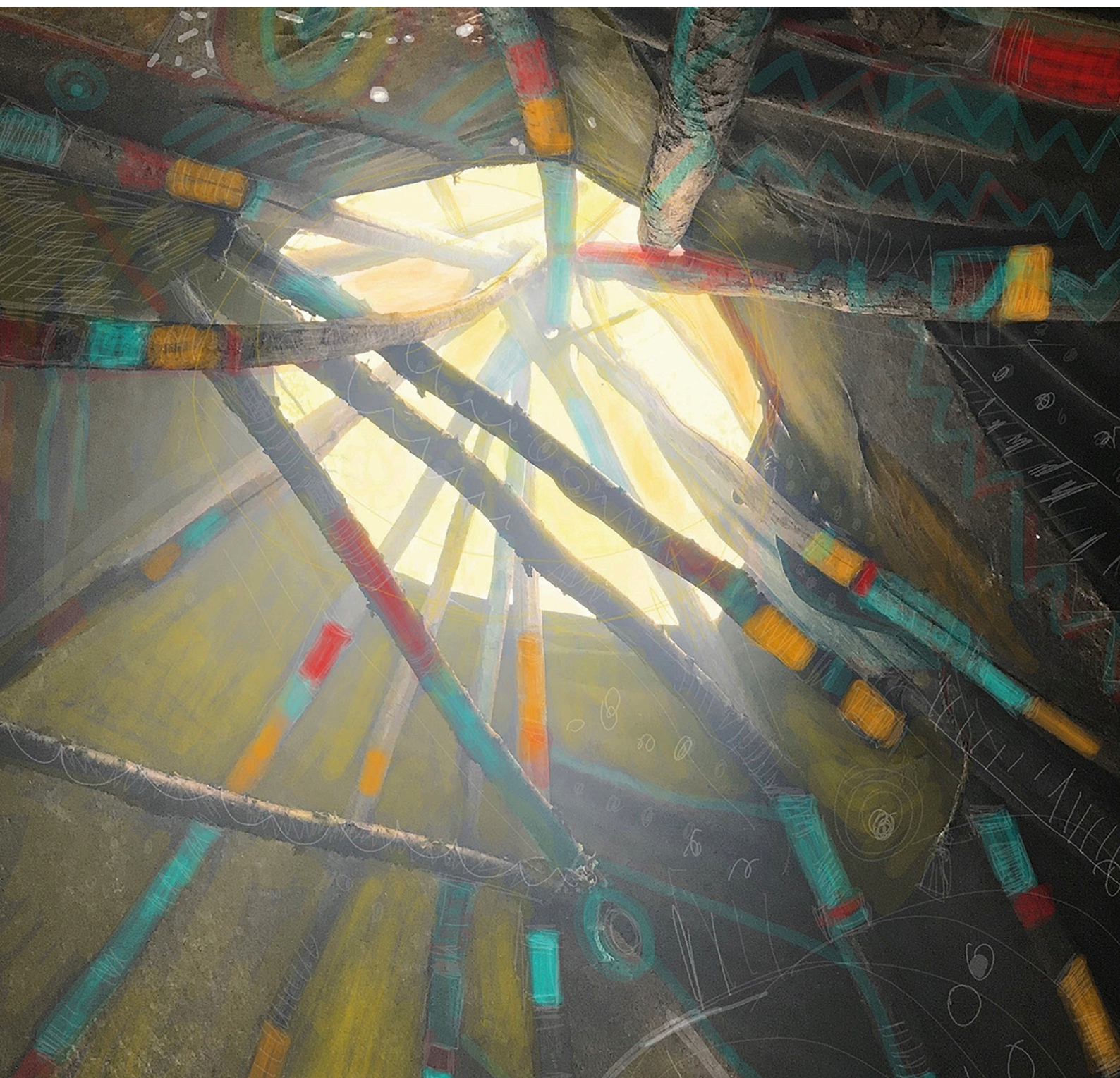


Likeverdige spesialisthelsetjenester til samene i Norge

Seammavyörtegs spesialistehealsoedienesjh saemide Nöörjesne
Avtaárvvusasj sierratjehpe varresvuoda dievnastusá sámijda Vuonarijkan
Dásseárvosaš spesialistadearvvašvuodábálvalusat sápmelaččaide Norggas



Til Helse- og omsorgsdepartementet

Dette ekspertutvalget ble nedsatt av regjeringen i juni 2025 for å gjennomføre en utredning for å vurdere om statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivaretatt i spesialisthelsetjenesten, og vurdere eventuelle behov for tiltak. Videre ble utvalget bedt om å vurdere organiseringen av spesialisthelsetjenesten til samiske pasienter i hele Norge og vurdere og foreslå hvordan spesialisthelsetjenesten kan rekruttere bemanning med nødvendig kompetanse i møte med den samiske befolkningen.

Ekspertutvalget legger med dette fram vår rapport.

Oslo/Oslove, 16. oktober 2026

Kjetil Mujezinović Larsen, utvalgets leder

Siv Eli Kvernmo, utvalgets nestleder

Finn Arne Bieski-Selfors

Frode Boyne

Ánne Lájlá Westerfjell Kalstad

Tone Kristin Kjær

Jan Gunnar Skogås

Stine Slørdal

Tuva Svendsen

Live Husan, sekretariatsleder

Steinar Straume Hjelmaas, sekretariatsmedlem

Baard-Christian Schem, sekretariatsmedlem

Innhold

Sammendrag og anbefalinger på norsk	10
Sammendrag og anbefalinger på sørsamisk	13
Sammendrag og anbefalinger på lulesamisk	16
Sammendrag og anbefalinger på nordsamisk	19

1 Ekspertutvalgets mandat, sammensetning og arbeid

1.1	Bakgrunnen for opprettelsen av utvalget	22
1.2	Mandat	23
1.3	Forståelse av mandatet, avgrensinger og begrepsavklaringer	23
1.3.1	Den folkerettslige vurderingen	23
1.3.2	Spesialisthelsetjenesten	24
1.3.3	«Tilfredsstillende helsetjenester»	24
1.3.4	«Den samiske befolkningen» og «relevante områder der det bor mange samer»	24
1.3.5	Samiske navn i rapporten	25
1.4	Ekspertutvalgets sammensetning	25
1.5	Ekspertutvalgets arbeid	25
1.5.1	Møter	25
1.5.2	Skriftlige innspill	27
1.5.3	Øvrig kunnskap og redskaper	28
1.6	Annet utvalgsarbeid og andre pågående prosesser	29

2 Bakgrunn om samene og samenenes helse

2.1	Innledning	30
2.2	Om samene	30
2.2.1	Samene som urfolk	30
2.2.2	Mangfold og samisk identitet	30
2.2.3	Befolkningsstørrelse og geografisk utbredelse	31
2.2.4	Samfunnsutvikling og levekår	33
2.2.5	Samiske politiske institusjoner og internasjonalt samarbeid	34
2.2.6	Samiske språk	35
2.2.7	Fornorskingspolitikken	36
2.3	Samenes helse	37
2.3.1	Kunnskapsgrunnlaget	37
2.3.2	Generelt sykdomsbilde – somatikk	39
2.3.3	Hets, diskriminering og minoritetsstress	40
2.3.4	Psykisk helse	40
2.3.4.1	Psykisk helse i samiske samfunn	40

2.3.4.2	Rus og avhengighet	42
2.3.4.3	Selvmord og selvmordsforebygging	42
2.3.4.4	Vold og overgrep	43
2.3.5	Helsesituasjonen i ulike grupper	43
2.3.5.1	Barn og unge	43
2.3.5.2	Eldre	44
2.3.5.3	Kvinner	44
2.3.5.4	Menn	45
2.3.5.5	Funksjonsvariasjon	45
2.3.5.6	Personer med ulik seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk	45
2.3.6	Kulturforståelse i samisk helse	46
2.3.6.1	Språk, kulturforståelse og kompetanse	46
2.3.6.2	Samisk tradisjonsmedisin og metoder	48
2.3.7	Utvikling og bruk av helse- og omsorgstjenester til samene	49
2.3.7.1	Utviklingen av spesialisthelsetjenester til samene – historikk	49
2.3.7.2	Samers bruk av helsetjenester	50
2.3.7.3	Tilgang, kulturell trygghet, kvalitet og likeverdige tjenester	51

3	Myndighetenes folkerettslige forpliktelser	53
3.1	Innledning	53
3.2	Relevante samerettslige utgangspunkter	53
3.3	ILO-konvensjon nr. 169 i norsk rett	55
3.4	Oversikt over relevante bestemmelser i ILO-konvensjon nr. 169	57
3.4.1	Artikkel 25	57
3.4.2	Artikkel 7 nr. 2	59
3.4.3	Artikkel 34	60
3.5	Andre menneskerettslige og folkerettslige forpliktelser	60
3.5.1	FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter	60
3.5.2	FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter	61
3.5.3	FNs erklæring om urfolks rettigheter	61
3.6	Retten til tilfredsstillende spesialisthelsetjenester	62
3.6.1	Rettighetens anvendelse for spesialisthelsetjenesten	62
3.6.2	Rettighetens innhold	63
3.6.3	Rettighetens geografiske anvendelsesområde	66
3.6.4	Adgangen til fleksibel gjennomføring	66
3.7	Retten til selvbestemmelse, medbestemmelse og selvstyre	68
3.8	Sammenfatning av de folkerettslige forpliktelsene som legges til grunn for utvalgets vurderinger	71

4	Premisser for utvalgets vurderinger	72
4.1	Innledning	72
4.2	Overordnet retts- og verdigrunnlag for helsetjenestene	72
4.3	Rettslige rammer for samiske spesialisthelsetjenester	73
4.3.1	Nasjonal rett	73
4.3.1.1	Det rettslige grunnlaget	73
4.3.1.2	Kvalitet, likeverdighet, tilgjengelighet og tilpassing til pasientens behov	75
4.3.2	Folkerettslige forpliktelser	76
4.4	Kunnskapsgrunnlag og faktiske premisser	77
4.4.1	Historiske forhold og tillit	77
4.4.2	Pasientperspektivet	77
4.5	Prinsipper og hensyn ved organisering – utvalgets normative utgangspunkter	78
4.6	Overordnede mål og vurderingskriterier	79
4.6.1	Overordnede mål	79
4.6.2	Vurderingskriterier	79
4.6.2.1	Innledning	79
4.6.2.2	AAAQ anvendt som vurderingsramme	79
4.6.2.3	Supplerende kriterier	80
4.7	Oppsummering av premisser, mål og kriterier	80

5	Dagens organisering og andre lands organisering	82
5.1	Dagens organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen	82
5.1.1	Nasjonalt ansvar	82
5.1.2	Regionalt ansvar	82
5.1.2.1	Sørge-for-ansvaret	82
5.1.2.2	Oppgavene som skal løses i spesialisthelsetjenesten	83
5.1.2.3	RHF-styrene	85
5.1.2.4	RHF-enes oppdrag	85
5.1.2.5	Helse Nord/Davvidearvvašvuohta/Varresvuohta nuortta/ Healoe noerhte	86
5.1.2.6	Helse Midt-Norge	87
5.1.2.7	Helse Sør-Øst	88
5.1.2.8	Helse Vest	89
5.1.3	Lokalt ansvar og samhandling	89
5.1.3.1	Lokalt ansvar i spesialisthelsetjenesten	89
5.1.3.2	Helseforetakene	89
5.1.3.3	Finnmarkssykehuset HF/Finnmárkku buohccevissui	91
5.1.3.4	Sámi klinihkka	91
5.1.3.5	Kommunale tjenester og samhandling	92
5.1.3.6	Samiske helseteam	94
5.1.4	Noen utfordringer ved dagens organisering	95

5.2	Andre lands organisering	97
5.2.1	Innledning	97
5.2.2	Sverige	97
5.2.3	Finland	98
5.2.4	Danmark/Grønland	98
5.2.5	USA/Alaska	99
5.2.6	New Zealand	99
5.2.7	Canada	100
5.2.8	Australia	101
5.2.9	Oppsummering av erfaringer fra andre land	101

6	Organisering og tiltak	103
6.1	Innledning	103
6.2	Utvalget foreslår tre hovedtiltak	103
6.2.1	Utvalgets forslag til hovedtiltak	103
6.2.2	Nasjonal enhet for samisk helse	103
6.2.3	Samiske helseteam	103
6.2.4	Samiske sykehusprogram	104
6.2.5	Nasjonal enhet, helseteam og sykehusprogram som et felles nettverk	105
6.2.6	Utvalgets øvrige tiltak og grunnleggende utgangspunkter	105
6.2.6.1	Sørge-for-ansvaret	105
6.2.6.2	Økt samisk innflytelse i alle regionale helseforetak	105
6.2.6.3	Økt samisk kompetanse i alle regionale helseforetak	105
6.2.6.4	Rom for tradisjonell medisin	106
6.2.6.5	Øremerkede midler	106
6.2.6.6	Økt bruk av digitalisering	106
6.2.6.7	Bedre pasientreiseordning	106
6.2.6.8	Styrking for samer og ikke-samer	106
6.2.7	Overordnede prinsipper for tiltakene som helhet	107
6.2.7.1	Samisk selvstyre og medbestemmelse	107
6.2.7.2	Tilgjengelighet og nasjonalt tilbud	108
6.2.7.3	Kvalitet, kompetanse og faglig robusthet, samordning og integrasjon	108
6.2.7.4	Gjennomførbarhet og kompleksitet, økonomi og ressursbruk	109
6.3	Organisering av den nasjonale enheten	110
6.3.1	Innledning	110
6.3.2	Tidligere foreslått organisering	110
6.3.3	Mulige former for organisering	111
6.3.3.1	Innledning	111
6.3.3.2	Helseforetak	111
6.3.3.3	Stiftelse og ideelt aksjeselskap	111
6.3.3.4	Særlovregulert organ	112

6.3.3.5	Nasjonale sentre i spesialisthelsetjenesten	112
6.3.4	Utvalgets forslag til organisering av den nasjonale enheten	114
6.3.4.1	Fellestrekk for enheten uavhengig av organisasjonsform	114
6.3.4.2	Utvalgets alternativer for organisering av den nasjonale enheten	115
6.3.5	Vurdering av utvalgets alternativer for organisering av den nasjonale enheten	117
6.3.5.1	Samisk selvstyre og medbestemmelse	118
6.3.5.2	Tilgjengelighet og nasjonalt tilbud	118
6.3.5.3	Kvalitet, kompetanse og faglig robusthet, samordning og integrasjon	119
6.3.5.4	Gjennomførbarhet og kompleksitet, økonomi og ressursbruk	119
6.4	Utvalgets samlede vurderinger av tiltak og organisering	120
6.4.1	Forutsetninger for vellykket gjennomføring av tiltak og organiseringsendringer	120
6.4.2	Sammenfatning	122

7	Bemanning	124
7.1	Innledning	124
7.2	Bemanning med «nødvendig kompetanse»	124
7.3	Status for bemanning med helsekompetanse og samisk kompetanse	125
7.4	Tiltak og strategier for å sikre nødvendig kompetanse innen spesialisthelsetjenesten	126
7.4.1	Tiltak for å rekruttere, beholde og øke kompetanse	126
7.4.1.1	Innledning	126
7.4.1.2	Eksisterende planer og tiltak	126
7.4.1.3	Erfaringer og kunnskap om rekruttering i distriktskommuner	127
7.4.2	Helsetjenesten som arbeidsplass	130
7.4.2.1	Stillingsutlysninger som etterspør samisk språk- og kulturkompetanse og fortrinnsrett	130
7.4.2.2	Planmessig og aktiv rekrutteringsstrategi	130
7.4.2.3	Lønnsvilkår og økonomiske insentiver	130
7.4.2.4	Permisjon med lønn og stipend for fagutdanning	131
7.4.2.5	Arbeidsvilkår: velferdsordninger, arbeidstid og vaktordninger, arbeidsmiljø og ledelse, fleksible stillinger og delte stillinger	131
7.4.2.6	Stabiliseringsprogram og tilpassede karriereløp for ansatte med samisk kompetanse	132
7.4.2.7	Kurs og kompetanseheving	133
7.4.3	Utdanningssektoren	133
7.4.3.1	Grunnutdanning og videregående opplæring	133
7.4.3.2	Universitets- og høyskolesektoren	133
7.4.4	Tiltak i andre sektorer enn helse og utdanning	136
7.5	Utvalgets samlede vurderinger og anbefalinger	136

8	Digitalisering, teknologi, infrastruktur og samhandling	140
8.1	Innledning	140
8.2	Digital hjemmeoppfølging	140
8.3	Tilgang til tolk, oversettelsesteknologi og informasjon	141
8.4	Digital samhandling og infrastruktur	141
8.5	Analyse, kunnskapsutvikling, kompetanseheving og innovasjon	142
8.6	Utvalgets samlede vurderinger og anbefalinger	142
9	Økonomiske og administrative konsekvenser	144
9.1	Innledning	144
9.2	Økonomiske konsekvenser	144
9.3	Organisatoriske og administrative konsekvenser	145
9.4	Personellmessige konsekvenser	146
9.5	Samfunnsøkonomiske konsekvenser	147
	Kilder og litteratur	148



Sammendrag og anbefalinger på norsk

Kapittel 1 beskriver utvalgets mandat og arbeid.

Kapittel 2 gir bakgrunn om samene og samisk helse. Samene er Norges urfolk. Fornorskingspolitikken har hatt store konsekvenser for språk, kultur, identitet og tillit til offentlige tjenester, og påvirker fortsatt helse og livskvalitet. Kunnskapsgrunnlaget viser at samer på mange områder har tilsvarende helse som befolkningen ellers, men at utfordringer knyttet til psykisk helse, diskriminering, minoritetsstress, vold og tilgang til språk- og kulturtilpassede tjenester krever særlig oppmerksomhet. Likeverdige tjenester forutsetter kunnskap om samisk språk, kultur, historie og levekår.

Kapittel 3 gjennomgår statens forpliktelser overfor samene når det gjelder spesialisthelsetjenesten. Som urfolk har samene rett til tilfredsstillende helsetjenester som ivaretar språk, kultur og tradisjonelle medisinske praksiser. Retten gjelder for samer i hele Norge, men det er rom for geografiske variasjoner i hvilke tjenester som tilbys. Som urfolk har samene en utstrakt rett til selvstyre og medbestemmelse både i utformingen av samiske helsetjenester og i styringen av dem. Det må erkjennes at det rent rettslig ikke er helt klart hvor omfattende denne retten er innenfor spesialisthelsetjenesten. Utvalget forstår det samlede rettskildet bildet slik at samene har rett til selv å utforme sine spesialisthelsetjenester og å ha kontroll over disse slik de er i stand til og ønsker, og at myndighetene skal samarbeide med samene om å få dette til. Samene har rett til selvstyre over en særskilt samisk spesialisthelsetjeneste og rett til reell medbestemmelse i språk- og kulturtilpassing for helsetjenester som er felles for samene og storsamfunnet.

Kapittel 4 beskriver premissene for utvalgets vurderinger. Utvalget legger til grunn at utviklingen av samiske spesialisthelsetjenester må bygge på samenes rettigheter som urfolk, erfaringene fra fornorskningen og behovet for forsoning. Tjenestene må kjennetegnes av samisk innflytelse, høy faglig kvalitet, språk- og kulturkompetanse, likeverdig tilgang og bærekraftig ressursbruk.

Kapittel 5 beskriver dagens organisering av samiske spesialisthelsetjenester, sentrale utfordringer ved dagens modell og erfaringer fra andre lands organisering av helsetjenester til urfolk.

I kapittel 6 anbefaler utvalget at det etableres en nasjonal struktur for samiske spesialisthelsetjenester, bestående av tre gjensidig forsterkende hovedelementer: en nasjonal enhet for samisk helse, samiske helseteam og samiske sykehusprogram. Formålet er å styrke samisk selvstyre og medbestemmelse, sikre mer likeverdig tilgang til språk- og kulturtilpassede tjenester, bygge opp og spre samisk helsekompetanse og legge til rette for mer helhetlige pasientforløp i hele landet.

Utvalget anbefaler at sørge-for-ansvaret fortsatt ligger hos staten og de regionale helseforetakene, slik det er for resten av befolkningen. Dette begrunnes med at samiske pasienter skal ha tilgang til den ordinære spesialisthelsetjenestens samlede kapasitet, infrastruktur og medisinske kompetanse, at ansvaret må følge pasientenes geografiske tilhørighet, og at det verken anses som realistisk eller ønskelig å etablere en egen samisk spesialisthelsetjeneste med et selvstendig sørge-for-ansvar. Videre vil et eget sørge-for-ansvar kunne svekke de regionale helseforetakenes ansvar for samiske pasienter i egne områder.

Utvalget legger til grunn at samisk språk- og kulturkompetanse skal styrkes i alle de regionale helseforetakene, at samisk representasjon sikres i styrende organer i alle regionale og noen lokale helseforetak, og at samisk tradisjonell medisin og kulturtilpassede behandlingsformer skal kunne inngå som supplement til ordinær behandling, når dette er ønsket av pasienten og faglig forsvarlig.

Utvalget mener at øremerkede midler og forutsigbar finansiering er en grunnleggende forutsetning for utviklingen av samiske spesialisthelsetjenester. Øremerket finansiering på poster på statsbudsjettet må omfatte den nasjonale enheten, samiske helseteam, samiske sykehusprogram og særskilte tiltak for bemanning og kompetanseutvikling. Nytt avsnitt:

Utvalget mener at spesialisthelsetjenestene må bli mer tilgjengelige gjennom økt bruk av ambulante tjenester, mer desentraliserte spesialisthelsetjenester og bruk av digitale konsultasjoner. For pasienter som fortsatt må reise, må pasientreiseordningen forbedres. Utvalget anbefaler en gjennomgang av pasientreiseordningen med særlig oppmerksomhet på samiske pasienters behov.

Samiske helseteam bør etableres i relevante områder for å styrke samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, gjøre samisk språk- og kulturkompetanse tilgjengelig nærmere pasientene og bidra til mer sammenhengende pasientforløp. Samiske sykehusprogram bør etableres ved sykehus med tilstrekkelig pasientgrunnlag for å sikre samiske pasienter tilgang til språk-, kultur- og støttetjenester under sykehusopphold.

Dagens Sámi klinihkka/SÁNÁG/SANKS bør videreutvikles til en ny nasjonal enhet for samisk helse med både kliniske funksjoner og et utvidet nasjonalt ansvar for forskning, fagutvikling, kompetansespredning, språk- og tolketjenester, opplæring av pasienter og pårørende samt koordinering av de samiske helseteamene og sykehusprogrammene. Utvalget har vurdert fire alternativer for organisering av den nasjonale enheten: Nasjonal enhet for samisk helse som en videreutvikling av dagens struktur, som et datterselskap, som eget helseforetak eller organisert som en ny organisasjon/særskilt rettssubjekt som ikke er et foretak. Alle alternativene innebærer en styrking sammenlignet med dagens organisering og vurderes å kunne bidra til bedre ivaretagelse av samiske pasienters behov og rettigheter. Forskjellene mellom alternativene gjelder i hovedsak grad av organisatorisk selvstendighet, integrasjon i helseforetakssystemet og administrativ kompleksitet. Utvalget vurderer at alternativene innenfor helseforetakssystemet gir sterkere integrasjon med eksisterende strukturer og kan være enklere å gjennomføre, mens alternativ 4 gir den sterkeste institusjonelle forankringen av samisk selvstyre. Utvalget mener at dette er det aller viktigste kriteriet. Alternativ 4 er derfor utvalgets foretrukne alternativ for organiseringen av en nasjonal enhet for samisk helse.

Utvalget understreker at vellykket gjennomføring forutsetter øremerkede midler, styrket kunnskapsgrunnlag om samisk helse, økt samisk representasjon i styrende organer, styrket samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og en ny nasjonal handlingsplan for samiske helse- og omsorgstjenester.

I kapittel 7 svarer utvalget på spørsmålene i mandatet om bemanning og rekruttering. Utvalget vurderer at mangel på personell med samisk språk- og kulturkompetanse er en av de største utfordringene for utviklingen av likeverdige samiske spesialisthelsetjenester. Tilgang på slik kompetanse er en grunnleggende forutsetning for gode og kulturelt tilpassede tjenester til samiske pasienter.

Utvalget anbefaler en helhetlig og langsiktig strategi for rekruttering, kompetanseutvikling og stabilisering av personell med samisk språk- og kulturkompetanse. Helseforetakene bør arbeide mer aktivt og systematisk med rekruttering, kartlegge behovet for samisk kompetanse og etterspørre samisk språk- og kulturkompetanse ved ansettelser når dette er relevant. Arbeidet bør omfatte aktive rekrutteringsstrategier, økonomiske virkemidler, kompetanseheving, utdanningstiltak, fleksible arbeidsformer og tiltak for å beholde personell over tid. Utvalget peker på behovet for mer systematisk opplæring i samisk språk- og kulturkompetanse i UH-sektoren. Utvalget anbefaler også styrking av utdanningsløpene for personell med samisk språk- og kulturkompetanse, herunder tolkeutdanning, studiekvoteordninger, praksisplasser og andre tiltak som kan sikre framtidig rekruttering.

Kapittel 8 handler om digitalisering, teknologi, infrastruktur og samhandling. Utvalget vurderer at digitalisering og teknologi er viktige virkemidler for å sikre tilgjengelige, likeverdige og kulturelt tilpassede spesialisthelsetjenester til samiske pasienter. Teknologiske løsninger kan redusere betydningen av store geografiske avstander, gjøre samisk språk- og kulturkompetanse tilgjengelig på tvers av kommuner og regioner og bidra til bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Utvalget anbefaler økt bruk av digital hjemmeoppfølging, videokonsultasjoner, samiske tolketjenester og samiskspråklige digitale helseløsninger samt satsing på forskning, innovasjon og kompetanseutvikling innen samisk helseteknologi.

Kapittel 9 redegjør for økonomiske og administrative konsekvenser. Utvalget legger til grunn at utviklingen av samiske spesialisthelsetjenester krever langsiktig og øremerket finansiering. Forslagene vil kreve langsiktig satsing på personell og kompetanse, men forventes over tid å gi betydelige gevinster gjennom mer likeverdige og tilgjengelige tjenester, bedre pasientforløp, tidligere diagnostikk, redusert reisebelastning, bedre ressursutnyttelse og økt tillit til helsetjenesten. Slik kan forslagene bidra til å styrke det samiske samfunnet i tråd med Grunnloven § 108.



Sammendrag og anbefalinger på sørsamisk

1. kapihtele moenehtsen mandaatem jñh barkoem buerkeste.

2. kapihtele duekiem saemiej jñh saemien healsoen bijre vadtá. Saemieh leah Nöörjen aalkoeåålmege. Daaroedehtemepolitihke lea stoerre konsekvensh gielese, kultuvrese, identiteetese jñh leajhtadæmman byögkeles dienesjidie åtneme, jñh annje healsoem jñh jieledekvaliteetem baajnehte. Daajroevåarome vuesehte gelline suerkine saemiej lea seammalaaketje healsoe goh jeatjah årrojñ, men haestemñ viedteldihkie psykiske healsoe, sierredæmman, unnebelåhkoeraassan, vædtsoehvoetese jñh baahtsemasse gieles- jñh kultuvresjiehtedamme dienesjidie, sjiere tsåatskelesvoetem krieveh. Seammavyörtogs dienesjh daajroem krieveh saemien gielen, kultuvren, histovrijen jñh jieledehtsiehkies bijre.

3. kapihtele buerkiestimmiem vadtá staaten åeliedimmijste saemiej vööste spesialistehealsoedienesjen sisnjelen.

Goh aalkoeåålmege saemiej lea reaktá eensí jñh hijven healsoedienesjh åadtjodñ mah gielem, kultuvren jñh aerpievuiekien medisijnen praksisidie gorredieh. Reaktá lea faamosne saemide abpe Nöörjesne, men gåarede geograafeles joekehtsh dienesjefaalenassesne utnedh. Goh aalkoeåålmege saemiej lea vijries reaktá jñtjeståvrose jñh meatanmieriedæmman dovne hammoedimmesne saemien healsoedienesjijstie jñh stuvremisnie dejstie. Tjuara våaroemasse biejedñ reaktan mietie ij leah eevre tjyölkehke annje man vijries daate reaktá lea spesialistehealsoedienesjen sisnjelen. Moenehtse våaroemasse beaja dihte ellies reaktagaaltijeguvvie dåarjodte saemiej lea reaktá jñtjñh sijjen spesialistehealsoedienesjh hammoedidñ jñh kontrollen dej bijjeli utnedh, dan mearan dej lea kapasiteete jñh sjaavnjoe dam darjodñ, jñh åejvieladtjñ edtjies saemiejgumie laavenjostedñ guktie dam buektiehtieh. Saemiej lea reaktá jñtjeståvrose sjiere saemien spesialistehealsoedienesjen bijjelen, jñh reaktá tjñelkelaakan meatan årrodñ mieriedidñ gieles- jñh kultuvresjiehtedimmesne healsoedienesjidie, mah ektie saemide jñh stoerreseabradahkese.

4. kapihtele premisside moenehtsen vuarjasjimmiem buerkeste. Moenehtse våaroemasse beaja evtiedimmie saemien spesialistehealsoedienesjijstie tjuara våaroeminie utnedh saemiej reaktah goh aalkoeåålmege, dååjrehtimmieh daaroedehtiemistie jñh liktemedaerpiesvoetem. Dienesjh byöroeh saemien baajnehtimmiem tjirkedñ, jolle faageles kvaliteetem, gieles- jñh kultuvremaahtoem, seammavyörtogs baahtsemem jñh nænnoes åtnoem vierhtijste.

5. kapihtele daan beajjetje organiseremem saemien spesialistehealsoedienesjijstie buerkeste, vihkeles haestemñ daan beajjetje modelline, jñh dååjrehtimmieh jeatjah laanti organiseremistie healsoedienesjijstie aalkoeåålmege.

6. kapihtelisnie moenehtse juvnehte nasjonaale struktuvre saemien spesialistehealsodienesjdie tseegkesávva, gusnie golme áejvielemeenth mah sinsitniem nænnoesábpoe darjoeh: akte nasjonaale ektievoete saemien healse, saemien healsoedáehkieh jih saemien skiemtjegåetieprogrammh. Ulmie lea saemien jijtjestávroem jih meatanmieriedimmiem nænnoestidh, vielie seammavyörtogs bahtsemem gieles- jih kultuvresjiehtedamme dienesjdie tjirkedh, saemien healsoemaahtoem tseegkedh jih geerjehtidh, jih elliesábpoe skiemtjijebáehtjierdimmidie sjiehteladtedh abpe laantesne.

Moenehtse juvnehte hoksediedte annje lea staaten jih dej regijonaale healsoegiehtelimmiel luvnie, seammalaakan goh laanten jeatjah ároejidie. Tjielkestimmie lea saemien skiemtjijh edtjiej bahtsemem don siejhme spesialistehealsoedienesjen ektie kapasiteetese, infrastruktuvrese jih medisijnen maahtose utnedh, diedte tjuara árrodh desnie gusnie skiemtjijh árrøeh, jih ij utnieh goh realisteles jallh vaajteles jijtse saemien spesialistehealsoedienesjm tseegkedh jijtjeraarehke hoksediedtine. Akte jijtse hoksediedte maahta sán aaj dej regijonaale healsoegiehtelimmiel diedte saemien skiemtjiji ávteste jijtsh dajvine viesjiehtábpoe darjodh.

Moenehtse váaroemasse beaja gaajhkine regijonaale healsoegiehtelimmine edtja saemien gieles- jih kultuvremaahtoem nænnoestidh, saemien representasjovnem tjirkedh stuvrije orgaanine gaajhkine regijonaale jih sáemies voenges healsoegiehtelimmine, jih saemien aerpieviekien medisijne jih kultuvresjiehtedamme báehtjierdimmieviekien edtjiej maehtedh meatan árrødh goh lissiehtasse siejhme báehtjierdæmman, gosse skiemtjije dam vaajtele jih faageles jearsoe.

Moenehtse meala vihties vierhtieh jih veantadihks beetnehvierhtiedáarjoe leah vihkeles krievenasse jis edtja saemien spesialistehealsoedienesj evtiedidh. Vihties beetnehvierhtiedáarjoe páastine staatebudsjedtesne tjuara dam nasjonaale ektievoetem feerhmedh, saemien healsoedáehkieh, saemien skiemtjegåetieprogrammh jih sjiere ráajvarimmieh barkijidie jih maahtoevtiedæmman.

Byøroe saemien healsoedáehkieh sjyøhtehke dajvine tseegkedh juktie ektiedahkoem tjielten dienesji jih spesialistehealsoedienesjen gaskem nænnoestidh, saemien gieles- jih kultuvremaahtoem jaksoes darjodh skiemtjiji lihkebe, jih vielie iktemierien skiemtjijebáehtjierdimmiem vedtedh. Skiemtjegåetieh gusnie skiemtjijeváarome lea nuekie stoerre byøroeh saemien skiemtjegåetieprogrammh tseegkedh juktie tjirkedh saemien skiemtjijh bahtsemem gieles-, kultuvre- jih dáarjoedienesjdie utnieh gosse skiemtjegåetesne.

Byøroe daan beajjetje Sámi klinihkka /SÁNÁG/SANKS orre nasjonaale ektievoetese saemien healse vijriebasse evtiedidh, dovne klinihkeles funksjovnigujmie jih vijriedamme nasjonaale diedtine suerkiej ávteste goh dotkeme, faageevtiedimmie, maahtoegeerjehtimmie, gieles- jih toelhkedienesj, lierehtimmie skiemtjijistie jih lihkesadtijiste, jih saemien healsoebarkoedáehkieh jih skiemtjegåetieprogrammh koordineeredh. Moenehtse lea njieljie alternatijvh varjasjamme guktie dam nasjonaale ektievoetem organiseeredh: Nasjonaale ektievoete saemien healse goh vijriebasse evtiedimmie daan beajjetje struktuvreste, goh dakteresielte, goh jijtse healsoegiehtelimmiel jallh organisereme goh orre organisasjovne/sjiere reaktasubjekte mij ij leah giehtelimmiel. Gaajhkh alternatijvh nænnoestimmiem vedtieh, viertiestamme daan beajjetje organisereminie, jih varjesje daate maahta saemien skiemtjiji daerpiesvoeth jih reaktah buerebelaakan varjelidh. Joekehtsh alternatijvi gaskem leah áajvahkommes man jijtjeraarehke organisasjovne sjædta, integrasjovne healsoegiehtelimmielssystemesne jih reereles kompleksiteete. Moenehtse varjesje alternatijvh healsoegiehtelimmielssystemen sisnjelen nænnoesábpoe integrasjovnem daaletje struktuvrigujmie vedtieh, jih maahta aelhkebe árrødh dejtie tjirrehtidh, mearan alternatijve 4 dam nænnoesommes institusjonelle viedteldimmiem saemien jijtjestávroste vadta. Moenehtse meala daate lea dihte ellen vihkielommes damtsvæhta. Alternatijve 4 lea dan ávteste moenehtsen uvtemes alternatijve juktie nasjonaale ektievoetem saemien healse organiseredh.

Moenehtse tjerteste lyjhkedihks tjirrehtimmie vihties vierhtieh kreava, bueriedamme daajroevåarome saemien healsoen bijre, jienebh saemien tjirkijh dejnie orgaanine mah stuvrieh, bueriedamme laavenjostoe tjïelten dienesji jïh spesialistehealsoedïenesjen gaskem, jïh orre nasjonaale dahkoesoejkesje saemien healsoe- jïh hoksediënesjidie.

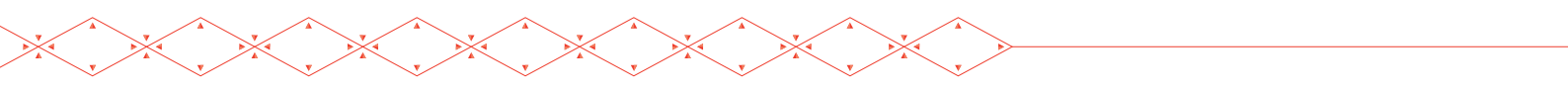
7. kapihtelisnie moenehtse gyhtjelasside mandaatesne vaestede barkiji jïh dåårrehtimmien bijre. Moenehtse vuariesje barkijh mah eah saemien giële- jïh kultuvremaahtoem utnieh lea akte dejstie stööremes haestiemijstie jis edtja seammavyörtegs saemien spesialistehealsoedïenesjh evtiedidh. Dagkeres maahtoem jaksoes utnedh lea vihkeles krievenasse jis edtja hijven jïh kulturelle sjiehtedamme diënesjh saemien skïemtijidie vedtedh.

Moenehtse ellies jïh guhkies strategijem juvnehte juktie dåårrehtidh, maahtoem evtiedidh jïh barkijh saemien giële- jïh kultuvremaahtojne utniehtidh. Healsoegiehtelimmieh byöroeh vielie eadtjohkelaakan jïh systematihkeles dåårrehtimmine barkedh, jïh daerpiesvoetem saemien maahtose goerehtalledh, jïh saemien giële- jïh kultuvremaahtoen mietie gihtjedh gosse daate sjyöhtehke. Barkoe byöroe aktijve dåårrehtimmiestrategijh, ekonomeles vierhkievierhtieh, maahtolutnjemem, ööhpehtimmieråajvarimmieh, fleksijbele barkoevüekieh jïh råajvarimmieh feerhmedh juktie barkijh guhkiem utniehtidh. Moenehtse aaj juvnehte ööhpehtimmieboelhkh barkijidie saemien giële- jïh kultuvremaahtojne nænnoestidh, daan nuelesne toelhkeööhpehtimmie, studijekvotaöörnëgh, praksisesijjieh jïh jeatjah råajvarimmieh mah maehtieh bætijen aejkien dåårrehtimmiem tjirkedh.

8. kapihtele lea digitaliseeremen, teknologijen, infrastruktuvren jïh ektiedahkoen bijre. Moenehtse vuariesje digitaliseereme jïh teknologije leah vihkeles vierhkievierhtieh juktie jaksoes, seammavyörtegs jïh kulturelle sjiehtedamme spesialistehealsoedïenesjh saemien skïemtijidie tjirkedh. Teknologeles diënesjh maehtieh stoorre geografeles gåhkoeh giehpiedidh, saemien giële- jïh kultuvremaahtoem jaksoes darjodh tjïelti jïh regijovni dåaresth, jïh buerebe ektiedahkoem diënesjenjeptjiej gaskem vedtedh.

Moenehtse juvnehte digitaale viehkiem hïejmesne vielie nuhtjedh, videjovekonsultasjovnh, saemien toelhkedïenesjh jïh saemiengïeleldh digitaale healsoedïenesjh jïh dotkemem, innovasjovnem jïh maahtoevtiedimmiem saemien healsoeteknologijen sisnjelen våaroehtidh.

9. kapihtele doh ekonomeles jïh reereles konsekvensh tjïelkestahta. Moenehtse våaroemasse beaja evtiedimmie saemien spesialistehealsoedïenesijstie guhkies jïh vihties beetnehvierhtieh kreava. Uvtelassh sijhtieh guhkies våaroehtimmiem barkijijstie jïh maahtoste kriëvedh, men tïjje doekoe veanhtede daate sæjhta vielie seammavyörtegs jïh jaksoes diënesjh guhkiebasse vedtedh, jïh buerebe bæhtjierdimmie skïemtijijstie, aarebi diagnostihke, vaenebe slæjhtoes feelemh, buerebe åtnoe vierhtijste jïh lissiehtamme leajhtadimmie healsoedïenesjidie. Naemhtie uvtelassh maehtieh viehkiehtidh dam saemien seabradahkem nænnoestidh Maadthlaaken § 108 mietie.



Sammendrag og anbefalinger på lulesamisk

Kapihttaln 1 tjelggiduvvá juohkusa mandáhtta ja barggo.

Kapihtal 2 vaddá duogátjav sámij ja sáme varresvuoda birra. Sáme li Vuona iemeálmuk. Dárojduhttempolitiikka l stuora gássjelisvuodajt dahkam giellaj, kultuvrraj, identitiethtaj ja almulasj dievnastusájda. Dat ájn vájkkut varresvuotaj ja iellemkvalitiethtaj. Máhtto mij miján la, vuonet sámijn la buorre mudduj sámmi buorre varresvuota gá álmugin ietján. Valla mij hæhttup sierraláhkáj liehket diedulattja psykalasj varresvuotaj, nuppástibmáj, minoritiethta stressaj, dierredibmáj ja jut gávnnuji dievnastusá ma li sáme giellaj ja kultuvrraj hiebaduvvam. Avtaárvvusasj dievnastusá gájbbedit máhtov sáme giela, kultuvra, histávra ja iellemdile birra.

Kapihtal 3 gehtjat stáhta vælggogisvuodajt sámij vuoksjuj sierratjehpe varresvuodadienvastusán. Iemeálmugin la sámijn rievtesvuota buorre varresvuodadienvastussaj mij vilet gielav, kultuvrav ja árbbedábálasj medisijnalasj dábiht. Rievtesvuota gullu sámijda Vuonarijkav miehtáj. Valla dievnastusá máhtti rievddat bájkes bájkkáj. Iemeálmugin la sámijn stuorra rievtesvuota ietja mierredit ja stivrrit. Dát guosská sihke gá sáme varresvuodadienvastusáht hábbmi ja gá dajt stivvri. Juridihkalattjat ij la állu tjelgas man vijddát dát rievtesvuota manná sierratjehpe varresvuodadienvastusán. Nammadus miejnni lága ja njuolgadusá vuosedi sámijn la rievtesvuota ietjasa sierratjehpe varresvuodadienvastusáht hábbmit. Galggi aj bessat dievnastusáht stivrrit dan mudduj gá ietja sihti ja bukti. Oajválattja galggi sámij siegen barggat vaj dav jáksi. Sámijn la rievtesvuota ietja stivrrit ietjasa sáme sierratjehpe varresvuodadienvastusáv. Siján la aj rievtesvuota liehket fáron almma láhkáj gá varresvuodadienvastusá ma li aktisattja sámijda ja álmugin ietján galggi sáme giellaj ja kultuvrraj hiebaduvvat.

Kapihtal 4 tjelggi nammadusá árvustallamij vuodov. Nammadus miejnni sáme sierratjehpe varresvuodadienvastus hæhttu vuododuvvat sámij rievtesvuodajda iemeálmugin, dárojduhttema vásádusájda ja sábadime dárbbu. Dievnastusáht galggá liehket sáme vájkkudibme, alla fágallasj dásse, giellamáhtudahka ja guoddelis ressursa adno.

Kapihtal 5 gávvit gáktu sáme sierratjehpe varresvuodadienvastus la organisieriduvvam dálla. Dat láppti aj dálásj modella ájnnašamos hástalusáht, ja vásádusáht ietjá riikkas dan hárráj gáktu li varresvuodadienvastusáht organisierim iemeálmugin.

6. kapihttaln vágot nammadus dahkat nasjávnašasj struktuvrav sáme sierratjehpe varresvuodadienvastusájda. Danna galggi liehket gálmma oase ma guhtik guojmesa nanniji: nasjávnašasj avtahka sáme varresvuotaj, sáme varresvuodajuogos ja sáme skihppijviessoprográmma. Ulmme l nannit sáme iesjmierredimev ja oassálasstemav mierredimen.

Ájggop aj sihkarasstet ienebut avtaárvvusasj dievnastusá ma li sáme giellaj ja kultuvrraj hiebaduvvam, tsieggit ja hádjjet sáme varresvuoda máhtudagáv, ja dilev hiebadit buorep ja ienebut avtatrajá k pasientamannulahkaj rijkav miehtáj.

Nammadus vágot stáhtan ja regiávnálasj varresvuodavidnudagáj n ájn galggá liehket sujttovælggogisvuohta, navti gá k le álmuga hárráj ietján. Sivvan dasi la sáme pasienta galggi bessat divna fámojda, infrastruktuvrraj ja medisijnalasj máhtudagájda ma dá bálasj sierratjehpe varresvuodadievnastusán gávnnuji. Ávdásvásstádus hæhttu tjuovvot pasienta árromsajev. Ij la vejulasj jalik sá vadahtte ásadit sierra sáme sierratjehpe varresvuodadievnastusáv manna la á lles ávdásvásstádus sáme pasientaj ávdás. Sierra ávdásvásstádus sámijt á llásit huksat máhttá aj hæboduhttet ávdásvásstádusáv mij regiávnálasj varresvuodavidnudagáj n la sáme pasientaj gáktuj ietjasa guovlojn.

Nammadus miejn ni sáme giella- ja kultuvrramáhtudahka galggá nanniduvvat divna regiávnálasj varresvuodavidnudagáj n. Sáme galggi aj ávdástuvvam mierrediddje orgánajn divna regiávnálasj varresvuodavidnudagáj n ja muhtem bájkálasj varresvuodavidnudagáj n. Dasi duodden galggá sáme árbbedábálasj medisijnna ja sujttovuoge máhttet aneduvvat aktan dá bálasj sujtujn, gá pasiaennta dav sihtá ja gá dat la fágalattjat dá gálasj.

Nammadus miejn ni sáme sierratjehpe varresvuodadievnastusájda galggi sierra rudá juolloduvvat. Stáhtabudsjehtan hæhttuji liehket mierkkiduvvam pásta ma gá bttji nasjávnálasj avtadagáv, sáme varresvuodajuohkusijt, sáme skihppijviessoprográmmav ja sierra dájmajt barggij áttjudime ja máhtudagáj ávdánahttemij.

Bierrip sáme varresvuodajuohkusav ásadit moatten sajen. Dát luluj nannit aktisasjbargov gieldaj dievnastusáj ja sierratjehpe varresvuodadievnastusáj gaskan, ja luluj dahkat sáme giella- ja kultuvrramáhtudagáv sajenis pasientaj lagábun, ja luluj ienep avtatrajá k pasiaenntamannulagáv oarnnit. Bierrip sáme skihppijviessoprográmmajt ásadit skihppijviesojn gánná li nuoges pasienta. Dát galggá sihkarasstet sáme pasienta oadtju giella-, kultuvrra- ja doarjjadievnastusáj t gá li skihppijvieson.

Dálásj Sáme klinihkka/SÁNÁG/SANKS birri vijddásappot ávdánahteduvvat á dá nasjávnálasj avtadahkan sáme varresvuoda gáktuj. Á dá avtadagán galggi liehket klinihkalasj bargo, ja vijdeduvvam nasjávnálasj ávdásvásstádus dutkama, fá hkaávdánahttema ja dan gaskostime hárráj. Danna galggá aj liehket ávdásvásstádus giella ja dá lkkumdievnastusáj, pasientaj ja lagá musáj á hpadime, ja sáme varresvuodajuohkusij ja skihppijviessoprográmmaj aktidime ávdás. Nammadus la árvustallam niellja vejulasjvuoda gáktu nasjávnálasj avtadagáv máhttá organisierit: Nasjávnálasj avtadahka sáme varresvuoda gáktuj, mij la dálásj struktuvra vijddásap ávdánahttem, vuollásasj vidnudahkan, sierra varresvuodavidnudahkan jali organisieriduvvam á dá organisasjávn nán/sierra riektásubjæktan mij ij la vidnudahka. Divna alternatijva nanniji dálásj organisierima gáktuj. Miejn nip da máhtti vájkkudit váj buorebut huksap sáme pasientaj dárbojt ja rievtesvuodajt. Sieradusá alternatijvaj gaskan li ienemusát makta organisasjávn nán l iesjrá dálasj, man buoragit dat la avtastahteduvvam varresvuodavidnudagáj vuogá dahkaj, ja man gá ssjel dav la háldadit. Nammadus miejn ni alternatijva ma li varresvuodavidnudagáj vuogá dagá sisbielen vaddi nannusap avtastahttemav dajna mij juo gávnnu, ja máhttá aj liehket á lkkebun dáv tjadá dit. Alternatijvva 4 vaddá farra nannusamos tjanástagáv sáme iesjmierredibmáj. Nammadus miejn ni dát la állu ájn nasamos ækto. Danen ævtot nammadus alternatijvav 4 gáktu nasjávnálasj avtadahka sáme varresvuoda gáktuj birri organisieriduvvat.

Juogos dáttot dat gájbbe sierra rudájt, ienep máhtov sáme varresvuoda birra, ienep sáme ávdástiddje mierrediddje orgánajn, buorep aktisasjbargov suohkanij dievnastusáj ja sierratjehpe varresvuodadievnastusá gaskan, ja á dá nasjávnálasj doajmmaplánav sáme varresvuoda- ja huksodievnastusáj hárráj.

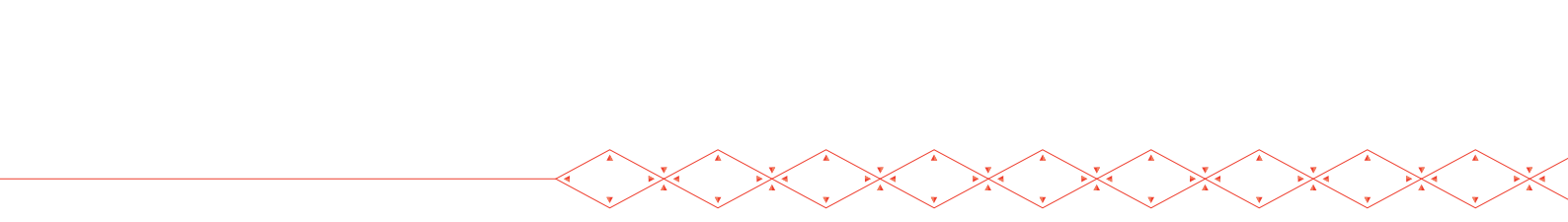
Kapihtal 7:an vásstet nammadus mandáhta gatjálvisájda barggij ja daj áttjudime hárráj. Juogos miejnni akta dajs stuorámus hásstalusájs gá ájggu avtaárvvusaj sáme sierratjehppe varresvuodadienvastusáv ávddánahttet la gá vájlluji bargge gejn la sáme giella- ja kultuvrramáhtudahka. Miján hæhttu liehket dát máhtudahka vaj buktep fállat buorre ja kultuvralattjat hiebaduvvam dievnastusájt sáme pasientajda.

Juogos vágot ábbálasj ja guhkesájggásasj plánav barggij áttjudime, máhttolápptima ja bisodime diehti váj áttjut barggijt gejn la sáme giella- ja kultuvrramáhtudahka. Varresvuodavidnudagá birriji vissjalit ja systematihkalattjat rahtjat váj barggijt áttjudi. Birriji sáme máhtudagáj dárbov kárttit, ja sáme giella- ja kultuvrramáhtudagáv ánodit gá ulmutijit virggáj biedji, jus dat la relevánnta. Dán bargguj birri gullut dájmalasj vuoge gáktu barggijt áttjudit, ienep rudájt fállat, máhtudagájt buoredit, áhpadimdájma, mäsikugis barggovuoge ja dájma ma galggi barggijt guhkebuv bisodit. Nammadus oajvvat aj nannit oahpov barggijda gejn la sáme giella- ja kultuvrramáhtudahka. Dát guosská duola degu dálkkåohppuj, låhkåmkvåvttåårnigijda, hárjjidallambájkijda ja ietjá dájmajda ma máhtti rekruttierimav buoredit boahtteájggáj.

Kapihtal 8 sisadná digitalisierimav, teknologijjav, infrastrukturav ja aktandoajmmamav. Nammadus miejnni digitalisierim ja teknologijja li ájnas ræjdo vaj sáme pasienta oadtju sierratjehppe varresvuodafálaldagáv mij la sadjihin, avtaárvvusaj ja kultuvrraj hiebaduvvam. Teknologijjav diehti ælla guhka gaska desti sæmme guhke. Dan diehti suohkanij ja regiåvnåj rastá bæssá sáme giella- ja kultuvrramáhtudagáv ávkástallat, ja dåvk buoret aktisasjbargov iesjgenga dievnastusdåsij gaskan.

Nammadus oajvvat adnet ienep digitåla sijdatjuovvolimev, videokonsultasjåvnåjt, sáme dálkkumdievnastusájt ja digitåla varresvuodatjoavddusijt sáme giellaj. Birrip aj vuorodit dutkamav, innovasjåvnåv ja máhtudagáj lápptimav sáme varresvuodateknologijja hárráj.

Kapihtal 9 tjielggi gáktu oajvvaduså ruhtadillåj ja håldadibmåj vájkkudi. Nammadus miejnni sáme sierratjehppe varresvuodadienvastusåj ávddánahttem gájbbet sierra ruhtadimev guhkes ájge badjel. Oajvvaduså gájbbedi barggijt ja máhtudagáv vuorot guhkes ájge badjel. Valla ájge milta vuorddep stuora vuojtojt: ienep avtaárvvusaj dievnastuså dåppe gånå dajt dárba, buorep pasiænntamannulahka, árabut diagnostisierim, binnep maneldibme pasientajda, buorep ressursaadno ja ienep luohådus varresvuodadienvastussaj. Navti máhtti oajvvaduså viehkken sáme sebrudagáv nannimin, Vuodolåga § 108 milta.



Sammendrag og anbefalinger på nordsamisk

Kapihtal 1 čilge lávdegotti mandáhta ja barggu.

Kapihtal 2 muitala sámiid ja sámii dearvvašvuođa duogáža birra. Sámit leat Norgga eamiálbmot. Dáruiduhttinpolitihkas leat leamašan stuora váikkuhusat gillii, kultuvrii, identitehtii ja luohitevašvuhtii almmolaš bálvalusaide, ja dat váikkuha ain dearvvašvuhtii ja eallinkvalitehtii. Máhttovuoddu čájeha ahte sápmelaččain leat ollu surggiin seammassuolaš dearvvašvuohta go álbmogis muđui, muhto hástalusat mat čatnasit psyhkalaš dearvvašvuhtii, vealaheapmái, minoritehtastressii, veahkaválddálašvuhtii ja giella- ja kulturheivehuvvon bálvalusaid oazžumii gáibidit erenoamáš fuomášumi. Dásseárvosaš bálvalusat eaktudit máhtu sámii gielas, kultuvrras, historjjás ja eallindiliin.

Kapihttal 3 čielggada stáhta geatnegasvuođaid sámii álbmoga ektui spesialistadearvvašvuođabálvalusas. Eamiálbmogin lea sápmelaččain vuoigatvuohta dohkálaš dearvvašvuođabálvalusaide mat vuhtiiváldet giella, kultuvrra ja árbevirolaš medisiinnalaš geavadagaid. Vuoigatvuohta gusto sámii miehtá Norgga, muhto lea vejolaš ahte sáhttet leat geográfalaš erohusat das makkár bálvalusat fállujuvvojit. Eamiálbmogin lea sámiiin viiddis vuoigatvuohta ieš- ja mielmearrideapmái sihke sámii dearvvašvuođabálvalusaid hábmemis ja daid stivremis. Ferte miedihuvvot ahte rievttálaččat ii leat áibbas čielggas man viiddis dát vuoigatvuohta lea spesialistadearvvašvuođabálvalusas. Lávdegoddi ipmirda ollislaš riektedilálašvuođa nu ahte sápmelaččain lea vuoigatvuohta ieža hábmet iežaset spesialistadearvvašvuođabálvalusaid ja stivret daid nu bures go sii sáhttet ja háliidit, ja ahte eiseválddit galget ovttasbargat sámiiiguin vai dan olahit. Sámiin lea vuoigatvuohta iešstivrejupmái sierra sámii spesialistadearvvašvuođabálvalusa badjel ja vuoigatvuohta duohta mielmearrideapmái dearvvašvuođabálvalusaid giella- ja kultuvrralaš heiveheamis mat leat oktasaččat sámiiide ja stuoraservodahkii.

Kapihttal 4 čilge eavttuid lávdegotti árvoštallamiidda. Lávdegotti vuolggasadji lea ahte sámii spesialistadearvvašvuođabálvalusaid ovddideapmi ferte vuođđuduvvut sámiiid vuoigatvuođaide eamiálbmogin, dáruiduhttinvásáhusaide ja soabadandárbui. Bálvalusaid dovdomearka ferte leat ahte dain lea sámii váikkuheapmi, alla fágalaš dássi, giella- ja kulturgelbbolašvuohta, dásseárvosaš olámuttolašvuohta ja guoddevaš resursageavaheapmi.

Kapihtal 5 čilge sámii spesialistadearvvašvuođabálvalusaid dálá organiserema, guovddášhástalusaid dálá modeallain ja eará riikkaid vásáhusaid dearvvašvuođabálvalusaid organiseremis eamiálbmogiidda.

Kapihtal 6:s rávve lávdegoddi ásaht nationála struktuvrra sámii dearvvašvuođabálvalusaide, mas leat golbma lotnolasat nannejeaddji váldoelemeantta: okta nationála ovttat dat sámii dearvvašvuođa váste, sámii dearvvašvuođajoavku ja sámii buohcceviessoprográmma. Ulbmilin lea nannet sámii

iešstivrejumi ja mielmearrideami, sihkkarastit eanet dásseárvosaš olahtahttuvuođa giella- ja kulturheivehuvvon bálvalusaide, hukset ja gaskkustit sámi dearvvašvuođagelbbolašvuođa ja láchit dili eanet ollislaš pasieantamannolahkii miehtá riikka.

Lávdegoddi rávve fuolahit ahte ovddasvástádus ain galgá leat stáhtas ja regionála dearvvašvuođafitnodagain, nugo lea muđui álbmoga dáfus. Dát vuođuštuvvo dainna ahte sámi pasieanttaide galget leat olámuttos dábálaš spesialistadearvvašvuođabálvalusa oktasaš kapasitehta, infrastruktuorra ja medisiinnalaš gelbbolašvuohta, ja ahte ovddasvástádus ferte čuovvut pasieantta geográfalaš gullelašvuođa, ja ahte ii adnojuvvo realisttalažžan dahje sávahahttin ásahtit sierra spesialistadearvvašvuođabálvalusa mas lea iehčanas fuolahusovddasvástádus. Viidáset sáhtta iehčanas fuolahusovddasvástádus fuonidit regionála dearvvašvuođafitnodagaid ovddasvástádusa sámi pasieanttaide sin guovlluin.

Lávdegotti eaktuda ahte sámi giella- ja kulturgelbbolašvuohta galgá nannejuvvot buot regionála dearvvašvuođafitnodagain, ja sámi ovddasteapmi sihkkarastojuvvo buot regionála ja muhtun báikkálaš dearvvašvuođafitnodagaid stivrejeadji orgánain, ja ahte sámi árbevirolaš dálkkodeapmi ja kulturheivehuvvon dikšovuogit galget sáhttit leat lassin dábálaš dikšui, go pasieanta dan sávvá ja lea fágalaččat dohkálaš.

Lávdegoddi oaiivilda ahte várrejuvvon ruđat ja vuordevaš ruhtadeapmi leat vuođđoeaktun ovddidit sámi dearvvašvuođabálvalusaid. Várrejuvvon ruhtadeapmi stáhtabušeahta poasttaid bokte ferte fáttmastit nationála ovttaga, sámi dearvvašvuođajoavkku, sámi buohcceviessoprográmma ja earenoamáš doaibmabijuid bargoveaga ja gelbbolašvuođaovdánahttima várás.

Sámi dearvvašvuođajoavku berre ásahtuvvot relevánta guovlluide nannen dihte ovttasdoaibmama gaskal gielddalaš bálvalusaid ja spesialistadearvvašvuođabálvalusa, dahkat sámi giella- ja kulturgelbbolašvuođa olahttin lagabus pasieanttaid ja váikkuhit eanet jotkkolaš pasieantamannolahkii. Sámi buohcceviessoprográmmat berrejit ásahtuvvot buohcceviesuide main lea doarvái pasieantavuodđu sihkkarastin dihte sámi pasieanttaide giella-, kultur- ja veahkkebálvalusaid dan áiggis go leat buohcceviesus.

Dálá Sámi klinihkka/SÁNAG/SANKS berre viidásetovddiduvvot ođđa nationála ovttagahkan sámi dearvvašvuođa várás mas leat sihke klinihkalaš funkšuvnnat ja viiddiduvvon nationála ovddasvástádus dutkamii, fágaovdánahttimii, gelbbolašvuođagaskkusteamái, giella- ja dulkonbálvalusaide, pasieanttaid- ja oapmahaččaid oahpaheapmái ja oktiiheivehit sámi dearvvašvuođajoavkkuid ja buohcceviessoprográmmaid. Lávdegoddi lea árvvoštallan njeallje molssaeavttu mo organiseret nationála ovttaga: Sámi dearvvašvuođa nationála ovttagat organiserujuvvo dálá struktuvrra viidásetovddideapmin, vuollefitnodahkan, sierra dearvvašvuođafitnodahkan dahje organiserujuvvon ođđa organisašuvdnan/sierra riektesubjektan mii ii leat fitnodat. Buot molssaeavttut mielddisbuktet nannema, go buohtastahtta dálá organiseremiin, ja árvvoštallojuvvo váikkuhit ahte sámi pasieanttaid dárbbut ja vuoigatvuođat buorebut váldojuvvojit vuhtii. Erohusat molssaeavttuid gaskkas gusket vuosttažettiin organisašuvnnalaš iešheanalašvuođa dássái, integreremii dearvvašvuođafitnodatvuogádahkii ja hálldahuslaš kompleksitehtii. Lávdegoddi árvvoštallá ahte molssaeavttut dearvvašvuođafitnodatvuogádaga siskkobeahte addet nannoseabbo integrerema dálá struktuvrraide ja sáhttet leat álkibut čadahit, seammás go molssaeaktu 4 addá nannoseamos institušuvnnalaš čanastaga sámi iešmearrideapmái. Lávdegoddi oaiivilda ahte dát lea deháleamos eaktu. Molssaeaktu 4 lea danne lávdegotti oidojuvvon molssaeaktu sámi dearvvašvuođa nationála ovttaga organiseremii.

Lávdegoddi deattuha ahte bures lihkestuvvan čadaheapmi gáibida várrejuvvon ruđaid, nannejuvvon máhttuvuođu sámi dearvvašvuođa birra, eanet sámi

ovddasteami stivreveaddji orgánain, nannejuvvon ovttasbarggu gaskal gielddalaš bálvalusaid ja spesialistadearvvašvuodabálvalusa ja ođđa nationála doaibmaplána sámi dearvvašvuoda- ja sosiálabálvalusaid várás.

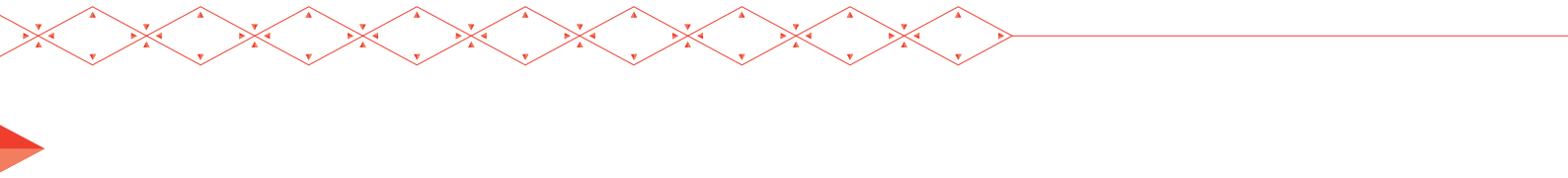
Kapihtal 7:s vástida lávdegoddi gažaldagaide mandáhtas bargoveaga ja rekrutterema birra. Lávdegoddi árvvoštallá ahte okta dain stuorámuš hástalusain dásseárvosaš sámi spesialistadearvvašvuodabálvalusaid ovdánahttimis lea go váilot bargit geain lea sámi giella- ja kulturgelbbolašvuoha. Dakkár gelbbolašvuoda háhkan lea vuodđoeaktun buriid ja kultuvrralaččat heivehuvvon bálvalusaide sámi pasieanttaide.

Lávdegoddi rávve ollislaš ja guhkesáigásaš strategii ja rekrutteremii, gelbbolašvuodaovdánahttimii ja stabiliseret bargoveaga mas lea sámi giella- ja kulturgelbbolašvuoha. Dearvvašvuodafitnodagat berrejit bargat eanet aktiivvalaččat ja systemáhtalaččat rekruteremiin, kártet dárbbu sámi gelbbolašvuhtii ja ohcalit sámi giella- ja kulturgelbbolašvuoda virgádeami oktavuodas go dat lea áigeguovdil. Bargui berrejit gullat aktiiva rekrutterenstrategiijat, ekonomalaš váikkuhangaskaoamit, gelbbolašvuodalokten, oahpahušdoaibmabijut, geabbilis bargovuogit ja doaibmabijut mot bisuhit bargiid áiggi badjel. Lávdegoddi rávve maid nannet oahppofálaldagaid bargiide geain lea sámi giella- ja kulturgelbbolašvuoha, nugo dulkaoahppu, oahppokvohtaortnegat, bargohárjehallansajit ja eará doaibmabijut mat sáhttet sihkkarastit boahttevaš rekrutterema.

Kapihtal 8 lea digitaliserema, teknologii ja vuodđostruktuvrra ja ovttasdoaibmama birra. Lávdegoddi árvvoštallá ahte digitaliseren ja teknologii leat dehálaš doaibmabijut sihkkarastit olámuttolaš, dásseárvosaš ja kultuvrii heivehuvvon spesialistadearvvašvuodabálvalusaid sámi pasieanttaide. Teknologalaš čovdosat sáhttet unnidit stuorra geográfalaš gaskkaid mearkkašumi, dahkat sámi giella- ja kulturgelbbolašvuoda olahttin gielddaid ja regiivnnaid rastá ja váikkuhit dasa ahte ovttasdoaibman bálvalusdásiid gaskkas buoriduvvo.

Lávdegoddi rávve eanet geavahit digitála ruovttučuovvoleami ja videokonsultašuvnnaid, sámi dulkonbálvalusaid ja sámegiel digitála dearvvašvuodačovdosiid ja áŋgiruššat dutkamiin, innovašuvnnain ja gelbbolašvuodaovdánahttimiin sámi dearvvašvuodateknologijasuoorggis.

Kapihtal 9:s čilgejuvvojit ekonomalaš ja hálldahuslaš váikkuhusat. Lávdegoddi atná eaktun ahte sámi spesialistadearvvašvuodabálvalusaid ovdánahttin gáibida guhkesáiggi ja várrejuvvon ruhtadeami. Evttohusat gáibidit guhkesáigásaš áŋgiruššama bargiide ja gelbbolašvuhtii, muhto vurdojuvvo ahte dat áiggi mielde buktet mearkkašahtti vuoittuid go leat eanet dásseárvosaš ja olámuttolaš bálvalusat, buoret pasieantamannolat, árabut diagnostiseren, unnit mátkkošteami, buoret resursaávkástallan ja stuorát luohttámuš dearvvašvuodabálvalussii. Dainna lágiin sáhttet evttohusat leat mielde nannemin sámi servodaga Vuodđolága § 108 vuodul.



1 Ekspertutvalgets mandat, sammensetning og arbeid

1.1 Bakgrunnen for opprettelsen av utvalget

Opprettelsen av Ekspertutvalget for samiske spesialisthelsetjenester følger opp regjeringens forslag i Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* om å gjennomføre «en utredning for å vurdere behov for tiltak som sikrer at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivarettatt». Regjeringen informerte om at Helse- og omsorgsdepartementet ville konsultere Sametinget om mandatet for utredningen og sammensetningen av utvalget. Stortinget behandlet meldingen våren 2024. Utvalget ble nedsatt i juni 2025.

Et viktig bakgrunnsdokument for utvalgets arbeid er Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport fra juni 2023. Kommisjonen gransket på oppdrag fra Stortinget fornorskingspolitikk og urett overfor samer, kvener og norskfinner.¹ Kommisjonens analyse viste at historiske prosesser har skapt strukturelle ulikheter som fortsatt preger helse- og omsorgsfeltet, og at samenes liv og helse må forstås i lys av tap av språk, kultur og identitet, samt vedvarende diskriminering og marginalisering.

Sannhets- og forsoningskommisjonen påpekte videre at geografiske avstander og mangel på samisk språkkompetanse i helsetjenesten skaper barrierer, at manglende kulturforståelse

kan føre til feilkommunikasjon og redusert kvalitet på behandling, og at tilpassede tjenester innen psykisk helsevern og rusomsorg er særlig mangelfulle.

Som en del av det videre forsoningsarbeidet anbefalte kommisjonen en rekke tiltak for å redusere helseforskjeller og styrke tilliten til helse- og omsorgstjenesten, herunder at samisk språkkompetanse må styrkes i tjenestene, og at det må utvikles kulturtilpassede helsetjenester med økt kunnskap om samisk kultur og historie. Kommisjonen påpekte at digitale løsninger og desentraliserte tjenester kan bidra til bedre tilgjengelighet. Kommisjonen konkluderte med at helseutfordringene blant samer er et resultat av historisk urett og strukturelle barrierer. Forbedringer krever langsiktig innsats, forpliktende samarbeid og tiltak som sikrer likeverdige helsetjenester. Forsoning forutsetter erkennelse, unnskyldning og konkrete handlinger som gir samene reell innflytelse over egen helse og framtid.

NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse* er et annet viktig bakgrunnsdokument for utvalgets arbeid:²

«Utvalget foreslår at det blir gjennomført en egen utredning for å vurdere behov for tiltak som sikrer inkorporering av de folkerettslige bestemmelser, FNs erklæring om urfolksrettigheter (artikkel

¹ Dokument 19 (2022–2023).

² NOU 2023: 8.

3 og artikkel 25) og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter ved styringen av spesialisthelsetjenesten. Dette for å sikre at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen ivaretas; rett til medbestemmelse, deltakelse og samarbeid om planlegging, utforming og styring av spesialisthelsetjenester. Utredningen må ta stilling til om dagens organisering av Sámi klinihkka som klinikk i Finnmarkssykehuset HF, er hensiktsmessig.»

1.2 Mandat

Ekspertutvalget ble gitt følgende mandat:

«Regjeringen setter ned et ekspertutvalg som skal gjennomføre en utredning for blant annet å vurdere om statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivaretatt i spesialisthelsetjenesten og vurdere eventuelle behov for tiltak. Arbeidet er en oppfølging av Meld. St. 9 (2023-2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*.

Gjennom ratifiseringen av ILO-konvensjonens nr. 169 har norske myndigheter anerkjent at samene har en særstilling som urfolk. Myndighetene har gjennom dette forpliktet seg til å legge til rette for at samene skal ha mulighet til å ta vare på og utvikle sin kultur og sitt samfunn på egne premisser. I konvensjonens artikkel 25 heter det blant annet at regjeringen skal sikre at tilfredsstillende helsetjenester blir gjort tilgjengelig for det samiske folk. Artikkelen sier videre at staten skal skaffe det samiske folket ressurser som setter dem i stand til å utforme og tilby slike tjenester under deres eget ansvar og kontroll. Artikkelen må ses i sammenheng med artikkel 7 nr. 2 som stiller prosessuelle krav om samarbeid og rett til deltakelse og artikkel 34 om fleksibel gjennomføring av konvensjonen med hensyn til særegne forhold i hvert enkelt land. I tråd med ILO-konvensjonen nr. 169 har regjeringen konsultasjonsplikt med Sámediggi/Sámedigge/Saemiedigkie/Sametinget i saker som direkte berører samene.

Utvalget skal:

- Vurdere og foreslå eventuelle behov for tiltak i lys av ovennevnte artikler og folkeretten som sikrer at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivaretatt. Dette inkluderer retten til selv- og medbestemmelse, deltakelse og samarbeid om planlegging, utforming, styring og ressursbehov i spesialisthelsetjenestene i Norge med vekt på samisk språk og kulturkompetanse.
- Vurdere organisering av Sámi klinihkka og foreslå hvordan SÁNÁG/SANKS sine nasjonale funksjoner kan/bør utvikles videre for å ivareta helsetilbudet til samiske pasienter i hele Norge. Utvalget bes også se til samarbeidsflater med kommunal sektor.
- Vurdere og foreslå hvordan man kan rekruttere og sikre stabil tilgang til bemanning med nødvendig kompetanse i relevante områder der det bor mange samer, og ved SÁNÁG/SANKS og Sámi klinihkka. Dette inkluderer krav til samiskspråklig kompetanse, i tråd med sameloven.

Utvalget skal i sitt arbeid også benytte eksisterende kunnskapsgrunnlag. Erfaringer fra Sámi klinihkka og fra samiske pasientorganisasjoner bør inngå i dette. Rapporten fra ekspertutvalget skal overleveres Helse- og omsorgsdepartementet innen ett år etter oppstart.»

1.3 Forståelse av mandatet, avgrensinger og begrepsavklaringer

1.3.1 Den folkerettslige vurderingen

I mandatet bes utvalget vurdere statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen, og det pekes på ILO-konvensjon nr. 169. Utvalget har i tillegg inkludert FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) og FNs erklæring om urfolks rettigheter (UNDRIP) i vurderingen av Norges folkerettslige forpliktelser.

1.3.2 Spesialisthelsetjenesten

Utvalget er bedt om å utrede statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen når det gjelder «spesialisthelsetjenesten». Spesialisthelsetjenesten er den statlig organiserte delen av helsetjenesten som gjennom regionale helseforetak (RHF) og underliggende helseforetak (HF) har ansvar for å tilby befolkningen nødvendige helsetjenester som krever spesialisert kompetanse ved utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av akutte, alvorlige og kroniske tilstander. I tillegg til undersøkelse og behandling som krever spesialistkompetanse har spesialisthelsetjenesten ansvar for å medvirke ved helsefaglig forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.³ Spesialisthelsetjenesten er en samlebetegnelse for sykehus, distriktpsyrkiatriske sentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister som har avtale med et RHF samt laboratorie- og røntgenvirksomhet.⁴

Utvalgets mandat er avgrenset til å gjelde spesialisthelsetjenesten i Norge. Utvalget er dermed ikke bedt om å utrede den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller fylkeskommunale helsetjenester.⁵ Det er lokale myndigheter som styrer kommunale helse- og omsorgstjenester. I noen sammenhenger er det imidlertid nødvendig å se tjenestene i sammenheng, ettersom det er mange grenseflater mellom kommunale og statlige tjenester. Det er behov for helsepersonell både i staten og kommunene, og for pasienter og befolkningen er det som oftest underordnet hvem som har ansvaret for helsetjenesten de har behov for. Mandatet inneholder også et punkt om at: «Utvalget bes også se til samarbeidsflater

med kommunal sektor.» I mange kommuner, og særlig i små distriktskommuner med store avstander, er det ofte hensiktsmessig å se på mulighetene for samarbeid mellom tjenestene, også når ansvaret for de ulike tjenestene er delt mellom stat og kommune. Arbeids- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er blant spørsmålene som Helsereformutvalget har utredet.⁶

1.3.3 «Tilfredsstillende helsetjenester»

I mandatet vises det til ILO-konvensjonens formulering om «tilfredsstillende helsetjenester». Et hovedspørsmål for utvalget er nettopp å vurdere hva tilfredsstillende helsetjenester betyr i den samiske konteksten. I kapittel 3 går utvalget nærmere inn på hva som etter folkeretten vil være tilfredsstillende helsetjenester for samer i Norge, og i kapittel 4 gjøres det rede for gjeldende nasjonal rett.

1.3.4 «Den samiske befolkningen» og «relevante områder der det bor mange samer»

Utvalgets mandat gjelder samenes rettigheter som urfolk. Selv om det kunne vært hensiktsmessig å vurdere tilbudet til samer, kvener og andre minoritetsgrupper samlet, er det også gode grunner til at tilbudet til samene vurderes særskilt. Samene har status som urfolk i Norge. Denne statusen innebærer særlige rettigheter og medfører særlige forpliktelser for myndighetene som ikke gjelder på samme måte for nasjonale minoriteter og andre grupper i storsamfunnet.

Samtidig er det viktig å understreke at alle, enten de er samer, kvener eller tilhører andre minoriteter eller majoritetsbefolkningen, har rett til likeverdige helsetjenester i Norge. Dette innebærer at alle har rett til tjenester som er tilpasset deres behov, ikke bare samer.

³ [Spesialisthelsetjenesteloven.](#)

⁴ [Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten - Helsenorge](#)

⁵ Den fylkeskommunale helsetjenesten er i all hovedsak avgrenset til den offentlige tannhelsetjenesten. Øvrige helsetjenester er lagt til henholdsvis staten og kommunene, mens fylkeskommunens rolle for øvrig er knyttet til regionalt folkehelsearbeid og planlegging.

⁶ [Utvalg for en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste \(Helsereformutvalget\).](#)

Spørsmålet om hvem som utgjør «den samiske befolkningen», henger også sammen med spørsmålet om hva mandatets formulering «relevante områder der det bor mange samer» betyr. Se kapittel 2 *Bakgrunn om samene og samenes helse* for mer om dette.

1.3.5 Samiske navn i rapporten

Rapportens tittel, sammendrag og anbefalinger er oversatt til sørsamisk, lulesamisk og nordsamisk.

I den norske teksten er samiske stedsnavn og institusjonsnavn synliggjort ved første omtale og i overskrifter. Deretter brukes normalt én navneform i den løpende teksten. Når både samiske og norske navn oppgis, kommer de samiske navnene først. For helseforetak og andre norske institusjoner kommer det norske navnet først.

1.4 Ekspertutvalgets sammensetning

Ekspertutvalget består av ni medlemmer. Leder er Kjetil Mujezinović Larsen, professor i rettsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Nestleder er Siv Eli Kvernmo, professor emeritus, forsker og barne- og ungdomspsykiater. Medlemmene representerer ikke egne arbeidsgivere eller ulike instanser eller grupper. Utvalget består av fagpersoner med ulik kompetanse, erfaring og kunnskap fra ulike fagkretser og samfunnsområder, med hovedvekt på samisk kompetanse, helsefaglig og juridisk kompetanse. Utvalget er satt sammen av Helse- og omsorgsdepartementet i samråd med Sámediggi/Sámedigge/Saemiedigkie/Sametinget og flere departementer.

Utvalgets medlemmer

- Kjetil Mujezinović Larsen, utvalgets leder, professor i rettsvitenskap (Oslo/Oslove)
- Siv Eli Kvernmo, utvalgets nestleder, professor emeritus i barne- og ungdomspsykiatri (Romsa/Tromsø)
- Finn Arne Bieski-Selfors, advokat (Deatnu/Tana)
- Frode Boyne, overlege (Kárášjohka/Karasjok)
- Ánne Lájlá Westerfjell Kalstad, kommuneoverlege/fastlege (Guovdageaidnu/Kautokeino)
- Tone Kristin Kjær, spesialrådgiver (Bodø/Båddådjo/Buvvda)
- Jan Gunnar Skogås, avdelingssjef (Plaassja/Røros)
- Stine Slørdal, seniorrådgiver (Skierde/Stjørdal)
- Tuva Svendsen, lege i spesialisering (Kárášjohka/Karasjok)

1.5 Ekspertutvalgets arbeid

1.5.1 Møter

Utvalget har avholdt 11 utvalgsmøter. Oppstartsmøtet var et digitalt møte 22. oktober 2025. Ytterligere fem av utvalgsmøtene er avholdt digitalt, mens utvalget har møttes fem ganger til fysiske møter. Utvalget var samlet i Tromsø i desember 2025, i Bodø i januar 2026, i Karasjok i mars 2026, i Tråante/Trondheim i april 2026, og til slutt i Oslo i august 2026.

Sekretariatet har bestått av leder Live Husan (ansatt i Helse- og omsorgsdepartementet under utvalgets arbeid), Steinar Straume Hjelmaas (ansatt i Helsedirektoratet, med hospiteringsavtale med departementet under utvalgets arbeid) og Baard-Christian Schem (Helse- og omsorgsdepartementet). Hjørdis Møller Sandborg og Hilde Marie Rognlie i Helse- og omsorgsdepartementet bistod utvalget ved oppstart. Sekretariatet kom på plass i oktober og november 2025 og har hatt Helse- og omsorgsdepartementet som tilholdssted.

Utvalget har innhentet kunnskap og innspill gjennom fysiske og digitale møter, skriftlige innspill, deltakelse på konferanser og dialog med sentrale aktører og instanser. I tillegg har utvalget benyttet forskningsartikler, offentlige dokumenter, bøker, rapporter og data fra

SAMINOR 3-undersøkelsen som grunnlag for analyser og vurderinger.

I forbindelse med utvalgsmøtene i Tromsø, Bodø, Karasjok og Trondheim ble det avholdt innspillsmøter med en rekke instanser.

I desember 2025 møtte utvalget i Tromsø representanter for følgende instanser: Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)/Davvi-Norgga universitehtabuohcceviessu, UiT Norges arktiske universitet/UiT Norgga árkálaš universitehta, herunder Det helsevitenskapelige fakultet/Dearvvašvuodadiehtaga fakultehta, Senter for samisk helseforskning (SSHf)/Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáš, Enhet for legeutdanning (ELU)/Doavttiroahpu ovttaad og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)/Guovllumedisiinna nášunála guovddáš, samt Nasjonalt senter for e-helseforskning ved UNN/Boahttoealmedisiinna nášunála guovddáš og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF.

I januar 2026 møtte utvalget i Bodø representanter for følgende instanser: Helse Nord RHF/Davvidearvvašvuohhta/Varresvuohhta nuortta/Healsoe noerhte, Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Nord RHF, Nordlandssykehuset HF/Nordlánda skihppijviesso, Bodø kommune/Bådaddjo suohkan/Buvda kommuvdna, herunder helse- og mestringstjenesten og Stormen samiske senter, og Hamarøy kommune/Hábmera suohkan ved Julevsáme varresvuodajuogos/Lulesamisk helseteam.

I januar 2026 møtte statsråd Jan Christian Vestre utvalget digitalt.

I februar 2026 møtte utvalget representanter for RHF-enes servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre. I møtet fikk utvalget presentert de nasjonale tjenestene i spesialisthelsetjenesten. Utvalgsleder og sekretariatet deltok i SANKS brukerrådsmøte hvor utvalgsleder informerte om utvalgets mandat og arbeid.

I mars 2026 møtte utvalget i Kárášjohka/Karasjok representanter for følgende instanser: Karasjok kommune/Kárášjoga gielda, Nasjonalt samisk

kompetansesenter (NASAK) i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester til den samiske befolkningen i Finnmarkku/Finnmark (USHT samisk), Sámi allaskuvla/Samisk høgskole.

I forbindelse med møtet i Karasjok besøkte utvalget også Sametinget der det ble avholdt et møte ledet av sametingsråd Ann-Elise Finbog. I møtet deltok representanter fra Sametingets administrasjon og et av Sametingets brukerråd. Utvalget besøkte også Sámi klinihkka. Utvalget fikk en omvisning i klinikken, herunder tjenester innenfor rus- og avhengighetsmedisin, psykisk helsevern og somatikk. I tillegg hadde utvalget møte med følgende aktører: ledelsen i Finnmarkssykehuset HF/Finnmarkku buohcceviessui, klinikkledelsen, enhetslederne, og SANKS brukerråd.

I mars 2026 deltok deler av utvalget og sekretariatet på Juristenes Utdanningssenters årlige kurs i samiske rettsspørsmål i Áltá/Alta. Utvalgsleder holdt et innlegg om utvalgets mandat og pågående arbeid. I tilknytning til besøket ble det også gjennomført et møte med Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) i Karasjok samt et besøk ved Finnmarkssykehuset, Klinik Alta.

I april 2026 møtte utvalget i Trondheim representanter for følgende instanser: Helse Midt-Norge RHF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF (healsoegiehtelimie), Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Midt-Norge RHF, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Nord Universitet/Nuortta universitehtta/Nuorra universitehtta ved Senter for samisk og urfolksstudier, Åarjelsaemien healsoeviermie/Sørsamisk helsenettverk, prosjektet Soudji.

I april 2026 inviterte utvalget kommuner til et digitalt innspillsmøte. Følgende kommuner ble invitert: Nordsamiske områder: Áltá/Alta, Gámgaviika/Gamvik, Hámmerfeasta/Hammerfest, Davvesiida/Lebesby, Davvenjárga/Nordkapp, Máttá-Várjjat/Sør-Varanger, Čáhcesuolu/Vadsø, Gálsa/Karlsøy, Návuotna/Kvænangen, Gáivuotna/Kåfjord, Ivgu/Lyngen, Ráisa/Nordreisa, Omasvuotna/Storfjord og

Romsa/Tromsø. Sørsamiske områder: Aarborte/Hattfjelldal, Plaassja/Røros, Raarvihke/Røyrvik, Sálat/Saltdal, Snåase/Snåsa og Tråante/Trondheim. Lulesamiske områder: Evenášši/Evenes, Hárstták/Harstad, Lodegat/Lødingen, Áhkanjárga/Narvik, Fuolldá/Sørfold og Dielddanuorri/Tjeldsund. Det ble avholdt et digitalt innspillsmøte med Sametingets brukerråd. Følgende råd deltok: Sametingets eldreråd, Sametingets råd for samer med normbrytende funksjonsvariasjon, Sametingets ungdomsråd. I tillegg avholdt utvalget digitalt møte med: Sámi doaktáriid searvi/Samisk legeforening, Sámi psykologasearvi/Samisk psykologforening, Sámi Sosialbargiid Searvi/Samisk Sosialarbeider Forening.

I mai 2026 møtte utvalgsleder og sekretariatet Oslove Saemien Gåetie/Oslo Sáme Viesso/Oslo Sámi Viessu/Samisk Hus Oslo for å få innsikt i prosjektet for etablering av et samisk helsenettverk i Oslo-området.

I juni 2026 møtte utvalgsleder og sekretariatet sekretariatslederen for Helsereformutvalget, og i august 2026 møtte utvalgsleder og sekretariatet lederen for Pasient- og brukerrettighetslovutvalget.

I august 2026 møtte utvalget Sametinget i forbindelse med utvalgsmøtet i Oslo. Samme måned holdt utvalgsleder et innlegg om utvalgets arbeid på Helse Nord RHF og KS Nords Erfaringskonferanse om bærekraftige helsetjenester i nord.

Sekretariatet avholdt i tillegg møte med Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD), avdeling for urfolk og nasjonale minoriteter, Universitets- og høyskolerådet (UHR samisk). Sekretariatet deltok i november 2025 på Sørsamisk helsekonferanse i Stjørdal, der sekretariatet presenterte utvalgets mandat.

1.5.2 Skriftlige innspill

Utvalget har også bedt om skriftlige innspill fra en rekke instanser.

Følgende fag- og interesseorganisasjoner ble invitert til å gi skriftlige innspill: Den norske legeforening, Diabetesforbundet, Folkehelseforeningen, Fellesorganisasjonen (FO), Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Kommunesektorens organisasjon (KS), Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norges Handikapforbund, Norsk psykologforening, Norsk Sykepleierforbund (NSF), Pasient- og brukerombudet (POBO), Rådet for psykisk helse, Sámi doaktáriid searvi/Samisk legeforening, Sámi psykologasearvi/Samisk psykologforening, Sámi Sosialbargiid Searvi/Samisk Sosialarbeider Forening, Utdanningsforbundets samiske utvalg.

Følgende brukerråd, råd og utvalg ble invitert til å gi skriftlige innspill: Brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF, Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Midt-Norge RHF, Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Nord RHF, Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Vest RHF, SANKS brukerråd, Sametingets eldreråd, Sametingets råd for samer med normbrytende funksjonsvariasjoner, Samisk ungdomsråd i Sametinget, Ungdomsrådet ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), Utvalget for flerkulturelle minoriteter i Oslo kommune/Osloven tjjelte/Oslo suohkan/Oslo suohkan.

Følgende kommuner i og utenfor forvaltningsområdet for samiske språk ble invitert til å gi skriftlige innspill: Alta, Bodø, Hamarøy, Hattfjelldal, Karasjok, Kautokeino, Kåfjord, Lavangen/Loabága suohka, Nesseby/Unjárgga gielda, Oslo, Porsanger/Porsáנגgu gielda, Røros, Røyrvik, Saltdal, Snåsa, Tana/Deanu gielda, Tjeldsund, Trondheim, Tromsø.

Følgende regionale helseforetak og helseforetak ble invitert til å gi skriftlige innspill: Finnmarkssykehuset HF/ Finnmarkku buohccevissui, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF, herunder Regionalt kompetansenettverk for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, Helse Nord-Trøndelag HF (Healsoegiehtelimie), Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helgelandssykehuset HF/ Helgelaanten skiemtjegåetie, Nasjonalt senter for e-helseforskning, Nordlandssykehuset

HF/Nordlândia skihppijviesso, RHF-enes servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre, Sámi klinihkka/SANKS, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF, St. Olavs hospital HF, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).

Følgende kompetansesentre i og utenfor spesialisthelsetjenesten ble invitert til å gi skriftlige innspill: Kompetansesenter for rusfeltet (KORUS) midt, Kompetansesenter for rusfeltet (KORUS) nord, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), Nasjonalt samisk kompetansesenter (NASAK) i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Nasjonalt senter for aldring og helse, Regionale kunnskapssentre for barn og unge (RKBU), Regionalt ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Midt, Regionalt ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) Nord, TryggEst i Bufdir, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester til den samiske befolkningen i Finnmark/Finnmárku (USHT samisk).

Følgende instanser i universitets- og høyskolesektoren, herunder forskningsmiljøer og helseundersøkelser, ble invitert til å gi skriftlige innspill: Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT), Nord universitet ved Senter for samisk og urfolksstudier, Nordlandsforskning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Sámi allaskuvla/Samisk høyskole, Senter for samisk helseforskning (SSHF), Tromsøundersøkelsen, UHR samisk, UiT Norges arktiske universitet ved Enhet for legeutdanning (ELU), UiT Norges arktiske universitet ved Helsevitenskapelig fakultet, UiT Norges arktiske universitet ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), VID vitenskapelige høyskole.

Følgende samiske språksentre ble invitert til å gi skriftlige innspill: Aajege Saemien gieles, jih maahtoejarnge, Árran julevsáme guovdásj, Ástávuona giellagoahtie, Deanu giellagáddi (SEG), Giellagiisá, Gáisi Giellaguovddáš, Gíeleaernie, Gíelem nastedh, Isak Saba guovddáš, Kárášjoga giellaguovddáš, Lávgu, Álttá sámi giella, ja kulturguovddáš, Návuona giellaguovddáš, Oslo giellaguovddáš, Samisk språksenter for Midt-Troms, Sijti Jarng, Omasvuotna/Storfjord

språksenter, Stormen samiske senter, Sámi giella, ja kulturguovddáš, Sámi giellaguovddáš, Várdobáiki.

Utvalget mottok skriftlige innspill fra seks fag-/ansatte- og interesseorganisasjoner og ett ombud, seks råd og utvalg for brukermedvirkning, fem kommuner, tre regionale helseforetak og fire helseforetak, ett kompetansesenter utenfor spesialisthelsetjenesten, to aktører fra universitets-, høyskole- og forskningssektoren og fire samiske språksentre.

1.5.3 Øvrig kunnskap og redskaper

Sametingets synspunkter, erfaringer fra Sámi klinihkka og innspill fra samiske brukere har vært sentrale i arbeidet. Utvalget og sekretariatet har hatt god dialog med Sametinget gjennom utvalgsarbeidet, herunder i møtet i Karasjok i mars 2026 og i møtet i Oslo i august 2026. I august 2026 mottok utvalget enkelte preliminaire funn fra SAMINOR 3-undersøkelsen fra Senter for samisk helseforskning (SSHF).

Under arbeidet med rapporten har sekretariatet brukt verktøyet M365 Copilot og Ayfie for å oppsummere skriftlige innspill, utforske kilder, samt omskrive og omformulere tekst. Etter å ha brukt disse tjenestene har sekretariatet kvalitetssikret og redigert innholdet.

Et sammendrag av rapporten og utvalgets anbefalinger er oversatt til nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk. Den nordsamiske oversettelsen er utført av tolketjenesten ved Sámi klinihkka. Den lulesamiske oversettelsen er utført av Lulesamisk AS ved Lars Theodor Kintel, og den sørsamiske oversettelsen av Oversettelse og Språktjeneste AS ved Ellen Kristin Holm Bull Jonassen. Konsis AS har utarbeidet design, layout og gjort rapporten klar for trykking og publisering.

1.6 Annet utvalgsarbeid og andre pågående prosesser

Parallelt med ekspertutvalgets arbeid har Helsereformutvalget arbeidet med å utrede ulike modeller for framtidig organisering, styring og finansiering av en sammenhengende og integrert helse- og omsorgstjeneste i Norge. Helsereformutvalget vurderer ansvars- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Utvalget ble også bedt om å utarbeide et beslutningsgrunnlag og foreslå tiltak som understøtter blant annet høy kvalitet i helse- og omsorgstjenestene, likeverdige tjenester over hele landet, sammenhengende og helhetlige pasientforløp, oppfyllelse av pasient- og brukerrettigheter, målet om å redusere sosial og geografisk ulikhet, ny teknologi, kunstig intelligens (KI) og digitale løsninger samt sikre riktig bruk av menneskelige og teknologiske ressurser og god totalberedskap i hele landet.⁷ Helsereformutvalget legger fram sin offentlige utredning kort tid etter offentliggjøringen av ekspertutvalgets rapport.

Fram til våren 2027 gjennomfører Pasient- og brukerrettighetslovutvalget en helhetlig revisjon av pasient- og brukerrettighetsloven med sikte på et klarere og mer brukervennlig regelverk som understøtter likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester. Arbeidet omfatter blant annet vurderinger av hvordan pasient- og brukerrettigheter kan utformes og praktiseres for å ivareta hensyn til tilgjengelighet, prioritering, ressursbruk og rettssikkerhet.⁸

I 2026 ble det oppnevnt et utvalg som skal utrede helsestatus, bruk av helse- og omsorgstjenester og arbeidsdeltakelse blant innvandrere og personer med innvandrerbakgrunn. Utvalget skal kartlegge barrierer for tilgang til tjenester, vurdere sammenhengen mellom helse, inkludering og arbeid samt foreslå tiltak for å fremme

likeverdige helse- og omsorgstjenester og redusere sosiale helseforskjeller.⁹

Finnmarkssykehuset HF gjennomfører i 2024–2026 en omfattende omorganisering av spesialisthelsetjenesten i fylket. Formålet med prosessen er å sikre en mer helhetlig, bærekraftig og faglig robust tjeneste som er tilpasset befolkningsgrunnlaget, rekrutteringssituasjonen og framtidige behov. Arbeidet omfatter blant annet gjennomgang av klinikkstruktur, funksjonsfordeling, ledelsesmodell og organisering av pasientforløp på tvers av sykehusene i Hammerfest og Girkonjárga/Kirkenes samt prehospitale tjenester. I forbindelse med omorganiseringsprosessen har styret i Finnmarkssykehuset HF fattet vedtak om å avvente eventuelle organisatoriske endringer knyttet til Sámi klinikkka. Dette er også gitt i oppdrag til Helse Nord RHF i oppdragsdokumentet for 2026.¹⁰ Bakgrunnen er behovet for å sikre at endringer som berører samiske helsetjenester, skjer på et faglig og rettslig forsvarlig grunnlag og i tråd med nasjonale føringer for samisk helse og samiske pasienters rettigheter. Dette innebærer at Sámi klinikkas helhetlige tjenestetilbud og eksisterende organisasjonsstruktur opprettholdes inntil utvalgets rapport er levert og nødvendige beslutninger om framtidig organisering er tatt.

⁷ [Helsereformutvalget – regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

⁸ [Pasient- og brukerrettighetslovutvalget – regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

⁹ [Utvalg om innvandrers helse – regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

¹⁰ <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2026-hn.pdf>



2 Bakgrunn om samene og samenes helse

2.1 Innledning

Dette kapittelet gir en overordnet framstilling av forhold som er relevante for å forstå helse, levekår og tjenestebehov blant samer samt implikasjoner for utforming og tilpassing av helsetjenester. Samenes situasjon må ses i lys av at samene er urfolk i Norge, med egne språklige, kulturelle og historiske forutsetninger. Samtidig er den samiske befolkningen sammensatt og mangfoldig, med variasjon i språk, tilhørighet, bosetting, næringstilknytning og erfaringer. Det er derfor viktig å unngå generaliseringer, og det må legges til grunn at det finnes betydelige forskjeller innad i den samiske befolkningen.

2.2 Om samene

2.2.1 Samene som urfolk

Samene er Norges urfolk.¹¹ Det finnes ikke én generell og internasjonalt akseptert definisjon av begrepet «urfolk», men ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater definerer urfolk i artikkel 1 nr. 1 bokstav b:

«Folk i selvstendige stater som er ansett som opprinnelige fordi de nedstammer fra de folk som bebodde landet eller en geografisk region som landet hører til da erobring eller kolonisering fant sted eller da de nåværende statsgrenser ble fastlagt,

og som - uansett deres rettslige stilling - har beholdt alle eller noen av sine egne sosiale, økonomiske, kulturelle og politiske institusjoner.»

Lenge før etableringen av Norge som nasjonalstat eksisterte samene som et folk med egne språk, tradisjoner og næringer. Grunnloven § 108 sier at det «påligger statens myndigheter å legge forholdene til rette for at det samiske folk, som urfolk, kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv». Bestemmelsen må ses i sammenheng med at samene er anerkjent som urfolk i Norge, og med det grunnleggende utgangspunktet at staten Norge er etablert på territoriet til to folk – nordmenn og samer. ILO-konvensjon nr. 169 ble vedtatt 27. juni 1989 og trådte i kraft 5. september 1991. Norge ratifiserte konvensjonen 20. juni 1990 som det første land i verden og har vært part i konvensjonen fra ikrafttredelsen.¹²

2.2.2 Mangfold og samisk identitet

Samene anses som én nasjon, selv om det finnes et stort mangfold av samer, blant annet når det gjelder bosetting, næring og språk. I likhet med andre befolkningsgrupper er også den samiske befolkningen en heterogen gruppe.¹³

¹¹ [Hvem er urfolk? - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/hvem-er-urfolk/)

¹² En ny offisiell oversettelse av konvensjonen ble fastsatt ved kgl.res. 29. august 2025. Utvalget legger denne oversettelsen til grunn.

¹³ <https://snl.no/samer>

Samisk identitet kommer til uttrykk på ulike måter og utvikler seg kontinuerlig. Den formes i samspillet mellom tradisjon og modernitet, mellom samiske og fleretniske fellesskap og mellom lokale, nasjonale og globale påvirkninger. I enkelte områder er samisk kultur og tilhørighet en naturlig del av hverdagen. I andre områder arbeides det fortsatt aktivt for anerkjennelse og synliggjøring av samisk tilstedeværelse.¹⁴ Mange samer har på grunn av fornorskingspolitikken begrenset kunnskap om samisk historie og samfunnsforhold, noe som skaper visse spenninger internt i de samiske samfunnene. Mange steder har befolkningen både samisk, kvensk/norskfinsk og norsk bakgrunn.¹⁵ Mange samer oppfatter seg som flerkulturelle og mestrer flere kulturer.

2.2.3 Befolkningsstørrelse og geografisk utbredelse

Det finnes ikke data over hvor mange samer som bor i Norge i dag eller hvor de er bosatt. Mangelen på nøyaktige tall skyldes at det ikke registreres hvem som er samer. Offentlig registre oppgir ikke etnisitet. Antallet samer i Norge vil variere etter hvilke kriterier som legges til grunn, enten det er egen identifisering, familiehistorikk eller førstespråk/språkkunnskaper. Det er heller ikke slik at alle samer bor samlet på ett geografisk område, så det er på ingen måte selvsagt hvilke deler av landet som kan eller bør benyttes som geografisk ramme for samisk statistikk.

Tradisjonelle områder

Samenes tradisjonelle bosettingsområde er et sammenhengende område som strekker seg gjennom deler av Norge, Sverige, Finland og Russland. Området har ingen formelle grenser, men framstilles gjerne som mer eller mindre identisk med den historiske utbredelsen av samiske språk.¹⁶ På sørsamisk kalles det historiske bosettingsområdet «Saepmie», på lulesamisk «Sábme» og på nordsamisk

«Sápmi». Navnet kommer av samenes egen betegnelse på seg selv.¹⁷ De tradisjonelle samiske bosettingsområdene i Norge strekker seg fra Eengerdaelie/Engerdal og Trollheimen i sør til Finnmark i nord. Kautokeino kommune og Karasjok kommune er i en særstilling, der samer antas å utgjøre omkring 90 prosent av innbyggerne, og det nordsamiske språket står sterkt. Også i kommunene Tana, Nesseby og Porsanger er en betydelig andel av innbyggerne samer.¹⁸

STN-området

STN-området er avgrenset med utgangspunkt i virkeområdet for Sametingets tilskuddsordninger til næringsutvikling (STN).¹⁹ Statistisk sentralbyrå (SSB) tar utgangspunkt i dette området for å fange opp utviklingen i noen samiske områder, siden det ikke finnes befolkningsdata som kan benyttes til å skille mellom samer og ikke-samer. Området omfatter 21 hele kommuner og ti delkommuneområder (2025). Alle disse kommunene ligger i Nord-Norge nord for Saltfjellet, de fleste i Finnmark og Nord-Troms.²⁰ Ved inngangen til 2025 bodde det 53 073 personer i de samiske områdene etter denne definisjonen.²¹

Statistisk Sentralbyrås (SSB) hovedargument for å la STN-området være den geografiske rammen for samiskrelatert statistikk, er at dette er lokalsamfunn som Sametinget anser som så betydningsfulle for å bevare og videreutvikle samisk kultur og næringsliv at de bør omfattes av Sametingets særskilte virkemidler. For å kunne planlegge bruken og evaluere effekten av disse virkemidlene, har Sametinget selv behov for data som kan belyse så vel dagens tilstand som endringer over tid. STN-virkemidlenes målgruppe er hele befolkningen i det aktuelle virkeområdet, og tilskuddene er ikke knyttet til

¹⁴ Meld. St. 12 (2023–2024).

¹⁵ Ibid.

¹⁶ <https://snl.no/samer>

¹⁷ Dokument 19 (2022–2023).

¹⁸ Meld. St. 12 (2023–2024).

¹⁹ <https://sametinget.no/stipend-og-tilskudd/oversikt-over-tilskuddsordninger/naring/virkeområdet-for-tilskudd-til-naringsutvikling-stn-området/>

²⁰ <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/samiske-forhold/artikler/befolkningsnedgang-i-samiske-kjerneomrader>

²¹ <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/samiske-forhold/artikler/befolkningsnedgang-i-samiske-kjerneomrader>

mottakernes etnisitet eller bakgrunn. Ulempen med å avgrense det geografiske grunnlaget for samisk statistikk på denne måten er at hele det sørsamiske bosettingsområdet faller utenfor. Dessuten gjør bruken av STN-området som geografisk ramme at samisk bosetting i de fleste byer og mange større tettsteder ikke fanges opp.²² Mange samer er bosatt utenfor det tradisjonelle bosettingsområdet, og mange ikke-samer er bosatt innenfor.

Språkforvaltningsområdet

En annen måte å fange opp hvor i landet samer er bosatt og befolkningsstørrelse er å følge det såkalte forvaltningsområdet for samiske språk.²³ Dette er et geografisk avgrenset område der offentlige myndigheter har et særlig ansvar for å legge til rette for bruk av samiske språk, jf. sameloven. Forvaltningsområdet består av disse kommunene: Karasjok (2518), Kautokeino (2903), Nesseby (864), Tana (2807), Porsanger (3894), Kåfjord (1917), Lavangen (1009), Tjeldsund (4177), Hattfjelldal (1249), Hamarøy (2804), Røyrvik (444), Røros (5649), Snåsa (2117), Saltdal (4806).²⁴ I tillegg består forvaltningsområdet av Troms fylkeskommune/Romssa fylkkagiella, Finnmark fylkeskommune/Finnmárkku fylkkagiella, Nordland/Nordlánda/Nordlaante/Nordlándda fylkeskommune og Trøndelag fylkeskommune/Tröndelagen fylkhentjälte. Tall fra Statistisk sentralbyrå per 2. kvartal 2026 viser at det bor totalt 37 158 personer i de samiske områdene etter denne definisjonen.²⁵

Dette området sier noe om hvor det tradisjonelt har vært sterke samiske språk- og kulturmiljøer, og hvor det er politisk prioritert å sikre samisk språk. Men det gir ikke et fullstendig bilde av hvor samer bor fordi mange samer bor utenfor forvaltningsområdet, for eksempel i

byer som Oslo, Trondheim, Tromsø og Bodø. Forvaltningsområdet viser altså hvor samisk språk har særskilt vern og rettigheter, men ikke hele utbredelsen av samisk bosetting i Norge.

Frivillig registrering i Folkeregisteret av språkbrukere

Fra 2019 ble det åpnet for frivillig registrering av samisk språk i Folkeregisteret, herunder nordsamisk, sørsamisk og lulesamisk.²⁶ Formålet med registreringen er å legge til rette for statistikk over brukere av samiske språk. Bakgrunnen er et mål om å beskytte og ivareta samiske språk som truede språk. Opplysninger fra Folkeregisteret kan dermed bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag ved å gi en viss indikasjon på omfanget av registrerte språkbrukere. Ordningen med frivillig registrering er imidlertid lite kjent, og kan ikke benyttes som et fullstendig mål på antallet samiskspråklige.²⁷ Dersom flere visste om ordningen, kunne den gitt en indikasjon på hvor språk brukes, men registreringen måler kun språk, ikke identitet. Mange samer har tapt språket gjennom fornorsking, og alle samer snakker ikke samisk. Dessuten vil ikke alle som kjenner til ordningen, registrere seg, og dermed blir grunnlaget uansett ikke fullstendig.

Sametingets valgmanntall

Sametingets valgmanntall kan være en mer hensiktsmessig kilde til kunnskap om hvor stor den samiske befolkningen i Norge er og hvor samene bor. Per 17. juli 2025 utgjorde manntallet 25 676 personer.²⁸ Fra 2021 til 2025 har Sametingets valgmanntall økt med 5 131 personer.

Sametingets valgmanntall består av alle som har registrert seg i valgmanntallet. Alle samer fra Norge som er over 18 år eller fyller 18 år i valgåret, har rett til å registrere seg i Sametingets valgmanntall. Innføring i manntallet forutsetter at personen identifiserer seg som same og

²² [Samisk statistikk 2022 - SSB](#)

²³ [Forskrift om forvaltningsområdet for samiske språk](#)

²⁴ Per 1. januar 2026: Karasjok, Kautokeino, Nesseby og Tana er språkutviklingskommuner. Porsanger, Kåfjord, Lavangen, Tjeldsund, Hattfjelldal, Hamarøy, Røyrvik og Snåsa er språkvitaliseringskommuner. Saltdal er språkstimuleringskommune. I 2026 har både Bodø og Hammerfest kommuner vedtatt å søke om innlemmelse i forvaltningsområdet for samiske språk som språkstimuleringskommuner. [Forvaltningsområdet for samisk språk - regjeringen.no](#)

²⁵ <https://www.ssb.no/befolkning/folketall/statistikk/tettsteders-befolkning-og-areal>

²⁶ [Folkeregistreringsforskriften](#)

²⁷ <https://sametinget.no/sprak/registrering-av-samiske-sprak-i-folkeregisteret/>; <https://www.skatteetaten.no/person/folkeregister/endre/registrere-samisk-sprak/registreret-samegiella/>

²⁸ <https://sametinget.no/politikk/valg/sametingets-valgmanntall/sametingets-valgmanntall-statistikk-1989-2025/>

enten a) har samisk som hjemmespråk, eller b) har eller har hatt forelder, besteforelder eller oldeforelder med samisk som hjemmespråk, eller c) er barn av person som står eller har stått i manntallet.

De største kommunene i valgmanntallet er Tromsø (2355), Alta (2310), Kautokeino (1661), Oslo (1574), Karasjok (1390), Hammerfest (1072), Porsanger (974), Tana (906), Sør-Varanger (735) og Trondheim (559). Ifølge tall fra 2023 er valgmanntallet fordelt på de sju valgdistriktene slik: Østre (2761), Ávjovári (3904), Nordre (3882), Gáisi (3542), Vesthavet (2404), Sørsamisk (1727) og Sør-Norge (5268).²⁹

En begrensning ved å bruke Sametingets valgmanntall som kilde til kunnskap om størrelsen på den samiske befolkningen i Norge er blant annet at manntallet ikke inkluderer barn og unge under 18 år, og heller ikke samer som av en eller annen grunn ikke oppfatter seg som same eller ikke ønsker å registrere seg i Sametingets valgmanntall. Likevel gir valgmanntallet noe informasjon om hvor samer bor i Norge i dag, og slik bidrar det til å belyse hvilke områder som har størst samisk bosetting.

2.2.4 Samfunnsutvikling og levekår

Levekår i den samiske befolkningen påvirkes av en rekke forhold, herunder utdanning, arbeid, språk, geografi og historiske erfaringer. Urbanisering blant samer innebærer at mange samer i dag bor i byer og tettsteder, også utenfor de tradisjonelle samiske bosettingsområdene. Denne utviklingen henger sammen med utdanning, arbeid, velferdstilbud og økt mobilitet, men også med historiske forhold som fornorskingspolitikken og endrede vilkår for samiske næringer.³⁰ Det å bo i by innebærer ikke nødvendigvis en svakere samisk identitet. Tvert imot har det vokst fram samiske nettverk, kulturarenaer og institusjoner i urbane områder, og samisk språk og kultur uttrykkes i dag også i

bysamfunn. Samtidig kan samer i byer ha større avstand til tradisjonelle lokalsamfunn.

Tall fra den samiske helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR fra kommuner med betydelig samisk bosetting viser at det er lavere utdanningsnivå i den eldre delen av den samiske befolkningen (65+) sammenlignet med den norske befolkningen. Blant samiske menn i aldersgruppen 36–64 år er også utdanningsnivået lavere enn hos ikke-samer, særlig blant dem med samisk som førstespråk. Derimot er utdanningsnivået høyere blant samiske kvinner i aldersgruppen 36–49 år sammenlignet med ikke-samer, og dette gjelder særlig dem som har samisk som førstespråk.³¹

Samisk næringsliv omfatter både tradisjonelle og moderne yrker. Tradisjonelle næringer som reindrift, fiske, jakt og jordbruk har historisk sett hatt stor betydning, særlig i kyst- og utmarksområder.³² De fleste samer er i dag sysselsatt i de samme sektorene som befolkningen for øvrig, herunder offentlig sektor, tjenesteyting og kunnskapsbaserte yrker.³³ De fleste samer har likevel en tilknytning til sine tradisjonelle bruksområder, og anser meahcástallan/miehtjiesjieleme (å høste goder fra meacchi) som viktig for sin samiske kulturutøvelse.³⁴ Reindrift har en særskilt kulturell og økonomisk betydning, men sysselsetter relativt få personer. I dag er om lag 3 000–3 300 personer tilknyttet den samiske reindriften i Norge.³⁵ Mange samer har likevel tilknytning til reindriften gjennom slektskap og verddevuohta/guessievienevoete (venner, gjestevenner).³⁶ Reindriften har derfor også stor

³¹ Lund mfl. (2007).

³² <https://samiskeveivisere.no/article/hvor-bor-samene-og-hva-jobber-de-med/>

³³ <https://samiskeveivisere.no/article/hvor-bor-samene-og-hva-jobber-de-med/>

³⁴ En kan beskrive meahcci som et område der det er ulike arbeidsoppgaver til ulike tider. Ulike meahcit har betegnelser som forteller om hva slags arbeidsoppgaver det er snakk om, slik som luomemeahcci (moltemyr). Joks og Østmo (2024).

³⁵ [Reindriftnæringen - Landbruksdirektoratet](#)

³⁶ Verddevuohta er et begrep som beskriver delingskultur, samarbeid, samhold og slekt. Det handler også om vennskap som skal bidra til å styrke fellesskap, om å hjelpe hverandre og dele ressurser. <https://www.forskning.no/historie-jordbruk-nibio/vet-du-hva-verddevuohta-betyr/2614246>

²⁹ <https://sametinget.no/aktuelt/avjovarri-mister-mandat-til-sor-norge.27707.aspx>

³⁰ NOU 2016: 18.

betydning både som kulturbærer og for samisk identitet og for lokalsamfunn.³⁷

Mange samer møter begrenset kunnskap om hva det vil si å være same, og de må derfor forklare sin annerledeshet eller tilpasse seg norske normer for sosial samhandling. Når det samiske oppleves som fremmed i møte med omgivelsene, kan det medføre et sosialt merarbeid knyttet til å håndtere situasjoner der samisk identitet eller bakgrunn blir gjort relevant. Det å være same i en norsk hverdag innebærer ofte det sosiolog og forsker Astri Dankertsen omtaler som «minoriserings merarbeid».³⁸

2.2.5 Samiske politiske institusjoner og internasjonalt samarbeid

Samisk organisering på tvers av landegrensene har røtter tilbake til det første samiske landsmøtet i Trondheim i 1917. Dette møtet regnes gjerne som starten på den moderne samiske politiske mobiliseringen. Møtet samlet samer fra Norge og Sverige og satte felles samiske rettigheter og levekår på dagsordenen. I tiårene som fulgte, vokste det fram samiske organisasjoner i de ulike landene, samtidig som kontakten over grensene ble styrket.³⁹

En viktig milepæl kom i 1956 med etableringen av Nordisk Sameråd, i dag Samerådet. Organisasjonen samlet samiske representanter fra Norge, Sverige og Finland, og senere også Russland. Gjennom dette samarbeidet uttrykte samene en forståelse av seg selv som ett folk eller én nasjon, selv om Sápmi/Sábme/Saepmie var delt mellom fire stater. Samerådet ble en viktig arena for å fremme felles samiske interesser og styrke samarbeidet på tvers av landegrenser.⁴⁰

Fra 1970- og 1980-tallet fikk samisk politisk organisering økt betydning gjennom blant annet mobiliseringen i forbindelse med Alta-saken. I 1989 ble Sametinget etablert som det samiske folkets folkevalgte parlament i Norge. Sametinget er et folkevalgt organ for samene i Norge. Sametinget består av 39 representanter som velges fra sju valgkretser hvert fjerde år. I 1989 ble det første sametingsvalget avholdt, og det første offisielle Sametinget ble åpnet av kong Olav V.⁴¹

I 1993 ble det svenske Sametinget opprettet, mens det finske Sametinget ble etablert i 1996. Sametinget i Norge og Sametinget i Finland etablerte 2. mars 2000 et felles organ: Samisk parlamentarisk råd (SPR).⁴² Sametinget i Sverige tiltrådte samarbeidet i 2002, og samiske organisasjoner fra russisk side deltar på plenumsmøtene med tale- og forslagsrett. Samisk parlamentarisk råd består av parlamentarikere fra sametingene. Arbeidsområdet er alle saker som etter rådets oppfatning berører eller kan berøre samene som ett folk.⁴³

Samisk parlamentarisk råd (SPR) uttalte under sameparlamentarikerkonferansen i Trondheim i 2017 at: «Vi understreker at samene er ett folk bosatt i statene Finland, Norge, Russland og Sverige.»

Arktisk råd ble etablert i 1996 gjennom Ottawa-erklæringen. Rådet er sammensatt av åtte medlemsland: Canada, Danmark, Finland, Island, Norge, Russland, Sverige og USA. Seks internasjonale urfolksorganisasjoner har status som permanente deltakere. Rådet er et viktig forum for samarbeid om arktiske spørsmål. Rådet har en rekke initiativer og prosjekter på tvers av landene. Rådet har også etablert arbeidsgrupper som fokuserer på ulike temaer, blant annet urfolkshelse. Siden Russlands invasjon av Ukraina i 2022 har det vært begrensninger på fysiske møter, noe som har

³⁷ <https://www.regjeringen.no/no/tema/mat-fiske-og-landbruk/reindrift/reindrift/id2339774/>

³⁸ Dankertsen (2014).

³⁹ <https://www.nasjonalarkivet.no/samelandsmotet/>

⁴⁰ <https://sametinget.no/internasjonalt-arbeid/samisk-samarbeid/sameradet/>

⁴¹ <https://sametinget.no/om-sametinget/>

⁴² <https://sametinget.no/politikk/politisk-organisering-og-ledelse/samisk-parlamentarisk-rad-spr/>

⁴³ <https://sametinget.no/politikk/politisk-organisering-og-ledelse/samisk-parlamentarisk-rad-spr/>

påvirket samarbeidet. Arktisk råd har fortsatt arbeidet for å ivareta dialog og samarbeid mellom medlemslandene.⁴⁴

2.2.6 Samiske språk

Samiske språk er urfolksspråk i Norge. Samiske språk og norsk er likeverdige språk som er likestilt etter sameloven kapittel 3.⁴⁵

Det er ulike samiske språkområder i Norge, men grensene mellom dem er ikke skarpt avgrenset, og de overlapper flere steder. De samiske «nabospråkene» er ofte så like at man kan forstå hverandre delvis. Språkene som er mer geografisk atskilt, er imidlertid så forskjellige at man vil ha vanskeligheter med å kommunisere med hverandre. Tradisjonelt finnes det elleve samiske språk. Seks av disse snakkes eller har blitt snakket i Norge: sørsamisk, pitesamisk, umesamisk, lulesamisk, nordsamisk og skoltesamisk. Nordsamisk er det største samiske språket både i Norge og globalt.⁴⁶

Nordsamisk og sørsamisk er veldig forskjellige språk, mens lulesamisk har noen likheter med både nordsamisk og sørsamisk.

Boks 2.1

Likhetstrekk og ulikheter mellom sørsamisk, lulesamisk og nordsamisk

Teksten er det første verset i den samiske nasjonalsangen.

Nordsamisk

Guhkkin davvin Dávvgáid vuolde sabmá
suolggaid Sámiatnan.
Duottar leabbá duoddar duohkin,
jávri seabbá jávrrí lahka.
Čohkat čilggiin, čorut čearuin allánaddet
almmi vuostái.
Šávvet jogat, šuvvet vuovddit, cáhket ceakko
stállenjárggat máraideaddji mearaide.
Tekst: Isak Saba

Lulesamisk

Nuorttan Juoksanástij vuolen dáppen
ráfes Sámeednam.
Duottarduogen duottar vuojnnu,
jávre sledju lahkakakoj.
Tjåhkå allen, bære tjæron allánaddi alme
vuosttij.
Jågå skåvvi, vuome sjåvvi tsáhki tsækko
stállenjårga måradiddje merajda.
Gjendiktning til lulesamisk: Sigga Maria Tuolja Sandström

Sørsamisk

Noerhtenaestiej gijken nueliem soejmi
Saemielaante jæjhta.
Vaerieh vaerieh duekieh vååjnoeh,
jaevrieh jaevrieh dubpielisnie.
Elmien vööste vaartoeh, aesieh lokngesieh
jïh vitnedetieh.
Johkh jïh skåakh jis bursieh, sjuvvieh,
kraevies praare baektienjuanah
saelhtietjaetsiem dåastoehetieh.
Gjendiktning til sørsamisk: Anna Jacobsen

Norsk

Langt mot nord under Karlsvognen
sakte stiger Samelandet.
Vidde seg bak vidde strekker,
sjø ved sjø hvor øyet rekker.
Lier, åser, snaue rabber hever seg
mot himmelbrynet.
Elver bruser, skoger suser, stålgrå, steile
fjellnes skyter mot det ville hav seg ut.
Gjendiktning til norsk: Jacob Børretzen

Kilde: Nasjonal digital læringsarena om samiske språk⁴⁷

⁴⁴ [Arktisk råd - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/arktis/arktisk-rad/sametinget);
[Arktisk råd - Sametinget](https://www.regjeringen.no/no/arktis/arktisk-rad/sametinget)

⁴⁵ Språklova og sameloven kap. 3.

⁴⁶ Dokument 19 (2022–2023).

⁴⁷ <https://ndla.no/r/norsk-kort-botid-sf-vg1/samiske-sprak/2f58a12f94>

Det finnes flere varianter av samisk språk med ulik utbredelse og antall brukere. Det er ingen offisiell registrering av morsmål, første- eller andrespråk, men forskningsanslag og Sametingets kilder gir et bilde av språksituasjonen.⁴⁸

Nordsamisk (davvisámegiella) er det største samiske språket med anslagsvis 20 000–30 000 brukere.⁴⁹ Rundt 70 prosent av brukerne av nordsamisk bor i Norge, og resten bor i Sverige og Finland. Omtrent 90 prosent av alle samisktalende snakker nordsamisk. Språket er mest utbredt i Troms og Finnmark samt enkelte kommuner i Nordland. UNESCO klassifiserer nordsamisk som truet, men det har en relativt robust posisjon sammenlignet med de andre samiske språkene. Nordsamisk er offisielt språk i flere kommuner i forvaltningsområdet for samisk språk i Finnmark/Finnmark og Davvi-Romsa/Nord-Troms.⁵⁰

Lulesamisk (julevsámegiella) snakkes tradisjonelt i Divtasvuotna/Tysfjord-området og Nuortta-Sáhto/Nord-Salten (Hamarøy, Sørfold). UNESCO klassifiserer lulesamisk som et alvorlig truet språk. Språket har en egen grammatikk som skiller det fra nordsamisk, men det er også likheter.⁵¹

Sørsamisk (åarjelsaemien gïele) er utbredt fra Saltfjellet i Nordland til Hedmark (Innlandet), inkludert Trøndelag. UNESCO klassifiserer sørsamisk som alvorlig truet, og språkovertøring mellom generasjoner er svak – under halvparten av sørsamene behersker språket.⁵²

Mange med samisk bakgrunn har mistet språket som følge av fornorskingspolitikken. Det innebærer at antallet som faktisk har samisk som førstespråk, er lavere enn antallet som identifiserer seg som samer. Resultater fra SamBa-undersøkelsen, som er forankret i

Den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa), viser en positiv utvikling i den samiske språkovertøringen mellom generasjoner. Overføringen av samisk språk fra foreldre til barn er i dag høyere enn den var fra besteforeldre til foreldre. Tendensen er sterkest i de samiskdominerte områdene og blant samisktalende mødre. Undersøkelsen viser videre at også barn uten samisktalende foreldre tilegner seg samisk språk, blant annet gjennom samisk barnehage tilbud.⁵³

2.2.7 Fornorskingspolitikken

Over lang tid har samene levd under statlig assimileringsspolitikk. Tiltakene som hadde som mål å assimilere samene i det norske storsamfunnet, omtales gjerne som fornorskingspolitikken.⁵⁴ Sannhets- og forsoningskommisjonen dokumenterte at norske myndigheter førte en målrettet fornorskingspolitikk overfor samene fra midten av 1800-tallet og langt inn på 1900-tallet. Fornorskingspolitikken var systematisk og rettet mot å assimilere samene i majoritetskulturen. Fornorskingsprosessen inkluderte blant annet fremming av norske bosettinger i tradisjonelle kystsamiske områder slik at samene ble minoritet i egne historiske bosettingsområder. Det ble også innført forbud mot å bruke samisk språk i skolene.⁵⁵

Sannhets- og forsoningskommisjonen dokumenterte at historiske prosesser har skapt strukturelle ulikheter som fortsatt preger helse- og omsorgstjenesten.⁵⁶ Helseutfordringene må forstås i lys av tap av språk, kultur og identitet samt vedvarende diskriminering og marginalisering. Samene er en minoritet som har vært utsatt for en fornorskingsprosess som har preget og fortsatt preger samfunnsliv, relasjoner, familie og helse. Diskriminering og manglende kunnskap om samisk språk, historikk og kultur i tjenestene påvirker samers helse også i dag.

⁴⁸ Førstespråk: det språket du lærer først, morsmål. Andrespråk: språk du lærer etter førstespråket. [Samiske språk - Norsk kort botid \(SF vg1\) - NDLA](#)

⁴⁹ Todal (2013), s. 37–56.

⁵⁰ <https://snl.no/nordsamisk>

⁵¹ <https://snl.no/samisk>

⁵² <https://ndla.no/r/norsk-yf/samiske-sprak/e7a93a5958>

⁵³ Vaskinn mfl. (2026), s. 621–637.

⁵⁴ Minde (2003), s. 121–146.

⁵⁵ FHI (2024).

⁵⁶ Dokument 19 (2022–2023).

Tap av språk og kulturell tilhørighet har hatt direkte og indirekte helseeffekter. Mange samer opplevde skam og sosial stigmatisering, noe som har bidratt til psykiske belastninger og redusert livskvalitet. Effekten av fornorskingspolitikken har påvirket mange generasjoner og har hatt negativ effekt på grupper og enkeltindivider helt fram til i dag. Forskingen peker på dette som historiske eller intergenerasjonelle traumer.⁵⁷ Sannhets- og forsoningskommisjonen viste at denne historiske uretten har skapt et grunnlag for mistillit til offentlige institusjoner, inkludert helsetjenesten.

I dag har samenes og de nasjonale minoritetenes rettigheter i all hovedsak bred støtte i befolkningen. Samtidig er det mange som har liten kunnskap om samer og nasjonale minoriteter, og negative og stereotypiske holdninger mot disse gruppene er relativt utbredt.⁵⁸ Sannhets- og forsoningskommisjonen peker også på at kunnskapen om samer er generelt lav i Norge.⁵⁹

2.3 Samenes helse

2.3.1 Kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget om samisk helse preges av at det ikke utføres offentlig registrering av hvilket språk innbyggerne snakker, deres kulturelle praksiser eller etnisk tilhørighet. Det finnes ikke noe datagrunnlag som gjør det mulig å utarbeide statistikk over personer med samisk etnisk tilhørighet.⁶⁰ Dette omfatter også offentlige helseregistre, både innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Personvern hensyn og hensyn til minoritetsrettigheter er blant begrunnelsene for at etnisk tilhørighet ikke registreres. Statistikk der etnisk tilhørighet inngår som en variabel oppleves for mange minoritetsgrupper som krevende. Etnisk baserte registre har gjennom historien blitt brukt som utgangspunkt for sosiale og kulturelle særtiltak der målet har vært assimilering og rasehygienisk motiverte overgrep. Det er grunn til å anta at dagens situasjon, preget av internasjonale konflikter, usikkerhet og økende polarisering, kan bidra til økt skepsis blant minoritetsgrupper mot å utarbeide statistikk der etnisk tilhørighet registreres.⁶¹ Samtidig er det mange som peker på at mangelen på datagrunnlag i offentlige registre påvirker kunnskapsgrunnlaget om forekomsten av sykdom, skader og behov for helsehjelp. Det finnes lite forskning på samiske pasientforløp. Det er også vanskelig å måle tjenestebruk og -behov. Det er krevende å planlegge og tilrettelegge for gode helse- og omsorgstjenester for samene når behovene ikke er godt nok kjent.⁶²

På grunn av mangelen på forskningsbasert kunnskap om samers helsesituasjon ble Senter for samisk helseforskning (SSHF) etablert i 2001 som et selvstendig senter ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet. Senteret har gjennomført helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR i områder med samisk og norsk bosetting for å kartlegge eventuelle forskjeller i helse mellom den samiske og den ikke-samiske befolkningen. SAMINOR-undersøkelsene er ulike i geografisk og tematisk omfang, metode og bredde. SAMINOR 1 la grunnlaget med basisdata om helse og levekår, SAMINOR 2 utvidet til livsstil og mental helse, mens SAMINOR 3 har et helhetlig samisk perspektiv som også omfatter historiske traumer knyttet til fornorskingspolitikken, psykisk helse og helsetjenestebruk.

SAMINOR 1, som ble gjennomført i 2003–2004, var den første store helsekartleggingen. Undersøkelsen omfattet rundt 17 000 deltakere

⁵⁷ Intergenerasjonelle traumer er et begrep som beskriver hvordan virkningene av traumatiske opplevelser kan overføres fra én generasjon til den neste. Barn og barnebarn kan påvirkes av traumer foreldre eller besteforeldre har opplevd, selv om etterkommerne ikke har vært direkte utsatt for hendelsene. [American Psychological Association](#), ; Whitbeck mfl. (2004), som sitert i Folkehelseinstituttet (2024).

⁵⁸ NIM (2022).

⁵⁹ Dokument 19 (2022–2023).

⁶⁰ Sámi allaskuvla/Samisk høyskole (2025).

⁶¹ Meld. St. 17 (2024–2025).

⁶² Ibid.

fra 24 kommuner og inkluderte spørreskjema, kliniske målinger og blodprøver. Aldersgruppen var 30 år og 36–78/79 år. Datainnsamlingen skjedde via feltstasjoner og helsebusser i utvalgte distriktskommuner. Temaet var grunnleggende helse og levekår.⁶³

SAMINOR 2 ble gjennomført i 2012–2014 og besto av to trinn. Det første trinnet var en ren spørreskjemaundersøkelse i 25 kommuner med rundt 11 600 deltakere i alderen 18–69 år. Det andre trinnet inkluderte både spørreskjema og kliniske målinger i ti kommuner, med rundt 6 000 deltakere i alderen 40–79 år. I denne runden ble temaene utvidet til å omfatte livsstil, mental helse og bruk av helsetjenester.⁶⁴

SAMINOR 3 ble gjennomført i 2023–2025 og er en storskala befolkningsundersøkelse om helse og levekår i områder med samisk, kvensk/norsksamisk og norsk bosetting i Nord- og Midt-Norge samt sørsamiske områder i Innlandet. Formålet er å frambringe oppdatert epidemiologisk kunnskap om sykdomsforekomst, risikofaktorer og årsaksforhold blant samene som urfolk, sammenlignet med den øvrige befolkningen i de samme geografiske områdene. Undersøkelsen har et bredt metodisk design som kombinerer kvalitative intervjuer med en omfattende folkehelseundersøkelse blant innbyggere i alderen 40–79 år i 49 kommuner. Datainnsamlingen omfatter spørreskjema, biologiske prøver (blod, urin og hår) samt kliniske målinger som blodtrykk, EKG, lungefunksjon og gripestyrke, supplert med kognitiv testing og balanseprøver for deltakere over 70 år. I tillegg til somatisk helse og helsetjenestebruk legger SAMINOR 3 særskilt vekt på historiske determinanter for helse, herunder konsekvenser av fornorskingspolitikken, internatskoleoppvekst, tap av språk og kultur, historiske traumer samt motstandskraft og mestringsfaktorer i befolkningen.

Ungdomsundersøkelsen Ung i nord ble gjennomført som en spørreundersøkelse

blant elever i 10. klasse i Nord-Norge i tidsrommet 2002–2005. Dette var den andre befolkningsundersøkelsen som hadde som formål å kartlegge psykisk og fysisk helse og levekår hos samisk og ikke-samisk ungdom relatert til kulturelle forhold og etnisk tilhørighet. Undersøkelsen hadde om lag 4 700 deltakere i aldersgruppen 15–16 år. Tverrsnittsdataene er koblet til registerdata for å undersøke utviklingsforløp fra ungdomstiden til ung voksen alder.⁶⁵

Ungdata er en nasjonal spørreskjemaundersøkelse som kartlegger hvordan ungdom i Norge har det og hvordan de lever. Undersøkelsen gjennomføres hovedsakelig i ungdomsskolen og videregående skole hvert tredje år. Den omfatter temaer som helse, trivsel, skole, fritid, rus, familie og venner. Ungdata gir kunnskap om ungdoms livssituasjon og utvikling over tid som kan brukes til å utforme tiltak og tjenester for barn og unge. I 2024 og 2025 var samisk etnisitet rapportert for ungdom i Finnmark, Troms, Nordland og Trøndelag.⁶⁶ Om lag 1 800 samiske ungdommer svarte på et bredt utvalg spørsmål om blant annet psykisk og fysisk helse, livskvalitet, diskriminering, rusbruk og bruk av helsetjenester.

Det finnes altså noe kunnskap om samisk helse og tjenestebruk i dag, men kunnskapen er mangelfull. Videre i dette kapittelet beskrives samisk helse i dag, basert på tilgjengelige kilder. Deretter presenteres betydningen av språk og kultur i samisk helse. Videre gis en kort oversikt over den historiske utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i Norge og en oversikt over kunnskap om samers bruk av helse- og omsorgstjenester, og kunnskap om hva som er viktig i helsetjenesten.

⁶³ [SAMINOR; SAMINOR 1](#)

⁶⁴ [Senter for samisk helseforskning. SAMINOR 2. UiT Norges arktiske universitet.](#)

⁶⁵ Turi mfl. (2009).

⁶⁶ Jacobsen mfl. (2026).

2.3.2 Generelt sykdomsbilde – somatikk

Samer har i stor grad de samme somatiske helseutfordringer som majoritetsbefolkningen.⁶⁷ De fleste store folkehelseutfordringene i befolkningen generelt finnes også i den samiske befolkningen. Forskjeller i somatisk og psykisk helse mellom samer og øvrig befolkning ble gjennomgått i 2020.⁶⁸ Oppsummeringen konkluderer med at helseindikatorer for samer i de nordiske landene skiller seg lite fra det som gjelder for den øvrige befolkningen. Internasjonal forskning viser at de fleste urfolk har dårligere helse enn den øvrige befolkningen.⁶⁹ På dette området er altså situasjonen for samer forskjellig fra andre urfolk i Arktis og i verden ellers. Det er viktig å understreke at kunnskapsgrunnlaget er begrenset når det gjelder eventuelle forskjeller mellom samer og majoritetsbefolkningen for mange sykdommer og helserelevante forhold.

Foreløpige tall fra SAMINOR 3 understøtter i hovedsak dette bildet. Andelen som vurderer egen helse som god eller svært god, er noe lavere blant samer enn blant ikke-samer, for både kvinner og menn, men forskjellene er små. For tannhelse er forskjellen tydeligere: Færre samer vurderer egen tannhelse som god eller svært god, og forskjellen er størst for samiske menn. For hjerte- og karsykdom er det små forskjeller mellom samer og ikke-samer. Samiske kvinner og menn rapporterer i noe mindre grad atrieflimmer. For andre hjerte- og karsykdommer ligger samene likt med eller noe over ikke-samer. Høyt blodtrykk forekommer hyppigere blant menn enn blant kvinner, men det er ingen forskjeller mellom samer og ikke-samer. Flere menn enn kvinner har lav lungekapasitet, og blant samer er det en litt lavere andel enn blant ikke-samer, men forskjellen er liten. Målingene av langtidsblodsukker som kan indikere prediabetes, skiller seg ut. Menn har høyere andel med høyt langtidsblodsukker enn kvinner, og andelen er høyest blant samiske menn. Om lag ti prosent av deltakerne oppgir at de røyker

daglig, uten kjønnsforskjell. Andelen som røyker eller har røykt tidligere, er noe høyere blant samiske kvinner og menn. Dette forklares i større grad av geografi enn av etnisk bakgrunn ettersom røyking er mer utbredt i nord enn i sør. Samlet understøtter de foreløpige resultatene bildet av at det er små somatiske helseforskjeller mellom samer og øvrig befolkning. De to funnene som peker seg ut, selvurdert tannhelse og høyt langtidsblodsukker, er begge tydeligst blant samiske menn.

Det er rapportert og funnet forskjeller på noen helseindikatorer i enkelte områder. For eksempel ser man at gjennomsnittlig forventet levealder for menn i Kautokeino er 77 år, tre år kortere enn i Oslo og landsgjennomsnittet. For kvinner er forventet levealder 83,9 år.⁷⁰ Dette er som landsgjennomsnittet. Mens samiske kvinner tar utdanning, er en betydelig andel av menn i Indre Finnmark tilknyttet reindriften, der de utsettes for skader, ulykker og slitasje. De benytter også helsetjenester i mindre grad enn behovet tilsier.⁷¹ Reindriftsnæringen innebærer fysisk krevende arbeid, og forskning fra samiske og nordlige områder viser sammenheng mellom høy fysisk arbeidsbelastning og muskel- og skjelettplager, særlig i rygg, nakke og skuldre.⁷² Også risikoen for alvorlige arbeidsulykker er høy.⁷³ Sannhets- og forsoningskommisjonen påpekte at endringer i tradisjonelle næringsformer har påvirket kosthold og livsstil. Begrenset tilgang til helsetjenester i samiske områder forsterker utfordringene.⁷⁴

Selv om forskningsresultatene viser få forskjeller i somatisk helse, understrekes det at samer er en mangfoldig gruppe med ulike behov. Derfor er individuell tilrettelegging, kulturell kompetanse og lokalt tilpassede tiltak særlig viktig.⁷⁵ Og selv om det ser ut til å være små forskjeller i somatisk helse, må fysisk og psykisk helse ses i sammenheng.

⁶⁷ FHI (2024).

⁶⁸ Young mfl. (2020).

⁶⁹ Meld. St. 12 (2023–2024).

⁷⁰ Kalstad (2025), lysbilde 31.

⁷¹ NOU 1995: 6, s. 53.

⁷² Hansen mfl. (2017).

⁷³ [HMS i reindriften - Naturbasert produksjon og tenesteyting \(NA-NAB vg1\) - NDLA](#)

⁷⁴ Dokument 19 (2022–2023).

⁷⁵ Blix (2016).

2.3.3 Hets, diskriminering og minoritetsstress

Hets og diskriminering av samer er et betydelig samfunnsproblem. Mange samer bærer med seg historiske erfaringer med fornorsking og marginalisering. De opplever fortsatt fordommer, hets og diskriminering fra majoritetsbefolkningen og til dels også innad i samiske miljøer. Forskning viser at diskriminering henger sammen med svekket fysisk og psykisk helse blant samer.⁷⁶ «Samehets spiser opp sjela» har sametingspresident Silje Karine Muotka uttalt.⁷⁷

En studie viste at samer bosatt i norskdominerte områder hadde mer enn dobbelt så høy forekomst av hjerte- og karsykdom som samer i samiske majoritetsområder. Etablerte risikofaktorer forklarte bare en begrenset del av forskjellen, noe som tyder på at livsstilsfaktorer alene ikke kan forklare den økte risikoen. En viktig medvirkende årsak kan være kronisk stress knyttet til marginalisering.⁷⁸

Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport dokumenterer at opplevelser av diskriminering i møte med helse- og omsorgstjenesten fortsatt forekommer. Dette kan svekke tilliten til offentlige tjenester og bidra til at enkelte unngår å søke hjelp. Kommisjonen pekte på behovet for økt kulturkompetanse og styrket medvirkning.⁷⁹

Minoritetsstress er et begrep fra psykologisk og samfunnsvitenskapelig forskning som beskriver den vedvarende belastningen som kan oppstå som følge av stigma, diskriminering og negative erfaringer knyttet til det å tilhøre en minoritetsgruppe.⁸⁰ Samehets kan forstås som ytringer som er stigmatiserende, nedverdiggende, trakasserende eller truende, rettet mot samer som gruppe eller enkeltpersoner. Netthets utgjør en særlig utfordring.⁸¹ En rapport fra Amnesty International Norge viser at om lag

hver fjerde ytring om samiske temaer i sosiale medier er negativ eller preget av fordommer. Slike ytringer er ofte basert på stereotypier og kan bidra til at samer vegrer seg for å delta i offentlig debatt, noe som også kan svekke den demokratiske samtalen.⁸²

Myndighetene og samiske institusjoner har iverksatt flere tiltak for å forebygge og bekjempe samehets og diskriminering, blant annet handlingsplaner både fra Sametinget og regjeringen og informasjons- og rapporteringsløsninger, som samehets.no.⁸³ Ordninger som Samiske veivisere og tiltak som Suodji har som formål å øke kunnskap, forebygge fordommer og gi støtte til personer som utsettes for hets og trakassering.⁸⁴ Det finnes en rekke hjelpetjenester for barn, unge og voksne, men tilgjengeligheten og graden av samisk språk- og kulturkompetanse varierer.⁸⁵

2.3.4 Psykisk helse

2.3.4.1 Psykisk helse i samiske samfunn

Psykisk helse må ses i sammenheng med språk, kultur, identitet og tilhørighet. Forskning og offentlige utredninger peker på at historiske erfaringer med fornorsking, diskriminering og tap av språk og kultur samt samtidige belastninger kan ha betydning for både fysisk og psykisk helse og livskvalitet i samiske samfunn. Dette stiller krav til kulturelt tilpassede tjenester.

Psykiske plager som engstelse, nedstemthet og uro måles ofte ved hjelp av spørreskjema. Resultater fra SAMINOR 2 tyder på at både kvinner og menn med samisk bakgrunn rapporterer om mer psykiske plager og flere symptomer på posttraumatisk stress enn personer i majoritetsbefolkningen.⁸⁶

⁷⁶ Eriksen (2017).

⁷⁷ [Sametinget \(2022\)](#).

⁷⁸ Eliassen mfl. (2013).

⁷⁹ Dokument 19 (2022–2023).

⁸⁰ Roshan og Sand (2024).

⁸¹ <https://sametinget.no/likestilling/samehets/>

⁸² Amnesty International Norge (2023).

⁸³ [Sametingets handlingsplan mot samehets; Regjeringenes handlingsplan mot samehets; samehets.no](#).

⁸⁴ [Om ordningen | Samisk Høgskole, Samiske veivisere; https://suodji.no/](#)

⁸⁵ Eksempler på lavterskeltilbud med samisk språk- og kulturkompetanse er [SÁNAG/SANKS](#), [Girku SOS](#) i regi av Kirkens SOS, [Kors på halsen](#) i regi av Røde Kors og [VO-linnjá/VO-linjen](#) i regi av Kriesentersekretariatet. Utfyllende oversikt finnes på nettsidene til [Sametinget](#).

⁸⁶ Meld. St. 12 (2023–2024).

Diskriminering, historiske traumer og hatytringer trekkes fram som sentrale risikofaktorer.⁸⁷

SamBa-studien (Samiske Barn) belyser emosjonelle og atferdsmessige vansker blant samiske førskolebarn. Studien viser ingen generelle forskjeller i forekomst mellom samiske (n = 332) og ikke-samiske (n = 4 777) barn ved 1,5 år, 3 og 5 års alder. Samtidig peker studien på at samspillet mellom etnisitet, kjønn og bosted påvirker utagerende atferd. Monoetnisk samiske gutter i norskdominerte områder skåret høyere enn samiske gutter i samiskdominerte områder og gutter med multietnisk bakgrunn. Det ble ikke påvist tilsvarende mønstre for jenter eller for forekomst av innadvendte vansker. Resultatene underbygger betydningen av lokalsamfunnskontekst og minoritetsposisjon, og forfatterne framhever behovet for kultursensitiv oppfølging i helse- og oppveksttjenestene.⁸⁸

Ung i Sápmi fra 2024–2025 viser at samiske ungdommer er mindre fornøyde med sin egen psykiske og fysiske helse. De er også mer ensomme, føler seg mer mobbet/diskriminert, stresset og har flere selvrapporterte helseplager enn ikke-samisk ungdom. Undersøkelsene viser at de etniske forskjellene er minst eller ikke til stede i Finnmark, sammenlignet med de øvrige fylkene. Samisk ungdom bruker også helsetjenester som helsesykepleier, helsestasjon for ungdom og psykolog i større grad enn ikke-samisk ungdom.⁸⁹

Forskning peker på at samer i den voksne befolkningen i noe større grad enn majoritetsbefolkningen rapporterer om psykiske plager.⁹⁰ Samtidig er det betydelige variasjoner i forekomsten av psykiske plager og lidelser innad i den samiske befolkningen. Studier viser at samer bosatt i samiskdominerte områder har bedre psykisk helse enn samer som bor i områder der samer utgjør en minoritet.⁹¹

Sannhets- og forsoningskommisjonen viste til at forekomsten av psykiske plager er høyere blant samer enn i majoritetsbefolkningen. Angst, depresjon og traumer ble knyttet til erfaringer med marginalisering og intergenerasjonelle traumer. Kommisjonen framhevet videre at fornorskingspolitikken har bidratt til et mønster der psykiske belastninger kan overføres mellom generasjoner, og at samtidig diskriminering og rasisme forsterker utfordringsbildet. Kommisjonen vurderte at psykisk helse bør prioriteres i samiske områder, og den pekte på behovet for kulturtilpassede tjenester og kompetanse om traumer knyttet til historisk urett.⁹²

I mange samiske samfunn er det fortsatt tabubelagt og stigmatiserende å snakke om sykdom, spesielt om psykisk helse. Det samiske språket og den samiske kulturen har ikke mange ord som beskriver psykisk uhelse. Sametinget har pekt på at det bør arbeides med å øke aksepten for å snakke om psykiske vansker, for å få mer åpenhet og økt bruk av hjelpeapparatet.⁹³

Samisk reindrift utgjør livsgrunnlaget for mange samer og har stor betydning som næring, kulturuttrykk og grunnlag for samisk identitet. Reindriften bygger på sesongmessige vandringer mellom ulike beiteområder og er avhengig av tilgang til sammenhengende arealer, tradisjonelle flyttleier og fungerende økosystemer. Klimaendringer og endret arealbruk skaper økende utfordringer for næringen. Mer uforutsigbare vintre, hyppigere mildvær, ising og ustabile snø- og beiteforhold kan gjøre både beiting og forflytning mer krevende. Samtidig kan utbygging, ferdsel, turisme og andre arealinngrep redusere mulighetene for tilpassing.⁹⁴ Økt usikkerhet om naturgrunnlaget, press på tradisjonelle livsformer, økonomiske rammer og tap av forutsigbarhet kan bidra til stress, uro, angst og andre psykiske belastninger. Når klimaendringer og naturinngrep svekker grunnlaget for kulturutøvelse, kan dette også påvirke

⁸⁷ Hansen og Skaar (2021).

⁸⁸ Turi mfl. (2009).

⁸⁹ Kvernmo mfl. (2026).

⁹⁰ Eriksen (2017).

⁹¹ Kvernmo (2004), s. 221–234.

⁹² Dokument 19 (2022–2023).

⁹³ Meld. St. 12 (2023–2024), s. 34.

⁹⁴ NIBIO (2025).

kunnskapsoverføring, tilhørighet og opplevelsen av framtidstro.⁹⁵

2.3.4.2 Rus og avhengighet

Rusmiddelbruk blant samer må forstås i lys av historiske, kulturelle og sosiale forhold. I mange samiske miljøer er rusproblemer forbundet med skam og tabu, og de kan oppfattes som uttrykk for moralsk svikt snarere enn som en helsetilstand.⁹⁶ Det er behov for mer kunnskap om alkohol og rusbruk i det samiske samfunnet.⁹⁷

Flere undersøkelser viser at samer jevnt over har lavere alkoholforbruk enn den øvrige befolkningen. SAMINOR 2-undersøkelsen fant lavere alkoholinntak blant voksne samer, og fylkeshelseundersøkelser fra Troms og Finnmark (2019) og Nordland (2020) viser at en lavere andel samer enn ikke-samer drikker alkohol hyppig. Andelen som rapporterer høyt alkoholinntak ved enkeltanledninger, er ikke lavere enn den er i den øvrige befolkningen.⁹⁸

Kulturelle og religiøse forhold har stor betydning for rusmiddelbruk. Læstadianismen har bidratt til restriktive holdninger til alkohol og framstår som en viktig beskyttelsesfaktor. Også sterk samisk identitet, tilknytning til tradisjonell kultur og nære familie- og slektsbånd kan ha en forebyggende effekt. Samtidig kan fornorskingsprosesser, kulturell marginalisering og svekket identitet bidra til økt sårbarhet for rusproblemer.

Undersøkelser blant ungdom på 1990-tallet viste lavere alkoholbruk blant samisk enn blant norsk ungdom.⁹⁹ Det er imidlertid lite oppdatert kunnskap om rusmiddelbruk blant samisk ungdom i dag.¹⁰⁰

Bruk av andre rusmidler, herunder illegale rusmidler og vanedannende legemidler, utgjør en mindre del av den samlede rusmiddelbruken.

Kunnskapen om omfanget blant samer er begrenset.¹⁰¹

2.3.4.3 Selvmord og selvmordsforebygging

Selvord utgjør et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem. I 2024 ble det registrert 739 selvmord i Norge, om lag tre av fire var blant menn. Selv om selvmordsraten har gått noe ned siden 1990, er den fortsatt høyere enn på 1950- og 1960-tallet. Selvmord har store konsekvenser for etterlatte og nærstående, og det anslås at om lag 7 000 personer berøres hvert år. I små og tett sammenvevde samfunn kan konsekvensene være særlig omfattende.¹⁰² Sannhets- og forsoningskommisjonen framhevet at nære slektskapsbånd, arbeidsfelleskap og små lokalsamfunn kan medføre at mange berøres når selvmord skjer.¹⁰³

Nyere kunnskapsgrunnlag om selvmord og selvmordsatferd i samiske sammenhenger er begrenset. En studie med utgangspunkt i folketellingen fra 1968, hvor samisk etnisitet ble registrert, fant en noe høyere forekomst av selvmord blant samer enn i befolkningen for øvrig i perioden 1970–1998. Den økte forekomsten gjaldt både kvinner og menn, men den var særlig tydelig blant menn.¹⁰⁴ Hvordan situasjonen er etter denne undersøkelsen, finnes det ikke sikker kunnskap om. Internasjonal forskning peker imidlertid på at selvmord er et betydelig folkehelseproblem blant urfolk, særlig i arktiske områder.¹⁰⁵ Studier har ikke påvist signifikante forskjeller i forekomsten av selvmordsforsøk mellom samiske ungdommer og ungdom i majoritetsbefolkningen i arktisk Norge, men risikofaktorene kan variere.¹⁰⁶

Den hittil eneste norske studien som har undersøkt selvmord blant samer over tid, viser at forekomsten var høyest blant samiske menn bosatt i samiskdominerte områder, særlig blant dem som sto utenfor reindriften.¹⁰⁷ Forskning

⁹⁵ NIM (2024).

⁹⁶ Spein mfl. (2012).

⁹⁷ <https://nsr.no/nesseby-sameforening/behov-for-mer-kunnskap-om-alkohol-og-rusmisbruk-i-det-samiske-samfunnet/>

⁹⁸ Meld. St. 12 (2023–2024).

⁹⁹ Spein mfl. (2006), s. 103–117.

¹⁰⁰ FHI (2024).

¹⁰¹ Meld. St. 12 (2023–2024).

¹⁰² FHI (2025).

¹⁰³ Dokument 19 (2022–2023).

¹⁰⁴ Silviken mfl. (2006).

¹⁰⁵ SANKS og Samerådet (2017).

¹⁰⁶ Silviken og Kvernmo (2007); Stoor mfl. (2015).

¹⁰⁷ Silviken mfl. (2006), s. 707–713.

tyder på at selvmord i denne gruppen i stor grad kan være knyttet til sosiale og kontekstuelle forhold, snarere enn til psykisk helse alene.¹⁰⁸

Selvmondsproblematikk må forstås i lys av både individuelle forhold og historiske, kulturelle og samfunnsmessige belastninger. Det er etablert nasjonale strategier for forebygging av selvmord, herunder *Nasjonal handlingsplan for forebygging av selvmord (2020–2025)*, som også omfatter tiltak for den samiske befolkningen.¹⁰⁹ Planen vektlegger behovet for å ivareta samiske perspektiver i forebyggingsarbeidet, blant annet gjennom økt kunnskap og kulturelt tilpassede tilnærminger.

2.3.4.4 Vold og overgrep

Vold og overgrep utgjør et alvorlig samfunns- og folkehelseproblem også i de samiske områdene.¹¹⁰ En betydelig andel samiske kvinner og menn har erfaring med vold, og mange har også vært utsatt for vold i barndommen.¹¹¹ Personer med samisk bakgrunn kan møte særskilte barrierer i kontakt med hjelpeapparatet. Slike barrierer er knyttet til kulturelle og sosiale forhold som tabuer, sterke slektsbånd og frykt for sanksjoner. Det kan også være forhold ved tjenestene, som manglende tillit, utilstrekkelig språk- og kulturtilpassing og erfaringer med diskriminering.¹¹²

SAMINOR 2-undersøkelsen viser en høyere forekomst av voldsutsatthet blant samer enn blant ikke-samer i de samme geografiske områdene, særlig blant kvinner.¹¹³ Funnene indikerer at samisk bakgrunn kan være forbundet med økt risiko for å bli utsatt for vold. Samtidig er kunnskapen om underliggende årsaker begrenset.¹¹⁴

Studier fra samiske områder indikerer at personer med samisk bakgrunn kan ha økt risiko

for livslang mellommenneskelig vold, og at vold i barndommen henger sammen med psykiske helseplager og kroniske smerter i voksen alder.¹¹⁵

Nyere forskning understreker betydningen av historiske og strukturelle forhold. En studie fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) og Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) fra 2026 beskriver et sammensatt voldsbilde i reindriftssamiske samfunn. Voldsbildet omfatter både strukturell vold, diskriminering, vold i arbeidssammenheng, vold i nære relasjoner og seksuelle krenkelser. Studien peker på at vold utenfra og vold innad i samiske samfunn må forstås i sammenheng og i lys av fornorskingspolitikken historiske og pågående konsekvenser.¹¹⁶

Også Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) viser i en rapport fra 2018 at vold og overgrep i samiske samfunn må ses i sammenheng med historiske og samfunnsmessige forhold som fornorsking, marginalisering og tap av språk og kultur. Slike erfaringer kan bidra til mistillit til offentlige myndigheter og gjøre det vanskeligere å avdekke, forebygge og følge opp vold og overgrep.¹¹⁷

2.3.5 Helsesituasjonen i ulike grupper

2.3.5.1 Barn og unge

Mange unge samer er stolte av sin samiske identitet og opplever sterk tilknytning til språk, kultur og felleskap. Samisk revitalisering, som blant annet innebærer å styrke språk, kultur og identitet, har hatt særlig betydning for yngre generasjoner. Samtidig kan det være krevende å være samisk i det norske majoritetssamfunnet.¹¹⁸

Den demografiske utviklingen med et økende antall samer i bysamfunn har resultert i at

¹⁰⁸ Hansen og Skaar (2021).

¹⁰⁹ [Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025](#).

¹¹⁰ Prop. 36 S (2023–2024), kap. 6.

¹¹¹ [Sametingets handlingsplan mot vold \(2023–2025\)](#).

¹¹² NKVTS (2025).

¹¹³ Eriksen mfl. (2015); Kvernmo (2018).

¹¹⁴ Prop. 36 S (2023–2024), kap. 6.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ NKVTS (2026).

¹¹⁷ [NIM \(2018\)](#).

¹¹⁸ Hansen og Skaar (2021); NOU 2016: 18.

flere barn og unge vokser opp som primært samisktalende med samisk som hjemme-, barnehage- og skolespråk. Mange av disse barna har ingen helsetilbud på samisk språk i sine lokalsamfunn.¹¹⁹

Forskning viser at samiske barn og unges psykiske helse påvirkes av både beskyttelses- og risikofaktorer. Mihá-studien dokumenterer at mange unge samer opplever hets og mobbing, og viser at diskriminering, historiske traumer, vold og manglende kultursensitive tjenester kan påvirke den psykiske helsen negativt. Samtidig framheves språk, kultur, tilhørighet og identitet som viktige beskyttelsesfaktorer. Naturen beskrives både som en kilde til mestring og terapi, men også som en stressfaktor når tradisjonelle samiske næringer står under hardt press.¹²⁰

Også andre studier viser at samiske barn og unge kan møte fordommer og diskriminering på skolen, i fritiden og på digitale arenaer. Enkelte velger å skjule sin samiske identitet av frykt for negative reaksjoner.¹²¹

Forskning viser også at en trygg kulturell identitet og stolthet over egen bakgrunn kan bidra til bedre mestring av psykiske helseutfordringer. Storfamilie, nære sosiale nettverk og tilknytning til tradisjonelle aktiviteter kan virke beskyttende. Dette gjelder samiske unge i lokalsamfunn hvor samer er en majoritet. Erfaringer med praktisk arbeid, for eksempel innen reindrift, kan styrke både selvfølelse og mestring.¹²²

2.3.5.2 Eldre

Mange samiske eldre har samisk som førstespråk, og en betydelig andel har begrenset norskkompetanse. Språkbarrierer kan påvirke både tilgang til og kvaliteten på helsehjelpen. Eldre med kognitiv svikt mister ofte andrespråket først og vender tilbake til morsmålet. Dette understreker behovet for helsepersonell med

samisk språk- og kulturkompetanse. Demens og kognitiv svikt reiser særskilte problemstillinger. Språk og kultur kan påvirke både diagnostikk og oppfølging, og mange vil derfor ha behov for tjenester som tar hensyn til samisk språk og kulturell bakgrunn. I enkelte miljøer kan demens fortsatt være forbundet med tabu, noe som kan føre til at hjelp søkes sent.

Geografiske forhold har også betydning. Samiske eldre bor i større grad enn majoritetsbefolkningen i distriktskommuner med lange avstander til spesialisthelsetjenester, noe som kan begrense tilgjengeligheten til helsehjelp.¹²³ I en rapport om aldring i samiske samfunn fra 2021 oppgir enkelte informanter at avstanden til sykehus er den eneste bekymringen de ser ved å fortsette å bo i kommunen. Andre oppgir mangel på venterom å oppholde seg i til bussen kommer og dårlige kommunikasjonsmidler som en utfordring.¹²⁴ Dette samsvarer med innspill til utvalget fra Sametingets eldreråd. Rådet har pekt på at tilgjengelighet til tjenestene og gode løsninger for pasienttransport er sentrale forutsetninger for at samiske eldre skal kunne få et likeverdig helse- og omsorgstilbud.¹²⁵

2.3.5.3 Kvinner

Kvinner i urfolkssamfunn har tradisjonelt hatt sentrale roller i omsorg, kunnskapsoverføring og opprettholdelse av sosiale og kulturelle fellesskap. Samtidig kan de møte særlige utfordringer knyttet til diskriminering, vold og tilgangen til tjenester.¹²⁶

Forskning viser at samiske kvinners levekår må forstås i lys av både kjønn og minoritetsstatus.¹²⁷ Undersøkelser viser også at samiske kvinner

¹¹⁹ Kvernmo (2019).

¹²⁰ Hansen og Skaar (2021).

¹²¹ Redd Barna (2026).

¹²² Nystad mfl. (2014); <https://www.aftenposten.no/kultur/i/38ave/samisk-ungdom-faar-mer-selvtillit-av-egen-kultur>

¹²³ Meld. St. 12 (2023–2024).

¹²⁴ Anderssen og Gjernes (2021).

¹²⁵ Mer om samiske eldre finnes her: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester til den samiske befolkningen (USHT samisk) har et særskilt ansvar for oppfølging og utvikling av de kommunale helse- og omsorgstjenestene til den samiske befolkningen i Finnmark. Senteret har blant annet utviklet en [kunnskapsbank](#) og [læringsmaterieell om etisk refleksjon](#). [Nasjonalt senter for aldring og helse](#) har gitt ut et eget [temahefte om helse- og omsorgstjenester til samiske eldre](#). Senteret har også utarbeidet en [håndbok for utvidet demensutredning med samisk kapittel](#).

¹²⁶ Kuokkanen (2019).

¹²⁷ Hansen og Sørli (2012).

i større grad enn både samiske menn og ikke-samiske kvinner er utsatt for vold.¹²⁸ Kunnskapsgrunnlaget om samiske kvinners helse er imidlertid begrenset, blant annet når det gjelder forekomst av sykdommer, symptombilde og behandling.

I Kvinnehelseutvalgets utredning (2023) er det et eget kapittel om samiske kvinners helse.¹²⁹ Utvalget pekte på en rekke tiltak for å legge til rette for god og likeverdig helse i den samiske befolkningen generelt, og for å løfte samiske kvinners helse spesielt. Utvalget mente det var nødvendig å peke på tiltak som retter seg mot sårbare grupper i den samiske befolkningen, som voldsutsatte og personer med demens. Kvinnehelseutvalget viste til at det er for lite kunnskap om forekomsten av sykdom blant samiske kvinner, og om sykdommer kan komme til uttrykk på andre måter hos samiske kvinner enn hos andre kvinner, samt hvilke behandlinger som er mest effektive.

2.3.5.4 Menn

Samiske menn rapporterer generelt færre psykiske plager enn kvinner, men har høyere forekomst av voldserfaringer i barndommen enn både ikke-samiske menn og samiske kvinner.¹³⁰ Overgrep mot menn i samiske samfunn er forbundet med tabu, noe som kan bidra til barrierer for å søke hjelp.¹³¹

Flere studier viser også tydelige kjønnsforskjeller i utdanningsnivå. Samiske menn har gjennomgående kortere utdanning enn både samiske kvinner og ikke-samiske menn, noe som kan bidra til å forsterke sosiale ulikheter og påvirke både levekår og helse.¹³²

Mannlige reindriftsutøvere har en økende forekomst av muskel- og skjelettplager sammenlignet med andre yrker med høy fysisk arbeidsbelastning, i tillegg til en betydelig forhøyet risiko for alvorlige ulykker i arbeidet.¹³³

¹²⁸ Eriksen mfl. (2018).

¹²⁹ NOU 2023: 5.

¹³⁰ Eriksen mfl. (2018).

¹³¹ NKVTS (2017).

¹³² FHI (2024).

¹³³ Helse Nord RHF (2020); Sjölander (2011)

2.3.5.5 Funksjonsvariasjon

I samiske sammenhenger har funksjonsvariasjon tradisjonelt i mindre grad vært forstått i diagnostiske termer, og personer med funksjonshindringer har ofte blitt sett som en del av den naturlige variasjonen i samfunnet.

Sannhets- og forsoningskommisjonen viste at samer med funksjonsvariasjoner i stor grad har vært lite synlige, og kan oppleve mobbing og diskriminering både på grunn av sin samiskhet og sin funksjonshindring.¹³⁴

Flere forhold ved tjenestene kan bidra til at personer med samisk bakgrunn og funksjonshindringer ikke får likeverdige tilbud. Det gjelder blant annet manglende tilpassing til språk og kultur og begrenset kompetanse om samiske kommunikasjonsformer og forståelser av sykdom og funksjon.¹³⁵

Et av tiltakene i *Sametingets handlingsplan for realisering av samiske funksjonshindredes rettigheter (2024–2026)* er å etablere et eget råd for samer med normbrytende funksjonsvariasjon.¹³⁶ I møte med utvalget pekte dette brukerrådet blant annet på at personer med komplekse og sammensatte behov kan møte utfordringer ved flytting til nye kommuner, særlig når de er avhengige av brukerstyrt personlig assistanse (BPA). I møte med helsetjenesten opplever samiske pasienter og brukere manglende kompetanse og forståelse for deres situasjon. Dette understreker behovet for helsepersonell som kan samisk språk og for økt kulturkompetanse blant helsepersonell.

2.3.5.6 Personer med ulik seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk

Kunnskapsgrunnlaget om levekår og helse blant skeive samer er begrenset.¹³⁷ Studier tyder på at denne gruppen kan møte særskilte utfordringer knyttet til samspillet mellom minoritetsstatus, kulturelle normer og geografiske forhold.

¹³⁴ Dokument 19 (2022–2023).

¹³⁵ Melbøe mfl. (2016).

¹³⁶ Sametinget (2024).

¹³⁷ Eggebø mfl. (2019).

Skeive med samisk bakgrunn i Sápmi/Sábme/Saepmie opplever taushet rundt seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika, noe som blant annet knyttes til tradisjonelle kjønnsroller, heteronormative forventninger og læstadianismens posisjon.¹³⁸

I mange samiske lokalsamfunn står slektskap, fellesskap og kollektive identiteter sterkt. Dette kan gi tilhørighet og trygghet, men også gjøre avvik fra etablerte normer mer synlige. Heteronormative forventninger og tradisjonelle kjønnsroller kan dermed skape et krysspress for skeive samer. I Mihá-studien beskriver Petter (22) hvordan det å være homofil same kan innebære et «dobbel» eller «trippelt» stigma. I byen blir han «den homofile samen», mens han på hjemplassen blir «den som er veldig annerledes». I tillegg opplever han at det å komme fra et minoritetsområde i Sápmi/Sábme/Saepmie utgjør en tredje dimensjon. Erfaringen illustrerer hvordan etnisitet, seksuell orientering og geografi kan virke sammen og forsterke hverandre, og hvordan skeive samer kan oppleve å stå mellom ulike fellesskap uten fullt ut å kjenne tilhørighet verken i samiske miljøer eller i majoritetssamfunnets lhbt+-miljøer.¹³⁹

Forskning peker på at skeive samer kan oppleve stigma og marginalisering både i samiske og i majoritetssamfunnets kontekster, og at dette kan påvirke helse og livskvalitet. Samtidig tyder utviklingen på økt åpenhet og større synlighet, men kunnskapsgrunnlaget er fortsatt begrenset.

2.3.6 Kulturforståelse i samisk helse

2.3.6.1 Språk, kulturforståelse og kompetanse

«Jeg føler at jeg bærer på en ryggsekk – som mine forfedre bar før meg – men helsevesenet forstår ikke noe av dette.

Jeg skulle ønske jeg slapp å forklare for dem hva det vil si å være same. Jeg vil bare snakke om det som opptar meg.»

(Kvinne 18 år)¹⁴⁰

Forskning viser at kulturelle normer og kommunikasjonsformer kan påvirke samhandling mellom samiske pasienter og helse- og omsorgstjenesten.¹⁴¹ Manglende kunnskap om samisk språk, kultur, historie og levesett kan føre til misforståelser, redusert tillit til tjenestene og i verste fall feilvurderinger og feilbehandling.

Kommunikasjonsformer kan variere mellom kulturer og mellom personer. I samisk kontekst kan kollektive perspektiver («vi») ha større betydning enn individualiserte uttrykk. Indirekte kommunikasjon, nærhet og praktisk omsorg kan være mer sentrale uttrykksformer enn verbal bearbeiding av problemer. Slike forskjeller kan skape misforståelser, dersom de ikke forstås av helsepersonell.¹⁴²

I samisk kontekst kan stillhet signalisere manglende enighet, noe som er motsatt av hvordan mange i majoritetsbefolkningen tolker dette. Samisk kommunikasjon preges ofte av et fellesskaps-«vi» framfor «jeg».¹⁴³

¹³⁸ [Regjeringens handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold \(2023–2026\)](#); Meld. St. 12 (2023–2024).

¹³⁹ Hansen og Skaar (2021).

¹⁴⁰ Kalstad, Anne Lájla Westerfjell. *Flerkulturelt helsearbeid med spesielt fokus på samisk helse* [PowerPoint-presentasjon], 2025, lysbilde 31

¹⁴¹ Bongo (2012).

¹⁴² Halvorsen (2026).

¹⁴³ Ibid.

Forholdet til taushet er blant de kulturelle forskjellene mellom norsk og samisk kultur som kan skape misforståelser og hindre god kommunikasjon. I samisk kultur er taushet ofte et uttrykk for at man ikke samtykker, eller er ubekvem med hva som skjer i en situasjon. I norsk sammenheng blir taushet ofte tolket som bifall eller samtykke. Spesielt blant samiske eldre kan taushet være et uttrykk for ubehag, for misnøye og for at de føler seg ille til mote med det som skjer.¹⁴⁴

I samisk kultur er det ikke vanlig å vise fram det triste eller konfliktfylte, og ofte bruker man humor istedenfor å gå inn i følelsene. Berit Andersdatter Bongo viser i doktoravhandlingen sin at samer ofte nærmer seg helse og sykdom på tause og indirekte måter.¹⁴⁵ Problemene skal få være i fred, og man skal ikke plage andre med dem. Man må være sterk nok til å bære dem selv. Hjelp og omsorg for andre er noe som gjerne tilbys indirekte, siden det å spørre åpent ofte oppfattes som upassende.¹⁴⁶

I samiske miljøer står verdier som selvstendighet, å ikke vise svakhet og å gi omsorg gjennom nærhet framfor direkte samtaler sterkt. Å snakke åpent om sykdom eller benytte diagnostiske betegnelser kan oppleves som lite passende, mens samiske beskrivelser av helsetilstander ofte oppfattes som mildere og mindre stigmatiserende.¹⁴⁷ Dette kan påvirke hvordan helseutfordringer forstås, uttrykkes og møtes.

Helsepersonell må også ha innsikt i og kunnskap om hvordan fornorskingsprosessen kan påvirke kommunikasjonen med samiske pasienter og pårørende. Tap av identitet, asymmetriske maktforhold og kulturelle tabuer kan påvirke dialogen. Kunnskap om indirekte kommunikasjon og om ulike forståelser og begreper knyttet til sykdom og helse er viktig for å legge til rette for trygg dialog, sikre presise vurderinger og forebygge krenkelser.¹⁴⁸

En annen verdi i samisk kultur, er birgejupmi/ birget/bierggim/bierkenimmie/bierkenidh jallh vuastalimmiefaamoe (å klare seg, berges og mestre). Dette er et begrep som beskriver en kompleks kulturell beskyttelse, som inneholder faktorer som natur, oppdragelse, familie og slekt og fortellertradisjon.¹⁴⁹

Samisk kultur handler altså ikke bare om væremåte og ulike måter å uttrykke følelser på. Kulturtilpassede helse- og omsorgstjenester handler om mer enn språk. Servering av samiske matretter, tilrettelegging for bruk av naturen i alle årstider, mulighet for høsting av lokale naturressurser, synliggjøring av samisk kunst og duodji/duodje/duedtie/vætnoe (samisk håndverk) samt involvering av storfamilien er viktige elementer i samisk kultur. Slike forhold kan bidra til økt trygghet, tilhørighet og bedre tjenester for samiske pasienter og brukere. I samisk tradisjon forstås helse ofte helhetlig. Storfamilien og slekten har tradisjonelt hatt, og har fortsatt, stor betydning for identitet, rettigheter, forpliktelser og sosial organisering blant samer. Sykehus må være forberedt på at storfamilien stiller opp ved akutt sykdom, ved oppfølging av syke pasienter og i livets siste fase. Eldre har ofte en sentral rolle som kunnskapsbærere, og nærhet til naturen, reindrift og idealer om selvberging står sterkt i mange samiske miljøer. Åndelige tradisjoner, skjebneforståelser og folkemedisinske praksiser kan også ha betydning for hvordan helse og sykdom forstås.

Kulturtilpassing handler også om at tjenestene må tilpasses samenes livssituasjon. For eksempel kan reindriftssamenes kalender passe dårlig med norske forløpsstandarder og forløpstider, og dette kan kreve større grad av fleksibilitet i tjenestene.

Forståelsen av hva som er nødvendig samisk kulturkompetanse vil variere etter hvordan kulturbegrepet defineres. I utvalgets arbeid omfatter kulturbegrepet både en forståelse av kultur som noe som i stor grad formes av verdier, normer, kunnskap og erfaringer som

¹⁴⁴ NORCE (2022).

¹⁴⁵ Bongo (2012).

¹⁴⁶ Dankertsen (2014).

¹⁴⁷ Bongo (2012).

¹⁴⁸ Gerhardsen (2022).

¹⁴⁹ Joks og Østmo (2024); Somby (2016).

overføres innenfor ens egen gruppe.¹⁵⁰ Kultur forstås også som et grunnlag for felles forståelse som formes og endres i samhandling mellom mennesker.¹⁵¹ Dette innebærer at kompetanse i samisk kultur ikke bare omfatter kunnskap om samiske væremåter og forestillinger, men også forståelse for at disse varierer mellom steder, familier og slekter. Slike kulturelle uttrykk er dessuten i kontinuerlig endring i møte med majoritetssamfunnet og som følge av bredere samfunnsendringer. Fornorskingsprosessen og kolonialiseringen har samtidig hatt stor betydning for disse forestillingene.

Samisk kulturkompetanse i helsesammenheng handler også om å forstå at smerteuttrykk varierer, at det er ulike holdninger til hva en selv skal ordne opp i og hva som kan søkes hjelp til, forståelse av fornorskingsprosessens konsekvenser, forståelse for tenkning og holdninger til næring og arbeid, høsting og annen bruk av og ferdsel i natur, syn på og forståelse av tid, relasjoner og samkvem i familie og nærmiljø, mat, religion, hva det snakkes åpent om og hva en er taus om samt kommunikasjonsformer.

Samisk språk er selvsagt også viktig både for dem som behersker samisk språk, og for dem som ikke gjør det. Det historiske bakteppet med mange år med fornorskingspress og det å være i en minoritetssituasjon virker inn. Også hvilken del av den samiske kulturen og språket en er knyttet til, har betydning.

Hva som er samisk kulturkompetanse, er knyttet til lokale forhold og lokal historie, tradisjoner, dels språk, næring og skikker. Kultur har med levemåte, tankesett og verdisett å gjøre, hva som oppfattes som viktig, og det usagte som kan tas for gitt. Det finnes altså ikke én felles definisjon av hva samisk kultur er. Kulturforståelsen må ta utgangspunkt både i det som er felles og som samler samene, og lokale forhold og variasjoner. Kulturkompetanse må

derfor forstås som et bredt og kontekstavhengig kunnskapsgrunnlag, nært knyttet til lokal historie, språk, næringsliv og tradisjoner.

Kunnskap om samisk språk, kultur og levesett er viktig for at helsepersonell skal kunne forstå og tolke pasienters utsagn, væremåte og handlinger på en god måte. Slik kompetanse bidrar til bedre forståelse av samhandling og relasjoner, mer presis innhenting og vurdering av symptomer, identifisering av risikofaktorer og alvorlighetsgrad samt riktigere diagnostisering og tilpassing av behandlingen. Kunnskap om samisk kultur kan dermed være avgjørende både for kliniske vurderinger og valg av tiltak¹⁵²

2.3.6.2 Samisk tradisjonsmedisin og metoder

Samisk folkemedisin har utviklet seg gjennom flere tusen år i nær kontakt med naturen. Tradisjonen kombinerer naturmedisin, tro, magi og religiøse forestillinger. Den bygger på erfaring, prøving og feiling og omfatter behandling av både kroppslige og psykiske plager. Et viktig samisk prinsipp er at sykdom er noe man kjemper med – ikke mot – og fra sammenbrudd går veien til gjennombrudd.¹⁵³

Historisk sett har tradisjonell kunnskap om naturmedisin, helbredelsesritualer og joik som terapi vært en del av samisk helsepraksis.¹⁵⁴ Tidlige skildringer av joik og samisk kultur viser at joiken lenge har hatt en viktig plass i åndelige og seremonielle sammenhenger. Også i dag beskriver mange joikere joikens verdi som betydningsfull for helse, trivsel, lykke og hell. Joiken er en viktig uttrykksform for kommunikasjon og følelser, den bidrar til å styrke identitet og tilhørighet og brukes både for å bygge fellesskap, gi trøst og for å lindre smerte. Forskning viser at kjent og personlig musikk kan bidra til å gjenopprette minner, styrke orienteringsevnen og skape trygghet. Musikk kan også redusere aggresjon og uro hos personer med for eksempel demens. Joik kan derfor ha et

¹⁵⁰ Jf. definisjon av «kultur» i Klausen (1992): «de skikker, væremåter og oppfatninger som overføres, om enn i noe forandret form, fra generasjon til generasjon».

¹⁵¹ Jf. definisjon av «kultur» i Hylland Eriksen (1993): «det som gjør kommunikasjon mulig ... de tankemønstre, vanene og erfaringene som mennesker har felles og som gjør at vi forstår hverandre».

¹⁵² Gerhardsen (2022).

¹⁵³ NOU 1998: 21; NAFKAM (2022).

¹⁵⁴ Langås-Larsen mfl. (2017).

særlig potensial i helsefremmende arbeid som en kulturelt forankret musikkform.¹⁵⁵

Helsepersonell i samiske områder kan i noen tilfeller legge til rette for pasienters bruk av tradisjonell helbredelse, som «lesing». Det gjelder særlig når dette er viktig for pasienten, og når det kan bidra til mer tilpassede og helhetlige tjenester.¹⁵⁶ Enkelte søker hjelp hos guvllár/láhkke/dávvoje (folkemedisinere) før de oppsøker helsetjenesten.¹⁵⁷

Internasjonalt arbeid, blant annet i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO), understreker betydningen av å anerkjenne urfolks tradisjonelle medisinske systemer og kunnskap som en del av helsetjenesten, og betydningen av mer helhetlige og interkulturelle tilnærminger til helse.¹⁵⁸

2.3.7 Utvikling og bruk av helse- og omsorgstjenester til samene

2.3.7.1 Utviklingen av spesialisthelsetjenester til samene – historikk

De siste tiårene har utviklingen av spesialisthelsetjenester til samene vært preget av gradvis økende politisk oppmerksomhet, faglig mobilisering og utvikling av institusjoner. I mer enn 40 år har samiske fag- og forskningsmiljøer arbeidet for å nå målet om et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud til samiske pasienter.¹⁵⁹

Fram til 1980-tallet var det begrenset offentlig oppmerksomhet om samiske pasienters behov i spesialisthelsetjenesten. Flere studier og brukerfortellinger dokumenterte manglende språkkompetanse, lav kulturell forståelse og lite systematisk tilrettelegging. Dette bidro til lav tillit til tjenestene og underforbruk av helsehjelp

blant deler av den samiske befolkningen.¹⁶⁰ På 1980- og 1990-tallet vokste det fram en tydeligere faglig og politisk bevissthet om behovet for kunnskap og tiltak. Et viktig uttrykk for dette var etableringen av de samiske helse- og sosialfaglige organisasjonene. Sámi buohccidivssáriid searvi/Samisk sykepleierforening, Sámi doaktáriid searvi/Samisk legeforening og Sámi sosialbargiid searvi/Samisk sosialarbeiderforening ble alle stiftet på 1980-tallet. Dette var frivillige og uavhengige organisasjoner som arbeidet for å bedre helsetilbudet til samiske pasienter, og for å fremme helseopplysning på samisk.

Samisk legeforening har siden 1984 vært en viktig bidragsyter i å utvikle helsetjenester til samer og i utdanning av samisk helsepersonell. Sammen med Samisk sosialarbeiderforening er de fortsatt viktige kunnskaps- og premissleverandører i dette arbeidet.

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk ble opprettet i Karasjok i 1984. Dette var den første institusjonen med et eksplisitt mål om å utvikle og tilby tjenester til den samiske befolkningen.¹⁶¹ Samisk spesialistlegesenter i Karasjok åpnet i 1987. Senteret ble drevet som privat praksis fram til 1995, deretter overtok Finnmark fylkeskommune ansvaret for driften, som delvis ble finansiert med øremerkede statlige midler. Utredningsarbeidet på 1990-tallet, blant annet gjennom NOU 1995: 6 *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge*, bidro til å synliggjøre manglende kunnskap om samisk helse og strukturelle barrierer i helsetjenesten. Utredningene pekte på behovet for systematisk kompetansebygging i samisk språk og kultur, bedre geografisk tilgjengelighet, styrket samisk medbestemmelse og utvikling av egne fagmiljøer med samisk forankring. På slutten av 1990-tallet ble det opprettet et utvalg som konkluderte med at det var for lite samisk helseforskning. På bakgrunn av dette ble Senter for samisk helseforskning/ Sámi dearvasvuodadutkama guovvdas ved Universitetet i Tromsø opprettet i 2001.

¹⁵⁵ Hämäläinen (2023).

¹⁵⁶ Langås-Larsen mfl. (2017).

¹⁵⁷ Halvorsen (2026). En guvllár/láhkke/dávvoje er en tradisjonell samisk helbreder eller folkemedisin som utøver helbredelse gjennom tradisjonsbårne metoder som «lesing» (bønner/ord), håndspåleggelse og naturmedisin, og som representerer en komplementær helbredelsestradisjon.

¹⁵⁸ WHO (2026).

¹⁵⁹ Helse Finnmark HF (2013).

¹⁶⁰ NOU 1995: 6, kap. 3.

¹⁶¹ Helse Finnmark HF (2013).

På 2000-tallet ble det gjort flere strukturelle grep for å styrke helsetjenestetilbudet. Et viktig tiltak var utviklingen av Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SÁNÁG/SANKS), som etter hvert fikk nasjonale funksjoner. SANKS ble i 2001 etablert som et tverrfaglig miljø med ansvar for kliniske tjenester innen psykisk helse og rus, kompetanseutvikling og veiledning, forskning og kunnskapsformidling samt samarbeid med kommuner, helseforetak og samiske institusjoner. I 2014 ble SANKS godkjent som nasjonal kompetansetjeneste. I 2019 vedtok styret i Finnmarkssykehuset HF/Finnmárkku buohccevissui å etablere Sámi klinihkka for å styrke det samiske spesialisthelsetilbudet. SANKS og spesialistlegesenteret ble samordnet i én klinikk, som også rommer lærings- og mestringssenter og tolketjenesten.

I *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* fikk Helse Nord RHF et særskilt nasjonalt ansvar for strategisk utvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Som del av dette arbeidet utarbeidet Helse Nord RHF, i nært samarbeid med de andre regionale helseforetakene, strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen* i 2020. Strategidokumentet pekte på behovet for å styrke samisk språk- og kulturkompetanse i spesialisthelsetjenesten, forbedre tilgjengeligheten til samisktilpassede helsetjenester og sikre en mer likeverdig helsetjeneste for den samiske befolkningen. Strategidokumentet ble behandlet som en felles styresak i de regionale helseforetakene høsten 2020. Styrene i de regionale helseforetakene prioriterte økt kvalitet og kompetanse i første fase. De anbefalte å videreutvikle dagens organisering og opprettet en interregional arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF som skulle følge opp strategien. I 2022 la de fire regionale helseforetakene fram en rapport med tiltaksplaner for implementering av strategien: *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – interregional rapport 2023–2027*. Planene inneholder nåværende og framtidige tiltak for hver region, som for eksempel opplæringsressurser, rekrutteringstiltak, strukturer for samarbeid og informasjonsmateriell på de tre største samiske

språkene. Disse dokumentene utgjør den mest helhetlige nasjonale planleggingen av samiske spesialisthelsetjenester som er gjennomført så langt.¹⁶²

2.3.7.2 Samers bruk av helsetjenester

Samer bruker helsetjenester i omtrent samme grad som resten av befolkningen, men de rapporterer om lavere tilfredshet med tilbudet. Forskning viser at mange samiske pasienter opplever helsetjenestene som lite tilpasset deres språk og kultur, til tross for lovfestede rettigheter. Misnøyen er også knyttet til geografisk plassering av tjenestene.¹⁶³ Foreløpige resultater fra SAMINOR 3 bekrefter dette bildet, og viser at en mindre andel samer enn ikke-samer oppgir lavere tillit til helsetjenesten. Dette gjelder både kvinner og menn.

En studie viser at det ikke er forskjeller i henvisninger til spesialisthelsetjenesten for somatiske plager og lidelser mellom befolkningen i samiske og ikke-samiske språkkommuner.¹⁶⁴ En annen studie undersøker forskjeller mellom samer og ikke-samer i bruk av fastlege og legevakt i perioden 2012–2019. Bruken av fastlege var relativt lik, men samer benyttet i større grad legevakt og akutte primærhelsetjenester. Forskjellene kan ha sammenheng med flere forhold, blant annet sykdomsbelastning, tillit til helsetjenesten og språk- og kulturbarrierer, men det er behov for mer kunnskap om årsakene.¹⁶⁵

En studie viser at samiskspråklige pasienter var mindre fornøyde med den kommunale fastlegetjenesten samlet sett, enn norskspråklige pasienter var. De var også mindre tilfredse med legenes språkkompetanse og opplevde oftere at språkproblemer førte til misforståelser mellom lege og pasient. En tredjedel oppga dessuten at de ikke ønsket å benytte tolk.¹⁶⁶

¹⁶² Helse Nord RHF (2022).

¹⁶³ Blix (2016); Bongo (2012); Nystad mfl. (2008); Sørli og Nergård (2005); Hedlund og Moe (2000); Olsen og Eide (1999).

¹⁶⁴ Norum og Nieder (2012).

¹⁶⁵ Engen mfl. (2026).

¹⁶⁶ Nystad mfl. (2008).

Flere studier tyder på at samiske pasienter i større grad enn andre opplever diskriminering i møte med helsetjenesten, og de har lavere tillit til tjenestene. I SAMINOR-undersøkelsene oppga en betydelig andel samiske pasienter at de var mindre fornøyde med helsetilbudet.¹⁶⁷

Geografiske avstander gjør at mange samiske pasienter er avhengige av pasientreiser for å få tilgang til spesialisthelsetjenester. Utvalget har mottatt innspill om at reisebelastning, praktiske forhold ved gjennomføring av reisene og begrensede muligheter for pårørendedeltakelse kan gjøre tilgangen til helsetjenester mer krevende. For pasienter som bor langt fra sykehus og spesialiserte tilbud, kan behandling ofte innebære lange reiser og fravær fra hjem og arbeid. Regler, bestillingsordninger og refusjonsordninger oppleves ofte som kompliserte. Belastningen kan påvirke om pasienter oppsøker eller fullfører behandlingen. Selv om utfordringene varierer mellom områder og pasientgrupper, illustrerer innspillene hvordan reiserelaterte forhold kan påvirke den reelle tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester.

Språkbarrierer framstår som en sentral utfordring. Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å benytte kvalifisert tolk ved behov, men det er begrenset dokumentasjon om faktisk bruk av tolketjenester.¹⁶⁸ Det er få kvalifiserte samiskspråklige tolker, særlig for lulesamisk og sørsamisk.¹⁶⁹ Samlet sett er kunnskapen om behov og kapasitet mangelfull. Tilgjengeligheten til tolketjenester varierer, og tolking benyttes ikke alltid i situasjoner der det er behov.¹⁷⁰ Det er også påpekt at det ikke bare er pasienten som «trenger» tolk når samiskspråklige pasienter

møter norsktalende helsepersonell. Behovet kan i like stor grad ligge på system- og tjenestesiden. Dette gjelder også der både pasient og personell snakker norsk, men har ulik kulturell bakgrunn. Samtidig uttrykker enkelte også at de ikke ønsker å benytte tolk.¹⁷¹

«Vi burde snakke mer om dette slik at stigma som følger med å be om tolk vil kunne forsvinne. Noen vegrer seg for å bestille tolk fordi de er redde for at andre vil anse dem for å være en «bazu» [noe tilbakestående] når man ikke kan norsk. Det er overhodet ikke snakk om, om man kan norsk eller ikke, det er snakk om at uansett hvor gode norskkunnskapene er, så er samisk morsmålet. I en fagartikkel leste jeg at morsmålet er kjernen og andre språk er skallet rundt kjernen. Og om du får reduserte kognitive evner på noen som helst måte, så faller skallet av og det er bare kjernen som blir igjen.»¹⁷²

Samlet sett tyder kunnskapsgrunnlaget på at selv om samers bruk av helsetjenester er på nivå med befolkningen for øvrig, oppleves tjenestene i mindre grad som tilgjengelige og tilpasset samiske pasienters behov. Den lavere rapporterte tilliten understreker behovet for målrettede tiltak som kan bidra til reell kulturell trygghet i helse- og omsorgstjenesten.

2.3.7.3 Tilgang, kulturell trygghet, kvalitet og likeverdige tjenester

Sannhets- og forsoningskommisjonen pekte på at geografiske avstander og manglende samisk språkkompetanse i helse- og omsorgstjenesten utgjør sentrale barrierer for å få tilgang til helsehjelp. Særlig innen psykisk helsevern og rusomsorg er tilretteleggingen for samiske pasienter vurdert som mangelfull. Manglende kulturforståelse kan føre til misforståelser i kommunikasjonen og bidra til redusert kvalitet på behandling og oppfølging. Kompetansemangelen kan påvirke tillit til

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ [Helsedirektoratet \(2011\)](#).

¹⁶⁹ [Nasjonalt tolkeregister](#).

¹⁷⁰ NTNU Samfunnsforsknings rapport fra 2023 viser at det finnes etablerte systemer for formidling av samiskspråklige tolker innen helsesektoren, samtidig peker rapporten på betydelige mangler og kunnskapshull: Det finnes ikke sikre tall på hvor mange som tilhører de samiskspråklige gruppene eller hvor mange som faktisk benytter tolketjenester. Det er også begrenset oversikt over både behovet for og bruken av kvalifiserte tolker på samiske språk, noe som gjør det vanskelig å vurdere om tilbudet er tilstrekkelig. Tilbudet er preget av manglende oversikt, ujevn tilgjengelighet og utilstrekkelig systematisk bruk av eksisterende språkressurser. Berg mfl. (2023).

¹⁷¹ Nystad mfl. (2008).

¹⁷² Berg mfl. (2023).

tjenestene og pasientenes bruk av helsetilbudet. Historiske erfaringer og strukturelle forhold kan forsterke slike barrierer. Kommisjonen understreket at helseutfordringer blant samene må forstås i lys av historisk urett og dagens strukturelle rammevilkår.

Boks 2.2

Sannhets- og forsoningskommisjonens forslag til tiltak for å redusere helseforskjeller og styrke tilliten til helse- og omsorgstjenester

- a. Styrke samisk språkkompetanse i helse- og omsorgstjenester
- b. Utvikle kulturtilpassede helsetjenester med økt kunnskap om samisk kultur og historie blant helsepersonell
- c. Bedre geografisk tilgjengelighet gjennom desentraliserte tjenester og digitale løsninger
- d. Prioritere psykisk helse med særskilt oppmerksomhet på traumer og forebygging
- e. Etablere systematisk antirasismearbeid i helse- og omsorgssektoren
- f. Øke forskning og kunnskapsutvikling om helseforskjeller og effektive tiltak

Kilde: Dokument 19 (2022–2023) *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskingspolitikk og urett mot samer, kvener/ norskfinner og skogfinner.*

Forskning og innspill fra ulike aktører peker på betydningen av å forstå historiske traumer og deres konsekvenser i utviklingen av helsetjenester for samiske pasienter.

Samlet tyder kunnskapsgrunnlaget på at likeverdige tjenester for samiske pasienter ikke bare handler om formell tilgang, men om i hvilken grad tjenestene oppleves som språklig og geografisk tilgjengelige, kulturelt trygge og faglig tilpasset den enkeltes bakgrunn og behov.



3 Myndighetenes folkerettslige forpliktelser

3.1 Innledning

Ifølge mandatet skal utvalget «vurdere om statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivaretatt i spesialisthelsetjenesten og vurdere eventuelle behov for tiltak». Mandatet peker på ratifiseringen av ILO-konvensjon nr. 169, og særlig på artikkel 7 nr. 2 om prosessuelle krav til samarbeid, artikkel 25 om tilfredsstillende helsetjenester og artikkel 34 om fleksibel gjennomføring av konvensjonen med hensyn til særegne forhold i hvert enkelt land. Utvalget skal «vurdere og foreslå eventuelle behov for tiltak i lys av ovennevnte artikler og folkeretten som sikrer at statens forpliktelser overfor den samiske befolkningen blir ivaretatt. Dette inkluderer retten til selv- og medbestemmelse, deltakelse og samarbeid om planlegging, utforming, styring og ressursbehov i spesialisthelsetjenestene i Norge med vekt på samisk språk og kulturkompetanse».

Dette kapittelet redegjør for Norges folkerettslige forpliktelser som er av relevans for utvalgets mandat. Utgangspunktet tas i ILO-konvensjon nr. 169, men utvalget vil også se hen til andre relevante menneskerettslige og folkerettslige normer enn dem som er nevnt i mandatet. Det gis først en oversikt over relevant internasjonal rett og hvilken status denne har i gjeldende norsk rett. Deretter vurderes hvilke forpliktelser ILO-konvensjon nr. 169 og annen internasjonal rett oppstiller for spesialisthelsetjenesten.

Gjeldende norsk rett om organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i Norge behandles i kapittel 4. Utvalgets vurderinger av hvilke tiltak som er nødvendige for at statens folkerettslige forpliktelser overfor den samiske befolkningen i større grad enn i dag kan ivaretas i spesialisthelsetjenesten, behandles i senere kapitler.

3.2 Relevante samerettslige utgangspunkter

Samene er anerkjent som urfolk i Norge. Det ble uttrykkelig lagt til grunn i forbindelse med Norges ratifikasjon av ILO-konvensjon nr. 169 i 1990,¹⁷³ og Høyesterett har uttalt at dette «er ikke tvilsomt».¹⁷⁴ Etter en grunnlovsendring i 2023 framgår dette også uttrykkelig av Grunnloven § 108: «Det påligger statens myndigheter å legge forholdene til rette for at det samiske folk, som urfolk, kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv.» For utvalgets vurderinger er det ikke nødvendig å gå nærmere inn på historikken i dette. Utvalget legger uten videre til grunn at samene er å anse som urfolk. En direkte rettslig konsekvens av en slik status er at internasjonale menneskerettigheter og andre folkerettslige regler som angår urfolk, gjelder for samene. Internasjonale urfolksrettigheter knyttet til helsetjenester gjelder for samer i Norge.¹⁷⁵

¹⁷³ Innst. S. 197 (1989–1990), s. 1.

¹⁷⁴ Rt. 2001 s. 769, s. 791.

¹⁷⁵ Nasjonale og internasjonale urfolksrettigheter beskrives i det følgende bare i den utstrekning det er nødvendig som del av utvalgets vurderinger av samiske spesialisthelsetjenester. Se oversikt i Meld. St. 8 (2025–2026), kap. 3.

Utvalget legger også til grunn at samenes folkerettslige urfolksrettigheter gjelder uten geografiske begrensninger innad i Norge, med mindre noe annet følger direkte av rettighetens karakter (slik som for rettigheter knyttet til naturressurser eller tradisjonelle landområder). Folkerettens urfolksrettigheter er i utgangspunktet sterkt knyttet til det enkelte urfolks territorium, men utvalget ser det slik at når urfolkets territorium ikke er definert – slik som i Norge – vil folkerettens regler gjelde for hele statens territorium. Dette gjelder blant annet for retten til helsetjenester. De rettighetene som er relevante for utvalgets vurderinger om samiske spesialisthelsetjenester, gjelder for den samiske befolkningen, uansett hvor i landet man oppholder seg. Hvordan disse rettighetene må gjennomføres av statlige myndigheter, kan variere fra område til område, avhengig av hvor mange samer som bor i området og andre forhold (jf. kapittel 3.6.2).

Samene har også et vern etter internasjonale menneskerettigheter som beskytter etniske minoriteter, blant annet gjennom FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter artikkel 27. Dette ble uttrykkelig lagt til grunn allerede i de opprinnelige lovforarbeidene til sameloven,¹⁷⁶ og det er bekreftet flere ganger av Høyesterett.¹⁷⁷ For dette utvalgets arbeid er samenes rettigheter som urfolk mest sentralt, mens samenes rettigheter som minoritet spiller relativt mindre rolle.

I norsk rett er lov 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven) den generelle loven til beskyttelse av samiske interesser som har størst relevans for utvalgets arbeid. Andre sentrale lover som regulerer samers rettsstilling, blant annet lov 17. juni 2005 nr. 85 om rettsforhold og forvaltning av grunn og naturressurser i Finnmark (Finnmarksloven), har beskjedne betydning for dette utvalgets arbeid.

Sameloven skal «legge forholdene til rette for at den samiske folkegruppen i Norge kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv»,

jf. § 1-1 første ledd.¹⁷⁸ Loven er én blant flere norske lover som uttrykkelig regulerer forholdet til ILO-konvensjon nr. 169 og til annen folkerett. Lovens § 1-1 annet ledd inneholder et uttrykkelig folkerettsforbehold. Bestemmelsen sier at loven «gjelder med de begrensninger som følger av ILO-konvensjon nr. 169» (første punktum) samt at loven «skal anvendes i samsvar med folkerettens regler om urfolk og minoriteter» (andre punktum).¹⁷⁹ Denne henvisningen til folkeretten behandles nærmere i kapittel 3.3 nedenfor.

Sameloven kapittel 4 gir en lovregulering av myndighetenes plikt til å konsultere Sametinget og andre representanter for berørte samiske interesser. Reglene er utformet med sikte på å oppfylle folkerettslige forpliktelser om konsultasjoner, særlig ILO-konvensjon nr. 169 artikkel 6, jf. Prop. 86 L (2020–2021) kapittel 4. Konsultasjonsplikten påligger de offentlige myndighetene som er nevnt i sameloven § 4-3. Utvalget påpeker for ordens skyld at konsultasjonsplikten ikke gjelder for utredningsarbeid, slik som ekspertutvalgets arbeid. Her vil selve konsultasjonsplikten omfatte utvalgets mandat og sammensetning samt myndighetenes oppfølging etter at utvalget har lagt fram sin utredning. Hensynene bak konsultasjonsplikten tilsier likevel at utvalget bør legge stor vekt på hva Sametinget mener om de forholdene utvalget vurderer.

I norsk spesialisthelsetjenestelovgivning finnes bare en begrenset regulering av samiske forhold. Sameloven § 3-5 gir en utvidet rett til bruk av samisk i helseinstitusjoner i språkutviklingskommuner og språkvitaliseringskommuner. Dette gjelder også for institusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten. Denne retten er utdypet gjennom helseforetaksloven § 35, som sier at det er regionalt helseforetak som «skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivarettatt». Utover dette gir ikke sameloven særskilte regler for spesialisthelsetjenesten.

¹⁷⁶ Ot.prp. nr. 33 (1986–1987), kap. 4.8, s. 30.

¹⁷⁷ Blant annet HR-2021-1975-S, avsnitt 101.

¹⁷⁸ De opprinnelige lovforarbeidene til sameloven omtalte samene som minoritet, men ikke som urfolk. Dette har ingen betydning for de spørsmålene utvalget vurderer.

¹⁷⁹ Annet ledd ble tilføyd ved endringslov 11. juni 2021 nr. 76.

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 gir alle pasienter – herunder i spesialisthelsetjenesten – rett til «den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen», og i § 3-5 presiseres det at informasjonen «skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn». Samiske pasienter har rett til nødvendig informasjon innen spesialisthelsetjenesten som er tilpasset deres kultur- og språkbakgrunn.

3.3 ILO-konvensjon nr. 169 i norsk rett

ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater ble vedtatt 27. juni 1989 og trådte i kraft 5. september 1991.¹⁸⁰ Norge har vært part i konvensjonen fra ikrafttredelsen, etter å ha ratifisert konvensjonen 20. juni 1990 som det første landet i verden.¹⁸¹ Konvensjonen er (per september 2026) ratifisert av 24 land,¹⁸² og dermed er det en konvensjon med begrenset geografisk utbredelse. Av arktiske land er det bare Norge og Danmark (Grønland) som har ratifisert konvensjonen. For utvalget medfører dette en utfordring fordi det er lite statspraksis etter konvensjonen. Andre lands praksis er likevel relevant for forståelsen av folkerettslige urfolksrettigheter mer generelt. Andre arktiske land med relevante erfaringer knyttet til spesialisthelsetjenester for urfolk (slik som Canada og USA/Alaska) har ikke lagt ILO-konvensjonens bestemmelser direkte til grunn for utformingen av sine nasjonale ordninger.

Til tross for begrenset utbredelse kan det legges til grunn at konvensjonens hovedprinsipper i stor grad kan anses som folkerettslig sedvanerett («alminnelig urfolksrett»), men det

er ikke klart hvilke prinsipper dette gjelder.¹⁸³ Siden Norge har ratifisert konvensjonen, har det uansett begrenset betydning for norsk rett om konvensjonen også gjelder som sedvanerett.

Ved Norges ratifikasjon ble det ikke påpekt behov for lovendringer i norsk rett, men dette ble ikke utførlig vurdert. Ved senere lovendringer har det imidlertid blitt vist til hvilke krav som følger av konvensjonen, særlig ved innføringen av et nytt kapittel 4 om konsultasjoner i sameloven i 2021.

Ved samme lovendring ble det (som nevnt i kapittel 3.2) inntatt et uttrykkelig folkerettsforbehold i sameloven § 1-1 andre ledd. Bestemmelsen sier at loven «gjelder med de begrensninger som følger av ILO-konvensjon nr. 169» (første punktum), samt at loven «skal anvendes i samsvar med folkerettens regler om urfolk og minoriteter» (andre punktum).¹⁸⁴ Lovforarbeidene peker på at første punktum betyr at ILO-konvensjon nr. 169 går foran loven i tilfelle motstrid, mens andre punktum «skal forstås slik at folkerettens regler vil være viktige når lovens regler skal tolkes og utfylles». Forarbeidene nevner FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 27, FNs konvensjon om barnets rettigheter artikkel 30, Den europeiske pakten om regions- eller minoritetsspråk, og Europarådets rammekonvensjon om beskyttelse av nasjonale minoriteter. De nevnte folkerettslige reglene er ikke ment som en uttømmende liste. På den annen side peker forarbeidene på at FNs erklæring om urfolks rettigheter ikke er rettslig bindende, og ikke er omfattet av andre punktum. Imidlertid kan erklæringen «gi veiledning med hensyn til forståelsen av de folkerettslige forpliktelsene».¹⁸⁵

Begrunnelsen for at henvisningen til ILO-konvensjonen ble utformet slik, var at det er «mye uklarhet rundt tolkningen av ILO-konvensjon nr. 169», og at konvensjonen derfor ble ansett «lite egnet til en generell inkorporasjon».¹⁸⁶

¹⁸⁰ En ny offisiell oversettelse av konvensjonen ble fastsatt ved kgl.res. 29. august 2025. Utvalget legger denne oversettelsen til grunn.

¹⁸¹ Viktigste stortingsdokumenter i anledning ratifikasjonen er St.prp. nr. 102 (1989–1990) og Innst. S. nr. 197 (1989–1990).

¹⁸² Argentina, Bolivia, Brasil, Den sentralafrikanske republikk, Chile, Colombia, Costa Rica, Danmark, Dominica, Ecuador, Fiji, Tyskland, Guatemala, Honduras, Luxemburg, Mexico, Nepal, Nederland, Nicaragua, Norge, Paraguay, Peru, Spania, Venezuela. Blant utvalgte land som ikke har ratifisert den, nevnes Canada, New Zealand, USA, Sverige, Finland, Russland, Island.

¹⁸³ NOU 2007: 13 bind A, kap. 5.6.1, s. 214. I Sverige har Högsta Domstolen i sak T 853-18 «Girjas» uttalt at artikkel 8 må «anses ge uttryck för en allmän folkrättslig princip» (avsnitt 130).

¹⁸⁴ Annet ledd ble tilføyd ved endringslov 11. juni 2021 nr. 76.

¹⁸⁵ Prop. 86 L (2020–2021), kap.12, s. 107.

¹⁸⁶ Prop. 86 L (2020–2021), kap. 3.3.3, s. 37.

Sameloven § 1-1 andre ledd betyr derfor ikke at konvensjonen gjelder som norsk lov, men at sameloven skal tolkes i samsvar med konvensjonen. Lovens formulering, som er hentet fra Finnmarksloven § 3, ble i stedet ansett for å innebære en «begrenset inkorporering».¹⁸⁷

Bestemmelsen er utformet etter mønster av Finnmarksloven § 3, og slik at den innebærer en begrenset inkorporering av ILO-konvensjon nr. 169. Dette følger av formuleringen om at loven skal gjelde «med de begrensinger» som følger av ILO-konvensjon nr. 169. I praksis vil dette innebære at ILO-konvensjon nr. 169 går foran loven dersom bestemmelser i loven skulle vise seg å være i motstrid med bestemmelser i konvensjonen. I vurderingen av hvilke plikter og rettigheter som ligger i ILO-konvensjon nr. 169, må alminnelig folkerettslig metode legges til grunn ... Samerettsutvalgets uttalelse om at «bestemmelsene må anvendes i samsvar med ILOs praksis» må med andre ord nyanseres. ILOs praksis vil ha relevans for hvordan konvensjonen tolkes, men utgangspunktet vil være konvensjonens ordlyd. Hvilken vekt ILO-organenes uttalelser vil ha, vil avhenge av flere faktorer, blant annet hvilken sammenheng uttalelsene er gitt i og hvor klare uttalelsene er.

Henvisningen til ILO-konvensjon nr. 169 vil ikke gi grunnlag for en utfylling av loven med bestemmelser fra konvensjonen, dersom det skulle vise seg at loven mangler bestemmelser av et visst innhold. Dette vil være en oppgave for lovgiver. Domstolen skal ikke bruke ILO-konvensjon nr. 169 for å fylle ut loven.

Utvalget vil bemerke at det ikke uten videre deler bekymringen for at konvensjonen er uklar. Enkelte av konvensjonens bestemmelser kan nok ha et uavklart innhold, men dette kan også sies om bestemmelser i andre menneskerettskonvensjoner, herunder

konvensjoner som er inkorporert i norsk rett. Man kan også si at der hvor konvensjonen har et uavklart innhold, oppstiller den i hvert fall en minstestandard som statene må etterleve.

Utvalget er for øvrig enig i forarbeidenes beskrivelse av hvilke tolkningsprinsipper som gjelder for konvensjonen, herunder at konvensjonens ordlyd er utgangspunktet, mens vekten av ILO-organenes uttalelser vil avhenge av den nærmere sammenhengen. Utvalget legger tolkningsprinsippene i Wienkonvensjonen om traktatretten (1969) til grunn for sin tolkning av konvensjonens bestemmelser.

Det bør også understrekes at henvisningen bare har virkning for sameloven. Den innebærer ikke en regel om at norsk lov generelt skal tolkes i samsvar med konvensjonen. Tilsvarende folkerettsforbehold finnes imidlertid som nevnt i Finnmarksloven § 3, og flere andre lover har tilsvarende eller lignende folkerettsforbehold. I helselovgivningen, herunder spesialisthelsetjenesteloven, er det normalt ikke inntatt noe tilsvarende uttrykkelig folkerettsforbehold. I psykisk helsevernloven heter det imidlertid i formålsbestemmelsen i § 1-1 første ledd at loven skal «sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene». Lovforarbeidene nevner uttrykkelig ILO-konvensjon nr. 169 i den forbindelse.¹⁸⁸

Hovedprinsippet i konvensjonen er urfolks rett til å bevare og videreutvikle sin egen kultur, og myndighetenes plikt til å treffe tiltak for å støtte dette arbeidet. Formålet er å motvirke negativ diskriminering og å oppnå reell likebehandling.

Konvensjonen anerkjenner bl.a urfolks ønske om å opprettholde og videreutvikle sin egen identitet, språk og religion, innen rammen av de stater de lever i. Man vil bl.a sikre at medlemmene av det folk det gjelder, nyter godt av rettigheter og muligheter på linje med andre medlemmer av befolkningen.

¹⁸⁷ Prop. 86 L (2020–2021), kap. 5.4.2, s. 56.

¹⁸⁸ Ot.prp. nr. 11 (1998–1999), kap. 4.9, s. 37.

Av dette følger at for å kunne oppfylle den individuelle retten, og den helsepolitiske målsettingen om at en pasient skal behandles med en omsorg og respekt som er i pakt med menneskeverdet og pasientens rett til å bestemme over eget liv og helse, så må det for individer med samisk kulturell bakgrunn vurderes særtiltak som følge av de grupperettigheter som ligger i urfolkretten i folkeretten.

De praktiske konsekvenser av dette må tas ved utformingen av et tjenestetilbud og et behandlingsopplegg som innebærer de nødvendige hensyn til pasientens kulturelle og språklige forutsetninger. Dermed tar man de nødvendige konsekvenser av at man i Norge har en helsetjeneste som for enkelte pasientgrupper fungerer på tvers av språklige og kulturelle grenser.

Fraværet av alminnelige folkerettsforbehold i helselovgivningen for øvrig betyr imidlertid ikke at internasjonale menneskerettsforpliktelser overfor samene ikke kommer til anvendelse i denne sektoren. Det følger av andre regler og prinsipper – herunder Grunnloven § 92 og det alminnelige presumsjonsprinsippet – at norsk helselovgivning så langt som mulig skal tolkes i samsvar med internasjonale menneskerettsforpliktelser, herunder ILO-konvensjon nr. 169. At presumsjonsprinsippet gjelder for ILO-konvensjonen også utenfor de rettsområdene hvor konvensjonen er omfattet av en begrenset inkorporering, er fastslått av Høyesterett blant annet i HR-2024-982-S «Karasjok» avsnitt 88.

3.4 Oversikt over relevante bestemmelser i ILO-konvensjon nr. 169

3.4.1 Artikkel 25

I ILO-konvensjon nr. 169 er det artikkel 25 som fastslår urfolks rett til helsetjenester. Bestemmelsen lyder i norsk oversettelse:

1. Regjeringene skal sikre at tilfredsstillende helsetjenester blir gjort tilgjengelig for vedkommende folk, og skal skaffe dem ressurser som setter dem i stand til å utforme og tilby slike tjenester under deres eget ansvar og kontroll, slik at de kan nyte godt av en høyest mulig fysisk og mental helsemessig standard.
2. Helsetjenestene skal så langt det er mulig være forankret i lokalmiljøet. Slike tjenester skal planlegges og administreres i samarbeid med vedkommende folk og ta hensyn til deres økonomiske, geografiske, sosiale og kulturelle forhold så vel som deres tradisjonelle forebyggende metoder, behandlingspraksis og medisiner.
3. Helsetjenesten skal prioritere opplæring og sysselsetting av lokale helsearbeidere, og skal konsentrere seg om primærhelsetjeneste, samtidig som det skal holdes nær kontakt med andre nivåer i helsetjenesten.
4. Ordninger for slike helsetjenester skal samordnes med øvrige sosiale, økonomiske og kulturelle tiltak i landet.

Bestemmelsen inneholder flere elementer. Den inneholder ingen særskilt rettighet som uttrykkelig gjelder spesialisthelsetjenesten, men samspillet mellom bestemmelsens ulike deler innebærer at rettighetene gjelder på dette feltet.

Første ledd angår dels nivået på helsetjenestene, men også hvordan helsetjenestene skal utformes og styres. Urfolk skal sikres tilfredsstillende helsetjenester som sikrer «høyest mulig fysisk og mental helsemessig standard». Det stilles altså materielle krav til tjenestetilbudet. Tjenestene skal videre tilbys under urfolks «eget ansvar og kontroll». Ordlyden sier i seg selv ikke noe mer om hva som ligger i dette, men bestemmelsen må ses i sammenheng med øvrige bestemmelser i konvensjonen, herunder om medbestemmelse og selvstyre (se kapittel 3.4.2).

Andre ledd stiller krav om urfolks medvirkning og om lokal forankring, i tillegg til å fastslå at helsetjenestene skal utformes slik at det tas hensyn blant annet til tradisjonelle metoder og behandlingspraksis. Andre ledd første setning kan vel etter sin ordlyd forstås slik at helsetjenester generelt helst skal gis i urfolkenes egne samfunnsområder. Når det gjelder spesialisthelsetjenester, kan dette forstås slik at også slike tjenester skal gis i urfolkssamfunnet, dersom dette er praktisk mulig av hensyn til hvor kompliserte og spesielle helsetilbud det er tale om. Når dette ses i sammenheng med at helsetjenester skal utformes og leveres under urfolkenes eget ansvar og kontroll, jf. første ledd, så tilsier konvensjonen at det i stor grad blir opp til urfolkene selv å ta stilling til hvilke spesialiteter man skal tilby i egne lokale spesialisthelsetjenesteenheter. Man kan dermed bli stilt overfor en avveining mellom et språk- og kulturtilpasset lokalt tilbud og et ordinært tilbud som er mindre språk- og kulturtilpasset, men som på grunn av kompleksiteten likevel kan ha høyere faglig kvalitet.

Tredje ledd angår prioriteringer innenfor helsetjenesten, herunder at helsetjenesten skal konsentrere seg om primærhelsetjenesten. Tredje ledd stiller også krav om samordning mellom ulike nivåer innenfor helsetjenesten, mens fjerde ledd angår samordning med øvrige tiltak i samfunnet.

ILOs håndbok til konvensjonen sammenfatter bestemmelsen i fem sentrale prinsipper som må ligge til grunn ved utformingen av helsetjenester til urfolk:¹⁸⁹

- They must be community-based.
- They should be complementary to traditional healing practices, and should include them.
- The indigenous and tribal community must be actively involved.
- The local people should be trained to work to provide health care, and eventually to take charge themselves, if they so wish.
- Governments should provide the resources for these health care services, as they do for all citizens.

I håndboken pekes det også på at utformingen av helsetjenester må ta hensyn til at urfolk gjerne har en egen forståelse av hva «helse» innebærer:¹⁹⁰

Indigenous concepts of health constitute more than physical and mental well-being, or being free from diseases. They incorporate a state of balance between mind, body and spirit, and of being in harmony with nature.

I denne forbindelse kan det også vises til konvensjonen artikkel 8, som sier at ved anvendelsen av nasjonale lover og forskrifter skal det tas tilbørlig hensyn til urfolks sedvaner og sedvanerett (herunder knyttet til helse). Artikkel 25 sett i lys av artikkel 8 innebærer helt klart en rett for samene til å få sin tradisjonelle forståelse av helse og sine tradisjonelle metoder og medisiner ivaretatt i spesialisthelsetjenesten.

Videre peker håndboken på at det endelige målet skal være å overføre kontrollen av helsetjenestene i det aktuelle området til urfolket, når de er i stand til å ta ansvar for dette:¹⁹¹

The ultimate aim is to transfer full responsibility and control of health services to the indigenous and tribal peoples or communities, when they are ready to assume this responsibility.

Utvalget forstår uttrykket «ready to assume» slik at det viser til både evne og vilje. Målet om full overføring av ansvaret for egne helsetjenester til urfolk må være basert på frivillighet, altså at urfolk selv må ønske å ha dette ansvaret, for at det skal være aktuelt. I tillegg må det kreves at urfolk rent praktisk (herunder organisatorisk, økonomisk, fysisk, regulatorisk mv.) har evne og kapasitet til å ta ansvaret. Selv om full overføring av ansvaret ikke skulle være aktuelt for et bestemt urfolk, vil en slik målsetting gi føringer for tolkningen; urfolk har rett til den grad av ansvar og kontroll som de selv ønsker og har evne til å ta.

¹⁸⁹ ILO Convention on Indigenous and Tribal Peoples 1989 (No. 169): A Manual (2003), s. 60.

¹⁹⁰ Ibid., s. 58.

¹⁹¹ Ibid., s. 60.

Utvalget legger til grunn at artikkel 25, både etter sin ordlyd og etter en kontekstuell tolkning i lys av andre bestemmelser i konvensjonen, gir urfolk en utstrakt rett til selvstyre over egne spesialisthelsetjenester, dersom de selv ønsker dette, og – for det tilfelle at de ikke ønsker fullt selvstyre på feltet – en meget vidtgående rett til medbestemmelse i utformingen av slike tjenester.

3.4.2 Artikkel 7 nr. 2

Artikkel 7 handler om urfolks rett til å vedta egne prioriteringer og til å delta i prosesser som angår dem selv. Bestemmelsen supplerer retten til å bli konsultert etter artikkel 6, og går lenger enn denne på de områdene den dekker. Artikkel 7 er en rett til deltakelse og medbestemmelse, ikke bare en rett til å bli konsultert.

Artikkel 7 nr. 2, som er framhevet i utvalgets mandat, gir rett i deltakelse og medbestemmelse i helsesektoren. Bestemmelsen lyder:

Forbedring av levekår, arbeidsforhold og standarder for helse og utdanning for vedkommende folk skal foregå med deltakelse av og i samarbeid med dem, og skal prioriteres i planer for den allmenne økonomiske utvikling av de områder der de bor. Spesielle utviklingsprosjekter for disse områdene skal også legges opp slik at de fremmer slike forbedringer.

Dette innebærer ikke en rett til selvbestemmelse, verken generelt eller konkret innenfor de sektorene som nevnes. Selvbestemmelse behandles nærmere i kapittel 3.7, men det passer her å nevne at ILO-konvensjon nr. 169 i det hele tatt ikke regulerer noen rett til selvbestemmelse for urfolk. En slik rett framgår av FNs erklæring om urfolks rettigheter, jf. kapittel 3.5.3, men ikke av ILO-konvensjonen. I håndboken er dette begrunnet med at selvbestemmelse er et politisk konsept som faller utenfor ILOs mandat om sosiale og økonomiske rettigheter. ILO-konvensjon nr. 169 kan ikke tolkes slik at den på noen måte *begrenser* urfolks selvbestemmelse, men konvensjonen etablerer ikke i seg selv en slik rett.

Ifølge ILOs håndbok regulerer den derimot en rett til *selvstyre*:¹⁹²

What Convention No. 169 does provide for is self-management, and the right of indigenous and tribal peoples to decide their own priorities.

I en slik rett til selvstyre inngår artikkel 7 som et sentralt element. Artikkel 7 nr. 1 oppstiller en rett for urfolk «til å vedta sine egne prioriteringer for utviklingsprosessen i den grad den angår deres liv» og «til så langt som mulig å utøve kontroll med sin egen økonomiske, sosiale og kulturelle utvikling». Artikkel 7 nr. 2 presiserer dette med hensyn til helsesektoren ved at «forbedring» (eller, mer generelt, utvikling) av «standarder for helse» skal «foregå med deltakelse av og i samarbeid» med urfolk. Dermed er det også en klar sammenheng mellom artikkel 7 og artikkel 25: Etter artikkel 25 har urfolk rett til kontroll over eget helsetilbud, og artikkel 7 gir også rett til kontroll med utviklingen av et slikt helsetilbud. Myndighetene er forpliktet til å oppfylle de minstestandardene konvensjonen krever for helsetilbudet (artikkel 25), og samtidig skal dette skje i samarbeid med og deltakelse av urfolk (artikkel 7 nr. 2).

ILOs håndbok setter dette i sammenheng med målet om at urfolk skal ha *eierskap* til prosesser som angår dem, som er et nødvendig vilkår for at urfolk selv skal kunne ha ansvar og kontroll over de tjenestene mv. som prosessene skal lede fram til:¹⁹³

In order to control the pace and extent of their development, indigenous and tribal peoples should be fully involved in all relevant processes. Only by participating from the beginning to the end of any initiative – be it policy-making, or implementing a project or programme – can they be responsible for it and take an active part in creating their own socio-economic self-sufficiency.

¹⁹² Håndboken, s. 9.

¹⁹³ Ibid., s. 18.

The Convention emphasizes the need for 'ownership' of any given undertaking by all the stakeholders. This is to ensure the benefits reach the peoples concerned.

Artikkel 7 nr. 2 er etter dette et sentralt moment for å støtte konklusjonen i kapittel 3.4.1 ovenfor om at urfolk har en utstrakt rett til selvstyre og medbestemmelse ved utformingen av spesialisthelsetjenester.

3.4.3 Artikkel 34

Artikkel 34 lyder:

Arten og omfanget av de tiltak som treffes for å gi denne konvensjonen virkning skal fastsettes på en fleksibel måte, og med hensyn til særegne forhold i hvert enkelt land.

Denne bestemmelsen, som gjelder generelt for alle enkeltrettigheter i konvensjonen, gir konvensjonspartene en viss frihet til å gjøre tilpassinger i hvordan konvensjonen skal gjennomføres.

Bakgrunnen for bestemmelsen er den store variasjonen mellom urfolk og den generelle situasjonen i landene som har ratifisert konvensjonen, sammen med konvensjonens generelle krav om at nasjonale tiltak må utformes i konsultasjon med berørte urfolk, og i samsvar med deres egne prioriteringer for utvikling. Dette innebærer at det ikke kan gis en universell standard for gjennomføring av konvensjonens rettigheter. Gjennomføringen må i stedet utformes konkret av berørte myndigheter og urfolk for å sikre tilpassede løsninger i tråd med de gjeldende forholdene. Bestemmelsen kan imidlertid ikke forstås som en generell adgang for statene til å se bort fra enkeltrettigheter i konvensjonen:¹⁹⁴

Article 34 does not limit the obligation of ratifying States to make effective all the provisions of the Convention. However,

the measures to this end shall be determined in a flexible manner, taking into account the particular circumstances.

Det blir noen ganger argumentert med at samiske tjenester og rettigheter må begrenses fordi samene bor spredt over et stort område. Utvalget ser at dette kan ha en viss betydning for utformingen og lokaliseringen av det samiske spesialisthelsetjenestetilbudet. Både økonomiske og menneskelige ressurser kan begrense omfanget av et helsetilbud, både geografisk og med hensyn til hvilke spesialiteter som kan tilbys. Dette kan likevel ikke benyttes som et argument for at det overhodet ikke skal gis språk- og kulturtilpassede spesialisthelsetjenester der dette er praktisk mulig, så fremt samene selv ønsker slike tilbud i de områder der dette er mulig.

3.5 Andre menneskerettslige og folkerettslige forpliktelser

3.5.1 FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12 er den sentrale bestemmelsen for retten til helse i internasjonale menneskerettskonvensjoner. Artikkel 12 nr. 1 sier at konvensjonspartene «anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk». Denne er sentral for utvalgets vurderinger, blant annet fordi den var forbildet for utformingen av retten til helse i FNs urfolkserklæring artikkel 24 (jf. kapittel 3.5.3).

Artikkel 12 er behandlet i ØSK-komiteens generelle kommentar nr. 14 (2000). Her uttales det blant annet (i avsnitt 11) at retten til den høyest oppnåelige helsestandard ikke bare omfatter en rett til tilfredsstillende helsetjenester, men også en rett til tilgang til underliggende faktorer som bidrar til å sikre god helse, slik som vann, mat, trygge omgivelser og helserelatert informasjon. Med dette som utgangspunkt beskriver den generelle

¹⁹⁴ ILO, Indigenous & Tribal Peoples' Rights in Practice: A Guide to ILO Convention No. 169 (2009), s. 184.

kommentaren innholdet i retten til helse gjennom de såkalte AAAQ-kriteriene. AAAQ står for availability, accessibility, acceptability, quality, som på norsk kan sammenfattes slik at helsetjenester må finnes i tilstrekkelig omfang, være formelt og reelt tilgjengelige for alle, være medisinsk og kulturelt akseptable og være av tilfredsstillende kvalitet. Det nærmere innholdet i dette beskrives i kapittel 3.6.1.

Generell kommentar nr. 14 gir også en særlig beskrivelse av urfolks rett til helse (i avsnitt 27):

The Committee considers that indigenous peoples have the right to specific measures to improve their access to health services and care. These health services should be culturally appropriate, taking into account traditional preventive care, healing practices and medicines. States should provide resources for indigenous peoples to design, deliver and control such services so that they may enjoy the highest attainable standard of physical and mental health. The vital medicinal plants, animals and minerals necessary to the full enjoyment of health of indigenous peoples should also be protected. The Committee notes that, in indigenous communities, the health of the individual is often linked to the health of the society as a whole and has a collective dimension. In this respect, the Committee considers that development-related activities that lead to the displacement of indigenous peoples against their will from their traditional territories and environment, denying them their sources of nutrition and breaking their symbiotic relationship with their lands, has a deleterious effect on their health.

3.5.2 FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter artikkel 27 slår fast at i «de stater hvor det finnes etniske, religiøse eller språklige minoriteter, skal de som tilhører slike minoriteter ikke nektes retten til, sammen med andre medlemmer av sin gruppe, å dyrke sin egen kultur, bekjenne

seg til og utøve sin egen religion, eller bruke sitt eget språk». Det er på det rene at denne bestemmelsen verner samenes rettigheter, og at den har selvstendig rettslig betydning i norsk rett, jf. særlig HR-2021-1975-S «Fosen». Den retter seg imidlertid ikke konkret mot helsetjenester. Innenfor sitt anvendelsesområde (kultur, religion og språk) kan ikke utvalget se at artikkel 27 gir videre rettigheter knyttet til helse og helsetjenester enn hva som følger av de andre bestemmelsene utvalget vurderer.

I Fosen-dommen kommer Høyesterett likevel med uttalelser om urfolksrettigheters karakter som kan ha verdi også for utvalgets vurderinger. Av særlig betydning er avsnitt 129 i dommen:

Det klare utgangspunktet må ... være at statene ikke innvilges noen skjønnsmargin etter SP artikkel 27, og at bestemmelsen ikke åpner for en forholdsmessighetsvurdering hvor andre samfunnsinteresser veies mot minoritetens interesser. Dette er en naturlig følge av begrunnelsen for bestemmelsen, da minoritetsbeskyttelsen ville blitt lite effektiv hvis flertallsbefolkningen kunne begrense den ut fra en vurdering av sine legitime behov.

Utvalget behøver ikke å ta endelig stilling til i hvilken utstrekning denne uttalelsen kan gjøres gjeldende også for andre urfolksrettigheter. Vi mener likevel at Høyesterett her gir uttrykk for et prinsipp som bør være førende også for utvalgets vurderinger om retten til samiske spesialisthelsetjenester, nemlig at retten ikke bør kunne begrenses ut fra en forholdsmessighetsvurdering hvor samenes interesser avveies mot flertallsbefolkningens interesser.

3.5.3 FNs erklæring om urfolks rettigheter

FNs erklæring om urfolks rettigheter ble vedtatt av FNs generalforsamling 13. september 2007. Som en generalforsamlingsresolusjon er den ikke rettslig bindende, men norske myndigheter har lagt til grunn at erklæringen

«legger viktige føringer i det videre arbeidet for å forstå hvilke rettigheter urfolk har».¹⁹⁵ For utvalgets vurderinger er det relevant at regjeringen nylig har framhevet at dette blant annet gjelder urfolks rettigheter knyttet til «grunnleggende behov som helse».¹⁹⁶ Samme sted har regjeringen uttalt – med henvisning til Høyesteretts dom i HR-2018-456-P «Nesseby» avsnitt 97 – at erklæringen «reflekterer folkerettslige prinsipper på området», men også at «de enkelte bestemmelsene i erklæringen synes ikke å gå lenger enn det som følger av bindende konvensjoner, i første rekke ILO-konvensjon nr. 169». Utvalget er ikke overbevist om at dette siste kan gjelde generelt for alle bestemmelser i erklæringen, men ser det ikke som nødvendig å ta et klart standpunkt til dette. Utvalget ser det heller slik at dersom man legger til grunn en slik forståelse av forholdet mellom konvensjonen og erklæringen, vil det bety at rettighetene i ILO-konvensjon nr. 169 ikke kan være mindre omfattende enn hva som følger av erklæringen. Uansett anser utvalget at erklæringen vil være en tungtveiende tolkningsfaktor for å fastslå rekkevidden av rettighetene i konvensjonen.

For utvalgets vurderinger er erklæringens artikkel 24 nr. 2 av størst betydning. Denne lyder: «Individer tilhørende urfolk har samme individuelle rett som andre til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Statene skal treffe nødvendige tiltak for gradvis å sikre full gjennomføring av denne rettigheten.» Samtidig peker artikkel 24 nr. 1 på at urfolk «har rett til sine tradisjonelle medisiner og til å opprettholde sine medisinske skikker», og at de har «rett til adgang til alle sosial- og helsetjenester, uten noen form for diskriminering».

Som nevnt i kapittel 3.3 går urfolkserklæringen lenger enn ILO-konvensjon nr. 169 ved å inneholde en uttrykkelig rett til selvbestemmelse. Artikkel 3 lyder: «Urfolk har rett til selvbestemmelse. I kraft av denne rett bestemmer de fritt sin politiske stilling og

fremmer fritt sin egen økonomiske, sosiale og kulturelle utvikling.» Viktig er også at denne retten suppleres av artikkel 4, som sier at urfolk «har, i utøvelsen av sin rett til selvbestemmelse, rett til autonomi eller selvstyre i saker som angår deres indre og lokale anliggender». Det er naturlig å forstå «indre ... anliggender» slik at det omfatter urfolks helsetjenester, og erklæringen styrker dermed forståelsen av at urfolk har en utstrakt rett til selvstyre i utformingen av sine helsetjenester. Dette styrkes også av erklæringens artikkel 23, som sier at urfolk «har særlig rett til å ta aktivt del i arbeidet med å utforme og fastsette helse- og boligprogrammer ... og til i størst mulig grad å forvalte disse programmene gjennom sine egne institusjoner». Dette behandles nærmere i kapittel 3.7.

3.6 Retten til tilfredsstillende spesialisthelsetjenester

3.6.1 Rettighetens anvendelse for spesialisthelsetjenesten

Gjennomgangen hittil har vist at samer i hele Norge har rett til tilfredsstillende helsetjenester som sikrer en høyest mulig oppnåelig helsestandard, og som tar hensyn til samiske tradisjoner og andre særlige forhold. I kapittel 3.6.4 belyses det nærmere hva retten til selvstyre og medbestemmelse innebærer på dette feltet. Et sentralt spørsmål for utvalget er imidlertid om denne rettigheten også omfatter en rett til spesialisthelsetjenester eller om rettigheten på et eller annet grunnlag er avgrenset mot dette nivået av helsetjenester.

Ordlyden i ILO-konvensjon nr. 169 artikkel 25 viser til «helsetjenester» uten noen nærmere angivelse av hva dette omfatter. Samtidig viser både ILO-konvensjon nr. 169 artikkel 25 og FNs urfolkserklæring artikkel 24 til retten til en høy helsemessig standard uten å angi hvilke helsetjenester som skal bidra til å sikre dette. En alminnelig språklig forståelse tilsier at spesialisthelsetjenester omfattes av rettighetene. Dette støttes også av alminnelige systembetraktninger og omgåelseshensyn: Hvis man skulle mene at retten til tilfredsstillende helsetjenester ikke omfatter en rett til

¹⁹⁵ Prop. 86 L (2020–2021), kap. 4.1, s. 44.

¹⁹⁶ Meld. St. 8 (2025–2026), kap. 3.4.3, s. 10.

spesialisthelsetjenester, kunne et lands myndigheter omgå sine forpliktelser ved å legge all relevant helsehjelp til et system som defineres som spesialisthelsetjenester. En effektiv tolkning av retten til helsetjenester tilsier at spesialisthelsetjenester må omfattes.

Hovedgrunnen til at spørsmålet overhodet kan reises, er at ILO-konvensjon nr. 169 artikkel 25 nr. 3 sier at helsetjenesten skal «konsentrere seg om» primærhelsetjenesten. Dette er ikke en klar ordlyd, men utvalget mener den klart nok ikke kan forstås som en avgrensning av rettighetens anvendelsesområde. Den kan ikke forstås slik at retten til helsetjenester bare skal gjelde primærhelsetjenester, heller som en påminnelse om at primærhelsetjenesten er det viktigste for å sikre retten til en tilfredsstillende helsestandard for urfolk som gruppe.

Konvensjonens forarbeider viser at henvisningen til primærhelsetjenesten kom inn på oppfordring fra Verdens helseorganisasjon (WHO), men det ser ut til å ha vært lite diskusjon i forhandlingene til konvensjonen om hva dette egentlig betyr. Utvalget kan ikke se at statene har uttalt seg konkret om dette spørsmålet, og det er ingen tegn i forarbeidene til at statene har forstått dette slik at spesialisthelsetjenesten ikke omfattes. Det er ikke holdepunkter verken i ordlyden eller andre tolkningsfaktorer for å forstå bestemmelsen slik at spesialisthelsetjenester faller utenfor rettighetens anvendelsesområde. Her kan det pekes på at FNs urfolkserklæring ikke inneholder noen lignende ordlyd, og at det grunnleggende prinsippet i både ILO-konvensjon nr. 169 og i urfolkserklæringen om urfolks selvstyre og medbestemmelse gjelder generelt for saker som angår urfolks indre anliggender. Det er vanskelig å se at det skal ha vært meningen å avgrense mot et så sentralt samfunnsområde som spesialisthelsetjenesten. I så fall måtte det forventes en langt tydeligere ordlyd enn hva man finner i artikkel 25 nr. 3.

Etter utvalgets syn er den mest nærliggende forståelsen at bestemmelsen framhever primærhelsetjenesten som den viktigste delen av urfolks helsetjenester for å oppfylle kravet om høyest mulig oppnåelig helsestandard. Uten

en god primærhelsetjeneste vil kravet være uoppnåelig, og uten en god primærhelsetjeneste vil det være umulig å utforme en god spesialisthelsetjeneste. Her kan det nevnes at utvalget har mottatt innspill om at det i dag bare er et fåtall norske kommuner som egentlig oppfyller ILO-konvensjonens krav innenfor primærhelsetjenesten. Myndighetene vil i så fall ha en egen forpliktelse til å forbedre situasjonen i denne sektoren.

3.6.2 Rettighetens innhold

Som beskrevet i kapittel 3.5.1 har ØSK-komiteen tolket ØSK artikkel 12.1 slik at det finnes fire sentrale elementer i retten til helse, herunder retten til tilgang til helsetjenester: de såkalte AAAQ-kriteriene. I dette ligger at helsetilbudet må oppfylle krav knyttet til *availability* (at det må finnes et tilbud), *accessibility* (at tilbudet må være tilgjengelig for den som trenger det), *acceptability* (at tilbudet må ha respekt for etiske og kulturelle rammer) og *quality* (at tilbudet må ha god nok kvalitet). Som nevnt i kapittel 3.5.3 er UNDRIP artikkel 24.2 utformet etter mønster av ØSK artikkel 12.1, slik at AAAQ-kriteriene kan legges til grunn også her. ILO-konvensjon nr. 169 artikkel 25 er utformet på en annen måte ved at det innledningsvis vises til en rett til tilfredsstillende helsetjenester, men også denne bestemmelsen viser til retten til «en høyest mulig fysisk og mental helsemessig standard». Etter utvalgets syn er det metodisk grunnlag for å innfortolke AAAQ-kriteriene også i ILO-konvensjonen som en alminnelig presisering av innholdet i retten til helse. Et sentralt spørsmål for utvalget er derfor hvordan AAAQ-kriteriene skal anvendes på samiske spesialisthelsetjenester.

Utvalget finner grunn til å ta utgangspunkt i et prosjekt som pågår innenfor Verdens helseorganisasjon (WHO). Verdens helseforsamling (det besluttende organet til WHO) vedtok i mai 2023 resolusjon 76.16 om urfolks helse, hvor Verdens helseorganisasjon ble bedt om å utvikle en «Global Plan of Action for the Health of Indigenous Peoples». I denne handlingsplanen tar Verdens helseorganisasjon utgangspunkt nettopp i AAAQ-kriteriene for å

forklare innholdet i retten til helse for urfolk, og vi finner grunn til å gjengi dette i sin helhet:¹⁹⁷

The right to health for Indigenous Peoples includes four essential, interrelated elements: availability, accessibility, acceptability and quality:

Availability: Refers to the need for a sufficient quantity of functioning health facilities, goods and services for all. Indigenous Peoples often live in areas where health facilities lack staff, medicines or other essential suppliers. This challenge is further exacerbated by the lack of data on the health and social conditions of Indigenous Peoples, including information about how their health differs depending on their age, sex, location and socio-economic status, which are essential for understanding and addressing coverage gaps.

Accessibility: Requires that health facilities, goods and services must be accessible to everyone. Accessibility has four dimensions: non-discrimination, physical accessibility, economic accessibility (affordability) and information accessibility. For Indigenous Peoples, these four dimensions often overlap.

Non-discrimination: Indigenous Peoples often face discriminatory practices and differential treatment when accessing healthcare facilities, fueling mistrust and discouraging the use of services. Racism may even contribute to misdiagnosis and mistreatment for serious illnesses. The revitalization of Indigenous Peoples' cultural identity is essential for addressing discrimination and promoting their health and well-being.

Physical accessibility. Indigenous Peoples often experience challenges related to the physical accessibility of health services, particularly as many reside in

geographically isolated areas, hindering timely and appropriate care. Indigenous persons with disabilities living in remote areas face additional hardships, often being required to periodically reconfirm their disability through central medical organizations to remain eligible for disability pensions.

Economic accessibility (affordability). Indigenous Peoples are often among the most socioeconomically marginalized groups. Many engage in the informal economy, which tends to lack coverage under social security schemes. This is further compounded within health systems, where access to health is contingent on insurance or earnings, rather than being based on universal health coverage for all.

Information accessibility. Challenges to access information may occur due to diverse factors, including lack of culturally appropriate health information available in Indigenous languages, limited educational opportunities leading to higher illiteracy rates and the presence of paternalistic and discriminatory attitudes within the healthcare system.

Acceptability: Relates to respect for medical ethics, culturally appropriate and sensitivity to gender. Indigenous Peoples' concept of health is frequently disregarded within nonindigenous health systems, creating significant barriers to access. In particular, the lack of understanding of social and cultural factors deriving from the health-related knowledge, attitudes and practices of Indigenous Peoples can have deleterious effects on their well-being. The lack of an intercultural approach to healthcare can impact health-seeking behaviours, utilization of services, interactions with healthcare professionals and adherence to treatment. Culture, as well as land and language, hold healing potential for Indigenous Peoples, and relying on conventional approaches alone often

¹⁹⁷ [WHO - challenges Indigenous Peoples face in realizing the right to health.](#)

proves ineffective and, in some cases, even detrimental to the healing process for Indigenous Peoples. Culturally appropriate health for Indigenous Peoples entails recognizing and valuing their diversity, encompassing their cultures, languages, beliefs, values, and appreciation of this diversity.

Quality: Extends to the underlying determinants of health, for example safe and potable water and sanitation as well as requiring that health facilities, goods, and services are scientifically and medically approved. The traditional health practices of Indigenous Peoples are often disregarded compared to mainstream evidence-based healthcare services, perceived to be of higher quality. As a result, traditional medicine and practices are frequently overlooked and under-resourced in healthcare research. This element encompasses the Indigenous Peoples' underlying determinants of health, such as access their lands, territories and resources; the manifestation, practice, development and teaching of their spiritual and religious traditions; active involvement in developing and determining health programmes affecting them; and the preservation of their traditional medicines and to maintain health practices. These factors and conditions show that the right to health of Indigenous Peoples is dependent on and contribute to the realization of other individual and collective rights.

Utvalget oppfatter dette som en konkretisering av retten til helse slik ØSK-komiteen har framstilt denne i sin generelle kommentar nr. 14. Hvis dette konkretiseres ytterligere til å gjelde spesifikt for samer i Norge, finner utvalget at innholdet i samenes rett til helse kan sammenfattes slik:

For det første har samer rett til at det skal finnes tilstrekkelige helsetjenester som er tilpasset deres situasjon. Samenes faktiske situasjon i Norge er imidlertid ulik urfolks situasjon i

enkelte andre land, ved at samer er bosatt i de samme områdene som majoritetsbefolkningen. I andre land kan det være utfordringer knyttet til at helsetjenester ikke finnes i urfolkenes områder, men dette er ikke en aktuell problemstilling i Norge. I motsetning til en del andre urfolksområder har samene i Norge ikke et eget definert område. Selv om man har områder der samene utgjør en majoritet, må den samiske helsetjenesten i større grad være personrelatert enn områderelatert. Et element i rettigheten er uansett at helsetjenestene må ha god nok kunnskap om samers helsemessige forhold, herunder hvordan disse eventuelt skiller seg fra flertallsbefolkningens situasjon.

For det andre kreves det at helsetjenestene skal være tilgjengelige for samene, både formelt og reelt. Helsetjenester skal tilbys uten noen form for diskriminering. Det vil si at samer ikke skal utelukkes fra helsetjenester som tilbys flertallsbefolkningen, eller stilles dårligere enn flertallsbefolkningen ved benyttelsen av slike tjenester. I dette ligger imidlertid også at samiske pasienter ikke skal møtes på en annen måte enn andre pasienter, for eksempel på grunn av fordommer eller mistro til deres oppfatninger. Tilgjengelighet innebærer også at helsetjenestene må være fysisk tilgjengelige, altså at det må være realistisk og praktisk mulig for samer å benytte seg av de helsetjenestene som finnes. Videre kreves det at helsetjenestene ikke må være så kostbare at samer utestenges fra å benytte seg av dem av økonomiske grunner. Helsetjenester for samer kan heller ikke være mer kostbare å benytte seg av enn hva som gjelder for tilsvarende helsetjenester for majoritetsbefolkningen. Et siste element knyttet til tilgjengelighet er at samene må gis den informasjonen som er nødvendig for å benytte seg av helsetjenestene. Dette betyr at helserelatert informasjon må være tilgjengelig i en språk- og kulturtilpasset form, men også at det må være praktisk mulig for samer å finne fram til denne informasjonen. Et eksempel på utfordringer i så måte kan være hvis primær- og spesialisthelsetjenesten utenfor samiske områder ikke informerer samiske pasienter om muligheten for å benytte seg av et samisk tilpasset tilbud.

For det tredje må helsetjenestene være både medisinsk og kulturelt akseptable. Helsetjenestene må ivareta urfolks forståelse av helse, men også legge til rette for å anvende tradisjonell medisin og tradisjonelle metoder. Helsetjenestene må anerkjenne og ivareta samisk kultur, språk, overbevisning, verdigrunnlag og mangfold.

For det fjerde må helsetjenestene ha god nok kvalitet for å sikre høyest mulig fysisk og mental helsemessig standard. Urfolks helsetjenester kan heller ikke ha dårligere kvalitet enn sammenlignbare helsetjenester for majoritetsbefolkningen, når det gjelder faktorer som bemanning, medisinsk utstyr og annet utstyr, infrastruktur mv. Retten til helse handler for øvrig ikke bare om gode nok helsetjenester, men også om tilgang til faktorer av betydning for å sikre god helse. For utvalgets mandat om spesialisthelsetjenester har kanskje disse underliggende faktorene begrenset betydning, men de er viktige for et helhetsbilde.

3.6.3 Rettighetens geografiske anvendelsesområde

Et særskilt spørsmål for utvalget er om samenes rett til språk- og kulturtilpassede helsetjenester gjelder likt for alle samer i Norge uavhengig av hvor de bor, eller om retten varierer mellom geografiske områder eller ut fra befolkningsgrunnlaget. Utvalgets syn er at det ikke kan være tvil om at retten er den samme for alle samer uansett hvor de bor. Det kan likevel gjøres tilpassinger i den praktiske gjennomføringen av rettigheten, blant annet ut fra befolkningsgrunnlaget og reglene om utvidet rett til å bruke samisk språk. Det kan, for å si det enkelt, ikke kreves at det skal finnes en særskilt samisk spesialisthelsetjeneste ved hvert sykehus. I praksis vil samer som bor i nærheten av en tilpasset spesialisthelsetjeneste, ha bedre tilgang til denne tjenesten enn samer som bor langt unna. Selve retten til helsetjenester er likevel lik, og tilbudet må utformes slik at det oppfyller ILO-konvensjonens krav for samer uansett hvor de bor.

Rettslige spørsmål om samers rettigheter i Norge har i stor grad vært knyttet til landrettigheter eller retten til å utnytte naturressurser. For slike rettigheter er det klart at det må skilles mellom tradisjonelle samiske områder og andre deler av landet. ILO-konvensjon nr. 169 artikkel 14 om eiendomsrett snakker for eksempel om rettigheter knyttet til «landområdene de tradisjonelt besitter» eller områder» som de tradisjonelt har hatt tilgang til». Når rettigheter på denne måten knyttes uttrykkelig til geografiske landområder, følger det klart at tilsvarende rettigheter ikke kan gjøres gjeldende av samer som bor utenfor disse områdene. Tilsvarende begrensninger gjelder imidlertid ikke for flertallet av rettigheter i ILO-konvensjonen, slik som artikkel 25 om retten til helse. Når rettighetene er knyttet til en person – enten som individ eller som medlem av en gruppe – i stedet for til et landområde, er det liten grunn til å la vernet bero på personens geografiske bosted. Dette ville være krevende å forene med menneskerettighetenes system for øvrig, som er basert på at menneskerettighetene er de samme uavhengig av bosted og liknende faktorer. Det ville også støte an mot andre konkrete menneskerettigheter, slik som bevegselsfriheten i Grunnloven § 106.

Utvalget er klar over at artikkel 25 peker på at helsetjenestene «skal så langt som mulig være forankret i lokalmiljøet». Dette kan imidlertid ikke forstås som noen geografisk avgrensning, men heller som en konkretisering av prinsippet om at tjenester rettet mot urfolk skal utformes slik at urfolk sikres selvstyre, medbestemmelse og eierskap.

3.6.4 Adgangen til fleksibel gjennomføring

Som nevnt i kapittel 3.4.3 sier ILO-konvensjon nr. 169 artikkel 34 at tiltak for å gjennomføre konvensjonen «skal fastsettes på en fleksibel måte, og med hensyn til særegne forhold i hvert enkelt land». Bestemmelsen gir ikke statene en generell adgang til å se bort fra enkeltrettigheter i konvensjonen.

I norsk rett har Høyesterett gitt uttalelser om betydningen av artikkel 34 som støtter dette. I HR-2024-982-S «Karasjok» uttaler førstvoterende (som representant for flertallet) at bestemmelsen «fritar likevel ikke statene fra å oppfylle det sentrale formålet» med konvensjonens rettigheter (avsnitt 101). Saken gjaldt ILO-konvensjonens artikkel 14 om eiendoms- og råderett til landområder, men etter utvalgets oppfatning er uttalelsen godt egnet for generell anvendelse. Annenvoterende i saken (som representant for mindretallet) uttalte seg i samme retning, men han ga en noe mer utførlig beskrivelse av hva fleksibiliteten i artikkel 34 etter hans syn gjelder (i avsnitt 268):

Jeg er enig i at konvensjonen i noen grad gir statene fleksibilitet i oppfyllelsen av den. Dette kan også knyttes til artikkel 34, som førstvoterende viser til. Ved anvendelsen av artikkel 14 nr. 1 første setning ser jeg det likevel slik at fleksibiliteten i første rekke må gjelde hvordan rettigheter skal anerkjennes og ikke grunnkriteriet for anvendelse av bestemmelsen – at det er tale om landområder som urfolksgruppen «traditionally occupy». Det har ikke støtte i ordlyden eller i andre kilder at dette kriteriet skal forstås som en henvisning til nasjonale regler. En slik forståelse vil ikke ivareta det grunnleggende formålet med bestemmelsen – å sikre urfolkets rett til landområder som de tradisjonelt har befolket.

Hvis man i tråd med det som er sagt i kapittel 3.4.1 sier at «det sentrale formålet» med artikkel 25 er å sikre urfolk tilfredsstillende helsetjenester under deres eget ansvar og kontroll, tilsier både førstvoterendes og annenvoterendes syn at artikkel 34 ikke fritar staten for å sikre dette. Annenvoterendes syn innebærer også at statenes fleksibilitet ikke gjelder forståelsen av grunnvilkårene for anvendelse av en rettighet, men bare virkemidlene som skal benyttes for å gjennomføre rettigheten.

Etter utvalgets syn er det hensiktsmessig å sammenligne betydningen av artikkel 34 med den menneskerettslige

skjønnsmarginen som gjelder etter andre menneskerettskonvensjoner, særlig Den europeiske menneskerettskonvensjonen.¹⁹⁸ Den menneskerettslige skjønnsmarginen handler om at statene har frihet til å utforme myndighetstiltak ut fra nasjonale forhold, så lenge disse oppfyller rettighetens innhold. Den gir imidlertid ikke statene frihet til å se bort fra (eller innskrenke) en rettighet ut fra betraktninger om at rettigheten ikke passer, er vanskelig å gjennomføre eller lignende.

Artikkel 34 påvirker ikke fastleggelsen av innholdet i artikkel 25, jf. artikkel 7 nr. 2, men den gir staten et visst spillerom til å vedta myndighetstiltak for å sikre full oppfyllelse av rettigheten i lys av nasjonale forhold.

Sametinget har tidligere gitt uttrykk for at norske myndigheter har gått for langt i å bruke artikkel 34 som begrunnelse for å fravike rettighetene i artikkel 25.¹⁹⁹ Utvalget finner det hensiktsmessig å vise til helse- og omsorgsministerens svar 9. januar 2023 på skriftlig spørsmål fra Stortinget.²⁰⁰ Spørsmålet var hvorvidt helseministeren anser «at dagens organisering av samiske spesialisthelsetjenester er i tråd med ILO konvensjon 169, og spesielt artikkel 25 som angir at helsetjenestene må være under vedkomne folks ansvar og kontroll». I statsrådets svar heter det blant annet at artikkel 34 innebærer at «det er et relativt stort handlingsrom med hensyn til hvordan Norge gjennomfører de aktuelle forpliktelsene», men det ble også vist til at tilpassede løsninger kan være et resultat av myndighetenes konsultasjoner og samarbeid med urfolk. Utvalget mener at det ikke er problematisk at det presiseres et handlingsrom for å utforme tiltak for å oppfylle rettigheten. Sametingets syn på artikkel 34 kan forstås ut fra helse- og omsorgsministerens uttalelse om at det er et relativt stort handlingsrom, men utvalget forutsetter at man med dette ikke har

¹⁹⁸ Ekspertutvalget som utredet Norges forpliktelser overfor rovvilt og reindrift brukte også begrepet *skjønnsmargin* for å beskrive statenes spillerom etter artikkel 34, se s. 43 i Rovviltforvaltning og samisk reindrift: Norges folkerettslige forpliktelser.

¹⁹⁹ The Sámi Parliament's 2023 Report on ILO Convention 169 for the period from 1 June 2018 up to and including 31 May 2023, avsnitt 110, s. 28.

²⁰⁰ Dokument nr. 15: 855 (2022–2023).

ment at innholdet i rettigheten i seg selv skal kunne fravikes.

Sammenfattet forstår utvalget artikkel 34 slik at den fleksibiliteten bestemmelsen åpner for, gjelder hvordan ILO-konvensjonens rettigheter skal anerkjennes og sikres, ikke hvilket innhold rettighetene har. Ved utformingen av nasjonale tiltak i tråd med denne fleksibiliteten må myndighetene bygge på konsultasjoner og samarbeid med samene.

Utvalget ser derfor hen til den faktiske situasjonen for samer i Norge ved utformingen av sine videre forslag. Disse forholdene beskrives fortløpende i rapporten, men på helt overordnet grunnlag kan to sentrale forhold nevnes allerede her:

For det første er norske samer bosatt i samme områder som majoritetsbefolkningen. Utvalgets mandat handler dermed om organiseringen av samiske spesialisthelsetjenester i områder hvor samene bor sammen med andre befolkningsgrupper som også har rett til spesialisthelsetjenester. Dette er en betydningsfull forskjell fra situasjonen i de landene hvor urfolk i større grad bor i egne områder, og hvor det handler om å utvikle et helt eget tjenestetilbud.

For det andre ser utvalget hen til at organisering av samiske spesialisthelsetjenester vil være ett blant mange tiltak som følger opp Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport om fornorskingspolitikken og dens konsekvenser. Rapporten beskriver blant annet helsemessige konsekvenser av fornorskingspolitikken,²⁰¹ og utvalget legger vekt på å utforme forslag som bidrar til å avhjelpe konsekvensene av tidligere urett. Et eksempel kan være at norsk helsetjeneste i liten grad har lagt til rette for (eller har direkte motarbeidet) bruk av tradisjonell medisin og tradisjonelle behandlingsmetoder. En framtidig samisk spesialisthelsetjeneste må innrettes slik det blir rom for at samer kan benytte tradisjonell medisin og metoder.

3.7 Retten til selvbestemmelse, medbestemmelse og selvstyre

Urfolks rett til selvbestemmelse er et omdiskutert og sammensatt tema, både internasjonalt med hensyn til urfolk generelt og nasjonalt med hensyn til samenes rettigheter. For dette utvalget er det verken mulig eller nødvendig å redegjøre for alle elementer i dette. På generelt grunnlag finner utvalget det hensiktsmessig å bygge på to nyere framstillinger av temaet, Skogvang (2023) og Anaya og Åhrén (2025).²⁰² Etter utvalgets syn gir disse framstillingene en nøktern og dekkende oversikt over temaet.

Skogvang peker på at selvbestemmelsesretten har en ekstern og en intern side. Den eksterne siden handler om avkolonisering og folks rett til uavhengighet, noe som ikke er relevant for utvalgets vurderinger. Den interne siden handler om forholdet mellom urfolk og stater innenfor en nasjonalstat. Det er dette som er relevant for utvalget. Utvalget er kjent med uenigheten internasjonalt om hvorvidt urfolk er omfattet av folks selvbestemmelsesrett etter FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter artikkel 1 og FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 1. Men i likhet med Skogvang og Anaya og Åhrén legger vi til grunn at samene er omfattet. For utvalget har dette uansett begrenset betydning siden urfolk – herunder samene – uansett er vernet av retten til selvbestemmelse i FNs urfolkserklæring artikkel 3 og 4 (jf. kapittel 3.5.3). I medhold av disse bestemmelsene har urfolk, når de utøver sin rett til selvbestemmelse, en rett til autonomi eller selvstyre i saker som angår dere indre og lokale anliggender.

Som Skogvang påpeker (s. 121), inneholder også det framforhandlede utkastet til en nordisk samekonvensjon en bestemmelse om samenes rett til selvbestemmelse i artikkel 4, som lyder:

Det samiske folket har rett til selvbestemmelse. I kraft av denne rett

²⁰¹ Dokument 19 (2022–2023), særlig kap. 12, s. 358 flg.

²⁰² Skogvang (2023) særlig kap. 4.4, s. 113–122; Anaya og Åhrén (2025), s. 167–235.

bestemmer de fritt sin politiske stilling og sin økonomiske, sosiale og kulturelle utvikling.

Selvbestemmelse utøves gjennom selvstyre i interne spørsmål samt gjennom konsultasjoner i spørsmål som kan få særlig betydning for samene.

I forarbeidene til sameloven kapittel 4 om konsultasjoner er det uttalelser i samme retning. Med henvisning til FNs urfolkserklæring uttaler daværende Kommunal- og moderniseringsdepartementet:²⁰³

Erklæringen gjør det klart at selvbestemmelse innbefatter retten for urfolk til fritt å arbeide for sin egen økonomiske, sosiale og kulturelle utvikling. Urfolk har, når de utøver sin rett til selvbestemmelse, en rett til autonomi eller selvstyre i saker som angår deres interne og lokale anliggender, og rett til et system for finansiering av sine selvstyrefunksjoner, jf. artikkel 4.

Videre:²⁰⁴

Departementet legger til grunn at ordninger for konsultasjoner ikke alene vil ivareta retten til selvbestemmelse. Konsultasjonsretten vil imidlertid sammen med selvstyreordninger kunne utgjøre et viktig grunnlag for utøvelsen av retten til selvbestemmelse. Samene har en rett til selvstyre i saker som angår deres interne og lokale anliggender. Samtidig har samene rett til full og effektiv deltakelse i beslutningsprosesser som er relevante for dem.

Man må dermed ta stilling til hvorvidt en bestemt form for myndighetsutøvelse kan sies å angå «interne og lokale anliggender». Som Skogvang peker på (s. 122) er det «ikke alltid klart hva som er 'interne' spørsmål, og hva som er spørsmål av mer allmenn, nasjonal karakter. Dette må vurderes i det konkrete tilfellet».

I lys av det samlede rettskildebildet, herunder FNs urfolkserklæring og departementets uttalelser om samers rett til selvbestemmelse, finner utvalget at det ikke er grunn til å legge vekt på at ILO-konvensjon nr. 169 i seg selv ikke inneholder en uttrykkelig rett til selvbestemmelse. Som nevnt i kapittel 3.4.2 har det blitt lagt til grunn at retten til selvbestemmelse er et politisk konsept som faller utenfor ILOs mandat, og at ILO-konvensjonen i stedet inneholder en rett til selvstyre. Utvalget forstår det imidlertid slik at ILO-konvensjonens krav til selvstyre i stor grad sammenfaller med den interne siden av selvbestemmelsesretten. I så fall har det begrenset rettslig betydning om man vurderer samenes rett til innflytelse over egne spesialisthelsetjenester ut fra en rett til selvstyre eller en rett til selvbestemmelse. De rettslige spørsmålene er uansett de samme: Omfattes retten til spesialisthelsetjenester av den folkerettslige retten til selvstyre eller selvbestemmelse? Og hva innebærer i så fall denne retten?

Om retten til spesialisthelsetjenester er omfattet, beror på en vurdering av om dette anses som «interne og lokale anliggender». Dette kan ikke gis noen klar avgrensing. Skogvang sammenfatter imidlertid innholdet i selvbestemmelsesretten som en todelt rettighet (s. 121), og utvalget finner at dette gir nyttig veiledning for den konkrete vurderingen:

For det første en rett til alene å treffe avgjørelser om forhold som bare berører samene, altså en språklig og kulturell autonomi. For det andre en rett til reell, effektiv deltakelse i offentlig myndighetsutøvelse som både berører samene og samfunnet de er en del av.

Utvalget vil peke på at spesialisthelsetjenester kan sies å stå i en mellomstilling mellom disse generelle kategoriene. På den ene siden er helsetjenester en offentlig myndighetsutøvelse som er relevant for alle, både «samene og samfunnet de er en del av», men på den andre siden er utvalgets mandat knyttet til ivaretagelse av forhold innenfor disse helsetjenestene som «bare berører samene», altså retten til

²⁰³ Prop. 86 L (2020–2021), kap. 4.2, s. 45.

²⁰⁴ Ibid., s. 46.

helsetjenester som ivaretar samisk språk og kultur. Dette språklige og kulturelle aspektet er imidlertid så sentralt for utvalgets vurderinger at vi ikke er i tvil om at det gjelder en rett til selvstyre. Dette synspunktet styrkes av at ILO-konvensjon nr. 169 artikkel 25 uttrykkelig krever at urfolk skal settes i stand til å utforme og tilby tilfredsstillende helsetjenester «under eget ansvar og egen kontroll», som vanskelig kan forstås på noen annen måte enn at det gjelder en rett til selvstyre over samiske spesialisthelsetjenester. Dette legges til grunn for utvalgets videre vurderinger.

Et mer krevende spørsmål er hva retten til selvstyre over samiske spesialisthelsetjenester innebærer. Et enkelt utgangspunkt er imidlertid at det kreves noe mer enn konsultasjoner, og det kreves også noe mer enn medbestemmelse. Et utgangspunkt i ILO-konvensjon nr. 169 er, i tillegg til selvstyre, at urfolk skal sikres eierskap til prosesser og tjenester som angår dem. Det er et mål om full overføring av ansvaret når urfolk er klare til å overta det, dersom urfolkene selv ønsker dette, og dette antyder i seg selv at det er tale om en vidtgående rettighet.

Utvalget forstår det imidlertid slik at en full overføring av ansvaret for alle spesialisthelsetjenester ikke er hensiktsmessig i norsk sammenheng, og heller ikke er noe samene selv har uttrykt ønske om. Her kan det vises til at artikkel 34 om fleksibel gjennomføring tilsier at bestemte tiltak ikke kreves hvis samene selv ikke ønsker dem. Når dette likevel er et uttalt mål, og konvensjonen selv krever helsetjenester under urfolks eget ansvar og egen kontroll, må det legges til grunn at retten til selvstyre i helsesektoren er vidtgående.

Her finnes det imidlertid både rettslige og praktiske motargumenter. Ett motargument finner man i konvensjonens artikkel 25.3. Hvis helsetjenesten «skal konsentrere seg om primærhelsetjenesten», kan det argumenteres for at retten til selvstyre er mer omfattende i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid vanskelig å trekke noen klare slutninger fra dette siden retten til selvstyre uansett gjelder, så eventuelle forskjeller vil bare være

gradsforskjeller. Et annet, mer vektig rettslig motargument, finner man i artikkel 25.2. Her kreves det at helsetjenester «skal planlegges og administreres i samarbeid med» samene, og dette framstår som et mer begrenset krav; dette viser heller til medbestemmelse, ikke til selvstyre. Denne bestemmelsen har også likhetstrekk med artikkel 7.2 som sier at forbedring av standarder for helse for samene «skal skje med deltakelse av og i samarbeid med dem». Som nevnt i kapittel 3.4.2 må imidlertid dette ses som et element i realiseringen av retten til selvstyre. Selv om de ulike elementene i artikkel 25 etter sin ordlyd framstår som vanskelige å forene, legger utvalget vekt på at en snever forståelse av artikkel 25.2 ville innebære en begrensning i retten til selvstyre som neppe kan legges til grunn uten klarere holdepunkter. Utvalget velger å se artikkel 25.2 på samme måte som artikkel 7.2, som et krav om samarbeid for å sikre effektivt selvstyre.

Et mulig motargument kunne også være at hvis urfolk ikke ønsker eller har evne til å tilby helsetjenester fullstendig under eget ansvar og egen kontroll, kan man ikke ha krav på fullt selvstyre innenfor rammene av samfunnets alminnelige helsetjeneste. Argumentet her vil være at når urfolk (samene) benytter seg av storsamfunnets strukturer, må man forholde seg til den alminnelige standarden på slike strukturer. I så fall kunne det hevdes at retten til selvstyre i spesialisthelsetjenesten ikke omfatter alle deler av spesialisthelsetjenesten, bare de delene av den som konkret handler om samiske forhold, slik som ivaretagelse av språk, kultur og tradisjonell behandling innenfor spesialisthelsetjenesten. Et moment i denne retningen er at en rett til selvstyre innenfor spesialisthelsetjenesten ikke kan innebære noen rett til å være unntatt fra de realitetene som spesialisthelsetjenesten generelt opplever med hensyn til mangel på kvalifisert arbeidskraft, utfordringer med infrastruktur, pasientgrunnlag, økonomiske ressurser og så videre. Politiske valg innenfor spesialisthelsetjenesten vil i stor grad også måtte gjelde for samiske spesialisthelsetjenester. Dette er imidlertid et motargument som må anvendes med betydelig varsomhet. Samene i Norge har ikke selv valgt å benytte seg av storsamfunnets strukturer.

Dette er heller en konsekvens av at langvarig nasjonal politikk har innlemmet samene i staten, og at samene ikke har selvstyrte områder. Når samene er tvunget inn i flertallets helsetjeneste, kan ikke det faktum at en selvstendig helsetjeneste i praksis er umulig, være noe argument for å begrense samenes rett til selvstyre innenfor den helsetjenesten storsamfunnet har pålagt dem å tilhøre.

Etter utvalgets syn er det mest forsvarlig å konkludere med at samene har rett til selvstyre for en særskilt samisk spesialisthelsetjeneste, og rett til reell medbestemmelse for språk- og kulturtilpassing innenfor de helsetjenestene som er felles for samene og for storsamfunnet.

3.8 Sammenfatning av de folkerettslige forpliktelsene som legges til grunn for utvalgets vurderinger

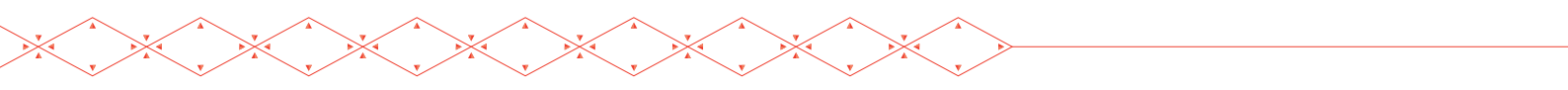
I det følgende sammenfattes utvalgets forståelse av Norges relevante folkerettslige forpliktelser. I de videre kapitlene er det denne forståelsen som legges til grunn for utvalgets vurderinger.

Som urfolk har samene rett til tilfredsstillende helsetjenester som skal sikre høyest mulig oppnåelig helsestandard, både fysisk og psykisk. Denne retten gjelder også innenfor spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder for samer i hele Norge, men det er rom for geografiske variasjoner i hvilke tjenester som tilbys.

Helsetjenestene skal utformes slik at de ivaretar samenes rett til å benytte eget språk og å ivareta egen kultur. Krav til ivaretagelse av språk og kultur gjelder alle elementer i helsetjenesten, herunder pasientbehandling, pårørendes rettigheter og tilgang til tilpasset informasjon. Retten til tilfredsstillende helsetjenester innebærer også en rett til respekt for tradisjonelle medisiner og medisinske metoder og skikker.

Som urfolk har samene en utstrakt rett til selvstyre og medbestemmelse både i utformingen av samiske helsetjenester og i styringen av dem, men det må erkjennes at det rent rettslig ikke er helt klart hvor omfattende denne retten er innenfor spesialisthelsetjenesten. ILO-konvensjon nr. 169 har som mål at det skal skje en full overføring av helsetjenesten til urfolk hvis de ønsker det og er i stand til det. Helsetjenestene skal tilbys under urfolks «eget ansvar og egen kontroll», men det heter samtidig at tjenestene skal «planlegges og administreres i samarbeid med» urfolk.

Utvalget forstår det samlede rettskildebildet slik at samene har rett til selv å utforme sine spesialisthelsetjenester og å ha slik kontroll over disse som de er i stand til og ønsker, og at myndighetene skal samarbeide med samene i å få dette til. Samene har rett til selvstyre for en særskilt samisk spesialisthelsetjeneste og rett til reell medbestemmelse for språk- og kulturtilpassing innenfor de helsetjenestene som er felles for samene og for storsamfunnet. Det kan ikke tilbys spesialisthelsetjenester som samene selv oppfatter at ikke ivaretar deres rett til språk- og kulturtilpassede tjenester. Selv om det må ses hen til rammebetingelsene i helsesektoren som helhet, må det særegne ved samiske spesialisthelsetjenester vernes. Samiske spesialisthelsetjenester kan ikke være skjermet fra utfordringer knyttet til ressurser, personell mv. som helsesektoren til enhver tid opplever. Det må likevel kreves at samiske spesialisthelsetjenester ikke berøres sterkere av slike utfordringer enn hva sektoren for øvrig opplever. Det må også kreves at samiske spesialisthelsetjenester til enhver tid er i stand til å sikre samene en høyest mulig helsestandard, med hensyn til deres språk, kultur og andre særlige forhold.



4 Premisser for utvalgets vurderinger

4.1 Innledning

Dette kapittelet gir en samlet framstilling av premissene for utvalgets vurderinger videre i rapporten. Premissene omfatter både rettslige forpliktelser, overordnede verdier i helsetjenesten og øvrige hensyn som utvalget mener bør være styrende.

For det første beskrives det rettslige og verdimessige rammeverket for helsetjenesten, herunder både det generelle grunnlaget og de særskilte føringene som gjelder for samiske helsetjenester etter nasjonal rett og folkeretten, jf. kapittel 3. For det andre trekkes det fram sentrale premisser knyttet til historiske forhold og samiske pasienters behov og erfaringer, jf. kapittel 2.

På dette grunnlaget presenterer utvalget sine vurderinger av hvilke prinsipper og hensyn som bør legges til grunn for organiseringen av samiske spesialisthelsetjenester. Avslutningsvis fastsettes overordnede mål og kriterier som benyttes i den videre vurderingen av organisering og tiltak. Kapittelet etablerer dermed rammene for utvalgets videre analyser og anbefalinger.

4.2 Overordnet retts- og verdigrunnlag for helsetjenestene

Det norske helsesystemet bygger på noen grunnleggende verdier: menneskeverd, likeverd, ikke-diskriminering, rettferdig fordeling og tillit. Staten har, med grunnlag i Grunnloven § 92

og Norges internasjonale menneskerettslige forpliktelser, ansvar for å sikre alle innbyggere tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Verdigrunnlaget kommer tydelig til uttrykk i formålsbestemmelsene i sentrale helselover. Spesialisthelsetjenesteloven § 1 fastsetter at lovens formål blant annet er å fremme folkehelsen, motvirke sykdom, sikre kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, bidra til best mulig ressursutnyttelse og gjøre tjenestene tilgjengelige. Helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 angir at loven skal bidra til å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring, fremme sosial trygghet, sikre likeverdige tjenester og at tjenestene tilpasses den enkeltes behov, samtidig som ressursene utnyttes best mulig. Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet, styrke tillitsforholdet mellom pasient/bruker og tjenesten og ivareta den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. Helseforetaksloven § 1 slår fast at helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av blant annet alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle – Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste* viderefører dette verdigrunnlaget. Det understrekes i meldingen at innbyggerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, bosted og etnisk

tilhørighet. Verdigrunnlaget knyttes her til tre overordnede mål for prioritering: likeverdig og rask tilgang, legitimitet og tillit og bærekraft.²⁰⁵ I meldingen utdypes det hvordan helsetjenestens grunnleggende verdier skal omsettes i praksis i møte med demografiske endringer, teknologisk utvikling og knapphet på personell. Verdiene operasjonaliseres gjennom tre overordnede mål. For det første skal befolkningen ha likeverdig og rask tilgang til tjenester i hele landet, basert på behov. For det andre skal tjenestene ha legitimitet og høy tillit, noe som forutsetter tydelige prinsipper og rettferdige prosesser. For det tredje må tjenestene være bærekraftige, blant annet ved at innføring av nye metoder skjer innenfor tilgjengelige budsjettammer og personellressurser. Disse målene er generelle for hele helsetjenesten, men de er også relevante som utgangspunkt for vurderingen av samiske helsetjenester. For samiske pasienter vil imidlertid likeverdighet i mange tilfeller forutsette særskilte språk- og kulturtilpassinger for at tjenestene faktisk skal være tilgjengelige, forsvarlige og tillitsskapende.

4.3 Rettslige rammer for samiske spesialisthelsetjenester

4.3.1 Nasjonal rett

4.3.1.1 Det rettslige grunnlaget

Det rettslige grunnlaget for spesialisthelsetjenester til samer følger både av den generelle helselovgivningen og av særskilte regler om samiske rettigheter.

Grunnloven § 108 fastslår at statens myndigheter skal «legge forholdene til rette for at det samiske folk, som urfolk, kan sikre og utvikle sitt språk, sin kultur og sitt samfunnsliv». Bestemmelsen gir føringer for utforming og praktisering av offentlige tjenester, herunder helsetjenester.

Sameloven konkretiserer dette gjennom blant annet språkreglene. I sameloven § 3-5 om utvidet rett til bruk av samisk i helse- og omsorgsinstitusjoner slås det fast at i språkutviklingskommuner og i språkvitaliseringskommuner har samisktalende pasienter rett til å bruke samisk språk i møte med offentlige helse- og omsorgsinstitusjoner, og de har rett til å få svar på samisk.²⁰⁶ Samiske pasienter kan henvende seg på samisk og har rett til å bli betjent på samisk, både i kommunale helse- og omsorgstjenester og i lokalt og regionalt organiserte helse- og omsorgstjenester. Offentlige organer i dette området skal ha systemer som gjør betjening på samisk mulig, inkludert bruk av samisktalende personell eller tolk. I resten av landet er ikke samisk og norsk likestilte språk etter sameloven, men samiske pasienter har likevel rettigheter etter annet regelverk, herunder folkerettslige urfolksrettigheter og den generelle norske helselovgivningen.

Spesialisthelsetjenesteloven § 1-1 og § 2-1 a pålegger staten ved regionale helseforetak å sørge for at befolkningen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester, at tjenestene skal være forsvarlige, tilgjengelige og tilpasset pasientenes behov, samt bidra til et likeverdig tilbud.

I helseforetaksloven § 1 defineres helseforetakenes formål som «å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn». I henhold til helseforetaksloven § 35 skal regionalt helseforetak sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven § 3-1 bokstav b og § 3-5.

²⁰⁵ Meld. St. 21 (2024–2025).

²⁰⁶ Dette gjelder ikke alle områder i forvaltningsområdet, kun de som er språkutviklingskommuner og språkvitaliseringskommuner, jf. forskrift om forvaltningsområdet § 1. Forvaltningsområdet for samiske språk består av alle språkutviklingskommuner, språkvitaliseringskommuner og språkstimuleringskommuner. Karasjok, Kautokeino, Nesseby og Tana er språkutviklingskommuner. Porsanger, Kåfjord, Lavangen, Tjeldsund, Hattfjelldal, Hamarøy, Røyrvik, Røros og Snåsa er språkvitaliseringskommuner. Saltdal er språkstimuleringskommune. [Forskrift om forvaltningsområdet for samiske språk - Lovdata](#)

Samiske pasienter har generell rett til tilrettelagt kommunikasjon i helsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5, som fastsetter at informasjon skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, herunder språklig og kulturell bakgrunn. Personellet skal etter annet ledd sikre at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. I spesialmerknedene i lovforarbeidene presiseres det at i «de tilfeller hvor pasienten er minoritetsspråklig og det er avgjørende at han eller hun skjønner innholdet av informasjonen, må det skaffes tolk. Dette er også aktuelt for den samisktalende delen av befolkningen. Departementet fraråder å bruke pasientens pårørende i slike tilfeller, da dette krever spesiell opplæring. Dessuten viser praksis at man f.eks. har involvert mindreårige i situasjoner som de helst skulle vært holdt utenfor».²⁰⁷

Helsepersonelloven oppstiller et generelt krav om faglig forsvarlig yrkesutøvelse, som også omfatter forsvarlig kommunikasjon. Helsepersonelloven § 10 angir at: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.» Helsepersonell skal altså gi informasjon på en måte som pasienten forstår. Dette innebærer en plikt til å bruke tolk når det er nødvendig.²⁰⁸

Tolkeloven § 6 pålegger offentlige organer å bruke tolk når dette følger av annen lovgivning, og når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste. Spesialisthelsetjenesten skal bruke tolk i alle situasjoner der språkbarrierer kan påvirke pasientens rettssikkerhet eller mulighet til å motta forsvarlig helsehjelp. Dette gjelder blant annet ved diagnostikk, informasjon om behandling og risiko, innhenting av samtykke og andre samtaler med rettslige eller helsefaglige konsekvenser. Helsepersonell har en selvstendig plikt til å vurdere behovet for tolk og bestille dette, i stedet for å spørre pasienten om de ønsker tolk eller forvente at pasienten ordner det selv. Når tolk brukes, skal tjenesten

benytte kvalifisert tolk i tråd med tolkeloven. Det innebærer at tospråklige ansatte, barn, pårørende eller andre bekjente ikke skal brukes som tolk. En kvalifisert tolk er en person som har gjennomført godkjente kvalifiseringsordninger, og som oppfyller kravene for oppføring i Nasjonalt tolkeregister. Kravene skal sikre kvalitet, nøyaktighet og taushetsplikt og er en del av helse- og omsorgstjenestens ansvar for å yte forsvarlige tjenester. Helsedirektoratets veileder understreker at underforbruk av profesjonelle tolker kan svekke pasientsikkerheten, og at tjenestene må ha kompetanse til å avklare tolkebehov og bestille kvalifisert tolk.²⁰⁹

Likestillings- og diskrimineringsloven § 6 forbyr diskriminering på grunn av etnisitet, herunder avstamning og språk. Manglende tilrettelegging for samiske pasienters språklige og kulturelle behov kan etter omstendighetene utgjøre indirekte diskriminering. I dette ligger at selv om samiske pasienter rettslig sett har tilgang til de samme helsetjenestene som andre pasienter, kan tilbudet rent faktisk være dårligere hvis samene ikke får samme utbytte av tjenestene på grunn av språklige eller kulturelle forhold.

Spesialisthelsetjenesten skal altså tilby språklig og kulturelt tilpassede tjenester for samer uansett bosted, som en del av statens særskilte ansvar for samene som urfolk. Muligheten for bruk av samiske språk i helse- og omsorgssektoren er av stor betydning for at den samiske pasienten skal få en likeverdig helsetjeneste med god behandling og riktig diagnose.

Utenfor forvaltningsområdet for samiske språk betyr det i praksis at pasienten ikke kan kreve betjening på samisk slik som i forvaltningsområdet, men pasienten har rett til tolk dersom hun/han ikke forstår norsk godt nok, og pasienten har krav på kommunikasjon som er språklig tilrettelagt og formidlet med kulturkompetanse, slik at pasienten kan forstå helseinformasjon og ta informerte valg. Samelovens regler om utvidet rett til å bruke samisk er en ubetinget rett, uavhengig av

²⁰⁷ Ot.prp. nr. 12 (1998–99), merknad til § 3-5.

²⁰⁸ Se også ny pårørendeveileder: [Pårørendeveileder - Helsedirektoratet](#)

²⁰⁹ [Helse- og omsorgstjenesten skal vurdere om det er behov for tolk, informere pasienten/brukeren om tolk og bruke kvalifisert tolk - Helsedirektoratet](#)

behov og språkkompetanse, men begrenset til tjenestetilbud innenfor språkutviklings- og språkvitaliseringskommunene. Utenfor dette området vil retten til samisk språkbruk gjelde der det er behov for dette for å få et tilfredsstillende helsetilbud.

Samlet innebærer regelverket at spesialisthelsetjenesten er rettslig forpliktet til å tilby et forsvarlig og likeverdig tjenestetilbud som er tilpasset samiske pasienters språk og kultur. Samtidig er det i begrenset grad fastsatt eksplisitte særregler for samiske forhold i spesialisthelsetjenesten, slik at rettighetsoppfyllelsen i stor grad beror på hvordan de generelle kravene til forsvarlighet, likeverd og tilrettelegging tolkes og praktiseres.

4.3.1.2 Kvalitet, likeverdighet, tilgjengelighet og tilpassing til pasientens behov

Spesialisthelsetjenestelovens formål er: «særlig å [...] 2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, 3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud, [...] 5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og 6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.»

I pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 beskrives formålet slik: «Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd.»

Kvalitet, tilgjengelighet, likeverdighet og tilpassing til pasientens behov er altså sentrale momenter i vurderingen av hva som er tilfredsstillende helsetjenester.

I Helsedirektoratets kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven utdypes at: «De helse- og omsorgstjenestene som tilbys skal ha god kvalitet, både med hensyn til innhold og tidspunkt for tjenesten. Kravet om god kvalitet må sees i lys av kravet til forsvarlighet i tjenesten og for helse- og omsorgspersonellet. Kvalitetsvurderinger må foretas med

utgangspunkt i pasienten og brukerens ståsted.»²¹⁰ Direktoratet skriver at for helse- og omsorgstjenesten innebærer god kvalitet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.²¹¹

Regjeringen skriver i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2023–2024) at:

«Alle innbyggerne i Norge har rett på likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, kjønn, etnisitet, seksuell orientering, alder og hvor de bor i landet. Vår felles helsetjeneste skal være for alle, og er avgjørende for å redusere sosiale helseforskjeller, og for å opprettholde et godt tjenestetilbud til folk i hele landet. Økt helsekompetanse i befolkningen og tilstrekkelig tilrettelegging i tjenestene er viktig for å sikre at pasienter og brukere får hjelpen de trenger på rett sted til rett tid.»²¹²

Kravet om likeverdighet henger nært sammen med kravet om tilpassing til pasientenes behov. Et likeverdig helse- og omsorgstjenestetilbud forutsetter at personer med ulike behov behandles forskjellig.²¹³ Likeverdige helsetjenester er tjenestetilbud som tar hensyn til at folk er forskjellige, bor forskjellige steder i landet og har forskjellige behov, og som tilrettelegger og tilpasser systemene sine til menneskene de skal tjene. For at tjenestetilbudet skal være tilgjengelig for pasientene, må det være plassert geografisk slik at pasienten har tilgang, men tjenesten må også tilrettelegges kulturelt og språklig slik at den er tilgjengelig for pasienten. Likeledes kan mistro og mangel på tillit til myndighetene og storsamfunnet gi høy terskel for å oppsøke tjenester og begrense tilgjengeligheten.

²¹⁰ § 1-1 Formål - Helsedirektoratet

²¹¹ De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet - Helsedirektoratet, jf. Helsedirektoratet sin rettleiar til forskrifta om leiling og kvalitetsforbetring (helsedirektoratet.no)

²¹² Meld. St. 9 (2023–2024), kap. 1.2.

²¹³ Meld. St. 6 (2012–2013).

4.3.2 Folkerettslige forpliktelser

Oppsummert er de folkerettslige forpliktelsene slik, jf. kapittel 3.8:

Som urfolk har samene rett til tilfredsstillende helsetjenester som skal sikre høyest mulig oppnåelig helsestandard, både fysisk og psykisk. Denne retten gjelder også innenfor spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder for samer i hele Norge, men det er rom for geografiske variasjoner i hvilke tjenester som tilbys.

Helsetjenestene skal utformes slik at de ivaretar samenes rett til å benytte eget språk og å ivareta egen kultur. Krav til ivaretagelse av språk og kultur gjelder alle elementer i helsetjenesten, herunder pasientbehandling, pårørendes rettigheter og tilgang til tilpasset informasjon. Retten til tilfredsstillende helsetjenester innebærer også en rett til respekt for tradisjonelle medisiner og medisinske metoder og skikker.

Som urfolk har samene en utstrakt rett til selvstyre og medbestemmelse både i utformingen av samiske helsetjenester og i styringen av dem, men det må erkjennes at det rent rettslig ikke er helt klart hvor omfattende denne retten er innenfor spesialisthelsetjenesten. ILO-konvensjon nr. 169 har som mål at det skal skje en full overføring av helsetjenesten til urfolk hvis de ønsker det og er i stand til det. Helsetjenestene skal tilbys under urfolks «eget ansvar og egen kontroll», men det heter samtidig at tjenestene skal «planlegges og administreres i samarbeid med» urfolk.

Utvalget forstår det samlede rettskildet bildet slik at samene har rett til selv å utforme sine spesialisthelsetjenester og å ha slik kontroll over disse som de er i stand til og ønsker, og at myndighetene skal samarbeide med samene om å få dette til. Samene har rett til selvstyre for en særskilt samisk spesialisthelsetjeneste og rett til reell medbestemmelse for

språk- og kulturtilpassing innenfor de helsetjenestene som er felles for samene og for storsamfunnet. Det kan ikke tilbys spesialisthelsetjenester som samene selv oppfatter at ikke ivaretar deres rett til språk- og kulturtilpassede tjenester. Selv om det må ses hen til rammebetingelsene i helsesektoren som helhet, må det særegne ved samiske spesialisthelsetjenester vernes. Samiske spesialisthelsetjenester kan ikke være skjermet fra utfordringer knyttet til ressurser, personell mv. som helsesektoren til enhver tid opplever. Det må likevel kreves at samiske spesialisthelsetjenester ikke berøres sterkere av slike utfordringer enn hva sektoren for øvrig opplever. Det må også kreves at samiske spesialisthelsetjenester til enhver tid er i stand til å sikre samene en høyest mulig helsestandard, med hensyn til deres språk, kultur og andre særlige forhold.

Det følger altså ikke av folkeretten at samene må drive egne sykehus eller at en egen samisk spesialisthelsetjeneste må skilles ut fra den eksisterende helseforetaksstrukturen. Folkeretten krever heller ikke at staten overfører full myndighet til Sametinget over en helt egen samisk spesialisthelsetjeneste. Selvstyre i denne sammenhengen må derfor ikke forstås som full uavhengighet, men som selvstyre med reell innflytelse, kontroll og deltakelse innenfor rammene av den norske helsemodellen.

Når samene har rett til å utforme tjenester og ha slik kontroll over disse som de er i stand til og ønsker, innebærer det at Sametingets syn, som samenes representative organ, må ha avgjørende betydning for hvordan den samiske spesialisthelsetjenesten konkret skal utformes.

Sametinget ønsker en organisering som sikrer reell samisk medbestemmelse, og påpeker at det ikke kan begrenses til konsultasjoner i enkeltsaker, men må «institusjonaliseres gjennom styrings- og beslutningsstrukturer som gir samiske interesser reell innflytelse over planlegging, utvikling, prioritering og organisering av samiske spesialisthelsetjenester». Sametinget peker på at: «Sametinget bør få oppnevne

styremedlemmer til de regionale helseforetakene Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF, samt til underliggende helseforetak i samiske områder og helseforetak med nasjonale oppgaver.» Videre mener Sametinget at: «Samisk medbestemmelse må ses i sammenheng med utviklingen av sterke samiske fagmiljøer. SANKS og Sámi klinihkka har nasjonale oppgaver og representerer unik kompetanse innen samisk språk, kultur og helse. Disse miljøene må styrkes og videreutvikles som sentrale bærebjelker i samiske spesialisthelsetjenester.»

Sametinget ønsker en organisering som sikrer stabile organisatoriske og økonomiske rammer, tydelig nasjonalt ansvar for samiske spesialisthelsetjenester, tilgang til samisk språk og kulturtilpassede tjenester i hele landet, sterke samiske fagmiljøer med tydelige nasjonale funksjoner samt styrket rekruttering, kompetansebygging og stabilisering av personell med samisk språk- og kulturkompetanse.²¹⁴

4.4 Kunnskapsgrunnlag og faktiske premisser

4.4.1 Historiske forhold og tillit

Et grunnleggende utgangspunkt for utvalgets arbeid er de langvarige virkningene av fornorskingspolitikken overfor samene, jf. kapittel 2.2 og 2.3. Samer har som folk vært utsatt for en fornorskingsprosess som har preget og fortsatt preger samfunnsliv, relasjoner, familie og helse. Tap av språk, identitet og kulturell tilhørighet har hatt direkte og indirekte helseeffekter. Mange samer opplevde skam og sosial stigmatisering, noe som har bidratt til psykiske belastninger og redusert livskvalitet. Diskriminering, marginalisering og manglende kunnskap om samisk språk, historie og kultur i tjenestene påvirker samers helse også i dag. Sannhets- og forsoningskommisjonen pekte på at denne historiske uretten har skapt et grunnlag for mistillit til offentlige institusjoner, inkludert helsetjenesten.

Utvalget mener at dette historiske bakteppet ikke bare er viktig som kontekst, men må tillegges direkte betydning ved vurderingen av framtidig organisering og hvilke øvrige tiltak som kan anbefales. Utvalget legger vekt på å utforme forslag som bidrar til å avhjelpe konsekvensene av tidligere urett. Organiseringen av samiske spesialisthelsetjenester og øvrige tiltak vurderes derfor ikke bare ut fra folkerettslige og juridiske, administrative og økonomiske hensyn, men også ut fra om de faktisk bidrar til likeverd, tillit og forsoning.

4.4.2 Pasientperspektivet

Hensikten med helsetjenestene er å ivareta befolkningens behov for helsehjelp.

Generelle helseindikatorer for samer i de nordiske landene skiller seg lite fra dem som gjelder for den øvrige befolkningen.²¹⁵ Men som urfolk og minoritet har samene andre forhold som påvirker helsen, som historiske traumer, diskriminering og kulturelle barrierer som gir økt risiko for psykiske og fysiske plager og lavere livskvalitet.

Det er begrenset kunnskap om de konkrete behovene for helsehjelp blant samer. Samtidig foreligger det klare rettslige og faglige føringer for hvordan helse- og omsorgstjenester skal utformes for å ivareta pasientenes behov. Sentralt står krav om individuell tilpassing samt at tjenestene skal være tilgjengelige og likeverdige, blant annet med hensyn til språk, kultur og geografi, jf. folkeretten, spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helseforetaksloven.

Selv om det må tas forbehold om manglende kunnskapsgrunnlag, er utgangspunktet at samer og ikke-samer i stor grad har de samme somatiske helseutfordringene og behovene for spesialisthelsetjenester, jf. kapittel 2.3.²¹⁶ I geografiske områder der samer og ikke-samer bor i samme fellesskap, har gruppene mange av

²¹⁴ Skriftlig innspill fra Sametinget til utvalget våren 2026.

²¹⁵ Young mfl. (2020).

²¹⁶ Ibid.

de samme helseutfordringene.²¹⁷ Samer bruker helsetjenester i omtrent samme grad som resten av befolkningen, men er mindre fornøyd med tilbudet. Forskning viser at samiske pasienter, til tross for lovfestede rettigheter, ofte opplever at helsetjenestene i begrenset grad er tilgjengelige og tilrettelagt for samisk språk og kultur.²¹⁸ Klimaendringer og naturinngrep utgjør nye trusler mot helse og kultur. Kunnskapsgrunnlaget kan tyde på høyere forekomst av psykiske plager, vold og overgrep. Samiske pasienter føler seg ofte diskriminert i møte med norsk helsetjeneste, de har lav tillit til og er mindre fornøyd med tjenesten.²¹⁹ Det er lite dokumentasjon på bruk av tolk. Manglende oversikt, ujevn tilgjengelighet og utilstrekkelig systematisk bruk av ressursene, tyder på at tolking brukes i for liten grad. For mange samiske pasienter kommer utfordringer knyttet til geografiske avstander og praktiske og økonomiske belastninger ved lange pasientreiser i tillegg til utfordringene med manglende språk- og kulturforståelse.

Den samiske befolkningen er mangfoldig. Samiske pasienter bor i ulike deler av landet, i både små og store kommuner, i områder der samer utgjør majoritet og i områder der de utgjør en liten minoritet. Behovene vil variere mellom personer i ulike livsfaser og med ulike helseutfordringer. Også ønsket om språk- og kulturtilpassing varierer. Samlet peker kunnskapsgrunnlaget på at det, til tross for mange likhetstrekk i helseutfordringer og bruk av tjenester, er særskilte barrierer knyttet til språk, kultur, tillit og tilgjengelighet som påvirker hvordan samiske pasienter opplever og benytter spesialisthelsetjenesten. Det er behov for mer helsetjenesteforskning på samiske helsetjenester for å bidra til tryggere og mer tilrettelagte tjenester. Samtidig er det tydelige behov for styrket nasjonal koordinering av kompetansen på samisk helse, bedre geografisk tilgjengelighet og aller viktigst: økt samisk språk- og kulturkompetanse hos helsepersonell som yter tjenester til samer.

4.5 Prinsipper og hensyn ved organisering – utvalgets normative utgangspunkter

På bakgrunn av det rettslige rammeverket, verdigrunnlaget, kunnskapsgrunnlaget og de faktiske premissene som er beskrevet ovenfor, legger utvalget følgende prinsipper og hensyn til grunn ved vurderingen av organisering og utvikling av samiske spesialisthelsetjenester:

- **Selvstyre og medbestemmelse**
Organiseringen må legge til rette for reell samisk innflytelse i utforming, utvikling og prioritering av tjenester. Samene har rett til selv å utforme sine spesialisthelsetjenester og å ha slik kontroll over disse som de er i stand til og ønsker, og at myndighetene skal samarbeide med samene om å få dette til, jf. kapittel 3. Tjenestene må derfor organiseres på en måte som øker den reelle samiske innflytelsen, og tjenestene må styrkes i tråd med Sametingets synspunkter.
- **Kvalitet og kompetanse**
Tjenestene må være faglig forsvarlige og holde høy kvalitet. Dette forutsetter tilstrekkelig kapasitet og tilgang på relevant kompetanse, herunder språk- og kulturkompetanse. Samiske pasienter må møte helsepersonell med tilstrekkelig erfaring innenfor det aktuelle fagområdet og den aktuelle pasientgruppen, og som kan tilby behandling som er både medisinsk forsvarlig og tilpasset pasientens språklige og kulturelle forutsetninger.
- **Kulturell tilpassing og helhetlig helseforståelse**
Tjenestene må være kultursensitive og ta hensyn til samiske forståelser av helse, sykdom og behandling. Dette innebærer at språk, kultur og sosiale forhold integreres i tjenestene på en måte som bidrar til tillit, god kommunikasjon og forsvarlig behandling.
- **Tilgjengelighet og likeverdighet**
Tjenestene må være tilgjengelige både geografisk, organisatorisk og digitalt. Likeverdighet innebærer at tjenestene tilpasses slik at samiske pasienter i praksis

²¹⁷ FHI (2024).

²¹⁸ Bongo (2012); Nystad mfl. (2008); Sørli og Nergård (2005); Hedlund og Moe (2000); Olsen og Eide (1999).

²¹⁹ Jf. kap. 2.3.7.

får samme reelle tilgang til helsehjelp av god kvalitet som øvrig befolkning, uavhengig av bosted og språk.

4.6 Overordnede mål og vurderingskriterier

4.6.1 Overordnede mål

Utvalget legger til grunn følgende overordnede mål for organiseringen av samiske spesialisthelsetjenester og øvrige tiltak og anbefalinger:

For det første skal organiseringen og tiltakene bidra til at Norge oppfyller sine nasjonale og folkerettslige forpliktelser overfor samene. Dette omfatter blant annet kravene til tilgjengelige, akseptable og faglig forsvarlige helsetjenester, slik dette blant annet kommer til uttrykk gjennom AAAQ-rammeverket (jf. kapittel 3.6.2).

For det andre skal organiseringen bidra til forsoning etter langvarig urett og marginalisering. Dette innebærer blant annet å redusere helseforskjeller, styrke tilliten til helse- og omsorgstjenestene og sikre samene reell innflytelse over forhold som angår egen helse og framtid.

4.6.2 Vurderingskriterier

4.6.2.1 Innledning

For å vurdere hvilke former for organisering og tiltak som best ivaretar samiske spesialisthelsetjenester, legger utvalget til grunn et sett av vurderingskriterier. Kriteriene er utledet av de rettslige forpliktelsene, kunnskapsgrunnlaget som er beskrevet tidligere i rapporten, og øvrige prinsipper og hensyn utvalget har lagt til grunn.

Kriteriene er brukt til å strukturere vurderingene av hovedgrepene, tiltakene og de grunnleggende utgangspunktene som utvalget anbefaler (jf. kapittel 6.2.7), og vurderingene av alternativene for organisering av den nasjonale enheten (jf. kapittel 6.3.5).

4.6.2.2 AAAQ anvendt som vurderingsramme

For å operasjonalisere de folkerettslige kravene finner utvalget det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i AAAQ-rammeverket: availability, accessibility, acceptability og quality, jf. kapittel 3.6.2 om innholdet i samenes rett til helse. Dette rammeverket gir en struktur for vurderingen av om helsetjenestene er tilstrekkelig tilgjengelige, tilpassede og av tilfredsstillende kvalitet, og danner et relevant utgangspunkt for utvalgets videre vurderinger.

Availability (tilstrekkelig omfang av helsetjenester med nødvendig kompetanse)

knytter seg til om det finnes et tilstrekkelig omfang av helsetjenester som er tilpasset samenes situasjon. Det legges vekt på om organisering og tiltak bidrar til å styrke kompetanse om samisk kultur og samiske helseforhold.

Accessibility (tilgjengelighet) gjelder om tjenestene faktisk er tilgjengelige for samiske pasienter, både formelt og reelt. Dette omfatter blant annet om samiske pasienter har reell tilgang til tjenester uten å møte diskriminering, språklige eller kulturelle barrierer, om geografiske avstander og bosettingsmønstre håndteres på en hensiktsmessig måte, og om kostnader og praktiske forhold ikke utgjør barrierer. Organisering og tiltak skal bidra til at nødvendig informasjon er tilgjengelig i språk- og kulturtilpasset form, og at tolketjenester og samiskspråklig kompetanse benyttes der det er nødvendig.

Acceptability (akseptabilitet) innebærer at tjenestene er kulturelt og etisk tilpasset. Det vil være viktig at organisering og tiltak bidrar til å legge til rette for tjenester som respekterer og ivaretar samisk kultur, språk og forståelser av helse og sykdom. Dette omfatter også hvordan tjenestene forholder seg til samiske verdier, livsformer og tradisjonelle praksiser, om det er rom for at samer benytter tradisjonell medisin, tradisjonelle metoder og tradisjonelle aktiviteter. Manglende kulturforståelse og tilpassing kan påvirke både bruk av tjenester, kvaliteten i behandlingen og tilliten til helsetjenesten.

Quality (kvalitet) omfatter både medisinsk og faglig forsvarlighet og tjenestenes evne til å møte samiske pasienters behov. Organisering og tiltak skal bidra til stabile fagmiljøer, god ressursutnyttelse og tilstrekkelig språk- og kulturkompetanse. Reelt selvstyre, medbestemmelse og samisk deltakelse i utforming av tjenester inngår også i denne vurderingen, da dette påvirker kvaliteten og relevansen i tjenestene. Kvaliteten i tjenestene påvirkes av om samiske perspektiver faktisk får betydning i utforming og styring.

4.6.2.3 Supplerende kriterier

I tillegg til AAAQ-kriteriene legger utvalget til grunn enkelte supplerende kriterier som er relevante for vurderingene:

- **Nasjonal samordning og gjennomslagskraft:** i hvilken grad organisering og tiltak bidrar til helhetlig utvikling, koordinering og synlighet av samiske spesialisthelsetjenester
- **Dekning i hele landet:** i hvilken grad organisering og tiltak ivaretar behovene til samiske pasienter både i områder der det bor mange samer og i områder med spredt samisk bosetting
- **Oppgave- og ansvarsdeling:** i hvilken grad organisering og tiltak etablerer klare og hensiktsmessige ansvarsforhold mellom nivåer og aktører
- **Robusthet:** i hvilken grad organisering og tiltak reduserer sårbarhet knyttet til personavhengighet, fragmentering og manglende forankring i faste strukturer
- **Ressursutnyttelse og bærekraft:** i hvilken grad organisering og tiltak legger til rette for effektiv bruk av tilgjengelige ressurser, herunder begrenset samisk språk- og kulturkompetanse. Både organiseringen av tjenestene og nye tiltak må legge til rette for at samisk språk- og kulturkompetanse brukes der den har størst betydning for pasientbehandling, fagutvikling og kvalitet.

4.7 Oppsummering av premisser, mål og kriterier

Utvalget legger til grunn at utvikling av samiske spesialisthelsetjenester skal sikre likeverdige, tilgjengelige og kulturelt tilpassede tjenester.

Et overordnet utgangspunkt er at organiseringen og tiltakene legger til rette for reell samisk innflytelse, i tråd med de folkerettslige forpliktelsene.

Spesialisthelsetjenester til samer må være reelt tilgjengelige og likeverdige. Dette innebærer, i tillegg til formell tilgang og geografisk tilgjengelighet, også at tjenestene er tilrettelagt slik at samiske pasienter i praksis får samme mulighet som den øvrige befolkningen til helsehjelp av god kvalitet, uavhengig av geografisk tilhørighet og språkbakgrunn. Det må sikres mer helhetlig nasjonal organisering og tydelig styring og tilgang til samisktilpassede tjenester både i og utenfor områder der det bor mange samer.

Tjenestene skal holde høy kvalitet, noe som forutsetter tilstrekkelig kapasitet og relevant kompetanse, både medisinsk-faglig og språk- og kulturkompetanse, slik at samiske pasienter møtes med behandling som er både medisinsk forsvarlig og tilpasset deres behov. Tjenestene må være kulturelt tilpasset og reflektere en helhetlig forståelse av helse, der språk, kultur, tradisjonelle metoder og aktiviteter og sosiale forhold integreres på en måte som fremmer tillit, god kommunikasjon og forsvarlig behandling. Kvalitet forutsetter at de samiske fagmiljøene styrkes for å sikre samisk innflytelse over fagutvikling og kunnskap om det samiske.

Den samiske språk- og kulturkompetansen må forvaltes slik at den kommer flest mulig pasienter til gode, og slik at organiseringen sikrer tilstrekkelig faglig og administrativ kapasitet over tid. Forslag til organisering og tiltak må være gjennomførbare og utnytte ressursene godt. Grad av organisatorisk og administrativ kompleksitet er derfor med i vurderingene. Det er også viktig å redusere sårbarheten ved fragmentering, manglende forankring i

faste strukturer og for stor avhengighet av enkeltpersoner.

De overordnede målene er at organiseringen og tiltakene bidrar til at Norge oppfyller sine nasjonale og folkerettslige forpliktelser overfor samene, og bidrar til forsoning etter langvarig urett og marginalisering.



5 Dagens organisering og andre lands organisering

5.1 Dagens organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen

5.1.1 Nasjonalt ansvar

Det slås fast i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 at staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester.

Spesialisthelsetjenesten er organisert under fire regionale helseforetak (RHF): Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst. Disse har ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til hele befolkningen i sine områder, inkludert den samiske delen av befolkningen.

Staten skal fastsette overordnede helsepolitiske mål og sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter. Det er staten som har ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine rettslige forpliktelser. *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* løfter samisk medbestemmelse og forplikter regjeringen til å sikre at samiske perspektiver ivaretas i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier.

Som lovgivende og bevilgende myndighet er det Stortinget som vedtar helselovgivningen og andre lover, og som vedtar de overordnede ressursrammene. Stortinget styrer også gjennom vilkår ved behandlingen av statsbudsjettet og signaler til statsråden i det øvrige stortingsarbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at helsetjenester ytes på en likeverdig måte. Departementet styrer i hovedsak gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene (se kapittel 5.1.2), og gjennom foretaksmøter. Staten ved departementet oppnevner styrer i de regionale helseforetakene. Det er bare styret i Helse Nord RHF som har samisk representasjon.

Helsedirektoratet koordinerer nasjonale retningslinjer for å bidra til likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen.

Sametinget har en formell rådgivende rolle om språk og kultur i helsetjenestene. Sametinget har særlig tett samarbeid med Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF. Sametinget har også samarbeidsavtaler med bykommuner som har en større samisk befolkning, som Alta, Tromsø og Bodø.

Samisk nasjonal kompetansetjeneste (SÁNÁG/ SANKS) er en del av Sámi klinihkka i Karasjok og har et nasjonalt ansvar for oppgaver innen forskning, utvikling og kompetanseheving innen psykisk helsetjeneste for den samiske befolkningen, jf. kapittel 5.1.3.4.

5.1.2 Regionalt ansvar

5.1.2.1 Sørge-for-ansvaret

De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionene,

jf. helseforetaksloven § 2 a. De har ansvar for å «sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste», jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2 a første ledd. Dette omtales som sørge-for-ansvaret.

Sørge-for-ansvaret innebærer altså et overordnet ansvar for at befolkningen til enhver tid har tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester, uavhengig av hvor og av hvem tjenestene ytes. Ansvarer omfatter hele bredden av spesialisthelsetjenester, herunder somatikk, psykisk helsevern, rusbehandling, prehospitale tjenester og akuttmedisin. Ansvarer gjelder kontinuerlig – hele døgnet og gjennom hele året. Det innebærer at det må foreligge tilstrekkelig kapasitet i form av personell, kompetanse, bygg, utstyr og IKT-systemer til å håndtere både planlagt behandling og øyeblikkelig hjelp. Sørge-for-ansvaret er samtidig et systemansvar og ikke begrenset til egen drift. De regionale helseforetakene skal sikre befolkningens behov gjennom en kombinasjon av egne helseforetak, private ideelle aktører, avtalespesialister og i noen tilfeller kjøp av tjenester fra kommersielle leverandører. Dette innebærer ansvar for å etablere, følge opp og samordne et betydelig antall aktører, som samlet skal framstå som én sammenhengende tjeneste for pasientene. En sentral del av ansvaret er derfor å sikre at det ikke oppstår uønsket overlapp eller kapasitetsmangel, verken geografisk eller faglig, men et helhetlig og dekkende tilbud. Ansvar for pasientforløp er en integrert del av sørge-for-ansvaret. Dette innebærer å sikre at pasienter – også de med sammensatte og komplekse behov – mottar koordinerte og sammenhengende tjenester på tvers av enheter og nivåer, i nært samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester. Det forutsetter at det finnes systemer for informasjonsdeling, klare ansvarsforhold og etablerte samarbeidsstrukturer mellom aktører i og utenfor egen region. Videre omfatter sørge-for-ansvaret et omfattende beredskapsansvar. Tjenestene skal være robuste nok til å håndtere både daglig drift og ekstraordinære situasjoner, herunder større ulykker, masseskader, pandemier og langvarige kriser. Dette krever fleksible systemer, reservekapasitet og samarbeid med andre regioner og nasjonale myndigheter.

Dersom en egen samisk enhet skulle ha sørge-for-ansvaret for den samiske befolkningen i Norge, ville dette vært oppgaver enheten hadde hatt ansvaret for, enten ved å drifte tjenestene selv eller sørge for gjennom avtaler.

5.1.2.2 Oppgavene som skal løses i spesialisthelsetjenesten

5.1.2.2.1 Spesialisthelsetjenesteloven

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 angir fire hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten: pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

For samiske pasienter innebærer disse oppgavene særskilte krav til språk, kulturforståelse og tilgjengelighet. Utvalget legger derfor til grunn følgende oppgavestruktur for samiske spesialisthelsetjenester:

- pasientbehandling
- språkutvikling, tolking og oversetting
- forskning, utvikling og utdanning av helsepersonell
- opplæring av pasienter og pårørende

5.1.2.2.2 Pasientbehandling

Likeverdig og forsvarlig pasientbehandling

Spesialisthelsetjenesten skal tilby et likeverdig og faglig forsvarlig tilbud innen somatikk, psykisk helsevern (både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og prehospitale tjenester.

Samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester er en integrert del av sørge-for-ansvaret.

Spesialisthelsetjenesten omfatter et stort antall diagnoser og tilstander som opptrer med varierende hyppighet, og ofte i kombinasjon. Dette innebærer at ikke alle enheter kan tilby alle tjenester. For å sikre tilstrekkelig pasientgrunnlag og nødvendig faglig kompetanse er oppgaver fordelt mellom sykehus innen regionene, og det er etablert nasjonale behandlingstjenester der pasientvolumet er lavt.

Aktøren med sørge-for-ansvar må derfor etablere systemer og avtaler som sikrer at

pasienter får tilgang til behandling, også når tilbudet ikke gis lokalt. For mindre befolkningsgrunnlag vil en større andel av tjenestene måtte ivaretas av andre enheter med tilstrekkelig volum og kompetanse. Organiseringen av tjenestene innebærer en kontinuerlig avveining mellom behovet for å samle kompetanse og pasientgrunnlag for å sikre kvalitet og spesialisering, og hensynet til tilgjengelighet, nærhet og likeverdig tilgang til helsetjenester i hele landet.

For samiske pasienter innebærer likeverdighet og forsvarlighet at tjenestene må være tilgjengelige på samiske språk, være kulturelt tilpasset og ha kompetanse om samiske livsformer og sykdomsforståelser.

Helsefaglig personell og kompetanse

Spesialisthelsetjenesten omfatter et bredt spekter av helsepersonell. De største gruppene er:

- leger innen ulike spesialiteter (inkludert LIS), både kirurgiske, indremedisinske og psykiatriske fag
- psykologer med ulike spesialiseringer
- sykepleiere, herunder spesialsykepleiere (operasjon, anestesi, intensiv, kreft, psykiatri mv.)
- radiografer og stråleterapeuter
- fysioterapeuter
- bioingeniører
- sosionomer
- personell knyttet til opplæring av pasienter og pårørende

I tillegg kommer medisinske støttefunksjoner som radiologi, patologi, laboratoriefag og nukleærmedisin samt kontorfaglig personell som legesekretærer og annet personell som møter pasienter.

For samiske tjenester stilles det i tillegg krav til samisk språkkompetanse og kulturforståelse samt kunnskap om samiske forhold.

Pasientbehandling til hvilke pasienter?

Opptaksområder for de enkelte sykehusene og klinikkene har ikke skarpe grenser. Det er betydelige forskjeller avhengig av om det dreier seg om øyeblikkelig hjelp, planlagt behandling og i hvilken grad ulike spesialiteter og tilbud faktisk finnes på det enkelt sykehus, samt hvilke

delar av pasientforløpet det dreier seg om. Ved elektive tilbud gjelder fritt sykehusvalg. Det er derfor ikke gitt at alle aktuelle pasienter innenfor et geografisk område vil komme til «sitt» lokale sykehus, og det kan komme pasienter fra andre områder som man enten ønsker å ta imot, eller som man ikke kan avvise. Man kan dermed få ganske varierende opptaksområder, og grensedragning mellom ulike opptaksområder er derfor ikke faste linjer på et kart.

I dag er tilbudet ved Sámi klinihkka primært til samiske pasienter i hele landet og pasienter (både samer og ikke-samer) fra de fem kommunene i samisk språkområde (Kautokeino, Porsanger, Karasjok, Tana og Nesseby).

5.1.2.2.3 Språkutvikling, tolking og oversetting

Retten til språk- og kulturtilpassing er en sentral del av retten til likeverdige helsetjenester. Selv om det varierer i hvor stor grad samiske pasienter har behov for eller ønsker et tilbud på samisk eller som er kulturtilpasset, skal de ha et tilbud. Spesialisthelsetjenestens oppgaver omfatter blant annet samisk tolketjeneste, oversettelse av pasientinformasjon og fagmateriell og utvikling av terminologi innen medisinske og psykologiske fag, som skal bidra til likeverdig utredning og behandling av samiske pasienter.

5.1.2.2.4 Forskning og fagutvikling

Helseforskning er et viktig grunnlag for utvikling og tilrettelegg av helsetjenester. Selv om samisk helseforskning har økt betydelig de siste tiårene, er det fortsatt stor kunnskapsmangel. Dette gjelder spesielt for klinisk forskning, helsetjenesteforskning og forskning på samiske barn og unges fysiske og psykiske helse.

SANKS FoU skal bidra til likeverdige tjenester innen psykisk helse, rus og avhengighet og somatisk helse til den samiske befolkningen. Dette gjøres gjennom forskning, kunnskapsutvikling, undervisning og formidling om samisk kulturforståelse i samarbeid med de kliniske enhetene, og samarbeid med fag- og forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt.

SANKS har i dag særskilt oppmerksomhet på forskning og utvikling innen psykisk helse og avhengighet for samiske pasienter, men med

begrensede midler over flere år. FoU-styret i Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) bevilger årlig inntil 2 millioner kroner til forsknings- og utviklingsprosjekter innen psykisk helse, rus og avhengighet for den samiske befolkningen i Norge.²²⁰

Relevant helseforskning foregår også ved andre institusjoner, som Senter for samisk helseforskning, andre institutter ved Helsefakultetet ved UiT, Nord universitet, NTNU, Ungdata, OsloMet og NKVTS. Det er flere finansieringskilder. Helse Nord RHF har en egen satsing på samisk helseforskning. Norges forskningsråd har et eget program for samisk forskning, men det er ikke spesielt rettet mot helseforskning.

Flere aktører peker på behov for bedre koordinering, oversikt og samarbeid samt økt finansiering og oppmerksomhet på samiske tema i prosjekter hvor samisk etnisitet er registrert. Manglende registrering av samisk etnisitet i helseregistre hindrer statistikk og data om samers helse og bruk av helsetjenester.

5.1.2.2.5 Opplæring av pasienter og pårørende

I dag har SANKS ansvar for opplæring av pasienter og pårørende i den samiske befolkningen, og de regionale helseforetakene har ansvar innenfor sine opptaksområder.

Samisk lærings- og mestringssenter (LMS) er en del av SANKS. Senteret tilbyr lærings- og mestringkurs for pasienter og pårørende med kronisk og langvarig sykdom, funksjonshindringer, rus- og avhengighetslidelser og somatisk og psykisk sykdom. Pasienter og pårørende lærer om sykdommen/lidelsen, endring av levevaner og om hvordan de kan mestre hverdagen.

5.1.2.3 RHF-styrene

Styrene i de regionale helseforetakene (RHF-ene) har en sentral rolle i gjennomføringen

av nasjonal helsepolitikk. De er statlig eide virksomheter som har ansvar for å planlegge, organisere, styre og samordne spesialisthelsetjenesten i sine regioner. RHF-ene skal iverksette de mål, prioriteringer og styringssignaler som fastsettes av Stortinget, regjeringen og Helse- og omsorgsdepartementet gjennom lovverk, budsjettvedtak, foretaksmøter og årlige oppdragsdokumenter.

Styrene er ikke politiske organer, men virksomhetsstyrende organer. Deres oppgave er ikke å fastsette nasjonal helsepolitikk, men å sørge for at den nasjonale helsepolitikken gjennomføres i helseregionen. Styrene har derfor stor betydning for hvordan nasjonale mål omsettes til konkrete tjenester, organisasjonsmodeller og prioriteringer i praksis.

Styrene i de regionale helseforetakene har også ansvar for å sikre at nasjonale mål og rettslige forpliktelser knyttet til samiske pasienters språk-, kultur- og urfolksrettigheter blir ivarettatt gjennom planlegging, organisering og utvikling av tjenestene i egen region.

Styrene i de regionale helseforetakene er oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet og gjennomfører den nasjonale helsepolitikken, mens styrene i de lokale helseforetakene har ansvar for å sikre befolkningen spesialisthelsetjenester. Når de regionale helseforetakene utnevner styrer i de lokale helseforetakene, legges det som regel vekt på at flertallet av styremedlemmene har kjennskap og tilknytning til området helseforetaket betjener, selv om helseforetaksloven ikke stiller krav om regional tilhørighet. Både Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF har samarbeidsavtaler som innebærer at Sametinget inviteres til å foreslå styrerepresentanter til helseforetakenes styrer.

5.1.2.4 RHF-enes oppdrag

De regionale helseforetakene har ansvar for å sikre at samiske pasienter får et likeverdig tilbud innenfor sitt område. I oppdragsdokumentet fra departementet til RHF-ene for 2026 står følgende:

«Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres gjennom hele pasientforløpet.

²²⁰ <https://www.finnmarkssykehuset.no/49923f/siteassets/dokumenter-til-sider-i-sidetre/sanks/fou-midler/4.-fou-midler-retningslinjer.pdf>. Ifølge tallgrunnlag oversendt utvalget fra Finnmarkssykehuset HF har de mottatt midler over statsbudsjettet for drift av nasjonal kompetansetjeneste. Siden 2019 er midlene øremerket. Midlene er benyttet til å dekke 5,2 stillinger samt driftsutgifter.

Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport skal følges opp gjennom en styrking av samiske språk i spesialisthelsetjenesten.»²²¹

Videre har de regionale helseforetakene fått i oppdrag å «gjøre e-læringsverktøy om samisk språk og kultur tilgjengelig og utvide tolketjenesten. Som en oppfølging av Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport skal de regionale helseforetakene sørge for å gjøre nytt e-læringsprogram om samisk språk og kultur tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten, samt utvide samisk tolketjeneste i tråd med anbefalinger i sluttrapporten *Nasjonalt prosjekt for tolking av samiske språk*. De regionale helseforetakene skal i årlig melding rapportere på antall utførte tolkeoppdrag på samisk (nord-, lule- og sørsamisk)».

Helse Nord RHF har som eget oppdrag for 2026 at de «skal sikre at Sámi klinihkka opprettholder sitt helhetlige tjenestetilbud og eksisterende organisasjonsstruktur inntil ekspertutvalget for samiske spesialisthelsetjenester har levert sin rapport, og nødvendige beslutninger om framtidig organisering er tatt».

5.1.2.5 Helse Nord/Davvidearvvašvuohta/Varresvuohta nuortta/Healoe noerhte

Nedslagsfeltet til Helse Nord RHF omfatter deler av forvaltningsområdet for samiske språk, herunder fylkene Troms og Nordland samt kommunene Kåfjord, Lavangen, Kautokeino, Karasjok, Tana, Nesseby, Porsanger, Tjeldsund, Hamarøy, Hattfjelldal og Saltdal. Helse Nord omfatter Helse Nord RHF, Helgelandssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF, Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Finnmarkssykehuset HF, Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF.

Helse Nord RHF har et særskilt ansvar for den samiske befolkningen i Norge. Helse Nord RHF leder den interregionale arbeidsgruppen som arbeider med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet til den samiske befolkningen. Helse Nord RHF har også opprettet en spesialrådgiverstilling for samiske

helsetjenester og inngått samarbeidsavtaler med de andre regionale helseforetakene.

Helse Nord RHF har ansvar for å videreutvikle og styrke spesialisthelsetjenester som ivaretar samisk språk og kultur, samt å sikre at samiske perspektiver integreres i regionale og nasjonale prosesser. Dette skjer gjennom samarbeid med Sametinget og de andre regionale helseforetakene. Finnmarkssykehuset HF ved Sámi klinihkka/SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern og rus) har nasjonale kompetansetjenestefunksjoner innen psykiatri og rus, tolketjenesten og en egen samisk klinikk.²²² SANKS er en nasjonal kompetansetjeneste som har ansvar for kunnskapsutvikling, forskning, kompetansespredning og direkte tjenesteyting for samiske pasienter innen psykisk helsevern og rus. SANKS har siden 2014 hatt et tydelig nasjonalt mandat til å bygge opp samisk fagkompetanse gjennom forskning og utvikling og formidle og spre kompetanse gjennom undervisning, veiledning og fagnettverk. SANKS har også et nasjonalt behandlingsansvar, herunder øremerkede døgnplasser for samiske pasienter og videre utvikling av desentraliserte tjenester gjennom utekontorer i andre deler av landet. Det finnes ingen nasjonal kompetansetjeneste med ansvar for samisk språk- og kulturkompetanse for pasientbehandling innen somatisk helsetjeneste.

Helse Nord RHF og Sametinget har samarbeidet om spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i mange år. Samarbeidet ble formalisert i en samarbeidsavtale i mars 2018. Avtalen ble siste gang fornyet våren 2026. Den legger til rette for tett og regelmessig dialog samt økt samisk medvirkning i styring og utvikling av tjenestene. Dette omfatter blant annet innspill til styrekandidater, deltakelse i råd og utvalg, faste møteplasser og felles konferanser for å styrke kvalitet og kompetanse.

Helse Nord RHF har gjennom Finnmarkssykehuset HF også inngått samarbeidsavtaler med finske og svenske

²²¹ [Oppdragsdokument - regjeringen.no](#)

²²² [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - Helse Nord RHF](#)

myndigheter om spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Helse Nord RHF har sikret samisk representasjon i styrene til Finnmarkssykehuset HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF. Gjennom samarbeidsavtalen har Sametinget forslagsrett til alle helseforetakene i Helse Nord som omhandler pasienter. Det er også samisk representasjon i det regionale brukerutvalget.²²³

5.1.2.6 Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge omfatter Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord-Trøndelag HF/ healsoegiehtelimie, St. Olavs hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Hemit HF.

I Helse Midt-Norge RHF sitt geografiske område er det hovedsakelig sørsamisk befolkning i Trøndelag. Det er samisk befolkning særlig i fjellområdene, fra Røros i sør til Røyrvik i nord. Bosettingene strekker seg utover mot kysten, og særlig på Fosen finnes samisk befolkning. I disse områdene er samene i stor grad knyttet til reindrift. Midt-Norge har også samisk befolkning i Trondheim og i andre mindre tettsteder. Dette kan være knyttet til jobbmarkedet, men også studiestedene. I Møre og Romsdal er det veldig liten samisk bosetting. Samiske språkforvaltningskommuner i Helse Midt-Norge er Snåsa, Røros og Røyrvik.

Helse Midt-Norge har samarbeidet med Sørsamisk helsenettverk om prosjektet Saemien healsodáehkie/Samisk helseteam i sørsamisk område. Dette er et samarbeid mellom Røros kommune og St. Olavs Hospital HF. Helseteamet har arbeidet med pasientbehandling og kompetanseheving i sørsamiske områder. St. Olavs hospital har vært involvert gjennom frikjøp av sykepleier i 20 prosent stilling. Røros sykehus har også vært involvert.²²⁴ Samisk helseteam yter spesielt tilrettelagte tjenester både før,

under og etter poliklinisk kontakt/innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norge RHF har også inngått samarbeidsavtale med Helse Nord RHF om nasjonale kompetansetjenester utført av SANKS for samiske pasienter med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet og deres pårørende. SANKS har to utekontorer for nasjonalt team i Helse Midt-Norge, ett på Røros og ett i Trondheim (tidligere på Snåsa). Teamet yter spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og avhengighetsmedisin til barn og voksne. De er representert i Samisk helseteam.

I Helse Midt-Norge ble det etablert en arbeidsgruppe for å utarbeide tiltak for å sikre kvalitet og utvikle kompetanse om samisk språk og kultur i henhold til strategidokumentet *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*. Arbeidsgruppen hadde representanter fra kommuner (Røros og Snåsa), Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs hospital HF og Samisk helseteam i Røros kommune. Det er utarbeidet en rapport som beskriver tiltak som skal gjennomføres i en fireårsperiode. Her er det viktigste tiltaket å øke de ansattes kompetanse om samisk språk, samisk kultur og historie. Regional utviklings- og samhandlingsplan, ny regional plan for pasient- og pårørendeopplæring og ny plan for samhandling med kommunene inneholder også tiltak som spesielt handler om tilrettelegging for den samiske befolkningen. Helseforetakene har fulgt opp med egne tiltaksplaner. I 2025 ble tiltaksplanen i den regionale handlingsplanen revidert i samarbeid med oppnevnte ressurser fra språkforvaltningskommunene Røros og Snåsa, Sørsamisk helsenettverk, brukerrepresentant, ressurspersoner på helseforetakene, en observatør fra Helgelandssykehuset HF og ansatte i ulike avdelinger. Helse Midt-Norge RHF søker i økende grad samarbeid med Helgelandssykehuset HF om de sørsamiske pasientene for å nå ut til flere samiske pasienter.²²⁵

Helse Midt-Norge RHF har i likhet med Helse Nord RHF formell samarbeidsavtale med Sametinget (fra juni 2023). Formålet er å bidra til likeverdige spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen. Avtalen skal også bidra til

²²³ Helse Nord RHF (2020), s. 27; NOU 2023: 8; [Ny samarbeidsavtale mellom Sametinget og Helse Nord RHF - Sametinget](#).

²²⁴ Helse Nord RHF (2022).

²²⁵ Skriftlig innspill til utvalget fra Helse Midt-Norge RHF.

at avtalepartene holder hverandre orientert om prosesser og saker av betydning. Det er avtalt et årlig samarbeidsmøte mellom Sametinget og Helse Midt-Norge RHF. Sametinget inviteres til styremøte eller styreseminar når nytt styre for Helse Midt-Norge RHF er i funksjon. Temaet er status og spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Andre møter avvikles ved behov og når en av partene ber om det. I avtalen inviteres Sametinget til å gi innspill på kandidater til styrene i Helse Midt-Norge for å sikre kompetanse på samisk språk, historie og kultur.²²⁶ Sametinget blir forespurt om samisk representasjon i HF-styrene ved St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag.

5.1.2.7 Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst omfatter Helse Sør-Øst RHF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Vestre Viken HF, Oslo universitetssykehus HF (OUS), Sykehuset Østfold HF, Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Sykehuset Innlandet HF (SI), Sunnaas sykehus HF, Sykehusapotekene HF og Sykehuspartner HF. Helse Sør-Øst RHF har også et forpliktende samarbeid med fem private ideelle sykehus: Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus som er lokalsykehus for hver sine deler av Oslo. I tillegg yter Betanien Hospital, Martina Hansens hospital og Revmatismesykehuset spesialisthelsetjenester på vegne av Helse Sør-Øst RHF.

I Helse Sør-Øst har de fleste kommuner innbyggere som har meldt seg inn i Sametingets valgmanntall, og som dermed identifiserer seg som en person med samisk språk- og/eller kulturbakgrunn. I tillegg kommer de som ikke har meldt seg inn i valgmanntallet.²²⁷ Det er rimelig å anta at mange med samisk språk- og kulturbakgrunn bor i Oslo, og mottar sykehustjenester ved sykehusene i hovedstadsområdet. En del av det sørsamiske området ligger i Sykehuset Innlandets opptaksområde. Oslo universitetssykehus har mange nasjonale tjenestetilbud som også omfatter pasienter med samisk bakgrunn

fra resten av landet. Det samme gjelder landsfunksjonene ved Sunnaas sykehus HF.

Også Helse Sør-Øst RHF har inngått samarbeidsavtale med Helse Nord RHF om nasjonale kompetansetjenester levert av SANKS for samiske pasienter med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet og deres pårørende. Avtalen omfatter spesialisthelsetjenestetilbud til barn, unge og voksne. SANKS har et utekontor i Oslo-området for nasjonalt team i Helse Sør-Øst.

Tolkesentralen ved Oslo universitetssykehus har avtale med en nordsamisk tolk. Tolkesentralen drives av sykehuset og leverer også tolketjenester til Akershus universitetssykehus og Sunnaas sykehus.

Helse Sør-Øst RHF har laget en regional tiltaksplan der tiltakene er delt inn i to hovedkategorier:

1. Tiltak for ansatte: kurs, opplæring og generell informasjon om betydningen av samisk språk- og kulturkompetanse (e-læringskurs, kurspakker, informasjon om behandlingstilbud, bruk av tolketjenester og oversatt informasjon).
2. Tiltak for pasienter/befolkningen: informasjon om tilgjengelige behandlingstilbud, markering av samenes nasjonaldag, bilder/kunst i sykehusenes inngangsparti. Det legges vekt på at symbolikk uten språk (for eksempel bilder og flagg) vil ha stor symbolsk verdi og nå fram til samer uansett hvilket språk de snakker.

Samisk helsenettverk i Oslo og omegn er under etablering ved Samisk Hus Oslo.²²⁸ Målgruppen er samisk helsepersonell i Oslo kommune, Helse Sør-Øst RHF og nærliggende kommuner. Formålet med helsenettverket er å etablere en faglig arena for kontakt, samarbeid og kompetansedeling mellom helsepersonell med samisk språk- og kulturkompetanse. Nettverket ønsker å bidra til mer likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Oslo-regionen.

²²⁶ [Samarbeidsavtale mellom Sametinget og Helse Midt-Norge RHF](#)

²²⁷ Helse Nord RHF (2022).

²²⁸ Ibid.

5.1.2.8 Helse Vest

Helse Vest omfatter Helse Vest RHF, Helse Stavanger HF, Helse Bergen HF, Helse Fonna HF og Helse Førde HF. Disse driver de største sykehusene i regionen, inkludert Stavanger universitetssjukehus, Haukeland universitetssjukehus, Haugesund sjukehus og Førde sentralsjukehus. Helse Vest RHF omfatter også Sjukehusapoteka Vest, ansvarlig for sykehusapotekene i regionen, og Helse Vest IKT AS, aksjeselskapet som leverer felles IKT-tjenester til alle helseforetakene i foretaket. Helse Vest RHF har driftsavtaler med flere private ideelle institusjoner, herunder Haraldsplass Diakonale Sykehus, Betanien sykehus, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus og flere virksomheter innen psykisk helsevern som NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, Solli DPS, Voss DPS NKS Bjørkeli og NKS Jæren DPS.

Også Helse Vest RHF har inngått samarbeidsavtale med Helse Nord RHF om nasjonale kompetansetjenester utført av SANKS. SANKS har ingen utekontor i dette området.

Helse Vest er regionen med minst samisk befolkning som har behov for tilpassinger. Samtidig må helsepersonell ha tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur for å kunne tilby likeverdige helsetjenester etter behov. Ifølge den interregionale rapporten er det behov for og vedtatt en rekke tiltak.²²⁹

5.1.3 Lokalt ansvar og samhandling

5.1.3.1 Lokalt ansvar i spesialisthelsetjenesten

De lokale helseforetakene er det utøvende leddet som tilbyr behandling, driver poliklinikker og sykehusavdelinger og samordner tjenestene med kommunene. Helseforetakene har ansvar for den daglige driften av sykehusene og andre institusjoner og er arbeidsgiver for de ansatte.

5.1.3.2 Helseforetakene

Helseforetakene utgjør det operative nivået i spesialisthelsetjenesten og er de regionale helseforetakenes viktigste virkemiddel for

å oppfylle sørge-for-ansvaret. I praksis står helseforetakene for hovedtyngden av diagnostikk og behandling i spesialisthelsetjenesten, og de har en særlig sentral rolle i akuttmedisin, prehospitale tjenester og behandling av kompliserte og sammensatte tilstander. Samtidig er de en del av et større system, der de må samarbeide tett med andre helseforetak, private aktører og kommunale tjenester for å sikre helhetlige pasientforløp.

Helseforetakene er organisert som egne rettssubjekter etter helseforetaksloven og eies av de regionale helseforetakene. Virksomheten styres gjennom vedtekter, oppdragsdokumenter, styringskrav og økonomiske rammer fastsatt av regionalt helseforetak og staten. Helseforetakene har ansvar for å planlegge, organisere og levere spesialisthelsetjenester innenfor disse rammene. Helseforetakene har egne styrer og ledelse, men inngår i en samlet regional og nasjonal spesialisthelsetjeneste. De opererer innenfor rammer fastsatt gjennom lovgivning, nasjonale mål, faglige retningslinjer og økonomiske rammer, og har ansvar for at virksomheten drives faglig forsvarlig.

Helseforetakene forvalter en kompleks virksomhet som kombinerer pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring med omfattende støttefunksjoner. Virksomheten forutsetter et bredt spekter av helsepersonell og administrative ressurser, døgntkontinuerlig drift og beredskap samt avansert infrastruktur som bygg, medisinsk-teknisk utstyr, legemiddel- og forsyningssystemer og IKT-løsninger.

Helseforetakene inngår i et koordinert nettverk der oppgaver fordeles mellom enheter for å sikre tilstrekkelig pasientvolum og faglig kvalitet, samtidig som befolkningen gis tilgang til tjenester så nær bostedet som mulig. For behandlinger som krever høy grad av spesialisering eller stort pasientvolum, vil tjenestene være sentralisert regionalt eller nasjonalt, mens mer vanlige og mindre ressurskrevende tjenester i større grad ytes lokalt. Dette forutsetter etablerte samarbeidslinjer, gode transportløsninger og systemer som sikrer at pasienter kan overføres mellom nivåer på en forsvarlig måte.

²²⁹ Ibid.

Helseforetak (HF)

Et helseforetak (HF) er en statlig eid virksomhet som skal sørge for at befolkningen får nødvendige spesialisthelsetjenester. Foretakene er organisert etter helseforetaksloven og eies av de regionale helseforetakene (RHF).

Helseforetakene har ansvar for å planlegge, yte og utvikle spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig rusbehandling, rehabilitering og prehospitale tjenester.

Ansvarsgrunnlaget er forankret i:

- a. spesialisthelsetjenesteloven
- b. helseforetaksloven
- c. vedtekter, styringsdokumenter og oppdragsdokument fra RHF og Helse- og omsorgsdepartementet
- d. nasjonale føringer, retningslinjer og kvalitetskrav

Et helseforetak må ha:

1. fagpersonell innenfor et stort antall fagområder og profesjoner
2. administrativ støtte
3. ledelsesstruktur med administrative direktører og styre
4. internkontroll- og styringssystemer (rapportering, kvalitet, pasientsikkerhet og beredskap)
5. IKT-systemer for styring og kontroll av alle deler av virksomheten, inkludert drift av bygg og utstyr, for pasientforløp og for pasientjournalssystem med all relevant informasjon om hver enkelt pasient

Helseforetaket rapporterer til sitt regionale helseforetak. RHF-et rapporterer videre til Helse- og omsorgsdepartementet, som eier spesialisthelsetjenesten på vegne av staten.

Foretaket har et styre som er ansvarlig for virksomheten innenfor rammene gitt av RHF og lovgivning. Helseforetaket har et visst faglig og operativt handlingsrom, men ikke fri autonomi.

Foretaket er bundet av lover og forskrifter, nasjonale mål, krav og prioriteringer, økonomiske rammer og oppdragsdokument fra RHF og rapporterings- og styringssystemer. Innenfor disse rammene kan foretaket selv organisere drift, prioriteringer og utviklingstiltak.

5.1.3.3 Finnmarkssykehuset HF/Finnmárkku buohccevissui

Finnmarkssykehuset HF har ansvar for spesialisthelsetjenestene i fylket med landets største areal. Fylket hadde i 2025 en befolkning på 75 060 innbyggere. Finnmarkssykehuset har et lite opptaksområde befolkningsmessig, men et stort opptaksområde arealmessig. Helseforetaket har ansvar for Sámi klinihkka som i tillegg til å gi et tilbud til pasienter i Finnmark, også behandler samiske pasienter fra hele landet.

Administrasjonen ligger i Hammerfest. Finnmarkssykehuset HF sitt øverste organ er foretaksmøtet, hvor Helse Nord RHF utøver eierstyring gjennom oppdragsdokument og oppnevning av styre. Styret består av elleve medlemmer, inkludert fire som er valgt av de ansatte, og en samisk representant. Finnmarkssykehuset har et rådgivende brukerutvalg, og to av brukerrepresentantene sitter i styret i Finnmarkssykehuset med møte- og talerett. Brukerutvalget representerer brukerorganisasjoner i fylket. Ett medlem skal representere den samiske befolkningen.

Finnmarkssykehuset har fire behandlende klinikker: Hammerfest sykehus, Kirkenes sykehus, Klinik Alta og Sámi klinihkka, og en rekke administrative og faglige støttefunksjoner: Klinik prehospitaltjenester, Klinik psykisk helsevern og avhengighet, Service, drift og eiendom, Beredskap og samhandling, Fagstab, Økonomi, analyse og regnskap, Personal og organisasjon, Foretakssekretariatet, og Kommunikasjon og samfunnskontakt.²³⁰

Helse Nord RHF har gitt Finnmarkssykehuset nasjonalt ansvar for å ivareta spesialisthelsetjenestetilbudet til den samiske befolkningen. Styret vedtok i 2019 å opprette en egen samisk klinikk. Da ble SANKS og spesialistlegesenteret samlet i én klinikk for å styrke tjenesten.

5.1.3.4 Sámi klinihkka

Sámi klinihkka i Karasjok har et særskilt ansvar for å utvikle og tilby helhetlige og likeverdige spesialisthelsetjenester til den

samiske befolkningen. Klinikken er det eneste spesialisthelsetjenestetilbudet som er spesielt tilrettelagt for samiske pasienter. Klinikken åpnet i januar 2020 og tilbyr tjenester innen somatikk, psykisk helsevern og behandling av rusavhengighet. Tilbudet er primært til pasienter fra de fem kommunene i samisk språkområde Kautokeino, Porsanger, Karasjok, Tana og Nesseby. Klinikken har også nasjonale kompetansetjenester SÁNÁG/SANKS, lærings- og mestringstjenester og samisk tolketjeneste, i tillegg til spesialistlegesenteret. Samisk språk- og kulturkompetanse er sentralt for tilbudet ved hele Sámi klinihkka. Sámi klinihkka hadde per 1. mars 2025 totalt 144,2 årsverk. Antall budsjetterte årsverk i 2026 er 155,2 årsverk.

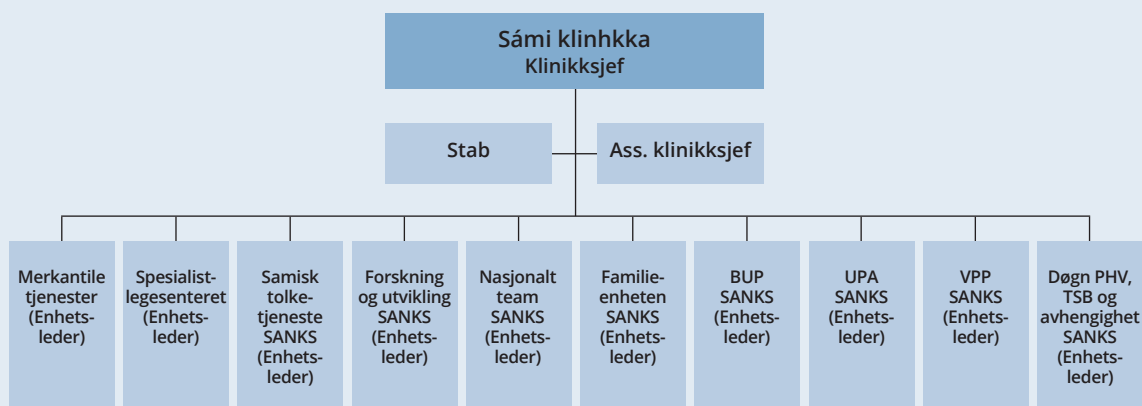
Klinikken er organisert i ti enheter (se figur 5.1), der flere enheter er en del av Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og avhengighet (SÁNÁG/SANKS-PHV/TSB), som har tilbud til barn, unge og voksne innen psykisk helsevern og rus, samt kompetansetjenesteoppdrag. Disse enhetene er voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP), barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), familieenheten og ungdomsenheten (UPA) samt døgnenheter for voksne innen psykisk helsevern og rus. I denne enheten ligger også poliklinisk tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). SÁNÁG/SANKS har også et nasjonalt team organisert med utekontorer i Tromsø, Kautokeino, Hamarøy, Røros, Trondheim og Oslo, som også yter tjenester til samiske pasienter i Sverige og Finland. Teamet kombinerer pasientbehandling på spesialistnivå med aktiv kompetansespredning gjennom undervisning, veiledning og fagutvikling, særlig knyttet til kulturforståelse. SÁNÁG/SANKS har etablert egne ordninger for brukermedvirkning, blant annet gjennom et eget brukerråd. I tillegg inngår en erfaringskonsulent (Ofelaš/veiviser) i lederteamet.

Samisk nasjonal kompetansetjeneste – forskning og utvikling (SÁNÁG/SANKS-FOU enheten) har nasjonalt ansvar for oppgaver innen forskning, utvikling og kompetanseheving innen psykisk helsetjeneste for den samiske befolkningen. I denne enheten inngår også lærings- og mestringstilbud (LMS) som skal ivareta samiske perspektiver i pasient- og pårørendeopplæring.

²³⁰ [Organisering - Finnmarkssykehuset HF](#)

Figur 5.1

Organisering av Sámi klinihkka



Senteret har helsepedagogikk som fagområde og er en ressurs for de kliniske avdelingene. Hovedaktiviteten ved LMS-tilbudet er å utvikle, koordinere, arrangere og evaluere gruppebaserte opplæringstilbud for pasienter og pårørende.

Enhet for samisk tolketjeneste er også en del av SÁNÁG/SANKS. Samisk tolketjeneste er lokalisert ved Finnmarkssykehuset. Tjenesten tilbyr tolking på nordsamisk hver dag kl. 8–22, via oppmøte, telefon eller video. Tilbudet gjelder for spesialisthelsetjenesten i Helse Nord RHF, men skal utvides til en nasjonal tjeneste som også skal gi tilbud på sør- og lulesamisk.²³¹

Spesialistlegesenteret/
Spesialistadoavtterguovddaš, som tilbyr somatiske spesialisthelsetjenester gjennom poliklinisk virksomhet og dagbehandling, er ikke en del av samisk nasjonal kompetansetjeneste. Hovedopptaksområdet er kommunene Nesseby, Tana, Kautokeino, Porsanger og Lebesby, men senteret tar imot pasienter fra hele fylket. Det tilbys tjenester innen flere fagområder, herunder øre-nese-hals, gastroenterologi, kardiologi, revmatologi, gynekologi, barnesykdommer,

lungesykdommer og hudsykdommer. Det er også infusjonspoliklinikk for biologiske legemidler ved spesialistpoliklinikken samt tilbud om enkel radiologi. Senteret har ikke egne laboratorietjenester.

Det er også under oppbygging et geriatrikktilbud for samiske pasienter, med mål om å etablere et tverrfaglig team som kan tilby utredning og oppfølging i tett samarbeid med kommunene, blant annet ved ambulering.

5.1.3.5 Kommunale tjenester og samhandling

Kommunene og fastlegene har primæransvaret for allmennhelsetjenesten og fungerer som førstelinje og koordinator overfor spesialisthelsetjenesten.

Samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten skjer i dag på ulike måter. Sykestuer, lokalmedisinske og distriktsmedisinske sentre er eksempler på modeller for desentraliserte spesialisthelsetjenester, der kommuner og helseforetak samarbeider. Dette er måter å organisere helse- og omsorgstjenester på som innebærer at en eller flere kommuner samarbeider om tjenester til pasienter før, etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Spesialisthelsetjenesten kan også være en del av dette samarbeidet.

²³¹ I 2024 søkte Finnmarkssykehuset HF om midler fra Helse Nord RHF for å styrke tolketjenesten med ett årsverk, en full stilling som nordsamisk tolk. Foretaket fikk tilført 1 million kroner til tolke- og språktjenester i 2025. Disse midlene er lagt til Sámi klinihkka. Kilde: Tallgrunnlag fra Finnmarkssykehuset HF til utvalget.

Boks 5.2

**Kommunehelsetjenesten:
Ansvar, lovgrunnlag og oppgaver**
Lovgrunnlag og overordnet ansvar

Kommunehelsetjenesten utgjør primærhelsetjenesten i Norge og omfatter alle offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke tilligger staten (spesialisthelsetjenesten) eller fylkeskommunen. Tjenestens rammer reguleres primært av helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven. Kommunens lovpålagte sørge-for-ansvar gjelder alle personer som til enhver tid oppholder seg i kommunen, uavhengig av bostedsadresse.

Lovpålagte tjenester og fagområder

Kommunen skal sikre nødvendige tjenester innen forebygging, diagnostikk, behandling, medisinsk rehabilitering, pleie og omsorg samt akuttmedisinsk beredskap. Dette omfatter blant annet:

- allmennlegetjeneste (inkludert fastlegeordning) og legevakt/ legevaktsentral
- helsestasjons- og skolehelsetjeneste for gravide, barn og unge
- sykepleietjenester, herunder hjemmesykepleie, sykehjem og heldøgns omsorgsboliger
- jordmortjeneste og fysioterapitjeneste
- medisinsk nødmeldetjeneste, i samarbeid med de regionale helseforetakene

Folkehelse og lavterskeltilbud

Etter folkehelseloven har kommunen ansvar for å overvåke helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i befolkningen, samt drive miljørettet helsevern og helsefremmende tiltak. Kommunene har i tillegg et særlig fokus på å etablere lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid, innrettet for å gi barn og unge tidlig og direkte tilgang til helsehjelp.

En kartlegging viser at organisering, tjenestetilbud og finansiering varierer. Tydelige avtaler, godt samarbeid og lokal tilpassing er fellestrekk ved enhetene som peker seg ut som særlig vellykkede. Tilbudene oppleves som nyttige for pasientene. De bidrar til å styrke den medisinskfaglige beredskapen lokalt, ifølge kartleggingen. Samtidig peker flere på at det er utfordringer knyttet til økonomisk bærekraft og risiko for uklar ansvarsdeling.²³²

Et annet konkret tiltak for å bedre koordineringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester er ordningen med helsefellesskap som ble etablert gjennom *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helsefellesskap er et formalisert samarbeid mellom kommuner, fastleger, brukere og helseforetak med mål om å skape mer sammenhengende, bærekraftige og pasientorienterte tjenester. Helsefellesskapene skal særlig styrke tilbudet til fire prioriterte grupper: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser, pasienter med flere kroniske sykdommer, og skrøpelige eldre. Det er 19 helsefellesskap i Norge som hver er knyttet til et helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Samarbeidet bygger på prinsippet om at kommuner og sykehus ikke bare skal forhandle om ansvar og oppgaver, men utvikle tjenester sammen. Det skal være tydelig involvering av politisk og administrativ ledelse, fastleger og brukere.²³³

Andre modeller, avtaler og samarbeidsformer for å få tjenestene til å henge bedre sammen er pakkeforløp²³⁴, primærhelseteam²³⁵ og tverrfaglige ambulante team, for eksempel FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) innen psykisk helse og rus, som jobber på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste.

²³² KS (2026).

²³³ [Etablerte helsefellesskap - helsedirektoratet.no](https://helsedirektoratet.no/etablerte-helsefellesskap)

²³⁴ Et pakkeforløp er et standardisert pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon med pasient og pårørende, ansvars plassering og konkrete forløpstider. Dette skal sikre forutsigbarhet, kvalitet og koordinering mellom tjenestene.

²³⁵ Primærhelseteam er en forsøksordning der fastleger, sykepleiere og andre faggrupper jobber tettere sammen for pasienter med store og sammensatte behov, ofte i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

For mer informasjon om arbeids- og oppgavefordelingen mellom den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, se Helsereformutvalgets rapport.²³⁶

5.1.3.6 Samiske helseteam

Sørsamisk helsenettverk tok i 2019 initiativ til å utvikle en ny modell for helsetjenester til sørsamisk befolkning i samarbeid med Røros kommune og Snåsa kommune, St. Olavs hospital HF og Helse Midt-Norge RHF. Modellen kalt Samiske helseteam, ble utviklet av samisk helsepersonell med utgangspunkt i lokale behov, erfaringer fra klinisk praksis og internasjonal kunnskap om urfolkshelse. Teamene skal sikre tilpassede, men også mer sammenhengende og helhetlige tjenester til samiske pasienter, på tvers av nivåer og fagområder. Modellen bygger på urfolksprinsipper som helhetlig tilnærming, kontinuitet og tett samarbeid med pasient og familie – inspirert av internasjonale erfaringer, særlig fra South Central Foundation i Alaska, samt nasjonale satsinger på primærhelseteam og helsefellesskap.

Dette er en modell der samisk helsepersonell jobber med samiske pasienter på tvers av virksomheter, kommuner, forvaltningsnivå og fylkesgrenser. Teamet er tverrfaglig og kan bestå av ulike profesjoner som lege, sykepleier, helsefagarbeider, familieterapeut, fysioterapeut, helsesykepleier, psykolog, vernepleier, sosionom og andre. De har samisk kompetanse og er delvis frikjøpt fra sine stillinger slik at de kan stille opp for samiske pasienter, og veilede andre helsearbeidere som jobber med samiske pasienter. I 2025 ble det bevilget midler over statsbudsjettet for å videreføre og spre ordningen i flere deler av Sápmi/ Sábmme/Saepmie. I lulesamisk område er et samisk helseteam under etablering i Hamarøy kommune.

²³⁶ [Regjeringen setter ned Helsereformutvalget - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Hvordan arbeider et samisk helseteam?

Samisk helseteam/Saemien healsoedáehkie er et tverrfaglig team bestående av helsepersonell fra kommune- og spesialisthelsetjenesten, som er etablert for å sikre likeverdige og kulturelt tilpassede helsetjenester til den samiske befolkningen i et område. Teamet fungerer som et felles kontaktpunkt for pasienter, pårørende og helsepersonell, og gir støtte og veiledning på tvers av tjenestenivåer.

Formål

Formålet er å styrke kvalitet, tilgjengelighet og pasientsikkerhet for samiske pasienter gjennom tjenester tilpasset språk, kultur og livssituasjon. Samisk helseteam skal:

1. bidra til mer sammenhengende pasientforløp
2. styrke kompetansen om samisk kultur og pasientrettigheter i kommuner og helseforetak
3. forbedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
4. utvikle helsefremmende og forebyggende tiltak med forankring i samisk kultur og livsverden
5. redusere stigma, utenforskap og barrierer som mange samiske pasienter opplever i møte med helsetjenesten

Organisering og arbeidsform

Teamet er organisert som et tverrfaglig samarbeid med ansatte fra kommune og sykehus i deltidstillinger (lege, sykepleier, helsesykepleier, eldrekontakt og kontaktsykepleier ved sykehus). Arbeidet er strukturert rundt:

- faste tverrfaglige teammøter
- direkte pasientkontakt og oppfølging, før, under og etter helsetjenestebesøk
- kompetansehevende undervisning for helsepersonell
- helsefremmende tiltak for barn, unge og eldre
- kultur- og språktilpassede tjenester i kommunale omsorgstjenester

Modellen bygger på urfolksprinsipper som helhetlig tilnærming, kontinuitet og tett samarbeid med pasient og familie – inspirert av internasjonale erfaringer, særlig fra South Central Foundation i Alaska.

Anbefalt videreføring

Erfaringene viser at samisk helseteam gir økt trygghet, bedre koordinering og høyere kvalitet i tjenestene.

Kilde: Sørsamisk helsenettverk (2025).

5.1.4 Noen utfordringer ved dagens organisering

Det er beskrevet at dagens organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen fører til fragmenterte tjenester og manglende prioritering. Til tross for etablerte institusjoner som Sámi klinihkka er det flere strukturelle og systemiske utfordringer som bidrar til å svekke tjenestenes kvalitet, tilgjengelighet og tillit blant samiske brukere. Det er særlig fem utfordringer som er påpekt i innspill til utvalget:

- *Dagens organisering har mangelfull samisk innflytelse i utforming og styring av helsetjenestene*

Sametinget har ved en rekke anledninger påpekt at dagens organisering ikke i stor nok grad ivaretar samenes rett til selvstyre og medbestemmelse i helsetjenestene. Sametinget har begrenset innflytelse på organisering og ressursbruk til tross for at Norge er forpliktet gjennom ILO-konvensjon nr. 169 til å sikre urfolk reell innflytelse over tjenester som angår dem.

I dag styres spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen av regionale helseforetak og helseforetak. Det er bare noen få av styrene som har samiske representanter og brukerrepresentanter. Helse Nord RHF er det eneste regionale helseforetaket som har samisk representasjon i alle sine helseforetak. Det er etterlyst sterkere samisk representasjon i styrene for å sikre samisk kompetanse og prioritering.²³⁷ Det er også foreslått at Sametinget burde ha en tydeligere og mer konkret rådgivende rolle. Dette forutsetter at Sametinget får utvidet kapasitet og kompetanse på helsefeltet.²³⁸

Det er en gjennomgående bekymring i samiske miljøer for at samiske spesialisthelsetjenester nedprioriteres som en liten del av et helseforetak. Små enheter som organisatorisk ligger langt nede i linjen, kan være sårbare når foretakene står overfor økonomiske innstramminger eller behov for omprioritering. Det er stor bekymring for at tilbudet ved Sámi klinihkka skal svekkes. Manglende fornyelse av medisinsk utstyr trekkes fram som et eksempel på hvordan Sámi klinihkka som en liten enhet blir hengende etter i investeringsprioriteringer. Sámi klinihkka er riktignok skjermet fra den pågående omorganiseringssprosessen i Finnmarkssykehuset HF i påvente av ekspertutvalgets rapport og departementets oppfølging av den. Bekymringen handler i stor grad om strukturell risiko og om historiske erfaringer med marginalisering, og dette preger tilliten. Selv om flere små klinikker i Norge opplever liknende sårbarhet, forsterkes opplevelsen for samiske tjenester av et særlig behov for forutsigbarhet, språkkompetanse og kulturforankring.

De samiske spesialisthelsetjenestene har i liten grad formalisert selvstendig status sammenlignet med autonome samiske institusjoner som Samisk høgskole, de samiske videregående skolene og enkelte helseinstitusjoner for urfolk, som i New Zealand og Australia, jf. kapittel 5.2.

- *Dagens organisering sikrer ikke at samiske pasienter i Norge har et likeverdig tilbud om kulturtilpassede helsetjenester*

Tjenestene er organisert regionalt, og det er store forskjeller mellom helseforetakene. Dette fører til ulik tilgang og kvalitet på tilbudene, avhengig av hvor i landet pasienten bor. Samiske pasienter utenfor Finnmark har begrenset tilgang til samisktilpassede tjenester. Det finnes heller ikke gode mekanismer for å sikre likeverdig behandling på tvers av regionene. Samisk kompetanse er for fragmentert og personavhengig, slik at tilbudet blir tilfeldig og svakt. Videre er det pekt på at det er en utfordring at det ikke finnes en nasjonal modell eller felles struktur for samiske spesialisthelsetjenester, og at det i liten grad er konkrete nasjonale føringer og kapasitet til oppfølging i dagnes tjenester.²³⁹ Det er påpekt at silotenkning og manglende helhetsperspektiv svekker pasienttilbudet, og for lite detaljerte beskrivelser i oppdragsdokumentet gir svak gjennomføring. Det er også pekt på at det er manglende samsvar mellom nasjonale funksjoner og regionale/lokale enheter. Sametinget har etterlyst en oppdatert nasjonal samisk strategiplan.²⁴⁰

Sámi klinihkka er organisatorisk plassert under Finnmarkssykehuset HF, og per i dag er det vanskelig for pasienter å bli henvist direkte til Sámi klinihkka. Dette begrenser klinikkens funksjon som nasjonalt tilbud og gjør det vanskelig for samiske pasienter å få tilgang til samisktilpasset spesialistbehandling.

Plasseringen under Finnmarkssykehuset HF fører til at hovedfokuset ligger på befolkningen i Finnmark, mens det nasjonale behovet til samer utenfor Finnmark blir mindre vektlagt. Tilbudet ved den nasjonale delen av Sámi klinihkka/SANKS er mindre kjent i spesialist- og primærhelsetjenesten utenfor Finnmark, og dermed blir oppfølgingen av samiske brukere tilfeldig. Samiske pasienter og pårørende må selv gjøre fastleger og annet helsepersonell

²³⁷ Samisk legeförening (2016), s. 26.

²³⁸ Ibid., s. 27.

²³⁹ Ibid., s. 24.

²⁴⁰ Ibid., s. 27.

oppmerksomme på at det finnes et tilbud som er spesielt tilrettelagt for samer.²⁴¹

- *Dagens organisering av spesialisthelsetjenester til samene har ikke rammer som legger til rette for kulturtilpassede tjenester*

Helsetjenester til samiske pasienter leveres innenfor majoritetssamfunnets foretakssystem, og behovet for kulturell tilrettelegging kan kollidere med rammene i helseforetaket. Finansieringssystemene premierer høy aktivitet og fastsatte prosedyrer. Rigide tidsrammer og krav til inntjening begrenser klinikernes mulighet til å drive kultursensitiv utredning og behandling. Det vil i mange tilfeller være til hinder for faglig frihet. Særlig innenfor psykisk helse og rus er dagens praksis med forventet forløp og forløpstider ikke i samsvar med samiske pasienters behov for mer tid til innledende samtaler, kartlegging og videre oppfølging. Det er pekt på at dagens system ikke gir rom for kulturtilpasset oppfølging i samsvar med pasientens livssituasjon, ønsker og behov.

- *Dagens organisering sikrer ikke systematikk i tjeneste- og kunnskapsutvikling om helsetjenester til samene*

Det er mangel på helsepersonell med samisk språk- og kulturkompetanse. Det finnes få strukturerte tiltak for å rekruttere, stabilisere og bygge opp kompetanse i tjenestene. Dette gjelder både klinisk personell og ledelse.

SANKS har nasjonale funksjoner innen psykisk helse og rus, men er ikke formelt organisert som en nasjonal enhet med selvstyre over eget budsjett og egne styringslinjer. Dette skaper uklarhet om ansvar og prioriteringer og begrenser tjenestens utviklingsmuligheter. Riktignok er det ikke uvanlig at nasjonale funksjoner ligger til lokale enheter, tvert imot er det slik modellen for nasjonale kompetansetjenester er i dag. Likevel oppleves det som at det er et misforhold mellom de nasjonale oppgavene SANKS har og dagens organisering som del av et lokalt helseforetak.

- *Dagens organisering sikrer ikke helhetlige pasientforløp gjennom god samhandling på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenester*

Tilstrekkelig kompetanse om samisk språk, historie, kultur og levesett er generell kunnskap, men lokal kunnskap er også nødvendig for å sikre gode og trygge tjenester. Samhandling med kommunene er derfor helt sentralt for å sikre et helhetlig og forutsigbart behandlings- og oppfølgingstilbud til samene. Strukturer og verktøy for samhandling er ikke godt nok implementert i dag.

5.2 Andre lands organisering

5.2.1 Innledning

Det kan være hensiktsmessig å se på hvordan andre land har organisert helsetjenestene til den delen av befolkningen som tilhører urbefolkningen. Modellene er ikke nødvendigvis direkte overførbare til Norge, men det kan være aktuelt å se på enkelte elementer og tiltak. Beskrivelsene under er basert på tilgjengelige kilder, ikke informasjon fra statlige myndigheter.

5.2.2 Sverige

Det anslås at det er omkring 60 000 samer i Sverige, og at mindre enn halvparten kan snakke samisk.²⁴² Mange har mistet morsmålet sitt som følge av statens assimileringsspolitikk på 1900-tallet.²⁴³

Sverige har ennå ikke ratifisert ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk. Sverige har iverksatt to parallelle, men separate statlige utredninger for å kartlegge historiske overgrep og assimileringsspolitikk overfor nasjonale minoriteter og urfolk. Den første kommisjonen *Sannings- och försoningskommissionen för tornedalingar, kväner och lantalaiset* leverte

²⁴¹ Ibid., s. 27.

²⁴² Som i Norge gjennomføres det ikke folketellinger på etnisk grunnlag i Sverige. Det anslås at det finnes omkring 20 000 samer i Sverige, men dette tallet stammer fra en utredning publisert i 1975. I dag mener forskere at antallet samer i Sverige snarere kan være tre ganger så høyt, eller mer. [Samerna i siffror - Samer.se](#)

²⁴³ [Samerna i siffror - Samer.se](#)

sin rapport i november 2023. Den andre kommisjonen *Sanningskommissionen för det samiska folket* ble oppnevnt i 2021, og skal levere sluttrapport høsten 2026.

Sverige har ikke en egen spesialisthelsetjeneste for samer, men enkelte regioner har utviklet noen prosjekter. Regionene Norrbotten, Västerbotten, Jämtland Härjedalen og Dalarna har etablert et *Kunskapsnätverk för samisk hälsa* i samarbeid med Sametinget. Sametinget har også opprettet en *Nämnd för hälsa, äldrefrågor och idrott* som arbeider med strategier for samisk helse. Det finnes store regionale forskjeller, og minoritetslovens bestemmelser tolkes ulikt av kommuner og helsepersonell. Det er mangel på språk- og kulturkompetanse, og det er få ansatte med samisk bakgrunn.²⁴⁴ Svenske myndigheter og samiske institusjoner har pekt på betydningen av språk, kulturkompetanse og tilpassede tjenester i møte med samiske pasienter.²⁴⁵

Finnmarkssykehuset HF/SANKS og Region Jämtland Härjedalen, Region Västerbotten, Region Dalarna og Region Norrbotten har inngått samarbeidsavtaler. Avtalene omfatter kunnskapsutveksling, konsultasjoner og pasientrelatert veiledning, etterutdanning/ opplæring og praksisplasser og turnustjeneste. I avtalene inngår poliklinisk behandling og døgntil behandling for barn, unge og voksne med psykiske lidelser og/eller avhengighetsproblemer.

5.2.3 Finland

Sametinget i Finland anslår at det er omtrent 10 000 samer i Finland.²⁴⁶ Heller ikke Finland har ratifisert ILO-konvensjon nr. 169, men samene er anerkjent som urfolk og samenes rettigheter er forankret i finsk lovgivning når det gjelder språk og kultur.²⁴⁷ I desember 2025 leverte den

finske Sannhets- og forsoningskommisjonen sin rapport. Ett forslag er at ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk ratifiseres. Andre anbefalinger i rapporten er innføring av samisk perspektiv i helsesektoren.²⁴⁸

5.2.4 Danmark/Grønland

Danmark har ikke et urfolk i fastlandsdelen, men har ansvar for Grønland, der inuitter utgjør majoriteten. Danmark har ratifisert ILO-konvensjon nr. 169, men grad av implementering varierer.²⁴⁹

Grønland har et offentlig finansiert og universelt helsevesen som er organisert under selvstyrets ansvar. Alle innbyggere har rett til nødvendige helsetjenester uten egenbetaling, inkludert transport til behandlingssted ved behov. Tjenestene organiseres i en regional struktur med et nasjonalt sykehus i Nuuk og flere regionsykehus, supplert med lokale helsetjenester av ulik størrelse og omfang.²⁵⁰

Helsetjenestene er preget av et nært samarbeid mellom ulike nivåer og sektorer, blant annet gjennom etablerte tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidsstrukturer. Ressurstilgangen er imidlertid begrenset, og tjenestene er i perioder avhengig av innleid personell, noe som kan påvirke kontinuitet og kapasitet. Organiseringen av tjenestene er i stor grad tilpasset geografiske forhold og befolkningsgrunnlag. Helsetilbudet er differensiert etter størrelse på bosettingene, fra enkle konsultasjonstilbud i de minste bygdene til helsesentre og sykehus i større byer. I mindre lokalsamfunn bemannes tjenestene av helsepersonell deler av uken, og spesialistkompetanse tilføres blant annet gjennom regelmessige tilsyn og bruk av telemedisinske løsninger.

Store geografiske avstander, klimatiske forhold og begrensede transportalternativer stiller betydelige krav til organisering av akuttmedisin,

²⁴⁴ SÁNAG/SANKS FoU (2025).

²⁴⁵ <https://www.socialstyrelsen.se/>; <https://www.sametinget.se/>; Lag (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk; <https://www.riksdagen.se/>

²⁴⁶ [About us | The Sámi Parliament of Finland](#)

²⁴⁷ Finlands grunnlov (731/1999), 17 §, om samers rett til språk og kultur og Samisk språklav / *Sámegiellalahka* (1086/2003).

²⁴⁸ Finnish Government (2025).

²⁴⁹ Samisk legeforening (2016).

²⁵⁰ [Helsevesenet på Grønland; Sundhedsvæsenets ydelser.](#)

pasienttransport og oppfølging. Telemedisin er en integrert del av tjenestetilbudet og benyttes systematisk for å koble mindre enheter til mer spesialiserte fagmiljøer, både internt i Grønland og mot Danmark.

5.2.5 USA/Alaska

USA har et omfattende system gjennom *Indian Health Service (IHS)*, som er en føderal helsemyndighet som tilbyr helsetjenester til registrerte medlemmer av amerikanske urfolk. Tjenestene er gratis, men underfinansiert og geografisk begrenset. Det er også «tribal-run»-klinikker, som gir større grad av selvstyre og lokal tilpassing.²⁵¹

I Alaska er helsetjenester til urfolk i stor grad organisert gjennom egne institusjoner som er eid og styrt av urbefolkningen selv, innenfor rammen av det føderale helsevesenet. *Alaska Area Indian Health Service* administreres gjennom et partnerskap mellom føderale myndigheter og urfolksstyrte organisasjoner. Den dekker 163 835 Alaska Natives, og nesten alle helsetjenester drives av stammeorganisasjoner gjennom egne avtaler. *Alaska Native Medical Center (ANMC)* i Anchorage fungerer som sentralt sykehus og henvisningspunkt.

Et eksempel er *South Central Foundation*, en ideell organisasjon som eier og driver både primær- og spesialisthelsetjenester for urfolk i området rundt Anchorage. Organisasjonen betjener nærmere 5 000 personer og er eid av urfolksorganer i regionen. Tjenestene er organisert etter en modell der brukerne omtales som «customer-owners», noe som reflekterer at urbefolkningen selv har kontroll over styring, prioriteringer og utvikling av tjenestene. Urfolksperspektivet er integrert i organisasjonens vedtekter, styringsstruktur og behandlingsfilosofi. Dette innebærer blant annet at tjenestene er tilpasset språklige og kulturelle forhold, og at det inngår tilbud knyttet til tradisjonell praksis og særskilte helseutfordringer i befolkningen.

Blant South Central Foundations viktigste nøkkelbegrep for urfolkshelsetjenester er «urfolk mot urfolk», «holistic care», og «microteams/team» rundt pasienten og familien.²⁵² Modellen har blitt utviklet over tid gjennom omfattende bruker- og samfunnsdialog etter en periode med lav kvalitet og tilfredshet. I dag er South Central Foundation kjent for høy brukertilfredshet og gode resultater, og trekkes ofte fram som et eksempel på brukerstyrte og kulturelt tilpassede helsetjenester. Modellen har også fått betydelig oppmerksomhet internasjonalt.²⁵³

5.2.6 New Zealand

New Zealand har etablert *Te Aka Whai Ora – Māori Health Authority*, en egen statlig enhet for urfolkshelse med en rolle likestilt med nasjonale helsemyndigheter. Modellen bygger på prinsippet «by Māori, for Māori» og skal sikre medbestemmelse og kulturelt tilpassede tjenester. Maorimyndigheten har ansvar for strategi, finansiering og kulturtilpassing, men ikke for drift av sykehus. Modellen gir altså selvbestemmelse uten full driftsbyrde. Evalueringer viser økt tillit og bedre tilgang til tjenester.

Organiseringen av helsetjenestene til maoriene må ses i sammenheng med betydelige helseforskjeller mellom maorier og øvrig befolkning. Myndighetene har derfor etablert egne strategier med konkrete mål for å redusere disse forskjellene. Helsevesenet er organisert med et nasjonalt nivå som gir overordnede føringer, og regionale enheter som har ansvar for gjennomføring. Samtlige regionale organer har et særskilt ansvar for å bedre maorienes helsetilstand og skal utarbeide egne planer for dette arbeidet.

Maoriene er representert i de regionale styringsorganene, og det er etablert egne ordninger for å sikre at tjenestene tilpasses språklige og kulturelle forhold. Dette omfatter blant annet særskilte anskaffelsesordninger

²⁵¹ [Indian Health Service - Organizational Structure | About IHS.](#)

²⁵² Sørsamisk helsenettverk (2025).

²⁵³ Samisk legeforening (2016).

der tilbydere må oppfylle kriterier for kulturtilpassing for å kunne levere tjenester som såkalte «Māori health providers». Det føres også systematisk statistikk over etnisitet, noe som gir myndighetene et godt grunnlag for målrettet styring og oppfølging.²⁵⁴

5.2.7 Canada

Canada har et særskilt og sammensatt system for helsetjenester rettet mot urfolk, som omfatter First Nations, Inuit og Métis. Urfolkshelsetjenestene inngår dels i det ordinære offentlige helsevesenet og dels i særskilte ordninger som er finansiert og administrert av føderale myndigheter og urfolksledede organisasjoner.²⁵⁵

Det føderale nivået kalles *Indigenous Services Canada* og finansierer og koordinerer helsetjenester for urfolk. Urfolksstyrte helseorganisasjoner leverer tjenester lokalt og regionalt. I British Columbia er *First Nations Health Authority (FNHA)* en slik regional organisasjon. FNHA er styrt av urfolk selv, med ansvar for planlegging, finansiering og levering av helsetjenester til First Nations-befolkningen. FNHA samarbeider med provinsielle og nasjonale myndigheter, og har eget budsjett og mandat. *Nunavut Department of Health* er et annet eksempel, det er et Inuit-majoritetsstyrt helsesystem.

I Canada deles altså ansvar og myndighet mellom statlige organer og urfolksledede institusjoner, og økt selvstyre har vært et sentralt mål i utviklingen av tjenestene og systemene.

Boks 5.4

Eksempel på hvordan helsetjenester til urfolk kan organiseres

Whitehorse General Hospital i Yukon har utviklet en modell for integrering av urfolksperspektiver i sykehusdrift gjennom sitt *First Nations Health Program (FNHP)*. Programmet er en del av sykehusets ordinære virksomhet og har som formål å sikre kulturelt trygge og tilpassede tjenester for urfolkspasienter. Pasienter blir ved innleggelse spurt om de ønsker å identifisere seg som urfolk, noe som gir tilgang til egne støttetjenester knyttet til programmet. Disse tjenestene bemannes av urfolksansatte som følger pasientene gjennom pasientforløpet, bistår i kommunikasjon med helsepersonell og gir støtte til pasienter og pårørende. De samarbeider også med nasjonale ordninger for dekning av reise og behandlingsutgifter (Non Insured Health Benefits). Sykehuset har egne kulturelle programmer som er organisatorisk knyttet til FNHP. Disse omfatter tilgang til tradisjonell medisin, tilrettelegging for seremonier og åndelig støtte samt bruk av egne «healing-rooms» utformet i tråd med urfolks verdier og symbolikk. Tradisjonell mat, som vilt og lokale råvarer, tilbys pasienter som en del av behandlingen, der dette er ønsket og medisinsk forsvarlig. På systemnivå er urfolks representasjon også ivaretatt gjennom styringsstrukturer. Yukon Hospital Corporation, som driver sykehuset, har representanter fra Yukon First Nations i styre og fagkomiteer. Dette bidrar til at urfolks perspektiver inngår i strategiske beslutninger, kvalitetsarbeid og videreutvikling av tjenestene. Samlet sett er organiseringen av helsetjenester for urfolk ved Whitehorse General Hospital kjennetegnet av institusjonalisert kulturell kompetanse, formelle støtteordninger og tett samarbeid med urfolks samfunn, integrert i sykehusets ordinære virksomhet.

Kilde: WGH First Nations Health Programs | Yukon Hospital Corporation

²⁵⁴ Samisk legeforening (2016).

²⁵⁵ [Indigenous Services Canada - Canada.ca](https://www.indigenous-services.ca)

5.2.8 Australia

Australia har utviklet et omfattende system av urfolksstyrte primærhelsetjenester, kjent som *Aboriginal Community Controlled Health Services (ACCHS)*. Det finnes over 140 slike helsesentre, som eies og drives av Aboriginal- og Torres Strait Islander-samfunnene selv, og som er samlet under paraplyorganisasjonen NACCHO (National Aboriginal Community Controlled Health Organisation).²⁵⁶

Tjenestene tilbyr et bredt spekter av primærhelsetjenester, inkludert forebygging, behandling, rehabilitering og helsefremmende arbeid. Modellen bygger på prinsippet om «community control», der lokale styrer med representasjon fra urfolk har ansvar for prioritering, organisering og utvikling av tjenestene. Dette skal bidra til at tilbudet er kulturelt tilpasset og bygger på befolkningens behov.²⁵⁷

De urfolksstyrte tjenestene inngår samtidig i det nasjonale helsevesenet og samarbeider med statlige sykehus og spesialisthelsetjenester. De fungerer som første kontaktpunkt for mange pasienter og har en sentral rolle i å koordinere pasientforløp og sikre tilgang til øvrige helsetjenester. Myndighetene har egne akkrediteringsstandarder som spesialisthelsetjenesten må oppfylle for at helsetjenestene skal tilfredsstillere kravet om kulturelt trygge helsetjenester for urfolk.²⁵⁸

I spesialisthelsetjenesten er det ingen egne, frittstående institusjoner i stor skala, men integrerte løsninger i den ordinære spesialisthelsetjenesten. Disse er enten liaison-tjenester inne i det ordinære sykehussystemet eller ambulerende team av spesialister som samarbeider med primærhelsetjenesten i spredtbygde områder. De aller fleste offentlige sykehus har egne Aboriginal (and Torres Strait Islander) Hospital Liaison Officers (AHLOs),

som fungerer som en kulturell lenke mellom helsepersonell og aboriginske/Torres Strait Islander-pasienter og deres familier, og bidrar til å bryte ned kommunikasjonsbarrierer. De besøker pasienter i akuttmottak, på sengeposter og ved spesialistpoliklinikk, og gir emosjonell, praktisk og kulturell støtte, og de har kontakt med sykehuspersonalet. Disse rollene er ofte forbeholdt personer som selv identifiserer eller er anerkjent som aboriginsk og/eller Torres Strait Islandere.

Ambulering drives etter Outreach-modellen der spesialister reiser ut til de aboriginske lokalsamfunnene for å sikre lik tilgang til medisinske tjenester uansett bosted. Spesialistene samarbeider tett med den lokale aboriginske primærhelsetjenesten (ACCHO) på stedet.

Kultursikkerhet («cultural safety») er et gjennomgående prinsipp, ikke bare et tillegg. Det praktiseres blant annet gjennom:

- aboriginske helsefagarbeidere i helsevesenet
- tolketjenester
- målt kultursikkerhet ved helsetjenesten
- registrering av urfolkstilhørighet ved innleggelse

Modellen er utviklet som svar på betydelige helseforskjeller mellom urfolk og øvrig befolkning, og har som mål å styrke tilgjengelighet, tillit og kvalitet i tjenestene.

5.2.9 Oppsummering av erfaringer fra andre land

Sverige og Finland, som også har landområder som er en del av Sápmi/Sábmme/Saepmie, ser ikke ut til å ha utviklet modeller for helsetjenester til samer som Norge kan dra nytte av.

Erfaringene fra Grønland viser hvordan helsetjenester til en spredt befolkning kan organiseres gjennom en tydelig differensiert tjenestestruktur, der omfang og kompetanse dimensjoneres etter befolkningsgrunnlag og geografiske forhold. Modellen kombinerer små, lokalt forankrede enheter med sterk bruk av telemedisin og tilknytning til regionale og

²⁵⁶ [Australian Institute of Health and Welfare \(2016\).](#)

²⁵⁷ [Aboriginal Community Controlled Health Organisations - NACCHO](#)

²⁵⁸ [National Safety and Quality Health Service Standards | Australian Commission on Safety and Quality in Health Care](#)

nasjonale fagmiljøer. Samtidig er transport, samhandling mellom nivåer og tverrfaglige samarbeidsstrukturer integrert i tjenestetilbudet. Dette illustrerer alternative måter å sikre tilgjengelige og sammenhengende tjenester på i områder med store avstander og begrenset befolkningsgrunnlag.

Modellene fra land som Canada, USA/ Alaska, New Zealand og Australia viser at det er praktisk mulig med urfolksstyrte helsetjenester, og at dette gir bedre tillit, tilpassing og kvalitet. Et felles trekk for disse landene er en betydelig urfolkspopulasjon, urfolksstyring/urfolksmedbestemmelse i styring, urfolksenheter med strategisk ansvar, egen finansiering og administrasjon, kulturell og språklig kompetanse og samarbeid med nasjonale myndigheter.

Modellene illustrerer samtidig ulike tilnærminger til selvstyre, medbestemmelse og organisering. Erfaringene fra Alaska viser betydningen av omfattende urfolkskontroll, der eierskap og styring er lagt til urfolk selv. New Zealand-modellen illustrerer hvordan medbestemmelse kan ivaretas gjennom egne styrings- og finansieringsstrukturer innenfor det nasjonale systemet. Her institusjonaliseres urfolksmedbestemmelse gjennom egne styrings- og finansieringsstrukturer uten at dette innebærer fullt driftsansvar. Erfaringene fra Canada viser hvordan statlig ansvar kan kombineres med urfolksstyrte organisasjoner og integrerte løsninger i ordinære helsetjenester, både på systemnivå og i konkrete tjenester. Modellen illustrerer særlig betydningen av institusjonalisert medbestemmelse, både gjennom egne organisasjoner med ansvar for planlegging og finansiering og gjennom integrerte løsninger i ordinære helseinstitusjoner. Spesielt sykehusprogrammene i First Nations Health Program (FNHP) er et interessant eksempel jf. boks 5.4. Det samme gjelder Australias liaisontjenester i det ordinære sykehussystemet og ambulerende spesialistteam.

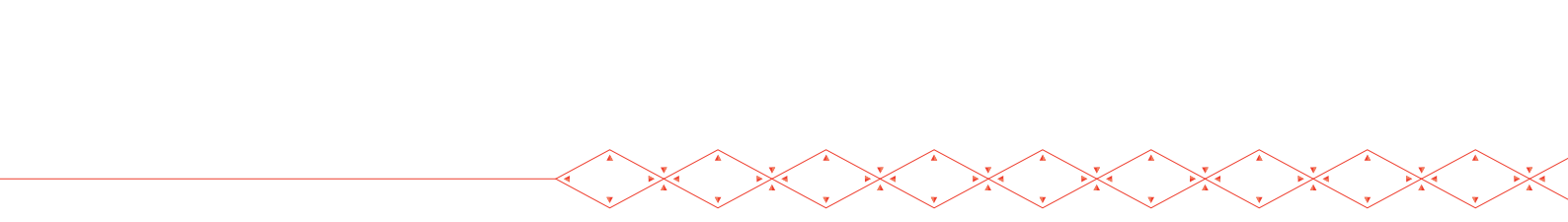
Overførbarheten kan muligens avhenge av faktorer som forekomst av generelle systemer for universelle velferdstjenester

eller private og forsikringsbaserte systemer, befolkningsstørrelse og bosettingsmønstre. Urfolkenes situasjon varierer også betydelig, blant annet når det gjelder helsesituasjon og behov for tjenester, grad av geografisk konsentrasjon og integrasjon med andre folk, språklig og kulturelt mangfold og institusjonell kapasitet.

Det er knyttet noen fundamentale utfordringer til å bygge gode spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen i Norge. Det handler blant annet om at samer bor spredt over hele landet, noen i majoritetsområder, men de fleste er i minoritet i sine områder. Det er ofte lange geografiske avstander og betydelige kulturelle og språklige forskjeller mellom de samiske områdene. Det er også begrenset kunnskapsgrunnlag og tilgang til data om samers helse.²⁵⁹ Noen av disse utfordringene finnes i stor grad også i andre land.

Internasjonale erfaringer gir ikke grunnlag for å anbefale én bestemt form for organisering av spesialisthelsetjenesten til samene i Norge. Men det finnes erfaringer og eksempler som bør være med i vurderingene når spesialisthelsetjenestene til samer i Norge skal styrkes. Dette gjelder særlig betydningen av formalisert urfolksinnflytelse, tilpassing til geografiske forhold, kulturell og språklig tilrettelegging, samarbeidsmodeller og tydelig ansvarsfordeling.

²⁵⁹ Samisk legeforening (2016), kap. 6, s. 24.



6 Organisering og tiltak

6.1 Innledning

I dette kapittelet vurderer utvalget hvordan staten, gjennom tiltak og endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenesten, i større grad kan sikre oppfyllelse av sine folkerettslige forpliktelser og bidra til et bedre helsetilbud for samiske pasienter både i samiske majoritetsområder og i resten av landet. Også Sámi klinihkka og SÁNAG/SANKS sine nasjonale funksjoner er med i vurderingen samt hvordan spesialisthelsetjenesten kan og bør samarbeide med kommunale helse- og omsorgstjenester.

6.2 Utvalget foreslår tre hovedtiltak

6.2.1 Utvalgets forslag til hovedtiltak

Utvalgets hovedanbefaling er at det etableres en nasjonal enhet for samisk helse, at det opprettes samiske helseteam, og at det innføres samiske program ved enkelte sykehus.

6.2.2 Nasjonal enhet for samisk helse

Utvalget mener at dagens Sámi klinihkka bør videreutvikles til en nasjonal samisk enhet innen spesialisthelsetjenesten med kliniske funksjoner og nasjonalt kompetanseansvar. Enheten bør ha egen ledelse og eget budsjett, et organ for styring av enheten med samisk

flertall, og gis et nasjonalt mandat knyttet til språk- og kulturkompetanse. I kapittel 6.3 nedenfor diskuteres organiseringen av den nasjonale enheten.

Utvalget legger til grunn at uansett hvilket alternativ som velges for organisering av den nasjonale enheten, bør det også opprettes samiske helseteam. Der pasientgrunnlaget tilsier det, bør det opprettes egne sykehusprogram for samiske pasienter. Formålet er å gi samiske pasienter over hele landet et mer likeverdig og kulturelt trygt tjenestetilbud ved å styrke tilgjengeligheten til samisk språk- og kulturkompetanse og bidra til bedre samhandling mellom tjenester og tjenestenivåene. I denne delen av kapittelet drøftes samiske helseteam og samiske sykehusprogram og hvordan disse skal virke sammen med den nasjonale enheten. Deretter drøftes andre tiltak som er nødvendige for å oppfylle formålet, samt de overordnede prinsippene som etter utvalgets syn må ligge til grunn for den samlede samiske spesialisthelsetjenesten. Dette er premisser som må ligge til grunn for en konstruktiv drøfting av hvordan en nasjonal samisk enhet innen spesialisthelsetjenesten bør organiseres.

6.2.3 Samiske helseteam

Utvalget foreslår at det opprettes samiske helseteam i flere områder enn i dag, og at det utvikles bedre retningslinjer for opprettelsen av og funksjonen til slike team.

Samiske helseteam kan bestå av ulike helse- og sosialfaglige profesjoner. De skal bidra til å styrke samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og legge til rette for erfaringsutveksling. Utvalget foreslår at slike helseteam bør inngå som en del av et faglig nettverk ledet av den nasjonale enheten.

Teamene kan bidra med rådgivning, veiledning, pasientstøtte, kompetanseutvikling og koordinering av tjenester. De kan bistå lokalt helsepersonell i krevende saker, gjøre samisk språk- og kulturkompetanse tilgjengelig i områder hvor slik kompetanse er begrenset, og bidra til mer sammenhengende pasientforløp. Teamenes sammensetning og arbeidsform bør tilpasses lokale behov, geografiske forhold og sammensetning av den samiske befolkningen.

Utvalget mener at de regionale helseforetakene skal ha ansvar for å koordinere etableringen av samiske helseteam i samarbeid med relevante helseforetak og kommuner i egen region og i samarbeid med den nasjonale enheten. Dette vil bidra til tydelig ansvars plassering i spesialisthelsetjenesten, samtidig som teamene forankres i lokale behov og eksisterende tjenestestrukturer. Teamene bør ta utgangspunkt i eksisterende tjenester og bestå av personell som i hovedsak er ansatt i ordinære virksomheter, men som gis avsatt tid til arbeid i teamene. På denne måten kan eksisterende samisk språk- og kulturkompetanse nyttiggjøres på tvers av kommune- og foretaksgrenser uten omfattende ny organisatorisk oppbygging, på samme måte som for eksempel FACT-team og lokalmedisinske sentre (LMS). De mest relevante kommunene og helseforetakene bør delta i teamene. Det anbefales at den nasjonale enheten bistår i utarbeidelse av standardiserte maler som kan benyttes av alle helseteam som kan forenkle etablering og drift av teamene.

Helseteammodellen kan flere steder utvides til lokale (kommunevise) møteplasser for urfolk der de kan stille spørsmål om helse. I tillegg kan teamene ha møteplasser på sykehus hvor urfolk kan stille spørsmål.

6.2.4 Samiske sykehusprogram

Utvalget vil også peke på muligheten for å utvikle egne program for samiske pasienter på enkelte sykehus, etter inspirasjon fra Canadas helsetjenester for urfolk, der Whitehorse General Hospital i Yukon trekkes spesielt fram (se kapittel 5.2). Utvalget mener det kan være hensiktsmessig med et slik særskilt tilbud ved sykehus der pasientgrunnetilslutning tilsier det. Et sykehusprogram innebærer ikke et eget medisinsk behandlingstilbud, men en organisert ordning som sikrer at samiske pasienter får tilgang til språk- og kulturstøtte, pasientveiledning og kulturelt tilrettelagte tjenester under sykehusoppholdet. Viktige elementer i et slikt program kan være at

- pasienter blir spurt om de ønsker å identifisere seg som urfolk ved innleggelse
- selvidentifisering gir tilgang til programmets språk-, kultur- og støttetjenester uten at dette påvirker medisinsk behandling eller prioritering
- programmet bemannes av ansatte med samisk språk- og kulturkompetanse og eventuelt helse- og sosialfaglig personell med særskilt ansvar for å følge opp samiske pasienter
- sykehuset har egne kulturelle ordninger knyttet til programmet som kan legge til rette for tradisjonell medisin, seremonier og åndelig støtte, bruk av rom utformet med utgangspunkt i urfolks verdier og symbolikk, samt tilbud om tradisjonell mat og lokale råvarer
- sykehusets styre og relevante faglige råd eller utvalg har urfolksrepresentasjon som kan bidra til å ivareta urfolks perspektiver i kvalitetsarbeid og tjenesteutvikling.

Programmet kan omfatte egne kontaktpersoner og pasientstøttefunksjoner som bistår samiske pasienter før, under og etter sykehusopphold. Ansatte med samisk språk- og kulturkompetanse kan følge pasienter gjennom behandlingsforløpet, bistå i kommunikasjonen mellom pasient, pårørende og helsepersonell, bidra til utskrivingsplanlegging og samhandling med hjemkommune, gi råd til ansatte og bidra til kompetanseutvikling i sykehuset. De som jobber i sykehusprogram, vil kunne være spesialisthelsetjenestens representanter i de lokale helseteamene.

Programmet kan også ha ansvar for å synliggjøre samisk språk og kultur i sykehusmiljøet og bidra til at tjenestene oppleves som kulturelt trygge og relevante. Ved innleggelse kan pasienter gis anledning til å opplyse om samisk språktilhørighet eller samisk bakgrunn dersom de ønsker dette. Dette kan gjøre det mulig å tilby språk- og kulturstøtte gjennom programmet. Slike ordninger må være frivillige og ivareta hensynet til personvern og pasientautonomi. I tillegg kan programmene samle samisk helsepersonell i det enkelte sykehus for å bidra til kompetanseheving i samisk kultur- og helsekompetanse, både i klinikk, undervisning og forskning.

6.2.5 Nasjonal enhet, helseteam og sykehusprogram som et felles nettverk

Den nasjonale enheten for samisk helse, uansett hvordan denne organiseres, bør fungere som et faglig knutepunkt for de samiske helseteamene og sykehusprogrammene. Enheten kan bidra med veiledning, kompetanseutvikling, forskning, fagutvikling og koordinering på tvers av regionene. Gjennom et nasjonalt nettverk av samiske helseteam, sykehusprogram og lokale kontaktpunkter kan det legges til rette for samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og for bedre utnyttelse av den samlede samiske helsekompetansen i landet.

Det legges til grunn at personell som arbeider i lokale helseforetak, sykehus og kommuner, som hovedregel bør være ansatt der, for å sikre klare ansvarsforhold, god ledelse og trygg drift, samtidig som det legges til rette for fleksible og delte stillinger på tvers av nivåer og funksjoner.

6.2.6 Utvalgets øvrige tiltak og grunnleggende utgangspunkter

6.2.6.1 Sørge-for-ansvaret

Utvalget mener at det overordnede ansvaret for diagnostikk og behandling av samiske pasienter i spesialisthelsetjenesten bør være forankret som for resten av befolkningen. Sørge-for-ansvaret bør etter utvalgets syn fortsatt ligge hos de regionale helseforetakene,

med ansvar for hvert sitt geografiske område, jf. kapittel 5.1.2.1. Utvalget legger til grunn at det verken er realistisk eller ønskelig å etablere en separat samisk spesialisthelsetjeneste som på selvstendig grunnlag kan ivareta et samlet sørge-for-ansvar for den samiske befolkningen. Samiske pasienter skal ha tilgang til tjenester på samme faglige nivå som den øvrige befolkningen, noe som forutsetter fortsatt tilgang til spesialisthelsetjenestens samlede kapasitet, infrastruktur og medisinske bredde. Sørge-for-ansvaret for den enkelte same må ligge i den regionen der hver enkelt bor eller oppholder seg. Det finnes per i dag ikke opplysninger i offentlige registre om hvem som er samer. Derfor er det ikke mulig å ha en egen spesialisthelsetjeneste med sørge-for-ansvar for samers spesialisthelsetjeneste. Det ville også vært en stor ulempe dersom de regionale helseforetakene sa fra seg ansvaret for den samiske delen av befolkningen fordi de ikke lenger hadde sørge-for-ansvaret. Utvalget mener sørge-for-ansvaret for den samiske befolkningen bør ligge der det ligger for resten av befolkningen, uavhengig av hvilke endringer som eventuelt kommer i framtiden, jf. Helsereformutvalgets utredningsarbeid og regjeringens og Stortingets oppfølging.

6.2.6.2 Økt samisk innflytelse i alle regionale helseforetak

Økt samisk medbestemmelse må etter utvalgets syn sikres gjennom samisk representasjon i alle RHF-styrene, og i de HF-styrene der dette er mest relevant. Det er riktignok slik at enkeltmedlemmene i styret ikke representerer en bestemt gruppe, interesse eller et geografisk område. Styrene er ikke et partssammensatt utvalg, men ett kollegium basert på den enkeltes individuelle kompetanse, der alle skal ivareta sørge-for-ansvaret for en samlet befolkning og stå for praktisk gjennomføring av vedtatt politikk. Likevel mener utvalget at økt samisk representasjon i styrene vil være av både stor praktisk og stor symbolsk betydning.

6.2.6.3 Økt samisk kompetanse i alle regionale helseforetak

Utvalget legger til grunn at samisk språk og kulturkompetanse skal styrkes i hele helsetjenesten, uavhengig av hvordan den

nasjonale enheten organiseres. Alle regionale helseforetak har ansvar for at kompetansen om samiske forhold er så høy som mulig og hensiktsmessig i eget område.

6.2.6.4 Rom for tradisjonell medisin

Utvalget understreker at samisk tradisjonell medisin, tradisjonelle metoder og aktiviteter må ha en plass i spesialisthelsetjenestetilbudet til samer. Utvalget vil særlig peke på verdien av kulturtilpassede tilnærminger, slik det blant annet praktiseres ved Sámi klinihkka, der tradisjonelle aktiviteter inngår som en del av et helhetlig behandlingstilbud. Utvalget understreker samtidig at det må skilles mellom tradisjonell medisin som et supplement til ordinær diagnostikk og behandling, og tradisjonell medisin som erstatning for dokumentert virksom helsehjelp. Tradisjonell medisin kan, der pasienten ønsker det og det vurderes som faglig forsvarlig, anerkjennes og i enkelte tilfeller integreres som et supplement til den ordinære behandlingen. Derimot kan den ikke erstatte evidensbasert diagnostikk og behandling som resten av befolkningen har tilgang til. Samiske pasienter skal ha likeverdige helsetjenester, noe som innebærer tilgang til de samme behandlingsmulighetene og samme medisinske kvalitet som andre pasienter. Innenfor denne rammen mener utvalget at det må være rom for å utvikle og anvende kulturtilpassede praksiser, herunder bruk av tradisjonelle aktiviteter, mer tid til relasjonsbygging og involvering av familie og nettverk, slik at tjenestene oppleves som relevante, trygge og kulturelt forankret. Det må finnes rom innenfor styringsmodellene for kulturtilpasset praksis, som for eksempel mer konsultasjonstid, for å bygge tillit eller for å inkludere storfamilien. Det bør være opp til de samiske fagmiljøene å definere, utvikle og veilede om bruken av slike tilnærminger.

6.2.6.5 Øremerkede midler

Øremerkede midler på statsbudsjettet og mer forutsigbar finansiering over tid er etter utvalgets syn avgjørende for en forsvarlig utvikling av spesialisthelsetjenester til samene i Norge. Utvalget legger til grunn at midler skal øremerkes samiske spesialisthelsetjenester for å sikre gjennomføring av samers rettigheter

etter nasjonal rett og folkeretten, og som en del av kompensasjons- og forsoningsprosessen. Budsjettet for samiske spesialisthelsetjenester bør vedtas som del av statsbudsjettet, etter forslag fra regjeringen, etter at Helse- og omsorgsdepartementet har gjennomført konsultasjoner med Sametinget i forbindelse med departementenes budsjettprosesser. En finansieringsmodell bør omfatte finansiering av all virksomhet ved den nasjonale enheten samt virksomhet i andre deler av landet gjennom samiske helseteam og oppfølging av samiske pasienter på sykehus. I tillegg bør de øremerkede midlene på statsbudsjettet til samiske spesialisthelsetjenester inkludere en egen pott til bemanningstiltak, jf. kapittel 7.

6.2.6.6 Økt bruk av digitalisering

Digitalisering og teknologi er sentrale virkemidler for å sikre tilgjengelige, kulturelt tilpasset og likeverdige spesialisthelsetjenester til samer i hele landet. Dette er særlig viktig for å sikre slike tjenester for samer som er bosatt utenfor områder som omfattes av samiske helseteam eller samiske sykehusprogram, og som rent geografisk har lang avstand til den nasjonale enheten. Digitalisering og bruk av teknologiske løsninger drøftes særskilt i kapittel 8.

6.2.6.7 Bedre pasientreiseordning

Utvalget mener at spesialisthelsetjenestene må bli mer tilgjengelige gjennom økt bruk av ambulante tjenester, mer desentraliserte spesialisthelsetjenester og bruk av digitale konsultasjoner, jf. kapittel 8. Dette er tiltak som kan redusere reisebehovet. For pasienter som fortsatt må reise, må pasientreiseordningen forbedres. Utvalget anbefaler en gjennomgang av pasientreiseordningen med særlig oppmerksomhet på samiske pasienters behov gjennom forbedret reisebistand, enklere bestillings- og refusjonsordninger, tilpasset informasjon og mulighet for pårørendedeltakelse.

6.2.6.8 Styrking for samer og ikke-samer

Tiltak og organisering av tjenester til samene må vurderes først og fremst i lys av konsekvensene for samene, jf. utvalgets mandat. Utvalget vil imidlertid påpeke at også konsekvensene for den ikke-samiske befolkningen inngår i vurderingene. Organiseringen av samiske

spesialisthelsetjenester vil, som tidligere, styrke det samlede tjenestetilbudet i områder der samiske og ordinære tilbud er integrert. Løsninger som styrker fagmiljø, pasientgrunnlag og stabilitet i helsetilbudet til samer, vil også komme den øvrige befolkningen til gode.

6.2.7 Overordnede prinsipper for tiltakene som helhet

Hovedgrepene, tiltakene og de grunnleggende utgangspunktene vurderes etter kriteriene i kapittel 4.

6.2.7.1 Samisk selvstyre og medbestemmelse

Utvalget legger til grunn at organiseringen av samiske spesialisthelsetjenester må sikre reell samisk innflytelse, i tråd med samenes rett til selvstyre over utforming, utvikling og prioritering av egne helsetjenester. Dette er et grunnleggende premiss for å oppfylle både nasjonale og folkerettslige forpliktelser, for å sikre legitimitet og tillit til tjenestene blant samene og for å nå målet om å bidra positivt i en forsoningsprosess etter mange år med fornorsking og urett. Økt samisk innflytelse over faglig utvikling, prioriteringer og tjenesteutforming er etter utvalgets syn avgjørende for å utvikle et tilbud som er relevant, treffsikkert og kulturelt tilpasset. Når myndighet på disse områdene utøves av et kollegialt organ/styre, vil retten til selvstyre innebære at organet må ha et flertall utpekt av samiske organer.

Dagens organisering innebærer begrenset formalisert og reell innflytelse. Det er ikke samisk representasjon i alle relevante regionale helseforetak eller helseforetak. Det finnes heller ikke egne ordninger som gir direkte samisk innflytelse over Sámi klinihkka, utover indirekte påvirkning gjennom overordnede styrer. Sametingets rolle er i hovedsak rådgivende overfor Helse- og omsorgsdepartementet og de to regionale helseforetakene som Sametinget har samarbeidsavtaler med. Innflytelsen på organisering og ressursprioritering framstår som begrenset. Sámi klinihkka er en integrert klinikk i Finnmarkssykehuset HF, uten egne øremerkede midler. Dette medfører en risiko for nedprioritering av samiske tjenester i konkurranse med andre oppgaver, bidrar til

opplevd sårbarhet og kan svekke tilliten til tjenestene. Det reiser også spørsmål om dagens tjenester og organisering i tilstrekkelig grad kan oppfattes som legitime sett i lys av krav til urfolks selvstyre og medbestemmelse.

Utvalget vil peke på at en rekke av utvalgets hovedgrep og tiltak vil være helt avgjørende for å sikre økt samisk selvstyre og medbestemmelse.

Utvalget foreslår at samisk innflytelse på overordnet nivå sikres ved at Sametinget - i samråd med den nasjonale enheten - konsulterer med departementet om størrelsen og innretningen på den øremerkede bevilgningen til samiske spesialisthelseformål i statsbudsjettet. De regionale helseforetakene må være involvert i prosessen da de sitter med sørge-for-ansvaret. Øremerkede midler over statsbudsjettet til samiske helsetjenester vil sikre forutsigbart driftsgrunnlag og dermed stabilitet for samiske helsetjenester. Samtidig vil det redusere risikoen for nedprioritering av samiske tjenester i konkurranse med andre oppgaver og behov. Statlig øremerkede midler og tydelig nasjonal prioritering reduserer konkurransen med lokale og regionale prioriteringer og gir et større handlingsrom for å ivareta samiske hensyn og samisk selvstyre, også på lang sikt.

I tillegg vil utvalgets forslag om økt samisk representasjon i styrene i de regionale helseforetakene og i relevante helseforetak, samt et tettere og mer forpliktende samarbeid med Sametinget, bidra til økt samisk medbestemmelse.

Samtidig vil utvalgets klare anbefaling om at det overordnede sørge-for-ansvaret fortsatt skal ligge hos de regionale helseforetakene, samt finansieringen over statsbudsjettet som vedtas av Stortinget, innebære at samisk selvstyre fortsatt utøves innen rammene av oppdrag og styring fra staten. Den samiske innflytelsen på overordnet nivå forutsettes ivarettatt ved konsultasjonsordningen.

Samlet vurderer utvalget at øremerkede midler, økt samisk representasjon i styrende organer, sterkere samarbeid med Sametinget og etablering av en nasjonal samisk struktur

vil gi et vesentlig sterkere grunnlag for samisk selvstyre og medbestemmelse enn i dag. Samtidig vil samisk innflytelse fortsatt måtte utøves innenfor rammene av statlig finansiering og de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Utvalget legger derfor til grunn at reell innflytelse forutsetter at de formelle strukturene følges opp med tydelig ansvar, kapasitet og et forpliktende samarbeid mellom samiske organer, helseforetakene og staten.

6.2.7.2 Tilgjengelighet og nasjonalt tilbud

Utvalget har også lagt til grunn at spesialisthelsetjenestene til samer må være reelt tilgjengelige og likeverdige. Dette innebærer ikke bare formell tilgang, men at tjenestene er organisert slik at samiske pasienter i praksis har like muligheter som den øvrige befolkningen til å motta helsehjelp av god kvalitet, uavhengig av geografisk tilknytning og språkbakgrunn.

Det ser ut til at det i dag er for lite helhetlig nasjonal organisering og tydelig styring, noe som gir store variasjoner i tilgjengelighet og kvalitet på samisk kompetanse i tjenestene. Det er store mangler når det gjelder språklig, kulturell og geografisk tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Samiske pasienter utenfor Finnmark har begrenset tilgang til tjenester med samisk kompetanse. Begrenset kapasitet, lav kjennskap til tilbudet og manglende nasjonale strukturer bidrar til at tjenestene i praksis ikke fungerer som et fullverdig nasjonalt tilbud.

Utvalgets tre hovedgrep skal bidra til økt tilgjengelighet og et bedre tilbud til samer i hele landet. For kompetanseoppgavene styrkes den nasjonale funksjonen gjennom etableringen av en nasjonal enhet for samisk helse med utvidet ansvar for kompetanseutvikling. Ved at enheten gis nasjonale kompetanseoppgaver innen både somatikk og psykisk helse, etableres en tydeligere nasjonal faglig struktur, med bedre forutsetninger for koordinering, kompetansespredning og fagutvikling. Dette vil bidra til et mer samlet og synlig tilbud enn i dag. En enhet med klart definert ansvar for rådgivning, koordinering og kompetansedeling kan bidra til økt tilgjengelighet, blant annet

gjennom bruk av digitale tjenester, ambulante tilbud og nettverksbaserte samarbeidsformer.

Etablering av samiske helseteam og samiske sykehusprogram i regioner der samer bor, er sentrale virkemidler for å styrke tilgjengeligheten til pasientbehandling med nødvendig kompetanse. Samiske helseteam og samiske sykehusprogram vil bidra til at samisk språk- og kulturkompetanse blir tilgjengelig nærmere der pasientene bor, og styrke sammenhengen i pasientforløpene. I tett samarbeid med den nasjonale enheten, samiske helseteam og samiske sykehusprogram må det legges til rette for utstrakt bruk av digitale tjenester og ambulerende, jf. anbefalingene i kapittel 8. Teamene og sykehusprogrammene kan også bidra til økt kjennskap til samiske tjenester og personell med samisk kompetanse, og sikre bedre sammenheng i pasientforløp. I samspill med en nasjonal enhet kan dette redusere geografiske forskjeller og gjøre tilbudet mer likeverdig.

Utvalget har som utgangspunkt at alle regionale helseforetak skal styrke kompetansen og kvaliteten på tjenestene i sitt område. Den samiske enheten må ha en tydelig rolle i rådgivning, samordning og kompetansedeling overfor helsepersonell i hele landet for å sikre samiske pasienter bedre tilgang til kulturtilpassede tjenester.

Videre må forbedringer i pasientreiseordningen gjennomføres for å sikre at spesialisthelsetjenesten blir mer tilgjengelig for pasienter og pårørende som er nødt til å reise.

I tillegg vil utvalget understreke at en endring i henvisningsrutinene er avgjørende for å sikre flere samer tilgang til tjenestene ved Sámi klinihkka. Den samiske enhetens kliniske virksomhet må i hovedsak være rettet mot befolkningen i Finnmark, men det må legges godt til rette for direkte henvisninger fra øvrige deler av landet.

6.2.7.3 Kvalitet, kompetanse og faglig robusthet, samordning og integrasjon

Et sentralt hensyn er at spesialisthelsetjenestene til samer i Norge skal holde høy kvalitet. Etter utvalgets syn forutsetter dette en

kombinasjon av solid medisinsk-faglig standard, tilstrekkelig kapasitet og sterk samisk språk- og kulturkompetanse.

Kvalitet i samiske helsetjenester forutsetter at tjenestene utvikles og utøves med utgangspunkt i samiske behov og perspektiver, slik at de oppleves som kulturelt trygge, legitime og faglig forsvarlige. Samisk innflytelse over fagutvikling, prioriteringer og kunnskapsgrunnlag er en viktig del av dette. Likeledes er det etter utvalgets syn avgjørende at det gis rom for tradisjonell medisin, tradisjonelle metoder og tradisjonelle aktiviteter i spesialisthelsetjenestetilbudet til samer, jf. kapittel 6.2.6.4.

Spesialisthelsetjenestetilbudet til samer i Norge i dag framstår som fragmentert og til dels personavhengig, og samiske pasienter utenfor Finnmark har begrenset tilgang til samisktilpassede tjenester. Dette svekker både kvaliteten og likeverdigheten i tilbudet.

Utvalget mener at etableringen av en nasjonal enhet med et styrket nasjonalt ansvar for å utvikle og spre kompetanse vil kunne bidra til bedre systematikk i arbeidet med samisk språk- og kulturkompetanse og gi bedre forutsetninger for å utvikle gode fagmiljøer. Etablering av samiske helseteam og samiske sykehusprogram i flere regioner vil også være et sentralt virkemiddel for å styrke kompetansen nær pasientene og redusere geografiske forskjeller. I tillegg vil ny teknologi og digitalisering kunne bidra til styrket kompetanse om samisk kultur og samiske helseforhold, jf. kapittel 8.

Videre vil kvaliteten styrkes ved at alle regionale helseforetak bygger opp kompetanse om samiske pasienter og samisk språk og kultur. Den samiske enheten må ha en tydelig rolle i rådgivning, samordning og kompetansedeling overfor helsepersonell i hele landet for å bidra til av mer kulturtilpassede tjenester.

6.2.7.4 Gjennomførbarhet og kompleksitet, økonomi og ressursbruk

Utvalget legger til grunn at samisk språk- og kulturkompetanse er en begrenset ressurs. Et sentralt spørsmål er derfor hvordan denne kompetansen kan organiseres og brukes slik

at den kommer flest mulig pasienter til gode, samtidig som tjenestene har tilstrekkelig faglig og administrativ kapasitet over tid. Utvalget vurderer at etableringen av en nasjonal enhet for samisk helse, samiske helseteam og samiske sykehusprogrammer samlet sett gir en mer gjennomførbar modell enn å bygge opp parallelle samiske fagmiljøer i alle regioner. Modellen legger til rette for at begrenset samisk språk- og kulturkompetanse kan samles, utvikles og deles mellom ulike deler av tjenesten, på en måte som sikrer større grad av forankring i faste strukturer og mindre grad av personavhengighet. Samtidig innebærer modellen økt organisatorisk kompleksitet sammenlignet med i dag, ved at flere virksomheter og nivåer må samarbeide tettere.

Utvalget peker på at utviklingen innen digitalisering, teknologi og samhandling kan bidra til å styrke gjennomførbarheten av forslagene. Digitale konsultasjoner, digital hjemmeoppfølging, språk- og tolketjenester, digitale fagnettverk og andre teknologiske løsninger kan gjøre det mulig å dele begrenset samisk språk- og kulturkompetanse på tvers av geografiske og organisatoriske grenser. Dette kan redusere sårbarheten i små fagmiljøer og bidra til at tilgjengelig kompetanse kommer flere pasienter til gode, uten at tilsvarende kompetanse må bygges opp ved alle sykehus og i alle regioner. Teknologiske løsninger kan dermed bidra til bedre ressursutnyttelse og gjøre det lettere å realisere målet om et nasjonalt, likeverdig og tilgjengelig tilbud. Utvalget viser til vurderingene og anbefalingene i kapittel 8 om digitalisering, teknologi, infrastruktur og samhandling.

Utvalget mener at det er en nødvendig forutsetning at sørge-for-ansvaret fortsatt ligger hos de regionale helseforetakene. Utvalget vurderer at denne løsningen er mer gjennomførbar enn å etablere et eget samisk sørge-for-ansvar. Forslaget om å styrke samisk språk- og kulturkompetanse i alle regionale helseforetak vil kreve langsiktig kompetansebygging og systematisk rekrutteringsarbeid. Dette vil være krevende på kort sikt, men vurderes som nødvendig for å redusere sårbarheten knyttet til små fagmiljøer

og for å sikre at samiske pasienter får tilgang til kompetanse også utenfor de tradisjonelle samiske områdene. Økt samisk representasjon i styrer i regionale helseforetak og relevante helseforetak vurderes å ha begrensede økonomiske og administrative konsekvenser. Forslaget framstår som relativt enkelt å gjennomføre, samtidig som det kan bidra til bedre forankring av samiske perspektiver i prioriteringer og beslutningsprosesser.

Utvalget vurderer videre at øremerkede midler er en viktig forutsetning for å kunne gjennomføre forslagene. Øremerking kan redusere risikoen for at samiske satsinger nedprioriteres i konkurranse med andre oppgaver, og bidra til mer forutsigbar planlegging og oppbygging av kompetanse over tid. Samtidig vil øremerking innebære mindre lokal fleksibilitet i ressursbruken.

Samlet vurderer utvalget at flere av utvalgets forslag innebærer økt organisatorisk kompleksitet sammenlignet med dagens situasjon, men at denne kompleksiteten er nødvendig for å bygge opp et mer helhetlig og nasjonalt system for samiske spesialisthelsetjenester. Forslagene legger etter utvalgets syn til rette for bedre utnyttelse av begrenset samisk språk- og kulturkompetanse, sterkere fagmiljøer og mer bærekraftige tjenester over tid. Kombinert med økt bruk av digitale løsninger og nasjonal samhandling vurderes tiltakene å gi et mer robust og gjennomførbart grunnlag for utviklingen av samiske spesialisthelsetjenester i hele landet.

6.3 Organisering av den nasjonale enheten

6.3.1 Innledning

Utvalget mener det bør etableres en nasjonal samisk enhet innen spesialisthelsetjenesten. I praksis innebærer dette en videreutvikling av dagens Sámi klinihkka. Utvalget har vurdert flere alternativer for organisering av den nye nasjonale enheten: nullalternativet som innebærer videreføring av dagens organisering, samt følgende alternativer:

Alternativ 1: Nasjonal enhet for samisk helse
– videreføring og styrking av dagens struktur

Alternativ 2: Nasjonal enhet for samisk helse
– organisert som et eget samisk datterselskap under Finnmarkssykehuset HF

Alternativ 3: Nasjonal enhet for samisk helse
– organisert som et eget samisk helseforetak

Alternativ 4: Nasjonal enhet for samisk helse – organisert som en ny offentlig organisasjon/særskilt rettssubjekt utenfor helseforetakssystemet

Først kommer en kort oversikt over organiseringsmodeller som er foreslått tidligere, og deretter beskrives ulike organiseringsformer som er med i utvalgets vurderinger. Videre presenteres forslag til organisering av den nye enheten. Først beskrives noen fellestrekk som utvalget legger til grunn for alle alternativene, før fire alternative organisasjonsformer beskrives. Deretter følger utvalgets vurderinger av i hvilken grad utvalgets forslag bidrar til å oppfylle statens folkerettslige forpliktelser og til et bedre helsetilbud til samiske pasienter, både i samiske majoritetsområder og ellers i landet, vurdert opp mot kriteriene i kapittel 4. Til slutt beskrives faktorene som utvalget mener er avgjørende for vellykket gjennomføring og implementering av tiltakene og den foreslåtte organiseringen.

6.3.2 Tidligere foreslått organisering

I Helse Nord RHF's rapport fra 2020 ble fire forslag til modell for overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester beskrevet. Det er de samme modellene som Sykehusutvalget pekte på i sin utredning.²⁶⁰

Den første er en nullmodell, som innebærer en videreutvikling av dagens organisering med Sámi klinihkka som en integrert klinikk i Finnmarkssykehuset. I denne modellen dekkes samiske pasienters behov i hovedsak innenfor det ordinære tjenestetilbudet, mens Sámi

²⁶⁰ Helse Nord RHF (2020); NOU 2023: 8.

klinihkka har et særskilt ansvar for samisk språk- og kulturkompetanse, et selvstendig budsjettansvar og nasjonale og internasjonale samarbeidsavtaler, herunder status som nasjonal samisk kompetansetjeneste innen psykisk helse, rus og avhengighet.

Den andre modellen innebærer at Sámi klinihkka organiseres som et eget helseforetak direkte under Helse Nord RHF, med eget styre, administrerende direktør og budsjett, og med ansvar for kliniske tjenester, tolketjeneste, forskning, kompetansespredning og støtte til øvrige helseforetak og kommuner.

Den tredje modellen er et felleseid helseforetak, Helse Sápmi HF, eid av de fire regionale helseforetakene i fellesskap. Denne modellen innebærer et nasjonalt ansvar for å bidra til likeverdige og kulturelt tilpassede spesialisthelsetjenester gjennom drift av eksisterende virksomhet, kompetansespredning, ressursdeling, direkte behandlingstjenester og rådgivning overfor kommuner, helseforvaltning og andre offentlige aktører.

Den fjerde modellen er et statsforetak, Helse Sápmi SF, direkte underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Denne modellen bygger i hovedsak på de samme funksjonene som modell 3, men med den forskjell at foretaket legges direkte under departementet, der hensikten er at foretaket gis et bredere ansvar, også overfor kommunehelsetjenesten.

Utvalget har hatt disse modellene som utgangspunkt for arbeidet. I løpet av utvalgsarbeidet er fire delvis overlappende og delvis avvikende alternativer blitt utviklet. Det er disse fire nye alternativene som vurderes av dette utvalget, i tillegg til vurdering av nullalternativet, se kapittel 6.3.4.

6.3.3 Mulige former for organisering

6.3.3.1 Innledning

Utvalget har vurdert en rekke alternativer med ulike elementer, funksjoner og organisasjonsformer. I det følgende gjøres det kort rede for relevant innhold i begrepene

helseforetak, stiftelse og ideelt aksjeselskap, særlovregulert organ, samt nasjonale sentre innen spesialisthelsetjenesten.

6.3.3.2 Helseforetak

Flere av utvalgets alternativer inneholder ulike varianter av helseforetaksorganisering, jf. beskrivelsen av helseforetak i kapittel 5.1.3.

Helseforetaksformen gir en organisatorisk ramme for å drive omfattende spesialisthelsetjenester med høy grad av kompleksitet. Modellen legger til rette for å samle personell, kompetanse, infrastruktur og støttefunksjoner i større organisatoriske enheter som kan håndtere et bredt spekter av oppgaver og samtidig ivareta krav til kvalitet, pasientsikkerhet og beredskap.

Helseforetaksorganisering kan også understøtte arbeidsdeling mellom virksomheter. Oppgaver kan fordeles mellom enheter for å sikre tilstrekkelig pasientgrunnlag, kompetanse og kvalitet, samtidig som tjenester organiseres med sikte på å være tilgjengelige for befolkningen. Dette innebærer en løpende avveining mellom behovet for spesialisering og behovet for geografisk nærhet til tjenestene. For behandlingstilbud som krever høy grad av spesialisering eller et stort pasientgrunnlag, kan helseforetaksmodellen gi grunnlag for regional eller nasjonal samling av funksjoner. Mer vanlige tjenester kan samtidig organiseres nærmere pasientenes bosted. Helseforetaksorganisering forutsetter derfor etablerte samarbeidsstrukturer, transportløsninger og systemer som understøtter pasientforløp på tvers av organisatoriske og geografiske grenser.

For små pasientgrupper kan helseforetaksorganisering gi mulighet til å bygge spesialiserte tilbud inn i større fagmiljøer og støtte dem med eksisterende ordninger for ledelse, kompetanseutvikling, forskning, utdanning, beredskap og administrative støttefunksjoner.

6.3.3.3 Stiftelse og ideelt aksjeselskap

Utvalget har også drøftet organisering utenfor helseforetaksstrukturen som en mulig organiseringsform. Dette kan blant annet skje

gjennom opprettelse av en stiftelse og/eller gjennom et ideelt aksjeselskap.

En stiftelse er en selveiende juridisk enhet uten eiere, aksjonærer eller medlemmer. Stiftelsen opprettes ved at en formuesverdi stilles til rådighet for et bestemt formål. Når stiftelsen er opprettet, er formuen endelig overført til stiftelsen og kan ikke tilbakeføres til oppretteren. Stiftelsen forvalter dermed egne midler til fordel for sitt formål og kan ikke ha eiere som tar ut overskudd eller disponerer stiftelsens verdier.

Stiftelser reguleres av stiftelsesloven, som stiller krav til formål, kapital, organisering, styre, tilsyn og rapportering. En stiftelse ledes av et styre, som har det øverste ansvaret for at stiftelsen drives i samsvar med formålet og lovgivningen. Styret er ikke ansvarlig overfor eiere, men overfor stiftelsens formål. Det innebærer at styringen er mer formålsstyrt enn interesse- eller eierstyrt. Stiftelser står under tilsyn av Stiftelsestilsynet, som fører kontroll med at stiftelser forvaltes forsvarlig og i tråd med loven. Stiftelser må føre regnskap, ha revisor og rapportere årlig. En stiftelse må ha en grunnkapital som er tilstrekkelig til å oppfylle formålet. Kapitalen kan ikke tas ut av stiftelsen eller deles ut til oppretter eller andre. Midlene skal forvaltes slik at formålet kan realiseres over tid. Dette innebærer krav til forsvarlig økonomistyring og langsiktig kapitalforvaltning.

Et ideelt aksjeselskap er et selskap organisert etter aksjeloven hvor vedtektene fastsetter at selskapet skal ivareta et ideelt eller samfunnsnyttig formål. Aksjeloven åpner for at selskapets vedtekter kan fastsette at overskudd ikke skal deles ut til eierne, men benyttes til å realisere selskapets formål. Selskapet er en egen juridisk person, og kan eies av én eller flere eiere, for eksempel staten, Sametinget eller andre offentlige eller ideelle aktører.²⁶¹ Et ideelt aksjeselskap har et styre som står ansvarlig overfor eierne gjennom generalforsamlingen. Eierne utøver sin myndighet gjennom valg av styre, vedtektsendringer og behandling av sentrale saker i generalforsamlingen. Selskapet

er underlagt aksjeloven og ordinære krav til regnskap, revisjon og selskapsstyring. Som eget rettssubjekt kan selskapet inngå avtaler, ansette personell og forvalte egne midler.

Både stiftelser og ideelle aksjeselskaper kan brukes til å organisere virksomheter som tilbyr tjenester som inngår i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Flere ideelle sykehus har slike organisatoriske løsninger. Eksempler er Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus. Disse sykehusene inngår i den offentlige spesialisthelsetjenesten gjennom langsiktige avtaler med regionale helseforetak, men er ikke organisert som helseforetak etter helseforetaksloven. Flere av dem er eid av stiftelser, mens sykehusdriften skjer i egne selskaper.²⁶²

6.3.3.4 Særlovregulert organ

Utvalget peker også på særlovorgan som en av flere muligheter for organiseringsform.

Et særlovorgan er en virksomhet som etableres og reguleres gjennom en egen lov vedtatt av Stortinget. Loven fastsetter virksomhetens formål, oppgaver, organisering, styring, finansiering og rapporteringsordninger. Særlovorganer er egne rettssubjekter med den organisasjonsformen som følger av den aktuelle loven. Et eksempel er Finnmarkseiendommen (FeFo), som er opprettet gjennom Finnmarksloven. Loven regulerer virksomhetens oppgaver, styresammensetning, oppnevningsordninger og kontrollmekanismer.²⁶³ Et særlovorgan ledes normalt av et styre. Hvordan styret oppnevnes, hvilke myndigheter som skal ha representasjon og hvilke rapporterings- og kontrollordninger som skal gjelde, fastsettes i den særskilte loven.

6.3.3.5 Nasjonale sentre i spesialisthelsetjenesten

Utvalget peker i forslag til organisering av den nasjonale enheten også på funksjonene

²⁶¹ [Altinn - Aksjeselskap \(AS\)](#)

²⁶² [Sykehus - Stiftelsen Diakonova Haraldsplass; Sykehusets strategi 2021–2027 - Diakonhjemmet sykehus](#)

²⁶³ [FeFo virksomhet og organisering - Bærekraftig og livskraftig Finnmark; Finnmarkseiendommen – Store norske leksikon](#)

og ansvaret som de nasjonale sentrene i spesialisthelsetjenesten har, jf. kapittel 6.3.4.1.

Et nasjonalt senter er et offentlig kompetansemiljø med et nasjonalt ansvar innenfor et definert fagområde. Senteret har en helhetlig tilnærming til feltet og skal samle, utvikle, systematisere, tilgjengeliggjøre og implementere kunnskap og kompetanse gjennom forskning, fagutvikling, undervisning, veiledning og formidling. Målgruppene er ansatte, studenter og forskere på alle nivåer i helsetjenesten, samt beslutningstakere, nasjonale helsemyndigheter, pasienter, brukere, pårørende og befolkningen for øvrig.

Nasjonale sentre bygger på dagens ordning for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.²⁶⁴ Nasjonalt senter er én organisasjonsform innenfor de nasjonale tjenestene i spesialisthelsetjenesten.²⁶⁵ Nasjonale sentre er gjerne videreføringer av tidligere nasjonale kompetansetjenester. SANKS er i dag organisert som en nasjonal kompetansetjeneste. En nasjonal enhet med utvidet mandat og klarere nasjonal styring vil kunne ses som en videreutvikling av dagens organisering, med mål om å styrke den nasjonale koordineringen, kompetanseoppbyggingen og kunnskapsutviklingen på fagområdet.²⁶⁶

Den nasjonale senterfunksjonen skal bidra til nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innen det enkelte

fagområdet, og støtte hele helse- og omsorgstjenesten gjennom forskning, kunnskapsutvikling, metodeutvikling og veiledning. Formålet er å styrke kvaliteten og likeverdigheten i tjenestene gjennom utvikling og formidling av kunnskapsbasert praksis.

Det er etablert et styringssystem for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten som skal sikre nasjonal prioritering, rasjonell ressursutnyttelse og likeverdig tilgang til kompetanse og høyspesialisert behandling. Rollefordelingen i systemet er som følger:

- Helse- og omsorgsdepartementet gir overordnede føringer og beslutter oppretting, endring og avvikling av nasjonale tjenester etter søknad fra de regionale helseforetakene
- De regionale helseforetakene har ansvar for drift og oppfølging av de nasjonale tjenestene, og skal sikre at krav og målsettinger oppfylles.²⁶⁷ De regionale helseforetakene har etablert egne servicemiljøer som skal gi råd og veiledning i forbindelse med søknad, etablering og drift av nasjonale tjenester.
- Helsedirektoratet er faglig rådgiver for departementet og vurderer søknader om etablering, endring og avvikling av nasjonale tjenester.

De nasjonale sentrene gis et nasjonalt oppdrag fra departementet og finansieres gjennom øremerkede midler.

De nasjonale sentrene er som regel forankret i eksisterende kliniske fagmiljøer. Selv om hovedoppgaven er kompetanseutvikling, forskning, fagutvikling og kompetansespredning, bygger virksomheten ofte på erfaringer fra klinisk praksis og pasientbehandling. Den kliniske forankringen bidrar til at kunnskapsutvikling, faglige anbefalinger og kompetansetiltak tar utgangspunkt i erfaringer fra diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter innen fagområdet.

²⁶⁴ Jf. [Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus - Lovdata](#)

²⁶⁵ Jf. [rutiner-for-etablering-av-nasjonale-sentre.pdf; nasjonale-sentre---mandat-for-referansegruppe.pdf](#). Nasjonale og flerregionale *behandlingstjenester* er et tilbud om utredning og behandling av i hovedsak en liten gruppe pasienter som har behov for høyspesialisert kompetanse eller bruk av spesialisert medisinsk utstyr. Nasjonale *kompetansetjenester*, som SANKS er i dag, skal innenfor en fastsatt tidshorisont sikre nasjonal kompetanseoppbygging og kompetansespredning innenfor sitt spesifiserte fagområde til en definert målgruppe i helsetjenesten. En nasjonal kompetansetjeneste kan enten ha funksjonen «opplæring» med en virketid på 5 år eller funksjonen «kompetanseoppbygging» med en virketid på 10 år. Nasjonale kompetansetjenester som har oppfylt sitt formål skal avvikles som kompetansetjenester. Da er det en mulighet å omformes til et *Nasjonalt senter*, jf. [veileder-nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten-desember-2023-endelig.pdf](#)

²⁶⁶ [Forside - De regionale helseforetakenes servicemiljø for nasjonale tjenester, nettverk og sentre, mandat-referansegrupper-nasjonale-tjenester-og-nasjonale-sentre-2025.pdf; nasjonale-sentremandat-for-referansegruppe.pdf](#).

²⁶⁷ Forskrift om godkjenning av sykehus m.m., kapittel 4.

6.3.4 Utvalgets forslag til organisering av den nasjonale enheten

6.3.4.1 Fellestrekk for enheten uavhengig av organisasjonsform

Uansett hvilken organisasjonsform den nye enheten får, er det avgjørende at noen felles trekk ligger til grunn ved etableringen av den nasjonale enheten for samisk helse.

6.3.4.1.1 Nasjonal enhet for samisk helse med eget organ for styring

Utvalget er enige om at dagens dagens Sámi klinihkka bør videreutvikles til en nasjonal samisk enhet innen spesialisthelsetjenesten med både kliniske funksjoner og nasjonalt kompetanseansvar, organisert med et organ for styring av enheten med samisk flertall, med egen ledelse, med kontroll over eget budsjett, og med et nasjonalt mandat knyttet til språk- og kulturkompetanse. Den nye enheten bør, uavhengig av organisering, få et nytt navn for å vise at det er en ny enhet, ikke bare er en videreføring av Sámi klinihkka. Det samiske folket bør få muligheten til å navngi denne enheten.

6.3.4.1.2 Nasjonal kompetansefunksjon

Utvalget mener at den nasjonale enheten uansett hvordan den organiseres må ha sin særlige kompetansefunksjon knyttet til utvikling og spredning av samisk språk- og kulturkompetanse inn i spesialisthelsetjenesten, og enheten må ha en funksjon både innenfor somatikk og psykisk helse/rus.

Utvalget mener at denne enheten bør få funksjonene og ansvaret som de nasjonale sentrene i spesialisthelsetjenesten har. Enheten skal fungere som et nasjonalt faglig og organisatorisk knutepunkt for samiske spesialisthelsetjenester, med ansvar for kompetanseoppbygging, kompetansespredning og fagutvikling, og med oppgaver knyttet til:

- forskning, utvikling og utdanning av helsepersonell
- språkutvikling, tolking og oversetting
- opplæring av pasienter og pårørende (LMS)
- støtte til samiske helseteam og sykehusprogram i hele landet

Dette er utvidede nasjonale funksjoner sammenlignet med SANKS' oppgaver i dag. SANKS' nasjonale kompetansefunksjon utvides til også å gjelde samisk kompetanse i somatisk pasientbehandling – SANKS går fra å være en nasjonal kompetansetjeneste til et nasjonalt senter. Enhetens spesialistkompetanse vil være diagnostikk, behandling og oppfølging av samiske pasienter både innenfor somatikk og psykisk helsevern, herunder rus- og avhengighetsbehandling. Enhetens oppgave blir å arbeide for at pasienter med samisk bakgrunn møter helsepersonell med samisk språk- og kulturforståelse. Enheten får utvidede nasjonale funksjoner knyttet til rådgivning, samordning og kompetansedeling med annet helsepersonell i hele landet, både personell tilknyttet helseteamene og sykehusprogrammene og øvrig helsepersonell, altså et særskilt nasjonalt fagansvar.

De nasjonale sentrene som har denne særlige kompetansefunksjonen, er som regel tett koblet til eksisterende kliniske fagmiljøer, selv om hovedoppgaven er kompetanseutvikling, forskning, fagutvikling og kompetansespredning. For samisk helse er koblingen mellom klinisk virksomhet og nasjonale kompetansefunksjoner særlig viktig. Erfaringer fra pasientbehandling kan bidra til å identifisere kunnskapsbehov, utvikle faglige anbefalinger og styrke kompetansespredningen til øvrige deler av helse- og omsorgstjenesten. Samtidig kan forskning, metodeutvikling og kompetansearbeid understøtte kvaliteten i den kliniske virksomheten. Sámi klinihkka/SANAG/SANKS er i dag en nasjonal kompetansetjeneste. Med en videreutvikling kan den nye enheten bli en bredere og sterkere nasjonal enhet for samisk helse med utvidet og tydeligere nasjonalt mandat.

6.3.4.1.3 Pasientbehandling

Det legges til grunn at når Sámi klinihkka videreutvikles til en ny nasjonal enhet for samisk helse, skal enheten fortsette å ha tilbud primært til samiske pasienter i hele landet og pasienter (både samer og ikke-samer) fra de fem kommunene i samisk språkområde (Kautokeino, Porsanger, Karasjok, Tana og Nesseby). Men det skal også legges godt til rette for at tilbudet også

i framtiden kan brukes av pasienter fra samiske områder i Sverige og Finland. Utvalget mener det er viktig at enheten kan gi et helsetilbud til samer på svensk og finsk side. Et sterkere samarbeid vil gi et bedre tilbud til samer på svensk og finsk side, samtidig som det vil styrke den samiske spesialisthelsetjenesten i Norge ved at pasientgrunnlaget økes. Samisk samarbeid over landegrensene er generelt sett helt sentralt for å styrke det samiske samfunnet, og vil dermed både ha betydning for helsetjenestene, og som en viktig del av samfunnsorganiseringen.

Det legges til grunn at pasientbehandlingen ved dagens Sámi klinihkka videreføres og utvikles ved den nye enheten, og at omorganisering ikke vil medføre noen svekkelse av tilbudet til samiske pasienter. Utvalget legger til grunn at den samiske enheten for spesialisthelsetjenester selv styrer den interne organiseringen, og at følgende funksjoner dekkes: språkutvikling, tolking og oversetting, forskning, utvikling og utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter og pårørende (LMS), administrasjon og støtte, samt klinisk virksomhet innen somatikk, psykisk helsevern, herunder rus- og avhengighetsbehandling.

6.3.4.1.4 Øremerkede midler

Øremerkede midler på statsbudsjettet og mer forutsigbar finansiering over tid er etter utvalgets syn avgjørende ved etableringen av den nye enheten. En finansieringsmodell bør omfatte finansiering av all virksomhet ved enheten inkludert administrasjon, pasientbehandling og nasjonale kompetansefunksjoner, inkludert nasjonal tolketjeneste. I tillegg bør det øremerkes midler til samiske helseteam og oppfølging av samiske pasienter på sykehus, og en egen pott øremerket til bemanningstiltak, jf. kapittel 9.

6.3.4.2 Utvalgets alternativer for organisering av den nasjonale enheten

I det følgende beskrives forslag til organiseringsalternativer, med utgangspunkt i modellene fra tidligere utredninger. De fire alternativene beskrives nedenfor med vekt på de særtrekkene som kommer i tillegg til fellestrekkene som er beskrevet over (6.3.4.1).

Nullalternativet

Nullalternativet er en videreføring av dagens organisering, uten vesentlige endringer, slik den er beskrevet i kapittel 5.

Alternativ 1:

Nasjonal enhet for samisk helse

– videreutvikling av dagens struktur

Alternativ 1 har i tillegg til fellestrekkene fra kapittel 6.3.4.1 følgende særtrekk:

Alternativet beskriver en situasjon der dagens organisering i hovedsak videreføres og justeres innenfor eksisterende rammer. Enheten beholder plasseringen innenfor Finnmarkssykehuset HF, men får egne øremerkede midler på statsbudsjettet for å sikre stabil drift. Enheten har egen leder med ansvar for enheten, og enheten får et eget råd med samisk flertall.

Finnmarkssykehuset HF beholder det overordnede ansvaret for tjenesteproduksjon og drift, inkludert eierskap og ansvar for bygg og infrastruktur, mens enheten gis et tydeligere selvstendig ansvar for personalforvaltning og fagutvikling og den nasjonale kompetansesenterfunksjonen.

Det overordnede sørge-foransvaret ligger fortsatt hos de regionale helseforetakene, og Helse Nord RHF viderefører sin rolle som regionalt ansvarlig for planlegging, finansiering og utvikling av tjenester til den samiske befolkningen.

Alternativ 1 er en videreutvikling av dagens struktur, med større grad av selvbestemmelse med eget råd og øremerkede midler over statsbudsjettet samt utvidelse av dagens nasjonale oppgaver innenfor psykisk helsevern og rusbehandling, til også å innbefatte somatikken. Det nasjonale ansvaret skal tydeliggjøres.

Alternativ 2:

Nasjonal enhet for samisk helse

– organisert som et eget samisk datterselskap under Finnmarkssykehuset HF

Alternativ 2 har i tillegg til fellestrekkene fra kapittel 6.3.4.1 følgende særtrekk:

Alternativet innebærer at det opprettes en nasjonal enhet for samisk helse som en egen enhet innenfor Finnmarkssykehuset HF med tydeligere organisatorisk avgrensing enn i dag, ikke som eget foretak, men som datterselskap. Enheten etableres med eget styre med samisk flertall, eget budsjett bevilget over statsbudsjettet, egen ledelse og med et klart definert mandat for samiske spesialisthelsetjenester og nasjonal kompetansesenterfunksjon, samtidig som enheten er en del av helseforetaksstrukturen.

Det overordnede sørge-for-ansvaret vil fortsatt ligge hos Helse Nord RHF, mens Finnmarkssykehuset HF beholder det formelle driftsansvaret. Den samiske enheten inngår dermed i den eksisterende styringslinjen, men med et tydeligere skille og med styring som eget datterselskap.

I dette alternativet vil ikke enheten ha ansvar for drift av bygg, teknisk infrastruktur eller administrative støttefunksjoner. Dette er oppgaver som ivaretas av Finnmarkssykehuset HF. Styret for enheten vil motta øremerkede midler og ha ansvar for prioriteringer innenfor eget budsjett og mandat, herunder fordeling av ressurser mellom klinisk virksomhet og nasjonale oppgaver.

Utvalget legger til grunn at dette alternativet kan medføre behov for endringer i helseforetaksloven, for eksempel for å gi hjemmel for utvidet beslutningsmyndighet for styret. Utvalget har ikke utformet konkrete forslag til slike lovendringer.

Alternativ 3:

Nasjonal enhet for samisk helse

– organisert som et eget samisk helseforetak

Alternativ 3 har i tillegg til fellestrekkene fra kapittel 6.3.4.1 følgende særtrekk:

Alternativet innebærer at det opprettes en nasjonal enhet for samisk helse som et eget foretak, en selvstendig organisatorisk enhet innen spesialisthelsetjenesten.

Den samiske enheten organiseres som et eget helseforetak innenfor den eksisterende

foretaksstrukturen, på linje med dagens Finnmarkssykehuset HF, ikke under dette. Helseforetaket ledes av et eget styre med samisk flertall og en administrerende direktør. Alternativet kjennetegnes dermed ved større organisatorisk selvstendighet ved at enheten løftes opp fra å være underlagt et lokalt helseforetak til å sidestilles, og med tydeligere samisk ledelse enn i dagens organisering, samtidig som enheten fortsatt inngår i den ordinære spesialisthelsetjenestens styringsstruktur.

Det overordnede sørge-for-ansvaret vil fortsatt ligge hos de regionale helseforetakene.

Helseforetaket etableres under Helse Nord RHF eller alle de fire regionale helseforetakene, og inngår dermed i den ordinære helseforetaksstrukturen. Det opprettes et eget rettssubjekt med styre, administrasjon og særskilt ansvar for samiske spesialisthelsetjenester, herunder oppgaver innen språkutvikling, tolking og oversetting, forskning, utvikling og utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter og pårørende (LMS), administrasjon og støtte samt klinisk somatisk virksomhet og psykisk helsevern, herunder rus- og avhengighetsbehandling. Det samiske helseforetaket får et tydelig operativt ansvar for utvikling og drift av samiske spesialisthelsetjenester.

Som eget helseforetak vil organisasjonen ha fullt ansvar for egen drift, herunder personalforvaltning, økonomi, budsjett, IKT-systemer, bygg og teknisk infrastruktur, enten i egen regi eller gjennom avtaler. Foretaket vil måtte kjøpe eller leie tomt, bygningsmasse og utstyr, ansette nødvendig personell, samt etablere nødvendige støttefunksjoner og styringssystemer på lik linje med andre helseforetak.

Utvalget legger til grunn at dette alternativet kan forutsette lovendringer, men har ikke utformet konkrete forslag til slike lovendringer.

Alternativ 4:

Nasjonal enhet for samisk helse

– organisert som en ny organisasjon/særskilt rettssubjekt som ikke er et foretak

Alternativ 4 har i tillegg til fellestrekkene fra kapittel 6.3.4.1 følgende særtrekk:

Alternativet innebærer at det opprettes en nasjonal enhet for samisk helse som et eget rettssubjekt som ikke er et foretak. Enheten kan organiseres som en stiftelse og/eller et aksjeselskap med ideelt formål, eller som et særlovregulert organ, i likhet med Finnmarkseiendommen.²⁶⁸

En helt ny enhet bygges opp som en særskilt organisasjon for å ivareta et spesifikt behov. Organisasjonen ledes av et styre som har det øverste ansvaret for at virksomheten drives i samsvar med lovens bestemmelser og gjeldende regelverk. Sametinget kan gis en sentral rolle i oppnevning og sammensetning av styret, slik at kravet om selvstyre ivaretas. Det kan fastsettes i vedtektene at styret samlet skal ha samisk, helsefaglig, juridisk og økonomisk kompetanse, samt brukerrepresentasjon.

Organisasjonen vil ha fullt ansvar for egen drift, herunder personalforvaltning, økonomi, budsjett, IKT-systemer, bygg og teknisk infrastruktur, enten i egen regi eller gjennom avtaler. Foretaket vil måtte kjøpe eller leie tomt, bygningsmasse og utstyr, ansette nødvendig personell samt etablere nødvendige støttefunksjoner og styringssystemer på lik linje med et helseforetak.

Det overordnede sørge-for-ansvaret vil fortsatt ligge hos de regionale helseforetakene. Den samiske organisasjonen inngår avtale med de regionale helseforetakene om å levere samiske spesialisthelsetjenester, herunder oppgaver innen språkutvikling, tolking og oversetting, forskning, utvikling og utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter og pårørende (LMS), administrasjon og støtte, samt klinisk virksomhet innen somatikk og psykisk helsevern, herunder rus- og avhengighetsbehandling. Det inngås avtale om at organisasjonen får ansvaret for drift

av nasjonal kompetansetjeneste for samisk pasientbehandling, både innen psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk, herunder ansvar for nasjonale oppgaver knyttet til kompetanseutvikling og -spredning, fagutvikling og samhandling.

Virksomheten organiseres utenfor helseforetaksstrukturen og de ordinære styrings- og rapporteringslinjene. Leveranse av spesialisthelsetjenester må derfor baseres på avtaler med de regionale helseforetakene, eventuelt i kombinasjon med statlige tilskudd til formål knyttet til samisk språk, kultur og kompetanse. Pasientbehandlingen vil uansett måtte skje i henhold til avtaler med RHF-ene. Ettersom disse har sørge-for-ansvar for spesialisthelsetjenester, må de også ha nødvendige styringsmuligheter når det gjelder tjenestenes omfang og kvalitet. Organisasjonen vil måtte etablere nødvendige faglige, administrative og tekniske systemer for å levere forsvarlige helsetjenester, tilsvarende det som kreves av øvrige leverandører i spesialisthelsetjenesten.

Organisasjonen må inngå samarbeidsavtaler med andre aktører i helsetjenesten for å sikre integrasjon i pasientforløp, henvisningssystemer, beredskap og bruk av spesialistkompetanse.

Utvalget legger til grunn at dette alternativet vil forutsette lovendringer. Dette bør trolig gjøres i en egen lov, ettersom helseenheten er forutsatt opprettet utenfor helseforetaksstrukturen. Utvalget har ikke utredet eller utformet konkrete lovbestemmelser. En nærliggende mulighet, dersom en ser særlovsorganiseringen som mest hensiktsmessig, kan være å gi en særskilt lov om den samiske helseenheten, på samme måte som man gjorde ved opprettelsen av Finnmarkseiendommen.

6.3.5 Vurdering av utvalgets alternativer for organisering av den nasjonale enheten

Alternativene for organisering av den nasjonale enheten vurderes etter kriteriene i kapittel 4.

²⁶⁸ Finnmarkseiendommen er et rettssubjekt opprettet ved særlov, Finnmarksloven av 2005.

6.3.5.1 Samisk selvstyre og medbestemmelse

Etter utvalgets syn vil alle de fire alternativene for organisering av den nasjonale enheten redusere de største svakhetene ved dagens organisering. Spørsmålet er i hvilken grad de ulike alternativene bidrar til å oppfylle kravene til samisk selvstyre og medbestemmelse.

Alternativene 1–3 ligger innenfor den eksisterende helseforetaksstrukturen. Finnmarkssykehuset HF vil fortsatt ha overordnet driftsansvar i alternativ 1 og 2, til tross for egne styrende organer, egen ledelse og øremerkede midler til enheten. De to første alternativene vil derfor innebære en usikkerhet om hvorvidt bekymringene for sårbarhet og manglende prioritering vil bli løst som del av et lokalt helseforetak. Dette har Sametinget og andre samiske miljøer pekt på over tid.

De tre alternativene innenfor helseforetakssystemet framstår som mindre formelt selvstendige. Det gjelder særlig alternativ 1, der det ikke er åpenbart at det styrende organet, rådet, har en slik innflytelse over enheten som utvalget mener er nødvendig for å oppfylle folkerettens krav. Dette er en viktig begrunnelse for at utvalget ikke har alternativ 1 som sitt foretrukne alternativ. Utvalget går derfor ikke inn i detaljer om hvordan rådet i alternativ 1 kan utformes best mulig. Et slikt råd måtte, for å sikre samisk selvstyre, blitt utformet annerledes enn andre styrende organer/råd i helsesektoren.

Alternativ 4 utenfor helseforetakssystemet gir større formell uavhengighet. Samtidig vil dette alternativet i praksis være bundet av de samme overordnede rammene knyttet til finansiering fra Stortinget og sørge-for-ansvar. Den reelle styringskapasiteten vil også i dette alternativet være påvirket av at sørge-for-ansvaret fortsatt ligger hos de regionale helseforetakene, og at virksomheten må operere innenfor rammer fastsatt gjennom avtaler, finansiering og nasjonale og regionale prioriteringer. Uansett alternativ vil virksomheten være avhengig av finansiering fra Stortinget og oppdrag og styring fra staten.

Samtidig vil graden av samisk innflytelse kunne ha betydning for tjenestenes legitimitet, kulturelle relevans og tillit i befolkningen. Alle fire alternativer legger til rette for økt samisk innflytelse gjennom en kombinasjon av institusjonelle grep. En nasjonal enhet for samisk helse med eget organ for styring og egen ledelse gir samisk innflytelse over faglig utvikling og tjenesteutforming. Med et tydelig nasjonalt mandat for utvikling av samisk helsefaglig praksis, legges det til rette for at prioriteringer innen fagutvikling, kompetansebygging og tjenesteutforming i større grad kan styres av samiske behov og perspektiver. Nasjonale funksjoner gir grunnlag for innflytelse også utover egen virksomhet.

For utvalget er det kravet om samisk selvstyre over egen spesialisthelsetjeneste som veier aller tyngst. Utvalget legger til grunn at alle alternativene for organisering av den nasjonale enheten innebærer en klar styrking av samisk medbestemmelse og innflytelse sammenlignet med dagens situasjon, og at de samlet sett ligger innenfor rammene av folkerettens krav. Alternativ 4 skiller seg likevel ut som det alternativet som i størst grad legger til rette for samisk selvstyre over egen spesialisthelsetjeneste.

6.3.5.2 Tilgjengelighet og nasjonalt tilbud

Samlet mener utvalget at alle alternativene for organisering av den nasjonale enheten bidrar til å styrke ivaretagelsen av nasjonale og folkerettslige forpliktelser overfor samene. Videreutvikling av ett av alternativene vil, kombinert med øremerkede midler og med målrettede tiltak for kompetanse og samhandling, bidra positivt til utviklingen av samiske helsetjenester og til å styrke tilliten mellom samiske samfunn og helsetjenesten.

Alternativene skiller seg i begrenset grad fra hverandre når det gjelder tjenesteinnhold, ettersom alle innebærer etablering av en samisk enhet med både kliniske funksjoner og nasjonal kompetanserolle. De viktigste forskjellene knytter seg til organisasjonsform, grad av selvstendighet og forholdet til den etablerte styringsstrukturen i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer

at forbedringer i kvalitet, kompetanse og tilgjengelighet i stor grad er knyttet til styrkingen av kompetansetjenestefunksjonen, snarere enn til organisatorisk plassering alene.

Når det gjelder organiseringen av den nasjonale enheten, legger alle fire alternativer til rette for bedre nasjonal oversikt og koordinering, økt kompetansespredning og et mer tilgjengelig og synlig tilbud. Samtidig vil utvalget påpeke at organisasjonsstrukturen alene ikke er tilstrekkelig for å sikre et reelt nasjonalt og likeverdig tilbud. Tilgjengeligheten vil være avhengig av samhandling med de ulike regionale og lokale helseforetakene og kommunale tjenester. Geografisk spredning og lav befolkningstetthet tilsier at et likeverdig tilbud må bygge på en kombinasjon av desentraliserte tjenester og digitale løsninger, jf. kapittel 8. Måloppnåelsen vil i praksis være avhengig av hvordan den nasjonale enheten følges opp gjennom utvikling av regionale tjenester, herunder samiske helseteam og samiske sykehusprogram, samt av hvordan samhandlingen mellom nivåene fungerer. Utvalget vurderer derfor at alle hovedgrepene og tiltak samlet sett gir et bedre grunnlag for et likeverdig tilbud, men at dette forutsetter aktiv og koordinert oppfølging både nasjonalt og regionalt.

6.3.5.3 Kvalitet, kompetanse og faglig robusthet, samordning og integrasjon

Graden av faglig robusthet vil variere noe i de fire alternativene. Alternativ 1–3 som er innenfor helseforetaksstrukturen har klare styrker fordi de kan gi bedre tilgang til etablerte fagmiljøer, støttefunksjoner og klinisk infrastruktur, noe som er viktig i arbeidet med å sikre forsvarlig drift, håndtering av komplekse pasientforløp og kontinuitet i tjenestene. Samtidig kan et organisatorisk mer selvstendig alternativ (alternativ 4) gi bedre forutsetninger for langsiktig utvikling av samiske fagmiljøer, identitet og faglige prioriteringer innenfor virksomhetens ansvarsområde. Uansett vil de samiske fagmiljøene være relativt små og sårbare, særlig med hensyn til rekruttering og stabil tilgang på personell med samisk språk- og kulturkompetanse. Øremerkede ressurser og et

tydelig nasjonalt mandat kan bidra til å redusere denne sårbarheten.

Alternativer med større organisatorisk selvstendighet gir bedre forutsetninger for å samle, utvikle og synliggjøre spesialisert samisk kompetanse, herunder utvikling av samiske faglige tilnærminger og metoder. Dette kan styrke kvaliteten gjennom at samiske perspektiver får større gjennomslag i fagutviklingen. Samtidig vil også en organisasjon utenfor foretaksstrukturen forholde seg til det samme regelverket og de samme faglige normene som øvrige deler av spesialisthelsetjenesten, fordi organisasjonen leverer tjenester innenfor de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Uansett hvordan enheten organiseres, vil den være avhengig av tett samarbeid med fagmiljøer i spesialisthelsetjenesten for å sikre forsvarlige tjenester. Dette samarbeidet vil kunne være enklere å organisere i alternativ 1–3 enn i alternativ 4. Samtidig kan alternativ 4 gi tydeligere organisatorisk forankring og større handlingsrom for utvikling av samiske faglige prioriteringer.

Når det gjelder samordning og integrasjon, gir alternativ 1–3 de beste forutsetningene for sammenhengende pasientforløp, effektiv ressursutnyttelse og tilgang til beredskap og støttefunksjoner. Alternativer med høy grad av organisatorisk selvstendighet, særlig utenfor helseforetaksstrukturen, kan ha svakere strukturell integrasjon. Dette kan gjøre samordning av pasientforløp, ressursbruk og samarbeid mer krevende, noe som kan løses gjennom tydelige og forpliktende samarbeidsavtaler. Samtidig kan en tydeligere organisatorisk avgrensing bidra til økt synlighet, klarere ansvar og sterkere prioritering av samiske tjenester. Forskjellene mellom alternativene knytter seg dermed i stor grad til en avveining mellom faglig integrasjon og robusthet på den ene siden og institusjonell selvstendighet på den andre.

6.3.5.4 Gjennomførbarhet og kompleksitet, økonomi og ressursbruk

Sammenlignet med dagens organisering innebærer alle alternativene økt organisatorisk

kompleksitet. Dagens plassering i Finnmarkssykehuset HF gir tilgang til etablerte fagmiljøer, støttefunksjoner og administrativ infrastruktur, noe som bidrar til effektiv ressursutnyttelse og begrenset administrativ belastning.

Alternativ 1, som innebærer en videreføring og styrking av dagens Sámi klinihkka som nasjonal enhet for samisk helse innenfor Finnmarkssykehuset HF, viderefører mange av fordelene ved dagens organisering. Alternativ 2, datterselskapsalternativet, innebærer noe økt organisatorisk kompleksitet, samtidig som sentrale støttefunksjoner kan leveres av Finnmarkssykehuset gjennom helseforetaksstrukturen. Byggforvaltning, IKT, lønns- og personalsystemer, logistikk, innkjøp, beredskap og andre administrative støttefunksjoner kan i stor grad videreføres som fellesløsninger. Dette reduserer behovet for egne administrative ressurser og gjør det mulig å konsentrere virksomheten om pasientbehandling, fagutvikling og samiske tjenester. Alternativet legger også til rette for tett daglig samarbeid om bemanning, hospitering, fagstøtte og håndtering av vakanser. Alternativ 3, med etablering av et eget helseforetak, innebærer større organisatoriske tilpassinger og behov for egne administrative funksjoner enn alternativ 1 og 2. En høyere grad av organisatorisk selvstendighet kan gi større kontroll over egne prioriteringer, men vil også kreve flere administrative ressurser og større lederkapasitet.

Alternativene med større organisatorisk selvstendighet forutsetter et konstruktivt og velfungerende samarbeid mellom den samiske enheten, de regionale helseforetakene og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. I hvilken grad dette vil fungere i praksis, representerer en usikkerhetsfaktor ved alternativene med størst grad av organisatorisk frikobling, men utvalget mener at dette kan løses ved klare føringer fra departementet, og med velvilje og samarbeidsånd fra de regionale og lokale helseforetakene.

Alternativet med etablering av en selvstendig enhet utenfor helseforetakssystemet

forutsetter opprettelse av et nytt rettssubjekt, avklaring av ansvarsforhold, styringslinjer og finansieringsmodeller, mulige lov- og regelverksendringer, og en rekke forhold som må avtales. Alternativet vil innebære behov for å bygge opp egne administrative funksjoner, noe som kan gi økte kostnader, større behov for kvalifisert personell og risiko for dobbeltkapasitet sammenlignet med løsninger innenfor dagens struktur. Oppbygging av en mer selvstendig organisasjon vil kreve administrative og ledelsesmessige ressurser som må veies opp mot behovet for personell med klinisk og faglig kapasitet. På tvers av alternativene vil graden av organisatorisk selvstendighet ha betydning for både kostnadsnivå og kompleksitet. Alternativer med høy grad av selvstendighet vil normalt innebære økte administrative kostnader og større behov for avtaler og styrings- og koordineringsmekanismer. I alternativer med organisatorisk frikobling kan det også oppstå økt behov for avklaringer knyttet til kostnadsfordeling. Dette vil muligens gjelde alle alternativer og kan løses gjennom avtaler og god forvaltning av de øremerkede midlene.

Øremerkede midler framstår som et sentralt virkemiddel i alle alternativer for å sikre forutsigbar finansiering og understøtte utviklingen av samiske tjenester.

6.4 Utvalgets samlede vurderinger av tiltak og organisering

6.4.1 Forutsetninger for vellykket gjennomføring av tiltak og organiseringsendringer

Utvalget legger til grunn at en rekke forutsetninger må være til stede for at tiltak og endringer i organisering skal kunne bidra til målet om styrkede samiske spesialisthelsetjenester.

For det første må utvalgets hovedanbefaling om etablering av en nasjonal enhet for samisk helse, opprettelse av samiske helseteam og

innføring av samiske program ved sykehus der det er grunnlag for det, følges opp i sin helhet.

Utvalget legger til grunn at Karasjok er det stedet i Norge hvor det er mest realistisk å etablere en nasjonal enhet for samisk helse, basert på spesialisthelsetjenester og fagmiljøer som er etablert og utviklet over tid.

Samtidig må enheten, uavhengig av geografisk plassering, være tilgjengelig gjennom digitale løsninger og ambulerende virksomhet for å dekke alle helseregioner, se kapittel 8 for utdyping. Enheten må være tett faglig og driftsmessig koordinert med de samiske helseteamene, de samiske sykehusprogrammene og andre deler av spesialist- og primærhelsetjenestene, særlig i områder der det bor mange samer og særlig med de geografisk nærmeste tjenestene. Dette gjelder blant annet pasientforløp, bemanning, infrastruktur, IKT og tilgang til spesialiserte støttetjenester. Utvalget legger til grunn at samiske pasienter i hele landet skal ha tilgang til samisk språk- og kulturkompetanse gjennom en kombinasjon av nasjonale funksjoner, desentraliserte tilbud, samiske helseteam, digitale tjenester og samarbeid med andre helseforetak og kommunale tjenester.

Vellykket gjennomføring forutsetter god utnyttelse av begrenset samisk språk- og kulturkompetanse, blant annet gjennom fleksible stillingsordninger og tett samspill mellom kliniske oppgaver og nasjonale funksjoner. Det innebærer at ansatte ved enheten kombinerer klinisk virksomhet med nasjonale oppgaver som forskning, undervisning og kompetansestøtte, i tråd med etablert praksis i spesialisthelsetjenesten.

Det er en avgjørende forutsetning at Stortinget velger å sikre forutsigbar finansiering gjennom øremerkede midler over statsbudsjettet, for å bidra til oppfyllelse av folkerettslige forpliktelser og som del av en bredere forsoningsprosess.

Det må også påregnes behov for oppgradering og nyanskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr ved det som i dag er Sámi klinihkka for å sikre en forsvarlig standard. Dette er et tiltak som må

følges opp umiddelbart, uavhengig av valg av alternativ for organiseringen av den nasjonale enheten.

Manglende kunnskapsgrunnlag er en utfordring for utviklingen av likeverdige helsetjenester til samene. Utvalget vurderer at mangelen på kunnskap om samiske pasientforløp, sykdomsforekomst og bruk av helsetjenester gjør det vanskelig å planlegge og evaluere tjenestetilbudet. Det er behov for mer forskning, flere helseundersøkelser og bedre statistikkgrunnlag om samisk helse. Eksisterende datakilder om samisk språk og samiske forhold utnyttes i liten grad samlet og systematisk. Utvalget anbefaler derfor at det utredes løsninger som kan styrke kunnskapsgrunnlaget om samisk helse, herunder hvordan opplysninger fra Folkeregisteret, pasientundersøkelser, helseundersøkelser og forskningsprosjekter kan brukes til å styrke kunnskapsgrunnlaget om samisk helse og samiske helsetjenester. Utredningen må skje innenfor rammene av personvernregelverket og i dialog med samiske miljøer. Det bør innføres løsninger som gjør det mulig for hver enkelt å selvidentifisere seg som same i alle relevante registre. Utvalget vil peke på at den frivillige språkregistreringen i Folkeregisteret er for lite kjent og for lite brukt til å gi et godt kunnskapsgrunnlag. Utvalget mener det bør vurderes hvordan ordningen kan gjøres bedre kjent, og hvordan opplysningene kan brukes i planlegging og evaluering av samiskspråklige tjenester, samtidig som hensynet til personvern og frivillighet ivaretas.

Utvalget viser til at det tidligere er pekt på behovet for en nasjonal handlingsplan som omfatter kommune- og spesialisthelsetjenesten. Den videre utviklingen av helsetjenester til samer i Norge må foregå i nært samarbeid mellom de som har ansvar for lokale helsetjenester og de som har ansvar for spesialisthelsetjenester. I mange tilfeller vil det være hensiktsmessig med samlokalisering av tjenester, særlig i distriktsområder. Uansett vil det være nødvendig med tett samarbeid og god koordinering. Det er viktig å kartlegge og legge en plan for samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene

i forbindelse med opprettelsen av en ny samisk enhet for helsetjenester til samene, med nasjonal kompetansefunksjon, samiske helseteam og samiske sykehusprogram. Det vil være ulike behov og ulike ordninger i de ulike regionene. Utvalget mener at regjeringen bør utarbeide en ny nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester som omfatter alle tjenestene, og at den bør utarbeides i nært samarbeid med alle relevante samiske fagmiljøer.

6.4.2 Sammenfatning

Utvalget anbefaler å etablere en nasjonal struktur for samiske spesialisthelsetjenester med tre hovedelementer: en nasjonal enhet for samisk helse, samiske helseteam og samiske sykehusprogram. Formålet er å styrke samisk selvstyre og medbestemmelse, sikre mer likeverdig tilgang til språk- og kulturtilpassede tjenester, bygge opp og spre samisk helsekompetanse og legge til rette for mer helhetlige pasientforløp i hele landet.

Utvalget anbefaler at sørge-for-ansvaret fortsatt ligger hos staten og de regionale helseforetakene, slik det er for resten av befolkningen. Dette begrunnes med at samiske pasienter skal ha tilgang til den ordinære spesialisthelsetjenestens samlede kapasitet, infrastruktur og medisinske kompetanse, at ansvaret må følge pasientenes geografiske tilhørighet, og at det verken anses realistisk eller ønskelig å etablere en egen samisk spesialisthelsetjeneste med et selvstendig sørge-for-ansvar. Videre vil et eget sørge-for-ansvar kunne svekke de regionale helseforetakenes ansvar for samiske pasienter i egne områder.

Utvalget legger til grunn at samisk språk- og kulturkompetanse skal styrkes i hele helsetjenesten, og at alle regionale helseforetak har ansvar for å utvikle slik kompetanse i egne tjenester. Utvalget anbefaler også økt samisk representasjon i regionale og relevante lokale helseforetaksstyrer for å styrke samisk medbestemmelse og sikre at samiske

perspektiver ivaretas i styring og utvikling av tjenestene.

Utvalget mener at samisk tradisjonell medisin og kulturtilpassede behandlingsformer skal ha en plass i spesialisthelsetjenesten som supplement til ordinær helsehjelp. Tradisjonelle tilnærminger kan integreres når pasienten ønsker det og det er faglig forsvarlig, men kan ikke erstatte evidensbasert diagnostikk og behandling. Utvalget understreker samtidig behovet for kulturelt tilpassede tjenester og mener de samiske fagmiljøene bør ha en sentral rolle i utviklingen av slike praksiser.

Utvalget mener at øremerkede midler og forutsigbar finansiering er en grunnleggende forutsetning for utviklingen av samiske spesialisthelsetjenester. Øremerket finansiering over poster på statsbudsjettet må omfatte den nasjonale enheten, samiske helseteam, samiske sykehusprogram og særskilte tiltak for bemanning og kompetanseutvikling.

Utvalget legger til grunn at tiltakene i rapporten først og fremst skal styrke helsetjenestene til samene. Samtidig vil styrkede fagmiljøer, mer stabile tjenester og bedre ressursutnyttelse også kunne bidra til å forbedre helsetilbudet for resten av befolkningen i områder der samiske og ordinære tjenester er integrert.

Samiske helseteam bør etableres i relevante områder for å styrke samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, gjøre samisk språk- og kulturkompetanse tilgjengelig nærmere pasientene og bidra til mer sammenhengende pasientforløp. Samiske sykehusprogram bør etableres ved sykehus med tilstrekkelig pasientgrunnlag for å sikre samiske pasienter tilgang til språk-, kultur- og støttetjenester under sykehusopphold.

Dagens Sámi klinihkka bør videreutvikles til en ny nasjonal enhet for samisk helse med både kliniske funksjoner og et utvidet nasjonalt ansvar for forskning, fagutvikling, kompetansespredning, språk- og tolketjenester, opplæring av pasienter og pårørende samt koordinering av de samiske helseteamene og

sykehusprogrammene. Utvalget har vurdert fire alternativer for organisering av den nasjonale enheten. Alle alternativene innebærer en styrking sammenlignet med dagens organisering og vurderes å kunne bidra til bedre ivaretagelse av samiske pasienters behov og rettigheter. De er forskjellige når det gjelder grad av organisatorisk selvstendighet, integrasjon i helseforetakssystemet og administrativ kompleksitet. Utvalget konkluderer med at ingen av alternativene er klart best på alle kriterier. Valget står i stor grad mellom hensynet til samisk selvstendighet og institusjonalisert innflytelse på den ene siden og hensynet til integrasjon, ressursutnyttelse, faglig robusthet og gjennomførbarhet på den andre. Alle alternativene vurderes å kunne bidra til styrkede samiske spesialisthelsetjenester og å være forenlige med folkerettslige krav, forutsatt at de kombineres med øremerkede midler, styrket samisk kompetanse og et tydelig nasjonalt mandat for kompetanseenheten. Utvalget vurderer at alternativene 1–3 gir sterkere integrasjon med eksisterende strukturer og kan være enklere å gjennomføre. Alternativ 4 gir den sterkeste institusjonelle forankringen av samisk selvstyre, og det er dette kriteriet utvalget mener er aller viktigst. Alternativ 4 er derfor utvalgets foretrukne alternativ for organiseringen av en nasjonal enhet for samisk helse. Utvalget vurderer at alternativ 4 samlet sett gir den sterkeste institusjonelle forankringen av samisk selvstyre. Riktignok innebærer dette alternativet større gjennomføringsutfordringer, men utvalget vurderer disse som håndterbare.

Uansett hvilket av de fire alternativene for organisering av den nasjonale enheten som velges, må det videre arbeidet med organiseringen av spesialisthelsetjenester til samene utformes og implementeres i nært samarbeid med Sametinget. Selvstyret og medbestemmelsen må gis det omfanget som Sametinget ønsker, innenfor rammene av folkeretten.

Utvalget understreker at vellykket gjennomføring forutsetter øremerkede midler, styrket kunnskapsgrunnlag om samisk helse, økt samisk representasjon i styrende organer, styrket samarbeid mellom kommunale

tjenester og spesialisthelsetjenesten og en ny nasjonal handlingsplan for samiske helse- og omsorgstjenester.

7 Bemanning

7.1 Innledning

Helse- og omsorgstjenesten står overfor bemanningsutfordringer i hele landet, samtidig som behovet for leger, sykepleiere og helsefagarbeidere øker for hvert år.²⁶⁹ Helsepersonellkommisjonen pekte på at Norge har mange ansatte i helse- og omsorgstjenesten, men at bemanningen ikke alltid brukes på en bærekraftig måte. Kommisjonen viste til at det allerede da var betydelige rekrutteringsutfordringer, særlig i kommuner og distrikter, og pekte på at framtidig personellbehov vil bli langt større enn tilgangen på arbeidskraft, dersom tjenestene videreføres uendret.²⁷⁰

Dette utvalget er i mandatet bedt om å «vurdere og foreslå hvordan man kan rekruttere og sikre stabil tilgang til bemanning med nødvendig kompetanse i relevante områder der det bor mange samer, og ved SÁNÁG/SANKS og Sámi klinihkka. Dette inkluderer krav til samiskspråklig kompetanse, i tråd med sameloven».

7.2 Bemanning med «nødvendig kompetanse»

Hva som er «nødvendig kompetanse» varierer i ulike områder. Idealet er at en samisk pasient møter bemanning med flytende språkkunnskaper i det samiske

språket pasienten bruker, og har kjennskap til pasientens kulturelle bakgrunn. Dette kan være mulig å få til i noen stillinger i noen områder, mens det i andre tilfeller ikke er praktisk mulig. Der må målet være at samiske pasienter møter personell med kultursensitivitet og forståelse for når en pasient trenger spesiell tilrettelegging og når pasient eller ansatt eventuelt har behov for tolketjenester.

Hva som utgjør nødvendig kompetanse vil variere fra person til person. Dette skyldes blant annet at det er stor variasjon i levemåte fra mer tradisjonelle til mer moderne levemåter, hvor tradisjonelle verdier kan ha ulike betydning.

Trippelkompetanse er et begrep som ofte er brukt i samisk sammenheng. Det betyr at det er behov for arbeidstakere som har kompetanse både innen et fagområde og som samtidig har kompetanse i samisk språk og samisk kultur. Det kan være ulike nivåer på krav som stilles til nødvendig språk- og kulturkompetanse.²⁷¹ Det strengeste kravet kan være flytende språkkunnskaper i det samiske språket pasienten bruker, og kjennskap til den konkrete kulturbakgrunnen pasienten har, mens det laveste kravet kan være kultursensitivitet og forståelse for når en pasient trenger spesiell tilrettelegging og når pasient eller ansatt har behov for tolketjenester. I mange situasjoner kan kulturkompetanse være tilstrekkelig.

²⁶⁹ Hjemås mfl. (2019).

²⁷⁰ NOU 2023: 4.

²⁷¹ Snåsa kommune peker også i innspill til utvalget på at det må drøftes hvordan samisk språkkompetanse kan vurderes uten at det må dokumenteres studiepoeng.

7.3 Status for bemanning med helsekompetanse og samisk kompetanse

Regjeringen har pekt på at mangel på samiskspråklig personell er en av de største utfordringene for offentlige organer som skal levere tjenester til samiskspråklige brukere.²⁷²

Det er kritisk mangel på fagpersoner med samisk språk- og kulturkompetanse i flere sektorer, inkludert helse-, utdannings- og barnevernsektoren. Utfordringene er særlig store i lule- og sørsamiske områder, der språkene er mer truet og rekrutteringsgrunnlaget svakere.

Det finnes ingen offisiell oversikt over hvor mange som har kompetanse i samiske språk og kultur i helseforetakene.²⁷³ Heller ikke de samiske ansatte- og fagforeningenes registre over betalende medlemmer gir en god pekepinn på omfanget av helsepersonell med slik kompetanse.

Finnmarkssykehuset HF har på forespørsel fra utvalget oppgitt at de fleste ansatte i Sámi klinihkka har samisk bakgrunn og samisk kulturkompetanse, og at om lag 62 prosent av de ansatte ved Sámi klinihkka er samisktalende. Oversikten viser at andelen samisktalende varierer mellom enhetene, og at særlig tolketjenesten og flere kliniske enheter har en høy andel samisktalende ansatte.²⁷⁴ Finnmarkssykehuset HF har i perioder hatt utfordringer med å rekruttere til enkelte stillinger. Sykehuset ønsker å rekruttere spesialisert personell som har samisk språk og/eller kulturkompetanse, men det viser seg ofte vanskelig å rekruttere helsepersonell med denne trippelkompetansen.²⁷⁵

Norwegian Research Centre AS (NORCE) kartla i 2022 kompetanse i samisk språk og kultur i kommunene i forvaltningsområdet for samisk språk.²⁷⁶ Kartleggingen bekreftet et gjennomgående bilde preget av kritisk mangel på samisk språkkompetanse – også i kommuner der samisk er hverdagsspråk – mangel på kulturkompetanse og store geografiske forskjeller. Noen kommuner har god tilgang på språkkompetanse, men mangler spesialkompetanse. Andre kommuner mangler språkkompetanse på tvers av sektorer, særlig er det mangel på lule- og sørsamisk kompetanse. Rekruttering av helsepersonell med trippelkompetanse er spesielt utfordrende i små kommuner og foretak med få innbyggere og lang avstand til større byer. Kommunene konkurrerer om arbeidstakere med samisk språkkompetanse, både seg imellom og med andre sektorer. I sør- og lulesamiske områder er utfordringen særlig stor fordi få arbeidstakere har både helsefaglig utdanning og språkkompetanse. Selv når slik kompetanse finnes, er det ikke gitt at arbeidstakerne velger å jobbe i disse områdene, dersom andre steder tilbyr bedre vilkår. Kartleggingen viste også høy turnover i helsesektoren, blant annet som følge av høyt arbeidspress og høy mobilitet i arbeidsmarkedet. I flere kommuner forsvinner ansatte med samisk språkkompetanse til andre sektorer som forvaltning og media. I helsesektoren hentes samisktalende ansatte ofte over i administrative stillinger, noe som svekker språktilbudet i direkte pasientkontakt.²⁷⁷ Rekrutteringsutfordringene er ikke like store i alle samiske områder.²⁷⁸ Det er også uvisst hvor stort potensialet er for å rekruttere personer med språk- og kulturkompetanse. Det er mange samer med høyere utdanning, men det er uklart hvor stor andel som arbeider i stillinger der samisk språk- og kulturkompetanse brukes aktivt. Mange samiskspråklige jobber i dag i et ikke-samisk arbeidsmarked.

²⁷² Prop. 58 L (2022–2023).

²⁷³ UNN foreslår i innspill til utvalget at dette utredes av utvalget: Hvordan man kan etablere nasjonale systemer for frivillig kartlegging av samisk språk- og kulturkompetanse hos ansatte, slik at dette blir et organisatorisk ansvar fremfor å være personavhengig.

²⁷⁴ Det er i denne oversikten ikke definert om samisktalende betyr at den ansatte kan bruke samisk i en terapeutisk konsultasjon eller om den ansatte kan kommunisere på samisk i dagligtale.

²⁷⁵ Dokument nr. 15: 2460 (2024–2025).

²⁷⁶ Kartleggingen omfattet kommunale tjenester og statlige tjenester. Innbyggerne i de 13 språkforvaltningskommunene får sine spesialisthelsetjenester levert av Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF.

²⁷⁷ NORCE (2022). s. 6.

²⁷⁸ NORCE (2022).

7.4 Tiltak og strategier for å sikre nødvendig kompetanse innen spesialisthelsetjenesten

7.4.1 Tiltak for å rekruttere, beholde og øke kompetanse

7.4.1.1 Innledning

I dette kapittelet beskrives pågående arbeid for å sikre nødvendig samisk språk- og kulturkompetanse i spesialisthelsetjenesten, samt relevant forskning og erfaringer. Deretter vurderes eksisterende og mulige nye tiltak knyttet til utdanning, rekruttering, kompetanseutvikling og bedre utnyttelse av samisk språk- og kulturkompetanse blant ansatte. Vurderingene bygger blant annet på erfaringer fra Nasjonalt senter for distriktsmedisins arbeid med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktsområder, samt på Verdens helseorganisasjons (WHO) retningslinjer for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikts- og utkantområder.

7.4.1.2 Eksisterende planer og tiltak

Det finnes strategier, handlingsplaner og tiltaksplaner i alle de regionale helseforetakene for å sikre økt kvalitet og kompetanse om samisk språk og kultur i spesialisthelsetjenesten.²⁷⁹ Planene inneholder en rekke felles og regionsspesifikke kompetansehevingstiltak for ansatte, pasientrettede tiltak og tiltak for å rekruttere samisk personell.

Oppsummert er de anbefalte felles tiltakene:

- Utarbeide et E-læringskurs om samisk språk og kultur som bør være obligatorisk for alle ansatte i spesialisthelsetjenesten i Norge
- Utvikle undervisningspakker om samisk språk, historie, levested og kultur for å øke helsepersonells forståelse av og kompetanse om hvordan språk, historie og kultur kan påvirke kommunikasjon og trygghet i møte med helsetjenesten; generelle undervisningsopplegg om samisk språk og kultur, samt spesifikke

- undervisningsopplegg om tema som selvmordsforebygging og geriatri
- Understøtte samiske fag- og kompetansenettverk, for eksempel konferanser, forskning og fagutvikling
- Rekruttere samisk personell: Det er samisk bosetting i hele Norge. Helseforetakene bør derfor vurdere å etterspørre samisk språk- og/eller kulturkompetanse ved ansettelser.
- Utrede og understøtte utvikling av digitale verktøy for språkopplæring for helsepersonell
- Etablere interregionalt nettverk for oppfølging av arbeidet med tiltaksplaner²⁸⁰

Helse Nord RHF har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å forvalte et rekrutterings- og samhandlingstilskudd.²⁸¹ Formålet med tilskuddet er å legge til rette for et godt desentralisert helsetilbud, med god kvalitet og riktig arbeidsdeling. Det kan søkes om tilskudd to ganger per år og det gis til tiltak som kommuner og spesialisthelsetjenesten er enige om. Tiltak rettet mot samiske pasienter skal tillegges vekt ved tildeling av midler.

Forsøk med nye arbeids- og organisasjonsformer i helse- og omsorgstjenestene (Tørn) er et nasjonalt utviklingsprogram for å styrke samhandling, oppgavedeling og organisering i helse- og omsorgstjenesten. Programmet ledes av KS i samarbeid med Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Programmet har særlig relevans for arbeidet med samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og viser hvordan bedre koordinering, riktig kompetansebruk og nye arbeidsformer kan bidra til mer bærekraftige og sammenhengende tjenester for innbyggerne. Erfaringene fra Tørn-programmet viser at bedre samhandling ikke først og fremst oppnås gjennom etablering av nye tjenester, men gjennom systematisk arbeid med oppgavedeling, rolleavklaring, kompetansekartlegging og felles utviklingsprosesser mellom aktørene. Programmet peker på at mer effektiv bruk av helsepersonellressurser og tydeligere samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

²⁷⁹ Helse Nord RHF (2022).

²⁸⁰ Ibid.

²⁸¹ Rekrutterings- og samhandlingstilskudd – Helse Nord RHF

er viktige forutsetninger for å utvikle mer sammenhengende tjenester for pasientene. Tørn framstår foreløpig som et forbedrings- og utviklingsprogram med lovende erfaringer, men dokumentasjonen på direkte effekter på bruk av helsepersonellressurser, samhandling og pasientforløp er fortsatt begrenset.²⁸²

7.4.1.3 Erfaringer og kunnskap om rekruttering i distriktskommuner

Det finnes et visst kunnskapsgrunnlag om rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktskommuner. Selv om mye av forskningen er knyttet til bestemte yrkesgrupper, som sykepleiere og leger, kan erfaringene ha overføringsverdi til helsepersonell generelt. Kunnskapen vurderes som særlig relevant for tjenester i Kárásjohka/Karasjok og andre distriktsområder, mens den i mindre grad kan overføres til større byområder.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)²⁸³ publiserte i 2023 en kunnskapsoppsummering om rekruttering og stabilisering av sykepleiere i distriktskommuner.²⁸⁴ Tiltakene omfatter blant annet rekruttering av studenter fra distriktene, desentraliserte og fleksible utdanningstilbud, praksisperioder i distriktene, distriktsrelevant læringsinnhold og ordninger som støtter overgangen mellom utdanning og yrkesutøvelse. For helse- og omsorgstjenesten framheves tiltak som økonomiske insentiver, gode arbeidstidsordninger, muligheter for videreutdanning, hensiktsmessig arbeidsdeling, et godt arbeidsmiljø og tiltak som legger til rette for familieliv og sosialt liv. NSDM understreker også betydningen av langsiktig og systematisk rekrutteringsarbeid, herunder tilstrekkelig med ressurser, regelmessig evaluering og tiltak tilpasset lokale forhold.

NSDM har også arbeidet særskilt med rekruttering til Finnmarkssykehuset HF. Gjennom det internasjonale prosjektet *Recruit & Retain* (2007–2019) ble det utviklet, prøvd ut og evaluert ulike tiltak for å styrke rekruttering og stabilisering av arbeidskraft i rurale områder. Legerekrutteringsprosjektet i Finnmarkssykehuset HF ble etablert i 2005 som følge av utfordringer med å rekruttere og beholde spesialister.²⁸⁵ Prosjektet omfattet stipendordninger for leger i spesialisering, rekrutteringsstillinger, hospiteringsordninger og tilrettelegging for forskning. Evalueringen av prosjektet viste en betydelig økning i spesialistdekningen. Stipend til leger i spesialisering pekte seg ut som det mest effektive tiltaket for å øke tilgangen på legespesialister. I den siste fasen av *Recruit & Retain*-prosjektet (2016–2019) utviklet NSDM og samarbeidspartnerne et rammeverk for rekruttering og stabilisering av arbeidskraft i rurale områder.²⁸⁶ Rammeverket beskriver ni strategiske elementer som bør inngå i et helhetlig og langsiktig rekrutteringsarbeid (se figur 7.1). Tilsvarende anbefalinger finnes i Verdens helseorganisasjons (WHO) retningslinjer for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktsområder (se boks 7.1). Disse erfaringene og anbefalingene danner et relevant utgangspunkt for vurdering av tiltak som presenteres nedenfor.

²⁸² [Helsedirektoratet; Tørn-programmet.](#)

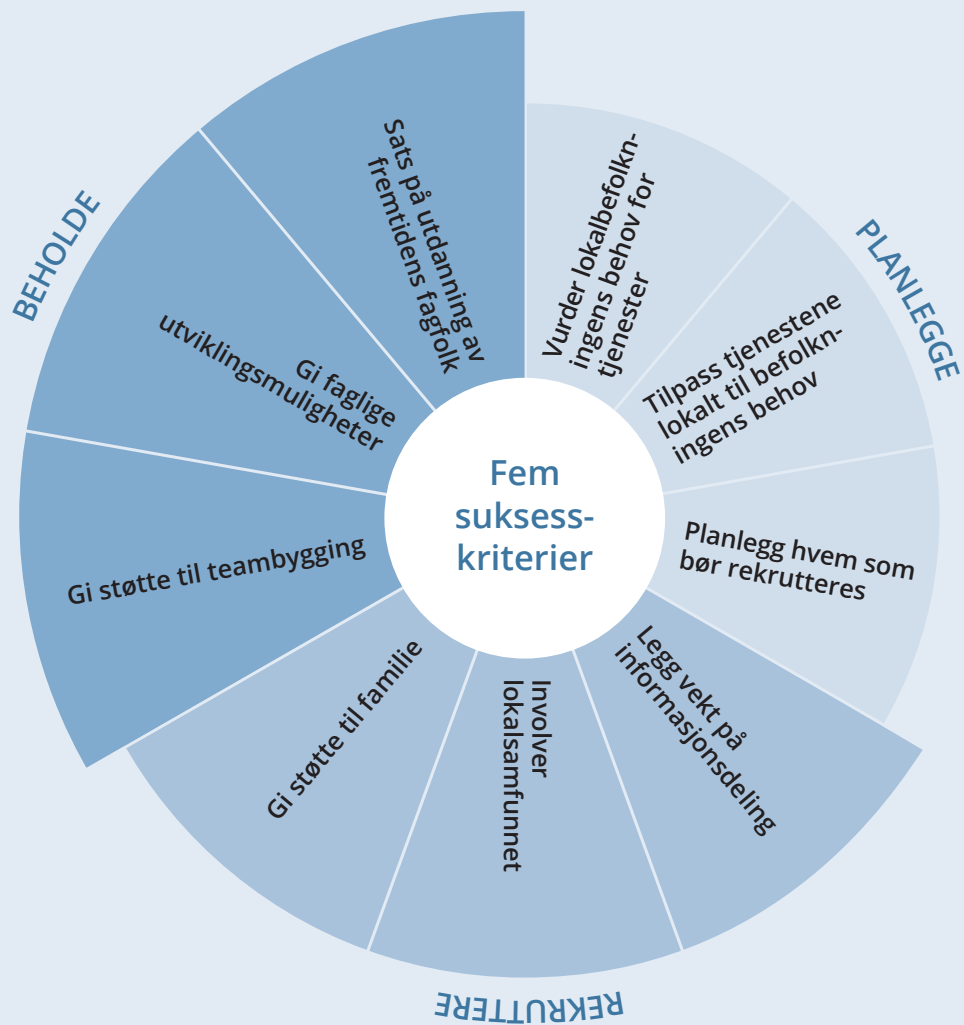
²⁸³ Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) / Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš er et tverrfaglig kompetansesenter ved UiT som skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Senteret arbeider med kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten gjennom å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning. [NSDM | Nasjonalt senter for distriktsmedisin](#)

²⁸⁴ Fosse og Abelsen (2023).

²⁸⁵ Straume og Shaw (2010).

²⁸⁶ NSDM (2019).

Figur 7.1



Kilde: Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) (2019).

Anbefalinger for å rekruttere og beholde helsepersonell i distrikt

Interventions should be interconnected, bundled and tailored to the local context.

Education

1. WHO recommends using targeted admission policies to enrol students with a rural background in health worker education programmes.
2. WHO suggests locating health education facilities closer to rural areas.
3. WHO recommends exposing students of a wide array of health worker disciplines to rural and remote communities and rural clinical practices.
4. WHO recommends including rural health topics in health worker education.
5. WHO recommends designing and enabling access to continuing education and professional development programmes that meet the needs of rural health workers to support their retention in rural areas.

Regulation

6. WHO suggests introducing and regulating enhanced scopes of practice for health workers in rural and remote areas.
7. WHO suggests introducing different types of health workers for rural practice to meet the needs of communities based on people-centred service delivery models.
8. WHO acknowledges that many Member States have compulsory service agreements. When compulsory service in rural and remote areas exists, WHO suggests that it must respect the rights of health workers and be accompanied with fair, transparent and equitable management, support and incentives.

9. WHO suggests providing scholarships, bursaries or other education subsidies to health workers with agreements for return of service.

Incentives

10. WHO recommends employing a package of fiscally sustainable financial and nonfinancial incentives for health workers practising in rural and remote areas.

Support

11. WHO recommends investing in rural infrastructure and services to ensure decent living conditions for health workers and their families.
12. WHO recommends ensuring a safe and secure working environment for health workers in rural and remote areas.
13. WHO recommends providing decent work that respects the fundamental rights of health workers.
14. WHO suggests identifying and implementing appropriate health workforce support networks for health workers in rural and remote areas.
15. WHO recommends a policy of having career development and advancement programmes, and career pathways for health workers in rural and remote areas.
16. WHO suggests supporting the development of networks, associations and journals for health workers in rural and remote areas.
17. WHO recommends adopting social recognition measures at all levels for health workers in rural and remote areas.

Kilde: WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.

7.4.2 Helsetjenesten som arbeidsplass

7.4.2.1 Stillingsutlysninger som etterspør samisk språk- og kulturkompetanse og fortrinnsrett

De regionale helseforetakene har i sine tiltaksplaner lagt til grunn at samisk språk- og/eller kulturkompetanse bør vurderes ved ansettelser, der slik kompetanse er relevant. I helseforetakene under Helse Nord RHF er det innført en standard formulering i stillingsutlysninger som etterspør samisk språk- og kulturkompetanse.²⁸⁷

I staten gjelder kvalifikasjonsprinsippet, som innebærer at den best kvalifiserte søkeren skal ansettes, jf. statsansatteloven § 3. I 2023 ble sameloven endret for å tydeliggjøre at kommuner, fylkeskommuner og statlige organer kan etterspørre samisk språkkunnskap som en ønsket eller nødvendig kvalifikasjon når dette er nødvendig for å utføre virksomhetens oppgaver.²⁸⁸ Formålet med lovendringen var å gjøre det tydelig at samisk språkkompetanse kan vektlegges i rekrutteringsprosesser der det foreligger et saklig behov.²⁸⁹

7.4.2.2 Planmessig og aktiv rekrutteringsstrategi

Rekruttering av personell med samisk språk- og kulturkompetanse forutsetter mer enn å etterspørre slik kompetanse i stillingsutlysninger. Det krever et langsiktig, planmessig og målrettet rekrutteringsarbeid. Virksomhetene må ha oversikt over framtidig kompetansebehov, identifisere aktuelle rekrutteringsmålgrupper og opprettholde kontakt med utdanningsinstitusjoner og studenter.

7.4.2.3 Lønnsvilkår og økonomiske insentiver

Både Finnmarkssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF) har tiltak som innebærer økonomisk godtgjørelse for samisk språk- og kulturkompetanse. Tiltakene omfatter blant annet registrering av språk- og kulturkompetanse og lønnstillegg for ansatte som bruker samisk i arbeidet, samt økonomisk kompensasjon til ansatte som gjennomfører samiskopplæring. Formålet er å styrke rekruttering og stabilisering av personell med slik kompetanse.²⁹⁰

Også flere kommuner benytter økonomiske virkemidler for å rekruttere og beholde ansatte med samisk språkkompetanse. NORCE-rapporten fra 2022 viser at lønnstillegg, høyere ansiennitetsinnplassering, engangsutbetaling ved tilsetting og andre særskilte goder brukes for å tiltrekke og beholde personell med samisk kompetanse.²⁹¹

Nasjonalt senter for distriktsmedisins (NSDM) kunnskapsoppsummering fra 2023 viser at økonomiske insentiver er blant de mest brukte virkemidlene for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktene. Samtidig er forskningen på effekten av slike tiltak ikke entydig. Økt lønn, rekrutteringsbonus, ekstra ferie og dekning av pendlerutgifter er blant tiltakene som brukes hyppigst. Basert på kommunenes egne vurderinger framstår økt lønnsnivå som det mest virkningsfulle enkelttiltaket.

Evalueringer av personrettede virkemidler i tiltakssonen for Finnmark og Nord-Troms tyder på at økonomiske ordninger kan ha betydning for rekruttering, men at effekten av tiltakene

²⁸⁷ Helse Nord RHF (2022), s. 20.

²⁸⁸ Innst. 441 L (2022–2023), jf. [Prop. 58 L \(2022–2023\), kap. 12](#).

²⁸⁹ Samisk språkutvalg foreslo i 2016 å innføre fortrinnsrett for kvalifiserte søkere med samisk språkkompetanse i enkelte offentlige stillinger. Forslaget ble ikke fulgt opp. Ved behandlingen av lovendringen i 2023 la departementet til grunn at formålet best kunne ivaretas gjennom en tydelig hjemmel for å etterspørre samisk språkkompetanse i stillingsutlysninger. Kautokeino kommune og Samisk høyskole tok til orde for en ordning med fortrinnsrett for samiskspråklige søkere i høringen til lovforslaget. Departementet viste til arbeidsgivers styringsrett og mente at hensynet med regelen oppnås best med en tydelig hjemmel for arbeidsgiver til å sette samiskkompetanse som ønsket eller nødvendig kvalifikasjon ved utlysning av en stilling. NOU 2016: 18 og Prop. 58 L (2022–2023), kap. 12.

²⁹⁰ Finnmarkssykehuset HF har innført språktilllegg for enkelte yrkesgrupper som bruker samisk i pasientbehandling, i henhold til overenskomster med fagforeningene. UNN HF har omtalt tilsvarende ordninger i sine planer. Finnmarkssykehuset gir også økonomisk kompensasjon til ansatte som gjennomfører samiskopplæring. [Helse Nord RHF \(2022\)](#).

²⁹¹ NORCE viser blant annet til kommuner som gir lønnstillegg etter nivå av samisk språkkompetanse, lønn som tilsvarer full ansiennitet ved ansettelse, engangsutbetalinger ved tiltredelse og andre særskilte goder. Blant eksemplene som trekkes fram er ordninger i Guovdageaidnu/Kautokeino, Gáivuotna/Kåfjord og Dielddanuori/Tjeldsund. NORCE (2022), s. 91 og 92.

varierer.²⁹² Ordninger for nedskriving av studielån ser ut til å ha større effekt enn flere andre økonomiske virkemidler. Samtidig viser forskning at ordninger med bindingstid ofte har begrenset effekt på langvarig stabilisering, fordi personell gjerne slutter når bindingstiden er over.²⁹³

7.4.2.4 Permisjon med lønn og stipend for fagutdanning

Finnmarkssykehuset HF har over tid brukt ulike virkemidler for rekruttering og stabilisering av personell, blant annet stipendordninger, kompetansehevingstiltak, støtte til grunn- og videreutdanning, lokale velferdstiltak og samarbeid med kommuner og næringslivet.²⁹⁴

Evalueringen av legerekreteringsprosjektet ved Finnmarkssykehuset HF viste at stipend til leger i spesialisering ga gode resultater. Mange av stipendmottakerne vendte tilbake til Finnmarkssykehuset HF etter endt utdanning og fortsatte også utover eventuell bindingstid. Samtidig ble det pekt på at mange av mottakerne allerede hadde tilknytning til Finnmark, noe som kan ha påvirket resultatet.²⁹⁵

NORCE-rapporten fra 2022 viser til erfaringer fra flere kommuner som tyder på at det kan være mer effektivt å gi personer med samisk språkkompetanse mulighet til å ta helsefaglig utdanning enn at personell som allerede har fagutdanning skal lære seg samisk. Flere kommuner har derfor gitt stipend eller permisjon med lønn til ansatte som tar fagutdanning på videregående nivå eller høyere utdanning.²⁹⁶

Tilgang til videre- og etterutdanning, kurs og faglig utvikling er også viktig for å beholde personell. Muligheter for kompetanseutvikling bør synliggjøres tidlig i ansettelsesforholdet. Lokale fagmiljøer, tverrfaglige team og digitale læringsarenaer kan bidra til både faglig utvikling og bedre stabilitet.²⁹⁷

7.4.2.5 Arbeidsvilkår: velferdsordninger, arbeidstid og vaktordninger, arbeidsmiljø og ledelse, fleksible stillinger og delte stillinger

Arbeidsvilkår er en sentral faktor for både å rekruttere og stabilisere helsepersonell i samiske områder. Dette omfatter arbeidstidsordninger, arbeidsmiljø, faglige utviklingsmuligheter, fleksible stillingsløsninger og velferdsordninger som tar hensyn til samisk kultur og livssituasjon.

Enkelte helseforetak har tiltak som skal bidra til dette. Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF har som et mål om å tilrettelegge permisjonsordninger som ivaretar samiske tradisjoner og familierelasjoner ved dødsfall og begravelser. UNN HF og Helgelandssykehuset HF har også vurdert ordninger som gir samisk personell fri på den samiske nasjonaldagen.²⁹⁸

Forskning og erfaringer viser at arbeidstid og vaktbelastning har stor betydning for rekruttering og stabilisering. Høy arbeidsbelastning og krevende turnusordninger kan gjøre det vanskelig å kombinere arbeid og familieliv og bidra til økt turnover. Samtidig viser erfaringer fra distriktskommuner at lokalt tilpassede turnusordninger og involvering av ansatte i utformingen av arbeidsordninger kan bidra til økt trivsel og bedre stabilitet.²⁹⁹

Et godt arbeidsmiljø er avgjørende for å beholde personell. Forskning viser at ansatte oftere slutter på grunn av belastende arbeidsforhold enn på grunn av arbeidsoppgavene. God

²⁹⁸ UNN HF beskriver i tiltaksplanen et mål om å få på plass en velferdsordning der samisk personell som ønsker, gis fri 6. februar, samt at permisjonsordning tilknyttet dødsfall/begravelse tilpasses storfamilien i tråd med ordningen til Sametinget og fylkeskommunen. Dette målet har også Helgelandssykehuset med i sin plan. Også Finnmarkssykehuset HF har mål om en permisjonsordning tilknyttet dødsfall tilpasses samisk tradisjon i sin plan. Helse Nord RHF (2022).

²⁹⁹ I NORCE-rapporten fra 2022 vises det til at Guovdageaidnu-Kautokeino arbeider målrettet for å sikre et godt og stabilt arbeidsmiljø og holde på egne ansatte ved å ha en «helhetskultur», hvor folk kan jobbe heltid, med en sunn turnus, og hvor brukere i eldreomsorgen ikke må forholde seg til veldig mange ulike ansatte. Som en del av dette arbeidet skulle de prøve ut en ny turnus-ordning i eldreomsorgen med 12-timers vakter, hvor de setter opp turnus for opptil et år om gangen heller enn bare seks uker av gangen. En slik ordning skulle etter planen gi 80 arbeidsdager mindre, med friperioder på 3–9 dager mellom arbeidsøkter. Lignende ordninger har vært prøvd i andre kommuner, med blandet resultat.

²⁹² De personrettede virkemidlene er lavere skatt, fritak for elavgift og avskriving av studielån. Vista Analyse (2022).

²⁹³ Russell mfl. (2021).

²⁹⁴ [Finnmarkssykehuset HF \(2024\)](#).

²⁹⁵ [Abelsen og Gaski \(2015\)](#).

²⁹⁶ NORCE (2022).

²⁹⁷ NSDM (2019).

ledelse, faglige nettverk, mulighet for kompetanseutvikling og innflytelse over egen arbeidssituasjon trekkes fram som viktige faktorer for å skape stabile fagmiljøer.³⁰⁰

Ansatte som arbeider med samiske pasienter, kan oppleve et krysspress mellom standardiserte krav til aktivitet og behovet for kulturtilpasset praksis. Kultursensitive konsultasjoner kan kreve mer tid og fleksibilitet enn hva dagens styrings- og rapporteringssystemer i noen tilfeller legger til rette for. Dette understreker behovet for ledelse og organisatoriske rammer som støtter kulturtilpassede tjenester.

Både norske og internasjonale studier viser at det kreves en kombinasjon av tiltak for å rekruttere og beholde helsepersonell. Arbeidsvilkår, lønn, faglig utvikling, gode fagmiljøer, anerkjennelse, familiehensyn og muligheten til å yte tjenester av god kvalitet framstår alle som viktige faktorer.³⁰¹ Dette er også i tråd med Verdens helseorganisasjons anbefalinger om anstendige arbeidsforhold, sterke fagmiljøer og gode støtteordninger for helsepersonell i distriktsområder.³⁰²

Universitetssykehuset Nord-Norge HF har i innspill til utvalget pekt på at kombinerte stillinger innen klinikk, forskning og undervisning kan bidra til mer attraktive fagmiljøer for samisk personell.

7.4.2.6 Stabiliseringsprogram og tilpassede karriereløp for ansatte med samisk kompetanse

Erfaringer fra forskning og praksis viser at rekruttering og stabilisering av helsepersonell krever en helhetlig tilnærming. Verdens helseorganisasjon og flere kunnskapsoppsummeringer peker på at tiltak

som kombinerer faglig støtte, karriereutvikling, gode arbeidsvilkår og sosial integrering har større effekt enn enkelttiltak alene.³⁰³

Et strukturert stabiliseringsprogram bør starte ved ansettelse og omfatte introduksjon, opplæring og systematisk oppfølging i den første perioden. God støtte tidlig i arbeidsforholdet kan redusere turnover og øke sannsynligheten for at ansatte ønsker bli.³⁰⁴ Individuell karriereplanlegging bør inngå i programmene. Dette kan omfatte kompetanseutvikling, spesialisering, mentorordninger og muligheter for kombinerte stillinger innen klinikk, forskning, undervisning og fagutvikling.

Sosial og praktisk integrering er også viktig. For ansatte som flytter til distriktsområder, kan tilgang til bolig, barnehage, skole og arbeid for partner ha betydning for om de blir værende. Sosiale møteplasser og faglige nettverk kan bidra til tilhørighet og redusere opplevelsen av isolasjon.

Stabiliseringsprogrammene bør videre omfatte systematisk oppfølging av arbeidsmiljø og arbeidsbelastning. For å ha varig effekt må de være ledelsesforankret og inngå som en del av virksomhetens personalpolitikk.³⁰⁵ Det er også nødvendig å sikre arbeidsmiljøer der samiskspråklige ansatte opplever kulturell trygghet, anerkjennelse og likeverd. Diskriminering og negative holdninger knyttet til samisk språk og identitet kan utgjøre barrierer for rekruttering og for å beholde nødvendig kompetanse. Dette er relevant også utenfor de samiske områdene ved institusjoner som har et særskilt behov for samisk språk- og kulturkompetanse. Ledelsen har et særlig ansvar for å fremme en organisasjonskultur som verdsetter slik kompetanse og legger til rette for at kompetansen kan brukes og videreutvikles i tjenestene.

³⁰⁰ Ledelse som lykkes med stabilisering av personell, kjennetegnes av systematisk teambygging. Dette innebærer å involvere ansatte i rekrutteringsprosesser, legge til rette for felles læringsarenaer og gi teamet reell innflytelse over egen arbeidshverdag, arbeidsstrategier og lokal ledelsesutvikling. NSDM (2019).

³⁰¹ For eksempel viste en NOVA-studie (rapport 14/2020) blant sykepleiere i kommunal helse- og omsorgstjeneste at halvparten av sykepleierne ønsket å slutte, eller var usikre på om de ville slutte i jobben på grunn av stor arbeidsbelastning, stort tidspress, for få sykepleiere på jobb, ubekvem arbeidstid, for lav lønn og at de ikke hadde fått en heltidsstilling.

³⁰² WHO (2021).

³⁰³ Buykx mfl. (2010); WHO (2021); Russell mfl. (2021).

³⁰⁴ NOVA (2020); Melby mfl. (2022).

³⁰⁵ WHO (2021) og Russell mfl. (2021).

7.4.2.7 Kurs og kompetanseheving

Et felles tiltak i de regionale helseforetakenes arbeid med samiske helse- og omsorgstjenester er å styrke ansattes kunnskap om samisk språk, kultur, historie og samfunnsforhold. Blant tiltakene er e-læringsprogrammer, undervisningsopplegg og ulike former for opplæring i samisk språk og kulturforståelse.

I november 2025 lanserte de fire regionale helseforetakene et felles e-læringsprogram om samiske forhold i helse- og omsorgstjenestene. Programmet skal bidra til felles kunnskapsgrunnlag og øke bevisstheten om hvordan mangelfull kunnskap om samisk språk, kultur og samfunnsforhold kan påvirke kommunikasjon, kliniske vurderinger og kvaliteten på tjenestene. E-læringen er primært utviklet for ansatte i spesialisthelsetjenesten, men kan også brukes i kommunale tjenester, lederopplæring og introduksjonsprogram for nyansatte.³⁰⁶

Helsedirektoratet, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), samiske språksentre og andre fagmiljøer tilbyr også kurs i samisk språk og kulturforståelse. Erfaringer viser at kurs i kulturforståelse ofte oppleves som nyttig, mens effekten av grunnleggende språkopplæring varierer. Samtidig kan selv enkel språkkompetanse være verdifull i møte med samiske pasienter og brukere.

Flere innspill til utvalget understreker behovet for systematisk og kontinuerlig kompetanseutvikling. Det er pekt på at opplæringen bør omfatte hele spesialisthelsetjenesten, og at den ikke bør begrenses til enkeltstående kurs. Bedre

muligheter for opplæring i nord-, lule- og sørsamisk er også ønsket.³⁰⁷

7.4.3 Utdanningssektoren

7.4.3.1 Grunnutdanning og videregående opplæring

Utdanningssektoren har ansvar for å sikre at samiske barn og unge får grunnskoleopplæring og videregående opplæring på samisk. Dette er en grunnleggende forutsetning for rekruttering av personell med samisk språkkompetanse til helse- og omsorgstjenesten. For å kvalifisere for opptakskvoter for søkere med samisk språkkompetanse kreves samisk som første- eller andrespråk i grunnskole eller videregående opplæring, eller dokumentert samisk språkkompetanse gjennom høyere utdanning.³⁰⁸

Som oppfølging av Meld. St. 20 (2023–2024) *Opptak til høgare utdanning* ble det fastsatt en ny opptaksforskrift i 2025. Fra 2028 gis det ett tilleggspoeng til søkere som har samisk som førstespråk i videregående opplæring. Formålet er å stimulere flere elever til å velge samisk som førstespråk, jf. forskriften § 5-7.

7.4.3.2 Universitets- og høyskolesektoren

7.4.3.2.1 Sektorens rolle

Universitets- og høyskolesektoren har en sentral rolle i å sikre tilstrekkelig tilgang på personell med samisk språk- og kulturkompetanse. Dette omfatter både rekruttering til helseutdanninger, samiske språkfag og tolkeutdanninger samt

³⁰⁶ Målet med e-læringen er at helsepersonell etter å ha gjennomført e-læringen skal vite at mangelfull kunnskap om samiske språk, historie, samfunnsforhold, kultur og levestett kan føre til at de blir upresise i sin kommunikasjon med samiske pasienter. Det kan også ha følger for helsefaglige vurderinger av samiske pasienter. Dette kan ha betydning for faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet. Videre skal helsepersonell ha lært hva de bør være særlig oppmerksomme på i møte med samiske pasienter, betydningen av lydhørhet samt hva som fremmer god dialog, når tolk bør bestilles og hvordan dette gjøres, og de skal vite hvor de kan lære mer. [E-læringskurs om samiske pasienter](#).

³⁰⁷ Snåsa kommune skriver i innspill til utvalget at de anbefaler å gjennomføre opplæring til alle norske helsearbeidere om samisk språk og kultur: «Snåsa kommune har gjennomført SANKS sitt digitale e-læringsprogram til alle ansatte i grupper, og har lagt det inn på kommunens område på KS-læring slik at alle nyansatte skal ta det individuelt i fortsettelsen. Dette gir et felles grunnlag og en begynnende forståelse. Helse Nord har utviklet et nytt e-opplæringsprogram som er lett tilgjengelig og mindre omfattende enn SANKS sitt. Vi anbefaler at det er obligatorisk for alle ansatte i spesialisthelsetjenesten å gjennomføre et digitalt læringsprogram. Alle ansatte må også ha en viss kompetanse om reindrift og reindriftsbefolkningens levevilkår i sitt område.»

Várdobáiki sámi guovddaš/Várdobáiki samisk senter anbefaler obligatorisk opplæring i samisk kulturforståelse.

Karasjok kommune skriver i innspill til utvalget at de mener det bør etableres systematisk opplæring i samisk kulturkompetanse i hele spesialisthelsetjenesten, og kompetanseutviklingen må være kontinuerlig og ikke begrenses til enkeltstående kurs, spesielt der hvor man mangler spesialister med språk- og kulturkompetanse.

³⁰⁸ [Kvotefor søkere med samisk språkkompetanse – Universitet og høyskole](#)

utvikling av relevante grunn-, videre- og etterutdanningstilbud. UH-sektoren har også et ansvar for å sikre at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om samiske språk, historie, kultur og samfunnsforhold. Dette forutsetter at samiske perspektiver inngår i undervisning, læringsutbytter og pensum.

En nasjonal samordningsarena for institusjoner som tilbyr samisk utdanning, finnes i Universitets- og høyskolerådets fagstrategiske enhet for samisk høyere utdanning og forskning, UHR samisk. UiT Norges arktiske universitet, Nord universitet og Samisk høyskole har etablert et samarbeid om en samisk forskerskole for å styrke rekruttering, drive kompetansebygging og forbedre forskningskvaliteten innen samisk og urfolksrelatert forskning. Forskerskolen skal fungere som et faglig nettverk på tvers av institusjonene og tilbyr kurs, veiledning og forskningssamarbeid for doktorgradskandidater. Formålet er blant annet å øke antallet samiske forskere, styrke kompetansen innen urfolksmetodologi og forskningsetikk samt bidra til tettere kobling mellom forskning, utdanning og samiske samfunn. Forskerskolen samarbeider også med universiteter i Norge, Sverige og Finland.³⁰⁹

7.4.3.2.2 Tolkeutdanning

Det er mangel på tolker i samiske språk. De permanente midlene Samisk høyskole fikk i statsbudsjettet for 2024 til etablering av samisk tolkeutdanning, er et viktig tiltak for å styrke kapasiteten. Høsten 2025 startet Samisk høyskole et emne på 30 studiepoeng i tolking mellom norsk og nordsamisk. For høsten 2026 er det utlyst tilsvarende emner i tolking mellom norsk og lule- og sørsamisk. Tilbudene gis på deltid over ett år.³¹⁰

7.4.3.2.3 Studiekvoter

Flere helsefaglige studier ved UiT Norges arktiske universitet har kvoter for søkere med samisk språkkompetanse. Dette gjelder blant annet medisin, psykologi, odontologi, paramedisin, farmasi, ernæring, vernepleie,

fysioterapi, ergoterapi og flere andre helsefaglige profesjonsutdanninger.³¹¹ Tilsvarende har enkelte helsefaglige studier ved UiT og kvoter for søkere med nordnorsk tilknytning.³¹²

Mens antall studieplasser har økt, har det ikke skjedd en tilsvarende økning i antall kvoteplasser for søkere med samisk språkkompetanse. Eksempelvis var det ved oppstarten av medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø i 1973 to kvoteplasser, og det var to kvoteplasser for medisinstudiet ved Universitetet i Bergen (UiB). Fra 2011 falt kvoteplassene i Bergen bort, og studentantallet ved UiT har siden økt til 180 studenter i 2024. Kvoten ved UiT ble økt til seks plasser med virkning fra opptaket i 2023.³¹³ Det har altså vært en forholdsvis nedgang i antall kvoteplasser.

Forskning tyder på at studentenes geografiske tilknytning har betydning for hvor de senere etablerer seg i arbeidslivet. Studier fra UiT viser at medisinstudenter fra Nord-Norge i stor grad blir i landsdelen etter fullført utdanning.³¹⁴ Internasjonal forskning viser tilsvarende at rekruttering av studenter med distriktsbakgrunn er forbundet med økt sannsynlighet for senere arbeid i distriktene.³¹⁵

³¹¹ På helse- og sosialfeltet har UiT Norges Arktiske Universitet følgende kvoter:

På farmasi er inntil to studieplasser reservert søkere med samisk språkkompetanse.

På ergoterapi er 10 % av studieplassene innen kvoten for nordnorske søkere (se under) reservert søkere med samisk språkkompetanse.

På helsefaglige profesjonsstudier er 10 % av studieplassene innen kvoten for nordnorske søkere reservert søkere med samisk språkkompetanse. Under helsefaglige profesjonsstudium regnes sykepleier, fysioterapi, tannpleier, bioingeniør og radiografi.

På medisin er inntil seks studieplasser reservert søkere med samisk språkkompetanse. På paramedisin er inntil to studieplasser reservert søkere med samisk språkkompetanse.

På psykologi (profesjon) er inntil to studieplasser reservert søkere med samisk språkkompetanse.

På odontologi er inntil to studieplasser reservert søkere med samisk språkkompetanse. På ernæring er inntil to studieplasser reservert søkere med samisk språkkompetanse. På vernepleie er inntil to studieplasser reservert søkere med samisk språkkompetanse: [Kvoter for søkere med samisk språkkompetanse – Universitet og høyskole](#)

³¹² [Kvoter for nordnorske søkere – Universitet og høyskole](#)

³¹³ [Tredobler opptaket av samiskspråklige medisinstudenter | UiT](#)

³¹⁴ [Legestudenter fra nord blir i nord, viser studie fra UiT](#)

³¹⁵ Fosse og Abelsen (2023).

³⁰⁹ [UiT, Nord og Sámi allaskuvla går sammen om samisk forskerskole | UiT](#)

³¹⁰ Meld. St. 8 (2025–2026), kap. 6.

Som oppfølging av Meld. St. 20 (2023–2024) *Opptak til høgare utdanning* ble det i 2025 vedtatt endringer i reglene for samisk kvote og i kvoterekkefølgen. Formålet er å sikre at kvoten benyttes av søkere med funksjonell samisk språkkompetanse, og å hindre at kvoten i praksis fungerer som en øvre grense for opptak, jf. opptaksforskriften § 5-10.³¹⁶

7.4.3.2.4 Samisk sykepleierutdanning

Bachelor i samisk sykepleie er en desentralisert, fireårig profesjonsutdanning med hovedbase i Kautokeino. Utdanningen tilbys i samarbeid mellom Samisk høgskole og UiT Norges arktiske universitet og skal bidra til å utdanne sykepleiere med kompetanse i nordsamisk språk og kultur.³¹⁷

Det første kullet ble uteksaminert i 2024. Utdanningen er organisert som et deltidsstudium med 25 studieplasser og opptak annet hvert år. Første kull hadde fem kandidater.³¹⁸

7.4.3.2.5 Fagplan på medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet

For å sikre likeverdige helsetjenester og følge opp RETHOS-forskriften og Sannhets- og forsoningskommisjonen, har UiT utarbeidet en helhetlig fagplan for samisk helse i medisinstudiet. Planen sikrer at studentene gjennom hele det seksårige studieløpet oppnår kompetanse om urfolksrettigheter, fornorskingskonsekvenser og epidemiologi samt praktiske ferdigheter i kultursensitiv kommunikasjon og tolkebruk. En slik systematisk integrering i grunnutdanningene er et sentralt tiltak for å bygge ned helseforskjeller og etablere kulturell trygghet i helsetjenesten.

7.4.3.2.6 Styrking av samisk helsekompetanse i RETHOS for sykepleierutdanningen

Ved revisjon av forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (RETHOS)

er kravene til samisk kultur- og helseforståelse skjerpet.³¹⁹ Endringene innebærer en tydeligere forankring av kunnskap om samenes status som urfolk, deres lovfestede rettigheter og særskilte helse- og omsorgsbehov. Målet er å sikre at nyutdannede sykepleiere har handlingskompetanse til å møte samiske pasienter med språklig og kulturell forståelse, og dermed bidra til likeverdige helsetjenester og kulturell trygghet i pasientmøtet.³²⁰

7.4.3.2.7 Desentralisert utdanning

Desentraliserte sykepleierutdanninger tilbys ved flere utdanningsinstitusjoner og er et viktig virkemiddel for å sikre tilgang på helsepersonell i distriktene. Utdanningene kombinerer vanligvis lokal eller samlingsbasert undervisning, digitale læringsformer og praksis i studentenes nærområde. Dette gjør det mulig å kombinere utdanning og arbeid med familieliv.³²¹

Desentraliserte utdanningstilbud gir personer som ikke kan eller ønsker å flytte, mulighet til å ta utdanning der de bor. Erfaringene viser at dette bidrar til både rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktene. En studie fra UiT Norges arktiske universitet fant at 92,5 prosent av studentene i tre kull fra Finnmark arbeidet i fylket etter endt utdanning, og at de fortsatt var i arbeid der tre til fem år senere. Studien konkluderte med at desentralisert utdanning bidrar til å øke tilgangen på sykepleiere i distriktene, samtidig som utdanningskvaliteten er på nivå med de ordinære studietilbudene.³²²

³¹⁶ Meld. St. 8 (2025–2026), kap. 3; [Forskrift om opptak til høgare utdanning \(opptaksforskrifta\) - Kapittel 5. Rangering av søkarar ved opptak - Lovdata](#)

³¹⁷ [Samisk sykepleie - bachelor | UiT](#)

³¹⁸ [Samisk sykepleierutdanning: Målet er å utdanne kulturelt trygge sykepleiere](#)

³¹⁹ [Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene \(RETHOS\) - regjeringen.no](#)

³²⁰ [Endringer i forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse.](#)

³²¹ Ved UiT Norges arktiske universitet tilbys desentralisert sykepleierutdanning blant annet i Hammerfest, i Nord-Troms (Hånsagieddi/Storslett), og i en rekke mindre kommuner i Finnmark. Nord universitet tilbyr desentraliserte og nett- og samlingsbaserte sykepleierutdanninger, blant annet i Måefie/Mo i Rana og i regionene Vesterålen og Namsos. I tillegg tilbyr flere andre utdanningsinstitusjoner deltid- og samlingsbaserte sykepleierløp på en rekke studiesteder, blant annet i Alta, Bardu og Alstahaug.

³²² Eriksen og Huemer (2019).

7.4.3.2.8 FoU-midler, praksisplasser og hospitering – samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjoner for langsiktig kompetansebygging

I flere innspill til utvalget understrekes betydningen av et tett samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helsetjenesten. Dette gjelder både kartlegging av kompetansebehov og utvikling av tiltak for å sikre nødvendig kompetanse på ulike nivåer i tjenesten. Samiske perspektiver bør inngå i planlegging og strategiarbeid i både utdanningssektoren og helsetjenesten.

Forskning viser at praksisopphold og annen praksisnær læring i distriktene øker sannsynligheten for senere arbeid i distrikt.³²³ Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) peker på lokale utdanningsarenaer, praksisplasser, kurs og faglige samlinger som viktige virkemidler for langsiktig rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Overgangsordninger for nyutdannede, mentorordninger og distriktsrelevant læringsinnhold trekkes også fram som tiltak som kan styrke rekrutteringen.³²⁴

SANKS bidrar til kompetansebygging gjennom opplæring, forskning, praksisplasser, hospitering og forsknings- og utviklingsmidler.³²⁵ Helsedirektoratet tilbyr tilskudd til fagutvikling og kompetanseheving innen tjenester til samiske brukere.³²⁶ Várdobáiki samisk senter anbefaler praksisavtaler mellom utdanningsinstitusjoner og relevante virksomheter for å styrke rekrutteringen av samisk helsepersonell.

Karasjok kommune har pekt på behovet for LIS-forløp som inkluderer tjeneste ved Sámi klinihkka, og for at sykepleiestudenter ved Samisk høyskole skal kunne gjennomføre praksis der.

7.4.4 Tiltak i andre sektorer enn helse og utdanning

For å sikre tilgang på arbeidskraft i samiske områder og distriktsområder kan det være nødvendig med tiltak som gjør det enklere å bosette seg og bli værende over tid. Slike tiltak kan omfatte tilgang til bolig, barnehage, arbeid for partner og andre tiltak som bidrar til trivsel og tilhørighet i lokalsamfunnet.

I Finnmark og Nord-Troms er det etablert en rekke økonomiske virkemidler gjennom innsatssonen (tidligere tiltakssonen). Formålet er å stimulere til bosetting, næringsutvikling og rekruttering av arbeidskraft. Virkemidlene omfatter blant annet nedskrivning av studielån, gratis barnehage, skattefordeler og andre økonomiske ordninger, rettet mot innbyggere i området.³²⁷

7.5 Utvalgets samlede vurderinger og anbefalinger

Tilgang på personell med samisk språk- og kulturkompetanse er en grunnleggende forutsetning for å kunne tilby likeverdige og kulturelt tilpassede spesialisthelsetjenester til samiske pasienter. Utfordringene varierer mellom geografiske områder, språkgrupper og fagområder, og kunnskapsgrunnlaget gir ikke grunnlag for å peke på ett enkelt tiltak som kan sikre god rekruttering og stabil tilgang på personell som har både samisk språk- og kulturkompetanse. Erfaringene viser at varig tilgang på personell må bygges gjennom utdanning, målrettet rekruttering, gode arbeidsvilkår og tiltak som bidrar til at

³²³ Fosse og Abelsen (2023).

³²⁴ NSDM (2019).

³²⁵ [Om Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus \(SANKS\); Forsknings- og utviklingsmidler fra SANKS. FoU retningslinjer for tildeling av midler.](#)

³²⁶ [Fagutvikling og kompetanseheving i omsorgstjenestene til samiske brukere - Helsedirektoratet](#)

³²⁷ Innsatssonen omfatter alle kommuner i Finnmark og Nord-Troms. Disse kommunene er med i innsatssonen: Alta, Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Hammerfest, Hasvik, Karasjok, Kautokeino, Lebesby, Loppa, Måsøy, Nesseby, Nordkapp, Porsanger, Sør-Varanger, Tana, Vadsø og Vardø i Finnmark, og Karlsøy, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvæangen og Lyngen i Nord-Troms. Fordelene for enkeltpersoner ved å bo i sonen er: sletting av studielån/utdanningslån, gratis barnehage, tillegg i barnetrygden, lavere skatt på alminnelig inntekt, særskilt fradrag i personinntekten (finnmarksfradraget) og fritak for el-avgift. I statsbudsjett for 2026 vil virkemidlene i innsatssonen utgjøre vel 7 milliarder kroner. Av dette er om lag 2,2 milliarder kroner rettet mot enkeltpersoner. [Innsatssonen i Finnmark og Nord-Troms \(tidligere tiltakssonen\) - regjeringen.no](#)

ansatte blir værende over tid. Rekruttering av personer med lokal tilknytning, desentraliserte utdanninger, praksis i samiske områder og stipend- og kompetanseordninger framstår som særlig relevante virkemidler.

Utvalget vurderer at dagens regelverk gir en tydelig adgang til å etterspørre samisk språkkompetanse når dette er nødvendig for å utføre virksomhetens oppgaver. Det viktigste er derfor at helseforetakene aktivt og systematisk kartlegger behovet for samisk språk- og kulturkompetanse og etterspør denne kompetansen i rekrutteringsprosesser når det er relevant.

Etter utvalgets syn bør arbeidsgivere innen spesialisthelsetjenesten som har behov for samisk språk- og kulturkompetanse, arbeide mer aktivt og strategisk med rekruttering. Dette kan blant annet innebære tidlig kontakt med studenter, økt synlighet overfor elever, studenter og fagmiljøer og en mer systematisk tilnærming til rekruttering av personell med relevant kompetanse.

Utvalget vurderer at samisk språk- og kulturkompetanse representerer en særskilt kompetanse som bør anerkjennes i spesialisthelsetjenesten. Økonomiske virkemidler kan være ett av flere tiltak for å rekruttere og beholde personell med slik kompetanse, særlig i områder hvor tilgangen er begrenset. Utvalget mener det bør vurderes modeller for differensiert godtgjørelse basert på dokumentert språklig kompetanse.³²⁸ Utvalget vil også understreke betydningen av å anerkjenne samisk kulturkompetanse som en selvstendig og viktig del av kompetansegrunnlaget. Både i områder hvor samisk språkkompetanse står sterkt og der den er begrenset, kan kulturkompetansen være avgjørende for å kunne tilby likeverdige tjenester.

Utvalget vil peke på at stipendordninger, permisjon med lønn, videreutdanning og andre kompetansehevende tiltak kan bidra til både rekruttering og stabilisering av personell med

samisk språk- og kulturkompetanse. Erfaringene tilsier at slike virkemidler kan ha særlig god effekt når de rettes mot personer som allerede har tilknytning til regionen eller det samiske samfunnet.

Utvalget vurderer at fleksible stillingsløsninger, gode velferdsordninger, balanserte vaktordninger og stabile fagmiljøer er viktige virkemidler for å rekruttere og beholde personell med samisk språk- og kulturkompetanse. Utvalget mener det bør legges til rette for kombinerte stillinger på tvers av klinikk, forskning, undervisning og ulike deler av helsetjenesten. Videre bør arbeidsgivere vurdere fleksible arbeidsformer og ordninger som støtter samisk kultur og livssituasjon. Slike tiltak kan bidra til både økt rekruttering, større kulturell trygghet og bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse.

Etter utvalgets vurdering kan systematiske stabiliseringsprogrammer med individuell oppfølging, mentorordninger, god ledelsesstøtte, karriereplanlegging og tiltak for sosial integrering være et viktig virkemiddel for å rekruttere og beholde personell med samisk språk- og kulturkompetanse.

Det interregionale e-læringsprogrammet gir et viktig felles kunnskapsgrunnlag for ansatte i spesialisthelsetjenesten. Utvalget mener at alle ansatte bør gjennomføre slik grunnopplæring. Samtidig er e-læring alene ikke tilstrekkelig. Virksomheter som har et særlig behov for samisk språk- og kulturkompetanse, må også legge til rette for videre opplæring, språkkompetanse og mer omfattende kompetanseutvikling, med for eksempel årlige kliniske workshops, seminarer og kurs, slik det gjøres på New Zealand. Kompetanseheving bør struktureres på flere nivåer: grunnkompetanse for alle ansatte, utvidet grunnkompetanse i tjenester med mange samiske brukere, kulturkompetanse samt språk- og kulturkompetanse der samisk språk og særskilt kulturforståelse er nødvendig.

Når det gjelder tiltak i utdanningssektoren, legger utvalget til grunn at tilgang på samiskspråklige ungdommer er en forutsetning for rekruttering til samiskspråklige helseutdanninger. Utvalget går ikke nærmere

³²⁸ Utvalget har mottatt innspill om at språktilllegg bør graderes, for eksempel i fire nivåer fra noe kunnskap i den ene enden til morsmålsnivå i den andre.

inn på tiltak innen grunnskoleopplæring og videregående opplæring.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har i innspill til utvalget pekt på behovet for tiltak som styrker utdanningsløp for samiskspråklige studenter og rekrutteringen til spesialisthelsetjenesten. Utvalget deler denne vurderingen.

Etter utvalgets syn er økt utdanningskapasitet for tolker en forutsetning for å bygge opp og opprettholde en nasjonalt dekkende tolketjeneste på nord-, lule- og sørsamisk.

Utvalget mener at studiekvotordninger er et viktig virkemiddel for å rekruttere personell med samisk språkkompetanse. Utvalget mener antallet kvoteplasser bør økes og at kvotordningen for studenter med samisk språkkompetanse bør innføres ved flere utdanningsinstitusjoner.

Utvalget vurderer den samiske sykepleierutdanningen som et viktig tiltak for å styrke tilgangen på sykepleiere med samisk språk- og kulturkompetanse. Samtidig stilles det krav om dokumentert kompetanse i nordsamisk. Dette kan begrense rekrutteringsgrunnlaget, ettersom få unge behersker nordsamisk på et tilstrekkelig nivå, fordi søkere med sør- eller lulesamisk språkkompetanse ikke omfattes, og mange samiskspråklige velger andre utdanninger eller yrker. UiT Norges arktiske universitet har selv pekt på språkkravet som en viktig forklaring på den lave rekrutteringen. Utvalget mener det bør vurderes om opptaksordningen og undervisningsopplegget kan utformes slik at også søkere med sør- og lulesamisk språkkompetanse kan omfattes. Den lave rekrutteringen kan også ha sammenheng med at utdanningen er ny og relativt lite kjent. Utvalget mener derfor at informasjon om studiet bør spres mer aktivt gjennom videregående skoler og relevante samiske miljøer. Det bør også vurderes om økonomiske virkemidler, som stipendordninger eller lønn under utdanning, kan bidra til å øke rekrutteringen.

Fagplanen i samisk helse for medisinstudiet ved UiT er et viktig bidrag til å styrke samisk språk- og kulturkompetanse i helsefagutdanningene.

Utvalget mener fagplanen bør være norm og innføres også ved andre medisinstudier og i andre helse- og sosialutdanninger.

Utvalget vurderer at dagens forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (RETHOS) ivaretar behovet for kunnskap om samiske språk, kultur og rettigheter på en god måte. De nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) revideres jevnlig, og utvalget mener tilsvarende hensyn bør ivaretas ved revisjon av de øvrige utdanningene. Utvalget vil samtidig understreke at endringer i retningslinjene må følges opp i undervisning, læringsutbytter og pensum, dersom de skal få betydning for framtidig kompetanse i tjenestene. I tillegg bør det vurderes å styrke retningslinjene ytterligere, i tråd med fagplanen for samisk helse fra medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø.

Utvalget vurderer at desentraliserte utdanninger er et relevant og dokumentert virkemiddel for å styrke rekrutteringen av helsepersonell til distriktsområder. Slike utdanningstilbud bør derfor også brukes målrettet for å rekruttere personell med samisk språk- og kulturkompetanse.

Utvalget vurderer at det er behov for tettere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenesten enn det er i dag. Praksisplasser, hospitering og utdanningsløp i samiske områder bør brukes mer systematisk for å rekruttere og beholde personell med samisk språk- og kulturkompetanse.³²⁹ Allerede fra videregående skole må samisk ungdom få en forståelse for at deres samiske kompetanse vil bli verdsatt videre i arbeidslivet. Utvalget mener også at det bør vurderes flere stipendordninger for samiske studenter, økt rekrutteringsarbeid overfor samisk ungdom og flere praksis- og utdanningsløp knyttet til Sámi klinihkka og samiske kommuner. Utvalget vil peke på at det kan arrangeres en samisk dag på høsten på UiT Norges arktiske universitet og eventuelt andre studiesteder, der kommuner og spesialisthelsetjenesten er til

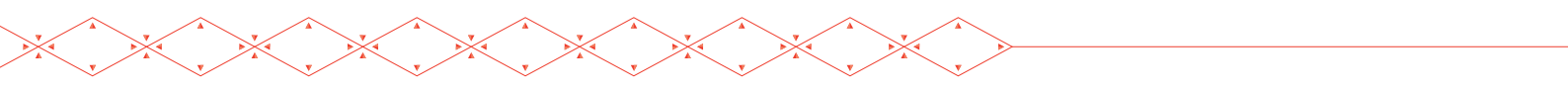
³²⁹ Det er blant annet foreslått stipendordninger for samiske studenter med bindingstid, praksisplasser ved Sámi klinihkka og i samiske kommuner, særskilte LIS-forløp med tjeneste ved Sámi klinihkka, rekrutteringsarrangementer rettet mot samiske studenter, samt ordninger med fast ansettelse etter fullført spesialisering.

stede for å rekruttere studenter. Samisktalende studenter bør få tilbud om praksisplasser i samiske områder slik at de får benyttet sin språk- og kulturkompetanse. I tillegg mener utvalget det som et rekrutteringstiltak bør tilbys hele eller deler av LIS3 ved den nye nasjonale enheten for samisk helse og nettverket rundt, kombinert med fast ansettelse og avtaler om videre tjeneste etter gjennomført utdanning.

Utvalget peker også på at virkemidler som bidrar til bosetting og tilknytning til lokalsamfunnet, kan ha betydning for rekruttering og stabilisering av personell med samisk språk- og kulturkompetanse. Utvalget mener derfor at det bør vurderes om enkelte ordninger, særlig nedskrivning av studielån, kan brukes mer målrettet for å rekruttere og beholde helsepersonell med samisk språk- og kulturkompetanse, både innenfor og utenfor dagens innsatssone.

Utvalget mener at det vil være behov for en helhetlig strategi for å ivareta og styrke samisk kompetanse innen helsesektoren, og en samlet tilskuddsordning for rekruttering, kompetanseutvikling og stabilisering av personell med samisk språk- og kulturkompetanse, jf. kapittel 9. Det er avgjørende at det finnes tilstrekkelige midler til å koordinere og styrke rekrutterings- og kompetansearbeidet i tiden som kommer.

Tilgang på personell med samisk språk- og kulturkompetanse er en forutsetning for å nå målene om høy kvalitet, tilgjengelighet og kulturelt tilpassede tjenester. Målet bør være å rekruttere flest mulig ansatte med både språk- og kulturkompetanse, men det er uansett viktig at alle ansatte har den nødvendige kulturkompetansen for å kunne gi et forsvarlig tjenestetilbud til både samisktalende og ikke-samisktalende pasienter. Tjenestene må også ha organisatoriske og tekniske løsninger og faglige støttestrukturer som gjør det mulig å omsette kompetansen til gode og likeverdige tjenester for samiske pasienter. Avslutningsvis påpeker utvalget at forsterket organisering og økt samisk innflytelse kan bidra til økt trivsel, økt motivasjon og økt rekruttering av samisk helsepersonell.



8 Digitalisering, teknologi, infrastruktur og samhandling

8.1 Innledning

Digitalisering og teknologi er sentrale virkemidler for å sikre tilgjengelige, kulturelt tilpassede og likeverdige spesialisthelsetjenester til samene. Store geografiske avstander, spredt bosetting og begrenset tilgang på samisk språk- og kulturkompetanse gjør det utfordrende å tilby helsetjenester med samme tilgjengelighet og kvalitet over hele landet. Teknologiske løsninger må samtidig ses i sammenheng med infrastruktur og organisatoriske tiltak som gjør det mulig å dele kompetanse og samordne tjenester på tvers av geografiske og administrative grenser.

Den teknologiske utviklingen går raskt og skaper nye muligheter for hvordan spesialisthelsetjenester kan organiseres, utvikles og tilbys. Digitale konsultasjoner, digital hjemmeoppfølging, kunstig intelligens, språkteknologi, avansert medisinsk utstyr og nye samarbeidsløsninger kan redusere betydningen av geografiske avstander og gjøre spesialisert kompetanse tilgjengelig der pasienten befinner seg. Dette kan få særlig stor betydning for samiske pasienter, som ofte bor spredt og langt fra større fagmiljøer. På lengre sikt kan den teknologiske utviklingen legge grunnlaget for en mer nasjonalt samordnet samisk spesialisthelsetjeneste, der samisk språk- og kulturkompetanse deles på tvers av regioner og institusjoner. Teknologien kan gjøre det mulig å bygge sterke fagmiljøer som samarbeider digitalt, utvikle nye samiskspråklige tjenester og styrke forskning, innovasjon og kompetansedeling. Slik kan ny teknologi

bidra til at samiske pasienter får tilgang til spesialisthelsetjenester av høy kvalitet uavhengig av bosted, samtidig som tjenestene i større grad kan tilpasses samisk språk, kultur og behov.

8.2 Digital hjemmeoppfølging

Hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging gjør det mulig å tilby spesialisthelsetjenester utenfor sykehus gjennom hjemmebesøk, videokonsultasjoner, telefonkontakt, digitale behandlingsprogrammer, digitale konsultasjonsrom og oppfølging basert på data fra pasienten. Slike løsninger kan redusere behovet for reiser, bidra til mer fleksible tjenester og gi pasientene oppfølging nærmere hjemmet.³³⁰ Videokonsultasjoner med samisktalende helsepersonell eller tolketjenester kan i tillegg øke tilgangen til samisk språkkompetanse. Digitale programmer for hjemmeoppfølging med egenrapporteringer og målinger hjemme kan gi færre innleggelser, tidligere intervensjon og økt trygghet både for pasienter og pårørende.

I oktober 2025 publiserte Riksrevisjonen en undersøkelse av spesialisthelsetjenestens bruk av teknologi for å flytte tjenester nærmere pasienten.³³¹ Undersøkelsen viste at teknologien gir gode muligheter for mer tilgjengelige og pasientnære tjenester, særlig for personer med

³³⁰ [Helsedirektoratet \(2022\); Dokument 3:3 \(2025–2026\).](#)

³³¹ [Dokument 3:3 \(2025–2026\).](#)

lang reisevei til sykehus. Samtidig konkluderte Riksrevisjonen med at potensialet i begrenset grad er realisert. Bruken av digitale tjenester varierer betydelig mellom helseforetakene, og mange virksomheter har kommet kort i implementeringen av digitale løsninger. Riksrevisjonen pekte særlig på manglende koordinering mellom tjenestenivåene, begrenset samarbeid mellom sykehus og kommuner samt mangelfull styringsinformasjon om bruk og effekt av digitale tjenester. Dette gjør det vanskelig å vurdere gevinstene av tiltakene og skalere løsninger som fungerer godt.

Etter Riksrevisjonens undersøkelse er det laget en interregional oversikt over alle digitale helsetjenester som er i drift/under pilotering/utvikling. Det gjelder behovsstyrt oppfølging, digitale konsultasjoner, nettbasert behandling og digital pasientopplæring.

Flere av prosjektene som har mottatt rekrutterings- og samhandlingstilskudd fra Helse Nord RHF, er prosjekter som bidrar til utvikling og implementering av digitale hjemmeoppfølgingsløsninger.³³²

8.3 Tilgang til tolk, oversettelsesteknologi og informasjon

Tilgang til tolketjenester er viktig for samiske pasienter og pårørende når helsepersonellet ikke behersker pasientens språk eller har den nødvendige kulturkompetansen i møte med pasienten. Den samiske tolketjenesten, etablert av Helse Nord RHF og lagt til Finnmarkssykehuset HF, gir tilgang til tolk på nordsamisk det meste av døgnet via oppmøte, telefon eller video, og det arbeides med digitale løsninger som kan bidra til bedre tilgjengelighet på tvers av språk og geografiske områder, se kapittel 5.1.3.4. Tolkning kan bidra til å sikre pasientens rett til forståelig informasjon og forsvarlige tjenester.³³³

³³² [Rekrutterings- og samhandlingstilskudd i Nord-Norge – kompendium per august 2026](#)

³³³ Helsedirektoratet (2026); [Helse- og omsorgsdepartementet \(2026\)](#).

Teknologiske løsninger kan være et nyttig supplement til tolketjenester. Språkteknologi, kunstig intelligens og digitale oversettingsverktøy kan bidra til bedre kommunikasjon i situasjoner der tolk ikke er tilgjengelig.³³⁴ Slike løsninger skal imidlertid ikke erstatte kvalifisert tolk eller aller helst personell med samisk språk- og kulturkompetanse.

Også tilgang til pasientinformasjon på samiske språk er viktig for å styrke helsekompetansen og sikre at informasjon er tilgjengelig på et språk pasienten forstår. Arbeidet med samiskspråklige innhold på Helsenorge og andre digitale plattformer bidrar til dette.³³⁵ Samisk språkvalg i pasientportaler og digitale brev, informasjonsfilmer på nordsamisk, lulesamisk og sørsamisk samt digital pasientinformasjon tilpasset samisk kulturforståelse kan gi bedre pasientopplevelse og økt helsekompetanse. Samtidig er det viktig at samisk språk og kulturkompetanse integreres i den digitale infrastrukturen og de nasjonale løsningene som utvikles for helse- og omsorgstjenesten. Det er avgjørende at samisk språkstøtte er en del av den digitale grunnmuren, ikke særskilte tilleggsløsninger.

8.4 Digital samhandling og infrastruktur

Digitale løsninger og organisatoriske samarbeidsmodeller kan bidra til bedre kontakt mellom pasient og behandler, og de kan gi bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, samiske fagmiljøer og kommunale helse- og omsorgstjenester. For samiske pasienter vil mange behandlingsforløp involvere flere tjenesteytere og foregå på tvers av geografiske og organisatoriske grenser. Utviklingen av digitale samarbeidsflater og felles samhandlingsløsninger er viktig for å sikre sammenhengende tjenester og god koordinering.

³³⁴ UiT har pågående prosjekter som utforsker slike løsninger. I 2022 inngikk Sykehuspartner HF på vegne av Helse Sør-Øst RHF en rammeavtale med selskapet Care-to-Translate. [Applikasjonsløsningen tilbyr oversettelser til tre samiske språk, henholdsvis nordsamisk, sørsamisk og lulesamisk. App som oversetter: 45 språk på ett brett.](#)

³³⁵ Helsenorge.no har et mål om å nå kravene i språkløven for samiske språk. En del innhold er oversatt til samiske språk. Det er laget en ny samleside på nordsamisk: [Dearvvašvuodadiedut sámegillii - Helsenorge.](#)

Eksempelvis kan en samisk pasientkoordinator i digitale forløp eller et samisk digitalt konsultasjonsrom ha en viktig funksjon både for samiske pasienter og for helsepersonell.

Teknologi og digitalisering kan redusere betydningen av geografisk avstand og gjøre begrenset samisk språk- og kulturkompetanse tilgjengelig på tvers av virksomheter, kommuner og regioner. Men gevinsten forutsetter samtidig organisatoriske løsninger som gjør det mulig å dele kompetanse og samordne tjenester. Samiske helseteam og sykehusprogrammer som er beskrevet i kapittel 6, kan ses som organisatoriske virkemidler som utfyller de teknologiske løsningene. Mens digitale konsultasjoner, tolketjenester og samhandlingsløsninger bidrar til å koble pasienter og helsepersonell sammen, kan samiske helseteam og sykehusprogrammer bidra til at relevant språk- og kulturkompetanse blir tilgjengelig der behovet oppstår. Helseteamene kan fungere som nasjonale og regionale fagnettverk som samhandler digitalt for å gjøre det mulig å dele samisk språk- og kulturkompetanse mellom helseforetak, kommuner og kompetansemiljøer. Dette kan omfatte digitale fagmøter, multidisiplinære teammøter, rådgivning og veiledning i komplekse saker. Slik kan sårbarheten i små fagmiljøer reduseres samtidig som kompetansen gjøres tilgjengelig for flere tjenester.

8.5 Analyse, kunnskapsutvikling, kompetanseheving og innovasjon

Det er behov for bedre kunnskapsgrunnlag om samiske pasienters bruk av helsetjenester. Digitale verktøy for analyse, kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling kan bidra til økt innsikt i geografiske forskjeller, ventetider, pasientforløp og brukererfaringer. Det bør derfor utvikles bedre metoder for å følge utviklingen i tjenestetilbudet til samene.

Med et forsknings- og innovasjonsprogram for samisk helseteknologi, herunder en testarena for samisk helseteknologi som et samarbeid

mellom den samiske helseenheten, helseforetak, kommuner, forskningsmiljøer, Sametinget og næringsliv, kan for eksempel løsninger utvikles for språkstøtte, hjemmeoppfølging, digitale læringsverktøy og pilotering av kunstig intelligens (KI).

Systematisk kompetanseheving for helsepersonell om samisk kulturforståelse, kommunikasjon og språk, helserelaterte forskjeller, tradisjonell kunnskap og brukererfaringer kan legges til rette for med en digital læringsplattform for samisk helse, med obligatoriske e-læringsmoduler og videobaserte kurs og digitale nettverk for erfaringsutveksling mellom fagmiljøer.

8.6 Utvalgets samlede vurderinger og anbefalinger

Digitale løsninger kan bidra til å redusere betydningen av geografiske barrierer, styrke tilgangen til spesialistkompetanse og gjøre samisk språk- og kulturkompetanse tilgjengelig for flere pasienter og helsepersonell, uavhengig av bosted. Digitalisering kan bidra til bedre samordning og utnyttelse av begrenset samisk språk- og kulturkompetanse på tvers av kommuner, helseforetak og regioner. Teknologiske løsninger kan dermed understøtte både pasientbehandling, kompetansedeling og samhandling mellom tjenestenivåene. Samtidig er digitalisering mer enn innføring av ny teknologi. Teknologiske løsninger påvirker hvordan helsetjenestene organiseres, hvordan helsepersonell samarbeider og hvordan pasienter mottar informasjon, behandling og oppfølging. For samiske helsetjenester er det særlig viktig at digitaliseringen understøtter samisk språk, kulturforståelse og pasientenes behov gjennom hele pasientforløpet.

Utvalget vurderer at hjemmesykehus, digital hjemmeoppfølging og andre digitale tjenester kan være særlig viktige virkemidler for samiske pasienter og andre som bor langt fra sykehus. Slike løsninger kan redusere belastningen ved lange reiser og bidra til et mer tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud.

Utvalget vurderer at videokonsultasjoner med samisktalende helsepersonell eller med tilgang til samisk tolketjeneste bør gjøres tilgjengelig i større deler av landet. Dette kan bidra til at begrensede samiskspråklige fagressurser kan benyttes på tvers av kommuner, helseforetak og regioner.

Utvalget mener videre at nasjonale løsninger for digital hjemmeoppfølging bør brukes mer systematisk overfor pasientgrupper som har behov for langvarig og regelmessig oppfølging. Dette gjelder blant annet personer med hjerte- og karsykdommer, diabetes, lungesykdommer og andre kroniske tilstander hvor pasientrapporterte data og hjemmebaserte målinger kan bidra til å oppdage forverring tidlig og redusere behovet for sykehusinnleggelser. Slike løsninger kan være spesielt viktige i områder med store avstander og krevende reisevei til sykehus.

Utvalget vurderer at tilgang til tolketjenester er en nødvendig forutsetning for likeverdige helsetjenester til samiske pasienter. Det er derfor positivt at det bygges opp et mer tilgjengelig nasjonalt tilbud, inkludert tilbud på nord-, lule- og sørsamisk. Samtidig er tolk som regel en nest beste løsning sammenlignet med direkte kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell på samme språk.

Utvalget mener også at språkteknologi og digitale oversettelsesverktøy kan bli viktige supplementer til tradisjonelle tolketjenester, særlig i situasjoner der kvalifisert tolk eller samiskspråklig helsepersonell ikke er tilgjengelig. Slike løsninger kan bidra til bedre tilgjengelighet, men kan ikke erstatte behovet for kvalifiserte tolker eller helsepersonell med samisk språkkompetanse. Tolkning i samisk kontekst vil ofte innebære formidling av kulturelle referanser og sammenhenger, i tillegg til ren språklig oversettelse.

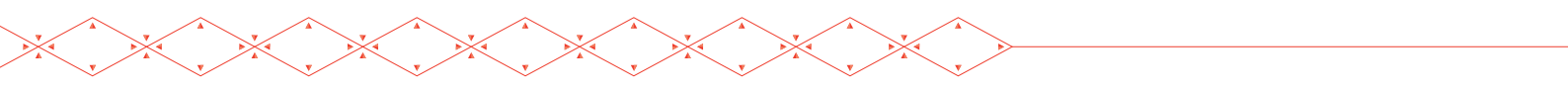
Utvalget vurderer at utviklingen innen kunstig intelligens, språkteknologi og automatiserte oversettelsesverktøy kan få økende betydning i samisk helse- og omsorgstjeneste. Slike løsninger kan på sikt bidra til enklere kommunikasjon, produksjon av flerspråklig informasjon og bedre tilgang til samiskspråklige helsetjenester. Samtidig må løsningene kvalitetssikres grundig og utvikles i tett samarbeid med samiske fagmiljøer og brukere.

Utvalget vil også understreke betydningen av at pasientinformasjon og digitale helsetjenester er tilgjengelige på samiske språk. Tilgang til informasjon på eget språk er viktig både for helsekompetanse, pasientmedvirkning og realiseringen av retten til likeverdige tjenester. Utvalget mener at samisk språk i større grad bør integreres i de digitale løsningene som brukes av pasienter og helsepersonell. Dette omfatter blant annet pasientportaler, digitale innkallinger, pasientinformasjon, selvbetjeningsløsninger og andre digitale tjenester som inngår i den ordinære helseforvaltningen. Samisk språkstøtte bør så langt som mulig være en del av de nasjonale digitale løsningene på helseområdet, og ikke utvikles som separate tilleggssystemer.

Utvalget understreker at teknologi ikke kan erstatte behovet for personell med samisk språk- og kulturkompetanse, men kan bidra til å gjøre denne kompetansen tilgjengelig for flere. Utvalget understreker også at digitale tjenester skal supplere og styrke tilbudet, og ikke brukes som begrunnelse for å redusere nødvendige fysiske tjenester eller lokale fagmiljøer. Samiske helseteam, sykehusprogrammer, digitale fagnettverk og nasjonale kompetansestrukturer kan sammen med digitale løsninger bidra til å gjøre samisk språk- og kulturkompetanse tilgjengelig for flere pasienter og helsepersonell, styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene og bidra til mer likeverdige helsetjenester for samer i hele landet. Ikke minst vil utvalget peke på behovet for at ny teknologi og digitale løsninger brukes for å finne løsninger som gir bedre henvisningsflyt, slik at samiske pasienter over hele landet kan henvises direkte til den nasjonale samiske enheten eller sykehus som har samiske programmer.

I tillegg peker utvalget på at ny teknologi bør brukes til å utvikle et bedre kunnskapsgrunnlag om samiske pasienters helse og bruk av tjenester, mer forskning og innovasjon, og til systematisk heving av helsepersonells kompetanse om samisk helse.

På denne måten kan digitalisering og teknologi understøtte målet om tilgjengelige, sammenhengende og kulturelt trygge helsetjenester for samer i hele landet.



9 Økonomiske og administrative konsekvenser

9.1 Innledning

Utvalgets forslag vil ha økonomiske, administrative og personellmessige konsekvenser. Flere av forslagene innebærer økt ressursbruk, mens andre kan gjennomføres innenfor eksisterende rammer og strukturer eller gjennom omprioriteringer.

Utvalget har ikke hatt grunnlag for å gjennomføre fullstendige samfunnsøkonomiske analyser eller detaljerte kostnadsberegninger. Vurderingene bygger derfor på tilgjengelig kunnskapsgrunnlag og overordnede anslag.

Samtidig vurderer utvalget at flere av tiltakene kan gi gevinster i form av bedre helseutfall, mer likeverdige tjenester, økt tillit til helsetjenesten og mer effektiv ressursutnyttelse over tid.

9.2 Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvensene vil avhenge av omfanget av tiltakene. Flere av tiltakene er skalerbare og kan innføres gradvis.

Mange av kostnadene ved å drifte samiske spesialisthelsetjenester vil påløpe uavhengig av hvordan tjenestene organiseres og inngår allerede i de ordinære budsjettene for spesialisthelsetjenesten. Vurderingene i dette kapittelet gjelder derfor i hovedsak merkostnader knyttet til utvalgets forslag,

administrative konsekvenser og mulige samfunnsøkonomiske virkninger.

Utvalget legger til grunn at finansieringen av samiske spesialisthelsetjenester bør være forutsigbar og tilstrekkelig til å ivareta formålet med tjenestene. Det er behov for langsiktig og forutsigbar finansiering, hvor midler til utviklingen av samiske helsetjenester skjermes fra øvrige rammer. Dette er etter utvalgets syn nødvendig for å bygge opp sterke fagmiljøer og tjenester over tid.

Utvalget mener derfor at det bør settes av egne øremerkede bevilgninger som egne poster i statsbudsjettet til samiske helsetjenester.

Øremerkede midler bør settes av til den nasjonale enheten med de nasjonale kompetansefunksjonene, til de samiske helseteamene og til samiske programmer ved sykehusene. I tillegg vurderer utvalget at det vil være behov for en samlet tilskuddsordning for rekruttering, kompetanseutvikling og stabilisering av personell med samisk språk- og kulturkompetanse. Også forslagene i kapittel 8 om forsknings- og innovasjonsprogram for samisk helseteknologi og en digital læringsplattform for samisk helse og digitale nettverk for erfaringsutveksling mellom fagmiljøer er tiltak som gir økte kostnader.

Utvalget vil i denne sammenheng også peke på at det finnes relevante midler i rekrutterings- og samhandlingstilskuddet som Helse Nord RHF forvalter. Dette er en varig ordning med

midler som kan søkes på i samarbeid mellom kommune(r) og helseforetak og sendes deres lokale helsefelleskap for godkjenning, vurdering og prioritering. Tiltak rettet mot samiske pasienter skal tillegges vekt ved tildeling av midler.

De ulike alternativene for organisering av den nasjonale enheten har ulike økonomiske konsekvenser. Alternativene 1 og 2 innebærer relativt begrensede merkostnader sammenlignet med alternativene 3 og 4. Kostnader ved alternativ 1 og 2 vil i hovedsak være knyttet til styrket rekruttering, oppbygging av samisk språk- og kulturkompetanse, forsterking av kompetansefunksjoner samt fornyelse av medisinsk-teknisk utstyr. De økonomiske konsekvensene vurderes som begrensede, ettersom alternativene i stor grad bygger på eksisterende strukturer og styringssystemer.

Alternativene 3 og 4 innebærer større økonomiske og administrative konsekvenser. Etablering av et nytt helseforetak eller en selvstendig organisasjon vil kreve egne styringsstrukturer, kjøp/leie av bygg og annen eiendomsmasse, virksomhetsoverdragelse/ ansettelse av alt personell, administrative støttefunksjoner, IKT-løsninger, kvalitets- og beredskapssystemer samt ledelsesressurser. Dette vil gi høyere etableringskostnader og økte årlige driftskostnader enn alternativene 1 og 2. Alternativene kan også medføre økt administrativ kompleksitet og risiko for dobbeltarbeid sammenlignet med dagens organisering. Jo større grad av organisatorisk selvstendighet som velges, desto større blir behovet for egne administrative støttefunksjoner og tilhørende ressursbruk. Funksjonene kan i stor grad ivaretas gjennom tjenesteavtaler med andre helseforetak eller regionale fellestjenester. Det vil i så fall bli behov for mange og komplekse avtaler, og dette vil kreve personell og kompetanse og ha betydelige økonomiske konsekvenser. Samtidig kan sterkere samisk styring, tydeligere ansvarslinjer og bedre samordning av samiske spesialisthelsetjenester bidra til økt måloppnåelse når det gjelder kvalitet, tilgjengelighet og kulturell tilpassing av tjenestene.

Uavhengig av hvordan enheten organiseres legger utvalget til grunn at en samisk enhet med nasjonal kompetansefunksjon vil kreve egne faglige og administrative ressurser. Kostnadene vil avhenge av mandat, bemanning og oppgaveportefølje. Sammenlignbare nasjonale kompetansemiljøer finansieres gjennom statlige tilskudd eller oppdrag fra helsemyndighetene.

9.3 Organisatoriske og administrative konsekvenser

Utvalgets forslag innebærer i ulik grad endringer i organisering, styring og administrasjon av samiske spesialisthelsetjenester. De organisatoriske konsekvensene av forslagene i kapittel 6 varierer betydelig mellom alternativene. Enkelte forslag kan gjennomføres innenfor eksisterende strukturer, mens andre vil kreve etablering av nye organisatoriske enheter, styringslinjer og samarbeidsformer.

Alternativ 1 innebærer begrensede organisatoriske og administrative endringer. Styring, rapportering og ansvarslinjer videreføres i hovedsak som i dag. Forslagene vil i hovedsak kreve justeringer i eksisterende strukturer.

Alternativene 2–4 innebærer større organisatoriske endringer. Etablering av nye organisatoriske enheter eller styringsstrukturer vil kreve nye lederfunksjoner, administrative støttefunksjoner, rapporteringsrutiner og samarbeidsmekanismer mot øvrige helseforetak og helsemyndigheter. Jo mer selvstendig organiseringen er, desto større vil de administrative konsekvensene være. En selvstendig organisasjon (alternativ 4) eller et eget helseforetak (alternativ 3) må overta ansvar som i dag ivaretas av Finnmarkssykehuset HF. Dette omfatter blant annet eierskap og forvaltning av bygg, IKT-systemer og informasjonssikkerhet, personal- og lønnsforvaltning, pensjonsordninger, innkjøp og anskaffelser, lagerhold og logistikk, rapportering og virksomhetsstyring, oppfølging av tilsynsmyndigheter, beredskapsplanlegging

og kvalitetssystemer. Dette innebærer behov for egne administrative funksjoner eller avtaler om kjøp av tjenester fra andre virksomheter.

Når det gjelder de beskrevne alternativene for organiseringen av den nasjonale samiske helseenheten, vil utvalgets foretrukne alternativ, alternativ 4, forutsette en egen lov, fordi helseenheten er forutsatt opprettet utenom helseforetakene. Utvalget har ikke sett det som sitt mandat å utrede konkrete lovbestemmelser. Utvalget peker likevel på at en nærliggende mulighet vil være å gi en særskilt lov om den samiske helseenheten på samme måte som man gjorde ved opprettelsen av Finnmarkseiendommen.

For organisasjonsalternativene innenfor helseforetaksstrukturen vil dette i noen grad kunne gjennomføres ved instruks i oppdragsdokumenter til og/eller i foretaksmøter med de regionale helseforetakene. Men også for disse alternativene forutsettes det øremerkede midler og utvidet beslutningsmyndighet for et styre med et flertall av samiske representanter. Av den grunn kan en tilføyelse i helseforetaksloven være nødvendig.

De regionale helseforetakenes oppgaver og roller i forbindelse med etablering og drift av alternativ 4 kan konkretiseres ved at Helse- og omsorgsdepartementet instruerer RHF-ene gjennom oppdragsdokument og/eller foretaksmøter.

Etablering av samiske helseteam og samiske sykehusprogram vil kreve avklaringer av ansvar, finansiering, ledelse og samarbeid mellom kommuner, helseforetak og andre aktører. Samtidig er intensjonen at disse ordningene skal bidra til bedre samordning av eksisterende språk- og kulturkompetanse og styrke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Forslag om økt samisk representasjon i styre og rådgivende organer vil ha begrensede administrative konsekvenser. Forslagene krever imidlertid justeringer i oppnevningsprosessene, og kanskje i mandatstruktur og rutiner for samisk medvirkning. I tillegg kan det

bli behov for økte honorarer dersom det blir flere medlemmer, alternativt må det vurderes hvordan det vil påvirke foretakene og sammensetningen, dersom antall ikke-samiske styremedlemmer reduseres.

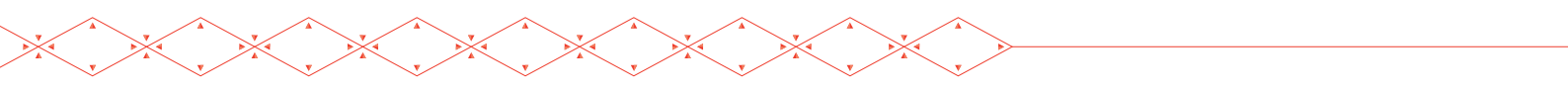
9.4 Personellmessige konsekvenser

En rekke av forslagene i rapporten forutsetter økt tilgang på personell med samisk språk- og kulturkompetanse. På kort sikt kan dette være krevende fordi tilgangen på slik kompetanse er begrenset, i alle fall i mange områder og innenfor en del spesialiteter. Flere av tiltakene vil derfor ha effekt først på lengre sikt. Dette gjelder særlig utdanningstiltak, studieplasser, tolkeutdanning og kompetanseheving. Rapporten inneholder imidlertid også en rekke tiltak som samtidig kan bidra til bedre utnyttelse av eksisterende kompetanse, særlig gjennom helseteamene og samiske sykehusprogram, digitale løsninger, tolketjenester og mer systematisk rekrutteringsarbeid. Langsiktig og forutsigbar finansiering vil være avgjørende for at tiltakene vil ha god effekt.

Alle forslagene til organisasjonsalternativer for den nasjonale enheten forutsetter økt bemanning. En organisasjon utenfor foretakslinjen eller som et eget helseforetak, vil ha større behov for egne leder- og støttefunksjoner innen administrasjon, økonomi, HR, IKT, beredskap og kvalitetsarbeid, enn en organisering innenfor foretakssystemet, der eksisterende støttefunksjoner og systemer kan benyttes. Dette vil kunne binde personellressurser som ellers kunne vært benyttet til pasientrettet virksomhet. Det er også en utfordring at samarbeid om bemanning, vaktordninger, hospitering og gjensidig støtte ved vakante stillinger kan bli mer krevende, dersom virksomheten organiseres som en egen juridisk enhet med separate arbeidsgiverlinjer. Utvalget vektlegger imidlertid kriteriet om selvstyre aller tyngst i vår vurdering, og det er alternativ 4 som gir størst grad av selvstyre.

9.5 Samfunnsøkonomiske konsekvenser

Utvalget forventer at flere av forslagene vil gi samfunnsøkonomiske gevinster over tid. Gevinstene er vanskelige å tallfeste, men kan blant annet være knyttet til verdien av mer likeverdige tjenester, tidligere diagnostikk, bedre pasientforløp, redusert behov for reiser, bedre ressursutnyttelse og økt tillit til helsetjenesten. Dette er gevinster som vil bidra til å styrke det samiske samfunn også ellers, i tråd med Grunnloven § 108.



Kilder og litteratur

Lover og forskrifter

Kongeriket Norges grunnlov.

Lov 12. juni 1987 nr. 56 om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven).

Lov 13. juni 1997 nr. 44 om aksjeselskaper (aksjeloven).

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Lov 15. juni 2001 nr. 59 om stiftelser (stiftelsesloven).

Lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Lov 17. juni 2005 nr. 85 om rettsforhold og forvaltning av grunn og naturressurser i Finnmark (Finnmarksloven).

Lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven).

Lov 16. juni 2017 nr. 67 om statens ansatte m.v. (statsansatteloven).

Lov 21. mai 2021 nr. 42 om språk (språklova).

Lov 11. juni 2021 nr. 79 om offentlige organers ansvar for bruk av tolk m.v. (tolkeloven).

Forskrift 17. juni 2005 nr. 657 om forvaltningsområdet for samisk språk.

Forskrift 17. desember 2010 nr. 1706 om krav til spesialisthelsetjenester, godkjenning av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten og bruk av betegnelsen universitetssykehus.

Forskrift 14. juli 2017 nr. 1201 til folkeregisterloven (folkeregistreringsforskriften).

Forskrift 15. mars 2019 nr. 412 om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (RETHOS-forskriften for sykepleierutdanning).

Forskrift 11. september 2025 nr. 1850 om opptak til høgare utdanning (opptaksforskrifta).

Konvensjoner og andre internasjonale kilder

EMK: Den europeiske menneskerettskonvensjon, 4. november 1950.

SP: FNs internasjonale konvensjon om sivile og politiske rettigheter, 16. desember 1966.

ØSK: FNs internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, 16. desember 1966.

ILO: Den internasjonale arbeidsorganisasjonen. Konvensjon nr. 169 om urbefolkninger og stammefolk i selvstendige stater, 27. juni 1989.

Barnekonvensjonen: FNs konvensjon om barnets rettigheter, 20. november 1989.

UNDRIP: FNs erklæring om urfolks rettigheter, 13. september 2007.

Den internasjonale arbeidsorganisasjonen. (2003). ILO Convention on Indigenous and Tribal Peoples 1989 (No. 169): A Manual (Håndboken).

Den internasjonale arbeidsorganisasjonen. (2009). Indigenous & Tribal Peoples' Rights in Practice: A Guide to ILO Convention No. 169.

Forarbeider og andre offentlige dokumenter

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

NOU 1998: 21 *Alternativ medisin.*

NOU 2007: 13 *Den nye sameretten.*

NOU 2016: 18 *Hjertespråket. Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk.*

NOU 2023: 4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.*

NOU 2023: 5. *Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse.*

NOU 2023: 8 *Fellesskapets sykehus.*

Meld. St. 6 (2012–2013) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv*

Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Vår felles helsetjeneste*

Meld. St. 12 (2023–2024) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv – Folkehelse og levekår i den samiske befolkningen*

Meld. St. 20 (2023–2024) *Opptak til høgare utdanning*

Meld. St. 17 (2024–2025) *Trygghet, fellesskap og faglighet — Folkehelsemeldingen / Samisk språk, kultur og samfunnsliv — Kommunale tjenestetilbud*

Meld. St. 21 (2024–2025) *Helse for alle: Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste*

Meld. St. 8 (2025–2026) *Samisk språk, kultur og samfunnsliv*

Ot.prp. nr. 33 (1986–1987) *Om lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven)*

St. prp. nr. 102 (1989–1990) *Om den 76. internasjonale arbeidskonferanse i Genève 1989*

Ot.prp. nr. 11 (1998–1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*

Ot.prp. nr. 12 (1998–1999) *Om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*

Prop. 86 L (2020–2021) *Endringer i sameloven mv. (konsultasjoner)*

Prop. 58 L (2022–2023) *Endringer i sameloven mv. (konsultasjoner og samiske språk)*

Prop. 36 S (2023–2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024–2028)*

Dokument 3:3 (2025–2026) *Riksrevisjonens undersøkelse av bruk av teknologi for å flytte spesialisthelsetjenester nær pasienten.*

Dokument 19 (2022–2023) *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskingspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner.*

Dokument nr. 15:855 (2022–2023) *Skriftlig spørsmål fra Runar Sjøstad til helse- og omsorgsministeren.*

Dokument nr. 15:2460 (2024–2025) *Skriftlig spørsmål fra Lars Haltbrekken til helse- og omsorgsministeren.*

Innst. S. nr. 197 (1989–1990) *Innstilling fra utenriks- og konstitusjonskomiteen om samtykke til ratifikasjon av ILO-konvensjon nr. 169.*

Innst. 441 L (2022–2023) *Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om Endringer i sameloven (endringer i språkregler)*

Rettspraksis

Rt. 2001 s. 769

HR-2018-456-P

HR-2021-1975-S

HR-2024-982-S

HR-2024-1188-A

Handlingsplaner, veiledere og rundskriv

Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025: *Ingen å miste*. Departementene.

Regjeringens handlingsplan for kjønns- og seksualitetsmangfold (2023–2026). Kultur- og likestillingsdepartementet.

Handlingsplan mot hets og diskriminering av samer (2025–2030). Kultur- og likestillingsdepartementet.

Sametingets handlingsplan mot samehets (2022–2025).

Sametingets handlingsplan mot vold 2023–2025.

Sametingets handlingsplan for realisering av samiske funksjonshindredes rettigheter (2024–2026).

Helsedirektoratet (2011). Nasjonal veileder om tolketjenester i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tolketjenester-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2015). § 1-1 Formål. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/formal>

Helsedirektoratet (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsedirektoratet (2017). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (2018). De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet>

Helsedirektoratet. (2022). *Tolketjenester i helse- og omsorgstjenesten* (Nasjonal faglig veileder). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tolketjenester-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2026). *Tolketjenester i helse- og omsorgstjenesten* (Nasjonal faglig veileder). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/tolketjenester-i-helse-og-omsorgstjenesten/bruk-av-tolketjenester-i-helse-og-omsorgstjenesten#helse-og-omsorgstjenesten-skal-vurdere-om-bruk-av-tolk-er-nodvendig-informere-pasienten-brukeren-om-muligheten-for-bruk-av-tolk-og-ved-behov-bruke-kvalifisert-tolk>

Litteratur og rapporter

Abelsen, B. og Gaski, M. (2015). *Legerekuttering til Finnmarkssykehuset. Erfaringer og innspill til veien videre*. Rapport 25. februar 2015. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), UiT Norges arktiske universitet.

Amnesty International Norge. (2023). *Netthets mot samer: En undersøkelse av hets og hatefulle ytringer i offentlig debatt*.

Anaya, S. J. og Áhrén, M. (2025). The Right of Self-Determination, the Sámi Indigenous People, and the Norwegian Finnmark Act. *Arctic Review on Law and Politics*, vol. 16/2025

Anderssen, J. og Gjernes, T. (2021). *Aldring i et samisk samfunn* (Septentrio Reports, nr. 5). UiT Norges arktiske universitet.

Berg, B., Svendsen, S., Sætermo, T., Øverland, M. B. og Mjøen, O. M. (2023). *Minoritetsspråkliges erfaringer med tolking i møte med det offentlige*. NTNU Samfunnsforskning.

Berg-Nordlie, M. og Gaski, H. (2026). Samer. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/samer>

Blix, B. H. (2016). *Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge: En oppsummering av kunnskap* (Oppsummering nr. 3). Senter for omsorgsforskning.

Bongo, B. A. (2012). «Samer snakker ikke om helse og sykdom»: *Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Tromsø.

Buykx, P., Humphreys, J., Wakerman, J. og Pashen, D. (2010). Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Australian Journal of Rural Health*, 18: 102-109. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x>

Dankertsen, A. (2014). *Samisk artikkelasjon: Melankoli, tap og forsoning i en (nord)norsk hverdag* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Nordland.

Eggebo, H., Stubberud, E. og Anderssen, N. (2019). *Skeive livsløp: En kvalitativ studie av levekår og sammensatte identiteter blant lhbtis-personer i Norge* (NF-rapport nr. 6/2019). Nordlandsforskning.

Eliassen, B. M., Melhus, M., Hansen, K. L. og Broderstad, A. R. (2013). Marginalisation and cardiovascular disease among Sami and non-Sami in rural northern Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), Artikkel 21834.

Engen, T., Henriksen, L., Melhus, M., Broderstad, A. R., Melberg, H. O. og Eriksen, A. M. A. (2026). Exploring the use of assigned general practitioner and emergency health care in Sami and non-Sami. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*.

Eriksen A.M., Hansen K.L., Javo C. og Schei B. (2015). Emotional, physical and sexual violence among Sami and non-Sami populations in Norway: The SAMINOR 2 questionnaire study. *Scandinavian journal of public health*. 2015 Aug;43(6):588-96.

Eriksen, A. M. A. (2017). «Breaking the silence»: *Interpersonal violence and health among Sami and non-Sami. A population-based study in Mid- and Northern Norway* (Doktorgradsavhandling). UiT Norges arktiske universitet.

Eriksen, A. M. A., Hansen, K. L., Schei, B., Sørli, T., Stigum, H., Bjertness, E. og Javo, C. (2018). Childhood violence and mental health among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 77(1), Artikkel 1488737.

Eriksen, L. T. og Huemer, J. E. (2019). The contribution of decentralized nursing education to social responsibility in rural arctic Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 78:1(1691706). <https://doi.org/10.1080/22423982.2019.1691706>

Finnish Government. Ministry of Social Affairs and Health. (2025). *I want a better life for my people*. (Publications of the Finnish Government 2025:105). Sámi Truth and Reconciliation Commission in Finland. «I want my people to be healed»: [A](#)

[summary of the proposals given by the Sámi Truth and Reconciliation Commission in Finland](#)

Finnmarkssykehuset HF. (2024). *Status prosjekt stabilisering og rekruttering* (Styresak 64/2024). <https://www.finnmarkssykehuset.no/4a3f25/siteassets/dokumenter-til-sider-i-sidetre/styremoter/2024/august/sak-64-2024-status-prosjekt-stabilisering-og-rekruttering.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2024). *Helse og levekår i den samiske befolkningen i Norge*. Folkehelse rapporten. Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet. (2025). *Selv mord i Norge*. Folkehelse rapporten. Folkehelseinstituttet.

Fosse, A. og Abelsen, B. (2023). *Rekruttere og beholde sykepleiere i distriktskommuner: En kunnskapsoppsamling*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), UiT Norges arktiske universitet.

Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus: Bemanningssituasjonen i sykehjem og hjemmesykepleien*. (NOVA-rapport 14/2020). NOVA, OsloMet.

Gerhardsen, E. (2022, 12. september). *Helsetjenester til samisk befolkning* [Foredrag]. Interregional arbeidsgruppe for samisk helse. Gjengitt i Helse Nord RHF (2022).

Halvorsen, T. F. (2026). Forskjeller i språk og kultur fører til misforståelser. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.

Hansen, K. L., Beck, M. og Melhus, M. (2017). Skeletal muscle pain and physical work load in self-employed Sámi and non-Sámi people in rural areas of Northern Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1), Artikkel 1349345.

Hansen, K. L., Melhus, M. og Lund, E. (2010). Ethnicity, self-reported health, discrimination and socio-economic status in the SAMINOR study. *International Journal of Circumpolar Health*, 69(2), 111–128.

Hansen, K. L. og Skaar, S. W. (2021). *Unge samers psykiske helse: En kvalitativ og kvantitativ studie av unge samers psykososiale helse*. RKBU Nord, UiT Norges arktiske universitet.

Hansen, K. L. og Sørli, T. (2012). Ethnic discrimination and psychological distress: A study of Sami and non-Sami populations in Norway. *Transcultural Psychiatry*, 49(1), 26–50.

Hedlund, M. og Moe, A. (2000). *De forstår ikke hva som er viktig for oss – helsetjenester og sørsamer* (Rapport). Nord-Trøndelagsforskning.

Helse Finnmark HF. (2013). *Utredning og anbefalinger om innhold og organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet i Sámi dearvvašvuoda siida – Samisk helsepark: Et delprosjekt i Videreutvikling og ny organisering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Finnmark HF*. Helse Nord. [Styresak Helse Finnmark HF, saksnummer 6/13]. [sak-100-styrevedtak-2013.pdf](#)

Helse Nord RHF. (2020). *Strategi for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*. Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF. (2022). *Likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen: Rapport fra interregional arbeidsgruppe*. Helse Nord RHF.

Helsedirektoratet. (2022). *Kartleggingsoppdrag: Flytte tjenester hjem – Kunnskapsgrunnlag og vurdering av tiltak for å fremme digital hjemmeoppfølging og andre hjemmebaserte spesialisthelsetjenester* (Rapport). Helsedirektoratet.

Helseth, H., Bergman, S., Anti, K. S., Dimpas, A. L. T., Utsi, M. B., Hansen, M. og Haugen, L. A. (2026). «Det som skjer med landskapet, skjer med en sjøl». Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS 2026).

Hjemås, G., Holmøy, E. og Haugstveit, F. (2019). *Behovet for arbeidskraft i helse og omsorg mot 2060: Tall som forteller* (Rapporter 2019/12). Statistisk sentralbyrå.

Hylland-Eriksen, T. (1993). *Små steder – store spørsmål. Innføring i sosialantropologi*. Universitetsforlaget. Oslo.

Hämäläinen, S. P. (2023). *I sound: Yoik as embodied health knowledge* (Doktorgradsavhandling).

UiT Norges arktiske universitet. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi). (2026). *Nasjonalt tolkeregister*. Hentet fra <https://www.tolkeportalen.no> (hentet juni 2026).

Jacobsen, S. E., Bakken, A. og Tamayo, R. (2026). Data resource profile: Ungdata—National Norwegian youth surveys. *International Journal of Epidemiology*, 55(1).

Joks, S., og Østmo, L. (2024). Meahcci: Aktivt og levende område, men usynlig i norsk forvaltning. I Faglig analysegruppe for samisk statistikk (red.), *Samiske tall forteller 16: Kommentert samisk statistikk 2024* (kap. 2, s. 29–52). Sámi allaskuvla / Samisk høgskole. [slm 2024 kap 2 joks og ostmo_no.pdf](#)

Kalstad, Á. L. W. (2025). *Flerkulturelt helsearbeid med spesielt fokus på samisk helse* [Presentasjon].

Klausen, A.M. (1992). *Kultur. Mønster og kaos*. Ad Notam Gyldendal. Oslo.

KS. (2026). *Sykestuer, lokallmedisinske og distriktsmedisinske sentre – ulike modeller der det er samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester*. Utarbeidet av: Oslo Economics. Rapportnummer: [2026-40].

Kuokkanen, R. (2019). *Restructuring relations: Indigenous self-determination, governance, and gender*. Oxford University Press.

Kvernmo, S. (2004). Mental health of Sami youth. *International Journal of Circumpolar Health*, 63(3), 221–234.

Kvernmo, S. (2018). Sexual abuse in Indigenous and Arctic children and adolescents in Scandinavia. I H. Exner-Pirot, B. Norbye og L. Butler (Red.), *Northern and Indigenous health*

and health care. University of Saskatchewan / Saskatchewan Open Education Resources (OER).

Kvernmo, S. (2019, 27. mars). *Samiske barn og unges helse* [Foredrag]. Samisk legeforenings fagkonferanse, Tromsø.

Kvernmo, S., Hansen, K. L. og Eckhoff, C. (2026). *Ung i Sápmi II – samiske ungdommers helse og livsvilkår*. Manuskript under bearbeidelse, UiT Norges arktiske universitet.

Langås-Larsen, A., Salamonsen, A., Kristoffersen, A. E., Hamran, T., Evjen, B. og Stub, T. (2017). “There are more things in heaven and earth!” How knowledge about traditional healing affects clinical practice. *International Journal of Circumpolar Health*, 76(1), Artikkel 1301982.

Lehmann, U., Dieleman, M. og Martineau, T. (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attractions and disincentives. *BMC Health Services Research*, 8, Artikkel 19.

Lund, E., Melhus, M., Hansen, K. L., Nystad, T., Broderstad, A. R., Selmer, R. og Svartberg, J. (2007). Helse- og levekårsundersøkelsen i områder med samisk og norsk bosetning – SAMINOR. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127(2), 230–233.

Melbøe, L., Johnsen, B.-E., Fedreheim, G. E. og Hansen, K. L. (2016). *Situasjonen til samer med funksjonsnedsettelse*. Nordens Velfærdscenter.

Melby, L., Gunnes, M., Haukelien, H. og Obstfelder, A. U. (2022). *Frigjøring av sykepleierkapasitet: Evaluering av oppgavedeling i kommunehelsetjenesten* (SINTEF-rapport). SINTEF (2022).

Minde, H. (2003). Assimilation of the Sami – Implementation and consequences. *Acta Borealia*, 20(2), 121–146.

Nasjonal digital læringsarena (NDLA). (u.å.). *HMS i reindrifta – Naturbasert produksjon og tenesteyting (NA-NAB vg1)*. Hentet fra NDLA.

- Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM). (2022). *Samisk folkemedisin*. UiT Norges arktiske universitet.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2017). «Om du tør å spørre, tør folk å svare»: *Hjelpeapparatets og politiets erfaringer med vold i nære relasjoner i samiske samfunn* (Rapport nr. 2/2017). NKVTS.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2025). *Når tausheten brytes: Om vold i nære relasjoner og seksuelle overgrep i samiske samfunn* (Rapport nr. 1/2025). NKVTS.
- Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). (2019). *Making it Work: Rammeverk for rekruttering og stabilisering av arbeidskraft i distriktene*.
- Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). (2018). *Vold og overgrep i samiske samfunn* (Temarapport 2018). NIM.
- Norwegian Research Centre AS (NORCE). (2022). *Hvor går veien? Kartlegging av samisk språk og kultur i språkforvaltningskommunene*. Angell, E., Kårtveit, B., Nygaard, V. og Riseth, J. Å. (Rapport 11-2022). NORCE Helse og samfunn.
- Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). (2022). *Holdninger til samer og nasjonale minoriteter i Norge* (Rapport NIM-R-2022-006). NIM.
- Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). (2024). *Canary in the coal mine: Sámi rights and climate change in Norway*. NIM.
- Norsk institutt for bioøkonomi (NIBIO). (2025). *Klimaendringer og arealbruk truer samisk reindrift* (Rapport). Norsk institutt for bioøkonomi.
- Norum, J. og Nieder, C. (2012). Sami-speaking municipalities and a control group's access to somatic specialist health care (SHC). *International Journal of Circumpolar Health*, 71(1), Artikkel 17820.
- Nystad, T., Melhus, M. og Lund, E. (2008). Sami speakers are less satisfied with general practitioners' services. *International Journal of Circumpolar Health*, 67(1), 116–121.
- Nystad, K., Spein, A. R. og Ingstad, B. (2014). Community resilience factors among indigenous Sámi adolescents. *Transcultural Psychiatry*, 51(5), 651–672.
- Olsen, T. og Eide, A. (1999). *Med ei klype salt: Handtering av helse og identitet i en flerkulturell sammenheng* (NF-rapport nr. 9/1999). Nordlandsforskning.
- Rasmussen, T. (2026). Samisk. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/samisk>
- Redd Barna. (2026). *Samiske barn og unges stemmer om fornorskning, urett og forsoning*. Redd Barna.
- Russell, D., Mathew, S., Fitts, M., Liddle, Z., Murakami-Gold, L., Campbell, N. og Zhao, Y. (2021). Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: A systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1), 1–103.
- Roshan das Nair, og Kari Sand (2024). *Erfaringer med minoritetsstress* (Report No. 2024:00465). SINTEF (2024).
- Sametinget. (2025). *Sametingets valgmanntall statistikk 1989–2025*. Sametinget.
- Sámi allaskuvla/Samisk høgskole. (2025). *Samiske tall forteller 17: Kommentert samisk statistikk 2025*. Sámi allaskuvla.
- Samisk legeforening. (2016). *Organisering av samisk spesialisthelsetjeneste*. Rapport ved Kalstad.
- Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS) og Samerådet. (2017). *Plan för suicidprevention bland samer i Norge, Sverige, och Finland*. SANKS.
- SÁNAG/SANKS FoU. (2025). *Følgearbeid Sannhet- og forsoning i SANKS - Sámi klinihkka*. Forprosjekt sluttrapport ved Balto, Paulsen og Anti.

Sara, M. N. (2024). Nordsamisk. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/nordsamisk>

Silviken, A., Haldorsen, T. og Kvernmo, S. (2006). Suicide among indigenous Sami in Arctic Norway, 1970–1998. *European Journal of Epidemiology*, 21(9), 707–713.

Silviken, A. og Kvernmo, S. (2007). Suicide attempts among indigenous Sami adolescents and majority peers in Arctic Norway. *Journal of Adolescence*, 30(4), 613–626.

Sjölander, P. (2011). What is known about the health and living conditions of the indigenous people of northern Scandinavia, the Sami? *Global Health Action*, 4(1), Artikkel 8482.

Somby, A. K. (2016). «I naturen er jeg aldri alene»: Samiske kvinners opplevelse av natur og helse (Masteroppgave). UiT Norges arktiske universitet.

Spein, A. R., Sexton, H. og Kvernmo, S. E. (2006). Longitudinal drinking patterns in indigenous Sami and non-indigenous youth. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 5(3), 103–117.

Spein, A. R., Steen, R. og Hoxmark, E. (2012). *Rus(mis)bruk blant samer: Kulturelle særtrekk og tiltaksutfordringer*. Forebygging.no.

Statistisk sentralbyrå (SSB). (2025). *Befolkningsnedgang i samiske kjerneområder* (Statistiknotat). Statistisk sentralbyrå.

Skogvang, S. F. (2023). *Samerett*. (4. utg., Oslo: Universitetsforlaget, 2023).

Stoor, J. P., Kaiser, N., Jacobsson, L. H., Renberg, E. S. og Silviken, A. (2015). “We are like lemmings”: Making sense of the cultural meaning(s) of suicide among the indigenous Sami in Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*, 74(1), Artikkel 27669.

Straume, K. og Shaw, D. (2010). *Recruit and Retain: Making it work in northern Norway* (Rapport). Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) / Northern Periphery Programme.

Straume, K., Shaw, D. og Brandstorp, H. (2015). *Rekruttering og stabilisering av leger i Finnmark og Nord-Troms 2008–2010: Sluttrapport fra et samhandlingsprosjekt mellom Helse Finnmark HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF* (NSDM-rapport). Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Sørli, T. og Nergård, J. I. (2005). Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment. *Transcultural Psychiatry*, 42(2), 295–316.

Sørsamisk helsenetttverk. (2025). *Samisk helseteam/Saemien healsoedåehkie: Likeverdige helsetjenester til samisk befolkning* (Hovedrapport).

Todal, J. (2013). Kvantitative endringer i den samiske språksituasjonen i Noreg. I *Samiske tall forteller 6* (s. 37–56). Sámi allaskuvla.

Turi, A. L., Bals, M., Skre, I. B. og Kvernmo, S. (2009). Health service use in indigenous Sami and non-indigenous youth in North Norway. *BMC Public Health*, 9, Artikkel 378.

Vaskinn, A. M., Handegård, B. H., Bentzen, K. og Kvernmo, S. (2026). Indigenous Sami language transmission across generations. *International Journal of Bilingualism*, 30(2), 621–637.

Vista Analyse. (2022). *Evaluerer av de personrettede virkemidlene i tiltakssonen i Finnmark og Nord-Troms* (Rapport 2022/42). Kommunal- og distriktsdepartementet.

Whitbeck, L. B., Adams, G. W., Hoyt, D. R., og Chen, X. (2004). Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people. *American Journal of Community Psychology*, 33(3-4), 119–130.

World Health Organization. (2021). *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. World Health Organization; 2021.

World Health Organization. (2025). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*. World Health Organization; 2025.

World Health Organization. (2026). *3rd draft Global Plan of Action: Health of Indigenous Peoples*. World Health Organization; 2026.

Young, T. K., Broderstad, A. R., Sumarokov, Y. A. og Bjerregaard, P. (2020). Disparities amidst plenty: A health portrait of Indigenous peoples in circumpolar regions. *International Journal of Circumpolar Health*, 79(1), Artikkel 1782782.

Rapport fra Ekspertutvalget for
samiske spesialisthelsetjenester

Publikasjoner er også tilgjengelige på:
www.regjeringen.no

Publikasjonskode: I-1239

Omslag: Kunstner – Ulrika Tapio Blind. Kunstverk – Reahpenraigi smokehole

Illustrasjoner, design og ombrekking: Konsis AS

Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

10/2026 – opplag 200

