



**Nasjonalt senter for telemedisin**  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF

## **Nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning**

**Et senter med kulturkompetanse  
som basis og telemedisin som  
hjelpemiddel**

Av  
Elin Johnsen  
Line Linstad

# **prosjektrapport**



Nasjonalt senter for telemedisin-Norwegian Centre for Telemedicine  
Norgga teledálkunguovddáš-Nорвежский Центр Телемедицины  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Postboks 35, 9038 Tromsø  
Telefon: 77 75 40 00 Faks: 77 75 40 98/99  
[www.telem.no](http://www.telem.no)

<p><b>Tittel</b> Nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning</p> <p>- et senter med kulturkompetanse som basis og telemedisin som hjelpemiddel</p>	<p>NST-rapport      11-2003</p> <p>ISBN                82-92092-30-7</p> <p>Antall sider        53</p> <p>Dato                 01.07.2003</p>
<p><b>Forfattere</b> Elin Johnsen og Line Linstad</p> <p>Med bidrag fra Beate Lupton, Institutt for samfunnsmedisin, UiTø, Tromsø Gunn-Tove Minde, Høgskolen i Finnmark, Alta Johanne Ellingsen, Drag Utvikling, Tysfjord Ragnhild Vassvik Kalstad, Senter for Samisk Helseforskning, Karasjok</p>	
<p><b>Sammendrag</b></p> <p>Rapporten omhandler et forslag til helse- og sosialsenter på Drag i Tysfjord. Sametinget har finansiert prosjektet <i>"Nye" helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning</i> som rapporten er knyttet til. Prosjektets visjon er å utvikle et likeverdig tjenestetilbud for den samiske og norske befolkning. Rapporten peker på at et senter på Drag vil kunne gi verdifulle forskningsbidrag, samt få nasjonal og internasjonal oppmerksomhet ved å utvikle utradisjonelle tilbud.</p> <p>Mulig innhold i senteret blir skissert, og et spekter av tilbudsmuligheter trekkes fram - fra ordinære helse- og sosialtjenester til alternativ samisk medisin til lokalisering av bibliotek, internettkafé og kafé. Noen områder pekes ut som særlig aktuelle både for oppfølging og utvikling av særlig kompetanse i senteret. Kulturell kompetanse foreslås som en vesentlig/basal kvalifikasjon ved senteret.</p> <p>En del av rapporten omhandler telemedisinske muligheter. Områder som omtales er:  diagnostisering og behandling  generell kompetanseutveksling og veiledning mellom fagfolk  kompetanseutvikling ang selvhjelp, mellom brukere og mellom brukere og fagfolk.</p> <p>Telemedisinske muligheter for psykiatrien er et eget tema. Det redegjøres for erfaringer og flere kilder til innsyn, og deretter omtales aktuelle telemedisinske tjenester i et senter på Drag.</p> <p>Avslutningsvis pekes på prosesser som kan bli viktige hvis senteret skal kunne la seg realisere. Til sist oppsummeres viktige elementer i modellen hva angår mulig tilbudsstruktur, forankring og samarbeid.</p>	
<p><b>Title</b></p>	
<p><b>Abstract</b></p>	

Nasjonalt senter for telemedisin, 2002

ISBN XX-XXX-XXX-XX

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på <http://www.telemed.no/XXX>

Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Nasjonalt senter for telemedisin  
Postboks 35  
9038 Tromsø  
<http://www.telemed.no>

# FORORD

Visjonen for prosjektet som foreliggende rapport er knyttet til, er å utvikle et likeverdig helse- og sosialtjenestetilbud for den samiske og norske befolkning. Denne visjonen faller sammen med formålet bak NOU 1995:6 *Plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning i Norge* og Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge, "Mangfold og likeverd" (Sosial- og helsedepartementet 1999).

Prosjektet omfatter utvikling av forslag til nye helse- og sosialtjenester i lulesamisk område, nærmere bestemt på Drag i Tysfjord.

Tysfjord er en del av den lulesamiske regionen som ligger mellom Ballangen i nord til Saltfjorden i sør. Tysfjord er en flerkulturell kommune og et lulesamisk hovedområde i regionen. Samisk språk og kulturtradisjoner har holdt seg relativt bra i dette område. Folk levde av primær- og kombinasjonsnæring fram til rundt 1970-tallet. Da begynte ungdommen å ta utdanning og flyttet på seg, og store deler av den samiske befolkningen, som tidligere var bosatt inne i fjordene, har i løpet av de siste 30 årene flyttet til Kjøpsvik, og til Drag og Helland på Tysfjords vestsida. Næringstilpasningen er endret til lønnsarbeid og servicenæringer.<sup>1</sup>

Siste 10-årsperiode har befolkningsutvikling vært negativ for kommunesenteret Kjøpsvik, mens lokalsamfunnet Drag er i vekst. Samer fra andre steder i kommunen og regionen har flyttet til Drag, hvor det over tid er etablert samisk barnehagetilbud, samisk skoletilbud og generell samiskundervisning for voksne. Etableringen av det lulesamiske sentret Árran skapte arbeidsplasser for personer med høyere utdanning. Flere tysfjordsamer har flyttet tilbake til hjemkommunen fra andre steder i Nord-Norge.

Tysfjord er en kommune med mange "lokalsamfunn" som er organisert forskjellig, og hvor det samiske uttrykkes på forskjellige måter. Den samiske identitetsutformingen har tatt flere ulike veier i Tysfjord og omegn.

Prosjektet har som mål å utrede en etablering av et helse- og sossialsenter for den samiske og norske befolkning på Drag i Tysfjord kommune, og foreliggende rapport omhandler hvordan et slikt senter kan skapes.

**Tromsø, 29. juli 2003.**

**Elin Johnsen  
Prosjektleder**

---

<sup>1</sup> Mer om historikk, kultur og religion i prosjektrapport fra Delprosjekt 1, kap. 2.  
Ref.: Minde, Gunn-Tove 2003: Nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning Delprosjekt 1: Sammenstilling av forskningsmateriale, *prosjektrapport*, Bedriftskompetanse AS, Tromsø.



# INNHold:

<b>1</b>	<b>Prosjektets mandat og gjennomføring</b> .....	<b>7</b>
1.1	Mandat .....	7
1.2	Gjennomføring .....	8
<b>2</b>	<b>Et senter med særegen kompetanse</b> .....	<b>9</b>
2.1	Forslag fra Delprosjekt 1 .....	9
2.2	Senteret på Drag – En spesiell utfordring .....	10
2.3	Ulike kulturer – Felles tjenester; Visjon .....	11
2.4	Lavterskeltilbud og mulig møtested for alle.....	11
2.5	En spesiell kunnskapskilde .....	11
<b>3</b>	<b>Mot en mulig sentermodell</b> .....	<b>12</b>
3.1	Skissens status .....	12
3.2	Innhold og utfordring .....	12
3.2.1	”Distriktsmedisinsk senter” og ”Drag-modellen” .....	12
3.2.2	Mulig innhold i senteret på Drag .....	14
3.2.2.1	Aktuelle tjenester.....	16
3.3	Aktuelle utviklingsområder .....	17
<b>4</b>	<b>Med telemedisin som hjelpemiddel</b> .....	<b>20</b>
4.1	Om telemedisin som mulighet.....	20
4.1.1	Telemedisin for spredning og utvikling av kompetanse.....	21
4.2	Psykatri – mulige relevante tjenestetilbud ved hjelp av telemedisin .....	24
4.2.1	Brukernære tilbud, kulturdimensjon, lokaldimensjon og selvhjelp .....	24
4.2.1.1	Internett som hjelpemiddel .....	26
4.2.1.2	Bruk av videokonferansen.....	28
4.3	Aktuelle tiltak og tjenester med telemedisin .....	29
<b>5</b>	<b>Fra idé og visjon til realisering – viktige prosesser og momenter i videre planarbeid</b> .....	<b>31</b>
5.1	Viktige prosesser .....	31
5.2	Avveininger og prioriteringer .....	32
5.3	Oppsummering – viktige elementer i modellen.....	32
<b>6</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>1</b>



# 1 Prosjektets mandat og gjennomføring

## 1.1 Mandat

Denne rapporten er andre del av et forprosjekt som skulle ”utrede ”nye” helse- og sosialtjenester rettet mot den samiske befolkningen”, hvor Sametinget er oppdragsgiver (tilsagnsbrev datert 19.06.02).

Formål og mål for prosjektet som helhet, finnes i direktiv fra prosjektets styringsgruppe (vedlegg 1). I direktivet heter det at formålet er å levere et riktig og tilstrekkelig tilbud av helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning med utgangspunkt og basis i lulesamisk område.

Målet for dette Delprosjekt 2 er å utarbeide konkrete forslag til nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning, med basis i sammenstilling av behov fra Delprosjekt 1 <sup>2</sup>.

Videre fastsetter direktivet at Delprosjekt 2 skal se på mulig bruk av telemedisinske tjenester for implementering av nye helsetjenester.

Styringsgruppen gikk på møte 6. mai 2003 inn for at delprosjekt 2 skulle ta for seg følgende:

- Presentere en modell for et helse- og sosialsenter for samer på Drag med telemedisin og med utgangspunkt i en modell for et distriktsmedisinsk senter utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet høsten 2002 (Sosial- og helsedirektoratet 2002).
- I henhold til ovenstående punkt skal utredningen suppleres med innspill til modellen i prosjekt/referansegruppen fra Institutt for Samfunnsmedisin, UiTø.
- Videre skal innspill hentes fra prosjekt/referansegruppen hva angår synspunkter på tillemping/videreutvikling av modellen generelt og med hensyn til konkrete tjenester i senteret, herunder med utgangspunkt i delprosjekt 1.
- Hva angår bruk av telemedisinske tjenester i senteret, skal følgende vurderes nærmere:
  - Muligheter for tilgang til og/eller utvikling av relevant kompetanse innenfor samisk kultur og språk.
  - Muligheter for utvikling av relevante tjenestetilbud innenfor psykiatri.

---

<sup>2</sup> Delprosjekt 1 skulle sammenstille forskningsmateriale og annen relevant kunnskap, med sikte på følgende:

- Avklare hvorvidt den samiske befolkning har andre behov/helseproblemer enn resten av den norske befolkning
- Gi oversikt over konkrete behov for spesialtilpassede helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning

## 1.2 Gjennomføring

Delprosjekt 2 ble gjennomført i perioden ultimo mai til utgangen av august 2003.

Delprosjekt 1 skulle være avsluttet når arbeidet med Delprosjekt 2 startet. Delprosjekt 1 ble forsinket, og arbeidet med å samle prosjektgruppen til Delprosjekt 2, ble derfor startet umiddelbart etter at resultater fra Delprosjekt 1 var gjennomgått på styringsgruppemøte 06.05.03.

Blant annet uklarheter om representasjon i prosjektgruppen for delprosjekt 2, bidro til å forsinke framdriften i arbeidet ytterligere.

Sametinget innvilget utsatt innleveringsfrist til 1. august 2003. I praksis har tiden til gjennomføringen av delprosjekt 2 blitt knapp, blant annet på grunn av ferieavvikling, noe prosjektgruppen beklager. Av hensyn til prosjektet som helhet, fant imidlertid prosjektgruppens å ville levere det produktet som var mulig å utarbeide innen fristen.

### Prosjektgruppe

Arbeidet med Delprosjekt 2 er gjennomført av en prosjektgruppe med følgende deltakere:

- Fred Andersen, lege, Institutt for Samfunnsmedisin (ISM), UiTø. Andersen gikk ut av prosjektet ultimo mai da han sluttet på ISM
- Beate Lupton, lege, overtok som representant fra ISM da Andersen sluttet
- Gunn Tove Minde, sosiolog, Høgskolen i Finnmark, Alta, p.t. Tromsø kommune
- Johanne Ellingsen, spesialsykepleier, Drag Utvikling, Tysfjord
- Line Linstad, statsviter, Nasjonalt Senter for Telemedisin
- Ragnhild Vassvik Kalstad, avdelingsleder, Senter for Samisk Helseforskning, Karasjok

I utgangspunktet var Tysfjord kommune representert i prosjektgruppen. Representanten trakk seg, og ble erstattet av Gunn Tove Minde, som var faglig hovedansvarlig for Delprosjekt 1.

Prosjektleder har vært Elin Johnsen, sosiolog, p.t. Nasjonalt Senter for Telemedisin.

## 2 Et senter med særegen kompetanse

### 2.1 Forslag fra Delprosjekt 1

Rapporten fra Delprosjekt 1<sup>3</sup> gjennomgår eksisterende kunnskap om likhet og ulikheter i helse og levekår mellom samer og nordmenn, og samer imellom. Norske samer synes å ha fått del i den samme velstandsøkningen som landets øvrige befolkning. Samtidig kan det synes som samer bosatt i områder hvor de er i kulturelt/etnisk mindretall, blir utsatt for et større og vanskeligere kulturelt krysspress enn samer bosatt i områder hvor de er i majoritet, for eksempel i indre Finnmark. Den lulesamiske befolkningen i Tysfjord representerer et slikt kulturelt/etnisk mindretall. Dette kan ha både sosiale og helsemessige konsekvenser.

I denne sammenheng er det interessant når forskning framholder at møte med det offentlige hjelpeapparatets problemforståelse og -håndtering har bidratt til å forsterke et kulturelt betinget problem, og at særskilte behov – herunder knyttet til identitets- og lojalitetskonflikt - ikke blir forstått eller tatt på alvor<sup>4</sup>.

Veiene kan være flere fra utfordring (tilstand/problem) til tiltak/løsning, og fortolkninger og prosesser som kreves, kan være mange. Delprosjekt 1 gir da heller ikke en entydig oppskrift eller behovsliste for senteret på Drag, men peker på hensyn og forhold som vurderes å være viktige. Nedenfor gjengis fra rapportens egen oppsummering:

#### **Forslag til innhold i senteret på Drag - oppsummering Delprosjekt 1 (punkt 12.2)**

##### **Kulturforståelse i behandlingen**

Fokus skal rettes mot den lulesamiske befolkningens spesielle behov, samtidig skal andre brukergrupper kunne dra nytte av etableringen. Hensikten er å utvikle nye funksjonelle tjenester, samtidig som tradisjonelle helsetjenester skal implementeres. Hovedfokus bør rettes mot å skape det "det gode møtet" mellom bruker og hjelpeapparat, uavhengig av kulturelt ståsted. Kulturforståelse blir således en bærebjelke i definering og realisering av senterets funksjoner. I tillegg må samisk språk beherskes.

##### **Tverrfaglighet**

Brukeren og dennes kulturelle identitet skal stå i sentrum. Derfor er det viktig at senteret er tverrfaglig bemannet, og har komplementære perspektiv i behandlingen. Aktuelle faggrupper er eksempelvis leger, psykologer, jurister, antropologer, sosiologer, sykepleiere og sosionomer. Det vurderes også ønskelig å trekke inn alternative behandlere og religionsvitere. Dette skal ivareta alle perspektiver i behandlingen, ut fra brukerens opplevde behov.

##### **Forskning og formidling**

Det mangler kunnskap om den samiske befolkningens konkrete behov for tilpassede helse- og sosialtjenester. En viktig funksjon blir derfor løpende kunnskapsutvikling gjennom anvendt og aksjonsforskning. Ønsket er et fagmiljø knyttet til denne type problemstillinger, med fokus på kunnskapsformidling mot myndigheter, utdannings- og forskningsinstitusjoner, samt utstrakt og komplementært samarbeid med Senter for samisk helseforskning (SFSH).

<sup>3</sup> Minde ibid.

<sup>4</sup> Sørli, Tore og Nergård, Jens Ivar 2001: Samiske pasienter – spenningsfeltet mellom psykiatri og medisin, FoU-prosjekt, Åsgård Sykehus, UiTø.

### **Forebyggende arbeid og rådgivning**

Ved siden av behandling og forskning, bør senteret tilby rådgivning på flere områder. Blant eksemplene er konflikthåndtering, livs- og karriereplanlegging, motivasjon, samlivsproblemer og juridisk bistand. Det utledes videre at det bør opprettes ungdomskontor med oppsøkende virksomhet, med spesielt fokus på utfordringer for den samiske befolkning i denne livsfasen. Videre foreslås etablering av bofellesskap i tilknytning til senteret. Senteret kan dermed fungere som et kraft- og kompetansesenter også for en gruppe med sammensatte problemer.

### **Utvikling av kunnskap om behov**

En avsluttende kommentar er at mangel på kunnskap om den samiske befolkningens konkrete behov, gjør at et samisk helse- og sosialsenter må arbeide kontinuerlig med tjenesteutvikling samtidig som en hovedoppgave vil være å bygge opp med kvalifisert kunnskap om behovet til de ulike grupperingene som utgjør den lulesamiske befolkningen.

## **2.2 Senteret på Drag – En spesiell utfordring**

Prosjektgruppa for dette delprosjektet vil peke på at arbeidet med å utvikle senteret på Drag er et nytt og spesielt prosjekt. Det er første gang i Norge at muligheten er etablert til å planlegge fra grunnen av hvordan det samiske perspektivet kan ivaretas i fysisk utforming, tjenestetilbud, ressursinnsats m.v. Dette er en spesiell anledning til å skape noe nytt innen helse- og sosialtjenestetilbud som ivaretar hele befolkningen og samiske hensyn spesielt.

Sentret vil kunne få nasjonal og internasjonal oppmerksomhet gjennom å utvikle utradisjonelle tjenestetilbud, basert på (kommunalt og) interkommunalt samarbeid på personellsiden, kulturspesifikke løsninger og bruk av ny teknologi og telemedisinske løsninger.

Etableringen av et samisk helse- og sosialsenter på Drag i Tysfjord vil være med på å oppfylle de internasjonale og nasjonale forpliktelser staten Norge har ovenfor samene.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Grunnlaget er nedfelt i Grunnloven paragraf 110 A (Same-loven). Norge har sluttet seg til flere internasjonale konvensjoner som har betydning for samene. ILO-konvensjonen nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater er foreløpig eneste internasjonale rettslige bindende instrumentet som direkte retter seg mot vern av urfolk. Europarådets språkcharter, FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter og FNs barnekonvensjon er også viktige i forhold til samene. Menneskerettighetsloven, vedtatt i 1999, innebærer blant annet at FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter er blitt en del av norsk lov.

## 2.3 Ulike kulturer – Felles tjenester; Visjon

Prosjektgruppen anser det som vesentlig at hovedfokus rettes mot å skape det ”det gode møtet” mellom bruker og hjelpeapparat, uavhengig av kulturelt ståsted.

Det kan i praksis skje gjennom forståelse og respekt for brukeren som kulturbærer og del av en kulturell kontekst.

Dette stiller ikke spesielle krav til kulturell bakgrunn, men til at **kulturell kompetanse** blir en vesentlig kvalifikasjon ved senteret. Med kulturell kompetanse menes her kompetanse til å kunne arbeide analytisk og faglig med utgangspunkt i kulturelle problemstillinger. Kjennskap til den lokale kulturen vil også kunne være verdifull kompetanse. Videre må en del av de ansatte ved senteret beherske samisk språk.

## 2.4 Lavterskeltilbud og mulig møtested for alle

Samene har et annet helse- og sykdomsbegrep enn den øvrige befolkningen. Derfor vil deres problemfelt kunne strekke seg utover det som er vanlig innenfor helse- og sosialtjenestene. Med likeverd som grunnleggende visjon, skal senteret kunne gi alle brukerne rom for å definere egne behov. Det er prosjektgruppas vurdering at hvis noen ønsker å få lest på et hus, hjelp til å løse konflikter i lokalsamfunnet eller knyttet til familiefæder eller nabokrangler, bistand mot nevr<sup>6</sup> med mer, så skal senteret ta imot henvendelsen og bistå – med ordinær sosial- og helsefaglig hjelp eller alternativ samisk medisin eller læsing.

Utgangspunktet må være å tilstrebe et senter hvor alle aktuelle brukere enkelt kan henvende seg, inkludert samer, og hvor terskelen for bruk er lav nok til at hjelpen kan hentes ut. Idealet er at unge som gamle skal kunne komme til senteret, og få noen å snakke med på dagen når de trenger det, uansett problemfelt. Neste kapittel omtaler konkrete tilbud senteret kan innholde.

Prosjektgruppa vil også framholde muligheten for å gjøre senteret til et møtested også for de som ikke søker hjelp, ved å tilby tjenester og aktivitet utover de aktuelle hjelpetilbudene.

## 2.5 En spesiell kunnskapskilde

Senteret representerer en unik anledning til både å arbeide kontinuerlig med **tjenesteutvikling** og til å samle **relevant kvalifisert kunnskap** hva angår den samiske befolkningen, herunder om den lule- og sjøsamiske befolkningen spesielt.

Dette representerer kunnskapstilfang som vil kunne gi verdifulle **forskningsbidrag**.

Denne anledningen til kunnskapsutvikling og forskning kan tas vare på ved å bygge inn de aktuelle funksjonene i senteret.

---

<sup>6</sup> Nevrrit er å kunne ”sette ondt på” andre.

## 3 Mot en mulig sentermodell

### 3.1 Skissens status

Dette kapittelet omhandler innholdet i et helse- og sosialsenter på Drag. Det handler også om den videre prosessen for realisering av visjonene for senteret.

Vi vil innledningsvis understreke at status til den antydningssive sentermodellen som skisseres i dette kapittelet, ikke er en påbegynt planskisse slik den kunne forefinnes innenfor ordinær kommunal planlegging. Dette gjelder både med hensyn til forslagene til innhold, og prosedyrer/arbeidsmåter som ligger til grunn. Rapporten utgangspunkt i initiativ fra Drag Utvikling, og som framgår av kapittel 1 er den basert på arbeidet i en uavhengig prosjektgruppe. Et overordnet siktepunkt for prosjektet har vært nettopp å utvikle ”nye”/alternative løsninger for helse- og sosialtjenestetilbudet til den samiske befolkningen, med utgangspunkt i alternative prosedyrer for utvikling av innspill.

Når dette alternative aspektet er påpekt, må betydningen av kommunal medvirkning framheves. Kommunal medvirkning i videre modellutvikling og planprosesser vil bli en både vesentlig og avgjørende forutsetning for realisering av det senteret som ønskes opprettet. Dette angår avveininger av hvilke kommunale helse- og sosialtilbud som et senter på Drag bør supplere eller videreutvikle. Medvirkningsprosessen angår også hvorvidt senteret vil kunne greie få den ønskede felleskapsbyggende funksjon samtidig som det utvikler og tilbyr særegne samiske hensyn.

Skissen er ikke en uttømmende opplisting av hvilke aktiviteter og tjenester som med fordel kan finnes i senteret. Den lister heller ikke opp et sett av tjenester som med nødvendighet må finnes i senteret for at det skal kunne fungere etter intensjonene. Skissen har til hensikt å peke på muligheter og viktige hensyn. Ett viktig kriterium for endelig utvelgelse av tjenester og tilbud, vil måtte være ressurser og prioriteringer.

### 3.2 Innhold og utfordring

#### 3.2.1 ”Distriktsmedisinsk senter” og ”Drag-modellen”

I mandatet er prosjektgruppen bedt om å presentere en modell for et helse- og sosialsenter for samer på Drag med telemedisin og med utgangspunkt i en modell for et distriktsmedisinsk senter (DMS) utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) høsten 2002 <sup>7</sup>.

Nedenfor presenteres kort DMS-modellen. Deretter presenteres innspill fra prosjektgruppen hva angår tillemping/videreutvikling av modellen i form av et helse- og sosialsenter på Drag.

Den delen av mandatet som angår bruk av telemedisin i senteret, behandles i kapittel 4.

#### Om DMS-modellen og Drag-modellen

DMS-begrepet er brukt om ulike modeller for mer avanserte helsesentre, både sentra med kun primærhelsetjenester <sup>8</sup> og sentra som omfatter spesialisthelsetjenester, jf SHdir. I begge tilfeller har

<sup>7</sup> Sosial- og helsedirektoratet 2002: Distriktsmedisinsk senter (DMS) Utvikling av sykestuer til fremtidens ”desentraliserte” spesialisthelsetjeneste, rapport

<sup>8</sup> Ringberg, U. og F. Andersen 2002: Lokalsykehusfunksjonen i endring. Søkelyset på oppgavefordelingen mellom første og andre linje tjenesten. *Notat*, Tromsø, 21/3-02

søkelys vært på ”sykestuefunksjonen” og oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisttjenesten. En annen innfallsvinkel er der DMS betegner et tilbud/en modell der sykehusets akuttfunksjoner er flyttet ut. Nevnte rapport fra NST vektlegger at deres bruk av modellen må oppfattes som et mulighetsspekter, som forutsettes tilpasset lokale forhold.<sup>9</sup>

Et vesentlig siktemål med direktoratets DMS-modell er at den skal kunne ta høyde for bestemte **samhandlings- og gråsonetfordringer** i dagens helsevesen. Dette er utfordringer som henger sammen med en eldre befolkning og flere ”eldre eldre”. Gråsoneproblematikken gjelder mange som legges inn på sykehus med både sammensatte og uklare diagnoser, og som kan trenge tjenester fra ulike subspecialiteter og flere sykehusavdelinger. Større sykehus er for spesialiserte og kommunenes sykehjem er for dårlig bemannet og utstyrt til å gi optimal behandling og oppfølging. Dette handler om voksende pasientgrupper som på grunn av sin allmenntilstand ofte trenger både omsorg og behandling og nært samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I DMSer ser direktoratet mulighet til å ta vare på sykestuefunksjonen og de her omtalte gråsonepasientene.<sup>10</sup>

Hva **innhold** angår, vurderer SHdir følgende enheter som hensiktsmessig i DMSer:

- Som kommunehelsetjeneste: Legevakt (lokalt legevaktsamarbeid), allmennlegekontor, fysioterapi, hjemmesykepleie og interkommunalt samarbeid om miljørettet helsevern
- Som spesialisthelsetjeneste: Poliklinikk, lærings- og mestringssenter, ambulant virksomhet og dag- og heldøgnstjenester med sengeplasser (sykestuefunksjoner)
- Støttefunksjoner: Røntgen, laboratorium, telemedisin

Direktoratet peker på at det i mange år er drøftet om sykestuefunksjoner skal være kommune- eller spesialisthelsetjeneste, og anbefaler å klargjøre hva som er henholdsvis spesialist- og kommunale tjenester og å unngå deling av ansvar og finansiering mellom nivåene.

DMSer anbefales utviklet som samarbeidstiltak mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det må legges vekt på forankring i aktuelle kommuner og regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF), både under utredning, etablering og drift. Generelt anbefales et DMS’ innhold og størrelse avgjort ut fra lokale forhold. Aktuelle RHFer/HFer og kommuner må i samarbeid avklare hvilke tjenester som skal ytes.

Finansieringsordninger og øvrige generelle forutsetninger for et DMS omtales i vedlegg 2.

**Et helse- og sosialsenter på Drag** vil sannsynligvis bare delvis tilsvare direktoratets DMS. En viktig forskjell knytter seg til utgangspunktet for modellutviklingen. Direktoratets DMS er laget med sikte på å ivareta omtalte gråsonepasienter. Disse gråsonepasientene kan bli en oppgave også for senteret på Drag. Imidlertid, for senteret på Drag blir det en minst like viktig å vektlegge **kulturell kompetanse**:

I utviklingen av Drag-modellen, slik den tenkes i dette arbeidet, bør et siktemål når innhold og tilbud fastsettes og utvikles, være at senteret blir bærer av og bidrar til å utvikle kulturell kompetanse. Denne kulturelle kompetansen skal tilrettelegge for forståelse av og hensyn til kulturelle uttrykksformer og verdier hos klienter og pasienter. Det gjelder samisk kultur spesielt, så vel som norsk og andre kulturer.

Direktoratets DMS inneholder ikke **sosialtjenester**, kun helsetjenester, og det tidligere kommunale helse- og sosialsenteret er en konstruksjon som har forsvunnet fra idékartet. I det følgende inkluderes imidlertid også sosiale tjenester blant aktuelle tjenester i senteret på Drag. Den formelle bakgrunnen er det overordnede siktepunkt for prosjektet om å utvikle ”nye” løsninger for både helse- og sosialtjenestetilbudet til den samiske befolkningen. Den kulturelle kompetansen som er utpekt som et

---

<sup>9</sup> Johnsen m fl ibid.

<sup>10</sup> Shdir ibid., Johnsen m.f . ibid.

potensielt vesentlig trekk ved Drag-modellen, kan være like nyttig for sosiale tjenester som for helsetjenester.

Utover å være et senter med ordinære helse- og sosialtjenester med samisk vinkling, kan senteret på Drag gis en samisk dimensjon ved å åpne for **samisk folkemedisin**. Samisk folkemedisin har lang tradisjon. Lokalmiljøene har også hatt egne kontrollordninger som kvalitetssikrer tilbudet, og som ennå finnes lokalt.

Et ytterligere lokalt særtrekk som vil kunne skille det fra direktoratets skisse, kan være etableringen av **møteplasser i senteret for hele befolkningen**. Etablering av slike møteplasser kan være mål i seg selv, som bidrag til ”lokalsamfunnsutvikling” og i lys av eksisterende konfliktstrukturer. For eksempel kan plassering av bibliotek i senteret bidra til å utvikle senteret som felles møteplass. En slik felles møteplass kan være av særlig betydning for ungdommen på stedet. Samtidig kan senteret representere et dagtilbud for eldre, bosatt på bokollektiv og ellers i lokalsamfunnet.

Sannsynligvis vil de fleste aktiviteter i senteret på Drag være på **kommunalt nivå**, og senteret vil være et ”lavterskeltilbud” også sånn sett.

Prosjektgruppen vurderer at senteret bør utvikles som **en integrert del av helse- og sosialtjenesten i Tysfjord kommune**, blant annet hva angår beslutningsprosesser og vurdering av tjenestebehov.

Senteret kan neppe **finansieres** innenfor rammen av Tysfjord kommunes budsjett, men vil antakelig være avhengig av eksterne midler både til investering og drift. (Deler av tjenestetilbudet som er andrelinjetjeneste(r), må finansieres som sådanne.)<sup>11</sup>

### 3.2.2 Mulig innhold i senteret på Drag

Tjenestetilbud og annet innhold i senteret på Drag kan senteret bygges rundt to hovedkategorier aktiviteter:

- A. Forskning, formidling og fagutvikling – som tar utgangspunkt og bidrar til å utvikle en generell og samisk kulturell kompetanse
- B. Utøvende virksomhet i forhold til klienter og pasienter – innenfor og ut over rammene for vanlig kommunal virksomhet på området

Nedenfor pekes på aktuelle muligheter innenfor disse to hovedkategoriene.

#### A Forskning, formidling og fagutvikling

Senteret på Drag deltar i en kontinuerlig kunnskapsutvikling, herunder gjennom aksjonsforskning og anvendt forskning.

Senteret blir en del av et nettverk av institusjoner som jobber på områder innenfor eller relevant for samiske helse- og sosialspørsmål. Aktuelle institusjoner er:

- Senter for samisk helseforskning, Karasjok
- Nasjonalt kompetansesenter innen samiske psykiatri, Karasjok/Lakselv
- Hålogalandsykehuset HF, avd. Narvik<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Hva **bygninger** angår, kan senteret samlokaliseres med et nytt sykehjem på Drag. Dette et imidlertid også ett av punktene som vil kreve nærmere vurdering, blant annet i lys av hvilke funksjoner og tjenester man vil prioritere i senteret.

- Spesialistlegesenteret i Karasjok
- Barnevernets utviklingssenter i Nord-Norge, Tromsø
- Nasjonalt senter for Alternativ medisin og Institutt for samfunnsmedisin (som bl.a. arbeider med ”Distriktsmedisinsk Senter”), begge Med. Fak., UiTø
- Sametingets administrasjon
- For øvrig andre relevante forskningsmiljøer.

Senteret inngår i et regionalt nettverk både med nabokommuner og med relevant spesialisthelsetjeneste for utveksling og utvikling av faglig kompetanse. Senteret bør delta aktivt i fagutvikling og kompetanseoppbygging på sitt/sine områder.

Praksisplasser og tilrettelegging for hospitering for faglig opplæring av ulike kategorier studenter, blir en del av senterets bidrag til fagutvikling, kompetansebygging og egenutvikling.

Det bygges opp et miljø som, med basis i et differensiert tjenestetilbud og samisk perspektiv, prøver ut folkemedisinsk kunnskap i sitt ordinære virke. Senteret blir således et laboratorium for utprøving av folkemedisinsk kunnskap, eventuelt i samarbeid med Nasjonalt senter for alternativ medisin, som arbeider på området.

## **B Utøvende virksomhet, klienter og pasienter**

Det kan være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i at et helse- og sosialsenter på Drag i hovedsak inneholder aktiviteter som er beskrevet i **Lov om kommunehelsetjenester** og **Lov om sosiale tjenester**, se vedlegg 3 og 4. Det er følgelig et **kommunalt ansvar** å planlegge et slikt senter, eller slike tjenester. Her må derfor minnes om at alle forslag nedenfor er å betrakte som forslag til en slik plan. I en endelig planutforming vil kommunen måtte bli en ansvarshavende part. Kommunen vil også måtte bli en viktig og/eller ansvarshavende samarbeidspartner i henhold til eventuelle tjenester som ikke er kommunale.

Etter **Pasientrettighetsloven** skal alle helsetjenester ha helsetilbudet tilrettelagt språklig og kulturelt, se vedlegg 5. For å kunne iverksette dette, kreves **kompetanse både hva angår språk og kultur**.

I tillegg kommer **tiltak som kommunen kan drive etter eget ønske**, men som ikke er lovbestemt. Her står kommunen svært fritt. Aktiviteter som er foreslått under Delprosjekt 1, forebyggende arbeid og rådgivning, kan uten problemer innpasses. Det samme gjelder tradisjonell folkemedisin.<sup>13</sup> Hva angår **alternativ medisin** kan senteret stille kontorlokale til disposisjon for utøvelse.

I tillegg vil senteret ha **samarbeid med spesialisthelsetjenesten** om klienter/pasienter. Helse- og sosialsenteret på Drag bør vektlegge formidling og bruk av aktuell kulturell kompetanse i samarbeidet med spesialisttjenesten. Dette gjelder kontakt mellom ansatte med kulturkompetanse i senteret og personell i andrelinjetjenesten. Det gjelder også direkte pasienter/klientkontakt når andrelinjetjenesten har kulturkompetanse eller skaffer seg det.

Senteret bør så langt det **er hensiktsmessig samarbeide på tvers av kommunale sektorer**, slik at personell fra for eksempel skole, arbeidskontor, bibliotek, sosialtjeneste og helsesøstertjeneste alle kan

---

<sup>12</sup> Her bygges opp samisk kompetanse innen feltet psykiatri. Ifølge Inger Tjikkom, psykiatrisk poliklinikk er arbeidet i en startfase. Ideen er å utvikle en plattform med sikte på å bygge kompetanse i kulturforståelse. En sentral problemstilling blir hvordan den samiske pasienten skal møtes. Kompetansen bør over tid utvikles til en institusjonell kompetanse, ikke begrenses til enkeltpersoner.

<sup>13</sup> Området for ”alternativ” medisin reguleres av Kvaksalverloven. I vedlegg presenteres gjeldende lovgivning. Stortinget vedtok 5. juni 2003 Lov om alternativ behandling av sykdom, som etter planen skal tre i kraft 1.1.2004, forutsatt at visse forskrifter foreligger.

være representert. Det bør legges opp til kreativt sambruk av forskjellig kompetanse som måtte finnes lokalt.

Den kulturelle kompetansen som skal utgjøre en bærebjelke i senteret, må være av generell art. I tillegg vil senteret kunne trekke veksler på særegen **lokal kompetanse**, både hva kultur og sosiale forhold mer generelt angår. Det er pekt på at lokalkunnskap er tillagt positiv betydning for medisinsk utøvelse, sammen med kjennskap til pasientens person og livssituasjon,<sup>14</sup> og at et eget kvalitetspotensial således kan knyttes til representasjonen av ”lokal kunnskap”, også når lokalt personell deltar i spesialistkonsultasjonen sammen med pasienten slik tilfelle kan være når telemedisin benyttes.<sup>15</sup>

### 3.2.2.1 Aktuelle tjenester

#### Helsetjenester:

Kommunalt nivå:

- Helsestasjon for småbarn, kanskje også for unge i samarbeid med eventuelt oppsøkende ungdomskontor (som er sosialtjeneste)
- Kurative legetjenester ( Legetjeneste 5 dager pr. uke.)
- Sengeplass(er) i tilknytning til sykehjem. (Legetjeneste 5 dager pr. uke). Forslag til prioritering av bruk: Akutt geriatri, omsorg ved livets slutt og barn, fordi dette representerer brukergrupper som har de antakelig største ulemper av å måtte bruke sentraliserte tilbud i andrelinjetjenesten<sup>16</sup>
- Hjemmetjeneste
- Sykehjem
- Psykiatrisk sykepleier, i tilfelle rekrutteringsvansker kan eventuelt hjelpepleier rekrutteres (også fra Sverige)
- Helsestasjon for eldre – som spesielt vektlegger samisk språk og kulturkompetanse
- En lokal utforming av et Lærings- og mestringssenter (LMS)<sup>17</sup>

Spesialisthelsetjenesten:

- Poliklinikk på Drag/ konsultasjoner med helsepersonell. Psykiatri prioriteres (Dette begrunnes nærmere senere.)
- Systemansvar for seng(er) og spesialisert behandling som ikke krever innleggelse

Helsetjenester som **ikke er aktuelle**:

- Legevakt – er allerede opprettet på Innhavet som interkommunalt tilbud
- Fødetilbud - på grunn av lavt fødselstall (Her foreligger mulighet til samarbeid med Steigen-tunet<sup>18</sup> hvis ønskelig.)

---

<sup>14</sup> Omtale av lokalkunnskapens betydning gjenfinnes i faglitteraturen, jf Gjernes, T. 1995: ”Interaksjon mellom lokalsamfunn og institusjon”, *Sosiologisk tidsskrift*, nr. 1 1995.

Se også Fosse, A.: Det går et sentraliseringsspøkelse gjennom landet. *Utposten* 1999 nr.2

<sup>15</sup> Johnsen m fl ibid.

<sup>16</sup> Om aktuell bruk av dag- og døgnenger se også f eks Johnsen ibid, kap. 3.1.3 og 4.3.3.

<sup>17</sup>Om LMS se: St.meld. nr. 21 (1998-1999) ”Ansvar og meistring. Mot ein heilkapleg rehabiliteringspolitikk” og <http://www.aker.uio.no/LMS/>

<sup>18</sup> Andersen F., Woie Berg, Aaraas, ISM: Steigenmodellen - En modell for rekruttering, samordning og effektivisering av helsetjenester i utkantkommuner, *notat*, udatert.

### **Sosialtjenester:**

- Rådgivning innen feltene konflikthåndtering, livs- og kompetanseplanlegging, motivasjon, familie- og samlivsproblemer (jf rapport fra Delprosjekt 1)
- Ungdomskontor (jf rapport fra Delprosjekt 1), eventuelt sammen med helsestasjon for unge
- Generell saksbehandling, herunder tildeling av stønad etter Sosialtjenesteloven
- Bofellesskap i nær tilknytning til sykehjem og hjemmetjeneste

### **Andre kommunale eller ”frivillige” tilbud:**

- Bibliotek
- Internettkafé
- Kafé
- ”Organisasjonssentral” – tilby lokaler/møteplass for organisert lokal aktivitet, som samtidig representerer aktivitet/aktivitetstilbud i senteret. Dette kan gjelde for eksempel Samisk duodji og ulike frivillige og interesseorganisasjoner, som Pensjonistforening og Mental Helse
- Sammen med Arran et samisk språk- og kulturoplæringscenter spesielt for helsepersonell, men også for andre, herunder brukere
- Dagsenter?
- Kompetanse/yrkesplanlegging – f eks ved A-etat eller rådgiver fra skoleetaten

## **3.3 Aktuelle utviklingsområder**

I løpet av arbeidet med Delprosjekt 1 og 2 har kunnskap og problemstillinger knyttet til visse områder, gjort disse aktuelle som fruktbare for særlig oppfølging i et helse- og sosialsenter på Drag. På helsetjenestesiden gjelder dette **psykiatri** og **aldersdemens**. På sosialsiden kan det særlig gjelder oppfølgingen av **visse ungdomsgrupper**.

Grunnlaget for denne fokuseringen knytter seg til to forhold: Det ene er eksisterende kunnskap slik den legges fram i rapporten fra Delprosjekt 1<sup>19</sup>. Det andre er at oppfølging av brukere på disse områdene kan ha stor nytte av den kulturelle kompetansen vi har omtalt, så vel som ”lokalkompetanse”. Dette dreier seg om områder hvor man i oppfølgingen i stor grad bruker talespråket i kommunikasjonen og/eller er avhengig av kulturell forståelse for å unngå feilaktig eller mangelfull respons og oppfølging.

Det må poengteres at kulturell kompetanse kan være av betydning i enhver sammenheng der hjelpepersonell skal følge opp klienter eller pasienter. Dette gjelder alt fra kreftbehandling til jobbsøking. Vår fokusering har derfor ikke til hensikt å avskjære/utelukke aktivitetsområder, men kun å utpeke noen (av begrensningshensyn) som kan være særlig aktuelle for oppfølging i senteret på Drag og som senteret kan utvikle særlig kompetanse på.

### **Situasjonsbeskrivelser**

St.meld. nr. 16 (2002-2003) redegjør for generelle trekk i dagens bilde av psykiske lidelsers utbredelse og bakgrunn (vedlegg 1, Folkehelse rapporten 2002). En beregning viser at mentale og nevrologiske lidelser er årsaken 31% av all uførhet i verden. Herunder utgjør depresjon 12%. På verdensbasis er også beregnet at 24% av pasientene i primærhelsetjenesten har en psykiatrisk lidelse. Hva pårørende angår, er beregnet at hver fjerde familie i verden har ett eller flere medlemmer med psykisk lidelse. Psykiske lidelser betegnes som en gruppe tilstander med til dels ukjente årsaker, som omfatter komplisert samspill mellom en rekke faktorer - inkludert genetisk sårbarhet, oppvekstvilkår, livshendelser og sosiale faktorer som sosiale nettverk og fattigdom.

---

<sup>19</sup> Minde ibid.

Hva angår **samiske utfordringer spesielt**, så oppsummerer rapporten fra delprosjekt 1<sup>20</sup> trekk hva psykisk helse angår. Samene har fram til i dag vært en primærnæringsbefolkning, hatt lavere utdanningsnivå og hatt flere trygdede (uføretrygd) enn øvrig befolkning i samme område (s. 8) Forskning tyder på at urfolk har dårligere mental helse enn øvrig befolkningen i samme området, men ingenting tyder på at psykiske lidelser er mer utbredt blant samene enn øvrig befolkning i Norge. Det kan skyldes at samene ikke henger etter den øvrige befolkning velferdsmessig. Samtidig kan funn tyde på ulikheter internt i det samiske samfunn og at samiske kvinner i ytre samiske strøk og i alle aldersgrupper har mer psykiske lidelser enn kvinner bosatt i kommuner hvor samene er i flertall. (s.11)

Ingen nyere epidemiologiske studier finnes av **voksne samiske pasienter**. I Finnmark-undersøkelsen<sup>21</sup> har man imidlertid sett på psykisk helse blant læstadianerne. Læstadianerne hadde flest brukere av "nervemedisin" (13%) og færrest som vurderte sin fysiske og psykiske helse som utmerket. Det pekes på at læstadianerne i stor grad rekrutteres fra de samiske og kvenske miljøer, og at nevnte mønster kan være uttrykk for mer grunnleggende motsetninger i samfunnet og for samenes motkultur mot fornorskning og kolonisering.

Det finnes heller ingen systematiske undersøkelser når det gjelder psykiske lidelser i det lulesamiske området, men antall uføretrygdede som har en psykisk diagnose er høye sammenlignet med resten av Nordland og landet for øvrig. (Hele landet 10%, Nordland 12%, Tysfjord 17%). Det samme gjelder unge uføretrygdede med diagnosen psykisk lidelse. (Hele landet 3,1%, Nordland 3,2% og Tysfjord 4,6%). Materialet skiller ikke mellom etniske grupper, men om lag en tredjedel av befolkningen i Tysfjord har samisk bakgrunn. (s. 10) Tysfjord kommune har en stor gruppe ugifte menn på uføretrygd og/eller sosialhjelp, som er arbeidsledige og/eller har psykososiale problemer. (s. 7)

Kvalitative undersøkelser fra Norge av samer og psykisk helse er få. Imidlertid har samiske fagfolk lang erfaring fra oppbyggingen av Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Karasjok. En intervjuundersøkelse (Bongo 2002) blant 10 personer som har hatt "bærerollen" i det samiske samfunnet, viser at den samiske religionen ennå er levende, selv om elementer fra sjamanrollen er overført til nåtidens "bærere", og at de som stemples bærere, har betalt en høy pris i form av dårlig psykisk helse. (Fenomenet "bærer" er å kunne sette ondt på andre (nevrit) ved hjelp av kirkegårdssand.)

Selv om internasjonal forskning om urfolk og rus viser noe annet, synes det ikke å være dekning i forskningen for forestillinger om stort alkoholforbruk blant samer. Uførestatistikken at det finnes mange "utslåtte" voksne menn i Tysfjord som sliter med **rusproblemer** (p. 8), men viser ikke representasjon i henhold til etnisitet.

Materialet fra Tysfjord og Nesseby til et pågående doktorgradsarbeid viser at minstepensjon og dårlig helse går igjen hos **eldre samer**. Møtet med "hverdagsrasismen" i løpet av livet synes å ha påvirket deres psykiske helse. Når de fleste vurderer helsa som god, vurderes det å skyldes kvaliteter i de samiske lokalsamfunn; tradisjoner, ritualer og at en omfattende bruk av folkemedisin/læsing bidrar til økt psykisk velvære. De eldre samekvinnene har mer psykiske problemer (og fysiske lidelser) enn menn. Særlig angst og depresjon preger situasjon til de eldre samekvinnene i Tysfjord, mens ingen fra Nesseby oppgir denne type problemer.

En studentundersøkelse fra Tysfjord viser at sykepleien til **aldersdemente samer** ikke er fullverdig. Blant annet har helsepersonell liten kjennskap til kulturbakgrunn til aldersdemente samer. For tiden pågår et prosjekt vedrørende demens blant samer og pårørendearbeid, som er lokalisert til Karasjok i regi av Nasjonalforeningen for folkehelse. (p. 10)

---

<sup>20</sup> Minde ibid.

<sup>21</sup> Årnes S. M. et al. 1996: "Religiøs tilhørighet og psykisk helse - finnes det en sammenheng"?, *Tidsskrift for den norske Legeforening* nr.30 116:3598-601.

Foreliggende forskning er for begrenset til å kunne gi et helhetlig bilde av situasjonen til **samiske barn og unge**. Undersøkelser tyder på at psykiske lidelser ikke er mer utbredt blant samiske barn enn den øvrige befolkning. Samtidig antas de mange akkulturasjonsprosesser som skjer i majoritet/minoritetsrelasjonen og innad i det samiske samfunnet å påvirke den psykiske helsen.

Personer som lever under forhold der de må balansere mellom ulike kulturer, kan oppleve krysspress, og dette presset kan forsterkes dersom kulturene er svært ulike for eksempel med hensyn til verdier. Det er framholdt at slikt krysspresset oppleves sterkere hos samiske jenter enn hos guttene <sup>22</sup>.

Alt tidlig på 1990-tallet ble det registrert svært høy frafallsprosent i videregående skole hos elever med samisk bakgrunn fra lulesamisk område, og i perioden 1996-2000 droppet 55% av elevene fra Drag barne- og ungdomsskole ut fra videregående skole. En tolkning er at spennet mellom hjemme- og skolehverdag blir for stort. <sup>23</sup>

Tolkninger i nevnte arbeider er at separasjon mellom samisk og norsk miljø skaper risiko for psykiske helseproblemer og frafall fra videregående skole, og at sterk grad av separasjon gir for svak(e) kunnskaper eller kulturkompetanse til å takle møtet med majoritetskulturen.

Få undersøkelser går spesifikt på barn og unge i lulesamiske områder. Tall fra Tysfjord kommune for unge uføre med psykiatrisk diagnose, er som nevnt høyere enn i landet generelt.

En situasjonsrapport fra BUP i Narvik peker ut to problemområder, samspill hos små barn og overgangen til grunnskole/videregående skole. Videre er mange barn registrert med adferdsvansker og ungdom med sosiale og emosjonelle vansker. Allerede fra tidlig på 1990-tallet er det registrert svært høy frafallsprosent i videregående skole hos elever med samisk bakgrunn fra det lulesamiske område. Spørsmål reises rundt avstand mellom livet hjemme og på skolen, og mellom skolesystemet og motivasjonen hos samisk ungdom.

## Mulige tiltak

- Psykiatrisk sykepleier (eller hjelpepleier ved rekrutteringsproblemer) – som følger opp hjemmeboende brukere
- Utvikle samarbeidet med BUP og DPS i Narvik og Nasjonalt kompetansesenter innen samisk psykiatri, Karasjok/Lakselv for å styrke kompetansen innen ”samisk psykiatri” - behandlingsansvar
- Utvikle nettverk for samiske kvinner (unge og gamle) med utgangspunkt i brukernes premisser.
- Utviklingsavdeling (samarbeid med andre kompetansemiljø) for utvikling av særkompetanse innenfor ”levering” av helse- og sosialtjenester innenfor en norsk-samisk kontekst
- Helsestasjon for både norsk og samisk ungdom
- Helsestasjon for eldre
- Tverrfaglige tiltak for å ta vare på ungdom, også i et forebyggende perspektiv, herunder for å demme opp for frafall fra skole og for å hindre rekruttering til ledighets- og ruskarrierer
- Avdeling for samiske pasienter med demens på Drag <sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Kvernmo, Siv 1999: ”North Norwegian Adolescents in a Multiethnic Context” – A study of emotional and behavioural problems, ethnic identity and acculturation attitudes in Sami, Kven and Norwegian adolescents. *Doktorgradsavhandling*, avd. for ungdomspsykiatri, Med.fak, UiTø .

<sup>23</sup> Isaksen, Nils H. 2001: Videregående skole som læringsarena for samisk ungdom. Noen problemområder og løsningsforsøk. Flerkulturell forståelse, Sami Allaskuvla, Guovdageaidnu.

<sup>24</sup> Angående **oppfølgingen av demente**, skal muligheten framholdes for nettopp på dette område å utvikle et separatistisk samisk tilbud i Drag-senteret. Det er mulig å tenke seg en løsning hvor Kjøpsvik har tilbud til norske og norsktalende demente, og at Drag har et tilbud til samiske og samisktalende demente. Det må imidlertid bli opp til kommunale myndigheter å avgjøre hvorvidt en eventuell demensavdeling i Drag-senteret skal ta seg av også norske og norsktalende, eller kun samiske og samisktalende, i praksis lulesamiske, pasienter.

## 4 Med telemedisin som hjelpemiddel

### 4.1 Om telemedisin som mulighet

Telemedisin er ikke en forutsetning for et helse- og sosialsenter på Drag, men kan være et nyttig hjelpemiddel for noen formål. Dette kapittelet skal vise noen **muligheter telemedisin gir** samt veier til ytterligere innsyn.

En **definisjon av telemedisin** kan være som følger:

”Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert.” (Brukt i EU-kommisjonens program Advanced Informatics in Medicine 1991)

Statlig tiltaksplan 2001-2003 for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, ”Si @”, beskriver noen muligheter. Her vektlegges at tjenesten skal tilpasses riktig behandlingsnivå, og at brukeren får tilbud nærmest mulig eget bosted. Telemedisin kan brukes for samhandling mellom fagfolk og mellom brukere og fagfolk, på tvers av sektorer, tjenester, nivåer og geografiske avstander. Slik kan tjenester gjøres mer tilgjengelig og mer kostnadseffektive.

Bruk av telemedisin vil gjøre det mulig ikke bare å hente inn kompetanse til et senter på Drag, men også til å **spre og videreutvikle kompetansen senteret kan bygge opp**. Kompetansen til fagpersonell med **kulturforståelse** er en knapp ressurs. Telemedisin kan brukes til å spre og videreutvikle denne knappe ressursen, og det betyr heving av tjenestekvaliteten i den norske helse- og sosialtjenesten. Videre kan lokalt personell og **lokal kompetanse** få en ny og viktig rolle når spesialisttjenester følger opp brukere via telemedisin. Dette kan gjelde faglig førstelinjekompetanse og lokal sosial og kulturell kompetanse. (Se også p. 4.2.1)

#### Lokale behov og organisatoriske krav

En rapport fra 2003<sup>25</sup> omhandler hvordan telemedisin kan brukes i et distriktsmedisinsk senter (DMS). Rapporten har en skjematisk skisse av et DMS med telemedisin (T@DMS), hvor tjenestene i utgangspunktet er de samme som i Sosial- og helsedirektoratets DMS-modell.<sup>26</sup> Skissen er ikke ment å være normgivende eller uttømmende, men skal vise muligheter. Vedlegg 8 inneholder nevnte skisse samt en nærmere beskrivelse av tjenestene.

Hvilke telemedisinske tjenester som eventuelt skal brukes - i et senter på Drag eller andre organisasjoner - må vurderes ut fra **lokale behov**. Behovene vil henge sammen med for eksempel hvilke tjenester som skal tilbys og mulighetene for rekruttering av fagpersonell.

Bruk av telemedisin stiller **organisatoriske krav**. Tjenestetilbydernes behov for formidling og kommunikasjon må kobles til teknologiens muligheter. Et viktig skille her er online- og offlinetjenester, jf vedlegg 7. Videokonferanse (VK)<sup>27</sup> er online, og krever at partene kommuniserer

<sup>25</sup> Johnsen Elin m f 2003: ”T@DMS Utredning av telemedisin i distriktsmedisinske sentra”, NST-rapport.

<sup>26</sup> SHdirs DMS-modell ble omtalt i forrige kapittel

<sup>27</sup> VK er et samlebegrep for kommunikasjon med lyd- og bildeforbindelse mellom to eller flere parter. Deltakerne ser og hører hverandre og kan bruke verktøy som pc, whiteboard og lysark. (Også betegnelser som bildetelefon og lyd-/bildekonferanser brukes.) Deltakere kan være fra inn- og utland. Helsevesenets bruksområder er flere, med store utviklingsmuligheter.

med hverandre i samtid. Eksempel på en offlinetjeneste er såkalt e-post/mail. En studie fra 2002 redegjør for hemmende og fremmende faktorer for bruk av telemedisin <sup>28</sup>.

En forutsetning for elektronisk samhandling og telemedisin hvor det sendes sensitiv pasientinformasjon, er at formidlingen av informasjon skjer på en sikker måte slik at personvernet blir ivaretatt. <sup>29</sup> Det finnes i dag **helsenett** som ivaretar dette viktige kravet.

### **NST som hjelpeinstans**

Som nasjonalt kompetansesenter er Nasjonalt senter for telemedisin (NST) aktivt i å informere om konkrete telemedisinske løsninger brukt i helsevesenet. NSTs mål er at rådgivningstjeneste skal være oppdatert, av høy kvalitet og basert på systematiserte erfaringene fra hele landet. NST etablerte våren 2003 en ordning med ”regionkontakter”, som i første omgang skal kartlegge og lage rapport om telemedisinsk aktivitet i og mellom de ulike helseregionene. Oversikten som opparbeides, kan bli nyttig spesielt i pre-etableringsfaser av nye prosjekter, som veiviser til tidligere gjennomførte prosjekter.

### **Erfaringer på Drag**

Det vil også være hensiktsmessig å kunne trekke veksler på og videreutvikle de erfaringer og den kompetansen som i dag finnes på Årran hva gjelder bruk av VK og Internett.

## **4.1.1 Telemedisin for spredning og utvikling av kompetanse**

Ulike prosjekter har gitt NST erfaring fra og kunnskap om hvordan telemedisin kan være et virkemiddel for spredning og utvikling av kompetanse, og noen av pilotprosjektene har blitt tjenester i drift. (Se <http://www.telemed.no> og <http://www.helseutdanning.no>)

Telemedisin kan være hjelpemiddel for **ulike formål**:

- a) for pasientdiagnostisering og behandling, med og uten pasient
- b) for generell kompetanseutveksling og veiledning mellom fagfolk
- c) for kompetanseutvikling ang selvhjelp mellom brukere og mellom brukere og fagfolk

Nevnte kategorier peker på ulike områder hvor telemedisin kan brukes, og hvilke type tjeneste det gjelder. Juridisk sett avhenger sikkerhetskravene til tjenesten av om det overføres pasientinformasjon (sensitiv informasjon) mellom partene eller kun informasjon knyttet til generelle faglige problemstillinger. Telemedisin brukt til diagnostisering og behandling i helsevesenet, omhandler juridisk sett en helsetjeneste levert ved hjelp av telemedisin, og juridisk krever en helsetjeneste dokumentasjon i pasientjournalen. Sosialtjenestene må følge reglene om god forvaltningspraksis <sup>30</sup>. Skillene angår også finansiering (oppgjørform): Angående punkt a) så finnes egne oppgjørformer (telemedisinske takster) for slikt arbeid.

<sup>28</sup> Larsen, Frank, m fl ”Implementering av telemedisinske tjenester: hemmende og fremmende faktorer”, NST-*rapport*, under publisering. For mer informasjon om organisatoriske sider ved bruk av VK se kapittel 2.2 og 4 i: Larsen, Frank, m fl 2002: ”Videokonferanse i Nasjonalt helsenett: En veileder”, NST-*rapport*.

<sup>29</sup> Problemstillinger er i stor grad knyttet til at institusjoner er tilkoblet andre nett enn helsenettet, typisk er kommunale nett. Dette skaper sikkerhetskrav knyttet til infrastruktur. Det skal ikke være mulig å gå fra et kommunalt nett eller Internett inn i helsenettet.

<sup>30</sup> Verken sosial- eller barneverntjenesteloven har bestemmelser som tilsvarer journalbestemmelsene i helselovgivningen. Det må likevel følge av krav til god forvaltningsskikk om (ikke annet) at tjenestene dokumenterer det de gjør på en god, oversiktlig og klar måte. Tjenestemottakere har krav på å få se sakens dokumenter, for eksempel i forbindelse med klagebehandling. Det kreves også at arkiv- og behandlingsrutiner er slik at dokumentasjon kan brukes/gjenfinnes og at arkivering/oppbevaring ivaretar kravet til taushetsplikten. Disse tjenestene har også en utvidet taushetsplikt i den forstand at også opplysninger om at personer har vært i kontakt med tjenestene skal være taushetsbelagte.

## a) Telemedisin som hjelpemiddel for diagnostisering og behandling

Telemedisin brukt for diagnostisering og behandling stiller juridiske krav om sikkerhet knyttet til utveksling av pasientinformasjon, og tjenestene forutsetter at det eksisterer et helsenett.

Det er pekt på at finansieringen kan være knyttet direkte til bruken av telemedisin som virkemiddel eller indirekte til aktivitet (f eks i senteret eller helseforetaket)<sup>31</sup>. Mål for aktivitet kan være f eks venteliste, liggedøgn osv. Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere hvorvidt det er innføringen av telemedisintjenester som skaper aktivitetsendringene.

### Telemedisinske virkemidler:

- **e-vakt** - vakt via elektronisk post (som sendes innenfor et helsenett)  
Tjenesteaktørene kan utvikle et vaktssystem der e-mail er en del av samarbeidsmåten. ”Halvakutte” henvendelser kan sendes til en annen aktør som er forpliktet til å svare innen gitte tidspunkter. Sammenlignet med telefonbruk, er det en fordel at e-vakt er ”off-line”; dvs at e-brevet ikke vil forstyrre mottaker slik en telefonoppringing kan gjøre (ettersom telefon krever samtidighet). En annen forskjell fra telefon er e-posten som evt dokumentasjon. Et senter på Drag kan bruke e-vakt som hjelpemiddel både i den kommunale helse- og pleie- og omsorgstjenesten og i samhandling med spesialisthelsetjenesten der det er fornuftig.
- **Overføring av stillbilder og lyd** (via sikker e-post) – for vurdering av annet fagpersonell på samme eller annet omsorgsnivå – kan knyttes til e-vaktfunksjon.
- **Videokonferanse (VK)** – til bruk i møter mellom fagfolk og fagfolk og pasient.
- **Mobile løsninger** - innebærer at personell, f eks kommunalt pleiepersonell, ved hjelp av bærbar PC/PDA kan utveksle pasientdata, bilder, prosedyrer o l, via trådløst nettverk, mobiltelefon (GSM/GPRS). Dette betyr at det er mulig å legge inn og hente ut data også når personalet er hjemme hos pasienten, f eks kan hjemmetjenestens personale skrive rapporten mens de er hos pasienten. Et annet eksempel er bruk av digital kamera for å ta bilder av sår for å følge utviklingen over tid, eller for videresending til spesialist. Et alternativ er oppkobling mot nettverket inne på helsesenteret, hvor pasientdata og oppdatering fra foretatte besøk lastes ned. - Flere norske kommuner arbeider med innføring av mobile løsninger, og det er derfor ikke utenkelig at dette er problemstillinger som kan bli aktuelle for Tysfjord kommune og et senter på Drag.
- **SMS** - Short Messaging Services er enkelt middel for å sende korte beskjeder (ikke navngitt pasientinformasjon) via mobilnettet. SMS kan benyttes for å kontakte helsepersonell i halvakutte situasjoner hvor det ikke er påkrevd med øyeblikkelig svar. F.eks. kan legen slippe avbrudd i konsultasjonen for å ta en telefon, men kan likevel få beskjeden og kan ringe tilbake etter konsultasjonen, f eks til hjemmesykepleier.  
SMS kan også brukes til avlysning eller innkalling til ”time”avtaler.  
SMS kan være en enkel og rimelig kommunikasjonsmåte f eks i hjemmetjenesten.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Se kap. 5 i: Nasjonalt senter for telemedisin og PriceWatersCoopers DA (NST og PwC) juli 2003: ”Telemedisin som virkemiddel for økt samhandling”, *sluttrapport* fra fase 3.

I dag får f eks kreftavdelingen på UNN HF en takst på 436 kr per e-mail (e-vakt) de besvarer. Dette stimulerer til å bruke virkemiddelet på mottakersiden, mens sendersiden er stimulert av at de har tilgang på kreftavdelingens kompetanse innenfor avtalte rammer.

<sup>32</sup> Oslo kommune, Stovner bydel har prøvd ut et system hvor de bruker SMS for å kommunisere med journalsystemet Gerica. Systemet gjør det mulig å hente og skrive inn journalinformasjon om pasienter på den enkeltes arbeidsplan via sms. Samtidig registreres brukt tid hos pasienten. Erfaringene er gode. Se ; Engeseth, Kjersti, Johannessen, Liv Karen og Rotvold, Gunn-Hilde 2002: Telemedisin i pleie- og omsorgssektoren: kartleggingsstudie av aktiviteter knyttet til telemedisin og pasientrettet IKT i pleie- og omsorgssektoren høsten 2001, *NST – rapport* mars 2002. s.17.

- **MMS** – bruk av Multimedia Messaging Services (MMS) er i sterk vekst. Dette er en mobiltelefonløsning som muliggjør sending av lyd, stillbilde, video og tekst. Eksempel på bruk kan være at primærlegen sender bilde tatt under konsultasjonen til second opinion (eller spesialist for vurdering).<sup>33</sup>

Se for øvrig avsnittet som følger om bruk av telemedisin i psykiatrien.

### **b) Telemedisin for kompetanseutveksling og veiledning mellom fagfolk**

Telemedisin brukt til generell kompetanseheving mellom fagfolk, er ikke utsatt for like strenge juridiske krav som gjeldende for foregående punktet, med mindre sensitiv pasientinformasjon drøftes. Slik aktivitet er derfor uavhengig av et helsenett. Utveksling og spredning av kompetanse kan foregå via VK eller Internett. NST erfarer at bruken av Internett og VK til faglig veiledning og kompetanseutvikling er økende. (For oversikt over kurs som tilbys via NST se <http://www.undervisningskatalogen.no>)

#### **Telemedisinske virkemidler:**

- **Fagnett** – Diskusjonsrom på Internett for fagfolk.
- **VK** - Møter, enkle kurs, kurs fra høyskole og universitet

Bruk av Internett og VK for kompetanseutveksling og veiledning mellom fagfolk, berøres av ytterligere i punktene 4.2.2.1 og 4.2.2.2.

Referanser til vitenskapelige artikler om erfaringer med bruk av Internett og VK til veiledning av fagfolk, finnes på NSTs hjemmesider (<http://www.telemed.no>), under publikasjoner.

### **c) Telemedisin for selvhjelp - kompetanseutveksling mellom brukere og brukere-fagfolk**

Utteksling over Internett mellom brukere (pasienter/klienter) av brukererfaringer, stiller ikke krav om bruk av helsenett. Men dersom fagfolkene skal delta i dette ”diskusjonsrommet”, stilles slikt krav fordi virksomheten da inngår i det offentlig regulerte helsetjenestetilbudet. Denne juridiske begrensningen kan omgås dersom alle deltakerne bruker ”kallenavn”.

#### **Telemedisinske virkemidler:**

- **Internett** – for eksempel møteplass på Internett for ungdom, jf punkt 4.3
- **VK** - for eksempel en form for lærings-og mestringssenter, jf punkt 4.3.

Bruk av Internett og VK for selvhjelpsformål, berøres ytterligere i punkt 4.2 om psykiatrien.

---

<sup>33</sup> Kvaliteten på dette forventes å forbedres vesentlig i løpet kommende år.

## 4.2 Psykiatri – mulige relevante tjenestetilbud ved hjelp av telemedisin

### 4.2.1 Brukernære tilbud, kulturdimensjon, lokaldimensjon og selvhjelp

Psykisk helsevern har de siste år kommet sterkere i fokus gjennom planarbeid knyttet til opptrappingsplanen for psykisk helse for perioden 1999 til 2006<sup>34</sup>. Planen legger stor vekt på den lokale dimensjonen, og behandlingstilbud nær brukerne står sentralt stortingsmeldingen<sup>35</sup>. Det tas sikte på desentralisering av tjenestene, med overføring av kompetanse fra sentralinstitusjonene til både distriktpspsykiatriske sentra (DPSer) og kommuner.

St.meld. nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge Folkehelsepolitikken* peker på at forebygging er et mål med Opptrappingsplanen, særlig iht barn og unge. Dette gjelder helsestasjoner og skolehelsetjeneste, og kommunalt psykososialt arbeid. En viktig strategi er satsing på informasjon i samarbeid med brukerorganisasjoner.<sup>36</sup>

Vi vil peke på følgende som vesentlig for en lokal og ”desentralisert” psykiatri:

- Telemedisin kan bidra til **videreutvikling og bruk** av både **særegen lokalkunnskap** som kan finnes på kommunalt nivå, og av en **særegen kulturell kompetanse** som kan bygges inn i et helse- og sosialsenter utformet på bakgrunn av samiske forhold spesielt.

Som nevnt blir lokalkunnskap tillagt positiv betydning for medisinsk faglig utøvelse, sammen med kjennskap til pasientens person og livssituasjon.<sup>37</sup> Et kvalitetspotensial kan således knyttes til representasjonen av ”lokal kunnskapen” både når lokalt personell deltar i den telemedisinske spesialistkonsultasjonen sammen med pasienten, og til aktivitet hvor kun personell fra den kommunale førstelinjen deltar sammen med pasienten.

Tilsvarende kan kulturell kompetanse hentes inn og ut av senteret ved hjelp av telemedisin – og representere et kvalitetspotensial i et senter utviklet med bakgrunn i samisk kultur.

Selv om ovenstående her gjøres gjeldende for dagens psykiatri, angår de omtalte mulighetene både sosial- og helsetjenestene mer generelt, så vel som andre offentlige tjenester, f eks skole.

- Telepsykiatri kan legge til rette for **økt tilgang til spesialisthelsetjenestene** uavhengig av hvor i landet pasientene er bosatte, herunder med kompetanseoverføring fra sentralinstitusjoner til kommuner og DPSer.

Dette angår fordelingen av helsetjenesteressursene og muligheten til kanalisering av økonomiske ressurser fra reising til direkte pasientrettet virksomhet. Telemedisinen kan også bidra relativt direkte til at psykiatriske pasienter kan motta den aktuelle faglige hjelpen utenfor den sentraliserte institusjonen. Det kan skje ved at kommunalt personell (og personell på DPSer) få hjelp fra

---

<sup>34</sup> St.prp. nr. 63 (1997-98).

<sup>35</sup> St. meld. nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.

<sup>36</sup> I 2003 skal det utarbeides to dokumenter, Strategiplan for barn og unges psykiske helse og Nasjonal plan for selvhjelp. Det første skal inneholde perspektiver for videre arbeid med unges psykiske helse og tiltak for å forebygge problemer og lidelser. Det andre skal fremme selvhjelpsmetoden i forebyggingsarbeid, og deltakelse i selvhjelpsgrupper omtales spesielt.

<sup>37</sup> Jf fotnote 13.

spesialisttjenesten ved hjelp av telemedisin når det oppleves hensiktsmessig, og på samme vis bidrar med sin kompetanse når det er relevant.

Aktuelle telemedisinske samarbeidspartnere innenfor psykiatri for senteret på Drag vil være samiske kompetansemiljøer som Nasjonalt kompetansesenter i samisk psykiatri, Karasjok/Lakselv, og Hålogaland sykehus, avdeling Narvik.

Med **telepsykiatri** menes gjerne bruk av VK. Telepsykiatri kan også betegne psykiatrisk virksomhet på Internett, basert på skriftlig kommunikasjon. Aktiviteten på Internett kan omfatte både profesjonell hjelp og selvhjelpsaktivitet. I det følgende gis et innblikk i hvordan psykiatrien både kan benytte **VK** og **Internett**, også innenfor tjenestene på kommunalt nivå.

Først skal pekes på at bruksområder for telemedisin har **stigende grad av deltakelse fra pasienten/klienten**. Skissen nedenfor er hentet fra utprøvnings- og forskningsrelatert arbeid med å skaffe kunnskap om hvordan telepsykiatrien best kan utnyttes for å nå helsepolitiske mål, hvor et uttalt ønske har vært å sette kommunehelsetjenesten i fokus og ha ståsted i det kommunale helsevesenet. I denne forbindelse er følgende firedelte skjematisk framstilling laget, ut fra eksisterende kunnskap og erfaringer fra norske forhold spesielt <sup>38</sup>:

**Skisse - bruksområder for telemedisin, med stigende grad av deltakelse fra pasienten/klienten:**

<b>Fagpersoner - fagpersoner</b>	Veiledning, undervisning, forskning Samarbeid ifm kasus og faglige spørsmål Møtevirksomhet, administrasjon
<b>Fagpersoner – fagpersoner og klienter</b>	Utskriving, oppfølging Reflekterende team-oppfølging, veiledning Testing, diagnostisk intervju
<b>Fagpersoner – klienter</b>	Psykoterapi, familierapi Psyko-edukative tiltak (informasjon/støtte)
<b>Klienter – klienter</b>	Støttegrupper, interessegrupper

Brukskategorien klienter-klienter forventes å ha stort potensial, ikke minst i likemanns-/selvhjelpsarbeid. NST, tidligere Telemedisinsk avdeling, RiTø har i den forbindelse samarbeidet med Mental Helse og Angstringen. Søkelys er satt på muligheter til å danne møteplasser for mennesker som søker helsefremmende sosiale relasjoner. Slike møteplasser kan være for eksempel telefon-, internett- eller VK-grupper.

I Norge har telemedisin i psykiatrien hittil stort sett vært brukt mellom spesialistinstanser, og mellom fagfolk, jf senere avsnitt. Begrenset bruk mellom fagfolk og klienter, skiller Norge fra utlandet, for eksempel USA, hvor slik bruk har vært langt mer omfattende. <sup>39</sup> Også i sør-Australia er telemedisin brukt i klinisk arbeid. Her finnes en av verdens mest erfarne telepsykiatritjenester. Hensikten er å assistere personell i primærtjenesten slik at de mest mulig effektivt kan følge opp pasienten i dennes hjemmemiljø, og det er primærtjenesten som kontakter spesialisttjenesten for VK-konsultasjon når de finner det nødvendig. <sup>40</sup>

<sup>38</sup> Gammon, Deede 1996: Kompetanseoppbygging og samspill mellom behandlingsnivå ved hjelp av telepsykiatri i det kommunale psykiske helsevesenet, søknad til Sosial- og helsedepartementet. 03.10.96, Telemedisinsk avdeling, Regionsykehuset i Tromsø.

For nærmere kategorisering av VK-konsultasjonen se punkt 6.3 i NST og PwC ibid.

<sup>39</sup> Gammon ibid.

<sup>40</sup> Hawker, F. og S. Kavanagh 2000: The Evolution of Telepsychiatry in South Australia, rapport, Rural and Remote Mental Health Service of South Australia, ISBN 0 7308 0238 8.

#### 4.2.1.1 Internett som hjelpemiddel

” I gamle dager, før Internett, tok vi nærmest for gitt at samhandling via skjerm var mindreverdige sammenlignet med ansikt-til-ansikt-samhandling”. Den gang dreide det seg først og fremst om videokonferanser der man kan både se og høre hverandre. Våre evalueringer...la vekt på slørete bilder, etterslep i lyd og ikke minst fravær av menneskelig nærhet.

Et merkelig spørsmål fra et barn...ved Seidajok behandlingshjem bidro til at vi begynte å tenke annerledes: ”Kan ikkje dokker dra tel Kirkenes, for da e dokker lettare å snakke med”... ”<sup>41</sup>

Slik heter det i en artikkel fra 2002, og nevnte barn var ett av flere som hadde samtaler med sin behandler via VK. Erfaringen på beholdersiden var at barn som var urolige, ukonsentrerte og til dels saboterende i ansikt-til-ansikt-møter, ofte ble roligere og mer konstruktive i VK-møter. Forsøk på å forklare dette, vektla endrede maktforhold. I skjermmøtet kunne barnet ”slå av” de voksne med et tastetrykk eller gå ut av kameravinkelen og bli borte. I stedet for å bruke sin nyvunne makt til å fjerne seg, kom barnet ofte nærmere den voksne. Denne erfaringen anvendes på det som nå skjer på Internett:

Undersøkelser viser at rundt halvparten av den norske befolkning ønsker e-postkontakt med sin primærlege. Mange nettbrukere finner det enklere å snakke om personlige problemer på nettet enn ansikt til ansikt. Dette gjelder enten fagfolkene deltar eller ikke. Det framholdes at dagens fagfolk, enten de er begeistret eller vegrer seg, må forholde seg til det som skjer på Internett. Stadig flere pasienter presenterer nettgenererte problemstillinger i konsultasjoner, for eksempel om diagnoser og behandlingsmetoder, eller de forteller om helse- eller sykdomsframkallende opplevelser fra cyberspace. Det framholdes også at alle pasientgrupper er viktige, men ikke minst ungdom fortjener oppmerksomhet i denne sammenheng.

Det pekes på at både etablerte teorier, arbeidsmåter og regelverk utfordres. Vi kan føye til; organisasjonsmodeller. Tidsskriftet som refererte artikkel er hentet fra, gir blant annet innblikk i nye relasjoner og hvordan pasienten opplever nettbaserte helsetilbud. Nye faglige, juridiske og etiske spørsmål omtales i veileder fra høsten 2002 for tilbydere av helsetjenester på nettet. Denne supplerer de generelle fagets retningslinjer fra Norsk psykologforening.

Både identifisering av den nye teknologiens fallgruber og utvikling av fruktbare anvendelsesmåter er utfordringer, psykologifaglig og i ulike helsepolitiske perspektiver.

#### Eksempel på bruk av Internett - Tankebanken

Et Internettbasert tilbud rettet mot den yngre brukergruppen er ”Tankebanken”, en onlinetjeneste for ungdom til psykiatrisk behandling. Pasientene som skal delta, må være henviste, være innledende vurdert og kjenne sin behandler fra ansikt-til-ansikt-samtaler. I første fase er pasienter med suidialitet, psykosefare, selvskadning og paranoide trekk utelukket. Det skal gjennomføres ansikt-til-ansikt-samtaler underveis for å få en bredere vurdering av tilstand og utvikling under behandling.

(<http://www.innherred-sykehus.no>, 3.18.03)

**Informasjon på Internett til TankeBankens brukere (<http://www.bupmidtmorge.no/tankebanken.sii>):**

TIL ungdom, foreldre og andre som skal bruke TankeBanken:

#### **Forskning på utprøving av TankeBanken i 2003**

I første del av 2003 kan TankeBanken ikke tilbys åpent til dem som ønsker det. Du må inviteres via din lege. BUP kan bli med som de første kundene i TankeBanken.

<sup>41</sup> Gammon og Jenssen 2002, Helsetjenester via Internett, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* nr. 39, 2003.

TankeBanken handler om å bruke sikret tekstkontakt via Internett med en behandler i BUP. Prosjektet er samarbeid mellom Regionsenter for BUP ved NTNU og BUP-enhetene i Helse Midt-Norge RHF.

**Du kan trekke deg fra denne utprøvingen når som helst uten at du mister behandlings- eller veilednings-tilbudet ved BUP.** Vi vil invitere deg til et intervju for å fortelle om erfaringene dine med å TankeBanken etter å ha brukt den i ca. 2 måneder. Hvis både du og behandleren du har kontakt med ønsket, vil dere få anledning til å bruke TankeBanken også etter intervjuet.

Bare kjønn, alder og hva du har brukt TankeBanken til blir tatt vare på sammen med det du forteller i intervjuet, og en kode som kan knytte sammen erfaringene dine med erfaringene til DIN behandler. **Det som sier i intervjuet behandles konfidensielt av forskere/forskningsassistenter ved NTNU, og det skal være umulig å identifisere deg i forskningsrapportene.**

I praksis ligner TankeBanken både på en Nettbank og på en epostleser på Internett. Fra en PC kan du legge dine tanker og meldinger i din "konto" i TankeBanken, som er et sikret nettsted. Behandleren du har kontakt med får melding første arbeidsdag etter om at du har lagt inn en melding, og kan lese det fra sin PC. Ingenting andre ved BUP enn din behandler har tilgang til din konto i TankeBanken. Vanligvis skal du få svar innen 3 arbeidsdager (unntaksvis 5) ved at behandleren skriver et svar som også legges inn på din konto i TankeBanken. Når et svar er lagt inn får du melding på SMS eller e-post. Behandleren kan også ta initiativ å legge inn den første meldingen. For å bruke TankeBanken må du inngå en avtale med behandleren din om tildelt brukernavn og adgangsnøkler.

**Du må IKKE bruke TankeBanken hvis du får behov for rask hjelp. Ring heller legevakt, vaktlinje eller BUP hvis det finnes, eller gjør det du har blitt enig med behandleren din om som beste løsning.**

Å delta i dette vil kreve en del av deg. Det kreves at du har enkel tilgang til Internett nesten daglig, hjemme eller på et sted du kan sitte i fred. Det krever at du kan bidra til sikring av kontakten og av tankene du skaper inn ved å følge noen sikkerhetsregler på den datamaskinen du bruker. Du må også ta ansvar for å si fra hvis du føler det blir for vanskelig, eller en dårlig hjelp å bruke TankeBanken. Behandleren din kan også komme til å stoppe muligheten din til å bruke TankeBanken hvis det oppstår tvil om det er gunstig for deg. Av hensyn til helse og sikkerhet kan TankeBanken bare brukes så lenge din behandler mener det er forsvarlig.

Både overføringen av det du skriver og leser og lagringen av det er kryptert - dvs at det er uforståelig for noen enn deg og din behandler. Du kan slette meldingene etter hvert, eller la dem ligge i TankeBanken og lese dem om igjen når du vil. Hvis du ikke sletter meldingene selv blir hele "kontoen" med meldinger slettet ett år etter at dere har sluttet å bruke den. TankeBanken kan bli stengt uten forvarsel av økonomiske, tekniske, juridiske eller etiske grunner.

For å delta må du og din behandler underskrive et samtykkeskjema. Selv om du er over 16 år ønsker vi å informere foreldre. Er du under 16 år må foreldre også skrive under samtykke. **Du er ikke forpliktet til å delta i intervjuet selv om du har underskrevet samtykke og/eller har brukt TankeBanken.**

Tormod Rimehaug  
universitetslektor/psykologspesialist  
Regionsenter for BUP Midt-Norge, NTNU

#### 4.2.1.2 Bruk av videokonferansen

Midt på 1990-tallet ble det laget en oversikt over bruk av VK i psykiatrien i Nord-Norge <sup>42</sup>. Hovedansvarlig for undersøkelsen vurderer forholdene i dag ikke å være vesentlig endret. Undersøkelsen er derfor interessant som innblikk i bruk av VK i dagens nordnorske psykiatri.

Spørreskjema ble distribuert til alle brukerinstusjoner i Nord-Norge samtidig som ISDN ble tilgjengelig <sup>43</sup>, medio 1995. Totalt ble 62% av lokalitetene registrert som deltakere. Etter seks måneder hadde 1028 personer deltatt i 140 konferanser fra 35 institusjoner.

Formålet med videokonferansene omfattet følgende:

møter	50%
veiledning, praksis og undervisning	31%
kliniske konsultasjoner	14%
tester og demonstrasjoner	5%

Videokonferansen som alternativ form for kontakt, erstattet følgende:

ikke-kontakt	25%
telefon	14%
reiser	5%
e-post eller faks	2%

”Problem”-rapporteringen fra sesjonene, var som følger:

ingen problemer	55%
audioproblemer	19%
bildeproblemer	14%
mislykket forsøk på å få forbindelse	5%
mistet forbindelsen	5%.

Flertallet av brukerne, 87%, rapporterte at de var tilfreds eller veldig tilfreds med fasilitetene, 8% var usikre og 5% mindre tilfreds eller misfornøyd.

#### Eksempel på bruk av VK - Etablering av nettverk i pasientrettet telepsykiatri

Høsten 2002 startet et prosjekt i Troms som skulle utvikle og implementere en modell for bruk av telemedisin for å bedre samarbeidet mellom tjenestenivåene innen psykisk helsevern; mellom psykiatriske sykehus, DPSer og lokalt hjelpeapparat i brukerens/pasientens hjemkommune. Rapporten fra prosjektet <sup>44</sup> er interessant hva angår erfaringer, men også med hensyn til de målsetninger prosjektet utviklet.

Målsetningene ble å finne løsninger som via VK kunne ivareta pasientenes behov ved:

- I. Å danne ansvarsgrupper i distriktene/kommunene som kan holde jevnlig kontakt med fagpersonell både ved DPSer og eventuelt sentrale institusjoner. Målet er å skape trygghet både for pasient/bruker, hjelpepersonell og pårørende, og slik forebygge unødige (re-)innleggelse.
- II. Å bevirke på sikt at de lokale ansvarsgrupper også gjennomførte ettervernsamtaler med pasienter som har vært innlagt på psykiatrisk institusjon.
- III. Å styrke pårørendekontakten.
- IV. Å sørge for at utstyret ble implementert og forankret i kommunene på en måte som gjorde det enkelt for andre i helsetjenesten å bruke det.

<sup>42</sup> Gammon D, Bergvik S, Bergmo T, Pedersen S. Videoconferencing in psychiatry. A survey of use in northern Norway. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 1996; 2; 192-198

<sup>43</sup> I dag er bredbåndstilknytning tilgjengelig i store deler av Nord-Norge.

<sup>44</sup> Gullhav, K. 2003: ”Etablering av nettverk innen pasientrettet telepsykiatri”, ISDN 82-92092-24-2, *NST-rapport 5-2003*.

Et uttalt mål var at pasientens behandlingsplan skulle utarbeides ikke bare sammen med pasienten, men at også pårørende og lokalt behandlingspersonell skulle involveres tidlig.

Deltakere i prosjektet var spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. NST stod for prosjektledelse og koordinering.<sup>45</sup>

Evalueringen fokuserte på om bruk av VK fører til aktive lokale nettverk, desentralisering av de psykiatriske tjenestene og overføring av kompetanse fra sentralinstitusjoner til kommuner og DPSer.<sup>46</sup> Antall sendinger ble få og tilfeldigheter medførte lav aktivitet i pasientkontakt mellom partene. Erfaringene så langt tilsier at VK mellom tjenestenivåene er et nyttig supplement for både pasient, pårørende og helsepersonell. Man ser potensial for tids- og økonomisk gevinst ved at brukere blir familiære med og implementerer utstyret sammen med eksisterende arbeidsredskaper. Det antas at kompetanseoverføring fra sentralinstitusjoner til kommunene vil øke. Det er stor fornøydhet med teknisk kvalitet og VK som arbeidsredskap, og deltakerne så stor nytteverdi i å bruke VK (- også de som har hatt liten aktivitet). Tilbud om undervisning og veiledning via Nettbasert Kompetanseutvikling, NST, gir helsearbeidere i kommunene mulighet for å øke egen kompetanse. Alle deltakerne så store nytteverdi i mediet for direkte pasientrettet og pasientadministrativt samarbeid.

Innen årsskiftet 2003-2004 skal NST gjenta undersøkelsen for å dokumentere erfaringer tilegnet over lengre tid.

### 4.3 Aktuelle tiltak og tjenester med telemedisin

Kulturkompetanse knyttet til samisk forståelse av sykdom og helse er et knapphetsgode. Det er derfor ønskelig at et senter på Drag kan bidra til å spre slik kompetanse innenfor norsk helse- og sosialtjenester. Her kan telemedisinske hjelpemidler anvendes.

Aktuelle **mål** for bruk av telemedisin i et helse- og sosialsenter på Drag, kan være å:

- Ta vare på eksisterende og utvikle nye kompetansehevingstiltak, særlig hva gjelder kulturkompetanse
- Ta vare på eksisterende og utvikle nye pasientoppfølgende tiltak, eventuelt i samarbeid med spesialisttjenesten

Telemedisin kan benyttes til kompetansespredning på ulike fag- og arbeidsområder, jf punkt 4.1.1. Dette kan gjøres via fjernundervisnings- og veiledningsprogram til ulike yrkesgrupper i kommunen og interkommunalt gjennom bruk av VK og Internett. Det kan også foregå i form av tverrfaglig nettverkssamarbeid rundt pasienter, f eks gjennom bruk av VK og sikker e-post. En mulighet er også fjernspesialistkonsultasjonstilbud for primærleger gjennom bruk av telemedisinske tjenester innen f eks hud, ØNH, hjertelyd m m.

Andre mulige **tiltak og tjenester** kan være som følger nedenfor. Utvalget er gjort med bakgrunn i særskilte områder som framkommer i rapporten fra Delprosjekt 1 og tiltakene som er skissert i denne rapportens punkt 3.2.2.

---

<sup>45</sup> Spesialisthelsetjenesten var representert ved Avdeling Sør 1, Allmennpsykiatrisk avdeling, UNN HF (helsepersonell) og kommunehelsetjenesten ved Bardu, Lenvik, Målselv og Salangen kommune (helse- og sosialpersonell, samt IT-personell).

<sup>46</sup> Lokale nettverk er her alle involvert i pasientbehandling som knyttes til 2.- og 3. linjetjenesten. Evalueringen bygger på logger deltakerne førte for hver sending samt intervjuer med 2-3 deltakere fra hver instans.

## **Ungdom**

Rapporten fra Delprosjekt 1 peker på at samisk ungdom har behov for helse- og sosialtjenester som er mer tilpasset deres kulturbakgrunn. Et senter på Drag kan legge til rette for samtalegrupper på Internett der ungdom og fagfolk kan diskutere ulike problemstillinger knyttet til samisk ungdoms særskilte helse- og sosialtjenestebehov. Det kan gjelde generell identitetsproblematikk samt det å leve i en minoritetssituasjon.

Møteplassen kan utvikles i samarbeid med kommunen, Dragmiljøet, andre samiske helsemiljøer og samiske ungdomsorganisasjoner.

## **Eldre**

Senteret kan etablere en helsestasjon for eldre. Her kan gis tilbud som imøtekommer eldre samers problemstillinger/behov knyttet til det å leve under fornukspolitikk. Videre kan senteret etablere en egen enhet for demenspasienter. Telemedisinen kan brukes for å koble helsesenteret og avdelingens fagfolk og pårørende opp mot miljøer ellers i landet som har kompetanse på geriatri og samisk språk-/kulturforståelse. Eksempler er geriatrisk avdeling på UNN HF, psykogeriatrisk avdeling på UNN HF, Helse Finnmark HF, relevante miljøer i Finnmark og resten av landet eller Norden.

## **Psykisk helsevern**

Senteret kan etablere et nettverk rundt senterets psykiatriske sykepleier bl a gjennom bruk av telemedisin. Virkemidlene VK, Internett og sikker e-mail kan brukes. Telemedisinske virkemidler kan brukes for kommunikasjon både mellom fagfolk og mellom fagfolk og pasienter. Senteret kan koble seg opp mot både UNN HF og miljøene i Karasjok og Narvik hvor det finnes interesse og kompetanse innenfor samisk psykiatri.

Videre kan senteret vurdere hvordan telemedisinske virkemidler kan brukes for direkte pasientbehandling, slik at pasientene får et tilbud lokalt og unngår reising.

## **Kreft**

UNN HF har en egen satsing på området ”lindrende behandling”. Kreftavdelingen har lang erfaring med bruk av telemedisin gjennom bruk av VK og sikker e-mail. Senteret kan kobles opp mot denne avdelingen gjerne i samhandling med sykehjemsfunksjonen og hjemmetjenesten.

## **Hjemmetjenesten**

Flere kommuner arbeider med å innføre mobile elektroniske løsninger.<sup>47</sup> Denne virksomheten berører problemstillinger som vi antar vil bli aktuelle også for Tysfjord kommune.

## **Lærings- og mestringssenter (LMS)**

Alle sykehusene i Norge er pålagt å etablere LMS. Det skal være en møteplass for brukerorganisasjonene og fagfolk. Brukerne er sett på som en ressurs som helsetjenesten har nytte av å benytte og lære mer om. Et helse- og sosialsenter på Drag vil være for lite for et LMS av typen pålagt sykehusene å ha, men senteret kan skape en møteplass for samiske og norske brukerorganisasjoner og brukergrupper som ved hjelp av VK og Internett kan kobles opp mot det ”LMS” de ønsker.

---

<sup>47</sup> Engeseth, Kjersti, Johannessen, Liv Karen og Rotvold, Gunn-Hilde: ”Telemedisin i pleie- og omsorgssektoren: kartleggingsstudie av aktiviteter knyttet til telemedisin og pasientrettet IKT i pleie- og omsorgssektoren høsten 2001” *NST – rapport* mars 2002.

Se også kapittel 6.4 i NST og PwC ibid.

Rotvold G-H, Myrvang R, Gossé A-K, Abelsen L, Neple B. april 2002: Elektronisk samhandling i pleie- og omsorgstjenesten. Kartlegging av behovet for elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten og eksterne samarbeidspartner i helsevesenet. NST-rapport 07-2002.

## 5 Fra idé og visjon til realisering – viktige prosesser og momenter i videre planarbeid

### 5.1 Viktige prosesser

Visjonen for prosjektet er å utvikle et likeverdig helse- og sosialtjenestetilbud for den samiske og norske befolkning på Drag.

Et vesentlig siktemål i arbeidet fram mot realisering av senteret på Drag, kan være å **reducere, ikke øke, eksisterende konflikter** mellom samer og resten av befolkningen. Dette kan i siste instans være en forutsetning for at senteret blir en realitet i overskuelig framtid. En slik konfliktreducerende effekt kan søkes oppnådd på flere måter:

- Å minske eksisterende konflikter kan blant annet ivaretas gjennom utvikling av et sentertilbud som omfatter hele befolkningen, og ikke utelukkende har tilbud til samer.
- Samtidig vil en utfordring være å skape en situasjon hvor Drag-senteret ikke oppfattes som en forfordeling av den samiske delen av befolkningen, men som et legitimt forsøk på å ta høyde for særegne samiske behov på måter som vanlige norske tjenestetilbud ikke gjør.

**Forankring av arbeidet med Drag-senteret i kommunen** vil kunne bli av avgjørende betydning for om senteret lar seg realisere. Dette forholdet må vektlegges i det videre arbeidet med senteret:

- I det videre arbeidet med utvikling av senteret må det derfor legges ytterligere vekt på kontakt med og invitere som samarbeidspartnere den administrativ og politisk ledelse i Tysfjord kommune, på bredt grunnlag.

**Rekruttering av aktuell faglig kompetanse** representerer en utfordring som bør gripes fatt i så snart som mulig. Senterets spesielle karakter kan være et rekrutteringsgrunnlag. Utfordringen henger sammen at utviklingen av fagtilbud i distrikts-Norge generelt ofte er vanskelig, på grunn av mangel på eller begrenset tilgang til faglig kompetanse. Hva angår det samiske, er en utfordring å rekruttere fagfolk med lulesamisk språkkompetanse. En annen utfordring er tilgangen til personer med tidligere omtalte kulturkompetanse. Noe av utfordringene kan løses ved å se etter fagfolk utover landegrensene, blant annet til Sverige og Finland. Lokalkompetanse hva angår kultur og sosiale forhold, må søkes lokalt.

- Arbeidet bør iverksettes å snart som mulig med å planlegge rekruttering og utdanning av fagpersonell som skal ansettes i senteret.
- Det bør vurderes å inngå samarbeid med Årran, som har kompetanse på området, for å starte prosjekter som omfatter relevant **kompetanseheving**. Slik kompetanseheving vil kunne være verdifull, og kan bidra til at kompetent personell er tilgjengelig når senteret på Drag blir en realitet.
- Bruk av elektronisk informasjons- og kommunikasjonsteknologi bør vurderes som hjelpemiddel til spredning og innhenting av faglig kompetanse, herunder både kulturkompetanse og annen kompetanse.

## 5.2 Avveininger og prioriteringer

Senterskissen i dette dokumentet har to ulike ”**integreringselementer**”, som kan bli krevende på ulike måter. Det ene angår samlokalisering av sosial- og helsetjenester, den andre er samlokalisering av tjenestetilbud og andre møteplasser for hele befolkningen.

Verdien og nødvendigheten av **samlokaliserte tjenester fra helse- og sosialsektoren** kan og bør diskuteres. Dette bør vurderes i lys av ønskeligheten av å videreutvikle samarbeid mellom tjenesten fra disse to sektorene. En risiko kan være ”overbelastende” samarbeidsforventninger, på bekostning av enklere og mindre krevende strukturer.

Spissformulert - og ikke nødvendigvis korrekt i alle henseender - kan hevdes at jo flere funksjoner som forsøkes bygd inn i senteret, jo dyrere blir det og jo mer krevende blir driften. Dette kan brukes som argument mot å trekke inn andre ”tilbud” enn helse- og sosialtjenester i senteret. Vi har argumentert med at et **senter som er åpent for og har tilbud til alle**, kan være viktig i et konfliktdempende perspektiv, og å bygge inn møtestedfunksjoner kan derfor være verdifullt.

Det basale i utviklingen av Drag-modellen må uansett bli de måter man forsøker å gi den samiske befolkningen adekvate tilbud.

Det vil være viktig å ha med seg i planleggingen at de ulike brukergruppene både vil ha utstrakte felles interesser og totalt mangle identifiseringsgrunnlag med hverandre på andre områder. Dette vil være viktig å ta høyde for i videre planlegging, både med hensyn til funksjoner og i utforming av lokaliteter. Dersom integreringstankegangen trekkes for langt i noen henseender, kan resultatet blir dysfunksjonalitet.

Ett integreringsaspekt som kan bli både hensiktsmessig og nødvendig, er knyttet til **deling av stillinger**, evt. funksjoner og ansvarsområder, mellom senteret på Drag og øvrige kommunale helse- og sosialtjenester.

## 5.3 Oppsummering – viktige elementer i modellen

### Tilbudsstruktur

- Senteret betjener hele befolkningen i Tysfjord. I tillegg har senteret en tilbudsprofil som er utformet med tanke på den samiske befolkningen i området.
- Senteret har en kompetanse som rommer kunnskap om kultur generelt og forståelse for et samisk perspektiv på tjenester, helse og livskvalitet. Med kulturforståelse menes her analytisk forståelse og kompetanse til å arbeide med kulturelle problemstillinger og til å forstå den lokale kulturen. I tillegg bør personell beherske samisk språk.
- Senteret bemannes fortrinnsvis med personell som har ovenfor omtalte kulturkompetanse og språkkompetanse.
- Senteret inneholder aktuelle deltjenester etter Lov om kommunehelsetjeneste. Sosialtjenester vektlegges. Senteret rommer samisk folkemedisin. Av spesialisthelsetjenester kan hovedvekten komme til å ligge innen psykiatrien.
- Viktige tjenesteområder kan være psykiatri, demens og alternativ behandling.
- Senteret deltar aktivt i fagutvikling og kompetanseoppbygging på sitt/sine område/r.

- For å bidra til at senteret blir en møteplass som hele befolkningen kan benytte, plasseres fellestilbud som for eksempel bibliotek og kafé i senteret.
- Kompetanse spres og innhentes via telemedisin og det utvikles øvrige telemedisinske tilbud når det vurderes hensiktsmessig. Et aktuelt område kan være psykiatri.

### **Forankring og samarbeid**

- Senteret utvikles som en integrert del av helse- og sosialtjenesten i Tysfjord kommune.
- Senteret inngår i et regionalt nettverk med nabokommunene for felles bruk av fagfolk og utvikling av tjenestetilbud.
- Senteret inngår som en del av forsknings- og andre nettverk av instanser som arbeider på områder innenfor samiske helse- og sosialspørsmål.
- Kompetanseheving og utdanning kan utvikles og gjennomføres i samarbeid med Årran lulesamisk senter på Drag som har spesialisert seg på dette.
- Utvikling av telemedisinske tilbud kan gjøres i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin, som har kompetanse på området.

## 6 Referanser

Andersen, F. kommunelegekontoret i Steigen, 8285 Leines; Woie Berg, Kvinneuniversitetet Nord, 8286 Nordfold; Aaraas, ISM, UiTø: Steigenmodellen - En modell for rekruttering, samordning og effektivisering av helsetjenester i utkantkommuner, *notat*, udatert.

Engeseth, K., Johannessen, L. K. og Rotvold, G.-H. 2002: "Telemedisin i pleie- og omsorgssektoren: kartleggingsstudie av aktiviteter knyttet til telemedisin og pasientrettet IKT i pleie- og omsorgssektoren høsten 2001" *NST – rapport* mars 2002.

Fosse, A.: Det går et sentraliseringsspøkelse gjennom landet. *Utposten* 1999 nr.2

Gammon og Jenssen 2002, Helsetjenester via Internett, *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* nr. 39, 2003.

Gammon D, Bergvik S, Bergmo T, Pedersen S. 1996: Videoconferencing in psychiatry. A survey of use in northern Norway. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 1996; 2; 192-198

Gammon, D. 1996: Kompetanseoppbygging og samspill mellom behandlingsnivå ved hjelp av telepsykiatri i det kommunale psykiske helsevesen, søknad til Sosial- og helsedepartementet. 03.10.96, Telemedisinsk avdeling, Regionsykehuset i Tromsø.

Gjernes, T. 1995: "Interaksjon mellom lokalsamfunn og institusjon", *Sosiologisk tidsskrift* nr 1.

Gullhav, K. 2003: " Etablering av nettverk innen pasientrettet telepsykiatri", ISDN 82-92092-24-2, *NST-rapport* 5-2003.

Hawker, F. og S. Kavanagh 2000: The Evolution of Telepsychiatry in South Australia, *rapport*, Rural and Remote Mental Health Service of South Australia, ISBN 0 7308 0238 8.

Isaksen, Nils H. 2001: Videregående skole som læringsarena for samisk ungdom. Noen problemområder og løsningsforsøk. Flerkulturell forståelse, Sami Allaskuvla, Guovdageaidnu.

Johnsen Elin m.f : "T@DMS Utredning av telemedisin i distriktsmedisinske sentra", *NST- rapport*, mars 2003.

Kvermo, S. 1999: "North Norwegian Adolescents in a Multiethnic Context" – A study of emotional and behavioural problems, ethnic identity and acculturation attitudes in Sami, Kven and Norwegian adolescents. *Doktoravhandling*, avd. for ungdomspsykiatri, Med.fak. UiTø.

Larsen, Frank m fl 2002: "Videokonferanse i Nasjonalt helsenett: En veileder", *NST rapport*.

Larsen, Frank m fl "Implementering av telemedisinske tjenester: hemmende og fremmende faktorer", *NST -rapport*, under publisering.

Minde, Gunn-Tove 2003: Nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning, Delprosjekt 1: Sammenstilling av forskningsmateriale, *prosjektrapport*, Bedriftskompetanse AS, Tromsø.

Nasjonalt senter for telemedisin og PriceWatersCoopers DA (NST og PwC) juli 2003: "Telemedisin som virkemiddel for økt samhandling", *sluttrapport* fra fase 3.

NOU 1995:6 *Plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning i Norge*.

Ringberg, U. og Fred Andersen 2002: Lokalsykehusfunksjonen i endring. Søkelyset på oppgavefordelingen mellom første og andre linje tjenesten. *Notat*, Tromsø, 21/3-02

Rotvold G-H, Myrvang R, Gossé A-K, Abelsen L, Neple B. april 2002: Elektronisk samhandling i pleie- og omsorgstjenesten. Kartlegging av behovet for elektronisk meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenesten og eksterne samarbeidsparter i helsevesenet. *NST-rapport 07-2002*.

Sosial- og helsedepartementet 1999: "Mangfold og likeverd", Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge.

Sosial- og helsedirektoratet 2002: Distriktsmedisinsk senter (DMS) Utvikling av sykestuer til fremtidens "desentraliserte" spesialisthelsetjeneste, *rapport*.

St.meld. nr. 21 (1998-1999) "Ansvar og meistring. Mot ein heilkapleg rehabiliteringspolitikk" og <http://www.aker.uio.no/LMS/>

St. meld. nr 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*.

St.prp. nr. 63 (1997-98).

Sørli, Tore og Nergård, Jens Ivar 2001: Samiske pasienter – spenningsfeltet mellom psykiatri og medisin, FoU-prosjekt, Åsgård Sykehus, UiTø.

Årnes S. M. et al. 1996: "Religiøs tilhørighet og psykisk helse - finnes det en sammenheng?", *Tidsskrift for den norske Legeforening* nr.30 116:3598-601.

## 7 Vedlegg

### Vedlegg 1 Prosjektdirektiver Delprosjekt 1 og 2

	<b>Prosjektdirektiv DLP1</b>
<b>Delprosjektets navn:</b>	<b>DLP1 - Sammenstilling av forskningsmateriale/behovskartlegging</b>
<b>Prosjekteier:</b>	Sametinget
<b>Bakgrunn:</b>	Delprosjektet er en del av fase 1 i prosjektet "Nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning"
<b>Formål:</b>	Levere et riktig og tilstrekkelig tilbud av helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning.
<b>Mål:</b>	Gjennom sammenstilling av forskningsmateriale og annen relevant kunnskap, skal følgende gjennomgås: <ul style="list-style-type: none"><li>– Avklare hvorvidt den samiske befolkning har andre behov/helseproblemer enn resten av den norske befolkning</li><li>– Avklare hvorvidt den samiske befolkning trenger en annen organisering av helse- og sosialtjenesten enn resten av den norske befolkning</li><li>– Oversikt over konkrete behov for spesialtilpassede helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning</li></ul>
<b>Rammebetingelser:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Delprosjektet skal gjennomføres på en mest mulig kostnadseffektiv måte</li><li>– Delprosjektleder rapporterer til prosjektleder for prosjektet "Nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning"</li><li>– Delprosjektet skal være avsluttet innen 15.03.03</li></ul>
<b>Delprosjektleder:</b>	Trude Slettli/Bedriftskompetanse as
<b>Organisasjon:</b>	Fred Andersen/UiTø Gunn-Tove Minde/UiTø Ronald Urheim Ragnhild Vassvik Kalstad/Senter for Samisk Helseforskning Anna Kouljok/Tysfjord kommune Marianne Telle/Bedriftskompetanse as
<b>Frist for levering av forprosjektrapport:</b>	15.03.03 <ul style="list-style-type: none"><li>– Resultatet av arbeidet skal presenteres i egen rapport som igjen skal kunne danne grunnlag for finansiering og strukturering av neste fase</li></ul>

Tromsø, 15.januar 2003  
Knut B.Andreassen, prosjektleder

	<b>Prosjektdirektiv DLP2</b>
<b>Delprosjektets navn:</b>	<b>DLP2 – Tjenesteutvikling</b>
<b>Prosjekteier:</b>	Sametinget
<b>Bakgrunn:</b>	Delprosjektet er en del av fase 1 i prosjektet "Nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning"
<b>Formål:</b>	Levere et riktig og tilstrekkelig tilbud av helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning med utgangspunkt og basis i lulesamisk område
<b>Mål:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Det skal utarbeides konkrete forslag til nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning basert på sammenstilling av behov fra DLP1</li> <li>– Det skal sees på mulig bruk av telemedisinske tjenester for implementering av nye helsetjenester</li> </ul>
<b>Rammebetingelser:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Delprosjektet skal gjennomføres på en mest mulig kostnadseffektiv måte</li> <li>– DLP1 skal være avsluttet før man går i gang med DLP2</li> <li>– Delprosjektleder rapporterer til prosjektleder for prosjektet "Nye helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning"</li> <li>– Delprosjektet skal være avsluttet innen 01.05.03</li> </ul>
<b>Delprosjektleder:</b>	Elin Johnsen/Nasjonalt Senter for Telemedisin
<b>Organisasjon:</b>	Line Linstad/Nasjonalt Senter for Telemedisin Fred Andersen/UiTø Johanne Ellingsen/Drag Utvikling Ragnhild Vassvik Kalstad/Senter for Samisk Helseforskning Anna Kouljok/Tysfjord kommune
<b>Frist for levering av forprosjektrapport:</b>	01.05.03 <ul style="list-style-type: none"> <li>– Resultatet av arbeidet skal presenteres i egen rapport som igjen skal kunne danne grunnlag for finansiering og strukturering av neste fase</li> </ul>

Tromsø, 15.januar 2003

Knut B.Andreassen  
prosjektleder

## Vedlegg 2      Forutsetninger for direktoratets Distriktsmedisinsk senter

Nedenfor omtales forutsetninger for den modellen for Distriktsmedisinsk senter som Sosial- og helsedirektoratet presenterer i sin rapport <sup>48</sup>.

**Kommunale tjenester** i et Distriktsmedisinsk senter (DMS) har de samme formelle forutsetninger som kommunale tjenester for øvrig.

**Spesialisthelsetjenester** i et DMS kan utvikles og drives som desentraliserte avdelinger under et HF, som er faglig og økonomisk ansvarlig for avdelingen. Kommunen kan drive spesialisttjenester i et DMS på oppdrag fra et HF. Der kommunen driver senteret i sin helhet, skal det inngås avtaler mellom kommunen og RHF/HF, som blant annet sikrer faglig forsvarlighet og økonomiske forhold.

Vedrørende **godkjenning** av ”desentralisert spesialisthelsetjeneste”, vises til forskrift om godkjenning av sykehus og lands- og flerregionale funksjoner ved sykehus. I følge forskriften skal det søkes om godkjenning av byggearbeider som anslås til 250 mill. eller mer. Videre skal søkes godkjent endringer i sykehusvirksomhet som vil få vesentlige konsekvenser for andre RHFers tjenestetilbud. Utover dette foretar RHF selv godkjenningen.

Hva **finansiering** angår, kan ”rene” spesialisthelsetjenester drives desentralisert og være gjenstand for ISF-refusjon til respektive RHF. Departementet må imidlertid godkjenne den enkelte institusjon. Angående godkjenning for utløsning av ISF-refusjon, vises til departementets godkjenningsordning og krav til registrering av diagnoser og prosedyrer. RHF/HF bestemmer hvilken finansiering som ytes et DMS. Ved kommunal drift må dette spesifiseres i avtalen med respektive kommune(r).

Direktoratet vurderer **problematiske forhold** i hovedsak å være finansieringen av pasienter i gråsonen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. I praksis er dette ofte pasienter som skal overføres fra sykehus til kommunetjenesten eller pasienter som trenger observasjon. Det framholdes at mange av disse pasientene kan ivaretas gjennom lokalt samarbeid, og at mange problemstillinger kan løses av RHF i samarbeid med aktuelle kommuner, selv om det økonomiske ansvaret er delt mellom RHF og kommune. På denne bakgrunn anbefaler Shdir at den desentraliserte spesialisthelsetjenesten finansieres likt med øvrig spesialisthelsetjeneste. <sup>49</sup>

### **Forslag om nye økonomiske betingelser for desentralisering av helsetjenester**

Stortinget skal i november behandle lovforslag fra Helsedepartementet om fra 2004 å overføre finansieringsansvaret for syketransport og transport av helsepersonell fra Trygdeetaten til kommuner og RHFer. Forslaget innebærer endrede rammebetingelser som kan gi betydelig stimulans til utvikling av desentraliserte helsetjenester.

---

<sup>48</sup> Sosial- og helsedirektoratet 2002: *Distriktsmedisinsk senter (DMS) Utvikling av sykestuer til fremtidens ”desentraliserte” spesialisthelsetjeneste*, rapport oktober 2002

<sup>49</sup> Angående godkjenning for utløsning av ISF-refusjon, vises til departementets godkjenningsordning og krav til registrering av diagnoser og prosedyrer. RHF/HF bestemmer hvilken finansiering som ytes et DMS. Ved kommunal drift må dette spesifiseres i avtalen med respektive kommune(r).

## **Forutsetninger for et DMS**

Vesentlige forutsetninger for et DMS vil være:

- **Forankring**

Et DMS forutsetter forankring i aktuell(e) kommuner og regionale helseforetak (RHFER), eventuelt helseforetak (HF). Den kommunale forankringen kan forutsette samarbeid mellom flere kommuner om hele primærhelsetjenestetilbudet i senteret eller deler av dette tilbudet. Den lokale forankringen i RHF/HF forutsetter beslutning om desentraliserte spesialisthelsetjenester i DMSet.

- **Samarbeid**

DMSet forutsetter både under utvikling, etablering og drift ivaretagelse av nødvendig samarbeid mellom involverte parter, herunder med tid og penger.

- **Institusjon/senter**

Et DMS kan opprettes direkte, eller utgangspunktet kan være eksisterende institusjon/senter. Eksisterende institusjon kan være lokalsykehus, sykehjem, helsesenter med mer. I dag finnes slike institusjoner/senter som er eid av foretak og det finnes kommunale sentra med spesialisthelsetjenester, enten kommunalt drevet eller ”ren” spesialisthelsetjeneste. Dette gjelder også sentra med ”sykestuesenger”, som både kan være kommunalt finansiert, men hvor også helseforetak bidrar med tilskudd til kommunen.

- **Bygninger**

Tilgjengelig bygningsmasse forutsettes til alle tjenester.

- **Finansiering og personell**

I tillegg forutsettes finansiering til investeringer og drift, inkludert refusjonsordninger fra det offentlige, samt tilgang på nødvendig personell.

## **Vedlegg 3      Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven) Utdrag**

### **§ 1-3. (Oppgaver under helsetjenesten)**

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte.  
Tiltak med dette for øye organiseres som
  - a) miljørettet helsevern
  - b) helsestasjonsvirksomhet
  - c) helsetjenester i skoler
  - d) opplysningsvirksomhet
  - e) helsetjenester for innsatte i de kommuner der det ligger anstalter under fengselsvesenet.
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg.
5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for disse deltjenestene:

1. allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
2. legevaktordning
3. fysioterapitjeneste
4. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
5. jordmortjeneste
6. sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie
7. medisinsk nødmeldetjeneste.

## **Vedlegg 4      Lov om sosiale tjenester (Sosialtjenesteloven) Utdrag**

### **Kapittel 3. Sosialtjenestens generelle oppgaver.**

#### *§ 3-1. Generell forebyggende virksomhet*

Sosialtjenesten skal gjøre seg kjent med levekårene i kommunen, vie spesiell oppmerksomhet til trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale problemer, og søke å finne tiltak som kan forebygge slike problemer.

Sosialtjenesten skal søke å legge forholdene til rette for å utvikle og styrke sosialt fellesskap og solidaritet i nærmiljøet.

Gjennom informasjon og oppsøkende virksomhet skal sosialtjenesten arbeide for å forebygge og motvirke misbruk av alkohol og andre rusmidler, og spre kunnskap om skadevirkninger ved slik bruk.

Sosialtjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

#### *§ 3-2. Samarbeid med andre deler av forvaltningen.*

Sosialtjenesten skal medvirke til at sosiale hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer som har betydning for sosialtjenestens arbeid. Sosialtjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver som den er pålagt etter denne loven. Som ledd i disse oppgavene skal sosialtjenesten gi uttalelser og råd og delta i den kommunale og fylkeskommunale planleggingsvirksomhet og i de samarbeidsorganer som blir opprettet.

Blir det påvist mangler ved de tjenester som andre deler av forvaltningen skal yte til personer med et særlig hjelpebehov, skal sosialtjenesten om nødvendig ta opp saken med rette vedkommende. Er det uklarhet eller uenighet om hvor ansvaret ligger, skal sosialtjenesten søke å klargjøre forholdet.

#### *§ 3-3. Samarbeid med frivillige organisasjoner.*

Sosialtjenesten bør samarbeide med brukergruppenes organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som sosialtjenesten.

#### *§ 3-4. Boliger til vanskeligstilte.*

Sosialtjenesten skal medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet, herunder boliger med særlig tilpassing og med hjelpe- og vernetiltak for dem som trenger det på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker.

#### *§ 3-5. Informasjon.*

Sosialtjenesten skal spre kunnskap om sosiale forhold og tjenester i kommunen.

#### *§ 3-6. Beredskapsplan, hjelpeplikt og gjensidig bistand*

Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin sosialtjeneste i samsvar med lov om helsemessig og sosial beredskap. Sosialberedskapsplanen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner. Fylkesmannen fører tilsyn med at dette påbudet blir overholdt.

Sosialtjenesten skal gi nødvendig hjelp under ulykker eller andre akutte situasjoner.

Dersom forholdene tilsier det, skal sosialtjenesten i kommunen yte bistand til andre kommuner ved ulykker og andre akutte situasjoner. Anmodning om bistand fremmes av den kommunen som har bistandsbehovet.

Den kommunen som mottar bistand etter tredje ledd, skal yte kommunen som bidrar med hjelp, kompensasjon for utgifter som pådras, med mindre noe annet er avtalt.

Tilføyd ved lov 23 juni 2000 nr. 56 (i kraft 1 juli 2001 iflg. res. 22 juni 2001 nr. 698).

## **Kapittel 4. Sosiale tjenester m.v.**

### *§ 4-1. Opplysning, råd og veiledning.*

Sosialtjenesten skal gi opplysning, råd og veiledning som kan bidra til å løse eller forebygge sosiale problemer. Kan sosialtjenesten ikke selv gi slik hjelp, skal den så vidt mulig sørge for at andre gjør det.

### *§ 4-2. Tjenester.*

De sosiale tjenester skal omfatte:

- a) praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- b) avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,
- c) støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,
- d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,
- e) lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.

Endret ved lov 14 april 2000 nr. 32 (i kraft 1 mai 2000 iflg. res. 14 april 2000 nr. 326).

### *§ 4-3. Hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv.*

De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d.

### *§ 4-4. Tiltak ved særlig tyngende omsorgsoppgaver.*

De som har særlig tyngende omsorgsarbeid, kan kreve at sosialtjenesten treffer vedtak om det skal settes i verk tiltak for å lette omsorgsbyrden og i tilfelle hva tiltakene skal bestå i.

### *§ 4-5. Midlertidig husvære.*

Sosialtjenesten er forpliktet til å finne midlertidig husvære for dem som ikke klarer det selv.

### *§ 4-6. Forskrifter om tjenester etter kapittel 4*

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om krav til tjenestene i kapittel 4.

Tilføyd ved lov 15 juni 2001 nr. 91 (i kraft 1 jan 2003 iflg. res. 13 des 2002 nr. 1495).

## **Kapittel 5. Økonomisk stønad**

### *§ 5-1. Stønad til livsopphold.*

De som ikke kan sørge for sitt livsopphold gjennom arbeid eller ved å gjøre gjeldende økonomiske rettigheter, har krav på økonomisk stønad.

Stønaden bør ta sikte på å gjøre vedkommende selvhjulpen.

## **Kapittel 6. Særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere.**

### *§ 6-1. Hjelpetiltak.*

Gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak, jf. §§ 4-1 og 4-2, skal sosialtjenesten hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler. På tilsvarende måte skal det gis råd, veiledning og hjelp til vedkommendes familie.

Når det er behov for det og klienten ønsker det, skal sosialtjenesten sørge for et behandlingsopplegg. Dette opplegget kan blant annet omfatte oppnevning av støttekontakt, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen og kontakt med primærhelsetjeneste eller spesialisttjenester.

Dersom slik hjelp utenfor institusjon ikke er tilstrekkelig, skal sosialtjenesten sørge for plass i en egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon. Kan behovet for slik institusjonsplass ikke dekkes, skal sosialtjenesten om nødvendig sørge for midlertidige tiltak.

# **Vedlegg 5      Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)**

## **Kapittel 1. Almennelige bestemmelser**

### § 1-1. Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

### § 3-5. Informasjonens form

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

## **Vedlegg 6      Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur ( Kvaksalverloven)**

§ 1. Denne loven gjelder personer som ikke faller inn under § 3 i lov om helsepersonell.  
Endret ved lov 2 juli 1999 nr. 64 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1199).

§ 2. Den som tar syke i kur uten å være helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, må ikke uten samtykke av det departement som medisinalvesenet hører under, avertere eller ved tekst eller bilder gjøre reklame for sin virksomhet, frasett opplysning om navn, adresse og kontortid og en almindelig meddelelse om virksomhetens art.

Avertering eller reklame som er overdreven eller misvisende, eller som angår noen virksomhet som strider mot denne lov, er forbudt.

Endret ved lov 2 juli 1999 nr. 64 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1199).

§ 3. Den som tar syke i kur uten å være helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, må ikke anvende lægemidler som det er apotekerne forbudt å utlevere til alle og enhver, foreta operative inngrep, gi innsprøitninger, iverksette fullstendig eller lokal bedøvelse, eller anvende noen annen undersøkelses- eller behandlingsmåte som etter nærmere bestemmelse av Kongen bare må anvendes av helsepersonell som nevnt.

Han må heller ikke etter skriftlige opplysninger eller lignende behandle personer som han ikke selv har undersøkt.

Endret ved lov 2 juli 1999 nr. 64 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1199).

§ 4. Den som ikke er helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, må ikke ta syke i kur og derunder behandle allmennfarlige smittsomme sykdommer etter lov om vern mot smittsomme sykdommer.

Det samme gjelder kreft, sukkersyke, farlige anemier og struma med sykelige former.

Endret ved lover 5 aug 1994 nr. 55 (i kraft 1 jan 1995), 2 juli 1999 nr. 64 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1199).

§ 5. (Opphevet ved lov 2 juli 1999 nr. 64 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1199).)

§ 6. Overtredelse av §§ 1-4 eller av bestemmelser som gis etter denne lov, straffes med bøter eller fengsel i inntil tre måneder. I gjentagelsestilfelle og under særdeles skjerpene omstendigheter kan straffen forhøyes til inntil seks måneders fengsel.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke vedkommende for straff at han i de tilfeller som er nevnt i § 4, på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått sykdommens art.

Overtredelse av §§ 1-4 anses som forseelse.

Endret ved lover 22 mai 1953 nr. 3, 2 juli 1999 nr. 64 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1199).

§ 7. På samme måte som nevnt i § 6 straffes den som tar syke i kur uten å være helsepersonell etter lov om helsepersonell § 3, og som derved utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, enten ved selve handlingen eller ved at den syke undlater å søke kyndig hjelp. Har kuren medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf. straffeloven § 9, kan anvendes fengsel i inntil to år.

Medvirkning straffes på samme måte.

Det fritar ikke vedkommende for straff at han på grunn av manglende kyndighet ikke har forstått faren eller sykdommens art.

Endret ved lov 2 juli 1999 nr. 64 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1199).

§ 8. Har noen krav på helsehjelp for annens regning, straffes den som for å oppfylle den plikt som således påhviler ham, har bevirket den syke tatt under kur av person som ikke er helsepersonell etter

lov om helsepersonell § 3, med bøter hvis kuren har medført døden eller betydelig skade på legeme eller helbred, jf. straffeloven § 9.

Endret ved lov 2 juli 1999 nr. 64 (i kraft 1 jan 2001 iflg. res. 1 des 2000 nr. 1199).

§ 9. Straff efter denne lov kommer ikke til anvendelse dersom den almindelige lovgivning medfører høiere straff.

## Vedlegg 7      Kort om telemedisinske tjenester - diagnostikk og behandling - online og offline

Telemedisinske tjenester kan kategoriseres på ulike måter, alt etter hvilke aspekter som skal synliggjøres. Her skissers to måter å gjøre dette på, som får fram forskjellige forhold som kan være av betydning i henhold til innføring/valg av telemedisinske tjenester.

Framstillingen har til hensikt å vise vesentlige skiller med hensyn til mulige anvendelsesområder, krav til organisering og krav til utstyr.

### Online versus offline

Online	Offline
<p>Online kan også benevnes "sanntids" og innebærer at alle parter er til stede samtidig. Videokonferanse er hjørnesteinen i de fleste onlinetjenester, hvor man ved hjelp av kamera, mikrofoner og videoskjerm kan se og høre hverandre i begge ender.</p>	<p>Offline telemedisin er oftest e-postbasert der det brukes ulike typer utstyr som kobles til PCen for å kunne sende bilder, lyd, video, EKG osv. Vedleggene legges inn i e-posten som sendes kryptert i helsenetet.</p>
<p>Fordeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partene kan diskutere med hverandre, stille avklarende spørsmål underveis og få en rask avklaring av problemet.</li> <li>2. Også for annen bruk, som veiledning, møter mm. er muligheten for dialog det unike. Partene kan også dele presentasjoner og programvare slik at opplæring på konkrete ting blir mulig.</li> <li>3. Sammenlignet med offline tjenester, kan VK større grad erstatte fysisk møte fordi partene kan kommunisere direkte med hverandre på samme tidspunkt.</li> <li>4. Utstyret kan "gjenbrukes" til mange formål. Bildekvaliteten er dårligere enn med stillbilder. Dette kan løses med å sende stillbilder som e-post.</li> </ol>	<p>Fordeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Billigere utstyr og billigere bruk</li> <li>2. Mindre organisering rundt tjenestene fordi deltakerne ikke trenger å være tilstede samtidig, og spørsmål og svar kan sendes og mottas når det passer avsender og mottaker.</li> <li>3. Bildekvaliteten er bedre enn med VK fordi stillbildekamera har bedre oppløsning enn videokamera.</li> <li>4. Brukterskelen er lavere fordi de fleste i dag er fortrolige med å sende e-post. Adresser finnes i liste, man slipper å ringe opp andre og kan jobbe på eget kontor.</li> </ol>
<p>Ulemper:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utstyret er relativt dyrt, men IP-basert utstyr faller stadig i pris.</li> <li>2. Organisatorisk og administrativt er online mer krevende, fordi deltakerne må være tilstede samtidig.</li> <li>3. Brukterskelen er høyere enn offline fordi det er mer "plunder"; med VK-utstyret, opp- og nedkobling og fordi mange ikke er vant med å se seg selv "på TV".</li> <li>4. Bredbånd gir faste utgifter, slik at flere tjenester og økt bruk av utstyret senker kostnadene pr konsultasjon.</li> </ol>	<p>Ulemper:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Svartiden blir lengre og bredden i bruken blir mindre. Dvs. at færre lidelser kan diagnostiseres på denne måten.</li> <li>2. "Gjenbruk" av utstyret er mindre aktuelt.</li> <li>3. Eventuelt problemer med lasting av bilder, lyd osv., kan ofte løses uten store vanskeligheter.</li> </ol>

## Diagnostiske tjenester versus behandlingstjenester

<b>Diagnostiske tjenester</b>	<b>Behandlingstjenester</b>
Med diagnostiske tjenester menes tjenester hvor hovedformålet er å stille diagnose og/eller innhente råd om behandling, herunder også kontroller.	Behandlingstjenester er tjenester hvor formålet er behandling av pasienter.
Eksempler: 1. Telemedisinske konsultasjoner innen øre-nese-hals, hud, plastikkirurgi, hjertelyd for barn 2. Vurderinger, rådgivning, second opinion, kontroller	Eksempler: 1. Teledialyse 2. Psykiatri
Egenskaper I dag vil ofte dette være "lettere" tjenester med hensyn til pasientens tilstand, og sammenlignet med behandlingstjenestene er volumet større.	Egenskaper I dag er dette ofte være "tyngre" tjenester med hensyn til pasientens tilstand. Det samme gjelder utstyr. Tjenestevolumet er i dag av mindre omfang, men større for den enkelte pasient når denne som behandles hyppig med korte intervaller.

## Vedlegg 8 Distriktsmedisinsk senter med telemedisin – skisse

Innholdet i dette vedlegget er hentet fra rapporten ”T@DMS - Utredning av telemedisin i distriktsmedisinske sentra”<sup>50</sup>. Først følger en skjematisk skisse av et DMS med telemedisin. Skissen omfatter i utgangspunktet de tjenester Sosial- og helsedirektoratets DMS-modell inneholder (SHdir ibid.). Som grunnlag for senteret kan vanlige kommunale helsetjenester samlokaliseres, og fastlegekontorer, legevakt, sykehjem og sykestue være basis. Skissen skal formidle mulighetsområder, og et mulig T@DMS som må tilpasses lokale forhold.

### Aktuelle helsetjenester og telemedisinske løsninger i et Distriktsmedisinsk senter med telemedisin (T@DMS) – skjematisk oversikt

Aktuelle helsetjenestetilbud	Mulige telemedisinske løsninger <sup>51</sup>
Allmennlegekontor <u>Generelle legetjenester</u> Hud, øre-nese-hals og Plastikkirurgi	VK hud og ØNH Stillbilder hud, plastikkirurgi og ØNH
Ultralyd (m/doppler) (til f eks hjerte, mage, svangerskap, blodkar med mer)	Online med VK, offline som e-post EKG (offline)
Undervisning og møter m/fagfolk og/eller pasienter	VK med dokumentdeling
<u>Tjenester rettet mot spesielle grupper</u> Diabeteskontroll - øyebunnsfotografering Astma/KOLS - oppfølging Hjertesvikt - oppfølging Kreft – oppfølging inkl.cytostatikabehandling Psykiatri	Fundusfotografering VK og spirometri VK, EKG, UL (Ekko) VK VK
Legevaktsenter Sentral bemannet på natt, da vakt for større område  E-vakt	VK - Mot periferien i vaktområdet og mot nærmeste akutt sykehus E-post mot sykehus
Helsesøster /helsestasjon Konsult. og samarb.møter mot div. hjelpeinstanser (f eks PPT, BUP, sykehus) Hjertelyd barn	VK Hjertelydregistrering (offlinetj.)
Jordmor Svangerskapskontroll Fødestue	UL CTG
Sykehjem Sårbehandling, Opptrening/info. mot sykehus (fysio-, ergo-, sykepl.) Møter utskrivning sykehus	VK og stillbilder VK VK
Sengeplasser for dag- og kortidsopphold Med observasjonspost	VK - Virtuell visitt/previsitt EKG, stillbilder, spirometer, e-vakt mm

<sup>50</sup> Johnsen Elin m.f.: ”T@DMS Utredning av telemedisin i distriktsmedisinske sentra”, rapport, Nasjonalt senter for telemedisin, mars 2003.

<sup>51</sup> Rapporten beskriver noen av de telemedisinske løsningene nærmere, med hensyn til nødvendig utstyr og nødvendig personell, samt pris på utstyr.

Tannlege	VK, Skopiutstyr, røntgenbilder
Andre helsetjenester Fysioterapi, røntgen, dialyse, stomi, hudbehandlingsenhet, teleassistert skadestue, VK småkirurgi, tannbehandling, sårbehandling, DPS-tilbud	VK, stillbilder, etc
Hjemmesykepleie /hjemmetjenester	Stillbilder, mobil journal, etc
Undervisning – av personell og pasienter	VK

## Nærmere om tjenestene i skissen

Hovedfunksjon til henholdsvis heldøgns plasser og dagplasser i et DMS kan være:

### Heldøgns plasser:

- Observasjon - ved akutt sykdom og etter dagkirurgiske inngrep, eventuelt av pasienter fra andre poliklinikker
- Behandling av akutt ukomplisert sykdom eller forverring av kronisk sykdom
- Initiert behandling dersom reisevei til sykehus tilsier dette
- Rehabilitering etter utskrivelse fra sykehus
- Terminal pleie for kompliserte tilfeller
- Fødsel og barselperiode (ukompliserte flergangsfødsler)

### Dagplasser:

- Observasjon/oppvåkning etter kirurgi og andre polikliniske inngrep/behandlinger
- Dialysepasienter
- Cytostatikabehandling av pasienter med kreft

**Sykestuen** kan være grunnlaget for et DMS. Dagens sykestue er bemannet døgnet rundt med sykepleiere og hjelpepleiere, med visitt av allmennlege på hverdag. Kveld/natt er vakthavende allmennlege faglig ansvarlig for sykestuen. Pasientene på sykestuen er utvalgt ut fra hvem lokale leger legger dit og hvordan visittlegen vurderer dem.

Som telemedisinsk hjelpemiddel til den daglige driften ved sykestuene kan man i hovedsak tenke seg ”virtuell visitt”, hvor sykestuen organiserer seg mot sitt lokalsykehus og har daglige eller ukentlige previsitter med overlege, og eventuelt også mulighet til å gå visitt til vanskelige pasienter sammen med overlegen.

Previsitt krever ordinært VK-utstyr inkludert dokumentkamera eller felles elektronisk pasientjournal. Visitt til pasienter krever enten at pasientene kan flyttes til et tilpasset VK-rom eller mobilt VK-utstyr som kan fraktes til pasientrommene.

Det vil være naturlig å inkludere observasjons plasser i et DMS’ sykestue. Pasienter med akutt sykdom, som ikke vurderes som syk nok til å trenge innleggelse og samtidig ikke kan reise hjem, kan her observeres av tilgjengelig fagpersonell. I utgangspunktet er ikke telemedisinske tjenester nødvendige til en slik funksjon, men vitale data (EKG, BT, SaO<sub>2</sub>, etc.) kan tenkes overført ikke bare lokalt, men også til lokalsykehusets intensivavdeling.

**Fastlegekontor(er)** hører hjemme i et DMS, også med tanke på at primærleger er tiltenkt rollen som medisinsk faglig ansvarlige i daglig drift av sykestue og observasjonspost. Legekontor plassert i DMS et gjør legene lettere tilgjengelig for driften, og spesialfunksjoner og telemedisinske muligheter kan bedre utnyttes. Telemedisinske tjenester tenkt brukt på legekontoret er i hovedsak offlinetjenester som stillbilder, og hjertelyd via elektronisk stetoskop. Mer avanserte tjenester, som for eksempel UL, kan fastlegen etter kompetanse benytte i tilgjengelige spesialistlokaler.

En **interkommunal legevaksordning** med telemedisinske løsninger (se vedlegg 2) kan ha observasjonspost (gjørne forlenging av sykestuefunksjon hva angår bruk av personell.) I tillegg ønskes

et godt utstyrt akuttrom. Både sykestue og akuttrom tenkes koblet opp med videokonferanse(VK)-utstyr, slik at spesialister ved sykehus kan bli rådspurt og gå virtuell visitt. I tillegg burde det være utstyr for overføring av overvåkingsdata.

En **fødestue kan** benytte videokonferanse for konferering med gynekolog, i tillegg kan telemedisinsk CTG (cardiotocogram) og andre telemedisinske spesialfunksjoner tilknyttes, men da i faglig samarbeid med ansvarlige gynekologer.

En **helsestasjon** i et DMS kan benytte elektronisk stetoskop, med overføring av mistenkte farlige bilyder på hjertet til spesialist. Overføring av hudbilder er også aktuelt.

**Røntgenlaboratoriet** må av kapasitetshensyn være koblet opp med bredbånd og RIS/PACS<sup>52</sup>. Uten dette ville DMSet måtte ha tilstedeværende radiolog. Dessuten gir et slikt system tilgang på tidligere røntgenbilder fra sykehus.

**Undervisningslokale** vil måtte være utstyrt med VK-utstyr i tillegg til vanlig materiell og fasiliteter for undervisning. I lokalet kan også møter og kurs avholdes, og lokalet kan romme aktivitet for mestring- og læringscenter for både pasienter og fagpersonale.

## Spesialisttjenester

Spesialistkompetanse i DMSet kan gjøres tilgjengelig i tre forskjellige former:

1. Spesialister kan ambulere til DMSet, eventuelt som team, til faste tider eller etter avtale
2. Spesialister kan være tilgjengelig der DMSet er lokalisert, og derfra knyttes opp til DMSet
3. Spesialister kan være virtuelt tilgjengelig. Sykepleier eller primærlege er da sammen med pasienten i DMSet, og telemedisinske hjelpemidler sentrert rundt VK brukes for at spesialisten som oppholder seg et annet sted, kan gjøre faglige vurderinger.

I alle tre tilfellene kan pasienten slipper å reise for å dra nytte av spesialistkompetansen. For øvrig har alle tre sine fortrinn og begrensninger. 1 og 2 innebærer at spesialisten er fysisk til stede sammen med pasienten, og det vil i noen faglige henseender være viktig. Både 1 og 3 innebærer at både pasient og spesialist slipper reising. Fordelen med 3, er at spesialisten ikke må være fysisk tilgjengelig desentralt. I strøk av landet med hvor rekrutteringen av spesialister til ambulering er vanskelig, kan derfor denne løsning være av stor nytte.

Valg av hvilke spesialiteter som skal knyttes opp mot et T@DMS, og på hvilken måte de skal være tilgjengelig, må avgjøres ut fra lokale forhold.

## Sykehjemsfunksjon og hjemmetjenester

Sykehjemsfunksjoner, som har lavere bemanningskrav enn sykestuefunksjonen, vil i de fleste tilfeller høre hjemme i et DMS. Telemedisinske tjenester vil også her i hovedsak bestå i VK-utstyr. Utstyret kan spesielt tenkes utnyttet i situasjoner hvor utskrivningsklare pasienter skal tilbakeføres fra sykehus, og oppfølging og videre rehabilitering må avklares.

Hjemmetjenester, spesielt hjemmesykepleien, vil i et DMS med telemedisin kunne nyttiggjøre seg døgnbemanning og teknologi, slik at brukerne kan få installert smarthusfunksjoner og lignende tjenester. Ulike telemedisinske hjelpemidler er utviklet for oppfølging i hjemmet.

## Oppfølging av pasienter med kroniske lidelser

Oppfølgingen av personer med kroniske lidelser bærer ofte preg av at kommuner er små og/eller har begrensede midler. I tillegg kan det innen de forskjellige gruppene av kronikere være relativt få

---

<sup>52</sup> RIS: Røntgen InformasjonsSystem. PACS: Picture Archive and Communication System.

pasienter. I en slik sammenheng vil interkommunalt samarbeid kunne være viktig for å gi disse gruppene et godt tilbud. Som insentivordning finnes opplæringstakster for gruppeundervisning for kronikere med astma/KOLS, nyresvikt og diabetes. Denne takstordningen er foreslått utvides for andre kronikergrupper. Gruppeundervisning kan foregå ved et DMS, gjerne ved bruk av VK mot sykehus med slike undervisningsprogrammer.

Kroniske lidelser fordrer ofte tverrfaglig samarbeid, noe et DMS legger til rette for.

Både Fastlegeordningen og Kommunehelsesloven konstituerer kjente populasjoner (hhv pasientlisten og kommunes befolkning) for den instans som har ansvar. Her gir dagens informasjonsteknologi redskaper for utvelgelse av de kategorier pasienter det er ønskelig å gi særlig oppfølging, for eksempel oppfølgingen av personer med kroniske sykdommer.

### **Andre faggrupper**

I utgangspunktet kan det være ønskelig med at et bredt utvalg faggrupper er tilgjengelig ved et DMS. Telemedisin vil i ulik grad være virkemidler forskjellige faggrupper kan nyttiggjøre seg av i form av konsultasjoner med spesialkompetanse i eller utenfor sykehus. Videre er fagutvikling og læring viktig for enhver yrkesgruppe. Telemedisinen kan således være et hjelpemiddel i faglig samarbeid på tvers av nivåer og institusjoner i helsetjenesten, og på tvers av spesialiserte fag og faggrupper.

### **Annet interkommunalt samarbeid**

Alle kommuner er pålagt diverse forebyggende og samfunnsmedisinsk arbeid. Som regel er det kommuneoverlege/kommunelege I som ivaretar disse funksjonene. Ved å samle utvalgte deler av disse funksjonene til et DMS vil mindre kommuner kunne spare tid og ressurser.

Modellskissen som er presentert for et DMS og for et DMS med telemedisin, lar seg ikke uten videre anvende som modell for et helse- og sosialsenter på Drag som tar utgangspunkt i den samiske befolknings behov. Deler av idégrunnlaget og innhold vil være sammenfallende, men helse- og sosialsenteret på Drag vil på enkelte områder kunne favne videre, på andre områder snevrere.

### **Interkommunal legevaktmodell med utnyttelse av telemedisin**

Tradisjonelle legevaktordninger baserer seg på at primærlegene i en kommune deler på å dekke vaktbehov utenom arbeidstid og i helger. Denne vaktmodellen er svært variabel med tanke på arbeidsmengde for legene det gjelder. Faktorer som hyppige vakter og nattarbeid gjør at de involverte legene kan føle vaktarbeidet som en belastning. Som forsøk på å lette denne belastningen, har interkommunale samarbeidsløsninger dukket opp i forskjellige områder av landet. Rom for forbedringer i slike legevaktmodeller kan knyttes til følgende:

Spesielt personer som blir syke langt unna legevaktssenteret, kan oppfatte ordningen som dårligere. Videre må geografiske og demografiske forhold ligge til rette for at en slik ordning skal fungere, med tanke på tilgjengelighet for det store flertall av brukerne. Spesielt for kommuner hvor befolkningen er spredt og hvor det er lange avstander, kan interkommunalt legevaktssamarbeid tenkes fasiliter gjennom organisert bruk av telemedisinske virkemidler.

Her beskrives en tenkt legevaktmodell basert på bruk av slike tjenester. Dette er en veiledende modell, hvor lokale forhold vil være avgjørende for valg av løsninger.

Grunntanken bak legevaktmodellen er at arbeid på natt er mest belastende for fastleger i kommunene. Undersøkelser viser også at frekvensen på henvendelser drastisk synker om natten. Av den grunn foreslås at lokale vakter opprettholdes på dagtid frem til klokken 23. Etter dette tar det

interkommunale legevaktssenteret over vaktfunksjonen. Legevaktssenteret forutsettes i denne setting lagt til et DMS med full tilgang til telemedisinsk utstyr. Som en backup i krisetilfeller eller i situasjoner hvor lege må komme relativt hurtig til pasient, og hvor reiseveien blir for lang fra legevaktssenteret, kan man ha såkalte hvilende bakvakter. Disse bør ikke få mer enn ca 1 tilkalling pr uke og kan avlønnes med beredskapstillegg.

For å muliggjøre en slik legevaktløsning, kan det i rimelig omfang installeres telemedisinske løsninger i sykehjem eller andre døgnåpne helseinstitusjoner (heretter beskrevet som legevaktssenter), fundert i avstander og befolkningsgrunnlag. VK-utstyr og EKG vurderes som essensielt. I tillegg kan annet telemedisinsk utstyr vurderes, for eksempel elektronisk stetoskop, ultralyd, spirometri osv. Videre må forskjellig prøvetakningsutstyr være tilgjengelig, for eksempel urin-stix og CRP-måleutstyr. Enkelt akuttbehandlingsutstyr bør også forefinnes, for eksempel førstøverapparat.

Hovedfunksjonen til et slikt legevaktssenter med telemedisin vil være å foreta vurderinger som ikke kan gjøres over telefon, av om pasienten skal innlegges, kan vente eller må til legevaktssenteret for videre oppfølging. Slik blir det bare et mindretall av pasientene som trenger å komme til legevakten. Utfordringen ligger i opplæring av lokalt personale til å bruke det telemedisinske utstyret, spesielt med tanke på at turnover-raten blant helsepersonell ved sykehjem ofte er relativt høy. På den annen side kan man tenke seg at ansvar for et slikt opplegg kan virke stimulerende og rekrutterende.

Ved legevaktssenteret kan antall behandlede pasienter oppleves å bli relativt stort. Det må forutsettes å arbeide minimum 1 hjelpepersonale i tillegg til vakthavende lege. En legesekretær og en sykepleier kan være en god løsning. Dette muliggjør opprettelse av observasjonspost, slik at pasienter som er for syke til å reise hjem, men for friske for sykehusinnleggelse, kan observeres over natten. En slik observasjonspostfunksjon kan gjerne settes i sammenheng med sykestuesenger og bør kunne være tilgjengelig hele døgnet.

Utplassert telemedisinsk utstyr til legevaktssentre i det interkommunale legevaktssområdet kan gjenbrukes/utnyttes på dag- og kveldstid, for eksempel for samarbeidsmøter, undervisning og second opinion, eventuelt sammen med annet etablerte telemedisinsk utstyr.