. Dette bør være et gjennomgående prinsipp at en virksomhet har internkontrollplikt, men *ikke tilsynsansvar for egen drift*. Dette vil i tilfelle bety at kommuneoverlegen og driftsansvarlige for skoler og barnehager blir ansvarlig for internkontrollsystem og kvalitetsutvikling, inkludert intern revisjon.

Slik arbeidet med miljørettet helsevern er organisert i dag er det viktig at *dagens muligheter til å delegerer myndighet til interkommunale organ, inkludert interkommunale selskap, opprettholdes og videreføres*.

### ***Vedrørende forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt høringsgrunnlag for Nasjonal helse- og omsorgsplan.***

Befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester må være utgangspunktet.

Alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen bør ha et *forutsigbart og definert trykknivå* for nødvendig helsehjelp i akutte situasjoner, uansett tid og sted.

Alle bør være *informert* om hvilken hjelp som kan påregnes avhengig av tidspunkt og geografi. En grunnleggende premisse er at tjenestetilbudet innenfor vanlig arbeidstid i primærhelsetjenesten *optimaliseres* slik at behovet for øyeblikkelig hjelp på kveld, natt og helg blir redusert så langt mulig.

Etablering av store *interkommunale legevaktorganisasjoner* bør understøttes finansielt og kanskje lovfestes.

Lokalsamfunn med vanskelig tilgjengelighet til legevaktstjenester, eksempelvis enkelte øysamfunn, bør ha organisert et korps av legfolk/frivillige. Disse kan være avtale tilknyttet til legevaktorganisasjonen, med et definert nivå av kunnskap og kompetanse. De disponerer lokalt lager av bestemt utstyr og medikamenter, slik at øyeblikkelig hjelp kan ytes i påvente av øvrige legevaktressurser.

Trykknivå for helsehjelp i akutte situasjoner spesifiseres geografisk og tidsmessig. Dette for at publikum og beslutningstakere skal vite eksplisitt hva som kan forventes av disse tjenestene til enhver tid og på ethvert sted.

En stor, profesjonell legevaktorganisasjon kan bidra til stabilisering av ordinær legedekning, spesielt i mindre kommuner, ved at legen har velregulert, rimelig vaktbelastning og god støtte i organisasjonen.

Det bør gjøres modellforsøk for *samorganisering av legevakt, ambulanse og brannvern* i et større geografisk område, eksempelvis Salten-regionen. Dette for å gi effektiv tverrfaglig håndtering av kriser og katastrofer, bedre samlet ressursutnyttelse og samfunnsøkonomi.



Primærhelsetjenesten har et potensial for økt pasientbehandling. I Salten er det opprettet en sykestuefunksjon *Prehospital observasjon og behandling (PreOB)* i 3 kommuner.

Det er en legestyrt sengeplass lokalisert i tilknytning til sykehjem hvor pasienten kan observeres og gis primærmedisinsk behandling inntil 3 døgn. Virksomheten blir i løpet av februar 2011 evaluert, preliminnære data tyder på at PreOB er en hensiktsmessig enhet som bør finnes i enhver kommune, også vertskommuner for sykehus. PreOB er gevinst for pasienten, pårørende, lokalt helsepersonell, sykehuset, transportøkonomi, sykehusøkonomi og samfunnsøkonomi.

PreOB er imidlertid en *merkostnad* for kommunen. Denne merkostnaden bør det være en god finansieringsordning for. Det er ikke hensiktsmessig at hver enkelt kommune hvert år må produsere søknader om støtte.

PreOB er en grunnleggende sykestuefunksjon. Når den er etablert kan mange andre funksjoner legges til:

- *korttids rehabilitering* for pasienter som er tidlig utskrevet etter sykehusbehandling
- *delfunksjoner innenfor mer komplekse, langvarige rehabiliteringsforløp*
- *spesialfunksjoner* som dialyse, transfusjoner, cytostatikabehandling, hjemmerespirator
- *enheter for lindrende behandling*

I tillegg bør det installeres *digital, konvensjonell røntgen* og opprettes lokal *lærings- og mestringsenhet*.

Disse funksjonene er i ulik grad realisert eller under utvikling i Saltenregionen.

Samlet vil de kunne ha stor effekt på befolkningens *sykehusforbruk*.

Primærhelsetjenesten vil bli styrket, både i omfang og kvalitet. Dette kan være en viktig faktor for *stedsutvikling* og verdiskaping lokalt.

Derfor bør tiltak fra Kommunal- og regionaldepartementet, eksempelvis LUK-programmet for lokalsamfunnsutvikling, samordnes med tiltak fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Systematisk *analyse av pasientforløp* kan videre utvikles som metode for kvalitetsutvikling innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette innebærer å studere utviklingen av ulike parameter (eksempelvis funksjonsnivå) over tid, viktige milepæler og iverksatte tiltak.

Erfaringene oppsummeres praktisk og klinisk som grunnlag for forslag til kvalitetsutvikling blant de aktørene som var involvert i vedkommende pasientforløp (ref praksiskoordinator ved Nordlandssykehuset HF).

Det bør innrettes *faglige møteplasser* der helsepersonell fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten treffes for faglig dialog med tema optimalisering av pasientforløp. Isolert fagkunnskap kan dermed bringes inn i en praktisk og klinisk virkelighet med umiddelbar effekt for pasientene. Slike møtearenaer må være godt strukturert og stille krav til deltagerne, men samtidig være godkjent som meritterende kurs.

(ref Kursplattform Nordlandspasienten, et samarbeid mellom Salten regionråd, Nordlandssykehuset HF, NAV Nordland og Nordland legeförening).

Det bør være eksplisitt uttalt at sykehusstruktur må bringes i samsvar med samfunnets infrastruktur forøvrig. Departementene bør samarbeide sterkere om dette.

I et geografisk område mangler det kanskje bare en ferg eller et mindre veiprojekt for at sykehusstilbudet kan bli vesentlig mer kostnadseffektivt. Det kan ikke være et felles ansvar å bære byrden av en unødvendig kostnadskrevende sykehusstruktur, som i tillegg ikke kan leve opp til moderne kvalitetskrav. Disse midlene må mer hensiktsmessig brukes til utvikling av primærhelsetjenesten. Alle mennesker kan uansett ikke bo like ved et sykehus. Lokale fakkeltog bidrar til skjev fordeling av ressurser mellom distriktene.

Norges *urfolksminoritet* er opp gjennom historien påført helsemessige påkjenninger, både somatiske og psykiske, som samfunnet ikke i tilstrekkelig grad har tatt ansvaret for. Nødvendig tilrettelegging gjelder ikke bare språk og kulturforståelse, men også i stor grad den grunnleggende forståelsen og kunnskapen om hvilke skader og lidelser som fomorskningen har påført den samiske befolkningen. Denne kunnskapen mangler nær sagt overalt i det norske majoritetssamfunnet. Dessverre også i helsevesenet. Hvis helsetjenestene skal kunne virke optimalt og relevant også i samisk sammenheng må slik kunnskap på plass. Dette er grunnen til initiativet for en *regional flerkulturell helseinstitusjon* i det lulesamiske området i Nord-Salten. Denne vil kunne ha betydning for samiske helseutfordringer i hele landet ved nært samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter (SANKS-nettverket).

Det nye flerkulturelle Norge bringer med seg særskilte helseutfordringer. Grunnleggende viktig er transkulturell kommunikasjon, forståelse av hvilken kontekst pasientens symptomer skal fortolkes i forhold til, og dermed mulighet for adekvat tilrettelegging av utredning og behandling. Med økende internasjonalisering, en megatrend etter de fleste prognoser, er dette aspekter som bør komme bedre til uttrykk gjennom Samhandlingsreformen.