

# Förstudie: Samisk hälsa

*Hur vården med hjälp av digitalisering kan brygga fysiska och kulturella avstånd i hälso- och sjukvård till den samiska befolkningen*



**Kontakt:** Kunskapsnätverket för samisk hälsa, [sofia.kling@regionvasterbotten.se](mailto:sofia.kling@regionvasterbotten.se)

**Förstudieledare:** Tomas Lindgren, Sogeti Sverige AB

**Region Norrbotten, Region Västerbotten, Region Jämtland Härjedalen, Region Dalarna, Sametinget, Landsförbundet svenska samer, Riksorganisationen Samerna, Same Ätnam, Sáminuorra och Svenska samernas riksförbund.**

## Förord

Ett stort tack riktas till följande som bidragit till denna förstudie:

- **Sofia Kling (Region Jämtland Härjedalen) för övergripande vägledning i arbetet**
- **Laila Daerga (Region Västerbotten) i frågor bl a rörande samiska språk**
- **Risten Utsi (Region Norrbotten) i frågor rörande vårdprocesser**
- **Mattias Åhren (Region Jämtland Härjedalen) rörande juridiska frågor**

Ett särskilt stort tack till de samer som delat med sig av erfarenheter och insikter från sina liv – ert bidrag har varit ovärderligt för denna förstudie.

# Innehåll

<b>1. INTRODUKTION TILL FÖRSTUDIEN</b>	<b>5</b>
Sammanfattning	5
Bakgrund och problembeskrivning	5
Syfte	6
Målbild	6
<b>2. METOD</b>	<b>7</b>
Förstudiens inledande skede	7
Strategi och utförande	7
Tidigare genomförda studier	7
Intervjuer	8
Metod	8
Intervjuunderlag	8
Samisk representation	8
Vårdorganisationsrepresentation	9
Teknisk representation	9
<b>3. FÖRSTUDIERESULTAT</b>	<b>10</b>
Introduktion	10
Sambandsmodell: Problem-orsak-behov	11
Problemdefinitioner	12
Bakgrund	12
Problem	12
Sämre hälsa inom vissa specifika områden hos den renskötande samiska befolkningen:	12
Ej uppfyllda lagstadgade vårdnivåer för den samiska befolkningen:	12
Renskötande samisk befolkning drar sig i högre grad än den icke-renskötande för att söka vård:	12
Produktionsbortfall vid långa resor i samband med vård:	13
Produktionsbortfall vid långa och onödiga resor i samband med vård:	13
Bristande vård vid specifika vårdtillfällen:	13
Kommunikationssvårigheter vid vårdmöten:	13
Orsaksdefinitioner	14
Bakgrund	14
Orsaker	14
Tidigare negativa erfarenheter från vården (bemötande):	14

Tidigare negativa erfarenheter från vården (vårdprocess):	14
Kulturbetingelse – ej söka vård vid ”små” krämpor:	14
Kulturbetingelse – ej kommunicera symptom/svagheter:	15
Dålig tillgänglighet av vård (geografiska förutsättningar):	15
Dålig tillgänglighet av vård (språkliga förutsättningar):	15
Låg grad av språkkompetens bland vårdpersonal:	15
Ej välanpassade vårdgränssnitt:	15
Ej välanpassade vårdprocesser:	16
Bristande kulturkompetens (linjenivå):	16
Bristande kulturkompetens (ledningsnivå):	16
Vårdpersonal saknar åtkomst till individens fullständiga journal:	16
<b>Behovsdefinitioner</b>	<b>18</b>
Bakgrund	18
Behov	18
Ökad grad av kulturkompetens bland vårdpersonal	18
Ökad grad av kulturkompetens i regionledning samt övriga ledningsgrupper i vården	18
Möjlighet att använda samisk vårdpersonal vid specifika vårdmöten	18
Öka benägenheten hos samisk befolkning att söka vård	18
Nytt vårdgränssnitt riktat till samisk befolkning och med ökad tillgänglighet	18
Tillgängliggöra information på samiska språk	18
Anpassade vårdprocesser	19
Ny möjlighet för vården att ta del av annan regions invånares journal	19
<b>Insikter från intervjuerna med den samiska gruppen</b>	<b>20</b>
<b>Tekniska förutsättningar regioner</b>	<b>22</b>
<b>Vårdorganisatoriska förutsättningar samt observationer gjorda bland regioner</b>	<b>23</b>
<b>Sambandsmodell: Behov-lösning</b>	<b>24</b>
<b>Åtgärdsförslag</b>	<b>25</b>
Strategi & metod	25
Åtgärdsförslag	25
Upprätta nytt/nya digitala vårdgränssnitt riktat mot samisk befolkning	25
”Smartare” nyttjande av personal med kultur- och språkkompetens	27
Säkerställa tolkfunktion för de samiska språken	27
Anpassning av befintliga vårdprocesser med hjälp av digitala verktyg	28
Internetbehandling för utvalda och lämpliga behandlingsformer	28
Språkanpassning av befintliga, högaktuella, vårdprocesser	29
Kulturorienterad screening av vårdprocesser	30
Insatser för en högre grad av kulturerkännande	30
Införa säsongsbetonade lokala vårdinsatser för renskötande samisk befolkning	31
Definiera en modell för ’Samiskanpassad hälsocentral’	31
Crane-projektet	31
Utbildning av vårdpersonal i samisk kulturkompetens	32
Utbildning av ledning i samisk kulturkompetens	33
Inrättande av certifikat i samisk kulturkompetens	34

<b>4. DISKUSSION</b>	<b>36</b>
Intervjuerna av regionernas tekniska representation	36
Intervjuerna av regionernas vårdorganisatoriska representation	36
En roadmap för implementationer	36
Ett tydligt prioriteringsarbete	38
Om lagar och juridiskt stöd	38
De ekonomiska förutsättningarna, då och nu	39
<b>5. ORDLISTA</b>	<b>40</b>
<b>6. KÄLLFÖRTECKNING</b>	<b>42</b>
<b>7. BILAGOR</b>	<b>43</b>

# 1. Introduktion till förstudien

## Sammanfattning

Det finns ett antal problem kopplat till vård av samisk befolkning i Sverige idag. I de flesta fall har de att göra med bristande kulturkompetens i vården eller i någon mening begränsad tillgänglighet av vård.

Ett antal intervjuer genomfördes med samisk representation för att, inom ramen för förstudien, få en tydligare bild av vad dessa problem i praktiken är, samt hur de bäst skulle kunna hanteras. Därefter intervjuades även en grupp med tekniska representanter, en från varje region (som finns representerad i Kunskapsnätverket för samisk hälsa), samt en grupp med vårdorganisatoriska representanter (också från varje representerad region).

Utifrån dessa identifierade problem, dess orsaker och slutligen behov kopplat till dessa togs sedan metodiskt fram ett antal åtgärdsförslag fram för hur komma till rätta med dem. Dessa åtgärdsförslag försöker i sina lösningsstrategier ta hänsyn till de tekniska och vårdorganisatoriska förutsättningarna i regionerna.

Förstudien har starkt präglats av digitalisering och modern teknik, framförallt då vissa problem kopplat till tillgänglighet inte kan bryggas med andra realistiska medel.

Det finns en stark vilja i regionerna att bli bättre i frågor som rör t ex samisk kulturförståelse och att bättre kunna möta denna patientgrupp.

Det finns tekniska förutsättningar och digitala verktyg i samtliga regioner för att jobba med vård på distans t ex på sådant sätt som skulle stötta den renskötande samiska befolkningen.

Åtgärdsförslagen är 15 till antalet och kan i vissa fall gå in i varandra, beroende på hur man väljer att implementera en lösning. De flesta åtgärder går att införa på enskilda regioner men även över multipla regioner i form av ett samarbete.

Åtgärdsförslag:

- Upprätta nytt/nya digitala vårdgränssnitt riktat mot samisk befolkning
- "Smartare" nyttjande av personal med kultur- och språkkompetens
- Säkerställa tolkfunktion för de samiska språken
- Anpassning av befintliga vårdprocesser med hjälp av digitala verktyg
- Internetbehandling för utvalda och lämpliga behandlingsformer
- Språkanpassning av befintliga, högaktuella, vårdprocesser
- Kulturorienterad screening av vårdprocesser
- Insatser för en högre grad av kulturerkännande
- Införa säsongsbetonade lokala vårdinsatser för renskötande samisk befolkning
- Definiera en modell för 'Samiskanpassad hälsocentral'
- Crane-projektet<sup>1</sup>
- Utbildning av vårdpersonal i samisk kulturkompetens
- Utbildning av ledning i samisk kulturkompetens
- Inrättande av certifikat i samisk kulturkompetens

## Bakgrund och problembeskrivning

Det finns en rad problem kring samisk hälso- och vårdssituation i Sverige idag. Vissa av dem är direkt kopplade till vård. Andra har koppling till kulturell identitet och den plats - den rättighet - som man som same inte alltid har i det gemensamma sammanhanget. Inte ens inom en så grundläggande rättighet som sjukvård. Den plats en människas kultur har i ett samhälle påverkar givetvis individen, liksom dess upplevelse av samhället och till vilken grad den är en del av det.

Bakgrunden till problemen inom hälso- och sjukvårdsfrågor för samisk befolkning vilar till stor del på ett par av de mörkare kapitel vi finner i svensk historia. Den utveckling där det svenska samhället bredde ut sig i ett redan

---

<sup>1</sup> Ej en egen åtgärd men något som bör bevakas och vid behov stöttas utifrån dessa intressen

befintligt Sápmi vet vi innebar en rad hemska konsekvenser för samerna och den samiska kulturen. Både människors vittnesbörd och samhällsstrukturer, som på många olika plan finns även idag, vittnar om detta. 2007 utgavs en FN-rapport av FN:s specialrapportör Paul Hunt<sup>2</sup> rörande hälsofrågor i Sverige. I den riktades tydlig kritik, och ett par brister lyftes fram, gällande vård till den samiska befolkningen. Ett grundproblem som belystes var avsaknaden av en övergripande strategi för hur vi som samhälle ska jobba med samiska hälsofrågor, liksom strukturer för möjliggörande av detta.

Ett annat känt problem idag är att vi har begränsad kunskap om samisk hälsosituation generellt. På global nivå har den samiska befolkningen ansetts ha en god hälsosituation, i det stora i paritet med majoritetsbefolkningen. Det finns dock forskning samt starka indikationer som visar på sämre hälsa på vissa områden.

Det finns också ett problem i *hur* vård erbjuds framförallt renskötande samiska invånare. Det finns en tydlig glesbygdsproblematik med extra påtagliga negativa konsekvenser för individer som under perioder verkar långt ifrån den samhällsinfrastruktur övriga samhället sällan lämnar.

Norge, å andra sidan, som precis som Sverige också har en samisk befolkning, har byggt upp helt andra strukturer för möjliggörande av kulturellt lämplig och anpassad vård. Ett exempel på detta är den vårdfunktion som, för samisk befolkning, byggts upp inom norska SANKS<sup>3</sup> på temat psykisk ohälsa. Denna vårdinrättning har blivit så framgångsrik att även samiska patienter från den svenska sidan om gränsen skickas hit för vård.

## Syfte

Förstudiens syfte kan på sin högsta nivå beskrivas som följande:

- 1) Att identifiera och definiera åtgärdsförslag som tillgodoser behov kopplat till aktuella problem och dess orsaker
- 2) Att i åtgärdsförslagen nyttja moderna medel, såsom digitalisering och modern teknik, så långt det går

## Målbild

Förstudien förväntas utgöra en strukturerad modell för ett fortsatt arbete med att främja förbättringar inom regionernas hälso- och sjukvårdsprocesser utifrån samiska behov. Dessa förväntas sedan vara möjliggörare för:

- God och nära vård till samisk befolkning utifrån samiska förutsättningar och livsvillkor
- Ett reparerat trasigt samiskt förtroende för den svenska vårdapparaten
- Att med hjälp av en ökad tillgänglighet gynna benägenheten hos samisk befolkning att söka vård

---

<sup>2</sup> P. Hunt, 2007

<sup>3</sup> Samisk nasjonalt kompetansesenter



## 2. Metod

### Förstudiens inledande skede

Förstudiens uppdrag och syfte arbetades fram av Kunskapsnätverket för samisk hälsa inför tillsättning av förstudieledare.

Tillsättning av förstudieledare genomfördes utifrån en samlad bild av kriterier gällande kompetens. Samisk bakgrund eller kulturkompetens var önskvärd men ej ett krav. Färdigheter inom projektledning och verksamhetsutveckling, liksom erfarenhet från arbete med vårdorganisationer, var meriterande.

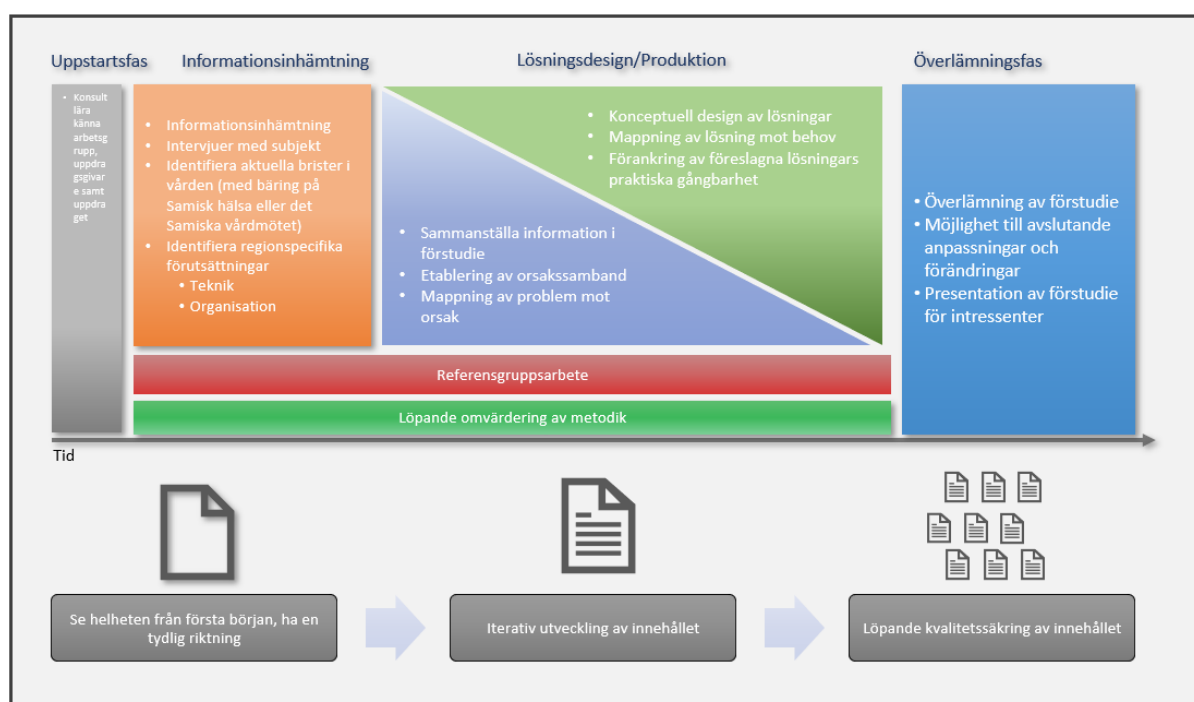
Målbilden konkretiserades tillsammans med förstudieledaren under arbetets början.

Arbetet med förstudien påbörjades under januari 2021.

### Strategi och utförande

Förstudieledaren hade vissa ingångsvärden från start gällande metod, men detta fick byggas vidare på vid förstudiens början tillsammans med uppdragsgivaren.

Den metod som kom att förankras kan löst beskrivas enligt följande:



Inledningsvis fick förstudieledaren ta del av ett antal källor med material. Detta utgjordes av relativt färsk forskning och undersökningar gjorda på området i Sverige och Norge. Direktivet var att använda det som blev relevant för förstudien.

Ursprunglig arbetshypotes var att endast samisk- samt teknisk representation från varje region skulle behövas för intervjuer inom ramen för förstudien, men i och med uppdragets tyngd inom dimensionen verksamhetsutveckling fann gruppen att även vårdorganisation bör intervjuas för bästa resultat.

Representanter från Kunskapsnätverket för samisk hälsa har även de utifrån behov fått bistå förstudiearbetet med sina kunskaper på specifika relevanta områden.

### Tidigare genomförda studier

De tidigare genomförda studiernas roll i förstudien har varit tudelat:

- 1) Att för förstudieledaren beskriva kontext, sammanhang och helhet gällande samisk hälso- samt vårdsituation idag
- 2) Som faktaunderlag vid specifika anspråk

## Intervjuer

### Metod

Intervjuer har genomförts med 3 olika typer av representanter:

- Samisk representation
- Teknisk representation från regionerna
- Vårdorganisatorisk representation från regionerna

4–6 individer intervjuades hos varje grupp. Med det begränsade antalet i åtanke försökte vi dock få en så bred representation som möjligt, utifrån varje gruppens kriterier.

- Samisk representation: Här intervjuades 4 samer från norr (nordliga Norrbotten) till syd (Dalarna) inom svenska Sápmi. De var av varierande ålder (från ca 25 till ca 70) och i varierande livssituationer (från småbarnsföräldrar till pensionärer). 3 av 4 hade någon slags anknytning till rennäring. De bar alla med sig varierande erfarenheter från vården, egna men också andrahands erfarenheter från nära familj eller liknande.
- Vårdorganisationsrepresentation: Även här försökte vi få till bredaste möjliga täckning, samtidigt som vi avsåg att försöka dyka lite djupare i de områden där vi vet att det finns utmaningar. Totalt intervjuades 6 personer aktiva i vårdsammanhang idag, de återfinns i alla 4 regionerna. De har varierande roller: från behandlare inom olika vårdområden till chefer på varierande nivåer hela vägen upp till hälso- och sjukvårdsledningsgrupper. Alla representanter utom 1 kan sägas arbeta med, eller ansvarar för, vård inom psykiatri eller primärvård i den egna regionen i någon kapacitet.
- Teknisk representation: En representant från varje region intervjuades. De var av varierande roller, från strateger till verksamhetsutvecklare och chefer för vårdenheter. Alla hade dock goda kunskaper om den egna regionens förutsättningar inom digitalisering och teknik, både gällande nuläge samt strategi för framtiden.

## Intervjuunderlag

### Samisk representation

Intervjuerna med den samiska representationen följde i stort sett till punkt och pricka nedan frågebatteri.

- 1) *Varför tackade du ja till att delta i detta?*
- 2) *Vad är dina erfarenheter av vården? (Öppen fråga)*
- 3) *Vilka ingångar använder du när du kontaktar vården? Hur har det fungerat i den första kontakten med vården?*
- 4) *Hur skulle du vilja kunna kontakta vården?*
- 5) *När är det som viktigast (i vilken vårdsituation) att vårdpersonal har kulturkompetens?*
- 6) *Vad är en viktigare egenskap hos vårdpersonal: kulturkompetens eller språkkompetens?*
- 7) *Skulle du välja att använda samiska i kontakt med vårdgivare?*
- 8) *Via en digital vårdgivare?*
- 9) *I vilka vårdsituationer?*
- 10) *Tror du det finns ett intresse för möjlighet till tolk vid fysiskt eller digitalt vårdmöte?*
- 11) *Har du möjlighet att nyttja digitala plattformar för t ex vård (har du tekniken? Finns mobiltäckning?)?*
- 12) *I vilka situationer skulle du välja en digital vårdgivare framför en fysisk?*
- 13) *Vilken kategori av vårdgivare skulle du kunna tänka dig att genomföra ett digitalt vårdmöte med?*
- 14) *Finns det situationer då du absolut inte skulle välja en digital vårdgivare framför en fysisk?*

- 15) *Har du använt alternativa digital vårdgivare?*
- 16) *Varför skulle du välja en digital vårdgivare framför en fysisk?*
- 17) *Om du fick välja mellan ett digitalt vårdmöte med en person med kulturkompetens och ett fysiskt vårdmöte med en person utan kulturkompetens, vilket skulle du välja?*
- 18) *Kan du tänka dig några situationer där du skulle välja att vänta på ett vårdmöte med en vårdgivare med kulturkompetens istället för ett snabbt vårdmöte med en vårdgivare utan kulturkompetens?*
- 19) *Kan du tänka dig några situationer där du skulle välja att söka digital vård för att du känner dig obekvämt att söka vård lokalt trots att den lokala vårdgivaren har samisk språk- och/eller kulturkompetens?*
- 20) *Skulle du kunna tänka dig att nyttja Internetbehandling vid lämpliga behandlingsformer?*
- 21) *Hur skulle du önska att ett vårdförfarande går till (från initial kontakt till slutgiltig diagnos, behandling och eventuell uppföljning)?*
- 22) *I vilka kontakter med vården, eller vårdsituationer, skulle du vilja se en "förbättring"?*
- 23) *Hur skulle du föreslå att vi kommer tillrätta med dessa?*
- 24) *Ser du specifika vårdprocesser som behöver språk- eller kulturanpassas?*

## Vårdorganisationsrepresentation

De grundläggande syften dialogen tog sin start i:

- 1) *Att förstå vilken nivå av kunskap samt medvetenhet som finns om samisk kultur och samiska behov, kopplat till de egna förutsättningarna, i den aktuella vårdorganisationen*
- 2) *Att förstå hur den aktuella vårdorganisationen arbetar med digitala lösningar*
- 3) *Att förstå hur prioriterat arbete med anpassningar för minoritetsgrupper är hos den aktuella vårdorganisationen*
- 4) *Att förstå den aktuella vårdorganisationens eventuella upplevda utmaningar med att ge god och jämlik vård till en minoritetsgrupp såsom t ex den samiska befolkningen*

## Teknisk representation

De grundläggande syften dialogen tog sin start i:

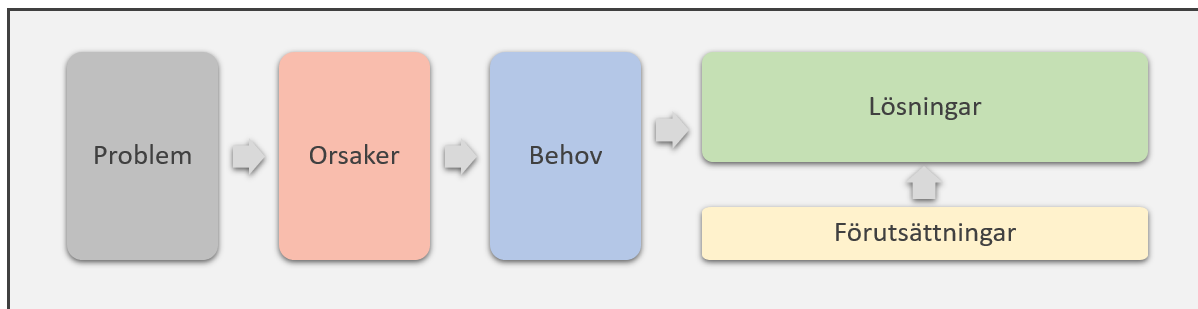
- 1) *Att förstå hur den aktuella regionen arbetar med digitalisering/tekniska lösningar mot patienter i dagsläget*
- 2) *Att förstå vilka tjänster/tekniska plattformar som nyttjas till detta*
- 3) *Att förstå hur och i vilka typer av vårdprocesser man arbetar med videomöten*
- 4) *Att förstå vilket genomslag digitala verktyg fått i den aktuella regionen*
- 5) *Att förstå vilken mognad som finns gällande digitalisering i den aktuella regionen*
- 6) *Att förstå den vägen framåt inom digitalisering kommande år (i den mån det är möjligt), vilka plattformar som eventuellt är in på ingång eller på väg ut*

### 3. Förstudieresultat

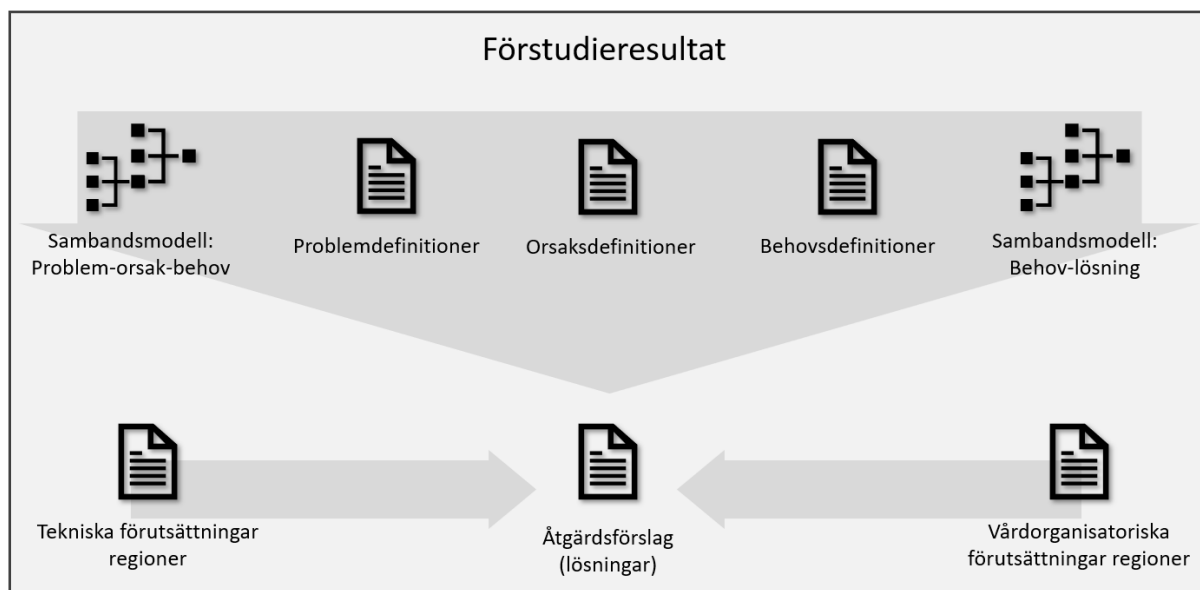
#### Introduktion

Avsikten med strukturen för förstudien har varit att identifiera och etablera tydliga kopplingar mellan samtliga faktorer - från problem till orsaker till behov och slutligen till lösningar. Förstudieresultatet består därmed av ett par modeller som illustrerar samband och därefter beskrivningar av relevanta delar. Utöver detta har även tekniska samt organisatoriska förutsättningar på regionerna fått ta plats för att säkerställa bästa möjliga förutsättningar för framtida arbeten utifrån förstudien.

Särskilt fokus och djup i förstudien ligger av naturliga skäl på lösningar (åtgärdsförslag) och diskussioner kring dessa.

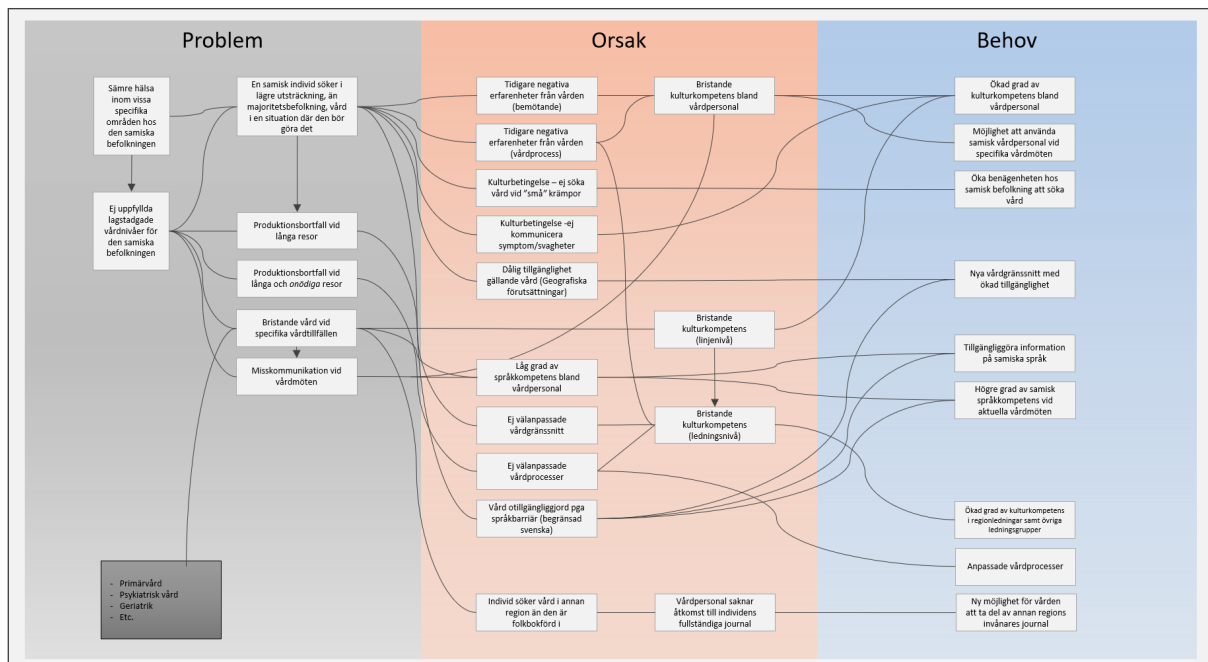


Det kompletta förstudieresultatet kan illustreras enligt följande:



- **Sambandsmodell: Problem-orsak-behov:** Orsakssambandet beskrivet från problem till orsak till behov
- **Problemdefinitioner:** Identifierade problem beskrivs precis såsom de identifierats
- **Orsaksdefinitioner:** Orsaker till dessa problem
- **Behovsdefinitioner:** Behov kopplade till att undanröja orsaker till aktuella problem
- **Sambandsmodell: Behov-lösning:** Sambandet mellan behov och lösningar beskrivs
- **Tekniska förutsättningar regioner:** Tekniska förutsättningar inom digitalisering hos varje region beskrivs
- **Vårdorganisatoriska förutsättningar regioner:** Förutsättningar samt gjorda observationer i vårdorganisatorerna beskrivs
- **Åtgärdsförslag (lösningar):** Djupgående beskrivningar av föreslagna åtgärdsförslag

## Sambandsmodell: Problem-orsak-behov



### Se som bilaga 1.

Modellen som sådan gör en uppdelning mellan problem och orsaker, men i vissa fall är gränserna inte knivskarpa. Företeelser och observationer har hamnat i endera kategorin utifrån författarens subjektiva bedömning. Dessa går i vissa fall in i varandra. Vad som i denna modell klassificerats som en orsak kan vara pga. att den har en koppling till ett tydligare problem. Den orsaken kan samtidigt givetvis också i sig betraktas som ett problem. I verkligheten kan nog varje orsak betraktas som ett problem.

Huruvida en företeelse faller under problem eller orsak innebär ingen värdering åt något håll och har ingen praktisk betydelse för förstudien i övrigt.

Problem, orsaker och behov bör ses som fristående företeelser som kan ha varierande kopplingar till varandra. Problem och orsaker kan gå i flera led. Vi kan alltså ha ett *problem* som 1) har en *orsak*, 2) som i sin tur pekar mot andra *orsaker*, 3) parallellt med att densamma pekar mot ett *behov*.

### Exempel:

- **Problem:** *En samisk individ söker i lägre utsträckning, än majoritetsbefolkning, vård i en situation där den bör göra det*
- **Orsak (en av flera):** *Tidigare negativa erfarenheter från vården (bemötande)*
- **Orsak (i andra led):** *Bristande kulturkompetens bland vårdpersonal*
- **Behov:** *Ökad kompetens i kulturförståelse bland vårdpersonal, alternativt möjlighet att få genomföra vårdmötet med personal som redan har kulturförståelse*

**Förklaring:** Vi vet att det finns ett problem med att samisk befolkning i lägre utsträckning än majoritetsbefolkning söker vård i situationer då den bör göra det. Orsakerna till detta kan vara många, men en orsak vi känner till är tidigare negativa erfarenheter av vården i form av dåliga bemötanden pga. det samiska ursprunget. En orsak till dåligt bemötande kan vara bristande kulturkompetens bland vårdpersonal och behovet, således, är en ökad kompetens i kulturförståelse bland vårdpersonal.

## Problemdefinitioner

### Bakgrund

Samisk hälsa är ett otroligt komplext område med begränsad mängd genomförd forskning i Sverige, framförallt saknas en heltäckande bild. Det finns däremot ett antal genomförda studier på specifika områden. Likaså finns åtminstone 1 för syftet tillräckligt färsk undersökning gjord bland samer för att skapa en förståelse av vilka patientupplevda problem som finns relaterat till vård idag. Dessa problem har vi sedan, inom ramen för denna förstudie, försökt bekräfta framförallt utifrån genomförda intervjuer.

### Problem

- 1) Sämre hälsa inom vissa specifika områden hos den renskötande samiska befolkningen
- 2) Ej uppfyllda lagstadgade vårdnivåer för den samiska befolkningen
- 3) Renskötande samisk befolkning drar sig i högre grad än den icke-renskötande för att söka vård<sup>4</sup>
- 4) Produktionsbortfall vid långa resor i samband med vård
- 5) Produktionsbortfall vid långa och onödiga resor i samband med vård
- 6) Bristande vård vid specifika vårdtillfällen
- 7) Kommunikationssvårigheter vid vårdmöten

#### Sämre hälsa inom vissa specifika områden hos den renskötande samiska befolkningen:

Forskning har visat på en högre risk för ohälsa hos renskötande samisk befolkning, jämfört med icke-samisk svensk befolkning, på ett par områden. Bland annat har konstaterats en högre risk för magcancer samt en högre risk för att över tid utveckla bröstcancer eller leukemi. Sannolikheten för stroke är även den högre, liksom dödlighet till följd av hjärt- och kärlsjukdomar. Det finns även studier som pekar på en högre grad av självmord hos samisk befolkning, höga nivåer av depression och ångest, en högre tendens till muskuloskeletal problem samt en högre grad av dödliga arbetsplatsolyckor.<sup>5</sup>

#### Ej uppfyllda lagstadgade vårdnivåer för den samiska befolkningen:

Utifrån t ex perspektivet vårdens tillgänglighet för renskötande samer utifrån samisk kultur så misslyckas den svenska vården med att leverera de vårdnivåer som är lagstadgade. Den svenska vården såsom den är uppbyggd är helt enkelt inte tillgänglig på nivåer jämförbara med vård till majoritetsbefolkningen. Vi har också exempel, från förvaltningsområden för samiskan, där vård till enskilda patienter brustit pga. språket.

#### Renskötande samisk befolkning drar sig i högre grad än den icke-renskötande för att söka vård:

En undersökning<sup>6</sup> har visat en stark indikation på att renskötande samer i högre grad än icke-renskötande samer drar sig för att söka vård vid ett självupplevt vårdbehov. Denna slutsats kan inte bevisa ett sämre hälsoläge hos samisk befolkning över tid men definitivt indikera det, liksom det ger en definitiv signal om upplevda problem kring vårdens tillgänglighet. Undersökningen borrar även djupare i anledningarna kring utebliven vård och presenterar faktorer som skulle öka sannolikheten att en individ söker vård. Den starkaste bidragande orsaken här vore en ökad kulturförståelse, följd av olika alternativ för en ökad tillgänglighet.

Samma undersökning vittnar också om illa behandling i vården pga. att patienten är av samiskt ursprung. En hög andel av svaranden i undersökningen svarar ja på frågan om den har råkat ut för detta. Undersökningen gör

<sup>4</sup> Här syftas på specifikt de scenarion där en individ bör söka vård men ej gör det. Det generella problem som finns med medikalisering av mindre krämpor som ej kräver sjukvård är till viss del också en realitet bland samisk befolkning och åsyftas naturligtvis inte här.

<sup>5</sup> Daerga, Sjölander, Jacobsson, Edin-Liljegren, 2012, p2

<sup>6</sup> Samisk hälsa – Webbenkät, 2018

ingen korrelation mellan detta faktum och tendenser till att inte söka vård trots självupplevt vårdbehov, men det kan antas att den finns.

### Produktionsbortfall vid långa resor i samband med vård:

Långa avstånd är en glesbygdsproblematik i generell mening men som blir särskilt tydlig för renskötande samer. Dessa kan under långa perioder befinna sig långt ifrån infrastruktur som övrig befolkning väldigt sällan lämnar. Detta kan t ex innebära att ett helt dagsarbete går förlorat i anslutning till ett vårdbesök.

### Produktionsbortfall vid långa och onödiga resor i samband med vård:

En förlängning på föregående problem är där en, i sammanhanget, lång resa genomförs för ett vårdmöte som i slutändan kan anses vara onödigt, exempelvis för en kontroll i uppföljande syfte. Denna problematik är en del av all vårdprocess och kan drabba samtliga invånare, men som får särskilt stora konsekvenser när patienten ifråga fått göra en lång resa inför besöket.

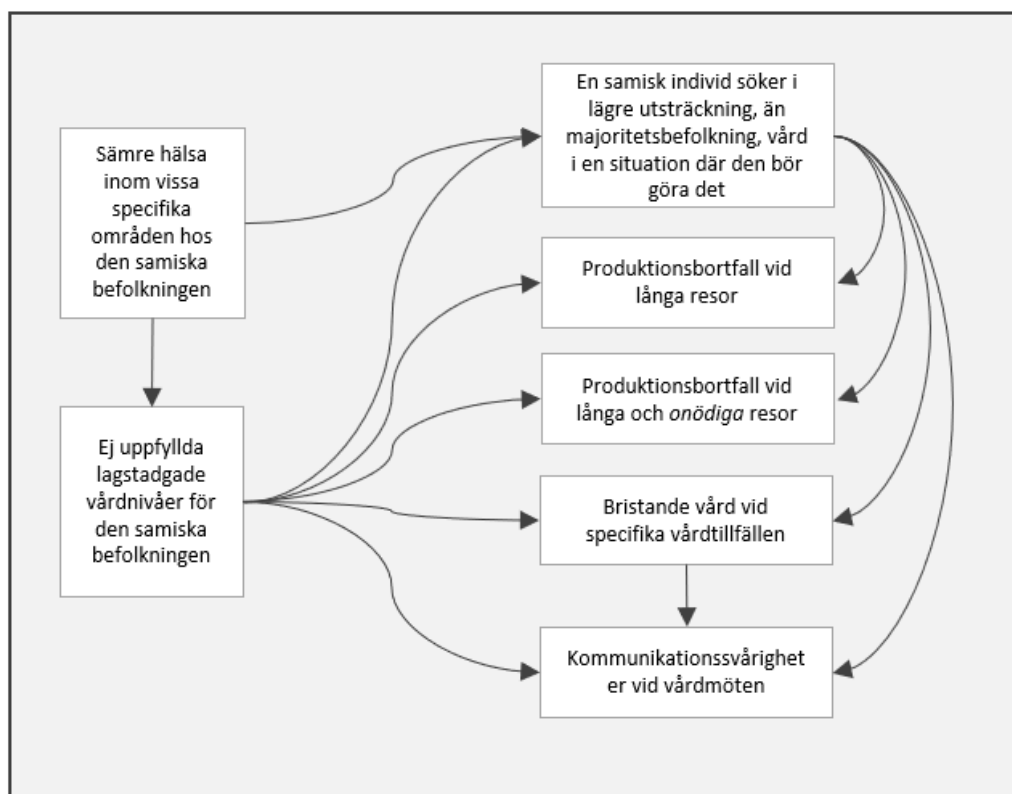
### Bristande vård vid specifika vårdtillfällen:

Det finns en rad indikationer om vård som brister vid specifika tillfällen pga. att patienten varit av samiskt ursprung. En orsak till detta har varit bristande kulturkompetens där vårdpersonal i sitt utövande inte tagit hänsyn till kulturellt betingade faktorer, t ex hur en patient beskriver symptom eller smärta i förhållande till majoritetsbefolkning, eller samiska förutsättningar i förhållande till renskötseln.

### Kommunikationssvårigheter vid vårdmöten:

En annan orsak är kommunikationssvårigheter, i synnerhet bland äldre samisk befolkning.

Det kan ske av olika skäl samt ha flera bidragande faktorer. Svenskan kan vara andraspråket för den aktuella patienten, vilket begränsar både förståelsen samt förmågan att kommunicera kring ett vårdbehov. Behandlaren kan använda ett fackspråk med förväntan om förståelse på lika nivå som hos majoritetsbefolkning. Utöver detta kan även svenska dialekter, liksom bruten svenska, komplicera dialogen ytterligare.



## Orsaksdefinitioner

### Bakgrund

I denna kategori finns samtliga identifierade orsaker till föregående problem. Mycket av det går att härleda endera till utmaningar kopplat till brist av kulturförståelse eller språkfrågan. Annat vanligt förekommande är orsaker med koppling till vårdprocesser och vårdgränssnitt, hur de fungerar, är uppsatta, och hur de inte alltid är anpassade för att fungera även för de här livsstilarna.

### Orsaker

- 1) Tidigare negativa erfarenheter från vården (bemötande)
- 2) Tidigare negativa erfarenheter från vården (vårdprocess)
- 3) Kulturbetingelse – ej söka vård vid "små" krämpor
- 4) Kulturbetingelse – ej kommunicera symptom/svårigheter
- 5) Dålig tillgänglighet gällande av vård (geografiska förutsättningar)
- 6) Dålig tillgänglighet gällande av vård (språkliga förutsättningar)
- 7) Låg grad av språkkompetens bland vårdpersonal
- 8) Ej välanpassade vårdgränssnitt
- 9) Ej välanpassade vårdprocesser
- 10) Bristande kulturkompetens (linjenivå)
- 11) Bristande kulturkompetens (ledningsnivå)
- 12) Vårdpersonal saknar åtkomst till individens fullständiga journal

#### Tidigare negativa erfarenheter från vården (bemötande):

Det finns exempel från vårdmöten mellan samisk patient och behandlare från majoritetsbefolkning där patienten fått ett negativt bemötande pga. sin härkomst. Det är en bild som bekräftats med samisk representation under denna förstudie. Även den undersökning som gjordes bland samer under 2018 pekar mot detsamma: "Chockerande är att hälften av renskötarna upplever sig illa behandlad av sjukvården på grund av sitt ursprung." (Samisk Hälsa – Webbenkät, pp7).<sup>7</sup>

Det här är en orsak till att nödvändiga vårdbesök uteblir, likväl som ett generellt lågt förtroende för vården där detta sker.

#### Tidigare negativa erfarenheter från vården (vårdprocess):

Det finns otaliga exempel (även som berättats om av samisk representation under denna förstudie) på där vårdprocesser brustit i vårdkvalitet och där det samiska ursprunget spelat en roll i det skeendet. Ett vanligt förekommande principiellt exempel är där samiska förutsättningar och vanliga skador inom ramen för renskötsel inte tagits i beaktande vid vårdtillfället och lett till bristande vård (ex kvarglömda hornflisor i händer eller ansikte vid skada under årets mest intensiva perioder).

Det här är en orsak till uteblivna vårdbesök, likväl som ett generellt lågt förtroende för vården där så är fallet.

#### Kulturbetingelse – ej söka vård vid "små" krämpor:

Denna kulturbetingelse förekommande bland många samer delas också, finns det indikation om, med delar av majoritetsbefolkningen i glesbygd. Det innebär alltså en tendens att inte söka vård "i första taget", hellre hårda ut, att absolut inte söka vård en gång för mycket än en gång för lite. Det hänger antagligen ihop med en historia där sjukvård inte funnits alls eller som i glesbygd, och i synnerhet inom renskötsel, varit svår att tillgå. Som

---

<sup>7</sup> Samisk Hälsa – Webbenkät, Kunskapsnätverket för samisk hälsa, 2018



därmed gjort att människor och kulturen utvecklat andra sätt att hantera skador, sjukdom och tillstånd på – praktiskt och mentalt.

### Kulturbetingelse – ej kommunicera symptom/svagheter:

Denna kulturbetingelse är kanske ännu mer isolerad till samisk befolkning. Att uppvisa svaghet i någon form gör man inte gärna.

Det primära uttrycket av denna kulturbetingelse har en rent klinisk påverkan där en behandlare ovan de kulturella uttrycken kan ha svårt att förstå patientens symptom, ex nivåer av smärta eller hur nedsatt en kroppsfunction är. Den samiska patienten kan med andra ord tendera till att spela ner problem och symptom vilket ställer stora krav på behandlarens känsla för individ och samiska kulturella uttryck.

Behandlare vittnar även om hur den här patientvolymen ur ett vårdperspektiv håller oerhört hög kvalitet (de som söker vård behöver verkligen vård). Å andra sidan finns då, som redan nämnt, också de som kanske inte söker vård när de bör.

### Dålig tillgänglighet av vård (geografiska förutsättningar):

Det finns negativa erfarenheter från vården som är grundade i dåligt anpassade vårdprocesser utifrån ett samiskt-kulturellt perspektiv. Utifrån en renskötande livsstil, där en vardag inte är inrutad med jobb enligt samma 8 till 17-rutin, kan en så enkel sak som att infinna sig på en primärvårdsinrättning en viss dag och en viss tid vara en stor utmaning utifrån geografiska och praktiska skäl – det kan innebära både skoterresa och längre bilresa innan man kan vara på plats.

### Dålig tillgänglighet av vård (språkliga förutsättningar):

Det finns en mycket verklig språkbarriär som kan ta lite olika uttryck. Den kan sägas vara tredelad, även om delarna också kan gå ihop, och handlar då om följande:

- 1) att det finns samer, framförallt bland äldre, med bättre samiska än svenska (ibland med väldigt begränsad svenska) och som därför kan bli mer begränsade i sin kommunikation
- 2) vårdssituationer där en samisk individ haft samiska som modersmål och utöver det viss svenska, dock som sedan av medicinska skäl tappat sin svenska
- 3) situationer där svenskan helt enkelt är mer begränsad än samiskan i att beskriva vissa sammanhang eller koncept, specifikt på de områden där de samiska språken har en bredare terminologi än svenskan

Detta gör att vård i allra högsta grad kan betraktas som att den har begränsad tillgänglighet för vissa delar av den samiska befolkningen.

### Låg grad av språkkompetens bland vårdpersonal:

Det kan med säkerhet sägas att inte alla vårdenheter, som kan komma att vårda en patient med kommunikationsbehov på samiskt språk, kan tillhandahålla den kompetensen. Det finns däremot vårdpersonal med samisk språkkompetens, dock inte så ofta som det bör på rätt plats.

Konsekvensen av detta kan bli att många patienter med ett tydligt behov av att kommunicera på sitt eget språk riskerar att få bristfällig vård.

### Ej välanpassade vårdgränssnitt:

Vårdgränssnitt, liksom alla andra gemensamma funktioner i samhället, behöver möta behoven som finns bland invånare utifrån de kulturella förutsättningarna, vad behoven är och hur de behöver adresseras. I fallet renskötande samer är inte alltid vårdgränssnitten anpassade att möta de kulturella förutsättningarna och den livsstil kulturen innebär. En del i detta är geografisk tillgänglighet. En annan del är svårighet att passa dag och tid då renskötselarbete under perioder styrs av bl a väder och vind och därmed är mycket oförutsägbart.

### Ej välanpassade vårdprocesser:

Vårdprocesser, liksom vårdgränssnitt, är i första hand utformade utifrån medicinska kriterier men därefter utifrån kulturella förutsättningar hos invånare. Det innebär också t ex att ett uppföljningsbesök eller samtal, utifrån kulturella förutsättningar för majoritetsbefolkning, fått formen fysiskt besök då det egentligen skulle kunna ske på distans.

Det kan också innebära att ett förfarande för diagnostik eller behandling är bristfälligt. Som exempel kan ges hur olika människor ur olika kulturer reagerar på smärta och hur de, därmed, placeras olika på smärtskalor trots att de upplever samma nivåer.<sup>8</sup>

### Bristande kulturkompetens (linjenivå):

Bristande kulturkompetens bland vårdpersonal kan få en rad negativa konsekvenser i mötet med patienten och för den vård patienten förväntas få. Problemet kan ta uttryck bland behandlare enligt följande axplock av exempel:

- Behandlare som inte har förståelse för samiska kulturbetingelser, ex tendensen att en samisk patient inte gärna söker vård, att inte visa smärta, etc.
- Behandlare som inte har kunskap om renskötsel och vanliga skador i samband med den typen av arbete
- Behandlare som inte förstår samisk livsstil utan ser ex renskötsel som ett "vanligt jobb"
- Behandlare som inte förstår samisk livsstil och har förväntan på patienten om att bedriva behandling, med ett antal regelbundna fysiska besök, på samma sätt som en patient ur majoritetsbefolkning
- Behandlare som inte har förståelse för den naturmedicin samisk kultur ibland tillämpar

### Bristande kulturkompetens (ledningsnivå):

Problem som observeras i vården kopplat till samisk befolkning kan tänkas vara mindre om ledningsstrukturerna i vården hade god kulturkompetens.

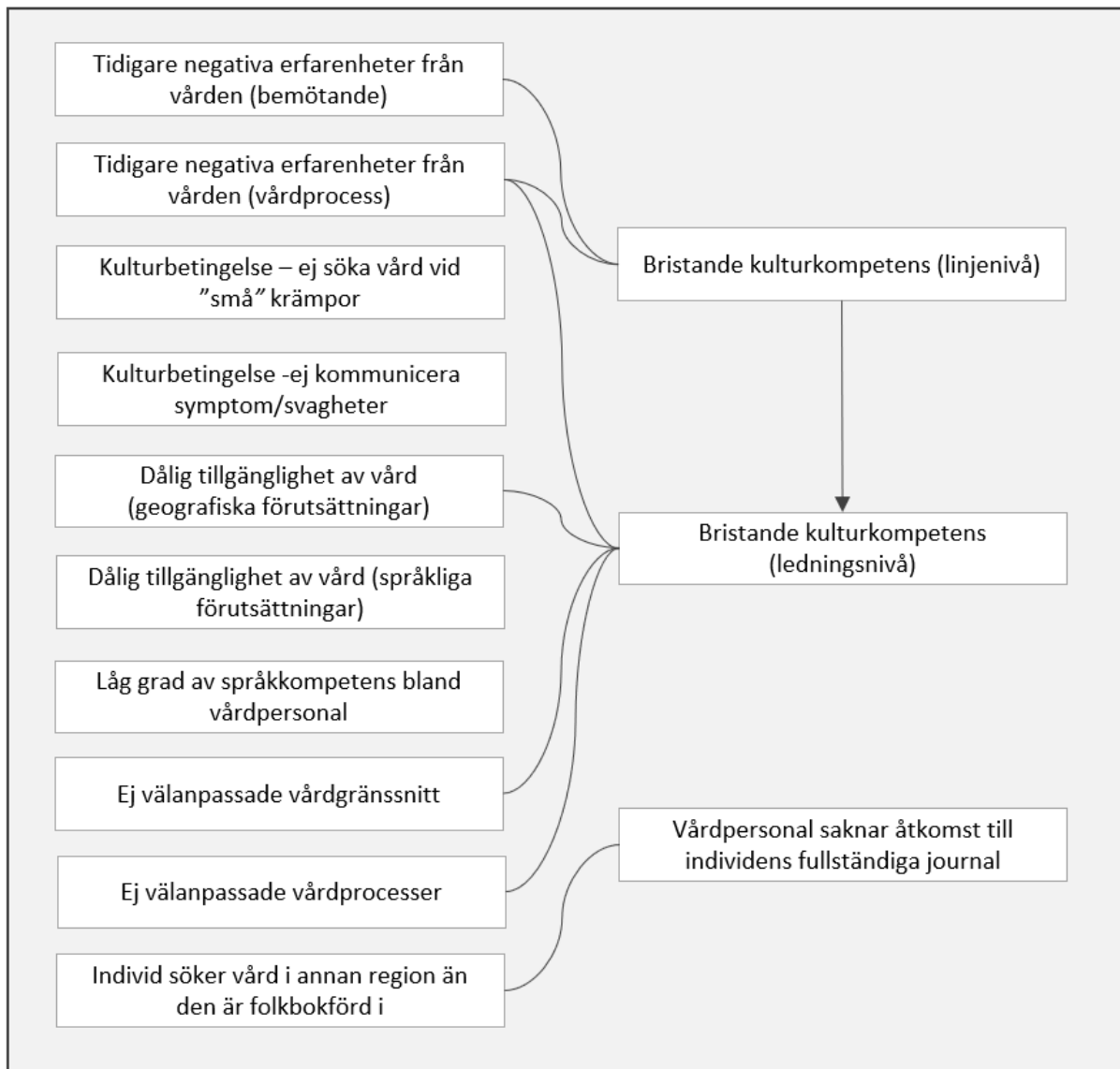
Det handlar om att säkerställa bästa möjliga förutsättningar för vårdapparaten, i det stora och i det lilla, att tillgodose vårdbehovet på rätt sätt även till samisk befolkning. Det handlar också om att ge förutsättningar för vårdens utveckling att ha nödvändig prägel av t ex samiska livsvillkor och förutsättningar. Utöver dessa saker är kulturkompetensen också en framgångsfaktor vad gäller att hålla kulturkompetensen levande i linjen.

### Vårdpersonal saknar åtkomst till individens fullständiga journal:

Om behandlare inte har tillgång till en patients fullständiga journal (i synnerhet om en patient i huvudsak bor i annan region och därmed sannolikt har merparten av sin journal dold för behandlaren) kan given vård komma att brista då behandlaren inte nödvändigtvis har alla fakta att utgå ifrån. Enskilda patienter kan inte förväntas förstå och ha all relevant information för sina egna sjukdomar och tillstånd.

---

<sup>8</sup> Under intervju med vårdrepresentant kom en observation upp om just smärtuppskattning och hur sydeuropeiska behandlare på besök i Sverige helt missbedömt upplevd smärta hos svenskar utifrån sina egna referensramar. Svenskarna markerade alltså inte smärta lika tydligt som sydeuropeiska patienter. Det finns tecken som pekar mot att samiska patienter ännu mindre än majoritetsbefolkning markerar smärta.



Orsaker med inbördes samband.

## Behovsdefinitioner

### Bakgrund

Behov mappar å ena sidan direkt till orsaker och å andra sidan till en lösning som förväntas adressera behovet. Skillnaden mellan behov och lösning är att behov i regel är relativt abstrakta.

### Behov

(Utan inbördes relationer så därför ingen illustration av dessa)

#### Ökad grad av kulturkompetens bland vårdpersonal

Behovet är en ökad grad av kulturkompetens bland vårdpersonal och vi tror det bäst säkerställs genom utbildning i passande form.

För bakgrund se resonemanget under korresponderande punkt under föregående del orsaksdefinitioner.

#### Ökad grad av kulturkompetens i regionledningar samt övriga ledningsgrupper i vården

Behovet är en ökad grad av kulturkompetens bland ledningsgrupper och vi tror det bäst säkerställs genom utbildning i passande form.

För bakgrund se resonemanget under korresponderande punkt under föregående del orsaksdefinitioner.

#### Möjlighet att använda samisk vårdpersonal vid specifika vårdmöten

Behovet är i slutändan att ha samisk språkkompetens i vårdmötet med patienten. Men vägen dit behöver sannolikt handla om att, till att börja med, se hur vi bättre och smartare kan nyttja den språkkompetens i kombination med behandlarkompetens och som finns inom regionerna.

För bakgrund se språk-relaterade resonemang under korresponderande punkt under föregående del orsaksdefinitioner.

#### Öka benägenheten hos samisk befolkning att söka vård

Det finns ett behov av att brygga vissa kulturbetingade beteenden hos delar av samisk befolkning, specifikt den del som kan tendera att ej söka vård när den bör göra det.

Med det sagt finns även bland en andel individer, liksom bland majoritetsbefolkning, en problematik gällande medikalisering - dvs där problem som ej är medicinska blir sådant som man ändå söker vård hos vårdapparaten för. Det identifierade behovet gäller alltså inte detta scenario.

För bakgrund se resonemanget under korresponderande punkt under föregående del orsaksdefinitioner.

#### Nytt vårdgränssnitt riktat till samisk befolkning och med ökad tillgänglighet

Det finns ett behov av att bättre möta samiska patienter utifrån deras livsvillkor och idag, med teknikens hjälp, finns fulla möjligheter att göra det.

Det här är inte ett behov som motiverar sig självt utan snarare som andra behov pekar mot i ett andra led.

För bakgrund se resonemanget under korresponderande punkt under föregående del orsaksdefinitioner.

#### Tillgängliggöra information på samiska språk

Det finns ett behov av att göra mer vårdrelaterad information i fler vårdprocesser tillgängliga på samiska språk. Detta skulle bidra inte bara till en högre kvalitet av vård utan även till en högre grad av erkännande av kulturell identitet.

För bakgrund se resonemanget under korresponderande punkt under föregående del orsaksdefinitioner.

### Anpassade vårdprocesser

Det finns ett behov av att anpassa befintliga vårdprocesser för att bättre leverera god och jämlik vård till samiska patienter utifrån samiska livsvillkor.

För bakgrund se resonemanget under korresponderande punkt under föregående del orsaksdefinitioner.

### Ny möjlighet för vården att ta del av annan regions invånares journal

Det finns ett behov av att se patienters journaler över regiongränserna.

För bakgrund se resonemanget under korresponderande punkt under föregående del orsaksdefinitioner.

## Insikter från intervjuerna med den samiska gruppen

Samtliga som intervjuades gjorde det av skälet att de ville bidra till bättre fungerande vård. De hade endera egna eller andrahandserfarenheter från familjemedlemmar med exempel på där vården inte fungerat som den bör.

De var samstämmiga i att svensk vård i generell mening fungerar bra, men att det ändå i vissa typer av situationer kan bli fel. Bristande kulturkompetens lyftes fram som ett väldigt vanligt problem, endera från behandlaren eller utifrån hur en vårdprocess fungerar (eller inte fungerar utifrån specifika livsvillkor). Avstånd lyftes fram som ett specifikt sådant problem utifrån renskötsel.

Vården upplevs också som väldigt "svensk", med dålig hänsyn till minoriteters livsvillkor, och inte särskilt flexibel. En individ jämförde med egna erfarenheter från Norge där samiska språk helt naturligt kan vara modersmål. I motsvarande möten med vården i Sverige har svenska alltid förväntats vara modersmål.

En återkommande upplevelse var hur man som patient blir ifrågasatt, i initial kontakt med primärvården, trots att situationen kan vara akut. Här kan också vara väldigt stor skillnad mellan olika hälsocentraler. En ytterligare återkommande företeelse är att de intervjuade i vissa fall fått särskilt bra kontakt med specifika behandlare på vissa hälsocentraler och därefter när möjligt söker vård hos denne.

Flera av de intervjuade kunde också belysa en bättre kontakt i vårdmötet med utländsk vårdpersonal, exempelvis en invandrad läkare, utifrån ett perspektiv av att båda individer är ur minoriteter.

Samtliga intervjuade *ringer* i första hand sin aktuella hälsocentral vid vårdbehov. Det förekom även att boka eller begära en tid via 1177.

Telefonkontakt är den föredragna fortsatta vägen in, men med möjlighet till initial bedömning via exempelvis videolänk om sådant behov finns och alternativet är att färdas långt för en högst oklar behandlingsåtgärd.

På frågan om i vilka situationer i vården kulturkompetens är som viktigast var det vanligaste svaret inom psykiatri, pga. hur känsligt hur det kan vara, hur svårt det kan vara att ge den typen av vård. Ett ytterligare område som lyftes fram var all primärvård, det som är närmast patienterna, utifrån hur svårt det kan vara att ge god vård till samer om man som behandlare inte besitter kulturkompetens.

På frågan vad som är viktigare i vårdmötet - att behandlaren har kulturkompetens eller att den talar det aktuella samiska språket - var svaret att kulturkompetensen är viktigare (med undantaget de situationer där en patient inte talar svenska alls, exempelvis vissa demenssjuka).

Frågan ställdes om man skulle tala samiska med sin vårdgivare i generell mening om möjligt fanns - svaret var ja på den frågan. Densamma fråga fast om en digital vårdgivare fick samma positiva svar. Däremot huruvida en tolkfunktion på distans skulle vara av intresse - här sågs snarare ett symboliskt värde i att ha möjligheten, men för den enskilda patienten som även talar svenska skulle man förmodligen hellre ta vårdmötet på svenska än att ha en ytterligare person med i samtalet.

Samtliga intervjuade hade den teknik som behövs för att nyttja digitala vägar in i potentiella vårdgränssnitt. Dock lyftes även geografisk tillgänglighet fram som ett problem under renskötsel - täckning finns inte alltid. Alla intervjuade kunde tänka sig att genomföra vårdmöten digitalt och generellt sett inom all vård.<sup>9</sup> En av de intervjuade ville allra helst ha fysiska vårdmöten oavsett.

På frågan om det finns situationer då de intervjuade absolut inte kunde se digital vård som ett bra alternativ kom ett par svar: i akuta situationer generellt, där patienten har ett självupplevt väldigt dåligt tillstånd, sedan också vad gäller akut psykisk ohälsa - där en god och riktig kontakt med en behandlare behövs direkt.

De intervjuade fick frågan om varför de skulle välja en digital vårdgivare framför en fysisk. Det generella svaret handlade om tillgänglighet, geografi och restid.

De intervjuade fick en fråga med 2 alternativ (återigen under premisen att frågan gällde vård som går att ge digitalt med bibehållen kvalitet):

---

<sup>9</sup> Frågan gällde vård som går att ge patienten med bibehållen kvalitet

- 1) Att ta ett fysiskt vårdmöte med en behandlare utan kulturkompetens
- 2) Att ta ett digitalt vårdmöte med en behandlare med kulturkompetens

En majoritet valde här det digitala vårdmötet med kulturkompetens. På en relaterad fråga om huruvida den intervjuade skulle välja att vänta längre på ett vårdmöte med en behandlare med kulturkompetens, eller ta ett tidigare vårdmöte med en behandlare utan kulturkompetens, så var svaret att det är helt situationsanpassat. Enklare saker, exempelvis en förkylning spelar det nog mindre roll för, medan andra typer av problem som man vet kan kräva en förståelse för livssituation eller kultur, då väntar man hellre.

Frågan ställdes om den intervjuade tror det finns situationer där man skulle avstå att söka vård hos en lokal behandlare med samisk språk- och/eller kulturkompetens pga. att den är just lokal - i ett "alla känner alla-sammanhang" - och samtliga trodde det kan vara ett problem.

Internetbehandling presenterades kort som koncept för de intervjuades och frågan ställdes om de trodde på det som behandlingsform för samisk befolkning, samtliga var positivt inställda till det.

På en väldigt generell fråga om hur ett optimalt vårdförlopp skulle se ut kom lite olika svar men också med mycket gemensamt. Enkelhet och tillgänglighet var en sådan sak, att kunna komma i kontakt med vården med ett telefonsamtal eller elektroniskt på annat sätt (ex 1177). Sedan också att det skulle finnas kulturkompetens genom hela kedjan bland de man har personliga möten med. Att man, i de vårdförlopp som tillåter det, också nyttjar teknik (exempelvis videomöten på distans) för den typ av behandling, eller den del av behandlingar, som tillåter det. Vidare efterfrågades en flexibilitet inför vad villkoren i en situation kan vara. En av de intervjuade exemplifierade med hur vård vid akut psykisk ohälsa givetvis är något som helst bedrivs fysiskt öga mot öga, men att ibland kanske det inte är möjligt och då vore vård på distans den bästa, och kanske enda, lösningen. En annan aspekt som lyftes fram var vikten av en god kontakt med behandlaren i första kontakten.

En ytterligare generell fråga ställdes om i vilka delar av vården de intervjuade i synnerhet skulle vilja se förbättring. Här lyftes framförallt primärvården samt psykiatrin fram, men även vårdprocesser över hela brädet där det finns "onödiga" fysiska besök. Argumenten kring primärvård gällde framförallt geriatrik, BVC samt den generella kulturkompetensen. Utöver detta även tröskeln att överhuvudtaget komma in för att få vård. Inom psykiatrin lyftes fram hur samer många gånger inte söker vård alls och när de väl gör det är det kanske nästan för sent, så oerhört viktigt att en patient som kommer in tas om hand rätt direkt.

På frågan om hur vi bäst kommer till rätta med de här frågorna lyftes tekniken fram som kanske det bästa hjälpmedlet. Utöver det också att regionerna bör snegla på hur Norge lagt upp mycket av sin hälso- och sjukvård för samer, inte bara utifrån SANKS men också t ex hur det finns logopedier för barn med kompetenser i just samiska språk osv. Endera bygga upp motsvarande möjligheter och förutsättningar i Sverige eller använda Norge till det.

En ytterligare viktig åtgärd som lyftes för att nå detta var utbildning i kulturkompetens i vården generellt.

## Tekniska förutsättningar regioner

Samtliga intervjuobjekt vittnar om en varierande mognad gällande digitalisering inom den egna regionen.

Sannolikt beror detta på en rad olika orsaker, exempelvis:

- olika lokala behov av digitalisering
- olika grader av engagemang
- andra varierande lokala förutsättningar
- ett förekommande förändringsmotstånd bland vårdenheter, vilket ofta späds på ytterligare av generellt tuffa förutsättningar för att leverera på sina åtaganden.

Dock har pandemin under 2020–2021 haft stora positiva effekter på vårdorganisationerna i flera av dessa frågor. I och med folkhälsomyndighetens rekommendationer kring pandemihanteringen har strävan blivit att ha färre fysiska vårdmöten och en mindre mängd invånare som rör sig fysiskt på svenska vårdinrättningar. Detta har möjliggjort för digitaliseringen att ta stora steg framåt under 2020, vilket å ena sidan har utrustat många vårdenheter med digitala verktyg samt nödvändig infrastruktur och å andra sidan verkat för att bryta ner delar av det förändringsmotstånd som funnits.

Samtliga regioner (de 4 representerade regionerna) jobbar med 1177:s tjänster men i varierande utsträckning. Det första patientgränssnittet i form av kontaktkort<sup>10</sup> är i några fall utrustat med meddelandefunktion men inte alltid. Däremot finns så gott som alltid kontaktuppgifter till aktuell mottagning.

1177:s internetbehandlingsplattform (Stöd & Behandling) nyttjas av samtliga regioner men i begränsad utsträckning. Ser man till antal initierade internetbehandlingar<sup>11</sup> i förhållande till befolkningens mängd har, av de representerade regionerna, Dalarna kommit längst.

Alla 4 regionerna bedriver vård i form av videomöten med patienten, men det nyttjas i varierande utsträckning, inom varierande vårdområden samt till olika delar av vårdprocessen (givetvis med visst överlapp mellan regionerna). Varje region har gjort egna strategiska val gällande vilken teknisk plattform och vilken leverantör man valt. De plattformar som används i första hand tillhandahålls av Visibacare<sup>12</sup> samt Plattform24<sup>13</sup>. Region Jämtland Härjedalen nyttjar integrerad funktionalitet i journalsystemsplattformen från Cambio<sup>14</sup>. Både Visibacares samt Plattform24s plattformar ligger utanför endera regions journalsystem (även om de kan ha viss integration) och skulle därför rent teoretiskt kunna utgöra val av plattform för en gemensam lösning inför eventuellt nytt digitalt vårdgränssnitt.

Slutsatsen är att varje region har den tekniska infrastrukturen som krävs för att bedriva vård på distans men att startsträckan, utifrån de lokala förutsättningarna, kan variera i längd beroende på vilken vårdprocess lösningen förväntas stödja. Det är också en slutsats att man processmässigt har tillräckligt etablerade modeller och arbetssätt för att kunna bygga vidare på nya eller befintliga distansvårdskoncept utifrån ett sådant här perspektiv.

	Region Norrbotten	Region Västerbotten	Region Jämtland Härjedalen	Region Dalarna
<b>1177-tjänster</b>	x	x	x	x
<b>1177: Stöd &amp; Behandling</b>	x	x	x	x
<b>Videomöten (med patient)</b>	x	x	x	x
<b>Videomöten (internt)</b>	x	x	x	x

<sup>10</sup> En enskild vårdmottagnings sida på 1177.se.

<sup>11</sup> Se <https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/statistik-for-stod-och-behandling/>

<sup>12</sup> Se <https://www.visibacare.com/sv/>

<sup>13</sup> Se <https://plattform24.se/en/>

<sup>14</sup> <https://www.cambiogroup.com/our-solutions/cambio-cosmic/>



## Vårdorganisatoriska förutsättningar samt observationer gjorda bland regioner

Utifrån ett vårdperspektiv fanns bland de intervjuade framförallt insikter kring psykiatrisk vård samt primärvård, även om slutsatser därifrån också kan vittna om vissa aspekter i vård generellt.

Det fanns en samstämmighet bland de intervjuade i att kunskapsnivån om samisk kultur, samt behov kopplat till den, är för låg för att på ett bra sätt kunna möta samiska patienter och tillhandahålla vård av tillräckligt god kvalitet. En konsekvens av detta kan vara missuppfattningar i vårdorganisationen om att det inte finns några samiska behov som skiljer sig från majoritetsbefolkning (man kan däremot se kulturellt orienterade behov som avviker från majoritetsbefolkning utifrån ett invandringsperspektiv (t ex afrikanska kulturer)). Detta kan göra att samer "far illa" inom ramen för ett vårdförlopp på olika sätt.

Det är en generell uppfattning att vi kan och bör göra mer för att möta samiskt kulturellt anpassade behov i vårdapparaten. Det är också en generell linje att det görs saker, men i för låg utsträckning. En slutsats är att av de aktiviteter och insatser som spontant initierats är de i första hand isolerade insatser inom ramen för avgränsade vårdområden eller kliniker, och att det saknas en övergripande strategi på regionnivå. Det har även berättats om hur vårdpersonal av annan minoritet ifrågasatt arbete med anpassningar i vården utifrån just samiska kulturella behov.

Hur man jobbar med minoritetsfrågor på makronivå hade de intervjuade varierande insikt i, men en förekommande modell är där stabsfunktioner finns etablerade för att arbeta med behov kopplade till minoriteter. Dessa arbetar då med varierande uppdragsutformning: det kan vara utifrån de 5 svenska nationella minoriteterna och/eller behovsorienterat utifrån samtliga minoriteter i Sverige och snarare utifrån storlek (och därmed ett behov baserat på kvantitet).

På patientnivå kan sägas att särskilt stor vikt enligt erfarenhet ligger vid situationsanpassad vård, där inte ett enda förfarande är det som fungerar för alla patienter eller under alla tider på året. Detta är extra tydligt bland renskötande patienter. Vården behöver vara anpassad efter person och situation och man försöker tillgodose detta med de medel man har. Tekniska hjälpmedel (ex videolänk) har setts som ett komplement till traditionellt patientmöte, i synnerhet i de vårdförlopp som inneburit många besök och som ej krävt fysiskt möte (ex fysisk undersökning av patient).

Det vittnas på generell nivå om brustet förtroende för vårdapparaten. En framgångsfaktor inom ett sammanhang i Region Dalarna har varit starkt personligt engagemang från enskild behandlare som fått verka relationsbyggande tillsammans med representanter på samebynivå. Detta har skapat nytt förtroende för den enskilda behandlaren och varit en framgångsfaktor i det lokala sammanhanget.

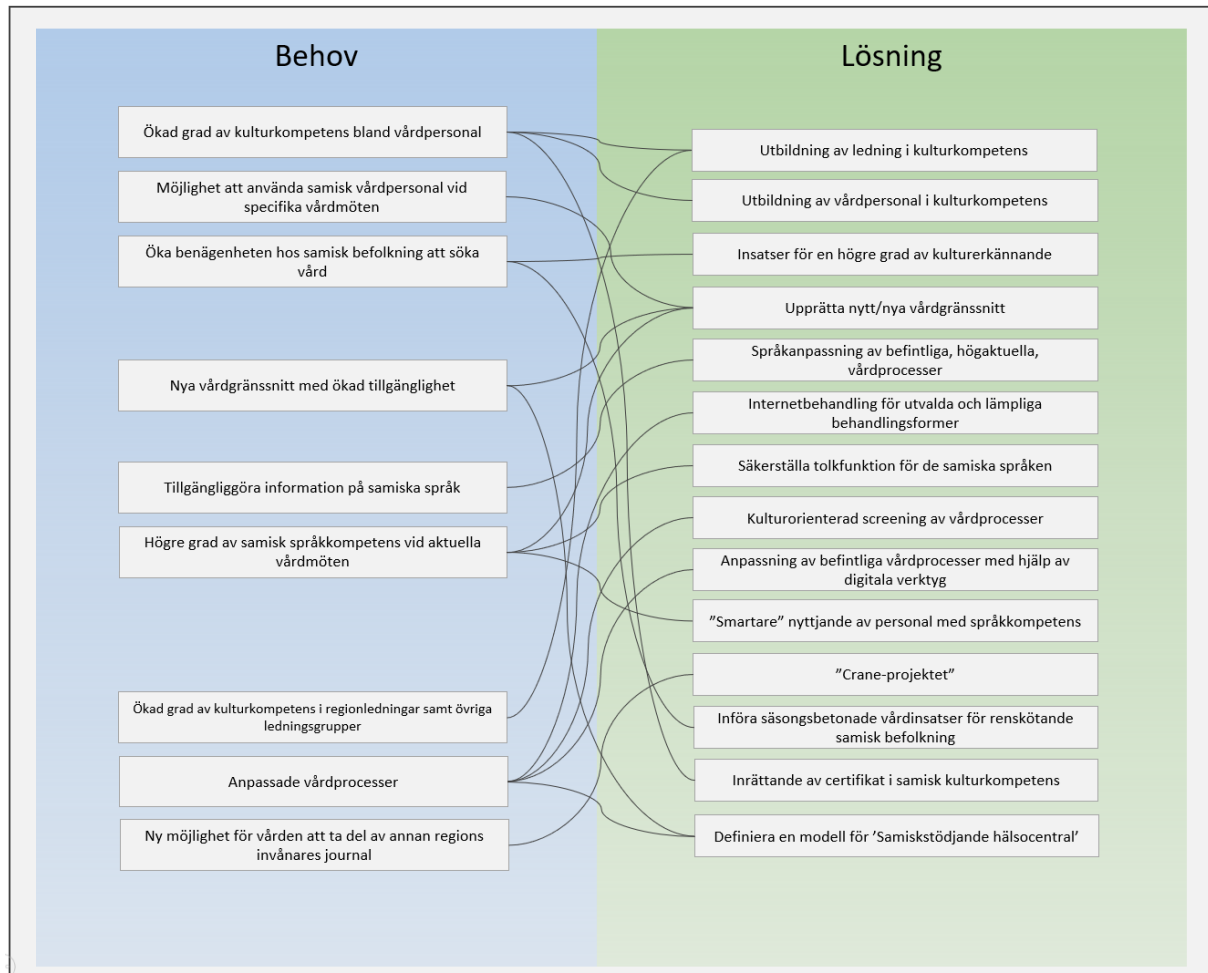
Det vittnas även om indikatorer som pekar mot att det kan finnas lokala problem och motsättningar mellan samisk- och majoritetsbefolkning som påverkar vårdkvalitet i negativ mening. Det kan handla om oförklarliga fördomar utifrån lokal historia liksom gamla konflikter kring jakt- eller fiskerättigheter. Det har i de fallen kunnat vara lättare för en "utomstående" vårdpersonal, invandrad från annat land eller från en annan plats i Sverige, att bygga förtroende och därmed ge vård.

Det konstateras också att det i vården kan förekomma fördomar riktade mot samisk kultur och samiska patienter att likna vid dem som kan observeras i det övriga svenska samhället.

En slutsats är att varje region har åtminstone 1 primärvårdsenhet med anpassade vårdprocesser utifrån ett samiskt perspektiv. Det kan sen ta uttryck på olika sätt, men man arbetar med frågorna och man skulle kunna bidra till egna regionala insatser med kunskap och erfarenhet.

## Sambandsmodell: Behov-lösning

Behov och lösningar ligger väldigt nära varandra, i vissa fall är de nästan synonyma. En delning är dock nödvändig utifrån perspektivet att behov kan vara abstrakta och generella medan lösningar och åtgärder behöver vara konkreta och tydliga.



Se som bilaga 2.

## Åtgärdsförslag

### Strategi & metod

Åtgärdsförslagen har uppkommit på ett par olika sätt. Några av dem fanns som idéer från kunskapsnätverket redan från start och behövde endast få djupare beskrivningar om hur de bör genomföras. Andra har kommit fram som förslag utifrån genomförda intervjuer. Ytterligare ett par har vuxit fram som behov under arbetet med orsakssambandet.

Strategin under framtagandet av åtgärdsförslag kan beskrivas enligt följande:

- Åtgärdsförslag har fått växa fram som bästa sätt att möta ett specifikt behov. Dessa har i denna ide-fas ej fått präglas av vad som kan anses "vara möjligt" eller "realistiskt genomförbart"
- I fasen därefter där varje åtgärdsförslag brutits ner till delperspektiv har erfarenheter från arbete med vårdorganisationer, hänsyn till ekonomi osv fått spela stor roll i resonemangen kring hur vi bäst lyckas med varje åtgärdsförslag
- Ett antal åtgärdsförslag går att välja genomföra individuellt eller i kombination med andra
- Vissa åtgärdsförslag är att rekommendera att de genomförs kronologiskt innan andra åtgärdsförslag,

Varje åtgärdsförslag har beskrivits utifrån områdena bakgrund, orsakssamband, behovsanalys, förutsättningar, insatser, distribution samt format. I vissa fall har rubriker tagits bort eller kombinerats utifrån ett specifikt åtgärdsförslags behov. I andra fall har unika rubriker adderats.

## Åtgärdsförslag

### Upprätta nytt/nya digitala vårdgränssnitt riktat mot samisk befolkning

#### Bakgrund, orsakssamband & behovsanalys

Det finns ett par starka argument för att upprätta ett eget nytt digitalt vårdgränssnitt för den samiska befolkningen. Några av dem hör ihop till viss del.

Ett sådant har att göra med tillgängligheten för renskötande samer. Detta är ett problem inte bara ex på fjället utifrån den begränsade tillgängligheten utan också utifrån säsongsperspektivet där en individ kan befinna sig i 2 olika regioner beroende på vilken tid på året det är. Det här problemet går hand i hand med generell glesbygdspenetrering, men når sitt mest extrema uttryck hos just den här målgruppen. Den här utmaningen med att tillhandahålla tillgänglig vård går inte i dagsläget att brygga med realistiska medel såvida vi inte använder oss av moderna verktyg inom digitalisering.

Ett annat starkt argument, eller snarare en förutsättning, är språkkompetens. Som kan ses i orsakssambandet samt i andra åtgärdsförslag är språkkompetens något särskilt attraktivt att kunna erbjuda i synnerhet i vissa enskilda vårdprocesser. Vi vet dock att det finns begränsat med språkkompetens i vården som det är (lite beroende på vilket samiskt språk det gäller), vilket innebär att enda realistiska sättet att säkerställa samisk språkkompetens till en bred massa är via centralisering av kompetensen – och därmed funktionen.

Det finns ett behov av att säkerställa särskilt god, och garanterad, kulturkompetens inom vissa vårdområden och vissa vårdprocesser. Även om vi skulle utbilda brett i kulturkompetens i samtliga regioner så ges ändå helt andra förutsättningar till ett vårdgränssnitt om den bestyrkas rätt från början och till ett specifikt syfte. Så även om t ex en vårdcentral skulle kunna bli otroligt välanpassad och duktig på att ta emot samiska patienter så vore ett dedikerat gränssnitt ändå att föredra. Den ena utesluter dock naturligtvis inte den andra, de kompletterar varandra (ett nytt digitalt gränssnitt behöver finnas där av ekonomiska/effektivitetsmässiga skäl, de befintliga fysiska gränssnitten behöver finnas där då långt ifrån all vård kan bedrivas digitalt).

Ett ytterligare behov, eller snarare ett värde, som är lätt att förbise i sammanhanget är den betydelse ett nytt dedikerat gränssnitt skulle ha identitetsmässigt för den samiska befolkningen, som ett erkännande och som påvisat engagemang.

## Modell och lösningsstrategi

Det mest kostnadseffektiva sättet att tillgängliggöra rätt kompetenser i ett sådant här vårdgränssnitt är genom att

- 1) samverka mellan olika vårdenheter och, i förlängningen och den mån det är möjligt, mellan regionerna. I slutändan blir det billigare ju färre gränssnitt som behöver byggas upp, men det behöver ske i förhållande till de krav som blir beslutade och gränssnittet förväntas leva upp till
- 2) nyttja verktyg inom digitalisering såsom t ex videoteknik eller internetbehandling

Processmässigt kan gränssnittet tillhandahålla ett par olika kategorier av tjänster, nedan är förslag på några sådana som skulle skapa mycket värde:

- Traditionell primärvård i telefon- eller videoförmått i de vårdprocesser/ärenden som med bibehållen kvalitet tillåter det
- Rådgivande och bedömmande: som en naturlig väg in i vårdflödet för enkel bedömning eller rekommendation om nästa steg vid behov av fysiskt vårdmöte (exempel: patient på fjället kan visa upp ett skärsår via video och få rekommendation om den bör åka in för att sy eller ej)
- Som stödfunktion till andra vårdgränssnitt där samisk språk- eller kulturkompetens inte kunnat säkerställas i samma utsträckning
  - o Som tolkstöd
  - o Som generellt bollplank
- Med särskild vårdkompetens, kanske som egen ingång, för högaktuella problemområden - exempelvis psykiatri. Gränssnittet skulle t ex kunna utrustas med en ingång för primärvård och en ytterligare för t ex kurator eller psykiatrisjuksköterska
- Internetbehandling: för utvalda områden, behandlingstyper och vårdförfaranden (se eget avsnitt om internetbehandling)

Tekniskt/praktiskt bör gränssnittet struktureras enligt följande

- Gränssnittet bör finnas som vårdenhet på samtliga regioners 1177-sidor, alltså med multipla sidor som talar om samma, eller ett par, gränssnitt som etableras
- Gränssnittet bör vara tillgängligt för patient via telefon
- Gränssnittet bör erbjuda vad andra lämpliga verktyg som kan finnas för metaprocesser såsom bokningsförfaranden osv (mail, chat, osv – kan ske i tandem med vad val av videoplattform erbjuder, ofta har de också bokningsmoduler, kommunikationsgränssnitt osv. Utifrån vad regionerna i dagsläget har är rekommenderade plattformar Visibacare och Plattform24)
- Gränssnittet bör erbjuda vårdmöte i form av telefonsamtal
- Gränssnittet bör erbjuda vårdmöte i form av videosamtal

Samtliga regioner har videolösningar, i vissa fall desamma, men beroende på hur lösningen struktureras och hur många gränssnitt det blir behöver de inte nödvändigtvis nyttja samma tekniska plattform i grunden.

Se mer om språkliga möjligheter under avsnittet *”Smartare” nyttjande av personal med språkkompetens*.

## Insatser

En fullständig strategi bör tas fram för arbetet med de här lösningarna.

Rekommendationen är att i första hand sikta på regionpolitisk nivå gällande beslut om att genomföra åtgärdsförslaget. Budskapet på den höga nivån bör vara tydligt utifrån *problem, orsaker* och *behov*, men ge mer tolkningsutrymme för lösning (så länge det förblir med ramarna *nytt digitalt gränssnitt för samisk befolkning*), förutsatt också att rätt finansiering medges. Förutsatt ett positivt utfall gällande beslut behöver frågan sedan få förmedlas ner till hälso- och sjukvårdsledning i varje region. Här kan mer praktiska frågor börja diskuteras, ett uppdrag kan formuleras osv.

En verksamhetsdesigner bör därefter, tillsammans med kunskapsnätverket, leda arbetet med att sätta upp gränssnittet. Detta behöver ske i samarbete med den/de aktuella regionernas verksamhetsutvecklare

avdelningar och roller. Att föredra vore så klart om arbetet med detta kan ske samtidigt i alla regionerna, det bör också vara i regionernas intresse ur ekonomiskt avseende. Regionerna skulle gemensamt tjäna på det. Arbetet bör drivas i projektform.

Samisk befolkning i varje enskild region bör bjudas in som referensgrupp gällande det konkreta lösningsförslag som tas fram hos enskild region eller som samarbete mellan regioner.

## ”Smartare” nyttjande av personal med kultur- och språkkompetens

### Bakgrund, orsakssamband och behovsanalys

Det finns ett tydligt behov kring språk och kultur och många sätt att adressera det på. Det finns konkreta fördelar och tydliga värden, som t ex lägre risk för kommunikationssvårigheter vid vårdmöten, vilket kan förekomma idag för bl a åldrande samisk befolkning. Sedan finns också dimensionen kulturidentitet och hur viktigt språket är i det avseendet.

Att erbjuda vård på samiska språk skulle verka för ett reparerat förtroende mellan samer och vårdapparaten, likväl som för ett erkännande av samisk kultur som en del av samhället i stort.

Det ska dock också poängteras att kulturkompetensen i vårdmötet är viktigare än språkkompetensen, enligt en majoritet bland tillfrågade samer.

Flera andra lösningar adresserar kultur- och språkbehovet i vårdprocesser på olika sätt. Den här åtgärden skulle kunna vara en sådan som genomförs inom ramen för en annan åtgärd (t ex nytt vårdgränssnitt).

### Förutsättningar

Visionen bör, i varje region med samisk befolkning, vara att kunna erbjuda all vård på det egna samiska språket och enligt samiska livsvillkor. Där sedan visionen inte på kort sikt kan omsättas till realistiska och görbara mål bör utrymmet ändå skapas för kreativa lösningar i vårdgränssnitten.

Dagens möjligheter som kommer ur digitala verktyg bör innebära goda möjligheter att adressera dessa frågor. Gällande språkkompetens bör målet vara att erbjuda vård på samtliga samiska språk som talas i svenska Sápmi. Dock utifrån att ett par av dem har relativt få talare - och därmed att det kan finnas utmaningar med att hitta vårdpersonal för dessa språk – kan det innebära att förmågan inte finns att leverera språkkompetensen fullt ut. Det bör dock vara utgångspunkten att samtliga språk finns representerade på de platser där de finns. Vid bemanning av funktionen bör rekrytering ske utifrån de aktuella språkkompetenserna, och i de fall där kompetensen ej går att nå bör man i första hand se till kompromisser genom att forma om uppdraget. Exempelvis: om den totala kompetensnivån som eftersökes är *distriktssköterska* i kombination med *språkkunskap i nordsamiska* och detta inte finns, då kanske rollen för gränssnittet går att förenkla från distriktssköterskenivå till undersköterskenivå om en *undersköterska* med *nordsamisk språkkompetens* finns tillgänglig för rekrytering (innebär även att en lägre grad av vård erbjuds av den rollen).

### Insatser

Att verka för bättre och smartare nyttjande av resurser med samisk språkkompetens i generell mening, framförallt i interaktion med regionledningar, ledningsgrupper i vården osv – där möjlighet att påverka finns.

## Säkerställa tolkfunktion för de samiska språken

### Bakgrund, orsakssamband och behovsanalys

Varje region har idag tolkfunktioner som ska täcka vad språkliga behov som uppstår inom hälso- och sjukvården. Det är dock en slutsats ur denna förstudie att det inte finns en generell tydlig strategi för t ex vad valmöjligheter en samisk patient har gällande språk i vården och i vilka situationer. Det är också en slutsats att det inte alltid finns tydliga och kända rutiner hos vårdenheterna för hur möjligheterna ser ut gällande tolk inom samiska språk. I vissa fall har en aktuell vårdenhet lokalt löst ett problem (frånvaro av språkkompetens i en situation där den blir ett krav) genom egen eller lånad personal med språkkompetens (från fall till fall, efter bästa förmåga). Det ska sedan poängteras att tolkfunktionen framförallt är något som skulle behöva finnas lättillgängligt för vård av patienter med begränsade kunskaper i svenska. Den här förstudien har funnit att patienter med lika god eller

bättre svenska hellre använder svenska för vårdmötet, eller att det inte har någon betydelse. Det finns även de fall där patienten egentligen skulle föredra att kommunicera på det egna samiska språket, men där svenska ändå skulle väljas i praktiken om det samiska behovet innebar en tredje person i vårdmötet (utöver patient och behandlare). Dvs kan inte samiska talas med den faktiska behandlaren utan en tolk behöver nyttjas så är det inte längre intressant. Det finns här alltså flera varianter gällande vad som föredras, utifrån individ och förutsättningar.

### **Insatser**

Rekommenderad insats är att inventera de aktuella regionernas tolkfunktioners förmågor inom samiska språk. Därefter bör undersökas djupare vilket behov som finns inom vissa aktuella vårdområden (ex geriatrik, psykiatri och primärvård inom vissa geografiskt intressanta områden). Sedan bör även rutiner för aktivering av samisk tolkfunktion säkerställas att de är tydliga och kända för aktuella vårdenheter. Där relevant språkkompetens saknas, och om det samtidigt finns ett behov, bör vi verka för en utökad kompetens på den aktuella tolkfunktionen.

## Anpassning av befintliga vårdprocesser med hjälp av digitala verktyg

### **Bakgrund, orsakssamband och behovsanalys**

Ett återkommande tema i en rad åtgärdsförslag är företeelsen att nyttja nya digitala verktyg för att förbättra förutsättningarna för vård till samisk befolkning. Flera av diskussionerna gäller nya lösningar i någon mening. Att tillgängliggöra fler *befintliga* vårdprocesser på ett bättre sätt med hjälp av digitala verktyg vore dock givetvis också något som skulle bidra till den stora bilden.

### **Insatser**

De enda insatser som går att göra vore att verka ännu mer för ett vidgat digitalt utbud bland samtliga befintliga vårdprocesser, men i detta utifrån det samiska perspektivet. I takt med att ledningsgrupper får en ökad samisk kulturkompetens är detta också något som bör kunna påtalas och enklare drivas med dem.

## Internetbehandling för utvalda och lämpliga behandlingsformer

### **Bakgrund, orsakssamband och behovsanalys**

I enlighet med beskrivna problem och orsaker på temat geografisk tillgänglighet finns det stora skäl att se på nya sätt att bedriva vård på distans. Ett sådant sätt vore, för lämpliga behandlingstyper och för lämpliga interaktioner mellan patient och vårdapparaten, internetbehandling. Även språklig tillgänglighet är något som skulle gå att öka utifrån språkanpassade program inom internetbehandling. Slutligen finns även ett kulturanpassningsvärde för program som får sådan anpassning.

### **Förutsättningar**

Regionerna arbetar redan idag med internetbehandling, och t ex specifikt 1177:s plattform Stöd och Behandling, inom ett gäng olika områden. Internet-KBT (iKBT) är ett väldigt starkt sådant område, men i övrigt finns också många program inom t ex rehabilitering, uppföljning eller som information inför behandlingsprocedurer (kirurgiska ingrepp eller annat). Det finns starka indikationer på att iKBT är lika framgångsrikt som dess motsvarande traditionella behandlingsform.

### **Insatser**

Aktuella insatser kan göras på flera fronter.

I ett första skede bör en inventering göras av vad varje region kan erbjuda och vad av detta som är högst intressant ur ett samiskt perspektiv. Därefter bör identifieras vad förmågor (program<sup>15</sup>) som saknas bland regionerna och som skulle vara relativt enkla att implementera.

---

<sup>15</sup> Ett program motsvarar en behandlingsform inom internetbehandling, exempelvis ett specifikt träningsprogram för en viss typ av problem inom sjukgymnastik.

Detta bör ske i tandem med en analys hos varje region av var vi bäst når ut till samiska patientgrupper. De aktuella vårdgränssnitten bör sedan utrustas med dessa nya förmågor.

I förlängningen bör även program kvalitetssäkras utifrån ett samiskt kulturellt perspektiv. Det kan också finnas program som lämpligen översätts till samiska språk vilket innebär att även en sådan analys behöver genomföras. Då översättningar dock i regel är kopplade till relativt stora kostnader bör behandlingsformatet i sig vara förankrat och bevisat fungerande mot patientgruppen innan för stora kvalitativa insatser genomförs (detta är givetvis beslut som behöver tas från fall till fall, det skulle t ex kunna finnas program som först kommer till sin rätta efter att det kultur- eller språkanpassats).

Det bör även genomföras en granskning vad gäller eventuella vakuums bland befintliga program: inom vilka områden saknas det program som, ur ett samiskt perspektiv, vore önskvärt att kunna erbjuda patienten?

Insatser bör, där det är möjligt, ske i samarbete med samisk representation i varje enskild region.

Insatser bör ske inom ramen för varje enskild region likväl som regionövergripande och som ett större samarbete. Vill man t ex bestycka ett nytt digitalt vårdgränssnitt för samisk befolkning, som vänder sig till patienter i fler än 1 region, med ett specifikt program kommer det vara ett krav att samtliga regioner har rätt till det (behöver utredas från fall till fall).

Det är en rekommendation att varje regions förvaltningsområde för internetbehandling tidigt bjuds in i arbetet.

## Språkanpassning av befintliga, högaktuella, vårdprocesser

### Bakgrund, orsakssamband och behovsanalys

Det finns tydliga behov av att i vissa vårdprocesser, på vissa platser och i vissa sammanhang ha språkanpassade vårdprocesser. Problemen och orsakerna kopplat till detta är många.

Ett negativ konsekvens är hur de samiska språken kan upplevas som att de inte värderas lika högt som svenskan, exempelvis inom ramen för språkscreening av 4-åringar, då den endast går att genomföra på svenska. Ett ytterligare problem i samma situation blir då ett barns språkutveckling inte alls kan bedömas (och/eller ännu värre att ett barn på felaktiga grunder bedöms ligga efter aktuell utvecklingskurva).

En annan negativ konsekvens är bristande vård. Där patient och behandlare kanske inte kan göra sig förstådda för varandra fullt ut och vårdkvaliteten av det skälet brister. Det är en slutsats att detta är ett förekommande problem i synnerhet i de fall där en patient inte får möjlighet att träffa "sin" behandlare som den ändå byggt upp rapport med, utan vikarier eller annan tillfällig personal etc.

### Förutsättningar

Förutsättningarna för att jobba med språkanpassningar varierar kraftigt mellan olika typer av insatser, på vilka områden de sker, mot vilka samiska språk samt inom vilka regioner. Varje enskild fråga behöver därmed få sin egen utredning och sin egen ansats.

Det språkliga området är ett sådant där vi sannolikt omöjligen kan få till helt perfekta lösningar med full täckning för samtliga samiska språkformer. Insatserna bör betraktas som att vi gör det bästa som går att få till i situationen. Med det sagt bör utgångspunkten och målet vara att lyckas med full täckning, att faktiska försök genomförs (exempelvis att göra legitima försök att rekrytera språkkompetens till en specifik position, om det är vad som skulle behövas).

### Insatser

Insatser på detta tema går delvis hand i hand med andra åtgärdsförslag där språkinsatser föreslås. Men det handlar också om att i stort och litet finna områden där förbättringspotential finns. En egen utredning bör genomföras för att identifiera sådana områden. Det skulle kunna vara inom ramen för internetbehandling, det skulle kunna innebära mer information i skrift på samiska språk i samband med rutinbesök, eller annat.

En insats som definitivt måste genomföras är att verka för att hälso- och vårdcentraler i kommuner med samiska familjer ska erbjuda 4-årskontroll och språkscreening på det aktuella samiska språket. Detta innebär att i ett första skede bygga upp förmågan, vilket innebär att kartlägga var behovet finns och därefter säkerställa att förmågan finns. En referensgrupp med samisk representation, gärna småbarnsföräldrar, bör användas till detta.

Distansmöten rekommenderas inte, utan en fast BVC-sjuksköterska med språkkompetens bör vara den primära ambitionen. Det skulle kunna vara en resurs med en fast stationär plats men som vore mobil inom regionen eller ett visst område i regionen. Meta-processer gällande patienttillhörighet, bokningsförfaranden osv behöver adresseras inom ramen för varje region och varje enskild lösning.

## Kulturorienterad screening av vårdprocesser

### Bakgrund, orsakssamband och behovsanalys

Många vårdprocesser kan sägas inte behöver en kulturanpassning (utöver en generellt förhöjd kulturkompetens hos behandlaren). Med det sagt finns definitivt vårdprocesser med behov att kulturanpassas. Problem som kan förekomma till följd av ej kulturanpassade vårdprocesser är t ex bristande vård eller kulturförnekelse.

### Insatser

Detta är ett åtgärdsförslag med ett begränsat antal omedelbara insatser som går att genomföra. Däremot har det en natur som medger ett nästan oändligt antal möjliga insatser om man tillåts börja sätta sig in i vårdprocesser utifrån samiska behov.

Exempel på omedelbara insatser som går att genomföra:

- Språkanpassning av BVC/4-årskontroll och språkscreening
- Förenkla vårdgränssnitt och vägen in i vården

Detta handlar dock snarare om att bland regionerna säkerställa en förmåga och en vilja att jobba med kulturanpassning av vårdprocesser där behovet identifieras eller uppstår över tid.

En process bör etableras för hur önskemål kan adresseras från patienter eller vårdpersonal i frågor där kulturanpassning av en vårdprocess kan vara aktuell. Processen behöver ha tydliga kriterier för vad som accepteras in i den (den får inte ersätta andra processer för exempelvis avvikelshantering i vården, men skulle däremot kunna ha en väg in från sådan avvikelshantering om problem av den här typen kommit in där).

Regioner bör själva få välja hur de vill jobba med frågorna, med eget ägandeskap eller med mer stöttning från exempelvis kunskapsnätverket. Kunskapsnätverket bör i vilket fall alltid finnas tillgängliga åtminstone som stöd och som sakkunniga, om inte som drivande utifrån givet mandat.

## Insatser för en högre grad av kulturerkännande

### Bakgrund och behovsanalys

Utifrån hur viktig kulturen är för en individs eller en grups identitet skulle aktiviteter, insatser och investeringar som främjar samisk kultur och samiska kulturella uttryck sannolikt verka för att reparera skadade delar av förtroendet för det svenska samhället. På det här sättet skulle även regionerna, genom att främja samisk kultur, kunna jobba för det (och inte minst ett reparerat förtroende för vården).

### Insatser

Det finns en rad andra åtgärdsförslag som också verkar för detta, inte minst de med kulturkompetens- eller språkkoppling. Det finns dock även aktiviteter att genomföra med mer omedelbar koppling.

Vi bör verka för en högre grad av kulturerkännande på alla fronter där möjligt. Konkret skulle det kunna innebära t ex följande:

- Att öka förekomsten av samisk konst vid vårdinrättningar i regionerna
- Att låta samiska uttryck påverka färg och form på vårdinrättningar och vid nybyggnationer

Det här är med andra ord frågor som vi behöver verka för ur ett tämligen långsiktigt perspektiv och där målgruppen för påverkan behöver vara regionledningarna.

De samiska organisationerna bör bjudas in till att vara delaktiga inom ramen för dessa ambitioner när väl ett initiativ kan vara på gång.



## Införa säsongsbetonade lokala vårdinsatser för renskötande samisk befolkning

### Bakgrund, orsakssamband och behovsanalys

Ett sätt att säkerställa en bättre anpassad vårdprocess för renskötande samer vore för vården att finnas där särskilt då det kan behövas. Här vet vi nu också att det under vissa intensiva perioder under året är mer skadetätt bland renskötande samer, liksom det också kan ske mer geografiskt koncentrerat. Det skapar ypperliga möjligheter för vården att finnas där på plats.

Det skulle säkerställa att vård fanns där den behövs, när den behövs. Det skulle också möjliggöra vård för renskötare som, pga. arbetsbördan, i normala fall skulle välja bort vård.

### Insatser

Det bör ske ett arbete med att identifiera vilka hälsocentraler som bör kunna göra sådana här insatser. De aktuella samebyar som kan komma att beröras av detta bör tidigt bjudas in till dialogen för att säkerställa ett så lyckat resultat som möjligt.

## Definiera en modell för 'Samiskanpassad hälsocentral'

### Bakgrund, behovsanalys

Det här åtgärdsförslaget skulle inte i sig ha någon omedelbar praktisk betydelse, men skulle kunna vara möjliggörande för andra lösningar och – framförallt – vägledande i att få ut andra definierade lösningar på bredd i vårdorganisationerna.

Kopplingar finns framförallt till behov kring anpassade vårdprocesser, anpassade vårdgränssnitt och kultur- eller språkorienterade behov.

### Insatser

Arbetet skulle innebära att en arbetsgrupp (förslagsvis bestående av Kunskapsnätverket för samisk hälsa samt med både samisk representant samt primärvårdsrepresentant) först bedriver ett arbete med att definiera vad en samiskanpassad hälsocentral innebär. Exempel på saker som det skulle kunna innebära finns på aktuell hälsocentral:

- Flexibelt kontaktgränssnitt (ex tele, chat, mail)
- Flexibelt vårdgränssnitt, exempelvis att kunna erbjuda patient videobesök
- Att vård- eller hälsocentral kan försäkras ha uppnått en viss nivå av kulturförståelse (vad en försäkrans innebär behöver i sådana fall också definieras)
- BVC/språkscreening på samiska språk
- Förmåga att stötta samebyar särskilt vid kritiska perioder under året

Därefter skulle den här modellen vara ett verktyg och ett stöd i arbetet med att få ut en bättre samisk anpassning i framförallt primärvården i regionerna. Den skulle på ett enkelt sätt kunna vara hälsocentralers måttstock för vad som skulle innebära att de "nått fram".

## Crane-projektet

### Bakgrund

Crane-projektet<sup>16</sup> är ett externt EU-projekt som drivs internationellt och där Region Västerbotten agerar koordinerande. En förväntad effekt av projektet är möjligheten för patienten att välja vilken eller vilka vårdgivare som ska kunna se dess journal. Detta mappar därmed mot ett identifierat behov för t ex patienter som säsongsvis befinner sig i olika regioner.

### Insatser

Inga omedelbara insatser.

Avvakta projektets framfart. Vid behov stötta. Vid behov adressera samiska behov till projektet.

---

<sup>16</sup> Crane-projektet: <https://cordis.europa.eu/project/id/965277>

## Utbildning av vårdpersonal i samisk kulturkompetens

### Bakgrund, orsakssamband och värden

Det finns en rad potentiella problem i mötet mellan en samisk patient och behandlare med direkt koppling till huruvida behandlaren har samisk kulturkompetens eller ej. En god nivå av kulturkompetens bland vårdpersonal skulle sannolikt avhjälpa problem både på kort och på lång sikt, den skulle:

- ha en omedelbar och direkt positiv effekt på möten mellan patient och behandlare – bidra till bättre vård
- på sikt troligen börja reparera förtroendet mellan vårdapparaten och den samiska befolkningen.

### Behovsanalys

Utbildningsbehovet på linjenivå syftar till att ge behandlare bästa möjliga förutsättningar att ge god och jämlik vård till samisk befolkning. För att säkerställa framgång bör därför dessa utbildningar ges kanske mest tankemöda.

*Det pågår redan aktiviteter i vården kopplat till detta. Detta åtgärdsförslag syftar till att addera till den befintliga strategin i regionerna.*

### Förutsättningar

Vissa delar av vårdorganisationerna har större vinning av att öka nivån av kulturkompetens. Följande 3 faktorer kan betraktas som styrande:

- **Mängd vårdmöten/behandlare:** dvs de kategorier av vårdenheter som har en högre andel patientbesök med samisk befolkning, exempelvis primärvård inom specifika geografiska områden
- **Särskilt problematiska områden:** områden där vi vet idag att det finns stora problem i vårdmöten utifrån en avsaknad av kulturförståelse bland många behandlare, exempelvis inom psykiatri
- **Särskilt viktiga områden:** områden i vården där vi av annat skäl idag vet att det finns brister eller problem att adressera, exempelvis 4-årskontrollers språkscreening inom ramen för primärvårdens barnavårdscentraler

Annan styrande förutsättning är hur denna åtgärd innebär att vi behöver nå stora mängder personal med utbildningen. Det kommer vara extra viktigt att säkerställa ledningsstrukturers engagemang i frågan.

### Format

Att skapa egna engagemang bland individerna som går utbildningen bör anses vara det mest önskvärda och det som på sikt säkerställer störst effekt av utbildningen. Enklaste sättet att nå dit i det här fallet vore genom att visa på mänskliga värden och erfarenheter. De orättvisor, det förtryck och den diskriminering samer fått leva genom i Sveriges historia är väldokumenterad och tekniskt sett okomplicerad att berätta om. Färska negativa erfarenheter från vården idag finns det också många berättelser om. Saker som dessa bör definitivt vara en del av utbildningsinnehållet.

Utbildningsstrukturen bör vara enligt läroplan i stil med befintlig e-utbildning från kunskapsnätverket för samisk hälsa.<sup>17</sup>

Utbildningsformatet bör i första hand präglas av kvalitet, men det bör finnas olika format och olika medier att ta del av utbildningen genom. Det bör erbjudas e-utbildning likväl som lärarledd distansutbildning, salsutbildning, längre och kortare sådana.

Höga krav på lämplighet bör ställas på utbildaren. Det bör endera vara en person med samisk bakgrund eller en "eldsjäl" med goda kunskaper i problematiker kopplat till vård och samiska erfarenheter.

Inför en utbildningsinsats bör formatet för den bli det som passar bäst utifrån rådande lokala förutsättningar, men utifrån att vi vill leverera högsta möjliga kvalitet. De 2 kategorier av faktorer som påverkar detta är:

- 1) hur engagerade man är i frågan från det aktuella vårdområdet (dvs hur mycket utrymme vi får)
- 2) faktorerna under tidigare del *förutsättningar*.

Exempel:

---

<sup>17</sup> Se <http://www.samiskhalsa.se/>

- En vårdenhet där vi kanske fått sparka in dörrar för att nå fram kanske vi behöver nöja oss med att man går igenom en e-utbildning
- En vårdenhet där vi välkomnas och själva får välja hur mycket tid som behövs läggas på utbildning: där kör vi salsutbildning i det mest kvalitativa formatet
- En vårdenhet som exempelvis endast är en klinisk/fysiologisk utförare (exempelvis inom kirurgi) och ej har en annan patientkontakt kanske utifrån detta kan genomgå en enklare utbildning

### Insatser och distribution

Kortsiktigt bör utbildningen prioriteras till de geografiska områdena med högsta andel samisk befolkning. Den bör dessutom prioriteras till de vårdområden där vi ser största effekt, dvs högaktuella områden utifrån faktorerna under avsnittet *förutsättningar*.

På lång sikt bör utbildning ske av samtlig vårdpersonal i någon form. Då inte all utbildning tillför samma värde bör det dock ske i enlighet med någon slags prioriteringsordning. Det skulle i ett första skede kräva att en kartläggning sker av samtliga vårdenheter i varje region samt att man bildar sig en uppfattning om bland vilka vårdenheter värdet av utbildning är störst. Därefter kan en långsiktig planering av utbildning, region för region, göras.

Detta arbete behöver ej utifrån några praktiska skäl ske i synergi mellan regionerna.

## Utbildning av ledning i samisk kulturkompetens

### Bakgrund, orsakssamband och värden

*Det ska poängteras att det redan idag finns ledningsgrupper runt om i regionerna som jobbar med dessa frågor. Följande åtgärdsförslag utgår ifrån vidare insatser och ämnar addera till den befintliga strategin.*

Det finns en rad olika direkta och bakomliggande problem, samt orsaker kopplade till dessa, vars förebyggande åtgärder kan och bör ha sin början i utbildning av ledningsgrupper på alla nivåer. Sedan är inte alla ledningsgrupper av samma betydelse och inte heller för samma typer av frågor, men i de allra flesta fall har de bäring på detta arbete i stort. En del på större frågor, andra på mindre, men alla med möjligheten att i någon grad påverka sitt sammanhang i positiv riktning.

Ett par exempel:

- Vårdpersonal i vårdorganisationer generellt: hur ska de förväntas förstå vikten av samisk kulturkompetens om inte det gynnas av en ledning med densamma?
- Hur arrangeras aktiviteter/insatser utifrån samiska behov om inte åtminstone ett par väl valda ledningsgrupper själva har ett visst mått kulturkompetens?
- Hur ska vårdorganisationerna kunna utforma framtidens vård som tar höjd för den samiska livsstilen om dessa inte besitter kulturkompetens?

**Utbildning av ledning i kulturkompetens har inte i sig en direkt positiv påverkan på mötet med patienten, men skulle i sammanhanget fungera som en möjliggörare av det på väldigt många olika plan.**

### Behovsanalys

Behovet kan beskrivas som motsvarande den utbildning vårdpersonal behöver, men med några undantag utifrån ett lite annorlunda syfte. Syftet förändras från att i fallet vårdpersonal grovt beskrivet handla om att bygga kulturkompetens inför ett möte med människan (patienten) - i fallet ledare handlar det om att bygga kulturkompetens i syfte att stötta organisationen och skapa möjligheter till ett bättre möte med människan.

Följaktligen bör utbildningen:

- ifråga om utbildningsinnehåll vara kortare men behålla djup och integritet i frågor som kan ha koppling till vårdprocessers utformning (ex livsstilsfrågor med bäring på vardagliga förutsättningar)
- istället praktiskt under tillfället verka för samtal och diskussion för möjliggörande av andra omedelbara insatser i kulturkompetensfrämjande syften samt andra aktiviteter

## Förutsättningar

Erfarenheter från arbete med ledningsgrupper säger att ju högre upp vi kommer i organisationerna desto mer respekt behöver vi ha för deras tid. Detta är en framgångsfaktor, samtidigt som vi behöver ta utbildningsinnehåll och kvalitet i beaktande för att överhuvudtaget leverera på syftet med utbildningen. I vanlig ordning dikteras spelreglerna (vilken mängd tid vi får till detta) bäst av den chef, eller det chefsled, den aktuella ledningsgruppen rapporterar till, men med det ett minimum i tid utifrån vad vi anser behövs för att insatsen ska ge avsedd effekt.

## Format

Då en betydande del av syftet med utbildningstillfället är att initiera andra mer värdeskapande aktiviteter så innebär det vissa begränsningar på utbildningsformatet. Den ska ej innebära envägskommunikation där vi trycker ut ett budskap utan vi vill skapa dialog och diskussion – vi vill skapa engagemang och vi vill komma till skott med annat. Den behöver således ske i synkron form för att säkerställa en samlad grupp och de dialoger som uppmanas under tillfället. Vi vill möjliggöra omedelbar koordinering och samarbete i den aktuella ledningsgruppen, något som kräver att deltagarna har en aktiv dialog med varandra.

Höga krav på lämplighet bör ställas på utbildaren. Det bör endera vara en person med samisk bakgrund eller en "eldsjäl" med goda kunskaper i problematiker kopplat till vård och samiska erfarenheter.

Utbildningen bör ej vara en och samma utbildning för samtliga ledningsgrupper vi kan komma att nå i samtliga regioner utan bör vara anpassat utifrån den aktuella målgruppen det gäller samt vilka förutsättningar som finns (som vi fått och som vi eventuellt vet sedan innan att vi har: lokala förutsättningar, problem eller annat).

Ett par exempel:

- En ledningsgrupp i mindre relevant specialistsjukvårdsområde: bör få en mer generell utbildning och syfta till en generell utbildning i kulturkompetens även bland vårdpersonal – innehållet bör handla om kulturkompetens generellt, men vårdmötet, vårdprocesser, vårdstrukturer och vad man kan göra där.
- En regionledning på hög nivå som inte enbart ansvarar för hälso- och sjukvårdsfrågor: bör få en generell utbildning i kulturkompetens och med särskild tyngd på regioners juridiska ansvar. Utöver det bör tyngd läggas på att verka för finansiering av lämpliga insatser

## Insatser och distribution

Utbildningarna bör vara löst koordinerade på nationell nivå (alltså mellan de 4 aktuella regionerna och deras representanter i kunskapsnätverket för samisk hälsa). Det bör åtminstone finnas en medvetenhet regionerna emellan om att det då sker de eller de insatserna. En gemensam strategi kan vara rekommenderad för att lyckas med specifika åtgärder, men i övrigt bör devisen "vi går in där vi får komma in" gälla.

En strategi bör tas fram för i vilken ordning vi vill ta oss an ledningsgrupper i varje enskild region. I vilken ordning, i vilken takt och utifrån vilka eventuella synergier vill vi göra det. Finns lokala syften i den enskilda regionen att försöka konstruera strategin utifrån? Finns lokala brister, och därmed behov, att adressera?

## Inrättande av certifikat i samisk kulturkompetens

### Bakgrund

Det bör finnas en strävan mot att göra samisk kulturkompetens till något attraktivt för den gemene behandlaren. Ett sätt att säkerställa detta vore att skapa ett slags kvalifikations- samt belöningsssystem med hjälp av t ex en egeninrättad certifiering (kanske som samarbete mellan de aktuella regionerna). Det skulle alltså innebära certifiering på individnivå.

### Förutsättningar

Förutsättningarna bör vara goda för detta. Det är en aktivitet som bör komma som följd efter insatserna kring kulturkompetens, så dessa kommer sannolikt sätta mycket av nivå och definition för ett eventuellt certifikat.

## **Insatser**

Förberedande dialoger och aktiviteter bör kunna inledas närhelst intresse finns.

## 4. Diskussion

Följande stycken är en blandning av objektiva och subjektiva reflektioner.

### Intervjuerna av regionernas tekniska representation

De gemensamma slutsatser som kunde dras ur intervjuerna med den här gruppen förväntades från början vara ganska få, och så föll det även ut. Syftet gick framförallt ut på att förstå vilken teknik som nyttjades inom ett par digitaliseringsområden i vården, vilken mognad varje region har inom digitalisering, samt hur en framtid eventuellt kan komma att se ut vad gäller plattformar etc. Dessa syften uppfylldes.

Utöver detta kom det även fram många andra intressanta insikter men som inte har tydliga platser i denna förstudie. Samtliga intervjuade objekt kan däremot anses ha goda förståelser för hur jobba med teknik som stöd för vård i den egna regionen. De bör alla begäras delta inom ramen för relevanta initiativ som kan komma ur denna förstudie.

### Intervjuerna av regionernas vårdorganisatoriska representation

Vi gick in i dessa intervjuer väldigt förutsättningslöst. Syftet var inte helt glasklart mer än att vi visste att den här gruppen behövde vara med. Av det skälet blev intervjumaterialet högst begränsat och den traditionella intervjun ersattes snarare av en strukturerad dialog med ett par tydliga syften med dialogen. Intervjun fick sen ta den väg den tog utifrån vad varje intervjuobjekt hade att berätta om.

Det ska även nämnas att de roller förstudien hade tillgång till var väldigt varierad ifråga om profession, ansvarsområden, mängd ansvar osv. Skälet till det var att vi avsåg tydliggöra *generella* förutsättningar, möjligheter och utmaningar för regionerna, inte regionspecifika sådana. Hade vi haft en mer avgränsad och jämförbar representation från varje region hade vi kunnat dra djupare jämförbara slutsatser, men å andra sidan blivit begränsade till ett smalare område i vården.

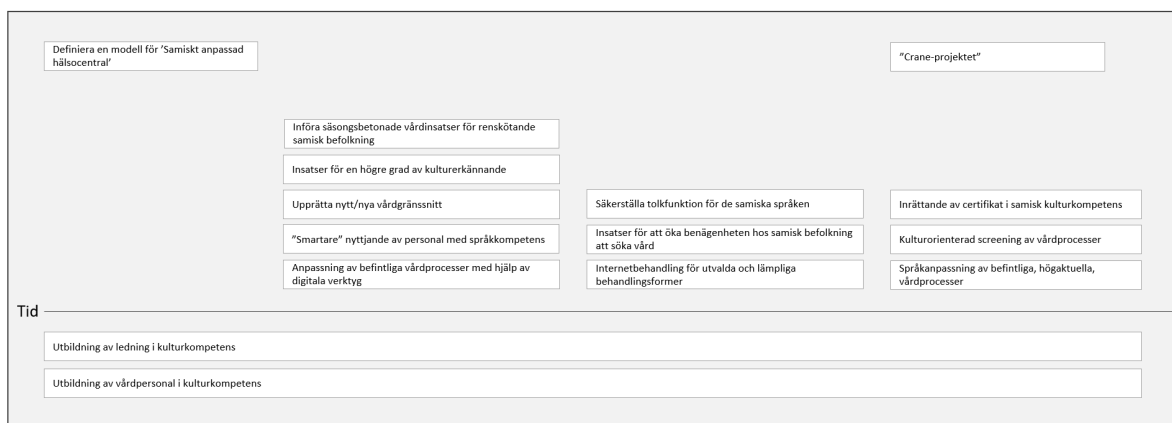
Detta har lett till att slutsatserna på området vårdorganisatoriska förutsättningar endera blev generella och på en väldigt hög nivå eller väldigt områdesspecifika och på en sådan nivå att den inte rakt av kunde antas gälla över alla regionerna.

### En roadmap för implementationer

De föreslagna åtgärdsförslagen i denna förstudie varierar väldigt mycket i vad de i praktiken innebär att införa, i synnerhet i fråga om hur stor ansträngning de kan innebära. De kan också variera beroende på hur brett eller djupt man vill gå ut med en specifik lösning.

Sedan finns även vissa kopplingar dem emellan utifrån ett möjliggörande perspektiv. Det finns åtgärdsförslag som är svåra att genomföra, men som kan underlättas genom att göra ansatsen med dem efter en annan åtgärd är genomförd. Det finns också aktiviteter som med fördel genomförs parallellt, och andra där det inte spelar någon roll. Så gott som alla åtgärdsförslag har dock en rekommenderad sekventiell plats längs en hypotetisk tidslinje.

Allt som i någon mening är kulturkompetensutvecklande aktiviteter är sådant som behöver fortsätta drivas framåt parallellt med annat. De bör betraktas som förutsättningar för samtliga andra aktiviteter och åtgärder och som sådana blir de aldrig helt färdiga.



Se som bilaga 3. Aktiviteter bör bedrivas i ordning från vänster till höger, undantaget är de aktiviteterna högst upp som skulle kunna ske oberoende av andra aktiviteter.

Kommentarer (utifrån åtgärdsförslagsnumrering):

- **Upprätta nytt/nya vårdgränssnitt:** Behöver framförallt, sannolikt, en primärvårdsövergripande förankring, varför ledningars engagemang är en grundläggande förutsättning. Därefter finns andra åtgärdsförslag med eventuell koppling till denna lösning, varför den bör ses som ett prioriterat område.
- **"Smartare" nyttjande av personal med språkkompetens:** Man genomför med fördel denna åtgärd t ex tillsammans med ett nytt vårdgränssnitt. Sedan finns det givetvis en stor mängd andra scenarion och situationer då detta kan och bör ske.
- **Anpassning av befintliga vårdprocesser med hjälp av digitala verktyg:** Kräver inte kulturkompetens bland ledningar men skulle underlättas av det.
- **Utbildning av vårdpersonal i kulturkompetens:** Då utbildning av vårdpersonal i kulturkompetens är en så stor och omfattande aktivitet kommer ledningars engagemang vara avgörande för dess framgång.
- **Säkerställa tolkfunktion för de samiska språken:** Man väntar med fördel till lite senare i kedjan innan denna åtgärd genomförs, då ytterligare möjligheter kan finnas i och med tidigare genomförda åtgärder. Framförallt kan befintliga tolkorganisationer lösa ut eventuella frågetecken på dessa områden när frågor kommer i ropet, något de själva sannolikt är bäst lämpade att göra.
- **Insatser för att öka benägenheten hos samisk befolkning att söka vård:** Beroende på vad den samiska upplevelsen är av ett specifikt vårdområde kan detta vara en åtgärd vi med fördel väntar med att genomföra. Kan vi förbättra förutsättningarna för anpassade vårdprocesser innan så kan det vara strategiskt korrekt ur ett långsiktigt perspektiv i fråga om förtroendet för vårdapparaten.
- **Internetbehandling för utvalda och lämpliga behandlingsformer:** Internetbehandling skulle kunna vara ett fokusområde från start men skulle lämpligen underbyggas först av utbildning i kulturkompetens. Också, beroende på vad insatserna innebär, kan det finnas ett behov av att låta andra åtgärdsförslag genomföras först då det skapar nya möjligheter för internetbehandling i form av nya gränssnitt (exempelvis om vi gör införanden i samband med nya vårdgränssnitt).
- **Inrättande av certifikat i samisk kulturkompetens:** Denna åtgärd ges sannolikt bäst förutsättningar om den föregås först av utbildning av ledning i kulturkompetens och sedan, åtminstone till viss del, även utbildning av vårdpersonal i detsamma. Utifrån en sådan ordning skulle vissa delar av vårdpersonalen kunna ges denna certifiering och därmed skapas en attraktivitet och ett omedelbart "har eller har inte".
- **Kulturorienterad screening av vårdprocesser:** Denna åtgärd har väldigt lösa kopplingar till andra åtgärder, men vore oerhört svårt att göra från start på motsvarande sätt som den kommer gå att göra när väl andra åtgärdsförslag är genomförda. Den är inte heller en engångsinsats utan snarare

en attityd och approach i vårdorganisationen. En högre grad av kulturkunskap och kulturmedvetenhet behöver finnas bland vårdorganisationerna innan detta kan ske med goda förutsättningar.

- **Språkpassning av befintliga, högaktuella, vårdprocesser:** Även denna åtgärd skulle lämpligast genomföras efter andra lösningar finns, framförallt utifrån de nya förutsättningar som kan komma av dem. Det är sannolikt även så att behovsbilden bakom detta åtgärdsförslag förändras rejält när väl andra lösningar finns på plats.
- **Definiera en modell för "Samiskt anpassad hälsocentral":** Detta arbete kan inledas när som helst men kan behöva kommuniceras på bredd lite mer strategiskt och eventuellt i tandem med andra aktiviteter eller införanden.
- **Crane-projektet:** Ett eget projekt som lever sitt eget liv, vi kan inte påverka det i någon utsträckning.
- **Utbildning av ledning i kulturkompetens:** Den enskilt starkast möjliggörande aktiviteten som också bör föregå alla andra aktiviteter där vårdorganisationen är en del av arbetet.
- **Införa säsongsbetonade vårdinsatser för rensköttande samisk befolkning:** Bör gå att börja driva bland aktuella hälsocentraler så snart vi fått en förankring bland aktuella ledningsgrupper.
- **Insatser för en högre grad av kulturerkännande:** Mycket av detta sker på en makronivå och handlar framförallt om rätt finansiering, så att ledning blivit invigda i kulturkompetens och fått upp ögonen för frågan är definitivt en viktig möjliggörande aspekt.

## Ett tydligt prioriteringsarbete

Alla åtgärdsförslag innebär olika positiva konsekvenser, av olika betydelse, på kort sikt eller på lång sikt, och som kan ha olika betydelse inom olika områden. Alla åtgärdsförslag innebär också olika insatser, svårare eller lättare, som tar längre tid eller som tar kortare tid, större eller mindre investeringar, och som kan variera utifrån vilket område man ger sig in på. Det finns också ett mått av risk kopplat till alla åtgärder, vissa är säkerligen enklare att genomföra än andra.

För att säkerställa maximal effekt av detta arbete är en rekommendation att det görs en noggrann avvägning med alla dessa faktorer i beaktande innan man bestämmer sig för vad som ska göras och i vilken ordning.

En prioriteringsmodell kan vara ett gott stöd i det arbetet och skulle kunna innehålla följande faktorer:

- Kostnad
- Tidsåtgång
- Komplexitetsgrad
- Risk
- Slutgiltigt värde för patienter och det samiska sammanhanget

Det kräver dock då också att man tydligt definierat vad en insats innebär samt att den är konkret och uppnåelig. Stora breddinsatser bör t.ex. brytas ned i mindre delar.

Som exempel: åtgärdsförslagen på temat *utbildning i kulturkompetens* är inte tillräckligt tydliga i sin befintliga definition för att sätta en realistisk tidsplan för eller prislapp på. De behöver i sådana fall få preciserade faktorer gällande vilket område det gäller och hur stort antal personal som ingår (ex primärvården i Dalarna, utifrån det kan både personalantalet samt kostnaden för utbildningen tas fram).

En sådan modell skulle ge en tydligare bild av vad som bör göras, till vilken grad, vilken bredd, samt vad det skulle kunna tänkas kosta och vad det kan ge. Men då de värden vi är ute efter i detta arbete inte riktigt är mätbara, såsom mycket annat, kommer modellen som sådan aldrig att bli perfekt.

## Om lagar och juridiskt stöd

Det finns en rad nationella lagar och internationella konventioner som talar om urfolks- och/eller minoriteters rättigheter ifråga om t ex kulturellt utövande, språkliga rättigheter, skydd mot diskriminering etc.



Redan i regeringsformens första kapitel går att läsa "Samiska folkets och etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv ska främjas". (Lag (2010:1408)). I språklagen §8 går att läsa "Det allmänna har ett särskilt ansvar för att skydda och främja de nationella minoritetsspråken." Detta är ett axplock av de lagar och det stöd som finns där för en nationell minoritet såsom det samiska folket.

På internationell nivå finns exempelvis *Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR)* från FN, liksom *Urfolksdeklaration*.

Sedan ska nämnas att en nation som Sverige förväntas leva upp väl till dessa lagar och konventioner. Om vi jämför det med en annan nation som kanske har svårt att ens säkerställa föda till sina invånare så är inte förväntan på kulturområdet lika dramatisk där.

Samiska språk omnämns i lagtexterna som "Samiska" och det är en omedelbar observation att samiska ju utgörs inte av 1 utan av 5 språkformer (i Svenska Sápmi). Det är dock en rimlig tolkning att den praktiska applikationen av vad ett språk är i ett givet sammanhang hör ihop med vad det eller de dominanta språken i den aktuella regionen är. Dvs, befinner vi oss i en given kontext i Norrbotten kan nordsamiska, lulesamiska eller pitesamiska antas vara det, eller de, språk lagtexten syftar på.

Det samiska folket är både ett urfolk och en nationell minoritet.

## De ekonomiska förutsättningarna, då och nu

Orättvisor i samhället, bl a i vården, mot samer kan antas ha funnits där så länge det här varit ett gemensamt sammanhang. I mycket samma situationer då som nu. Om vi däremot väljer att jämföra förutsättningarna mellan nu och exempelvis 30 år sedan så är de helt andra.

Tack vare tekniken, de digitala verktyg som finns inom en rad områden, finns nu helt nya möjligheter att börja brygga några av dessa orättvisor som tidigare varit så svåra bryta. Vård på fjället, något som för 30 år sedan skulle behövt innebära helikopterresande vårdpersonal eller sjukhustäta fjällkedjor, det har vi idag möjlighet att i de flesta fall brygga med tekniska hjälpmedel.

Möjligheterna finns. Tiden är nu.

## 5. Ordlista

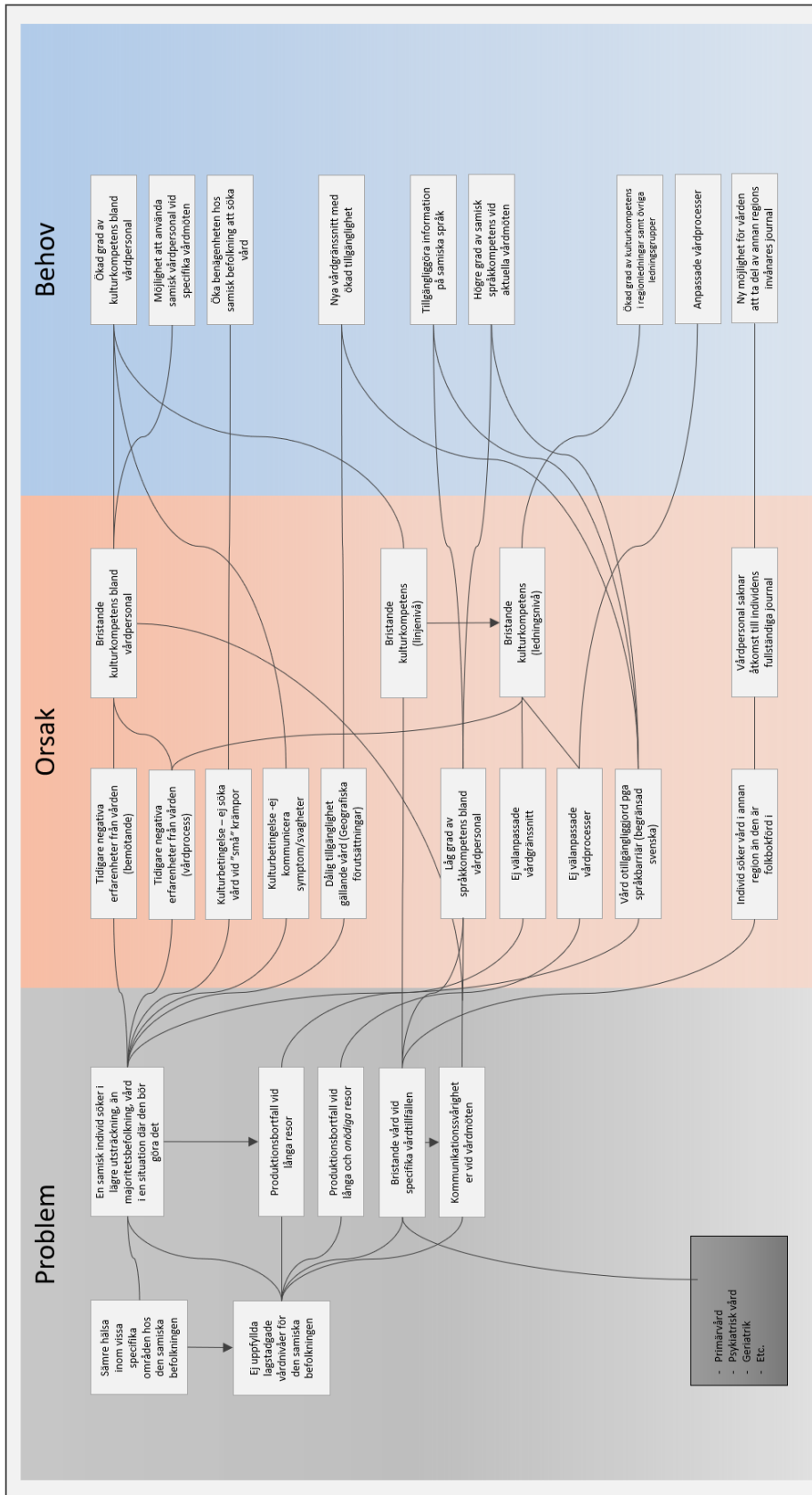
Behandlare	Vårdpersonal i någon mening: sjuksköterska, läkare, undersköterska, psykolog, kurator, sjukgymnast etc.
Behandlingsprocedur	En fysisk åtgärd på en patient inom ramen för en behandling
Bestycka	Att utrusta eller bemanna en funktion med en förmåga, kompetens eller praktiska medel
Bollplank	En person eller funktion med hög kompetens inom ett område och som andra parter kan vända sig till för stöd i de aktuella frågorna
BVC	Barnvårdscentral
Digitala verktyg	Elektroniska system eller verktyg, ofta genom en dator, mobiltelefon eller surfplatta, som förenklar eller förbättrar praktiska moment för behandlare eller patient, eller förenklar ett gränssnitt
Digitalisering	Resan från analoga lösningar till elektroniska lösningar på problem
Distansvård	Vård på distans, där patient och behandlare inte befinner sig på samma fysiska plats utan får använda tekniska hjälpmedel för att kommunicera
Funktion	En utpekad och definierad förmåga och roll i en organisation, kan vara en grupp eller en individ med ett eget specifikt syfte i ett sammanhang
iKBT	Internet-KBT
Internetbehandling	Behandling via internet, exempelvis via 1177:s Stöd & Behandling. Behandlare lägger ut behandlingsprogram på nätet och patienten kan komma åt dem t ex med hjälp av Bank-ID.
Kulturbetingelse	Ett fenomen i t ex en individs attityd, inställning eller beteende som kommer av kulturella faktorer
Kulturkompetens	Kompetens, kunskap och förståelse gällande en specifik kultur, dess livsvillkor och uttryck
Lösningsstrategi	Hur en lösning kan implementeras utifrån olika förutsättningar
Minoritet	I detta sammanhang motsvarande <i>etnisk</i> minoritet
Nationell minoritet	En minoritet som fått särskilda rättigheter i t ex Sverige (i Sverige är dessa romer, judar, tornedalingar, sverigefinnar samt samer (som även är urfolk))
Process	Ett sekventiellt skeende där de olika delarna verkar för en gemensam helhet
Samiska språk	Här åsyftas de samiska språkformer vi har i Sverige: nordsamiska, sydsamiska, pitesamiska, lulesamiska samt umesamiska
Screening	Granskning av något
Språkkompetens	Kompetens i språk, tillräckligt god kompetens för att kunna föra samtal med en patient i vårdsammanhang

Språkscreening	Den screening som sker inom ramen för 4-årskontroller i Sverige
Urfolk	De etniska grupper som är ättlingar till de första mänskliga invånarna i ett visst geografiskt område
Videomöte	Ett möte mellan ett par individer via videolänk, i detta sammanhang mellan en behandlare och en patient
Vårdapparat	Hela den samhällsfunktion som är sjukvården
Vårdenhet	En avdelning i vården, kan ha en eller flera mottagningar men ansvarar för ett specifikt område
Vårdgränssnitt	En kontaktyta mellan en vårdenhet och invånare/patienter, oftast ansvarar en mottagning för sitt/sina vårdgränssnitt
Vårdpersonal	Personal i vården, synonymt med behandlare
Vårdprocess	Ett förfarande för en viss typ av behandling eller ett visst vårdförlopp. Kan även vara kontroller eller annat som sker inom ramen för hälso- och sjukvården men som inte berör direkta sjukdomstillstånd

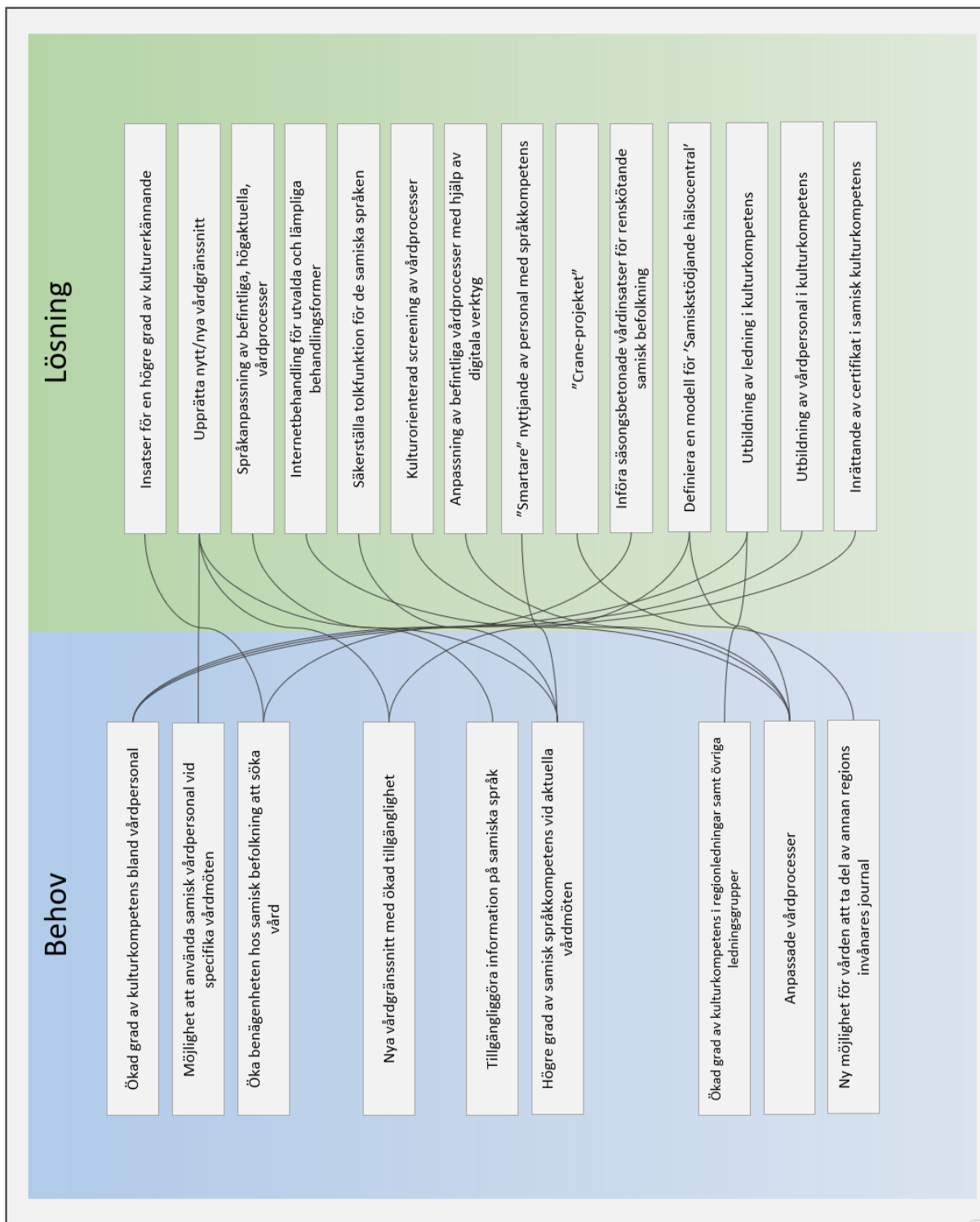
## 6. Källförteckning

1. L. Daerga, P. Sjölander, L. Jacobsson, A. Edin-Liljegren, *The confidence in health care and social services in northern Sweden - a comparison between reindeer-herding Sami and the non-Sami majority population*, Scandinavian Journal of Public Health, 2012
2. Statistik för Stöd & Behandling på 1177-plattformen, <https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/statistik-for-stod-och-behandling/>, Inera, 2021
3. Kunskapsnätverket för samisk hälsa, *Webbenkät om erfarenheter och önskemål beträffande hälso- och sjukvården*, 2018
4. P. Hunt, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, 2008
5. *Språklag SFS 2009:600*, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/spraklag-2009600\\_sfs-2009-600](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/spraklag-2009600_sfs-2009-600).
6. *Kungörelse om beslutad ny regeringsform SFS 1974:152*, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kungorelse-1974152-om-beslutad-ny-regeringsform\\_sfs-1974-152](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kungorelse-1974152-om-beslutad-ny-regeringsform_sfs-1974-152).
7. *Lag om nationella minoriteter och minoritetsspråk SFS 2009:724*, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2009724-om-nationella-minoriteter-och\\_sfs-2009-724](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2009724-om-nationella-minoriteter-och_sfs-2009-724).
8. *Hälso- och sjukvårdslag SFS 2017:30*, [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)
9. *Visibacare*, <https://www.visibacare.com/sv/>
10. *Plattform24*, <https://plattform24.se/en/>
11. *Cambio*, <https://www.cambiogroup.com/our-solutions/cambio-cosmic/>
12. *Comprehensive Treatment of Chronic Patients in Rural Areas* ("Crane"), <https://cordis.europa.eu/project/id/965277>
13. *SANKS*, <https://finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/sanks>

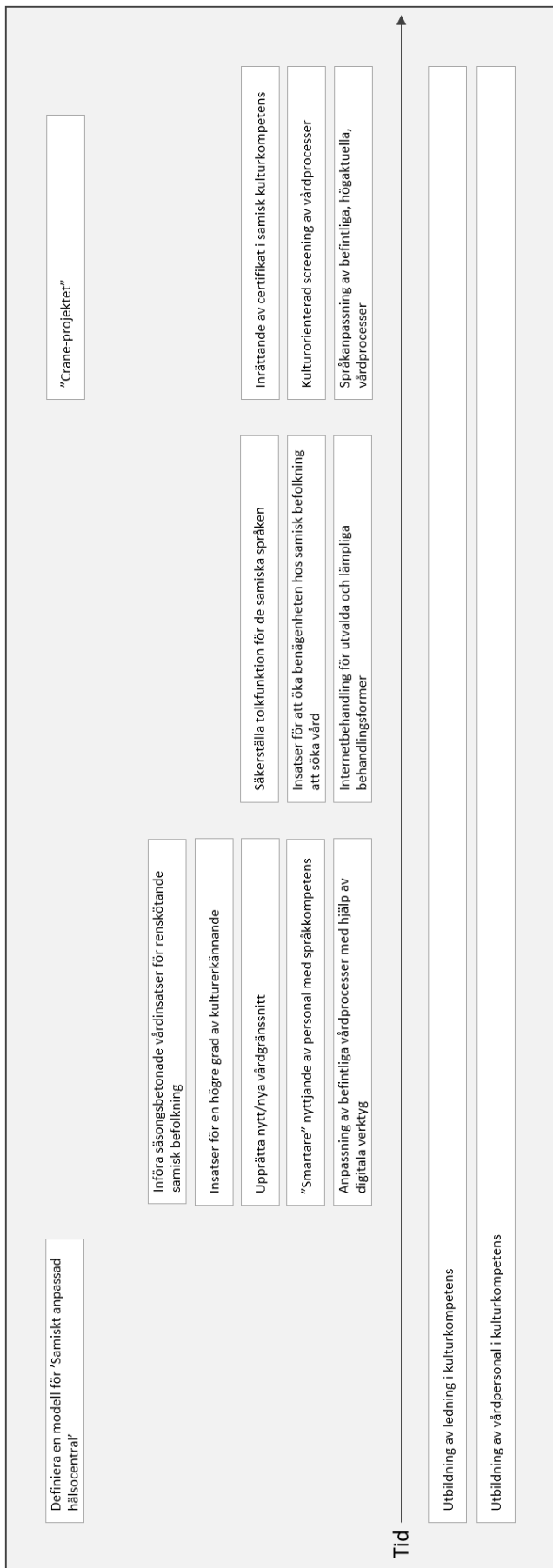
# 7. Bilagor



Bilaga 1: Sambandsmodell: Problem-orsak-behov



Bilaga 2: Sambandsmodell: Behov-Lösning



Bilaga 3: Roadmap för implementationer.

