Healsoe- jïh jieledetsiehkiegoerehtimmie

SAMINOR

Illedahkh goerehtimmeste SAMINOR 3, 2023–2026, Åarjelsaemien dajve

Resultater fra SAMINOR 3, 2023-2026, sørsamisk område



UiT Norgga árktalaš universitehta

Senter for samisk helseforskning
www.saminor.no

Innholdsfortegnelse

1 Åvtebaakoe 5

1.1 Forord 7

2 Sammendrag 9

3 Resultater 10

3.1 Inviterte og deltakere 11

3.2 Etnisk bakgrunn 13

3.3 Kliniske målinger og analyser av blodprøver 15

3.3.1 Blodtrykk 15

3.3.2 Langtidsblodsukker 18

3.3.3 Kolesterol 21

3.3.4 Kognitiv funksjon i aldersgruppen 70–79 år 23

3.4 Resultater fra spørreskjema 25

3.4.1 Egenvurdert helse 25

3.4.2 Tobakksbruk – røyk og snus 26

3.4.3 Fysisk aktivitet 30

3.4.4 Symptomer på angst og depresjon 32

3.4.5 Livskvalitet 34

3.4.6 Trivsel og velvære 37

3.4.7 Ensomhet 39

3.4.8 Sosial støtte 41

3.4.9 Egen økonomi 43

3.4.10 Trygghet i nærmiljøet 44

3.4.11 Trygghet for å få hjelp fra helse- og omsorgstjenesten 47

3.4.12 Diskriminering, mobbing, trakassering og hets 48

3.4.13 Internatskole 55

3.4.14 Historiske og kulturelle tap 57

3.4.15 Primærnæringer 63
3.4.16 Natur 66
3.4.17 Tillit til myndigheter 78
3.4.18 Bruk av helsetjenester 88
3.4.19 Tilfredshet med helsetjenester 90
4 Metode 93
4.1 Intervjustudie som forberedelse 93
4.2 Brukermedvirkning 93
4.3 Forberedelse av datainnsamling 94
4.4 Samarbeid med kommuner og fylker 94
4.5 Populasjon 95
4.6 Innsamling av data 97
4.6.1 Spørreskjema 97
4.6.2 Feltstasjon og målinger 97
4.6.3 Laboratoriemålinger 98
4.7 Beskrivelse av variabler 98
4.8 Statistiske analyser 108
5 Etikk og godkjennelser 109
6 Finansieringskilder 109
Referanseliste 110

Ansvarlig utgiver:

Senter for samisk helseforskning
Institutt for samfunnsmedisin
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet

November, 2026

Rapporten er utarbeidet av:

Ann Ragnhild Broderstad

Susanna Ragnhild A. Siri

Astrid MA Eriksen

Inger Dagsvold

Marita Melhus

Egil Thomassen

Stig Brøndbo

Ánte Siri

Kontaktinformasjon:

Senter for samisk helseforskning,
UiT Norges arktiske universitet,
Postboks 6050 Langnes,
9037 Tromsø

sshf@ism.uit.no
saminor@uit.no

Septentrio Reports nr 4, (2026), https://doi.org/10.7557/sr.2026.4

Sørsamisk område: Rapport fra SAMINOR 3, https://doi.org/10.7557/7.9031

© Forfattere. Denne rapporten er lisensiert under CC BY 4.0

1 Åvtebaakoe

Jaepien 2026 lea 25 jaepieh mænngan Healsoe- jïh hoksedepartemeente Saemien healsoedotkemejarngem (SHDJ) tseegki. Jarngen seabradahkelaavenjasse lij daajroem dotkemen tjïrrh buektedh saemien årroji healsoen jïh jieledetsiehkiej bïjre, dan åvteste daajroe daennie suerkesne fååtesi. Vihkeles fåantoe daase lea dan åvteste ij leah nuepie healsoebïevnesh healsoeregisterijstie veedtjedh etnisiteeten gaavhtan, dan åvteste etnisiteete ij tjaalasovvh. Dotkemeprosjektine gåarede læjhkan dejtie gihtjedh, gïeh meatan goerehtimmine, dej gïeleldh jïh kulturelle ektiedimmien bïjre. Dan åvteste SHDJ årrojegoerehtimmiem SAMINOR tseegki 2003.
Dejnie minngemes 25 jaepine jarnge lea golme stoerre daatatjöönghkemh tjïrrehtamme. Sov vijriedahken gaavhtan SAMINOR lea seapan veartenen stööremes årrojegoerehtimmie maam aalkoeåålmegeperspektijvine evtiedamme. Seammasienten gaajhkh årrojh vaeljehke aalteredåehkine bööresuvvieh dejnie tjïeltine mejtie vaaksjobe, ov-jearohke dej etnihkeles maadtoste. Daate sjïere daajroevåaromem vadta healsoen jïh jieledetsiehkiej bïjre gaajhkide årroejidie. Goerehtimmie orre jïh buerebe daajroem vadta healsoetsiehkien bïjre saemiej, kveeni/nöörjensoemeladtji, nöörjen årroji jïh jeatjah årroji luvnie.

Juktie hijven representasjovnem tjirkedh åarjelsaemien dajveste 16 tjïelth Sisdajvesne, Trööndelagesne jïh åarjel Nordlaantesne bööresovvin meatan årrodh SAMINOR 3 goerehtimmesne. Daatatjöönghkeme Trööndelagesne eelki, jïh reektehtsh illedahkigujmie fïerhtede daejstie 16 tjïeltijste bæjhkoehtamme sjidtieh seamma öörnegen mietie goh mijjieh daatatjöönghkemem tjïrrehtimh. SHDJ lea jïjtse åarjelsaemien reektehtsem dorjeme mij illedahkh tjåanghkan beaja dejtie saemide mah lin meatan goerehtimmine dejnie 16 tjïeltine, jïh healsoeulmieh dej jeatjah årrojigujmie vierteste mah seamma dajvine årroeh. Ulmie lea daajroem healsoen jïh jieledekvaliteeten bïjre åarjelsaemien årroji luvnie nænnoestidh. Teemah daennie reektehtsisnie eah leah seamma goh gaajhkh teemah tjïeltereektehtsinie, men sjïere fokusem utnieh jieledekvaliteetese jïh psykiske healsose.

Guhkies feeleme orreme mestie jïjnjem lïereme. Göökte jaepieh jïh golme askh SAMINOR 3 mahte 10 000 kilomeeterh vuajeme jïh daatah tjöönghkeme ållesth 49 tjïeltine Sisdajvesne, Trööndelagesne, Nordlaantesne, Romsesne jïh Finnmarhkesne. Tjåanghkan 71 650 årrojh aaltarisnie 40-79 jaepieh bööresovvin meatan årrodh, jïh vielie goh 30 000 lin meatan.

SHDJ håhkesje daate åarjelsaemien reektehtse sæjhta åarjelsaemien årroejidie, healsoedïenesjidie jïh tjïeltide buerebe bijjieguvviem vedtedh healsoen, jieledekvaliteeten jïh

jieledetsiehkiej bijjeli åarjelsaemien årroji luvnie. Reektehtse maahta aaj nuhteligs årrodh barkosne dïenesjefaalenassem evtiedidh jïh nænnoestidh åarjelsaemien årroejidie. Vuekie mij åtnasovveme SAMINOR 3 goerehtimmesne, maahta gïerve årrodh gosse ulmiedåehkie lea onne jïh bårrode årroeh stoerre dajvesne. Båetije dotkemisnie byöroe dan åvteste veelelaakan digkiedidh magkeres vuekie mij veeljesåvva daajroem tjöönghkedh.

Lea goerehtimmiem SAMINOR 3 tjïrrehtamme stoerre barkoen gaavhtan jeenjesijstie. Mijjieh gaajhkesh dovnesh gijhtebe gïeh meatan orreme, utnijedåehkieh, tjïeltebarkijh, tjïelten åejvieh, bievnijh, jïjtjevyljehke organisasjovnh jïh jeatjah dåarjoehtæjjah. Dijjen namhtah ij leah nuepie orreme SAMINOR:em 3 tjïrrehtidh.

Sjïere gyjhtelassh SAMINOR-barkijidie jarngesne, jïh dotkemestasjovni stasjovnebarkijidie. Vaajnojne, buerie bïevsterinie jïh ïedtjine dijjieh lidie daam «ekspedisjovnem» tjïrrehtamme.

Minngemes sïjhtebe stoerre gyjhtelassh vedtedh mijjen ekonomeles dåarjoejidie. Ij leah nuepie orreme goerehtimmiem tjïrrehtidh dej dåarjoen namhtah:

- Healsoe- jïh hoksedepartemeente
- Healsoe Noerhte RHG
- Healsoe Gaske-Nöörje RHG
- Finnmarhken fylhkentjïelte
- Romsan fylhkentjïelte
- Tröndelagen fylhkentjïelte
- Romsan jïh Finnmarhken fylhkentjïelte
- UiT Nöörjen arktihkeles universiteete
- Saemiedigkie
- Finnmarhken-eeke - Finnmárkkuopmodat

Saemien healsoedotkemejarngen jïh SAMINOR:en bieleste

Ann Ragnhild Broderstad

Ann Ragnhild Broderstad,

Dotkije 1, dr.med, Saemien healsoedotkemejarngen faageles åvtehke jïh SAMINOR:en åvtehke UiT Nöörjen arktihkeles universiteete Åejviedåaktere, Noerhte-Nöörjen Universiteeteskïemtjegåetie

1.1 Forord

I 2026 er det 25 år siden Senter for samisk helseforskning (SSHF) ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet. Senterets samfunnsoppdrag var å bidra til forskningsbasert kunnskap om helse og levekår for den samiske befolkningen, fordi kunnskapen på området var mangelfull. En viktig årsak til dette er at det ikke er mulig å hente ut helseopplysninger fra helseregistre på grunnlag av etnisk bakgrunn, ettersom etnisitet ikke registreres. I forskningsprosjekter er det imidlertid mulig å spørre deltakerne om språklig og kulturell tilhørighet. Derfor etablerte SSHF befolkningsundersøkelsen SAMINOR i 2003.
I løpet av de siste 25 årene har senteret gjennomført tre store datainnsamlinger. På grunn av sitt omfang er SAMINOR trolig verdens største befolkningsundersøkelse utviklet med et urfolksperspektiv. Samtidig inviteres alle innbyggere i utvalgte aldersgrupper i kommunene vi besøker, uavhengig av etnisk bakgrunn. Dette gir et unikt kunnskapsgrunnlag om helse og levekår for hele befolkningen. Undersøkelsen bidrar til ny og bedre kunnskap om helsesituasjonen blant samer, kvener/norskfinner, den norske befolkningen og andre innbyggere.

For å sikre en god representasjon av det sørsamiske området ble 16 kommuner i Innlandet, Trøndelag og sørlige Nordland invitert til å delta i SAMINOR 3. Datainnsamlingen startet i Trøndelag, og SAMINOR 3 rapportene med resultater fra hver av de 16 kommunene publiseres i samme rekkefølge som gjennomføringen av datainnsamlingen. SSHF har utarbeidet en egen sørsamisk rapport som sammenstiller resultater for samiske deltakere i de 16 kommunene og sammenligner helsemål med den øvrige befolkningen som bor i de samme områdene. Formålet er å styrke kunnskapen om helse og livskvalitet i den sørsamiske befolkningen. Temaene i denne rapporten er ikke identiske med alle temaene i kommunerapportene, men har et særlig fokus på livskvalitet og psykisk helse.

Det har vært en lang og lærerik reise. I løpet av to år og tre måneder har SAMINOR 3 tilbakelagt nær 10 000 kilometer og gjennomført datainnsamling i totalt 49 kommuner i Innlandet, Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. Til sammen ble 71 650 innbyggere i alderen 40–79 år invitert til å delta, og over 30 000 deltok.

SSHF håper at denne sørsamiske rapporten vil gi den sørsamiske befolkningen, helsetjenestene og kommunene en bedre oversikt over helse, livskvalitet og levekår blant sørsamiske innbyggere. Rapporten kan også være nyttig i arbeidet med å utvikle og styrke tjenestetilbudet til den sørsamiske befolkningen. Metoden som er benyttet i SAMINOR 3, kan

være utfordrende når målgruppen er liten og geografisk spredt. I fremtidig forskning bør derfor valg av metode for kunnskapsinnhenting diskuteres grundig.

SAMINOR 3 er gjennomført takket være en betydelig innsats fra mange. Vi takker alle deltakerne, brukergruppene, kommuneansatte, ordførere, formidlere, frivillige organisasjoner og andre bidragsytere. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre SAMINOR 3.

En særlig takk går til SAMINOR-ansatte ved senteret og stasjonsansatte ved forskningsstasjonene. Med engasjement, godt humør og pågangsmot har dere gjennomført denne «ekspedisjonen».

Til slutt vil vi rette en stor takk til våre økonomiske bidragsytere. Undersøkelsen hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten støtte fra:

- Dearvvašvuođa- ja fuolahusdepartemeanta – Helse- og omsorgsdepartementet
- Davvi Dearvvašvuohta – Helse Nord RHF
- Healsoe Gaske-Nöörje RHG – Helse-Midt RHF
- Finnmárkku fylkkagielda – Finnmark fylkeskommune
- Romssa fylkkasuohkan – Troms fylkeskommune
- Tröndelagen fylhkentjïelte – Trøndelag fylkeskommune
- Romssa ja Finnmárkku fylkkagielda – Troms og Finnmark fylkeskommune
- UiT Norgga árktalaš universitehta – UiT Norges arktiske universitet
- Sámediggi – Sametinget
- Finnmárkkuopmodat – Finnmarkseiendommen

På vegne av Senter for samisk helseforskning og SAMINOR



Ann Ragnhild Broderstad
Forsker 1, dr.med, faglig leder ved Senter for samisk helseforskning og leder av SAMINOR, UiT Norges arktiske universitet
Overlege, Universitetssykehuset Nord-Norge

2 Sammendrag

Rapporten består av seks kapitler. Kapittel 1 inneholder forordet, og kapittel 2 gir en oppsummering. Kapittel 3 presenterer resultater fra kliniske undersøkelser, blodprøver og spørreskjemaer. Temaene er omfattende og inkluderer blant annet etnisk bakgrunn, blodtrykk og langtidsblodsukker, primærnæringer, diskriminering, mobbing, egenvurdert helse, psykisk helse, livskvalitet og tillit til myndighetene. Metodene beskrives i kapittel 4, mens etikk og godkjenninger omtales i kapittel 5. Rapportens finansieringskilder presenteres i kapittel 6.

Noen utvalgte funn

Sammendraget tar for seg en del av hovedfunnene, men vi viser til kapittel 3 for utfyllende informasjon. I de 16 kommunene i sørsamisk område ble 16 768 innbyggere invitert. Av disse var 49 prosent kvinner og 51 prosent menn. Spørreskjemaet ble besvart av 6 339 personer (39 prosent), og 5 605 (33 prosent) innbyggere deltok på kliniske undersøkelser. Totalt oppga 325 deltakere i sørsamisk område at de hadde samisk bakgrunn. I tillegg var det 46 personer som oppga at oldeforeldrene hadde samisk som hjemmespråk. Andelen samiske deltakere med HbA1c på 48 mmol/mol eller høyere, som indikerer diabetes, var 4 prosent av kvinner og 12 prosent av menn. Tilsvarende tall for ikke-samene var 4 prosent blant kvinner og 8 prosent blant menn. Både samiske kvinner og menn rapporterer i mindre grad god eller svært god helse sammenlignet med ikke-samisk deltakere. Forskjellene er minst for menn. I sørsamisk område oppga 5 prosent av de samiske kvinnene og 5 prosent av de samiske mennene at de røyker daglig. Tilsvarende tall for ikke-samiske deltakere er 7 prosent blant menn og 6 prosent blant kvinner. Det en større andel samiske kvinner med symptomer på angst/depresjon sammenlignet med ikke-samiske kvinner. Uavhengig av etnisk bakgrunn var symptomer på angst/depresjon høyere blant de yngste sammenlignet med de eldste. Tilsvarende mønster sees hos menn.

Analysene viser at en noe lavere andel samiske kvinner rapporterer høy trivsel og velvære sammenlignet med ikke-samiske kvinner, men forskjellene er små. Det samme gjelder de yngste mennene. Ensomhet rapporteres i høyere grad blant både samiske kvinner og menn sammenlignet med ikke-samiske. Menn rapporterer mindre ensomhet enn kvinner. Det er positivt at den store majoriteten av både samiske og ikke-samiske kvinner føler seg svært trygg når de er ute og går i sitt nærmiljø. Dette gjelder også menn, hvor majoriteten i begge aldersgrupper føler seg svært trygg. Likevel viser funnene fra SAMINOR 3 at en av ti samiske menn i aldersgruppen 40–59 år rapporterte at de følte seg utrygge i sitt nærmiljø. Både samiske kvinner og menn oppgir i større grad enn ikke-samiske deltakere at de har

opplevd diskriminering. Andelen er høyest blant de yngste samiske kvinnene, der én av fire oppgir å ha opplevd diskriminering i løpet av de siste to årene.
Mer enn halvparten av samiske kvinner i sørsamisk område har tilknytning til reindrift, selv om relativt få har dette som sitt yrke. En av tre samiske menn i sørsamisk område arbeider med reindrift, og mer enn halvparten har en tilknytning til reindrift.
I SAMINOR 3 ble deltakerne spurt om hvor stor tillit de har til følgende institusjoner: Stortinget, Regjeringen, Kommunestyret i din kommune, Sametinget, Rettsvesenet/domstolene, Politiet, Helsevesenet, Barnevernet og NAV. Samene har høyere tillit til Sametinget enn ikke-samiske deltakere. For alle de andre institusjonene, er det en betydelig lavere andel samer enn ikke-samer som har høy tillit. Dette gjelder begge kjønn og aldersgrupper. Blant samene er det en tydelig forskjell mellom den yngste og den eldste aldersgruppen, der de yngste gjennomgående har lavere tillit til disse institusjonene sammenlignet med de eldste. Desidert lavest tillit har samene i sørsamisk område til regjeringen.

3 Resultater

Det vi vet noe om, kan vi gjøre noe med. Derfor er det viktig å ha kunnskap om befolkningens helsetilstand og om hvor utbredt ulike sykdommer er. Formålet med SAMINOR 3 er å beskrive forekomsten av sykdommer og helseutfordringer, identifisere risiko- og helsefremmende faktorer og mulige årsaksforhold, samt følge utviklingen av disse over tid.
I forskning og kvalitetssikring kan man måle ulike helseindikatorer. Eksempler på helseindikatorer er blodtrykk, nivåer av blodsukker og røykeforekomst. Resultatene kan brukes til å styrke kompetansen i helse- og omsorgstjenestene, samt til å utvikle bedre folkehelsetilbud i kommuner og fylkeskommuner.
Denne rapporten inneholder utvalgte resultater fra datainnsamlingen i 16 kommuner i sørsamisk område, slik som informasjon om utbredelse av sykdommer, risikofaktorer og psykisk og kroppslig helse. I tillegg har vi valgt å inkludere beskrivelser av økonomi, primærnæringer og bruk av natur, og hvilke utfordringer og bekymringer deltakerne har med hensyn til utbygginger og tillit til myndigheter/institusjoner. Resultatene er basert på kliniske målinger, blodprøveanalyser og spørreskjemasvar, der befolkningen selv rapporterer om egen helse og livssituasjon.

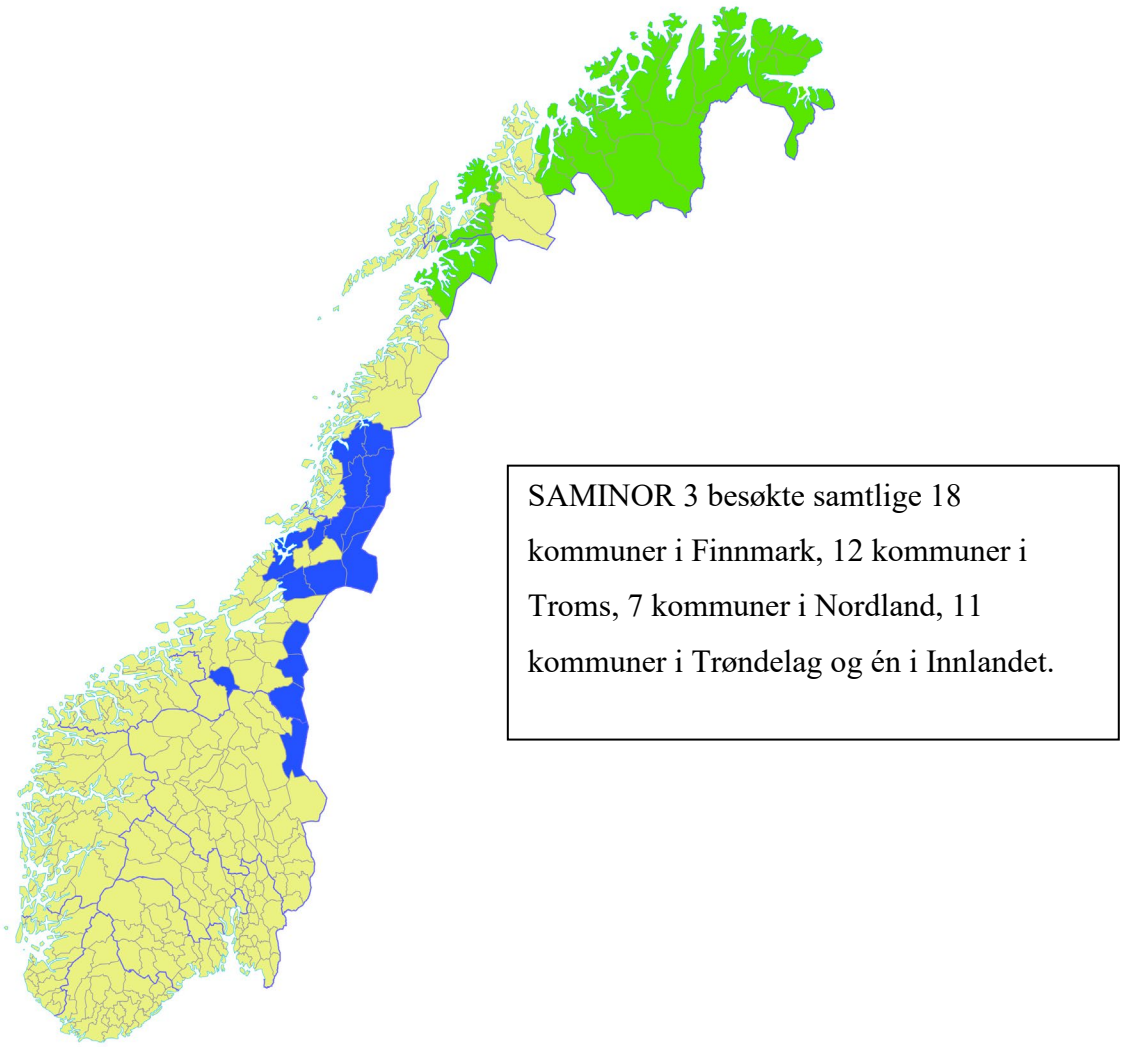
3.1 Inviterte og deltakere

Totalt 49 kommuner fikk besøk av SAMINOR 3 fra oktober 2023 til desember 2025 (se Figur 1: Kart over inkluderte kommuner i SAMINOR 3). I noen av de store kommunene ble kun deler av kommunen inkludert.

Følgende 16 kommuner er inkludert fra sørsamisk område (merket med blå farge i Figur 1):

Røros – Rosse, Tydal – Tyjdaelie, Namsos – Nåavmesjenjaelmie (kun Namdalseid), Rennebu, Høylandet – Hillaante, Meråker – Mearohke, Steinkjer (kun Verran), Lierne – Lïjre, Snåsa – Snåase, Namsskogan – Laakesvuemie, Røyrvik – Raarvihke, Engerdal – Engerdaelie, Hemnes – Heäjmmanássja– Hïejmenaassjoe, Hattfjelldal – Aarborte, Grane – Gaaloe og Vefsn – Vaapste (uten Mosjøen).

I sørsamisk område ble de kliniske undersøkelsene gjennomført i perioden 24/10–2023 til 23/4 2024.



Figur 1: Kart over inkluderte kommuner i SAMINOR 3. Blå farge: sørsamisk område.

Å velge ut kommuner i det sørsamiske området var utfordrende siden den sørsamiske befolkningen bor spredt over mange kommuner. Vi baserte utvelgelsen på informasjon om samisk bosetting fra flere kilder: HUNT-undersøkelsen i Nord-Trøndelag, Fylkeshelseundersøkelsen i Nordland, tidligere SAMINOR-undersøkelser, Sametingets valgmanntall, historiske kilder og lokal kunnskap, blant annet i form av møter med Sør-samisk helsenettverk.

Alle innbyggere fra 40 til 79 år ble invitert til å delta, uavhengig av etnisk bakgrunn. I sørsamisk område ble 16 768 innbyggere invitert (se tabell 1). Av disse var 49 prosent kvinner og 51 prosent menn. Spørreskjemaet ble besvart av 6 339 personer (39 prosent), og 5 605 (33 prosent) innbyggere deltok på kliniske undersøkelser. Blant kvinnene besvarte 43 prosent av de inviterte på spørreskjemaet, mens 38 prosent deltok på de kliniske undersøkelsene som inkluderte kliniske målinger og biologiske prøver. Blant mennene var de tilsvarende andelene 33 prosent for spørreskjemaet og 29 prosent for de kliniske undersøkelsene.

Totalt ble 71 650 personer invitert til å delta i SAMINOR 3. Av disse var 48,8 prosent kvinner og 51,2 prosent menn. Sammenlignet med den samlede deltakelsen i SAMINOR 3, var deltakelsen blant kvinner og menn i sørsamisk område litt lavere enn gjennomsnittet for alle de 49 kommunene. Deltakelsen blant kvinner var gjennomgående høyere enn blant menn i alle aldersgrupper. Den laveste deltakelsen både i sørsamisk område og hele SAMINOR 3 var blant menn i alderen 40–59 år.

Lav deltakelse øker risikoen for at de som deltar ikke speiler hele befolkningen godt nok. Hvis årsaken til at folk ikke deltar henger sammen med helsetilstanden deres, kan det føre til skjevhet i resultatene. Siden det var lavere deltakelse blant de yngste, særlig for menn, er det knyttet større usikkerhet til resultatene for yngre menn.

Tabell 1: Inviterte og deltakere på spørreskjema og klinisk undersøkelse i sørsamisk område og i hele SAMINOR 3, fordelt på kjønn og aldersgrupper. Antall og prosent.

	Sørsamisk område Inviterte	Sørsamisk område Deltatt skjema	Sørsamisk område Deltatt klinisk	SAMINOR3 Inviterte	SAMINOR3 Deltatt skjema	SAMINOR3 Deltatt klinisk
Kvinner	**8169**	**3511 (43 %)**	**3103 (38 %)**	**34988**	**16085 (46 %)**	**15024 (43 %)**
40–49 år	1683	653 (39 %)	498 (30 %)	7487	2947 (39 %)	2619 (35 %)
50–59 år	2237	1012 (45 %)	878 (39 %)	10105	4854 (48 %)	4413 (44 %)
60–69 år	2306	1016 (44 %)	910 (39 %)	9322	4588 (49 %)	4345 (47 %)
70–79 år	1943	830 (43 %)	817 (42 %)	8074	3696 (46 %)	3647 (45 %)
Menn	**8599**	**2828 (33 %)**	**2502 (29 %)**	**36662**	**12877 (35 %)**	**11834 (32 %)**
40–49 år	1735	456 (26 %)	342 (20 %)	7967	2020 (25 %)	1729 (22 %)
50–59 år	2363	686 (29 %)	583 (25 %)	10480	3429 (33 %)	3031 (29 %)
60–69 år	2371	862 (36 %)	779 (33 %)	9782	3863 (39 %)	3604 (37 %)
70–79 år	2130	824 (39 %)	798 (37 %)	8433	3563 (42 %)	3470 (41 %)

3.2 Etnisk bakgrunn

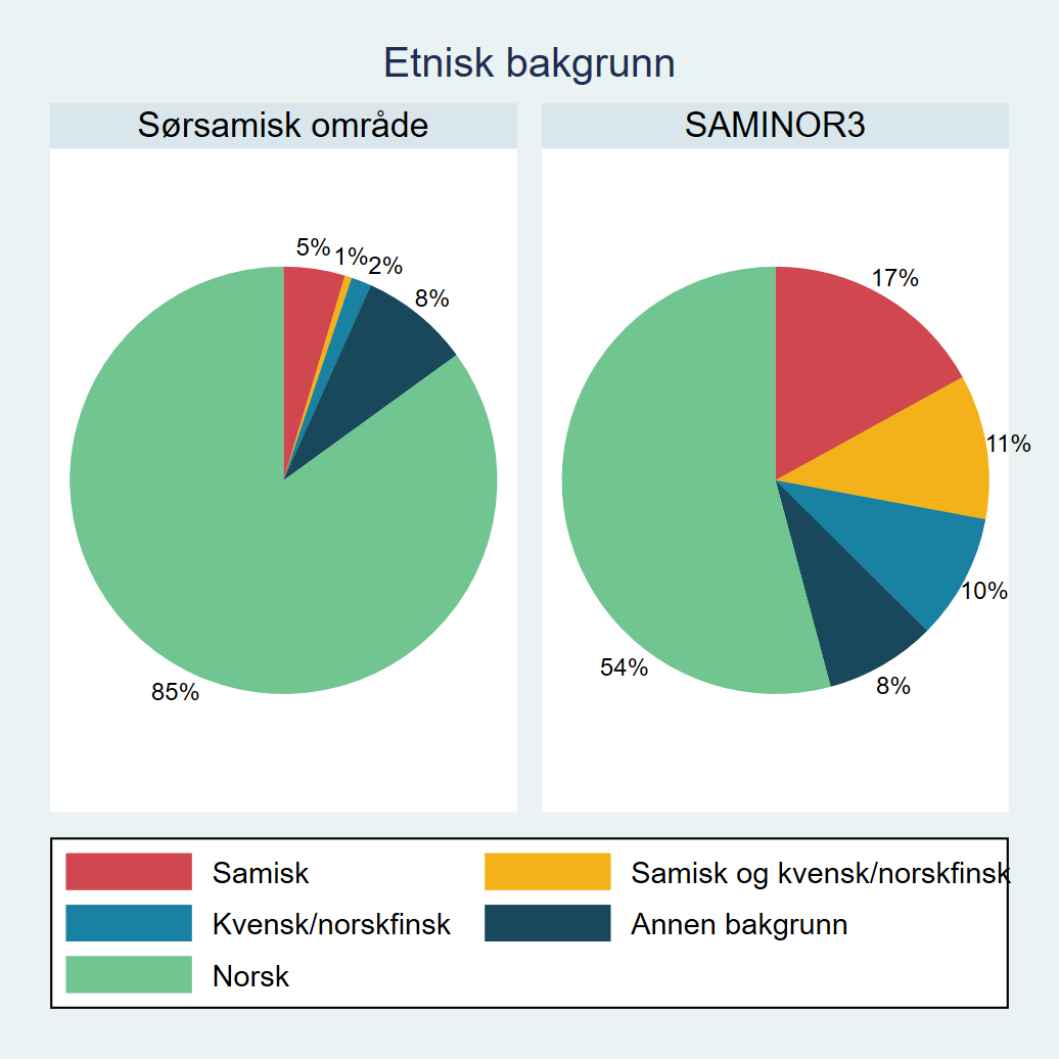
Norge har gjennom historien vært et område hvor samer, kvener, norskfinner og nordmenn har levd sammen med sine kulturer, språk og levesett [1, 2]. Noen regner seg som det ene, noen som det andre, mens andre igjen har flere etniske tilhørigheter. Hvilken etnisk tilhørighet hver enkelt har, er opp til den enkelte å selv definere, noe som er i tråd med den internasjonale ILO-konvensjonen 169, 1989 [3], som handler om urfolk og stammefolk i selvstendige stater.

SAMINOR-studien har siden oppstarten i 2003 hatt 11 spørsmål om språkbakgrunn, etnisitet og selvrapportert identitet. Disse spørsmålene kan brukes på ulike måter for å få bedre kunnskap om den fleretniske befolkningen i kommunene som SAMINOR har besøkt. Mange av deltakerne i SAMINOR oppgir at de har tilknytning til flere etniske grupper. Dette gjenspeiler det etniske mangfoldet i områdene hvor SAMINOR gjennomføres.

Når du bruker helsetjenester i Norge, blir opplysninger om deg lagt inn i ulike helseregister. I Norge har vi mange helseregister som blant annet bidrar til å ivareta og forbedre helsetjenester og behandlingstilbud. Fordi det ikke er mulig å registrere etnisitet i nasjonale register, inneholder helseregistrene i Norge ikke informasjon om helse- og levekårsforholdene blant den samiske, kvenske, norskfinske og norske befolkningen. SAMINOR bidrar derfor med ny kunnskap om hvorvidt levekår og tjenestetilbud er likeverdige mellom etniske grupper. Kunnskap om etnisitet blir i SAMINOR 3 brukt til å sammenligne grupper, på

samme måte som vi sammenligner funn mellom kvinner og menn, mellom ulike aldersgrupper eller geografiske områder.

Figur 2 viser hvordan etnisk bakgrunn fordeler seg blant deltakere i sørsamisk område sammenlignet med SAMINOR 3 som helhet. Det er lavere andel som har samisk, kvensk eller norskfinsk bakgrunn i sørsamisk område sammenlignet med hele SAMINOR 3, mens andelen med annen bakgrunn er lik. Totalt oppga 325 deltakere (5 prosent) i sørsamisk område at de hadde samisk bakgrunn. I tillegg var det 46 personer som oppga at oldeforeldrene hadde samisk som hjemmespråk.



Figur 2: Etnisk bakgrunn i sørsamisk område og i SAMINOR 3 samlet. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

I denne rapporten sammenligner vi samer med ikke-samer i sørsamisk område. Analysene begrenser seg derfor til de deltakerne som har svart på de 11 etnisitetsspørsmålene i spørreskjemaet. De som har deltatt på klinisk undersøkelse, men ikke besvart spørreskjemaet

er derfor ikke inkludert. Vi har videre valgt å ekskludere 145 deltakere med kun utenlandsk bakgrunn.Tabell 2 inneholder en oversikt over hvor mange samiske og ikke-samiske deltakere på henholdsvis spørreskjema og klinisk undersøkelse som er inkludert i de påfølgende analysene.

Tabell 2: Antall samer og ikke-samer i sørsamisk område som har svart på spørreskjema og deltatt på kliniske undersøkelser, fordelt på kjønn og aldersgrupper.

	Samer Deltatt skjema	Ikke-samer Deltatt skjema	Samer Deltatt klinisk	Ikke-samer Deltatt klinisk
Kvinner	**173**	**3201**	**147**	**2783**
40–49 år	47	553	35	408
50–59 år	50	917	42	783
60–69 år	51	939	45	829
70–79 år	25	792	25	763
Menn	**152**	**2600**	**132**	**2224**
40–49 år	25	406	19	292
50–59 år	39	625	35	504
60–69 år	51	790	43	689
70–79 år	37	779	35	739

3.3 Kliniske målinger og analyser av blodprøver

I SAMINOR 3 ble det gjennomført ulike kliniske målinger og det ble tatt biologiske prøver. Med kliniske målinger menes undersøkelser av kroppen og kroppens funksjoner, for eksempel høyde og vekt, blodtrykk og gripestyrke. Eksempler på biologiske prøver er blodprøver og urinprøver.

I dette delkapittelet presenterer vi noen utvalgte resultater og forklarer hvorfor og hvordan hver måling ble gjennomført.

3.3.1 Blodtrykk

Hjertet pumper blodet rundt i kroppen. Blodtrykket er det trykket som er inne i blodårene for å få blodet til å strømme gjennom årene. Trykket måles i de blodårene som fører oksygenrikt blod ut fra hjertet, også kalt pulsårene (arteriene). Blodtrykket angis med to tall atskilt av en skråstrek. *Overtrykket* er trykket i arteriene når hjertet trekker seg sammen og pumper blodet ut i kroppen, og kalles også det *systoliske trykket*. *Undertrykket* er trykket i arteriene mellom hjerteslagene, altså når hjertet hviler (hviletrykket). Dette trykket kaller vi det *diastoliske trykket*.

I gamle dager målte man blodtrykk i et apparat ved å se hvor mange millimeter trykket klarte å flytte en søyle av kvikksølv. I dag bruker vi helt andre instrumenter, men benevningen på blodtrykk er millimeter kvikksølv (mmHg). Et blodtrykk på 140 over 90 (140/90) mmHg betyr altså at trykket er 140 mmHg når hjertet trekker seg sammen, og 90 mmHg når hjertet hviler.

Ideelt sett skal blodtrykket ligge under 140/90, men dette er ingen absolutt grense [4].

Dersom blodtrykket over tid er høyere enn anbefalt, kan det øke risikoen for hjerteinfarkt, nyresvikt og hjerneslag. En enkelt måling av forhøyet blodtrykk er ikke nok for å gi en diagnose. Blodtrykket må være forhøyet over tid for å utgjøre en risiko, og derfor måler legene oftest flere ganger før du får diagnosen [5]. Lett til moderat forhøyet blodtrykk gir lite eller ingen symptomer. Behandling av høyt blodtrykk skjer i første omgang med sunn livsstil, men det kan også bli nødvendig med blodtrykkssenkende medisin.

I sørsamisk område var det totalt 24 prosent av samiske kvinner og 37 prosent av samiske menn som fikk målt høyt blodtrykk, dvs. at de hadde overtrykk på 140 eller høyere, eller undertrykk på 90 eller høyere. Tilsvarende tall for ikke-samiske deltakere var 26 prosent blant kvinner og 30 prosent blant menn.

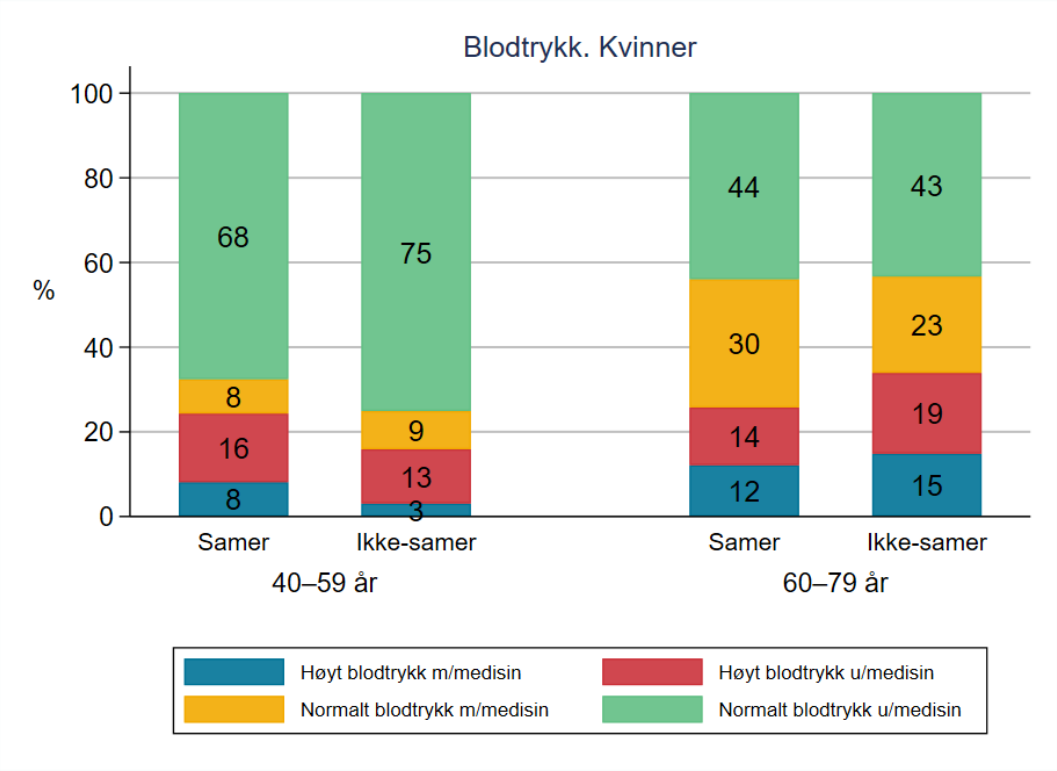
Figur 3 og Figur 4 viser resultatene for blodtrykksmålingene blant samer og ikke-samer i sørsamisk område. Fire kategorier presenteres:

- andel som bruker blodtrykksmedisiner og som har normalt blodtrykk, det vil si at medisinene virker som de skal
- andel som bruker blodtrykksmedisiner og som har for høyt blodtrykk, noe som tyder på dårlig effekt av medisinene eller at medisinene ikke tas som de skal
- andel som ikke bruker blodtrykksmedisiner og som har normalt blodtrykk
- andel som ikke bruker blodtrykksmedisiner og som har for høyt blodtrykk, det vil si at de bør gå til legen for å få vurdert om de bør begynne med blodtrykksmedisiner, i tillegg til økt fysisk aktivitet, vektreduksjon, røykestopp, redusert alkoholbruk osv.

Figurene viser at andelen med høyt blodtrykk (både behandlet og ubehandlet) stiger med stigende alder for begge kjønn. Det er vanlig.

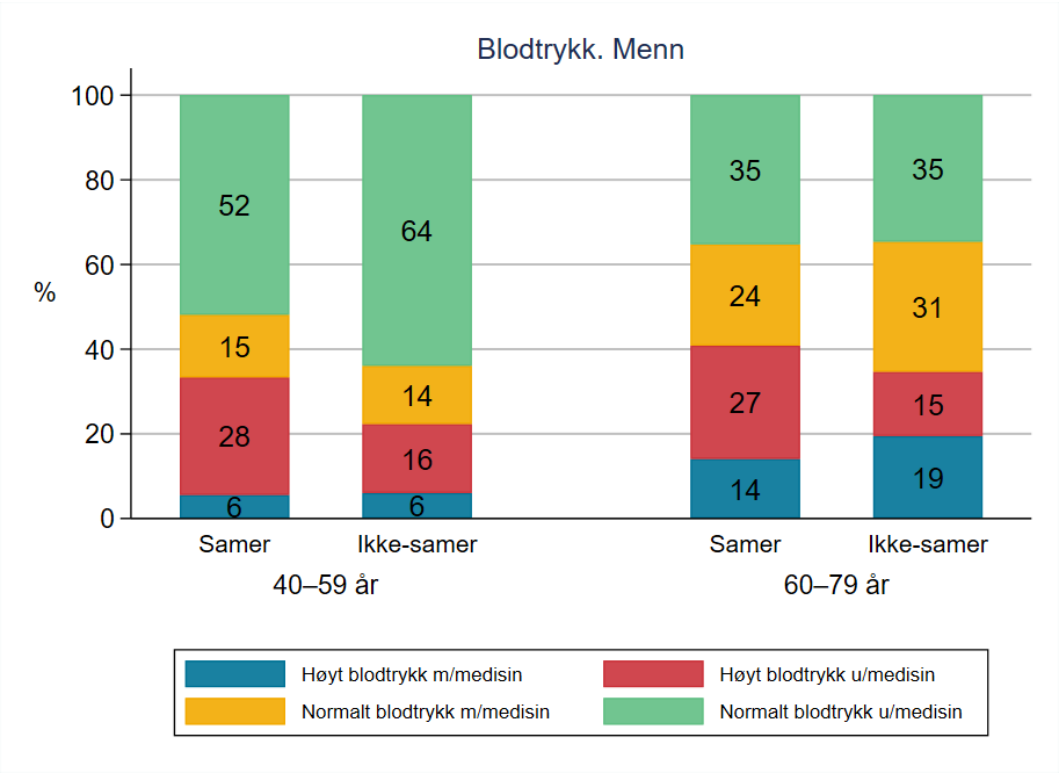
Figur 3 viser at i den yngste aldersgruppen er det en litt høyere andel samiske kvinner som har høyt blodtrykk med og uten medisin, sammenlignet med ikke-samiske kvinner. Det motsatte

er tilfelle i den eldste aldersgruppen, men her er det en større andel samiske kvinner som har normalt blodtrykk og bruker blodtrykksmedisin. I den eldste aldersgruppen av ikke-samiske kvinner er det en relativt stor andel som har høyt blodtrykk både med og uten medisinbruk.



Figur 3: Blodtrykk med og uten medisin hos henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Høyt blodtrykk betyr at overtrykket er 140 eller høyere, eller undertrykket er 90 eller høyere. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

Figur 4 viser at i begge aldergrupper er det en høyere andel samiske enn ikke-samiske menn som har høyt blodtrykk, og at de i mindre grad bruker medisin, enn hva tilfellet er for ikke-samiske menn. I den eldste aldersgruppen er det en relativt stor andel, spesielt blant ikke-samiske menn, som har høyt blodtrykk til tross for at de bruker medisin.



Figur 4: Blodtrykk med og uten medisin hos henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Høyt blodtrykk betyr at overtrykket er 140 eller høyere, eller undertrykket er 90 eller høyere. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.3.2 Langtidsblodsukker

Kroppen trenger sukker som drivstoff, men blir konsentrasjonen av blodsukker for høyt, er det ikke sunt.

Blodprøven HbA1c avslører gjennomsnittlig konsentrasjon av blodsukker over en periode på åtte til tolv uker. Helsedirektoratet anbefaler at HbA1c på 48 mmol/mol eller høyere bør brukes som det primære diagnostiske kriteriet for diabetes i Norge [6]. Personer som ligger i området 42–47 mmol/mol står i fare for å utvikle diabetes. Dette kalles prediabetes.

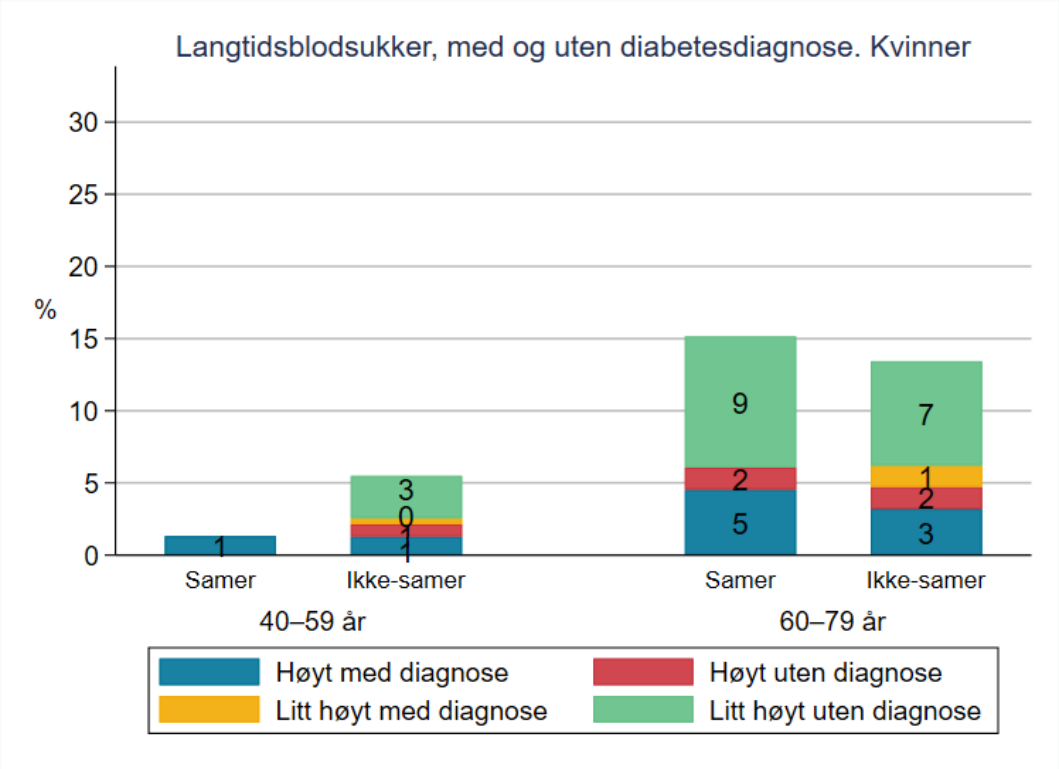
For at kroppen vår skal kunne bruke sukkeret som drivstoff, trenger vi hormonet insulin. Det fungerer som en portåpner inn i de ulike cellene. Når kroppen har for lite insulin, kaller vi det for type 1-diabetes. Kroppen har da ikke nok insulin til å åpne alle portene inn i cellene, og sukkernivået i blodet blir for høyt. Når det er nok insulin, men feil på porten, kaller vi det type 2-diabetes. Type 1-diabetes er den vanligste formen for diabetes blant barn, men kan også oppstå hos voksne. Type 2-diabetes forekommer vanligvis hos voksne, og er betydelig hyppigere enn type 1-diabetes. Det er først og fremst type 2-diabetes som diagnostiseres ved hjelp av HbA1c.

Type 1-diabetes behandles primært med tilførsel av insulin. Type 2-diabetes behandles med endringer i kosthold og/eller med ulike typer medisiner. HbA1c brukes også til å følge med på hvor godt regulert blodsukkeret er hos personer som har diabetes.

Blant samer i sørsamisk område var det 4 prosent av kvinner og 12 prosent av menn som hadde HbA1c på 48 mmol/mol eller høyere (høy HbA1c tyder på uoppdaget diabetes eller dårlig regulert diabetes). Tilsvarende tall for ikke-samene var 4 prosent blant kvinner og 8 prosent blant menn. Videre hadde 4 prosent av samiske kvinner og 12 prosent av samiske menn måling i området 42–47 mmol/mol (litt forhøyet HbA1c – i fare for å utvikle diabetes/litt dårlig regulert diabetes). For ikke-samene var tallene 6 prosent og 8 prosent.

Nedenfor presenteres andelen personer med og uten diabetesdiagnose som har HbA1c på 48 mmol/mol eller høyere, samt andelen som ligger i området 42–47 mmol/mol, blant samiske og ikke-samiske deltakere i sørsamisk område.

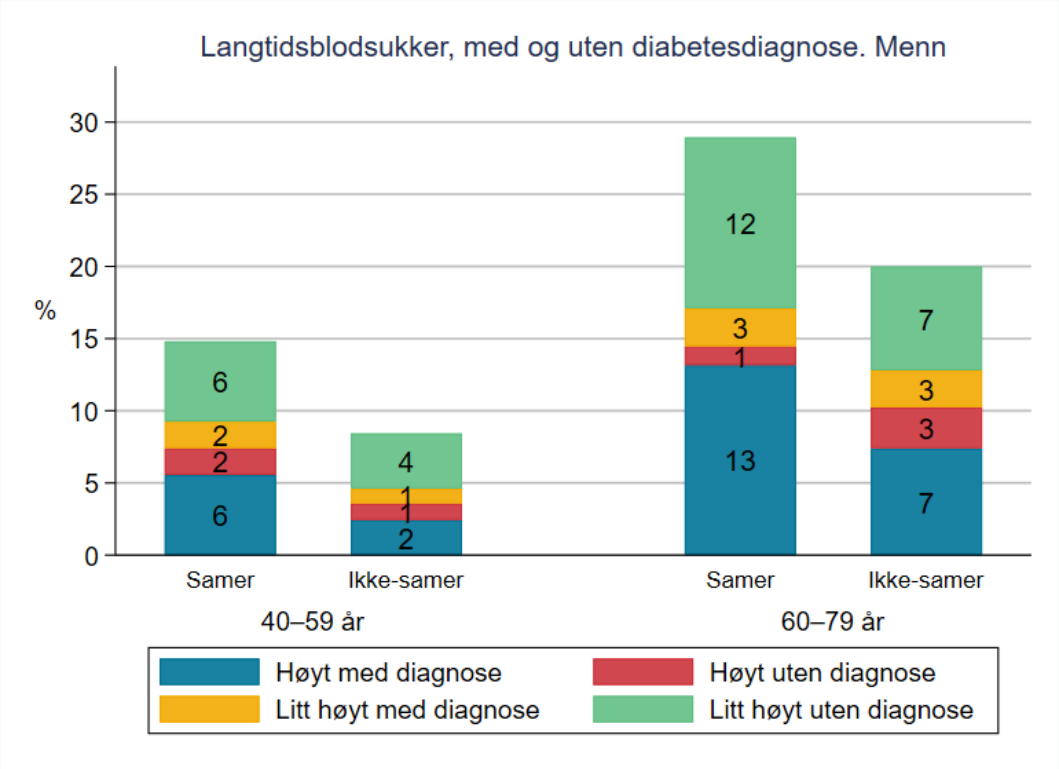
Figur 5 viser andel med lett forhøyet eller forhøyet HbA1c-nivå hos samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, med og uten diabetesdiagnose, fordelt på aldersgrupper. Det er små forskjeller mellom samiske og ikke-samiske kvinner. I aldersgruppen 60–79 år har omtrent 15 prosent av de samiske kvinnene lett forhøyet eller forhøyet HbA1c, noe som kan tyde på uoppdaget diabetes eller dårlig regulert diabetes. Disse personene vil ha nytte av oppfølging fra helsetjenesten.



Figur 5: Langtidsblodsukker med og uten diabetesdiagnose blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Høyt langtidsblodsukker er definert som HbA1c på 48 mmol/mol eller høyere. Litt høyt blodsukker er definert som HbA1c på 42–47 mmol/mol. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

Figur 6 viser andel med lett forhøyet eller forhøyet HbA1c-nivå hos samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, med og uten diabetesdiagnose, fordelt på aldersgrupper. Det er en høyere andel samiske menn som har lett forhøyet eller forhøyet HbA1c sammenlignet med ikke-samiske menn. I aldersgruppen 60–79 år har nesten tre av ti samiske menn lett forhøyet/forhøyet HbA1c, noe som kan tyde på uoppdaget diabetes eller dårlig regulert diabetes. Disse personene vil ha nytte av oppfølging fra helsetjenesten.

I sørsamisk område er lett forhøyet/forhøyet HbA1c mer vanlig blant menn enn kvinner, dette gjelder både samer og ikke-samer i begge aldersgrupper.



Figur 6: Langtidsblodsukker med og uten diabetesdiagnose blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Høyt langtidsblodsukker er definert som HbA1c på 48 mmol/mol eller høyere. Litt høyt blodsukker er definert som HbA1c på 42–47 mmol/mol. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

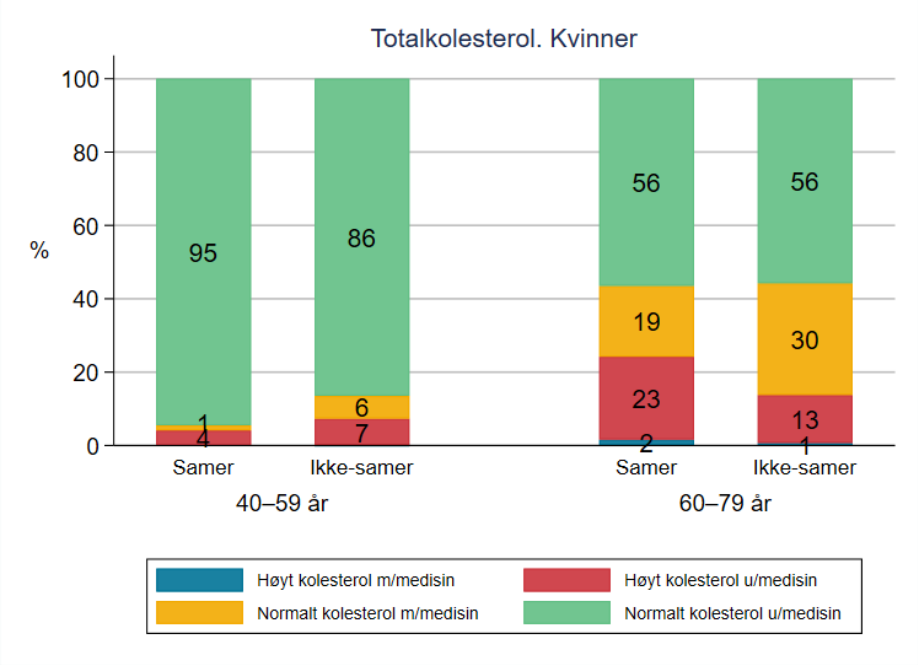
3.3.3 Kolesterol

Kolesterol er et viktig fettstoff som inngår i cellemembraner og for dannelse av hormoner og syrer i kroppen. Totalkolesterol er det frie fettet vi finner i blodet og kan igjen deles opp i flere bestanddeler, slik som 'det gode' HDL-kolesterolet og 'dårlige' LDL-kolesterolet.

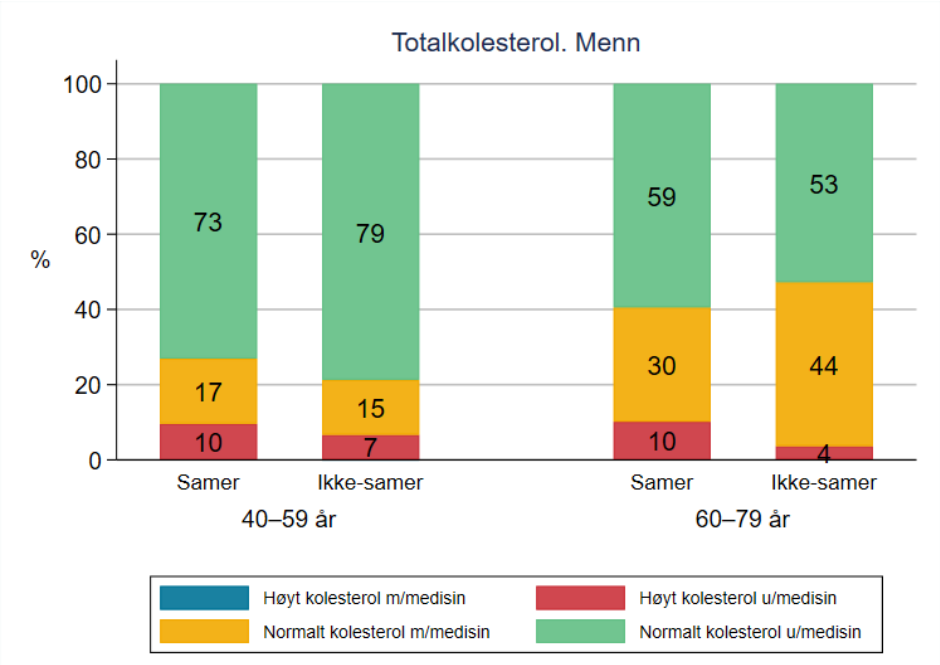
Kolesterol-verdiene og balansen mellom HDL- og LDL-kolesterolet gjenspeiler både mengde fett som inngår i kostholdet og hvordan kroppen omsetter fettet, og dette varierer mellom individer. Gjennomsnittlig kolesterol kan på individ- og på befolkningsnivå gjenspeile risikoen for arteriosklerotisk hjerte- og karsykdom ('åreforkalkning'). Dersom en person har høyt nivå av kolesterol anbefales det å justere kosthold og øke fysisk aktivitet, og noen ganger er det nødvendig med kolesterolsenkende medisiner [7].

Vi rapporterer nedenfor gjennomsnittlig totalkolesterol hos samiske og ikke-samiske kvinner og menn i sørsamisk område etter aldersgruppe. Figur 7 (kvinner) og Figur 8 (menn) viser at andelen med høyt totalkolesterol eller som bruker medisin mot dette, øker med alder, og det er som forventet. De viser også at andelen menn som bruker kolesterolmedisin er høyere enn

andelen er for kvinner. I den eldste aldersgruppen ser vi at andelen kvinner med høyt totalkolesterol uten medisiner (ubehandlet eller uoppdaget høyt totalkolesterol), er større enn andelen menn som har høyt totalkolesterol uten medisiner. Vi observerer ingen etniske forskjeller i gjennomsnittlig kolesterol.



Figur 7: Totalkolesterol hos henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Høyt kolesterol defineres som 7 mmol/L eller høyere. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 8: Totalkolesterol hos henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Høyt kolesterol defineres som 7 mmol/L eller høyere. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.3.4 Kognitiv funksjon i aldersgruppen 70–79 år

Kognitiv funksjon handler om hjernens evne til å forstå, lagre og bruke informasjon. Den omfatter en rekke mentale prosesser som er nødvendige for å lære, huske, resonnere og løse problemer. Kognitiv funksjon blir påvirket av en rekke faktorer som alder, gener, helse, livsstil og miljø. Også søvn, kosthold, fysisk aktivitet og mental stimulering spiller en rolle i å opprettholde eller forbedre kognitiv funksjon. Skader, ulike sykdommer [8-11] og stress kan svekke kognitiv funksjon.

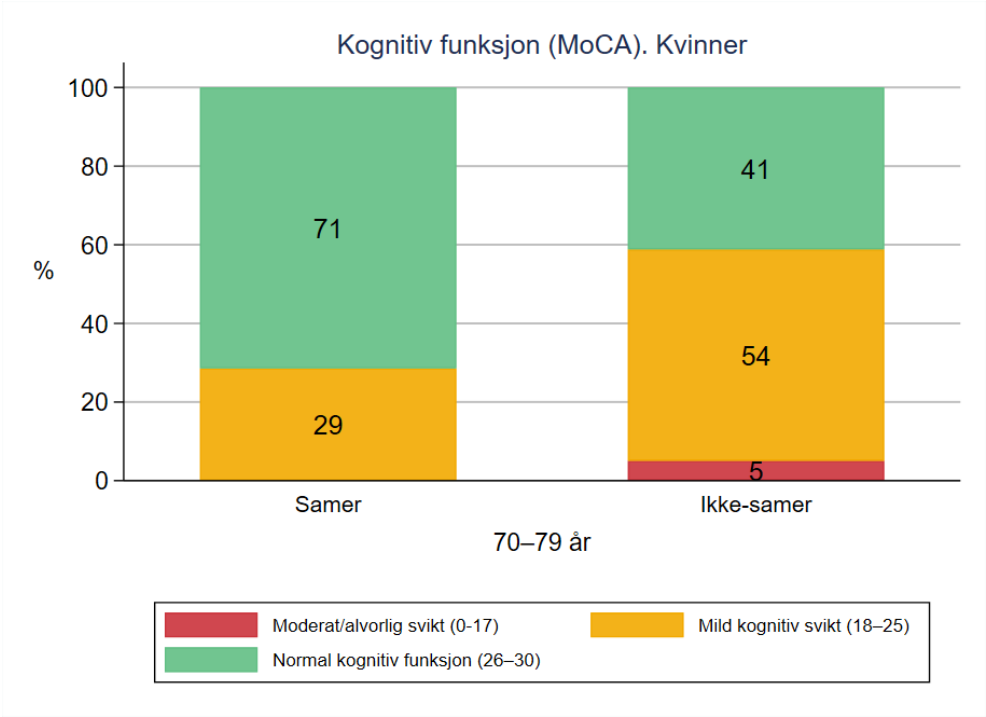
Hos eldre er det viktig å fange opp kognitive endringer tidlig for å kunne forebygge og bremse videre svekkelse og tilpasse helsetjenestetilbud [12]. For deltakere i aldersgruppen 70–79 år, er kognitiv funksjon målt med Montreal Cognitive Assessment (MoCA). MoCA er en standardisert test som evaluerer flere kognitive områder: oppmerksomhet og konsentrasjon, utøvende funksjoner, hukommelse, språk, evnen til å forstå og tolke visuell informasjon, abstrakt tenkning, regneferdigheter, og orientering til tid og sted. Resultatene oppsummeres i en MoCA-skår som kan variere mellom 0 og 30 poeng. MoCA kan være en del av en bredere vurdering for å diagnostisere demenssykdommer [13]. MoCA-skåren påvirkes av alder og utdanning. Det betyr at eldre, personer med lite skolegang, eller de med annet morsmål eller kulturell bakgrunn enn majoritetsbefolkningen, kan ha en lav MoCA-skår samtidig som de har normal kognitiv funksjon [14]. En MoCA-skår på 25 eller lavere, indikerer mild kognitiv svikt [15]. Mild kognitiv svikt betyr ikke at man har en begynnende demens eller kommer til å utvikle demens, men brukes her som en kartlegging på gruppenivå. MoCA-skår mellom 0 og 17 er her kategorisert som moderat til alvorlig kognitiv svikt, mellom 18 og 25 som mild kognitiv svikt og mellom 26 og 30 som normal kognitiv funksjon [15].

I sørsamisk område var det 14 samiske kvinner og 19 samiske menn som gjennomførte MoCA-test. Blant ikke-samer ble testen gjennomført av 532 kvinner og 539 menn.

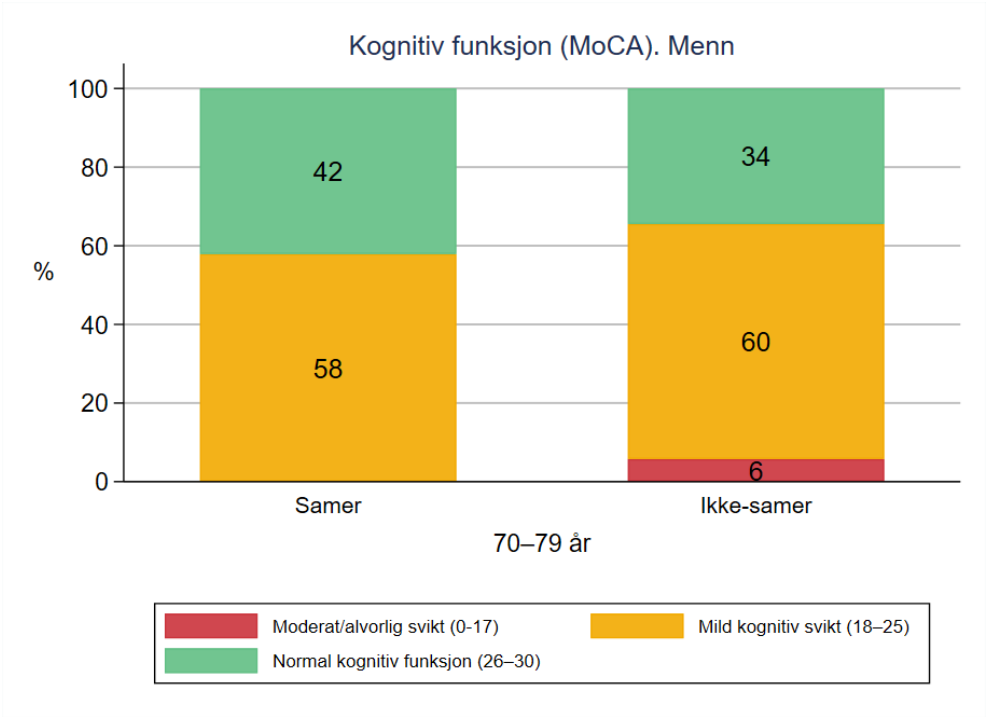
Figur 9 viser hvordan samiske og ikke-samiske kvinner fordelte seg i de tre MoCA-skår-kategoriene. Det var en lavere andel samiske kvinner som hadde kognitiv svikt sammenlignet med ikke-samiske kvinner. Siden det er et lavt antall samiske kvinner som gjennomførte MoCA-testen, er det knyttet usikkerhet til dette resultatet.

Figur 10 viser tilsvarende tall for menn. Også for menn ser vi en lavere andel med kognitiv svikt blant samiske deltakere sammenlignet med ikke-samiske, selv om forskjellen liten.

Siden det er et lavt antall samiske menn som gjennomførte MoCA-testen, er det ikke mulig å si om forskjellen er reell.



Figur 9: Kognitiv funksjon blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 10: Kognitiv funksjon blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.4 Resultater fra spørreskjema

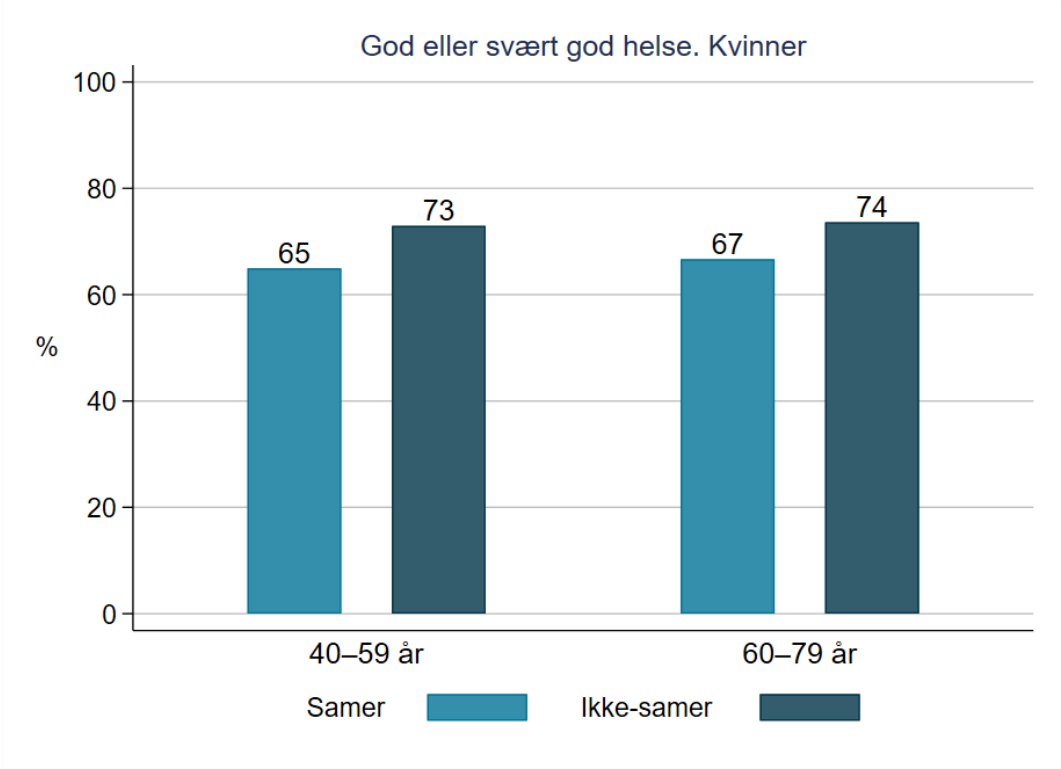
3.4.1 Egenvurdert helse

Egenvurdert helse handler om hvordan vi selv opplever og vurderer vår egen helse. Det er et mye brukt mål på generell helse, og studier viser at dette målet i stor grad henger sammen med andre helseutfall, som f.eks. sykelighet, bruk av helsetjenester og dødelighet [16-18].

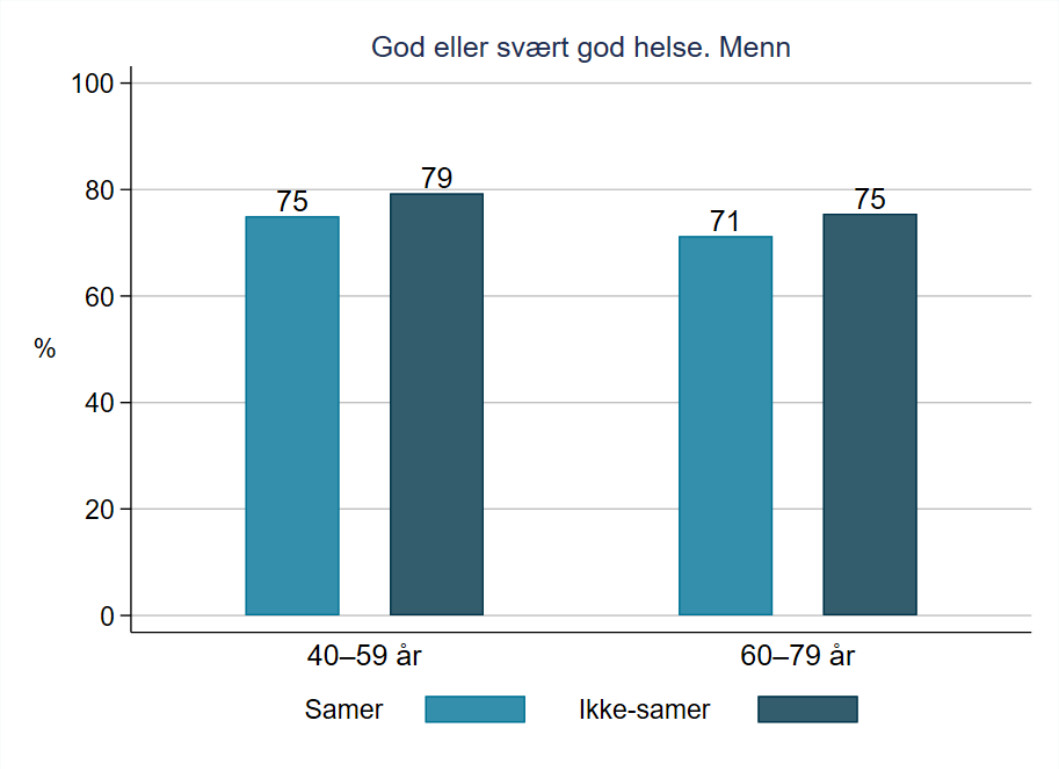
Det er viktig å fange opp hvordan folk selv opplever sin egen helse, fordi objektive/kliniske mål på helse alene ikke gir det fulle bildet. For eksempel kan mange oppleve sin egen helse som god, selv om de lever med en kronisk sykdom.

Figur 11 viser andelen samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk som har svart at de har *god* eller *svært god* helse. I begge aldersgrupper rapporterer en lavere andel samiske enn ikke-samiske kvinner at helsa er god eller svært god. Andelen er stabil på tvers av aldersgruppene.

Figur 12 viser tilsvarende tall for menn. Også for menn er andelen som svarte *god* eller *svært god* helse lavere for samiske enn for ikke-samiske menn, men forskjellen er mindre enn for kvinner. For mannlige deltakere er det en svakt synkende tendens med økt alder.



Figur 11: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som vurderer sin egen helse som god eller svært god, fordelt på aldersgrupper.



Figur 12: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som vurderer sin egen helse som god eller svært god, fordelt på aldersgrupper.

3.4.2 Tobakksbruk – røyk og snus

Tobakksbruk gir negativ helseeffekt. Omfattende forskning og kliniske studier viser til økt forekomst av lungekreft, andre kreftformer, kroniske lungesykdommer og hjertekar-sykdommer ved tobakksrøyking. Graden av uhelse er proporsjonal med tiden og mengden den enkelte har røkt. Tiltak som røykeloven (innført i 2004), gjorde det forbudt å røyke på serveringssteder og i offentlige rom. Dette, kombinert med økt fokus på røykesluttprogrammer og en generell holdningsendring i samfunnet, har redusert andelen dagligrøykere de siste tiårene. Tall fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2025 viser at 5,4 prosent både blant kvinner og menn røyker daglig [19].

Snus er et tobakksprodukt hvor nikotin og andre stoff absorberes gjennom slimhinnene i munnen. Snusing regnes som betydelig mindre skadelig enn tobakksrøyking, fordi det ikke involverer forbrenning som produserer tjære, karbonmonoksid og andre skadelige stoffer. Men snusbruk er forbundet med helserisiko. Langvarig bruk kan føre til nikotinavhengighet, hjertekar-sykdommer, enkelte krefttyper, samt skader i munnhule og tannkjøtt. Tall fra den nasjonale folkehelseundersøkelsen i 2025 viser at 10,4 prosent blant kvinner og 20,7 prosent blant menn snuser daglig [19].

Deltakerne i SAMINOR 3 ble spurt om daglig tobakksrøyking og daglig snusbruk.

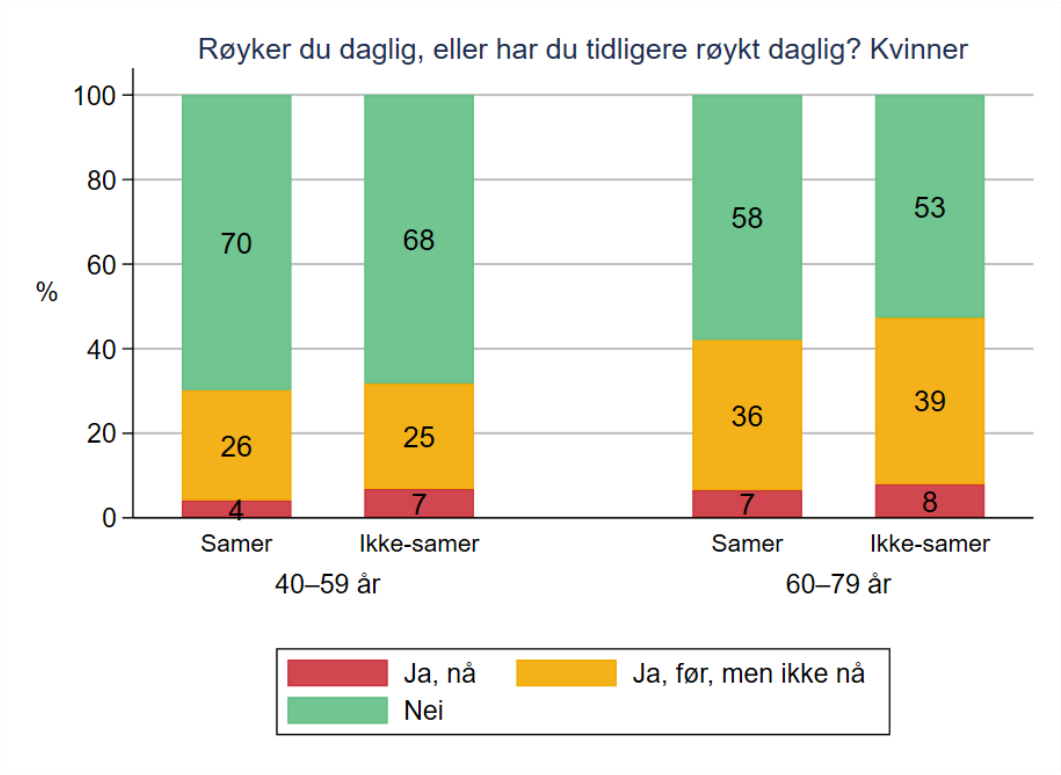
Røyking

I sørsamisk område oppga 5 prosent av de samiske kvinnene og 5 prosent av de samiske mennene at de røyker daglig. Tilsvarende tall for ikke-samiske deltakere er 7 prosent blant menn og 6 prosent blant kvinner.

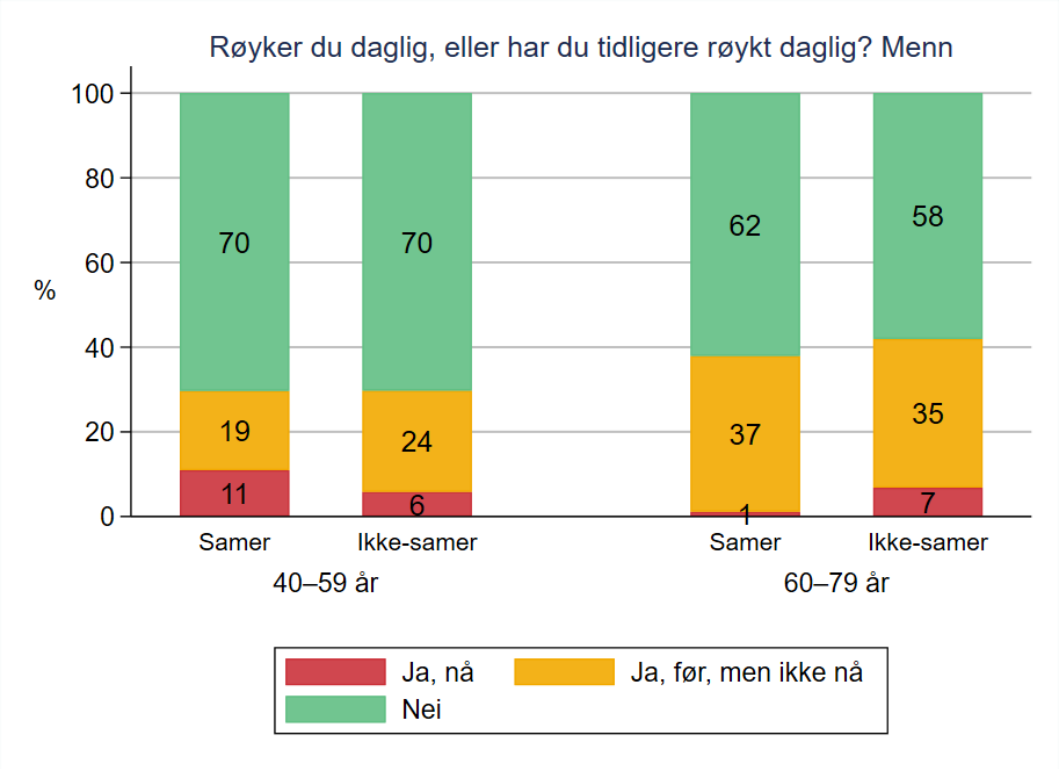
Figur 13 viser at andelen dagligrøykere var lav blant både samiske og ikke-samiske kvinner. Andelen tidligere røykere var høyest i aldersgruppen 60–79 år.

Figur 14 viser at andelen dagligrøykere var høyest blant samiske menn i alderen 40–59 år.

I den yngste aldersgruppen svarte gjennomgående sju av ti deltakere nei på spørsmålet om de røyker eller har røkt daglig. Det er liten forskjell mellom kvinner og menn og mellom samer og ikke-samer.



Figur 13: «Røyker du daglig, eller har du tidligere røkt daglig?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet. Summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 14: «Røyker du daglig, eller har du tidligere røkt daglig?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet. Summen kan derfor avvike fra 100 %.

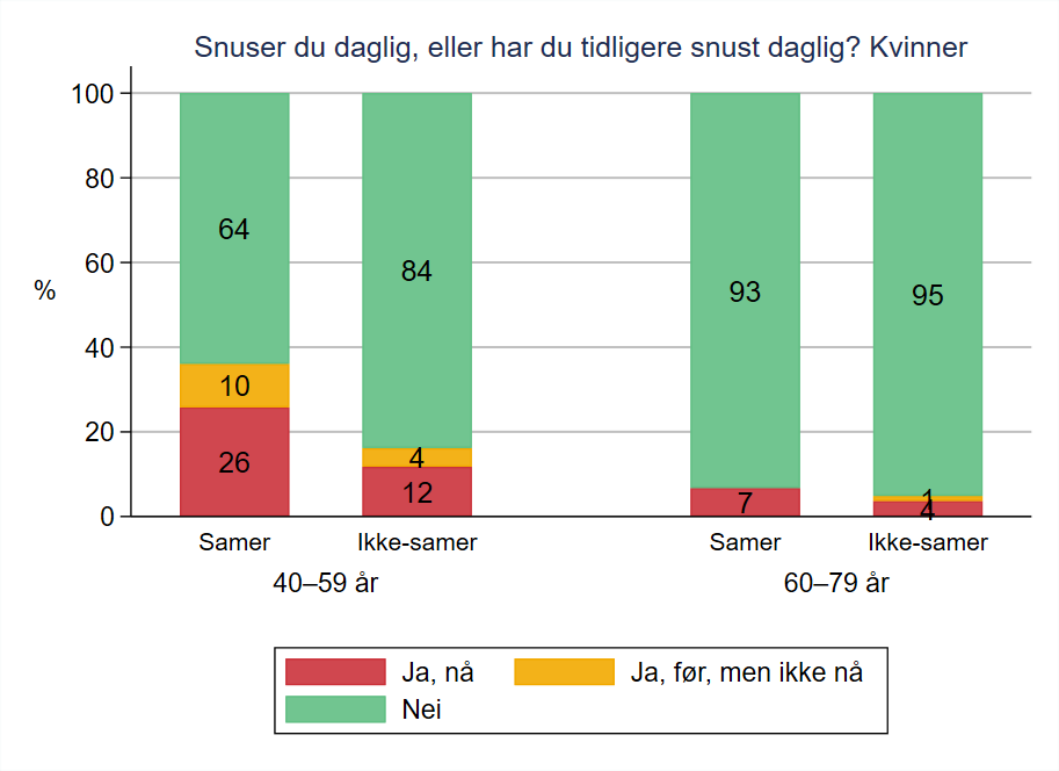
Snusbruk

I sørsamisk område oppga 18 prosent av de samiske kvinnene og 31 prosent av de samiske mennene at de bruker snus daglig. Dette er høyere enn tilsvarene tall for ikke-samene, der 7 prosent av kvinner og 21 prosent av menn oppga at de snuser daglig.

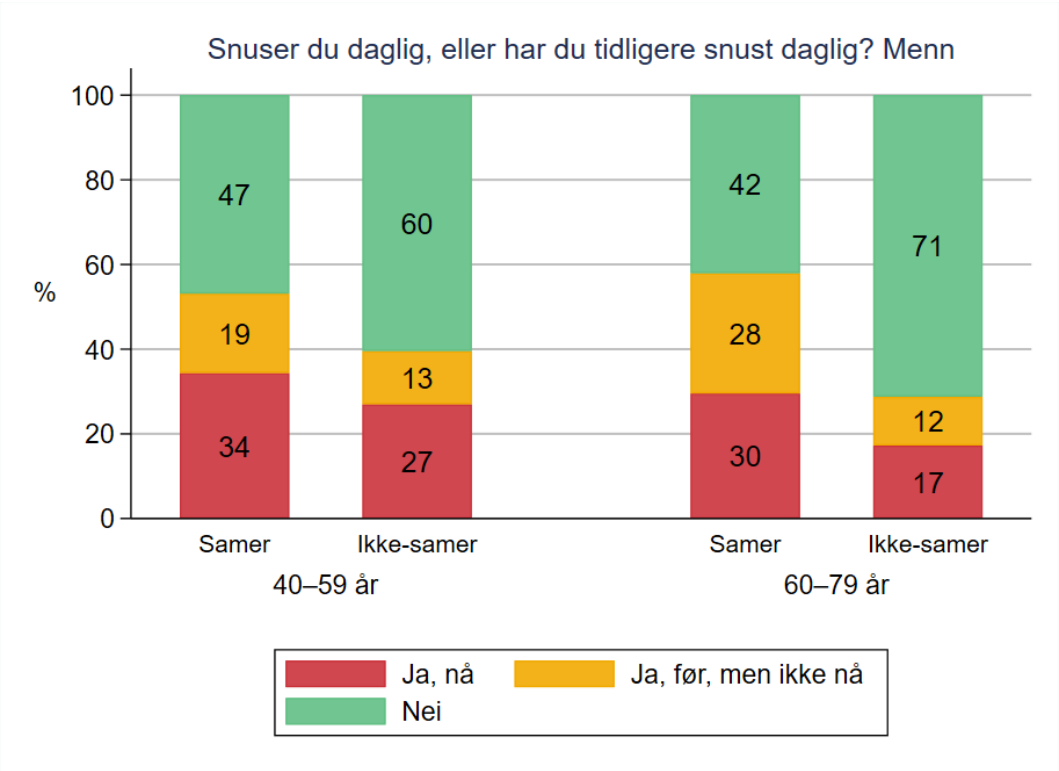
Figur 15 viser at andelen kvinner som svarte at de bruker snus daglig, var høyest i aldersgruppen 40–59 år. I denne aldersgruppen var andelen som bruker snus daglig høyere blant samiske enn blant ikke-samiske kvinner.

Figur 16 viser at andelen som bruker snus daglig blant menn var noe høyere i den yngste sammenlignet med den eldste aldersgruppen. Andelen som bruker snus daglig, var høyere blant samiske enn blant ikke-samiske menn.

Andelen som bruker snus daglig, var høyere blant menn enn blant kvinner i alle grupper.



Figur 15 Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som oppga at de snuser daglig, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 16: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som oppga at de snuser daglig, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.4.3 Fysisk aktivitet

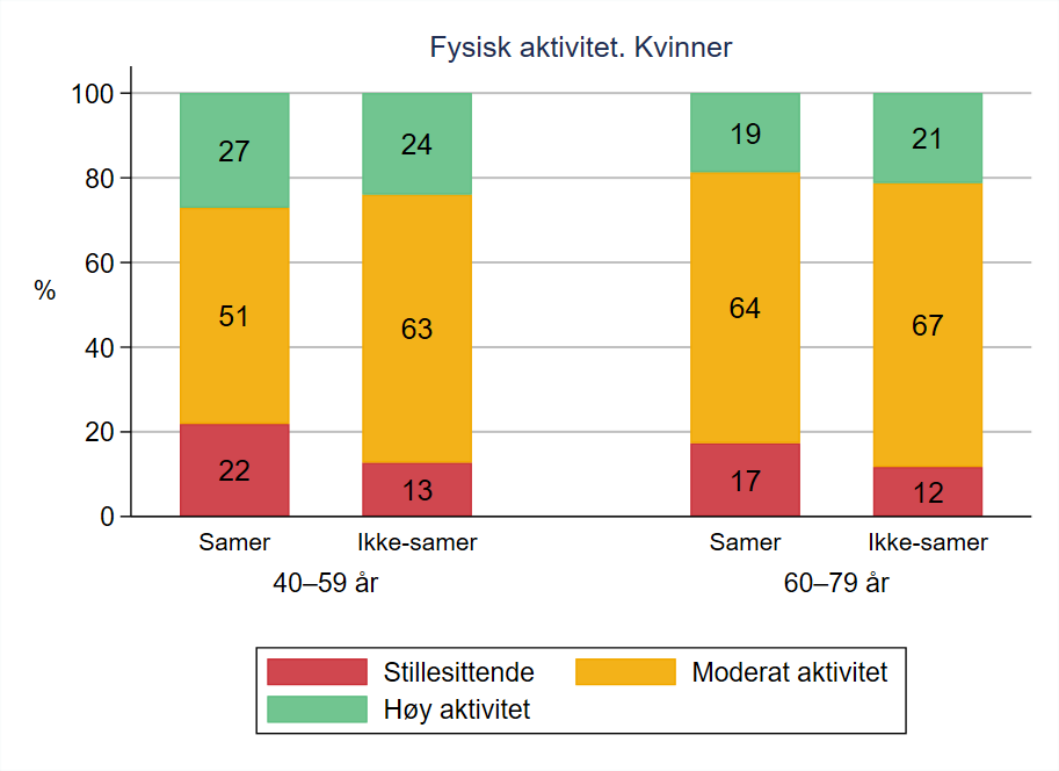
Fysisk aktivitet har en direkte og positiv innvirkning på både fysisk og mental helse. Regelmessig fysisk aktivitet reduserer risikoen for kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes, høyt blodtrykk og enkelte typer kreft [20]. Det bidrar til å redusere risikoen for fedme. Fysisk aktivitet frigjør endorfiner som kan bidra til å redusere stress, som i sin tur kan føre til angst og depresjon. Det forbedrer søvnkvaliteten og gir økt energi i hverdagen.

Helsemyndighetene anbefaler at alle voksne og eldre bør være regelmessig fysisk aktive i minst 150 til 300 minutter med moderat intensitet eller minst 75 til 150 minutter med høy intensitet per uke [21]. Voksne og eldre bør begrense stillesitting og kompensere for mye stillesitting med å være ekstra aktive den øvrige tiden. En nasjonal studie fra 2023 som målte fysisk aktivitet med bruk av bærbare sensorer, viste at tre av fire voksne og eldre tilfredsstilte aktivitetsanbefalingene [22].

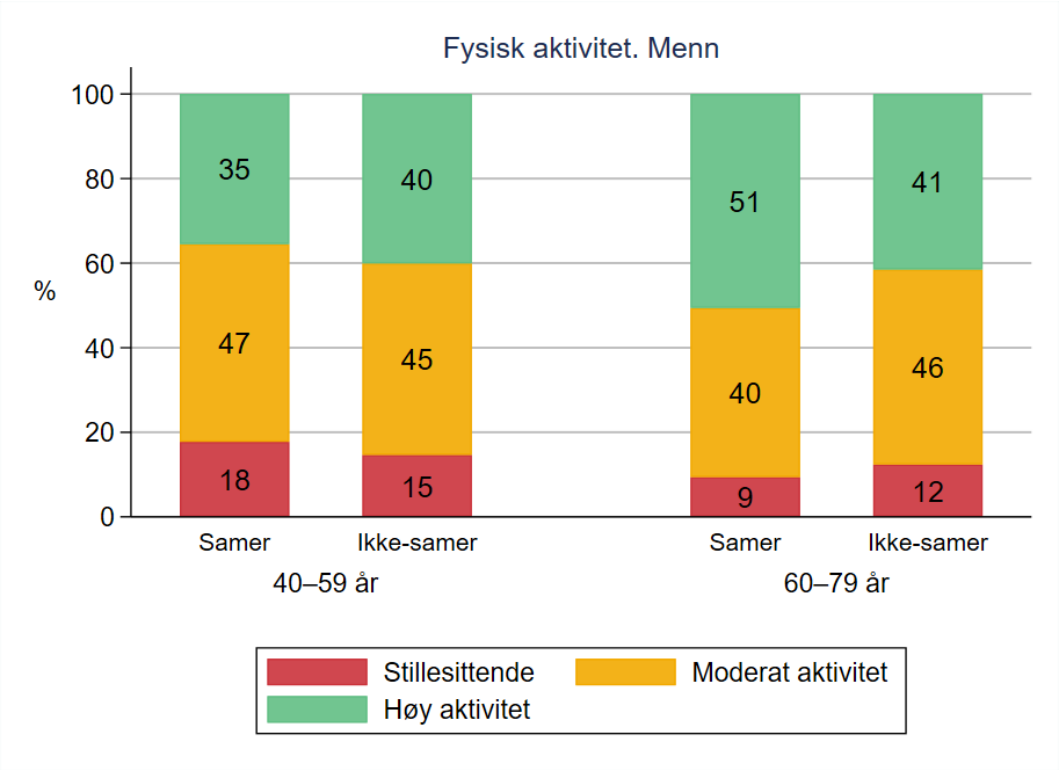
I SAMINOR 3 ble deltakerne spurt om å angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i sin fritid det siste året. De kunne svare: *Leser, ser på TV/skjerm eller annen stillesittende aktivitet* (stillesittende), *Går, sykler eller beveger deg på annen måte i minst 4 timer i uka* (moderat aktivitet), *Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid, snømåking eller lignende minst 4 timer i uke* (høy aktivitet) eller *Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka* (høy aktivitet). I analysene skilles det mellom stillesittende, moderat aktivitet og høy aktivitet.

Figur 17 viser at majoriteten blant kvinner i begge aldersgrupper, både samiske og ikke-samiske, drev moderat fysisk aktivitet. Andelen stillesittende var noe høyere blant samiske kvinner enn blant ikke-samiske kvinner, i begge aldersgrupper. Samiske kvinner i den yngste aldersgruppen hadde både den høysete andelen stillesittende, men også den høyeste andelen med høyaktivitet.

Figur 18 viser gjennomgående en høyere andel menn med høy aktivitet enn den vi fant blant kvinner. Det er samiske menn i alderen 60–79 år som har den høyeste andelen med høy aktivitet.



Figur 17: Selvrapportert fysisk aktivitet blant kvinner. Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 18: Selvrapportert fysisk aktivitet blant menn. Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.4.4 Symptomer på angst og depresjon

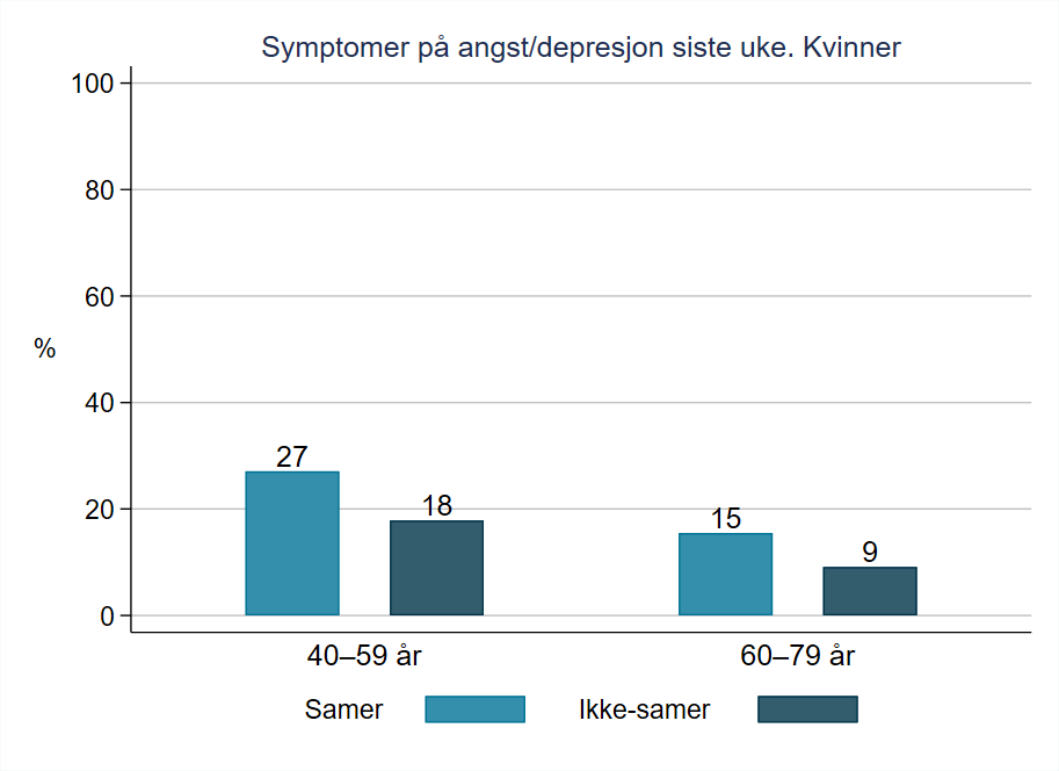
Psykisk helse handler om hvordan vi har det, hvordan vi oppfatter oss selv og andre, og hvordan vi takler utfordringer. God psykisk helse handler om at vi trives i hverdagen, føler tilhørighet og mening i livet, og håndterer livets utfordringer. Psykisk helse har med tanker og følelser å gjøre, og kan endre seg fra dag til dag, og over tid. De fleste av oss vil oppleve at dette varierer gjennom livet. Både symptomer på angst og depresjon, og livskvalitet og ensomhet handler om psykisk helse.

Det er viktig å ha innsikt i hvordan det står til med psykisk helse i befolkningen. Mange ting kan gjøres i nabolag og lokalsamfunn for å forebygge eller forbedre psykisk uhelse. Møteplasser, fellesaktiviteter, frivillig-tilbud, trim- og turgrupper er enkle tiltak som kan virke positivt. Lavterskel psykisk-helse-tilbud er også viktig.

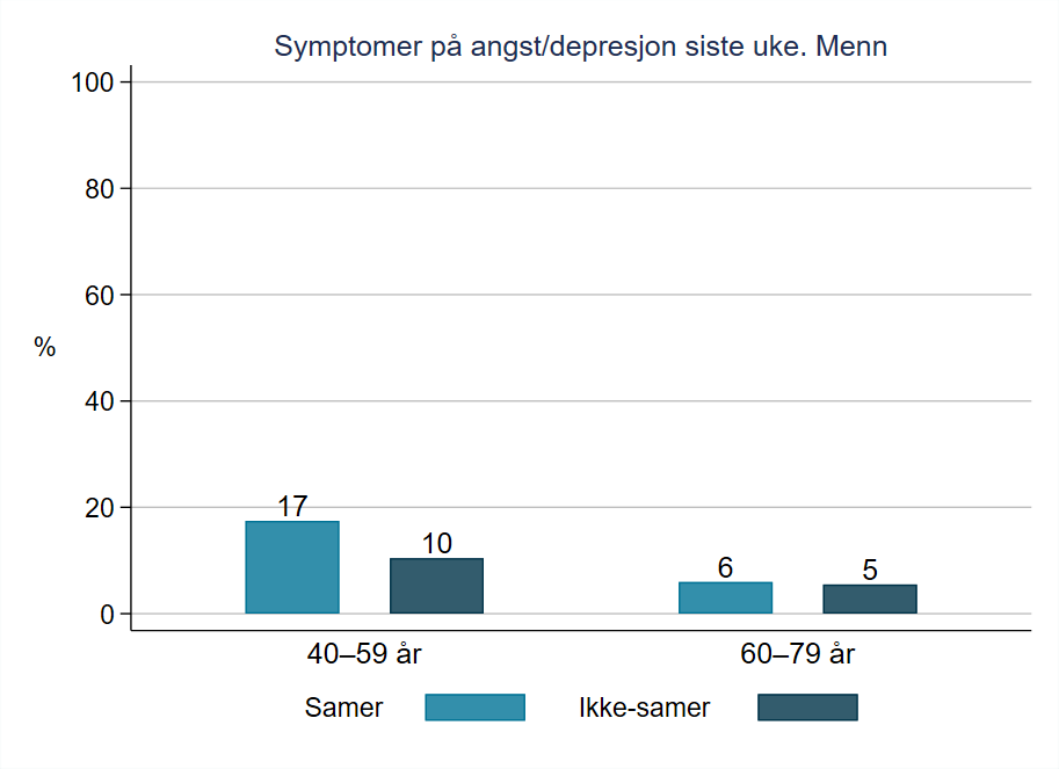
Symptomer på angst og depresjon er i SAMINOR 3 blitt målt med Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-10) [23]. HSCL-10 er et mye brukt kartleggingsverktøy som viser symptomer på plutselig frykt uten grunn, redsel eller engstelse, matthet eller svimmelhet, anspenthet eller oppjagethet, å klandre seg selv, søvnproblemer, nedtrykthet eller tungsindighet, følelse av å være unyttig, lite verd, følelse av at alt er et slit og følelse av håpløshet med tanke på fremtiden. I spørreskjemaet spurte vi om slike og lignende symptomer hadde vært til stede i løpet av den siste uka.

Figur 19 viser resultatene for samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område fordelt på aldersgrupper. I begge aldergrupper var det en større andel samiske kvinner med symptomer på angst/depresjon sammenlignet med ikke-samiske kvinner. I både samisk og ikke-samisk gruppe fant vi større andel med symptomer på angst/depresjon blant de yngste sammenlignet med de eldste.

Figur 20 viser at vi finner det samme mønsteret hos menn, selv om mennene har lavere forekomst av angst/depresjon enn kvinnene i alle grupper.



Figur 19: Andel med symptomer på angst/depresjon siste uke hos henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Symptomer på angst/depresjon er målt ved Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-10) og er definert som gjennomsnittsskår på 1,85 eller høyere.



Figur 20: Andel med symptomer på angst/depresjon siste uke hos henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Symptomer på angst/depresjon er målt ved Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-10) og er definert som gjennomsnittsskår på 1,85 eller høyere.

3.4.5 Livskvalitet

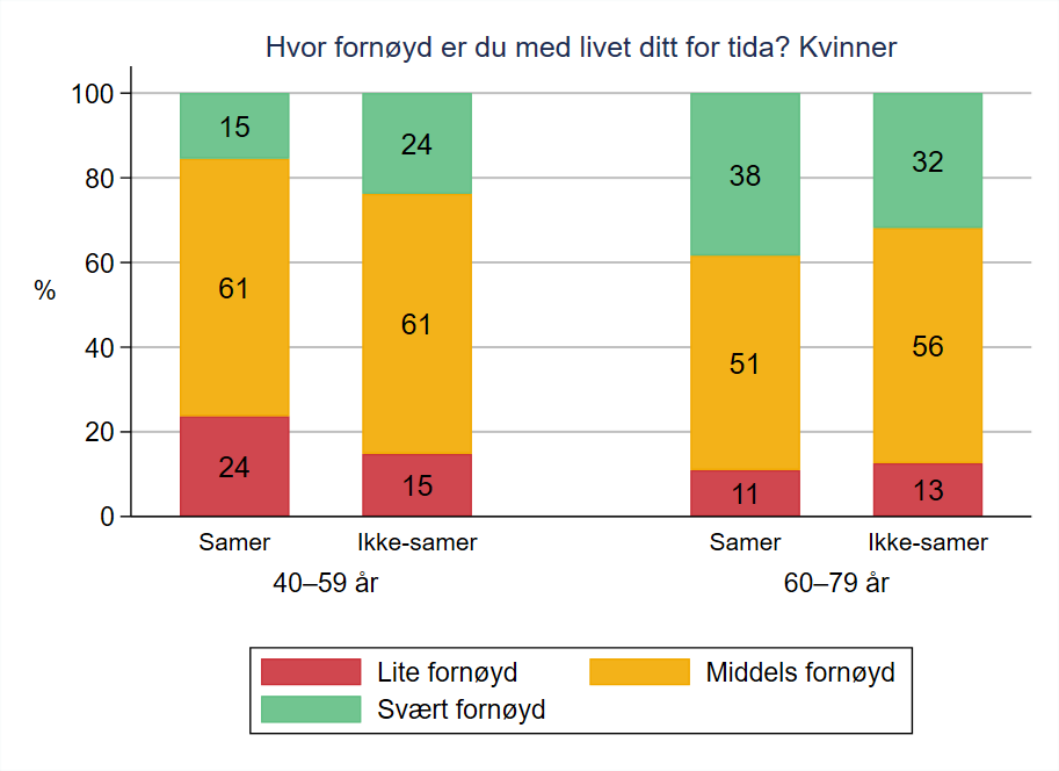
Livskvalitet omhandler mange faktorer som beskriver hvordan livet oppleves for den enkelte, og uttrykkes gjerne gjennom mening, mestring og tilfredshet [24]. Å ha god livskvalitet er noe de aller fleste ønsker. Faktorer som økonomi, boforhold, arbeid, tilhørighet og felleskap, glede, sykdom og plager kan alle påvirke livskvaliteten. Følelsen av å leve et godt liv er å ha høy livskvalitet.

Når livskvalitet ses i sammenheng med faktorer som økonomi, arbeid, boforhold og utdanning, kan det gi en helhetlig forståelse av både subjektive og objektive sider ved menneskers liv, og hvordan disse henger sammen. I tillegg fokuserer begrepet på hvilke ressurser folk har, fremfor bare sykdom og plager, og tar dermed utgangspunkt i hva som skal til for å skape gode liv. Dermed vil begrepet reflektere at man kan ha god livskvalitet selv om man lever med en sykdom.

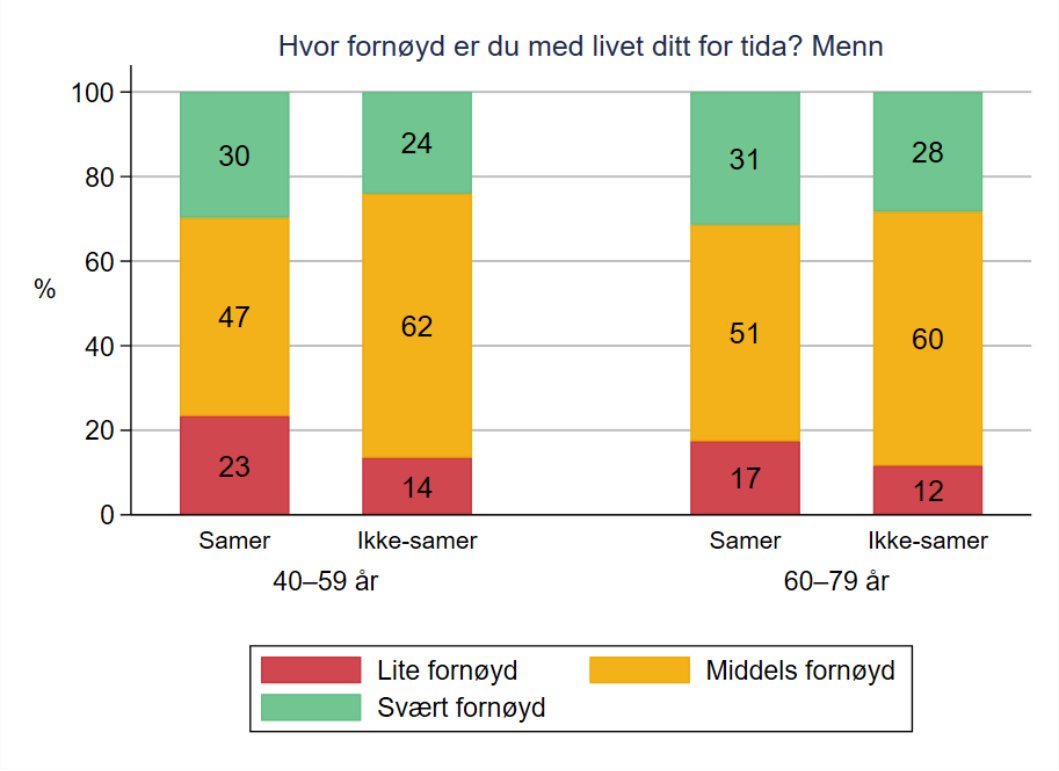
I spørreskjemaet er deltakerne bedt om å vurdere sin tilfredshet med livet på en skala fra 0–10. Svarene er gruppert etter hvorvidt de svarer at de er lite fornøyde (0–5 på skalaen), middels fornøyde (6–8 på skalaen) eller svært fornøyde (9–10 på skalaen).

Figur 21 viser hvordan kvinnelige deltakere i sørsamisk område vurderte hvor fornøyde de var med livet. I aldersgruppen 40–59 år var det en høyere andel samiske kvinner som rapporterte at de var lite eller middels fornøyde med livet, sammenlignet med ikke-samiske kvinner. I aldersgruppen 60–79 år var det ingen nevneverdig forskjell mellom samiske og ikke-samiske kvinner.

Figur 22 viser tilsvarende tall for menn. I begge aldersgrupper er det en høyere andel samer enn ikke-samer som rapporterte at de var lite fornøyd med livet. Samtidig er andelen som var svært fornøyd med livet litt høyere blant samiske enn ikke-samiske menn.



Figur 21: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tida?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet. Summen kan derfor avvike fra 100 %.

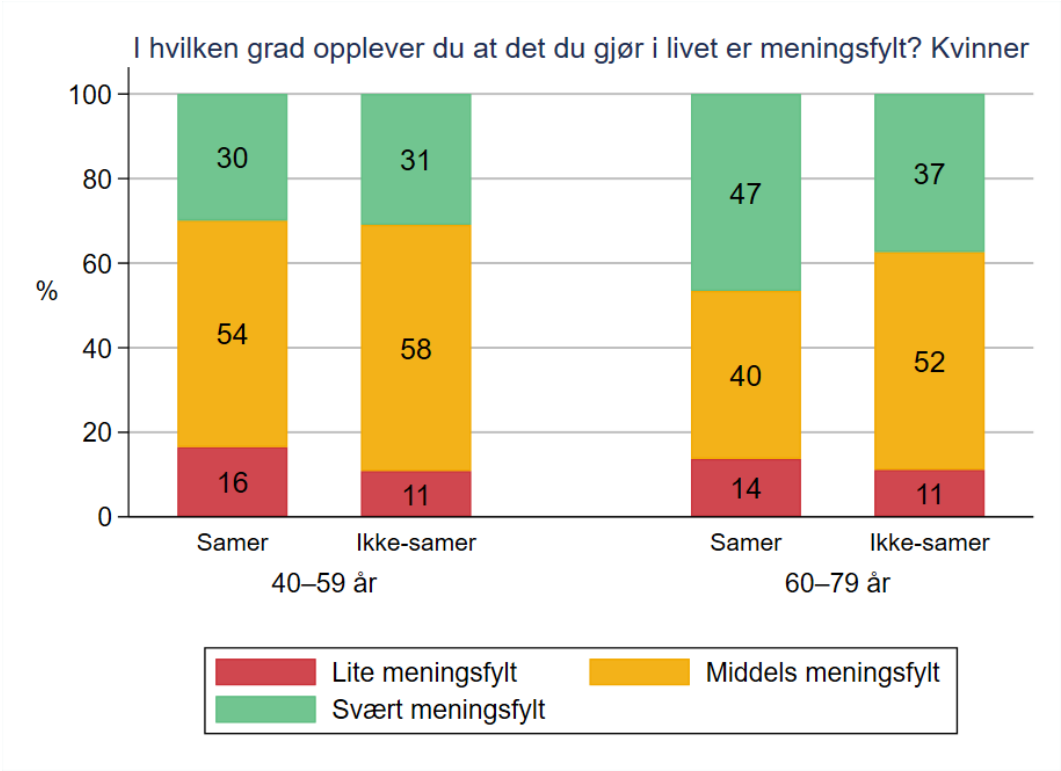


Figur 22: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tida?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet. Summen kan derfor avvike fra 100 %.

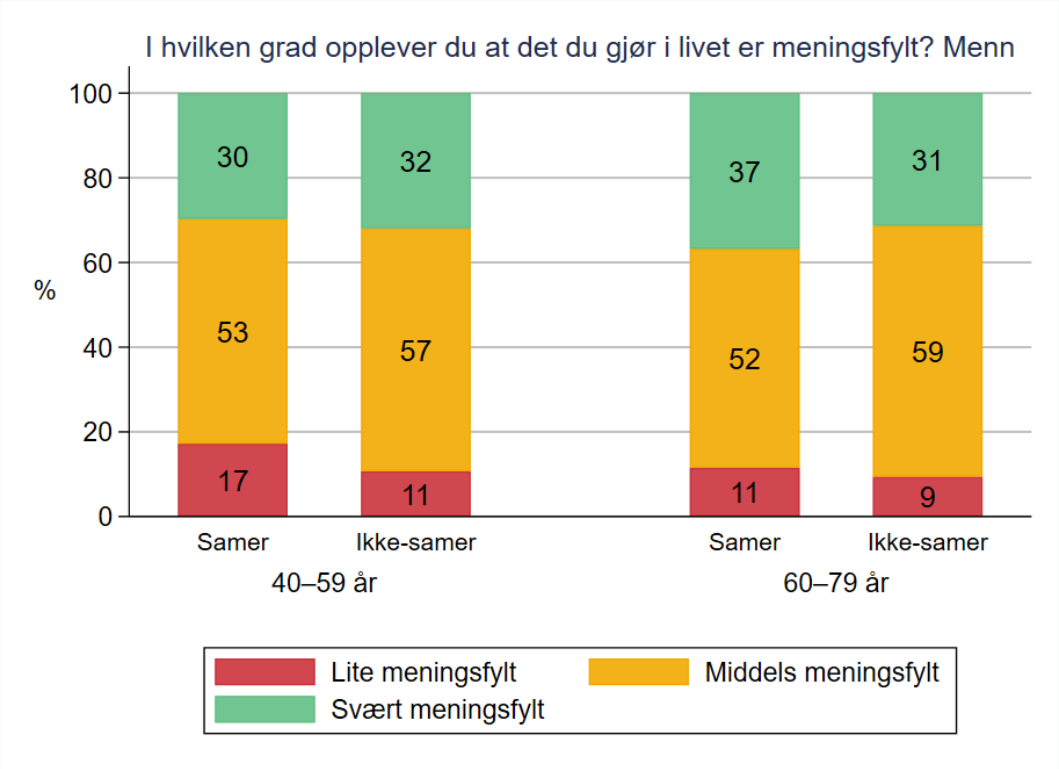
Deltakerne ble også spurt om å vurdere sin opplevelse av livet som meningsfylt på en skala fra 0–10. Svarene er gruppert etter hvorvidt de mener livet er lite meningsfylt (0–5 på skalaen), middels meningsfylt (5–8 på skalaen) eller svært meningsfylt (9–10 på skalaen).

Figur 23 viser i hvilken grad kvinnelige deltakere i sørsamisk område opplever livet som meningsfylt. Andelen kvinner som opplevde at livet var svært meningsfylt var høyest i aldersgruppen 60–79 år, og aller høyest var den for samiske kvinner. Samtidig var det en litt høyere andel samiske kvinner i begge aldersgrupper som rapporterte livet som lite meningsfylt, sammenlignet med andelen for ikke-samiske kvinner.

Figur 24 viser tilsvarende tall for menn. Også blant menn er det en litt høyere andel samer som rapporterer om livet som lite meningsfylt sammenlignet med ikke-samer, og andelen er høyere blant de yngste enn blant de eldste.



Figur 23: «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?». Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 24: «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i livet er meningsfylt?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

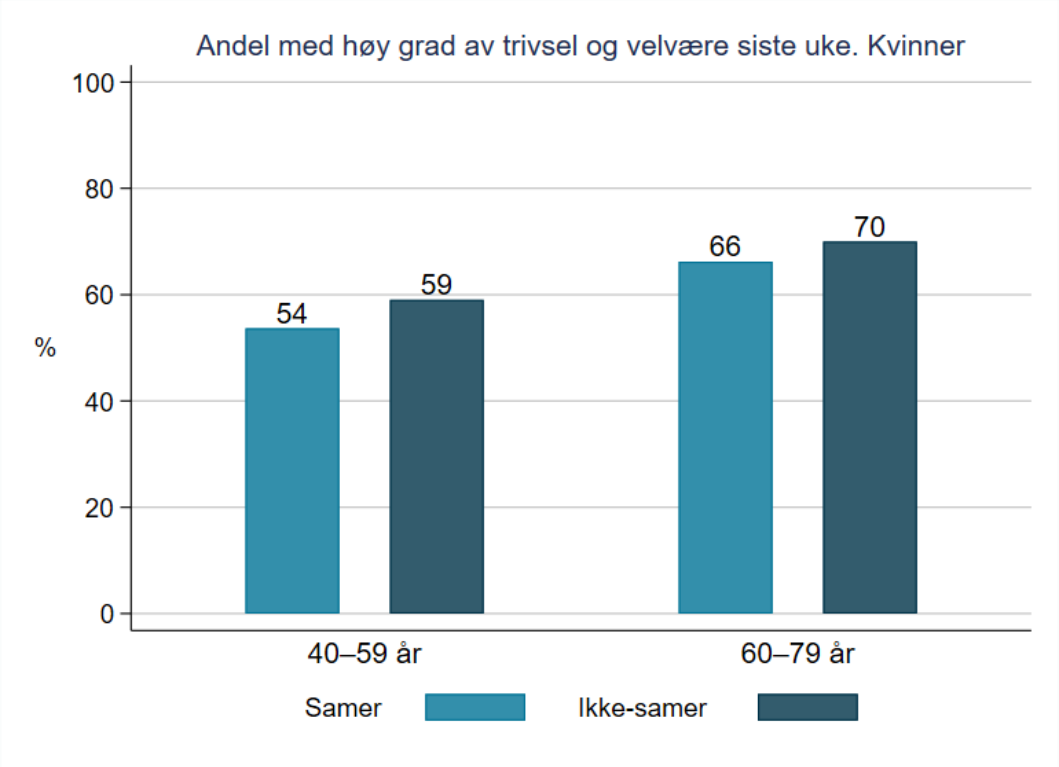
3.4.6 Trivsel og velvære

WHO-5 består av 5 spørsmål som måler trivsel og velvære [25]. Deltakerne ble spurt om hvordan de har følt seg den siste uka: Glad og i godt humør, Rolig og avslappet, Aktiv og sterk, Opplagt og uthvilt, Mitt dagligliv har vært fylt av ting som interesserer meg. Spørsmålene kunne besvares på en skala fra *Hele tida* til *Ikke i det hele tatt*. Spørsmålene slås sammen til en felles skår som måler høy trivsel og velvære.

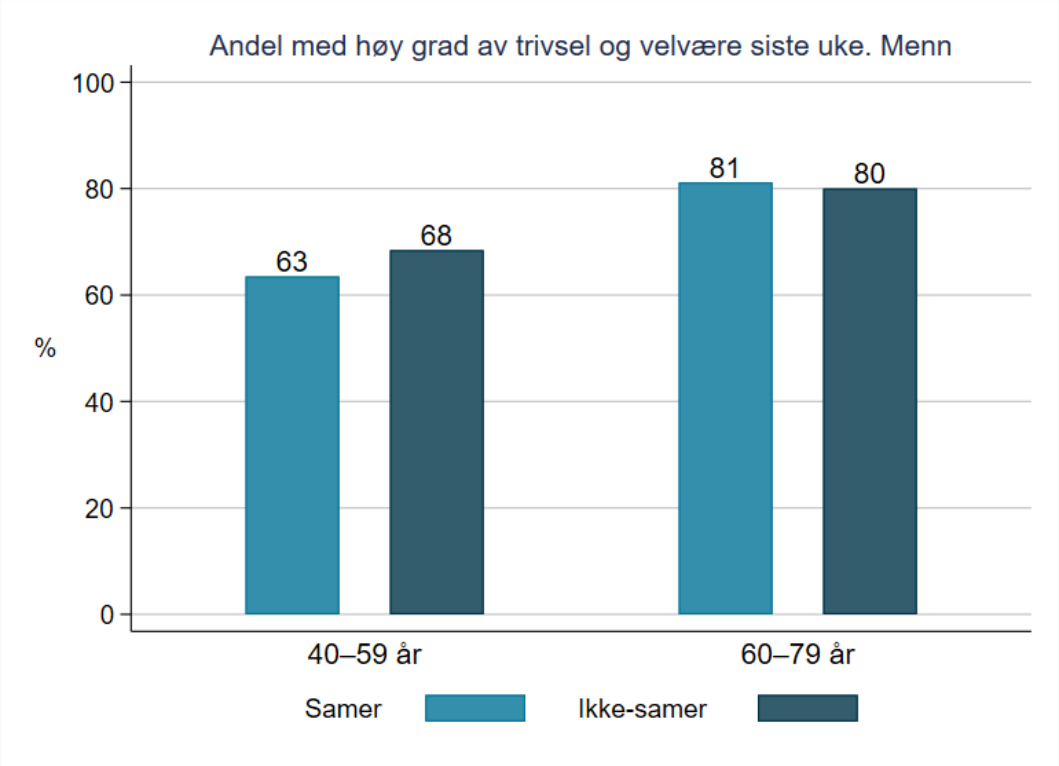
Figur 25 viser andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har følt høy grad av trivsel og velvære siste uka, fordelt på aldersgrupper. I begge aldersgrupper er det en litt lavere andel samiske kvinner som rapporterer høy grad av trivsel og velvære enn hva tilfellet er for ikke-samiske kvinner, men forskjellene er små. Høyest grad av trivsel rapporteres i den eldste aldersgruppen.

Figur 26 viser tilsvarende tall for menn. I aldersgruppen 40–59 år er andelen som rapporterer høy grad av trivsel og velvære litt lavere blant samiske enn blant ikke-samiske menn, mens det ikke er noen forskjell i den eldste aldersgruppen. Også blant menn er det de eldste som

rapporterer høyest grad av trivsel og velvære. Menn rapporterer høyere grad av trivsel og velvære enn kvinner.



Figur 25: Trivsel og velvære blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper.



Figur 26: Trivsel og velvære blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper.

3.4.7 Ensomhet

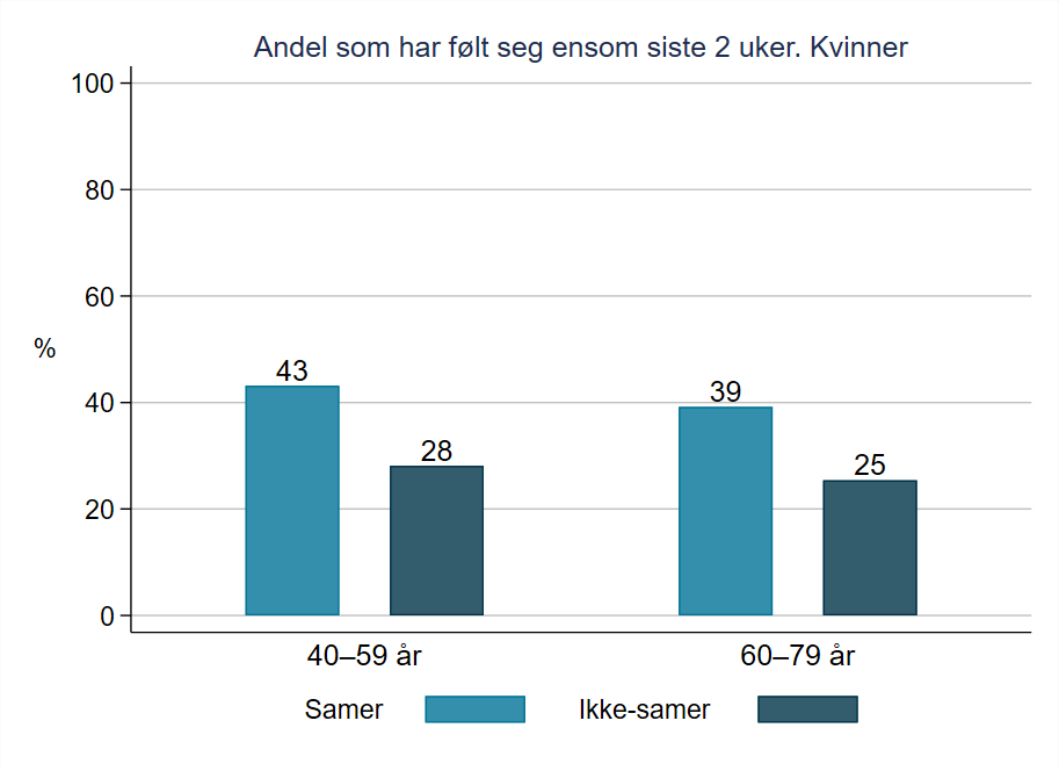
Ensomhet er en subjektiv følelse av å være alene som oppstår når sosiale behov ikke blir møtt. Følelsen er ofte sammensatt og kan påvirkes av faktorer som selvbilde, livssituasjon og tidligere erfaringer. Noen kan føle seg ensomme fordi de mangler nære relasjoner, mens andre kan føle seg ensomme fordi de ikke føler seg forstått eller akseptert. Ensomhet kan oppstå selv om man er omgitt av andre. Det å være fysisk alene kan oppleves positivt og være selvvalgt. Det å føle seg ensom, er ofte er en uønsket tilstand. Ensomhet kan være midlertidig og oppstå i spesifikke situasjoner, eller vedvarer over tid og bli en kronisk tilstand.

Ensomhet forekommer i ulik grad i ulike befolkninger [26]. Den kan henge sammen med både fysisk og psykisk uhelse, og er assosiert med økt dødelighet [27]. Verken norske eller internasjonale studier tyder på at ensomheten øker generelt, men den synes å øke blant ungdom [28].

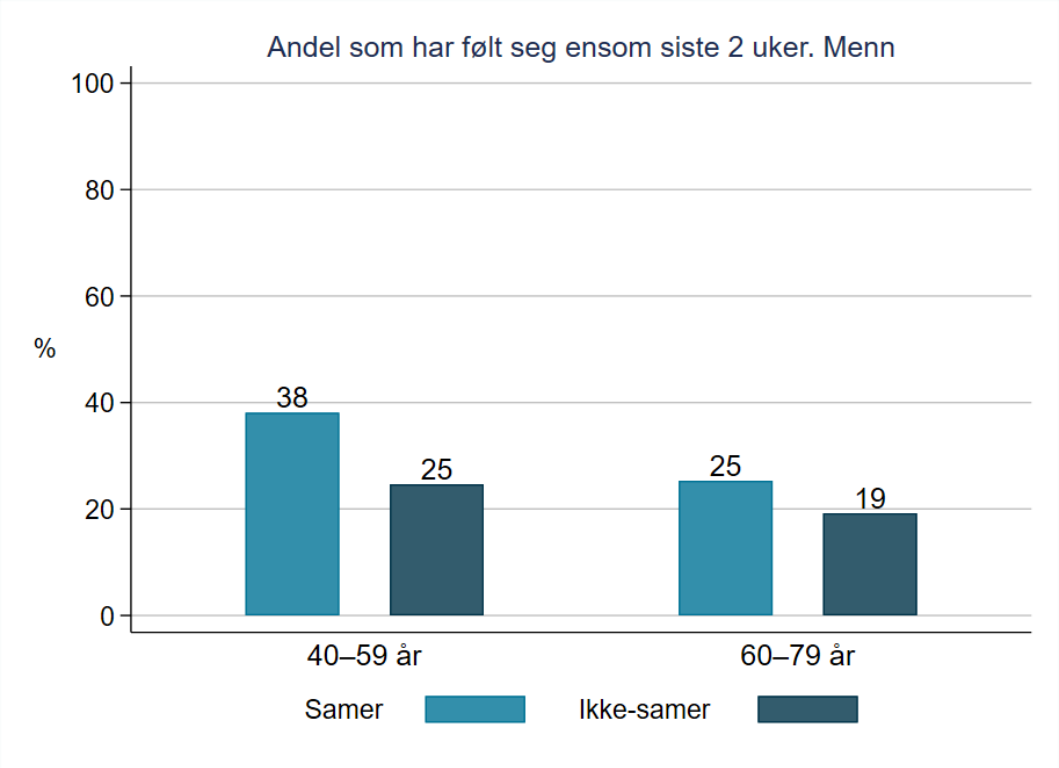
I SAMINOR 3 ble deltakerne spurt om de i løpet av de siste to ukene har følt seg ensom. De kunne svare *Nei - Ja, litt - Ja, en god del* eller *Ja, svært mye*.

Figur 27 viser andelen blant kvinner fra sørsamisk område som har svart ett av ja-alternativene og dermed følt seg ensom. I begge aldersgrupper er andelen som har følt seg ensom de siste to ukene høyere blant samiske enn ikke-samiske kvinner.

Figur 28 viser andelene som har svart ett av ja-alternativene og dermed følt seg ensom, blant menn. Andelen som har følt seg ensom er høyere blant samiske enn ikke-samiske menn, særlig gjelder dette aldersgruppen 40–59 år. Andelen som svarte at de har følt seg ensom, var gjennomgående lavere blant mennene sammenlignet med kvinnene.



Figur 27: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som de siste 2 ukene har følt seg ensom, fordelt på aldergrupper.



Figur 28: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som de siste 2 ukene har følt seg ensom, fordelt på aldergrupper.

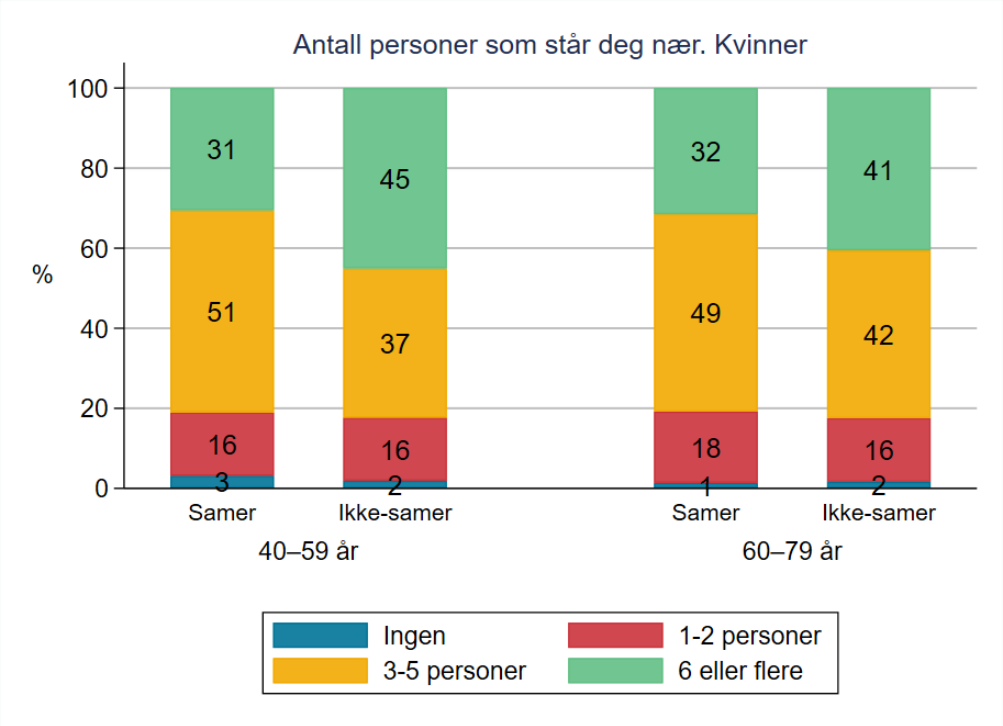
3.4.8 Sosial støtte

Med sosial støtte mener vi i hvilken grad man opplever å ha nære relasjoner, noen som bryr seg og noen å spørre om hjelp. Sosial støtte kan dempe effekter av stress og bidra til bedre mestring av livsutfordringer. Studier viser eksempelvis at personer med depresjon og dårlig sosial støtte, har dårligere utfall når det gjelder symptomer, grad av bedring og sosial fungering [29].

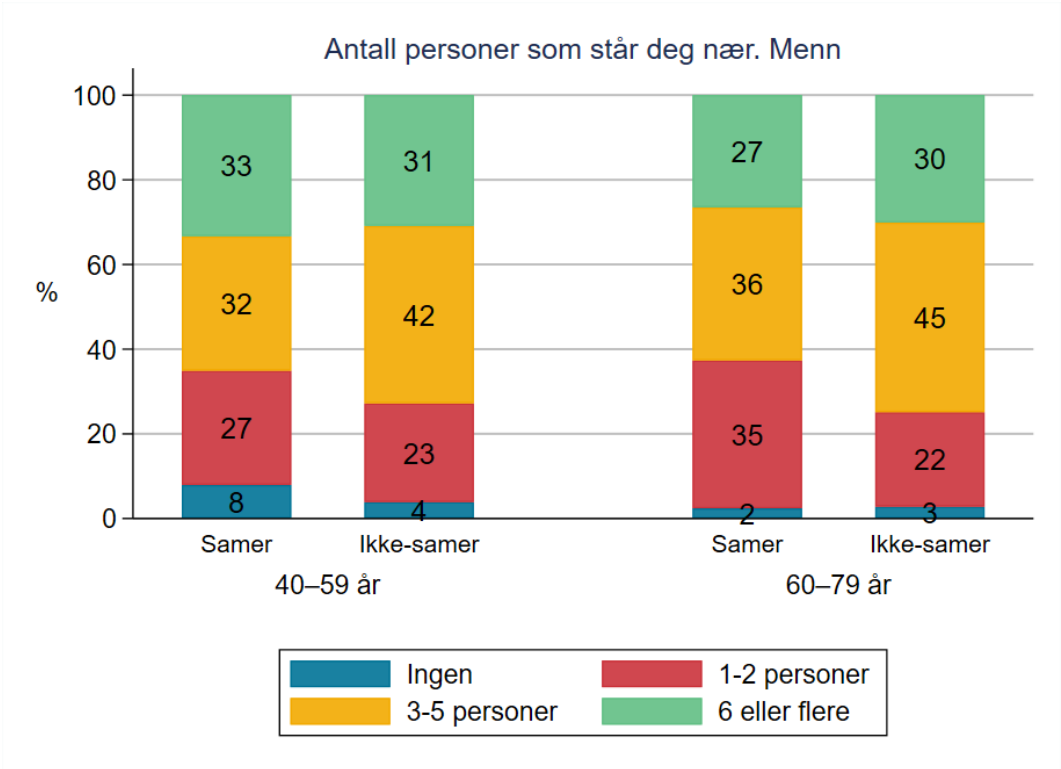
For å få en indikasjon på sosial støtte blant deltakerne i SAMINOR 3, ble de spurt om hvor mange personer som står dem så nær at de kan regne med dem hvis de har store personlige problemer. De ble bedt om å inkludere nærmeste familie.

Figur 38 viser at åtte av ti kvinner svarte at de hadde tre eller flere personer som står dem så nær at de kan regne med dem hvis de har store personlige problemer. Andelen som oppga å ha 6 eller flere nære personer var høyere blant ikke-samiske kvinner enn blant samiske kvinner. En meget lav andel kvinner oppga at de ikke har noen nære personer.

Figur 30 viser at majoriteten blant samiske og ikke-samiske menn i begge aldersgrupper svarte at de hadde tre eller flere personer som står dem nær. Det er en høyere andel samiske enn ikke-samiske menn som svarte at de har ingen eller bare 1–2 nære personer. Denne andelen er også generelt høyere blant menn enn blant kvinner.



Figur 29: «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer? Regn også med nærmeste familie» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



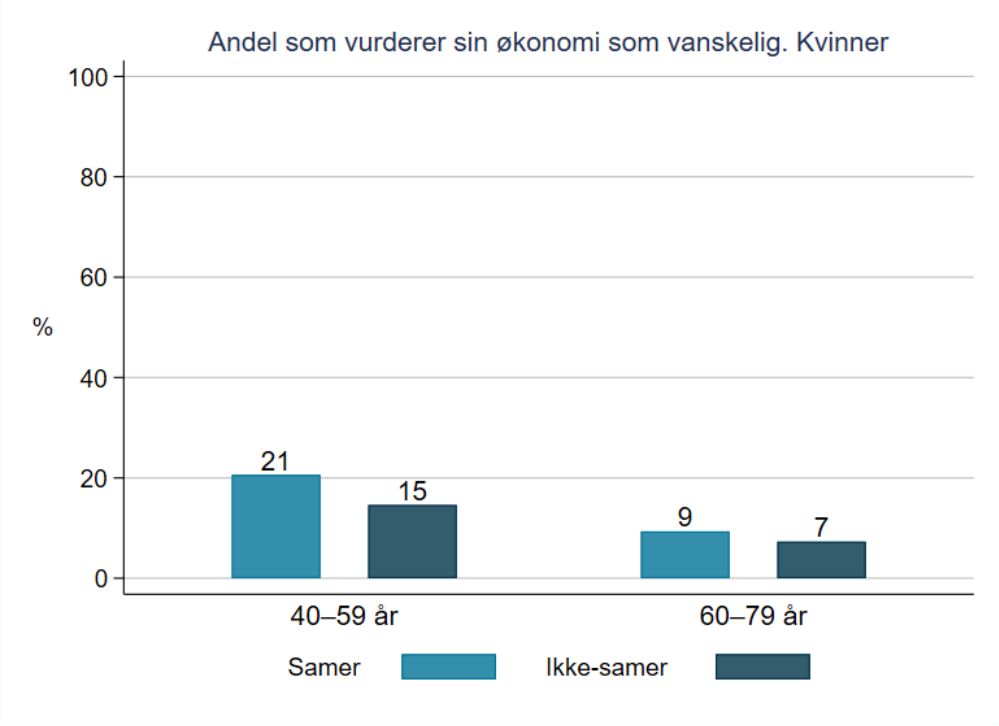
Figur 30: «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer? Regn også med nærmeste familie» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.4.9 Egen økonomi

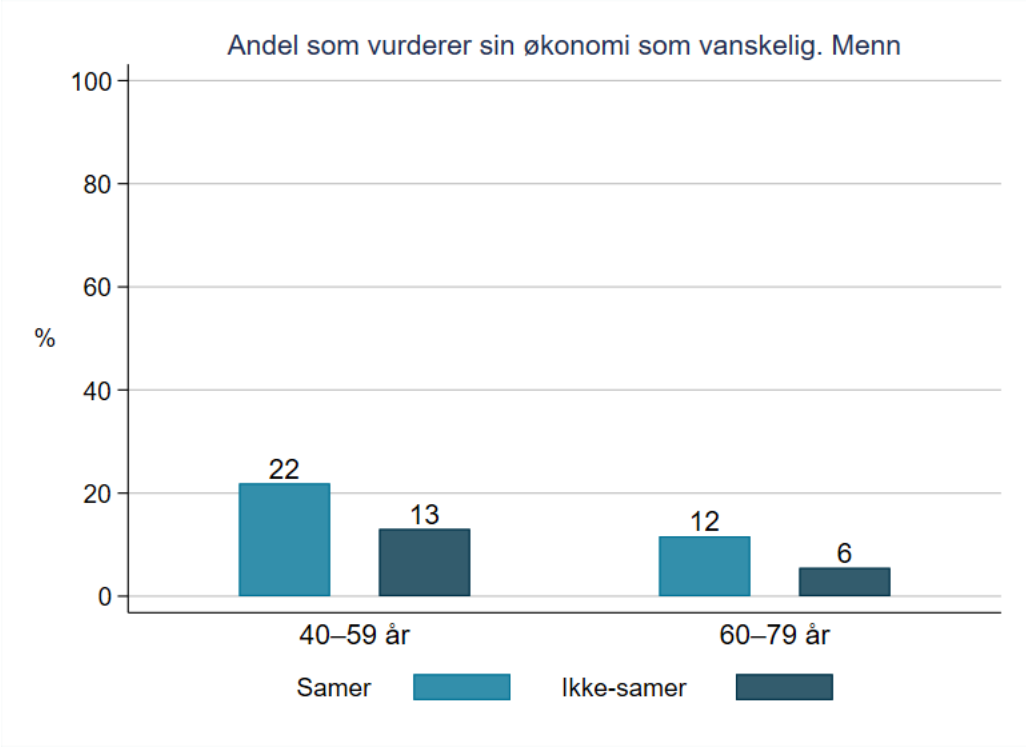
Dårlig økonomi og økonomisk usikkerhet kan føre til stress, sykdom og sosial isolasjon [30]. Samtidig kan helseproblemer forverre økonomien gjennom sykefravær, redusert inntekt og økte utgifter. Det er derfor viktig å belyse økonomiske forhold på gruppenivå for å gi kommunene og samfunnet mer kunnskap om hvordan økonomiske og sosiale forhold påvirker helse og livskvalitet.

I SAMINOR 3 ble deltakerne spurt om hvordan de, alt i alt, vurderer sin økonomi i dag. De kunne svare *Meget god*, *God*, *Vanskelig* eller *Meget vanskelig*. Figur 31 viser at det var en litt høyere andel samiske enn ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som vurderte sin økonomi som vanskelig eller meget vanskelig. Økonomiske vansker ble i større grad rapportert blant de yngste kvinnene sammenlignet med de eldste.

Figur 32 viser det samme bildet for menn, men her er forskjellen mellom samiske og ikke-samiske menn større enn den var for kvinner. Alt i alt, er det liten forskjell mellom kvinner og menn når det kommer til økonomiske vansker.



Figur 31: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som vurderer sin økonomi som vanskelig eller meget vanskelig, fordelt på aldersgrupper.



Figur 32: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som vurderer sin økonomi som vanskelig eller meget vanskelig, fordelt på aldersgrupper.

3.4.10 Trygghet i nærmiljøet

Trygghet kan defineres som en følelse av sikkerhet og stabilitet, og fravær av frykt og trusler. Menneskers behov for trygghet er grunnleggende. Følelsen av trygghet gir ro og tillit til omgivelser, relasjoner og oss selv. Trygghet er avgjørende for vår trivsel og utvikling.

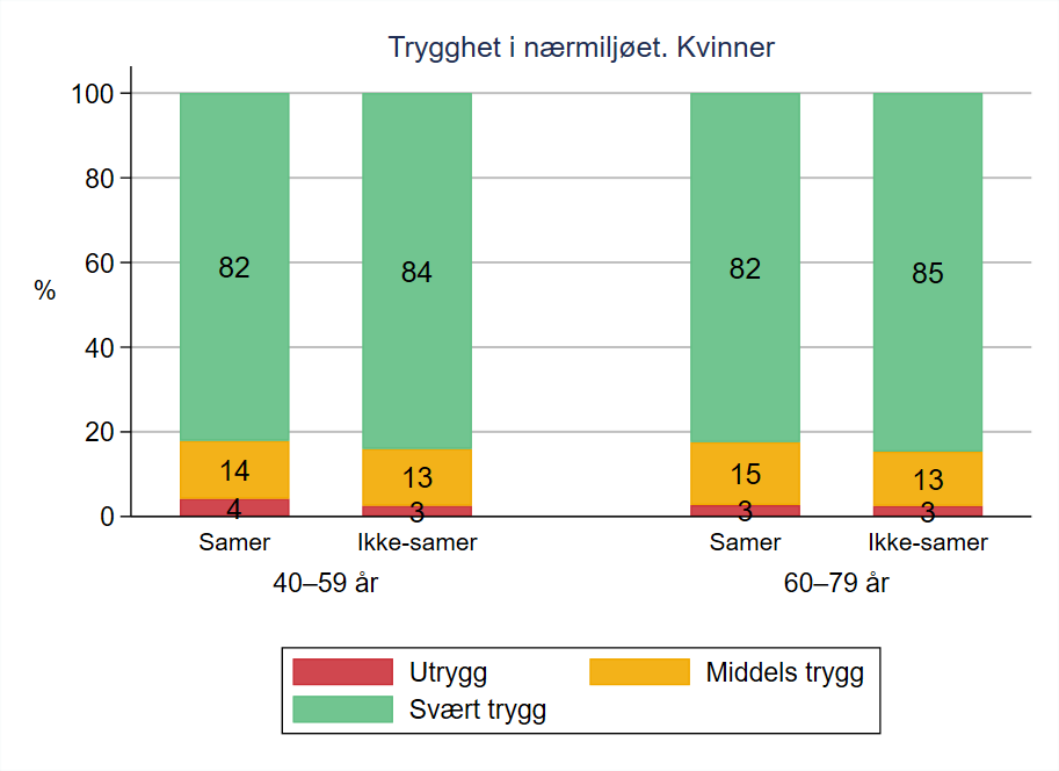
Personer som lever i utrygge situasjoner eller har opplevd traumer, har økt risiko for både psykiske og fysiske helseproblemer. Utrygghet kan øke nivået av stresshormoner [31] og gi kronisk stress. Kronisk stress har sammenheng med angst, depresjon, svekket immunforsvar og hjerte- og karsykdommer [32].

I SAMINOR 3 er deltakerne spurt hvor trygg de føler seg når de er ute og går i nærmiljøet. De har svart på en skala fra 0 som angir *Ikke trygg i det hele tatt*, til 10 som angir *Svært trygg*. De som har svart 0–5 er kategorisert som utrygg, de som har svart 6–8 er kategorisert som middels trygg og de som har svart 9–10 er kategorisert som svært trygg.

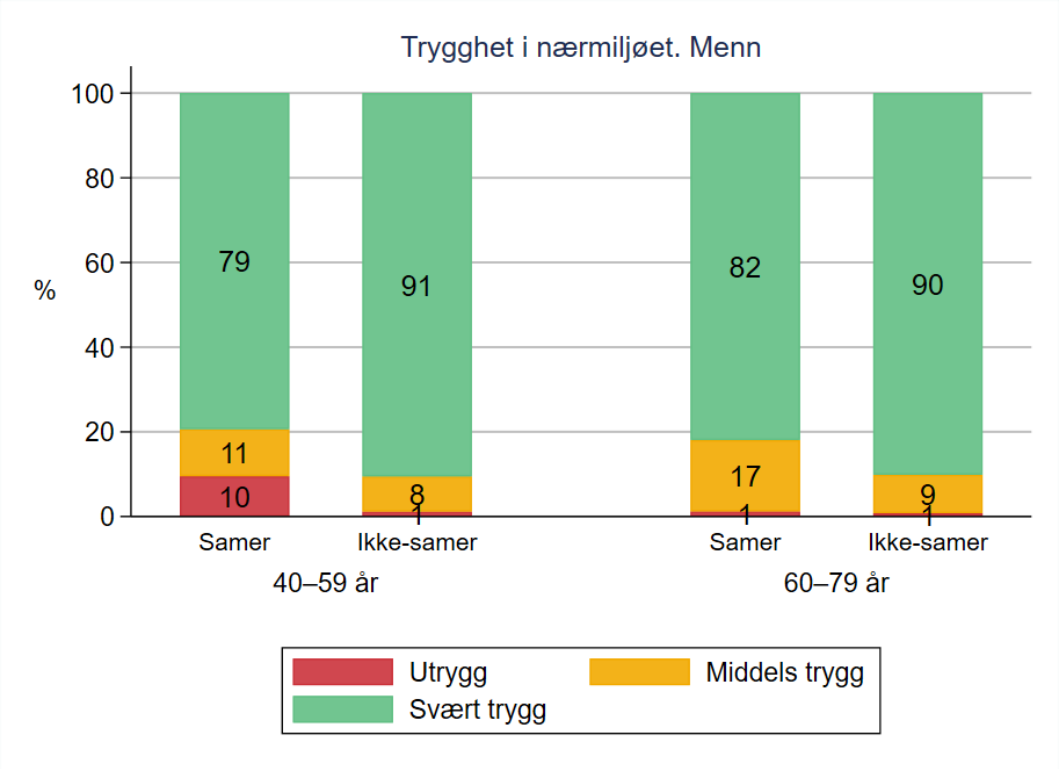
Figur 33 viser hvordan samiske og ikke-samiske kvinner i de to aldersgruppene fra sørsamisk område har svart i forhold til denne kategoriseringen. Tallene viser at den store majoriteten av både samiske og ikke-samiske kvinner føler seg svært trygg når de er ute og går i sitt

nærmiljø. Det er ingen nevneverdig forskjell mellom samiske og ikke-samiske kvinner, eller på tvers av aldersgrupper.

Figur 34 viser tilsvarende opplevd trygghet blant menn fra sørsamisk område. Også blant menn, føler den store majoriteten i begge aldersgrupper seg svært trygg. Generelt er det en høyere andel menn enn kvinner som føler seg trygge når de er ute og går i sitt nærmiljø. For samiske menn i sørsamisk område ser vi ikke dette mønsteret. Samiske menn rapporterer lavere grad av trygghet sammenlignet med ikke-samiske menn. Én av ti samiske menn i aldersgruppen 40–59 år rapporterte at de følte seg utrygge i sitt nærmiljø.



Figur 33: «Hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



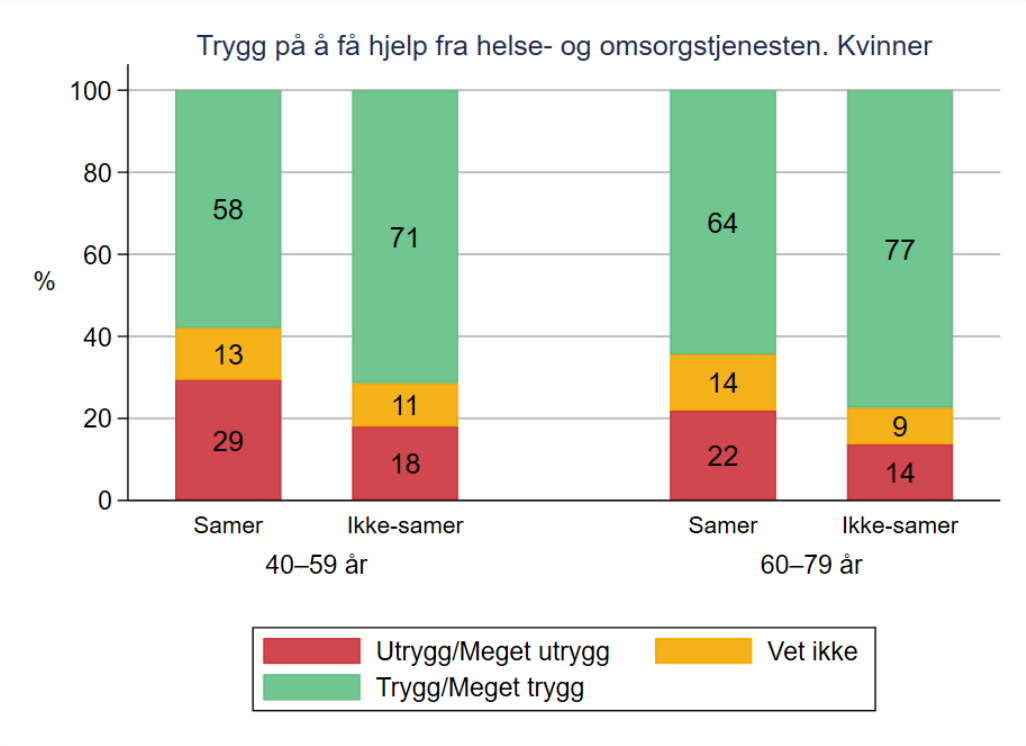
Figur 34: «Hvor trygg føler du deg når du er ute og går i nærmiljøet?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.4.11 Trygghet for å få hjelp fra helse- og omsorgstjenesten

Trygghet for å få hjelp fra helse- og omsorgstjenesten er forankret i lovverket, som sikrer at alle som bor eller oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig helsehjelp.

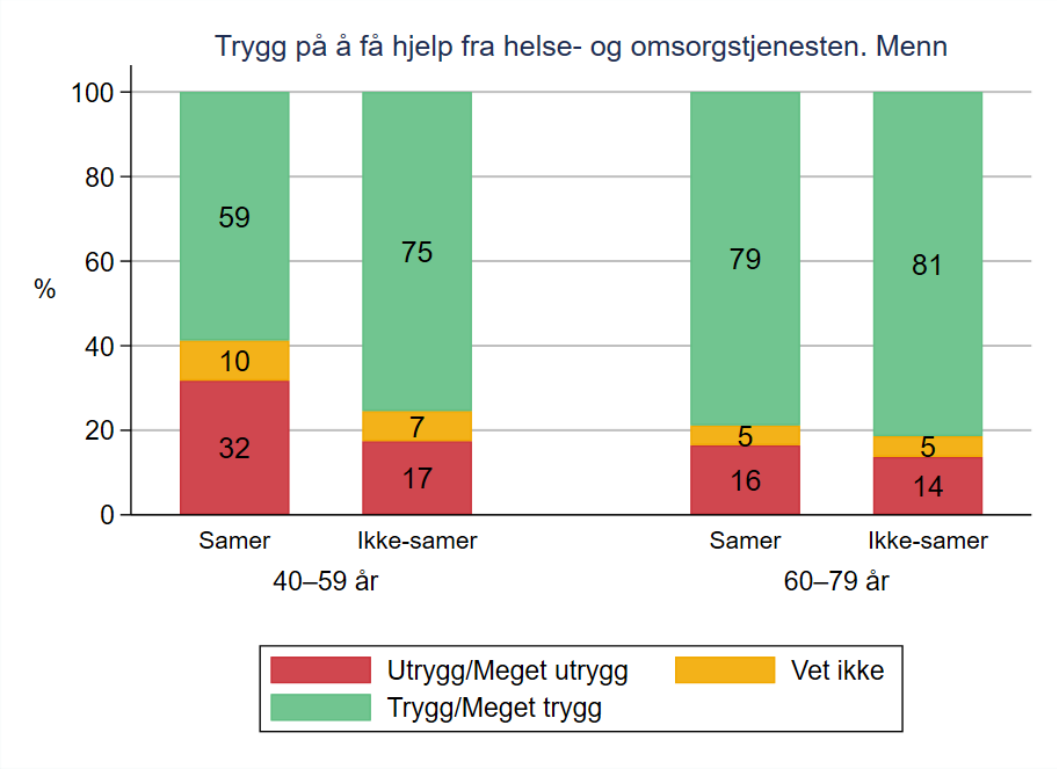
I SAMINOR 3 er deltakerne spurt om hvor trygg de er på at de vil få god nok hjelp fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen hvis de skulle få behov for det. De kunne svare *Meget trygg, Trygg, Utrygg, Meget utrygg* eller *Vet ikke*.

Figur 35 viser svarfordelingen blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område. Tallene viser at majoriteten av kvinner i begge aldersgrupper, var trygg eller meget trygg på at de vil få god nok hjelp fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Andelen som svarte trygg/meget trygg var høyere i aldersgruppen 60–79 år enn blant de i aldersgruppen 40–59 år. I begge aldersgrupper var andelen som svarte utrygg/meget utrygg høyere blant samiske enn ikke-samiske kvinner.



Figur 35: «Hvor trygg er du på at du vil få god nok hjelp fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen hvis du skulle få behov for det?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

Figur 36 viser svarfordelingen blant menn. Tallene viser at også blant menn, var majoriteten i begge aldersgrupper, trygg eller meget trygg på at de vil få god nok hjelp fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Akkurat som hos kvinner, er det de yngste som er mest utrygg på å få god nok hjelp. I aldersgruppen 40–59 år er det en høyere andel samiske menn som svarte at de er utrygg/meget utrygg på om de vil få god nok hjelp sammenlignet med ikke-samiske menn.

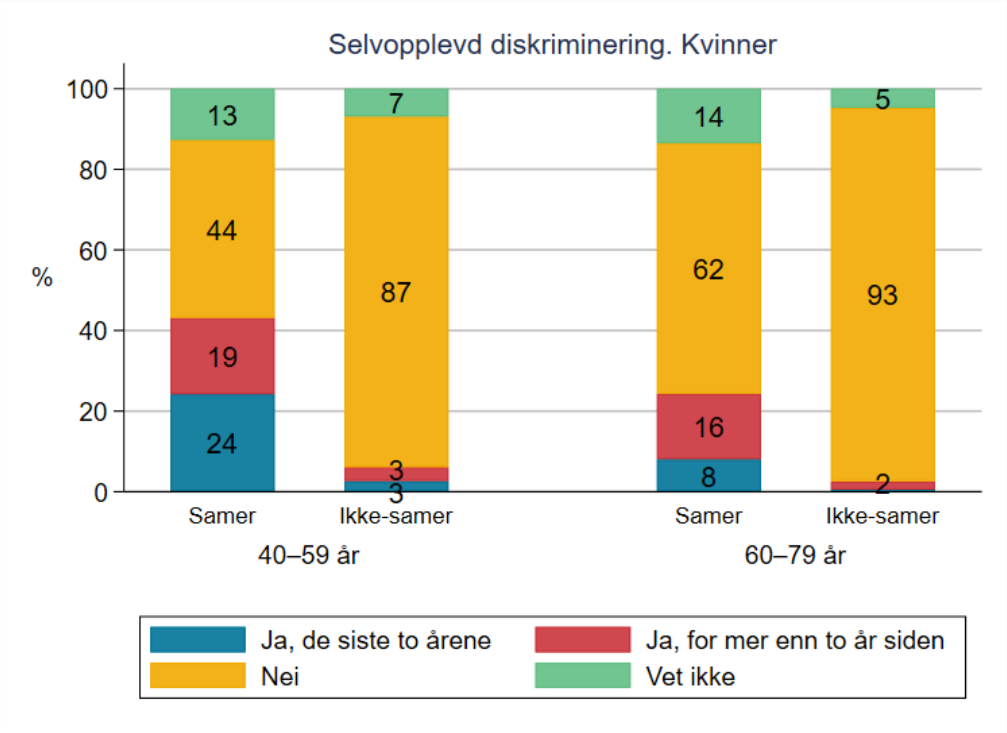


Figur 36: «Hvor trygg er du på at du vil få god nok hjelp fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen hvis du skulle få behov for det?» Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.4.12 Diskriminering, mobbing, trakassering og hets

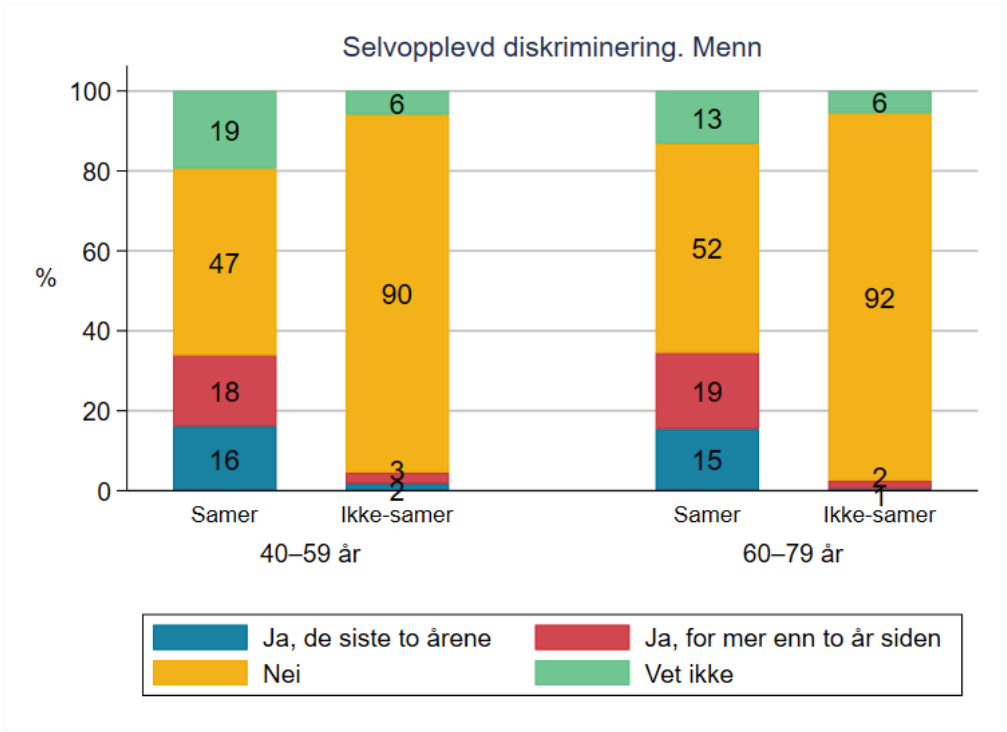
Diskriminering forekommer når en person eller gruppe av mennesker blir behandlet dårligere enn andre på bakgrunn av for eksempel etnisk opprinnelse, religion eller livssyn, funksjonsnedsettelse, alder eller seksuell orientering. Diskriminering kan ha negative konsekvenser for både den psykiske og fysiske helsen. [33,34].

Figur 37 viser at en høyere andel av samiske enn ikke-samiske kvinner rapporterer at de har opplevd å bli diskriminert, både de siste to årene og tidligere. Andelen er høyest i den yngste aldersgruppen, der én av fire samiske kvinner svarer at de har opplevd diskriminering de to siste årene.



Figur 37: «Har du opplevd å bli diskriminert?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

Figur 38 viser at også blant menn er det de samiske deltakerne som har den høyeste andelen som har opplevd diskriminering, men her er det ingen nevneverdig forskjell mellom yngre og eldre.



Figur 38: «Har du opplevd å bli diskriminert?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

Mobbing, trakassering og hets og annen negativ adferd kan overlappe hverandre og være vanskelig å skille klart fra hverandre. Trakassering kan for eksempel være uønsket seksuell oppmerksomhet, usynliggjøring, latterliggjøring, tilbakeholdelse av nødvendig informasjon, fordømmelse uansett hva du gjør, påføring av skyld og skam, plaging og utfrysing. Trakassering oppleves vanligvis som krenkende og isolerende. Det kan føre til helseplager hos personen som blir utsatt [34,35].

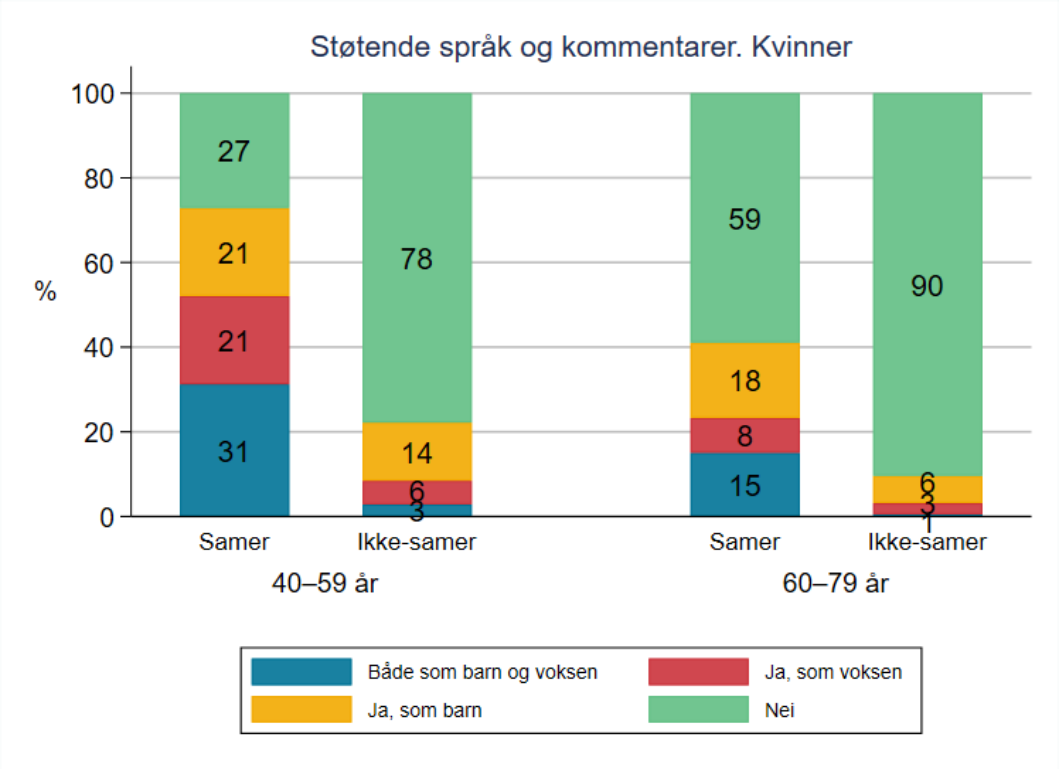
Mobbing er en form for trakassering. Negative og krenkende handlinger regnes vanligvis som mobbing når de gjentas systematisk over tid.

Trusler er verbale, skriftlige, digitale eller fysiske handling som tar sikte på å skade, tvinge eller skremme noen.

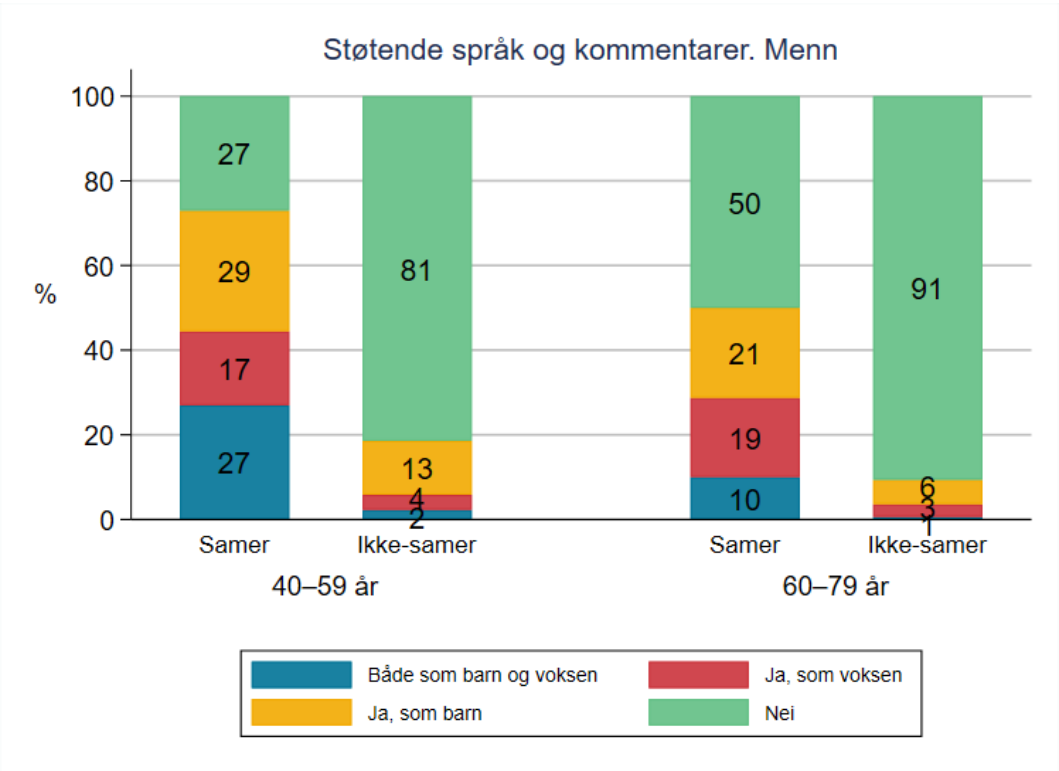
I SAMINOR 3 er deltakerne bedt om å oppgi om de har vært utsatt for noe av det følgende (skriftlig eller muntlig):

- Støtende språk og kommentarer rettet mot deg og din identitet
- Hatmeldinger
- Trusler
- Sexistiske kommentarer
- Ignorering/utfrysning/baksnakking

Figur 39 (kvinner) og Figur 40 (menn) viser at en betydelig høyere andel samer enn ikke-samer svarer at de har blitt utsatt for støtende språk og kommentarer rettet mot seg og sin identitet. Andelen er høyest i den yngste aldersgruppen. Hele tre av fire samiske deltakere i alderen 40–59 år rapporterer dette. Halvparten av både samiske menn og kvinner i denne aldersgruppen svarer at de opplevde dette som barn.

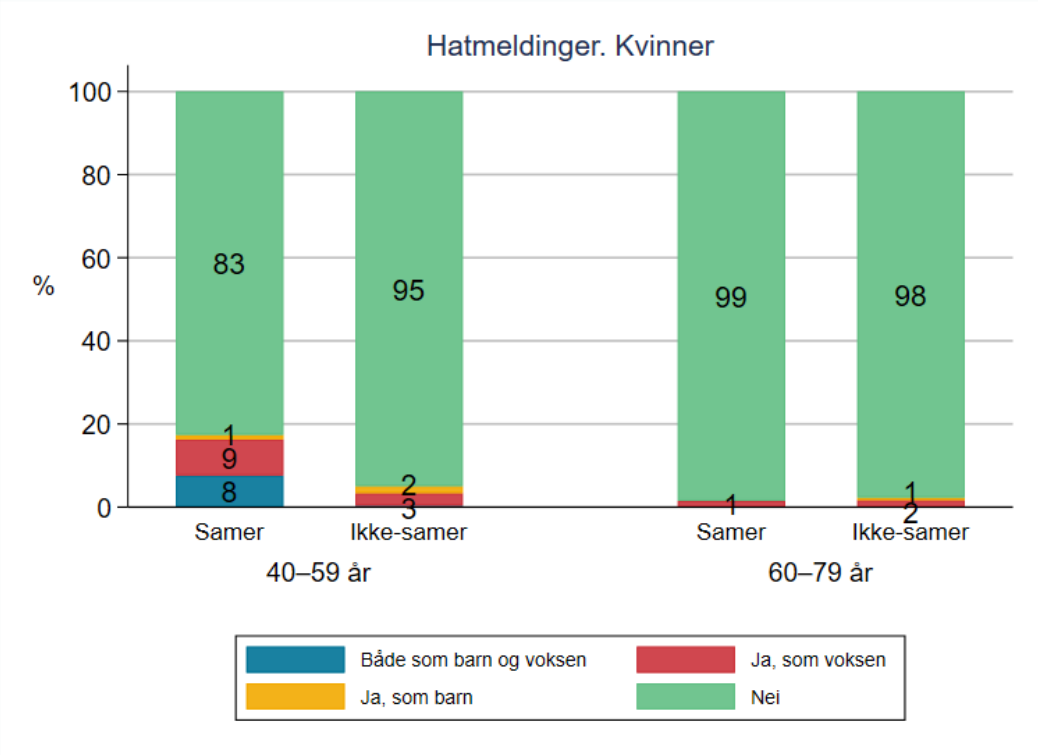


Figur 39: «Har du blitt utsatt for støtende språk og kommentarer rettet mot deg og din identitet?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

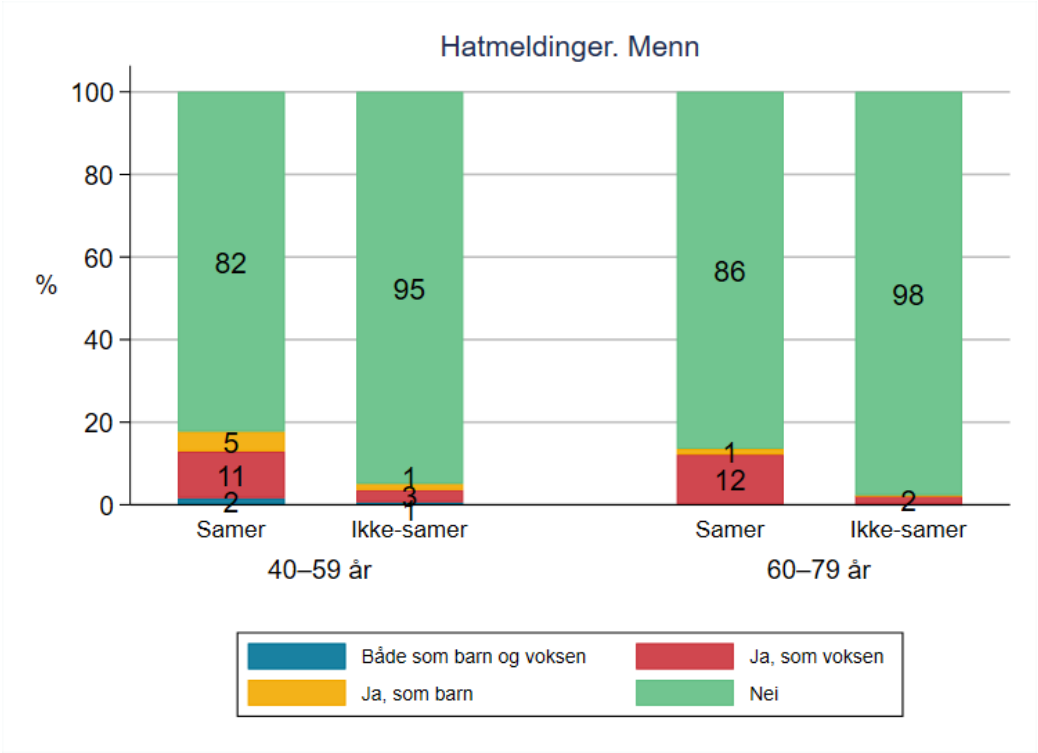


Figur 40: «Har du blitt utsatt for støtende språk og kommentarer rettet mot deg og din identitet?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

Figur 41 og Figur 42 viser at det er få deltakere som har opplevd å få hatmeldinger, men andelen er noe høyere blant samiske kvinner i alderen 40–59 år og blant samiske menn i begge aldersgrupper, sammenlignet med ikke-samer.

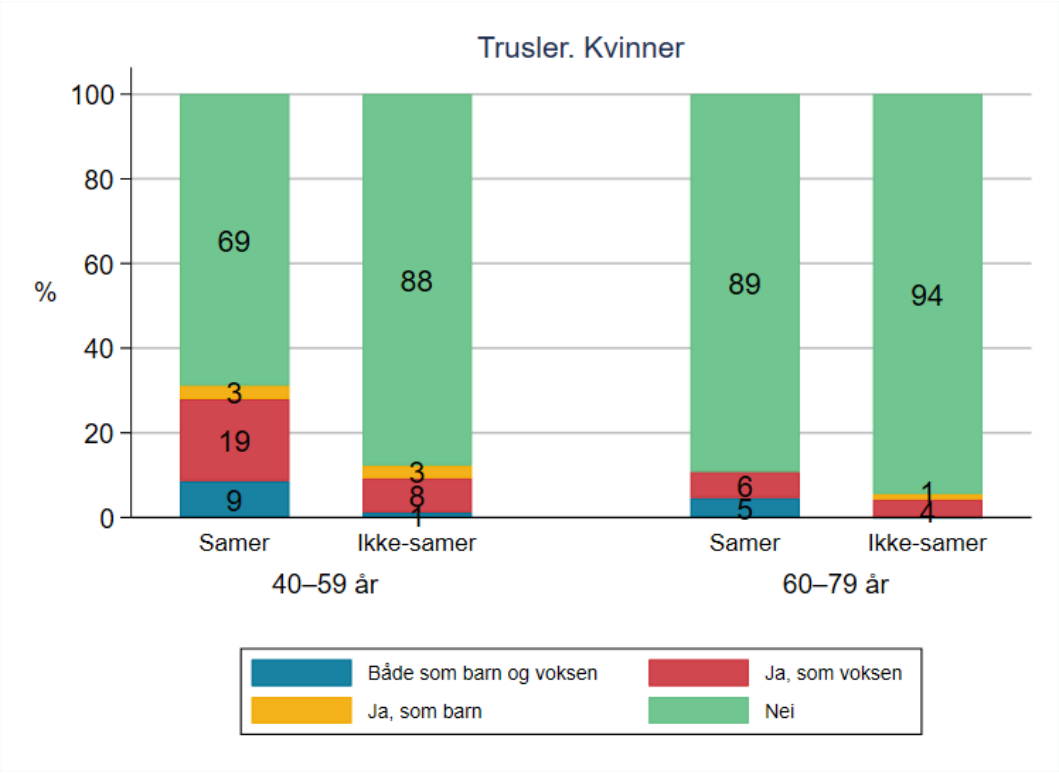


Figur 41: «Har du blitt utsatt for hatmeldinger?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

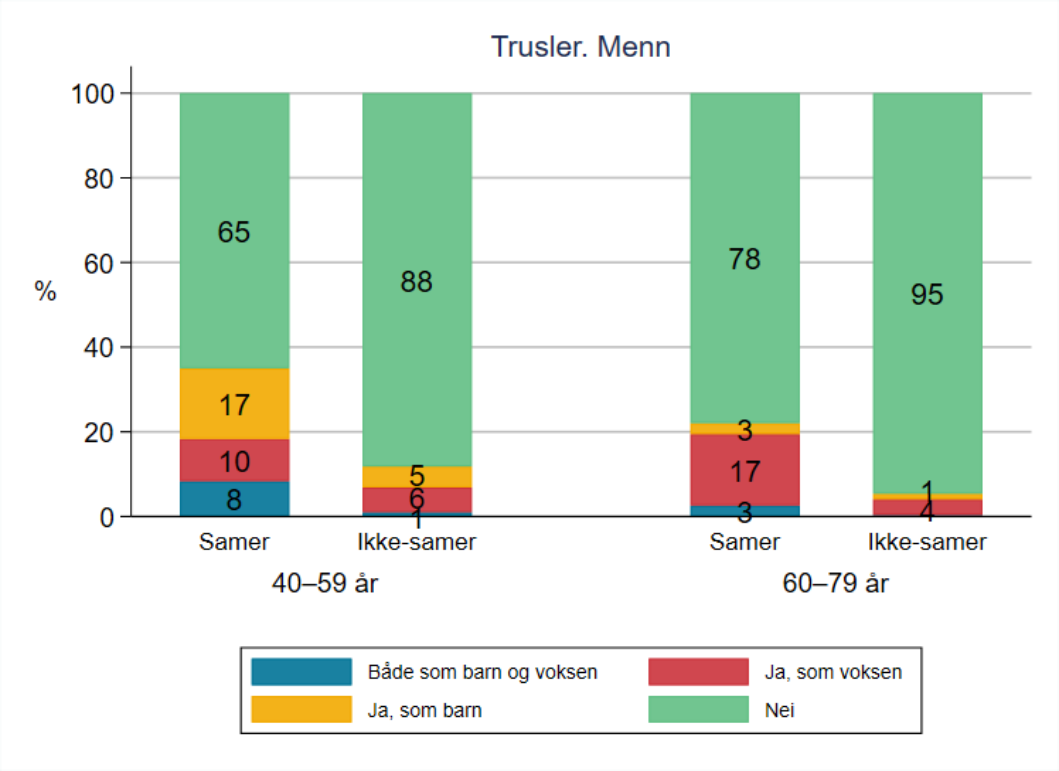


Figur 42: «Har du blitt utsatt for hatmeldinger?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

Figur 43 og Figur 44 viser at det er flere som har opplevd å få trusler enn hatmeldinger, og andelen er høyere blant samer enn ikke-samer. Dette gjelder begge kjønn og begge aldergrupper.



Figur 43: «Har du blitt utsatt for trusler?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

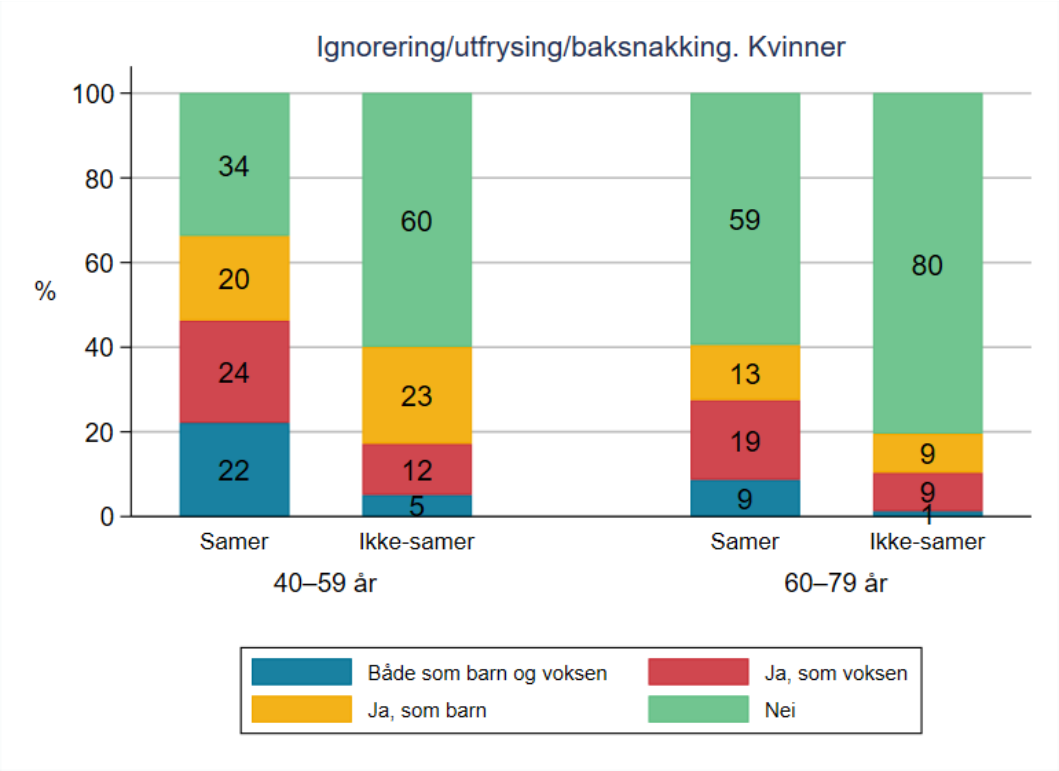


Figur 44: «Har du blitt utsatt for trusler?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

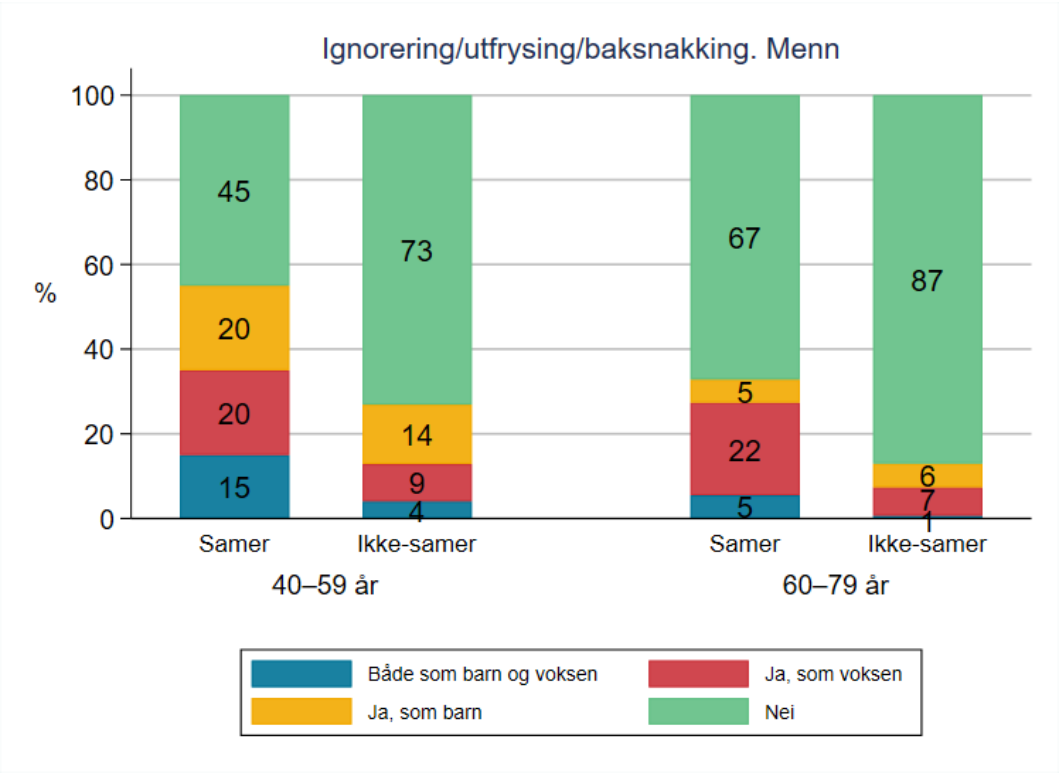
Det er få som rapporterer at de har vært utsatt for sexistiske kommentarer. Disse resultatene vises derfor ikke her.

Figur 45 viser at det er en høyere andel samiske og enn ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som rapporterer at de har blitt utsatt for ignorering/utfrysing/baksnakking. Dette gjelder både som barn og som voksen. Forskjellen mellom samiske og ikke-samiske kvinner er størst når det gjelder ignorering/utfrysing/baksnakking i voksen alder.

Figur 46 viser et lignende bilde for menn, men det er en lavere andel menn som har opplevd ignorering/utfrysing/baksnakking sammenlignet med kvinner. Dette gjelder både for samer og ikke-samer i begge aldersgrupper.



Figur 45: «Har du blitt utsatt for ignorering/utfrysing/baksnakking?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sør-samisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



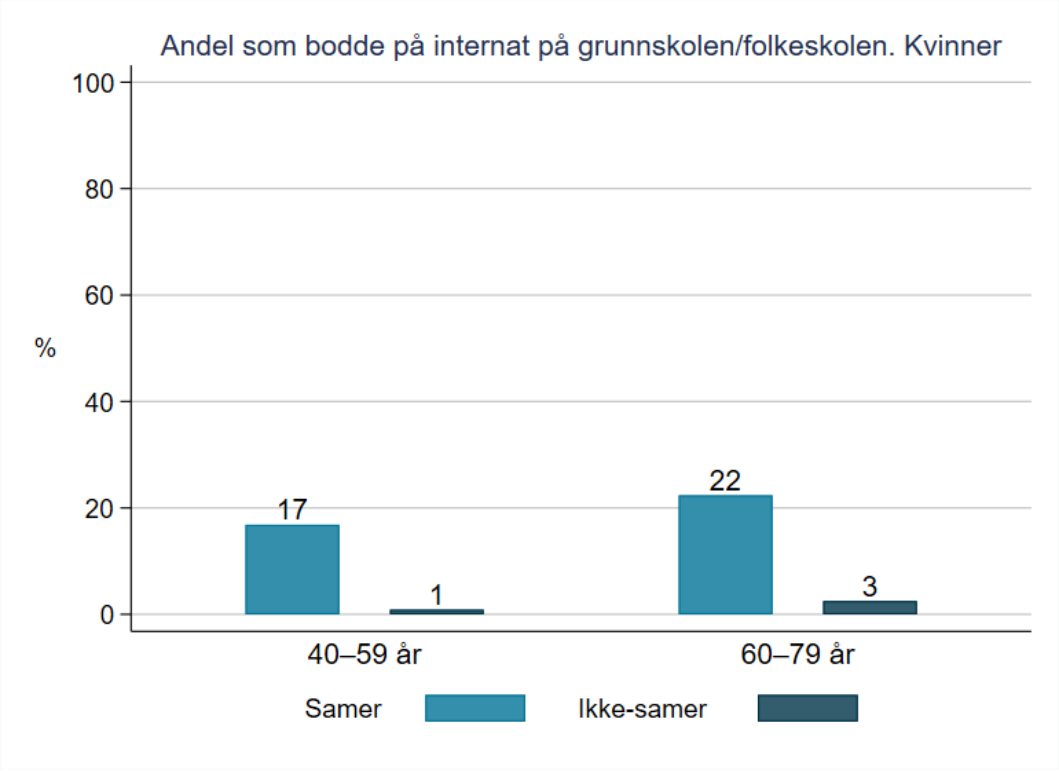
Figur 46: «Har du blitt utsatt for ignorering/utfrysing/baksnakking?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sør-samisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.4.13 Internatskole

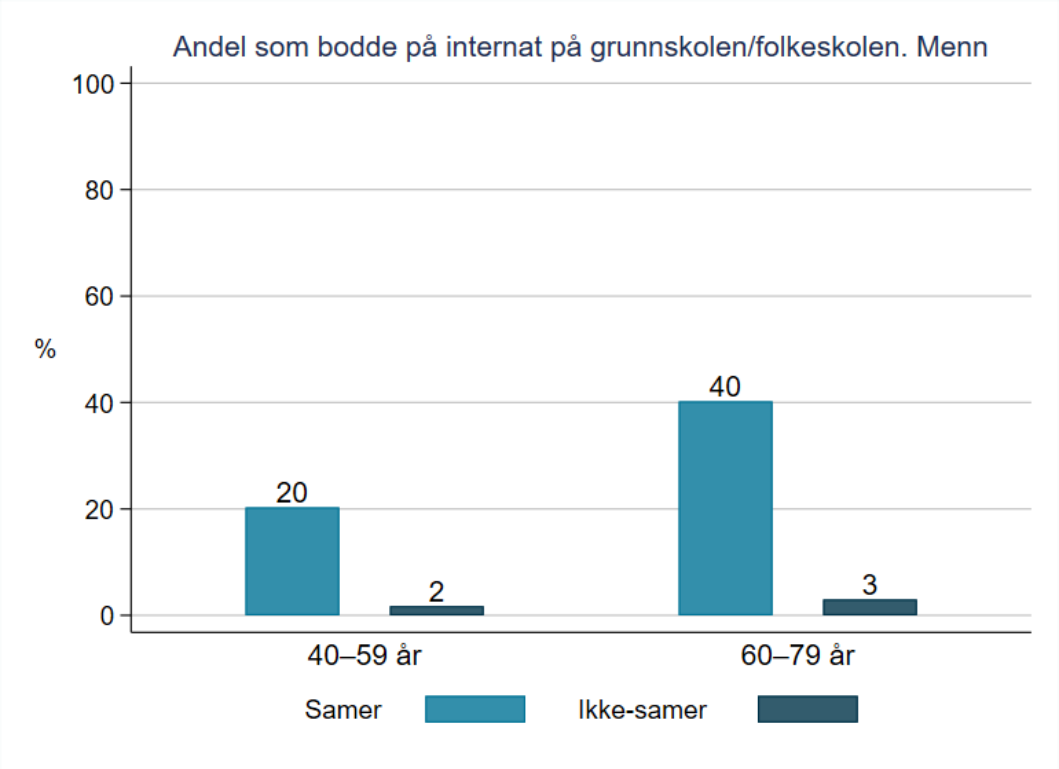
I over hundre år, fra slutten av 1800-tallet og fram mot 1990-tallet, brukte norske myndigheter skoleinternater som skoleløsning for barn i rurale områder med spredt bosetting og lange avstander. Barna bodde borte fra familien gjennom hele eller deler av skolegangen. Erfaringene med skoleinternat var ulike i ulike områder og tidsepoker: For noen var internatet et trygt og positivt sted, mens andre forbinder det med angst, tap av kontakt med foreldre og pårørende, mobbing, vold, seksuelle overgrep og etnisk diskriminering [36]. For samiske og kvenske/norskfinske barn var internatskolene også et sentralt virkemiddel i fornorskingspolitikkens mål om å gjøre samer og kvener norske. Barna ble fjernet fra familiens språk, kultur og tradisjoner. Internatskoler var det viktigste virkemidlet i den statlig organiserte fornorskningen av samene og de finske innvandrerne i Norge som ble iverksatt med stor tyngde i 1850 årene. Helt fram til andre verdenskrig kunne lærere søke ekstra lønn gjennom «Finnefondet» dersom de mente å kunne dokumentere fremgangsrikt fornorskningsarbeid [37-38]. Sameskoler kunne imidlertid ha en annen funksjon. I sørsamiske områder kunne de bidra til å bevare eller styrke samisk identitet, også i familier der språket allerede var gått tapt (Sannhets- og forsoningskommisjonens rapport, s. 369).

Sannhets- og forsoningskommisjonen understreker at det fortsatt mangler tilstrekkelig forskning til å fastslå hvordan internatopphold påvirket helsa til tidligere elever som gruppe i Norge. I SAMINOR 3 kartlegges internatskoleerfaringer bredt for første gang, og dette kan kobles til ulike helsevariabler.

Figur 47 viser andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som bodde på internat da de gikk på grunnskolen/folkeskolen. Figur 48 viser tilsvarende tall for menn. En betydelig høyere andel samiske enn ikke-samiske deltakere har bodd på internat. I den eldste aldersgruppen er det også en høyere andel samiske menn som har bodd på internat sammenlignet med kvinner.



Figur 47: Andel som bodde på internat (statsinternat, kommunalt internat eller privat internat) da de gikk på grunnskolen/folkeskolen. Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper.



Figur 48: Andel som bodde på internat (statsinternat, kommunalt internat eller privat internat) da de gikk på grunnskolen/folkeskolen. Svarfordeling blant henholdsvis samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper.

3.4.14 Historiske og kulturelle tap

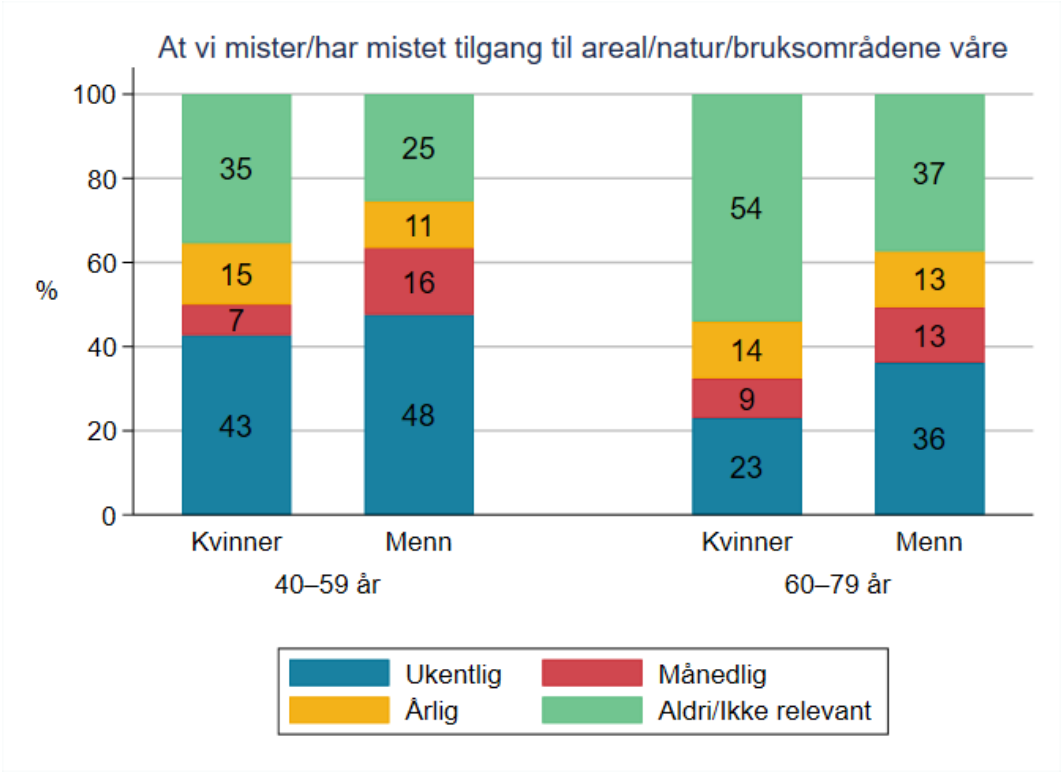
Samiske og kvenske befolkningsgrupper har i nærmere 200 år vært utsatt for statlig kolonisering og assimilering [1,38]. Fornorskningspolitikken innebar blant annet begrensninger på bruk av samisk språk i skolen og offentlige sammenhenger, samt fremming av norske bosettinger i tradisjonelle sjøsamiske områder. Politikken, som var forankret i datidens rasetenkning og gjennomført gjennom offentlige institusjoner, kirken og skolen, fikk stor betydning for Norges nasjonsbygging og ble finansiert gjennom Lappefondet [38].

Virkningene har berørt flere generasjoner og påvirker fortsatt helse og levekår. I forskningen omtales slike langvarige konsekvenser som historiske eller intergenerasjonelle traumer [39,40]. Det er utfordrende å måle hvilken betydning historiske traumer eller historisk sorg har for generasjoner i dag. Utgangspunktet er at tap av språk og kultur som følge av historiske hendelser kan føre til sorg både på individ- og gruppenivå. Dette er metodisk vanskelig å måle. Det var derfor nødvendig å utvikle et analyseverktøy i SAMINOR 3, som kunne brukes i et spørreskjema, og som var tilpasset urfolk og nasjonale minoriteter. I USA utviklet Whitbeck et slikt verktøy for bruk blant urfolk i Nord-Amerika, kalt Historical Loss Scale [40]. Forskningsgruppen ved SAMINOR brukte dette verktøyet som utgangspunkt og

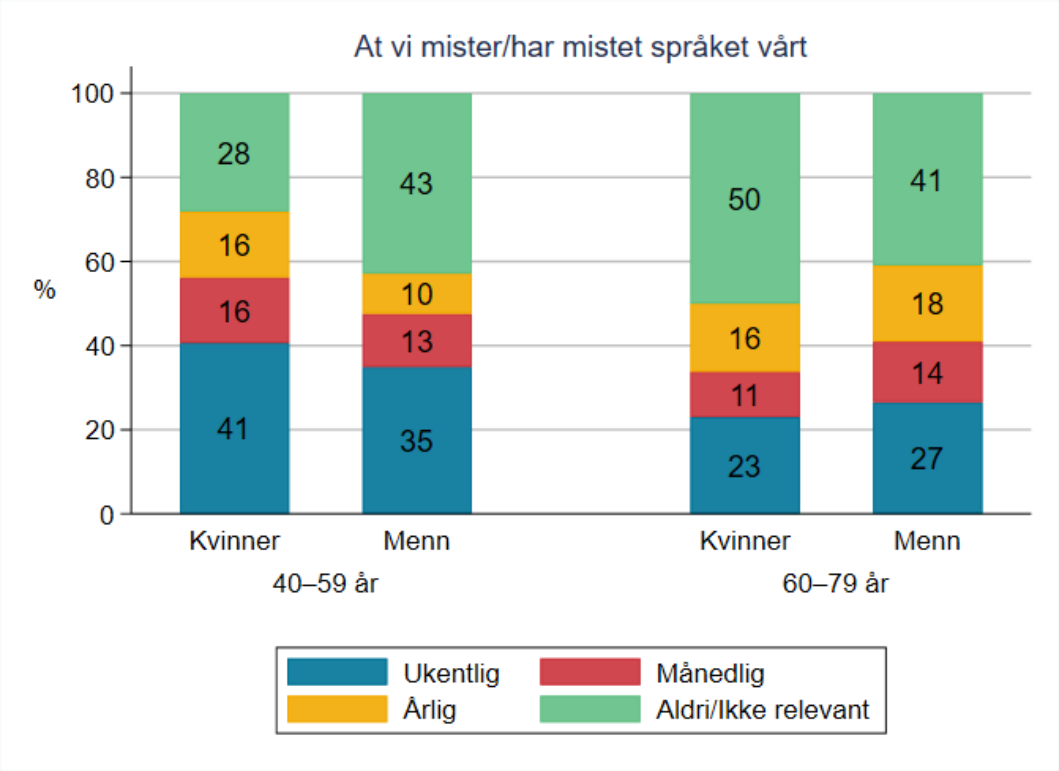
videreutviklet spørsmålene slik at det passet for urfolk og nasjonale minoritetsgrupper i Norge.

Deltakerne ble bedt om å svare på ni spørsmål i spørreskjemaet om hvor ofte de tenkte på ulike former for historiske og kulturelle tap. I denne rapporten viser figurene prosentvis hvor ofte deltakerne tenker på de ulike tapene. I videre forskning vil spørsmålene brukes i analytiske metoder og settes i sammenheng med ulike helseutfall.

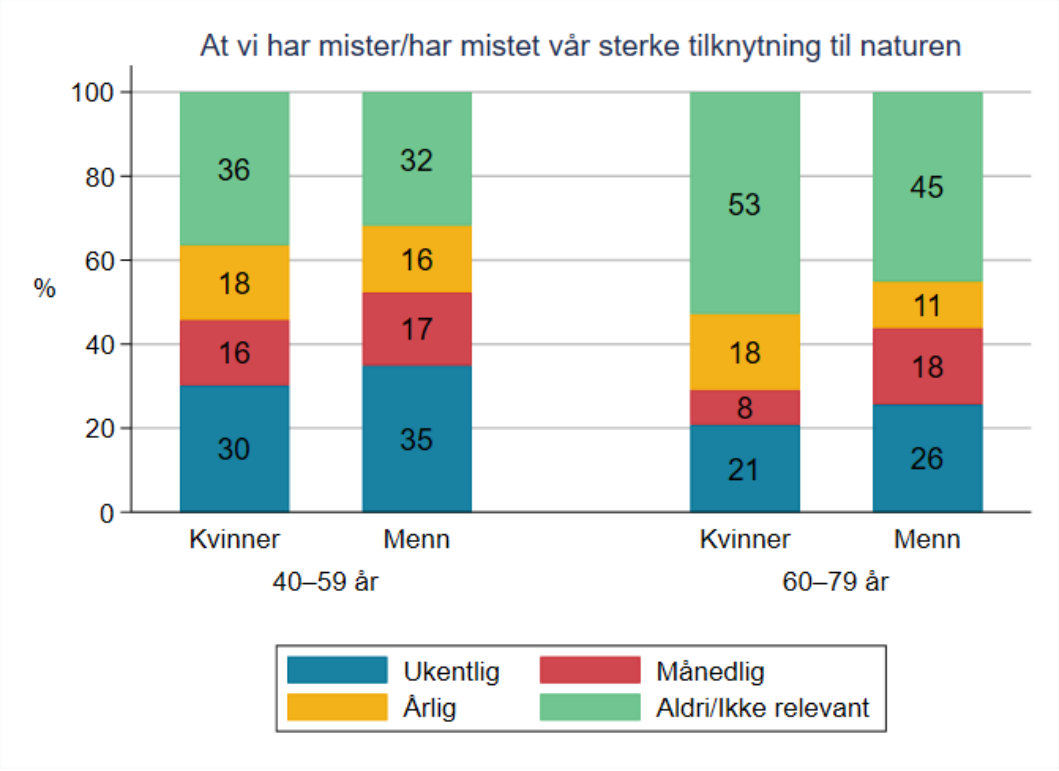
Resultatene vises i Figur 49 – Figur 57 for samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. De tre tapene som deltakerne rapporterte å tenke på oftest, var å miste tilgang til areal/natur/bruksområder (Figur 49), etterfulgt av språk (Figur 50) og den sterke tilknytningen til naturen (Figur 51). At familiebånd ble ødelagt på grunn av internatskolene (Figur 52) og eller at familier ble splittet på grunn av myndighetenes tvangsflytting (Figur 53), ble ikke ansett som spesielt relevant. For alle temaer var det de de yngste som i størst grad rapporterer at de tenker ofte på disse tapene



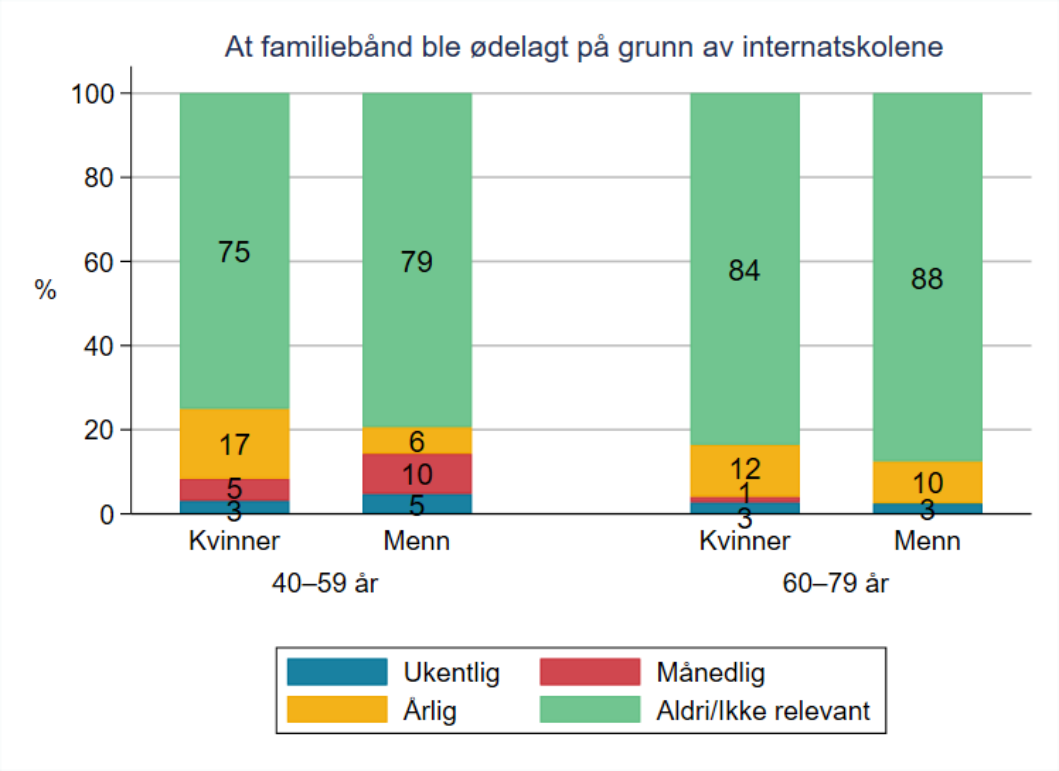
Figur 49: «Hvor ofte tenker du på følgende: At vi mister/har mistet tilgang til areal/natur/bruksområdene våre.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



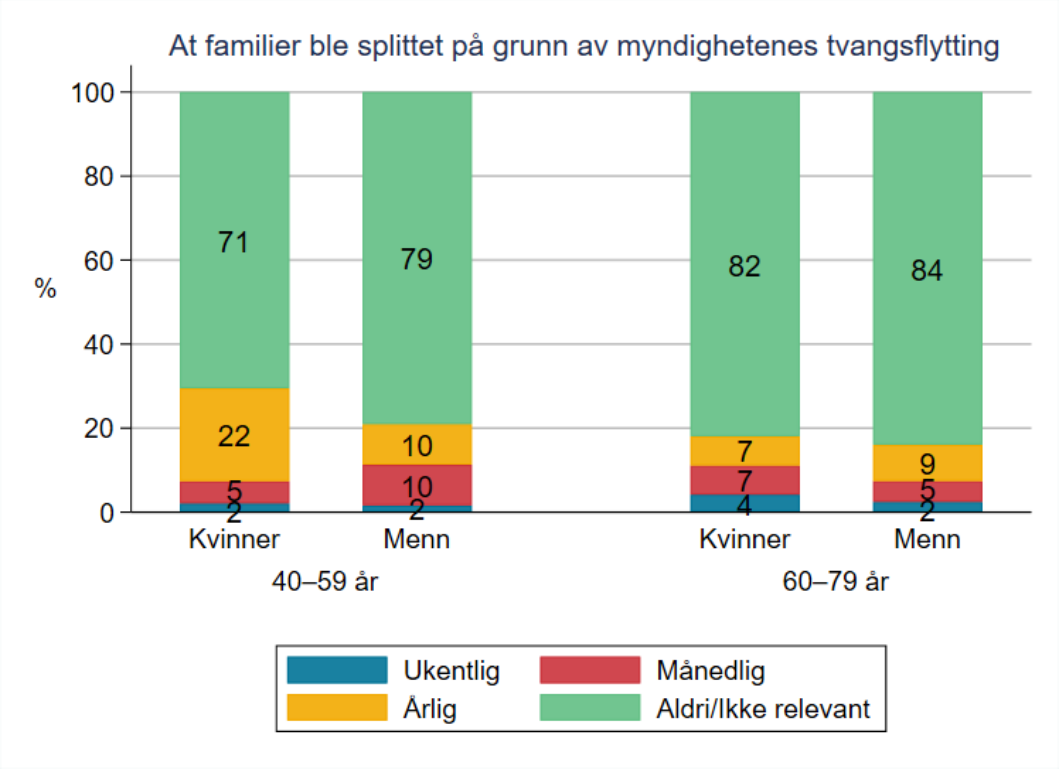
Figur 50: «Hvor ofte tenker du på følgende: At vi mister/har mistet språket vårt.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



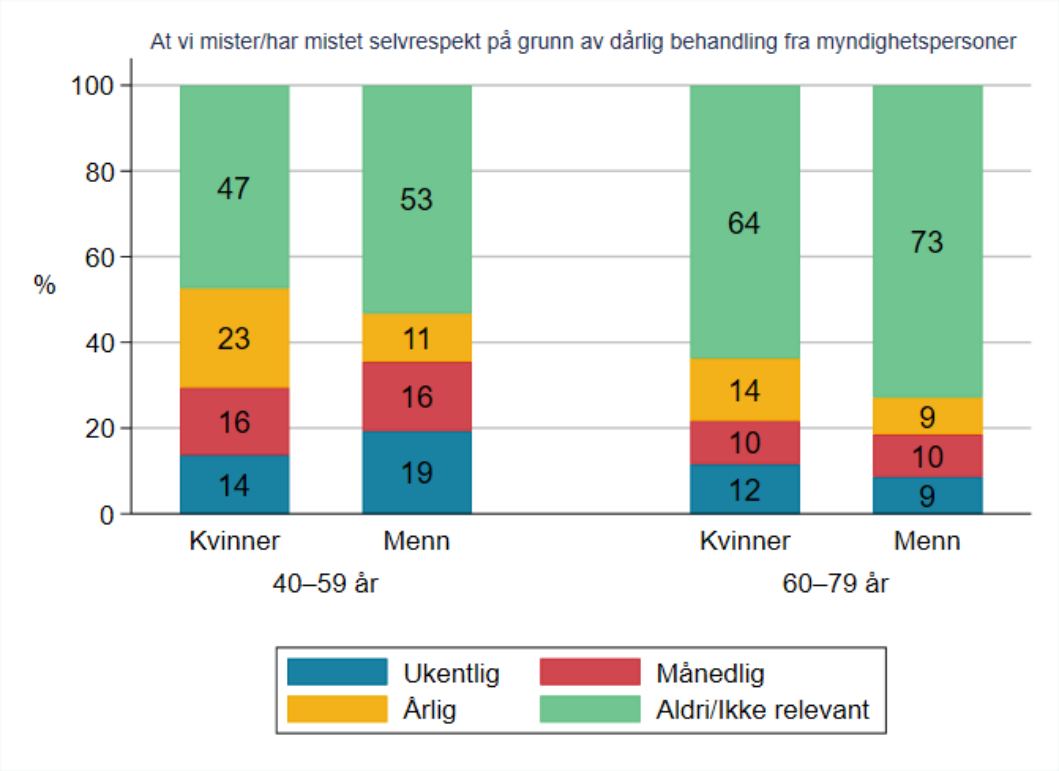
Figur 51: «Hvor ofte tenker du på følgende: At vi mister/har mistet vår sterke tilknytning til naturen.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



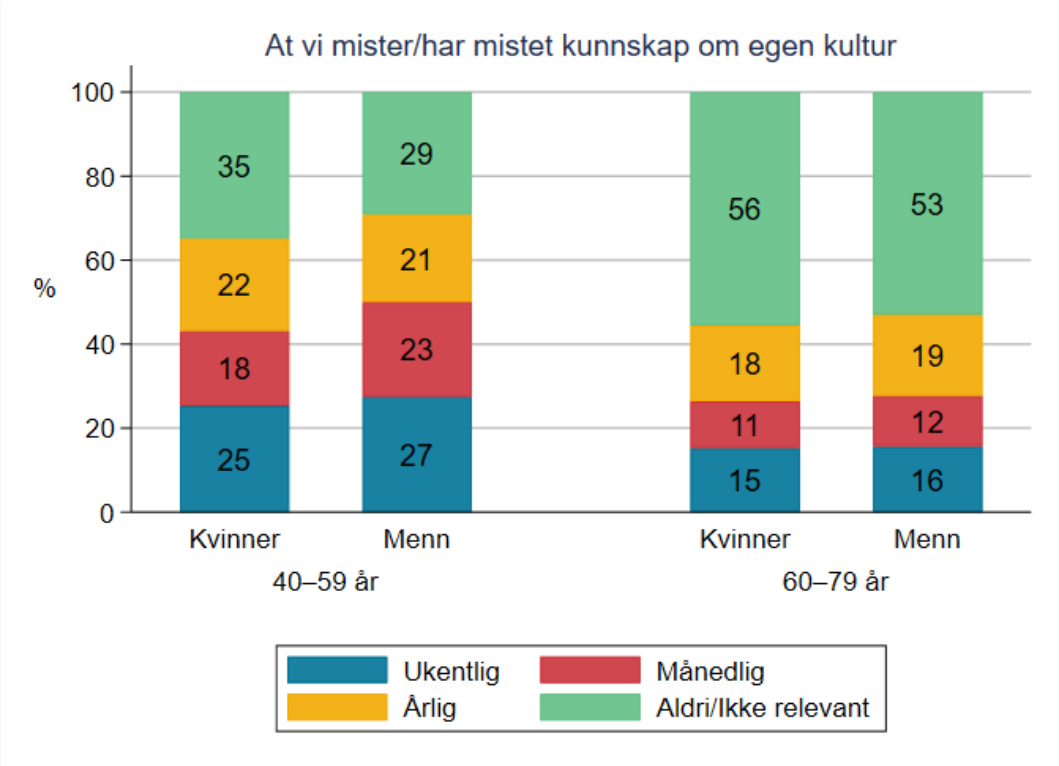
Figur 52: «Hvor ofte tenker du på følgende: At familiebånd ble ødelagt på grunn av internatskolene.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



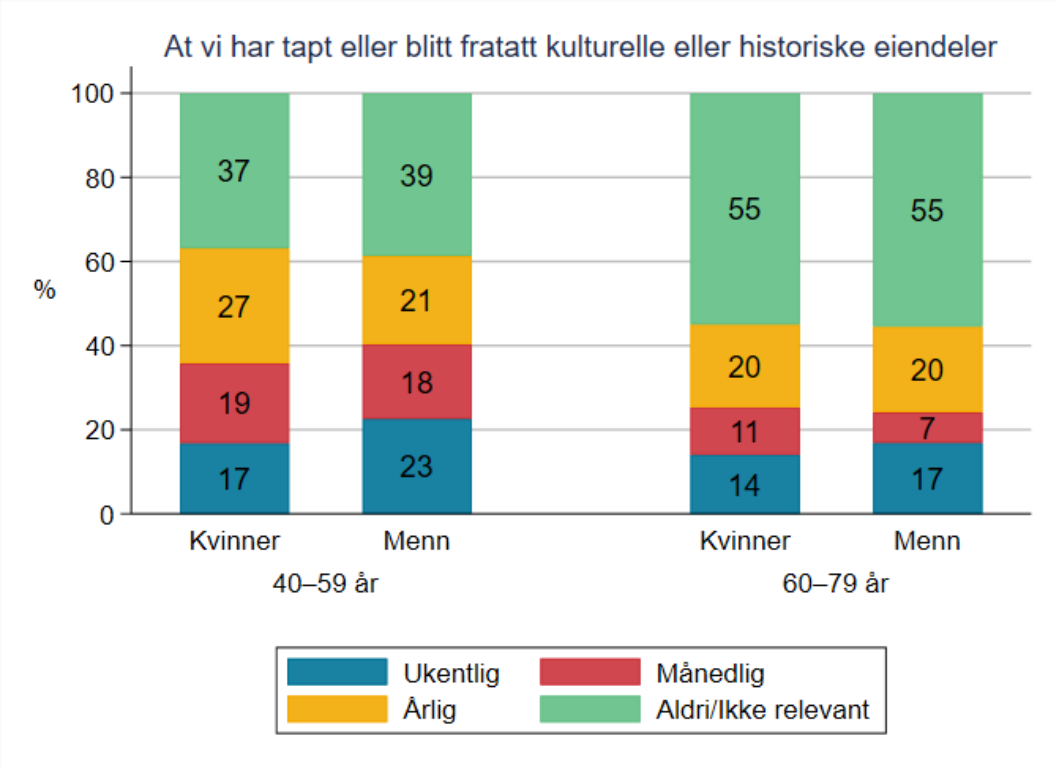
Figur 53: «Hvor ofte tenker du på følgende: At familier ble splittet på grunn av myndighetenes tvangsflytting.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



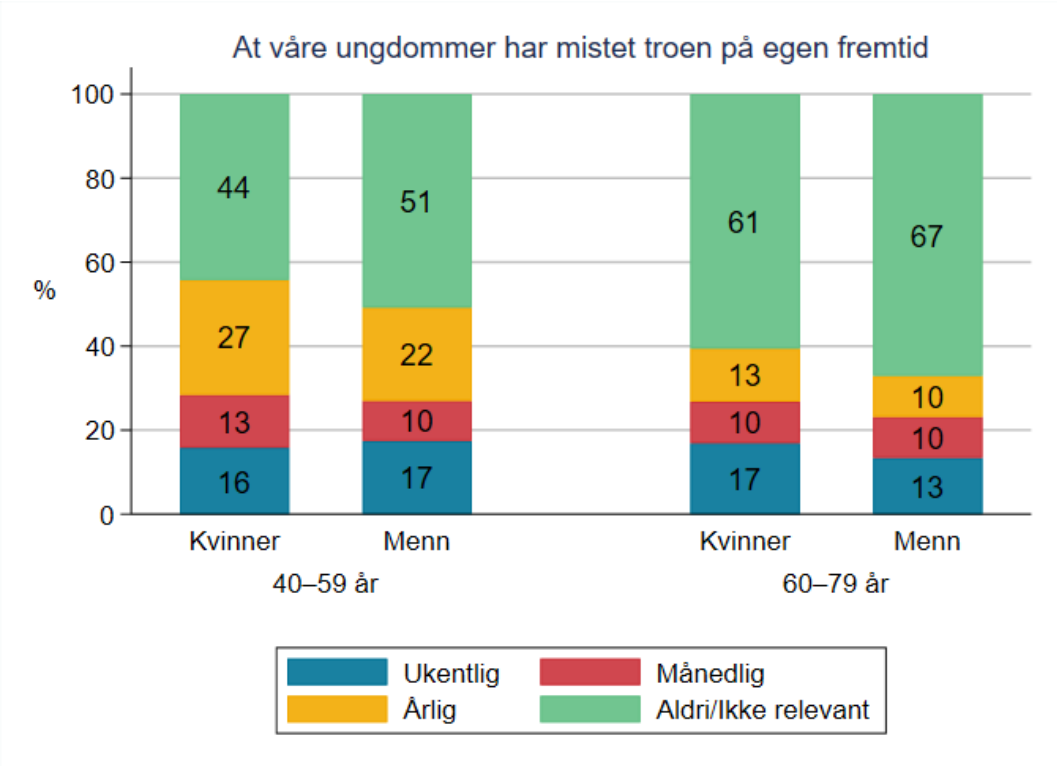
Figur 54: «Hvor ofte tenker du på følgende: At vi mister/har mistet selvrespekt på grunn av dårlig behandling fra myndighetspersoner.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 55: «Hvor ofte tenker du på følgende: At vi mister/har mistet kunnskap om egen kultur.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 56: «Hvor ofte tenker du på følgende: At vi har tapt eller blitt fratatt kulturelle eller historiske eiendeler.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

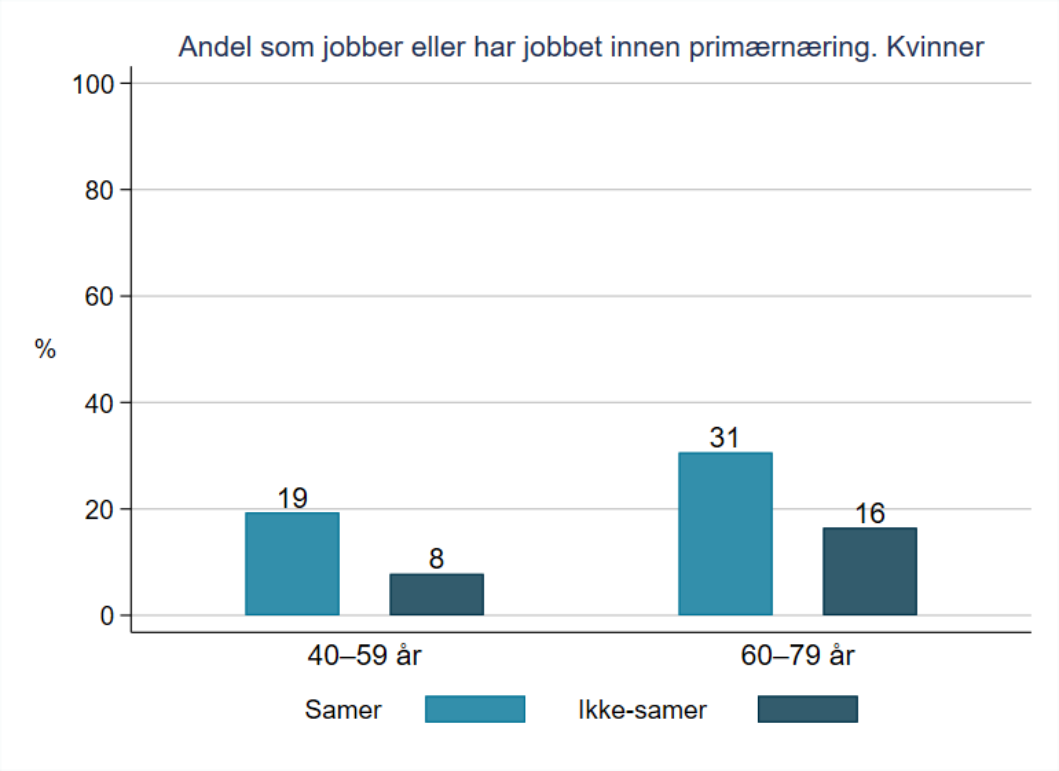


Figur 57: «Hvor ofte tenker du på følgende: At våre ungdommer har mistet troen på egen fremtid.» Svarfordeling blant samiske kvinner og menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

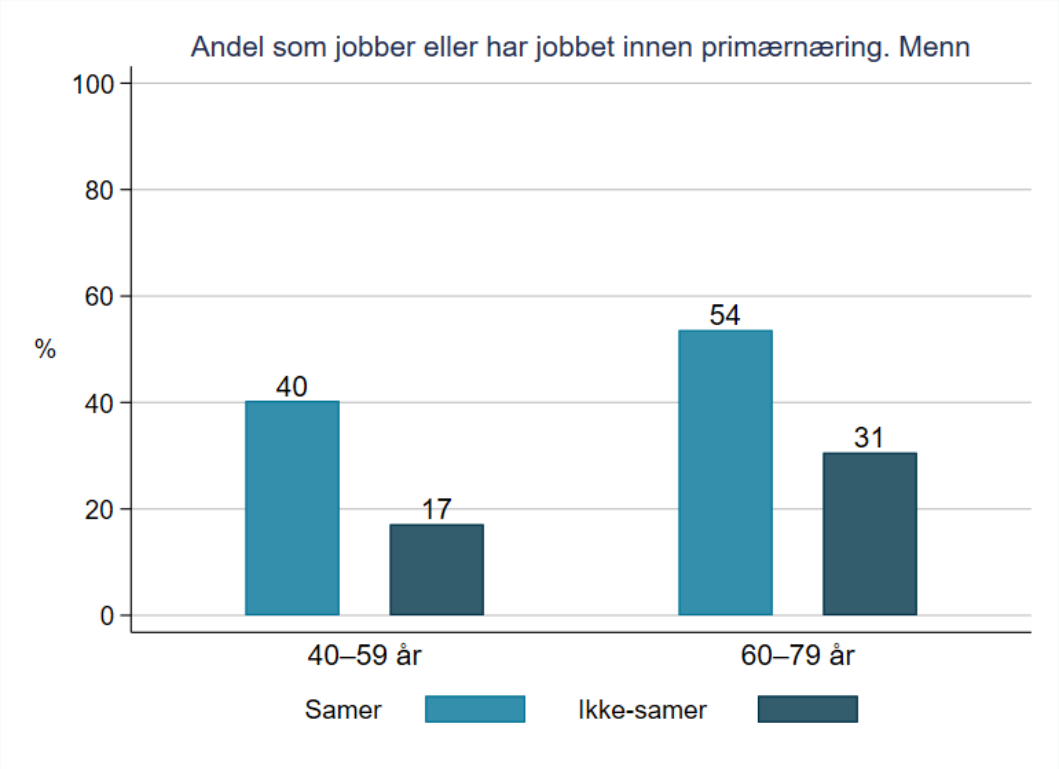
3.4.15 Primærnæringer

Deltakerne i SAMINOR 3 ble spurt om deres nåværende yrke/næring. De kunne svare ett eller flere av ni alternativer, inkludert primærnæring (jordbruk, fiske, reindrift, fangst, skogbruk, utmarksnæring). De ble også spurt om hvilke(n) primærnæring(er) de arbeidet i. De som hadde hatt flere yrker, eller ikke lenger var yrkesaktiv, ble spurt om i hvilket yrke/næring de hadde arbeidet lengst i løpet av livet. Disse spørsmålene ble slått sammen for å kartlegge hvem som jobber eller tidligere har jobbet innen primærnæringer.

Figur 58 (kvinner) og Figur 59 (menn) viser at andelen som jobber eller har jobbet innen primærnæring, er høyere blant de samiske enn de ikke-samiske deltakerne, og høyest i den eldste aldersgruppen. Det er også høyere andel menn enn kvinner som jobber/har jobbet innen primærnæringene.



Figur 58: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som jobber eller har jobbet innen primærnæring, fordelt på aldersgrupper.



Figur 59: Andel samiske og ikke samiske menn i sørsamisk område som jobber eller har jobbet innen primærnæring, fordelt på aldersgrupper.

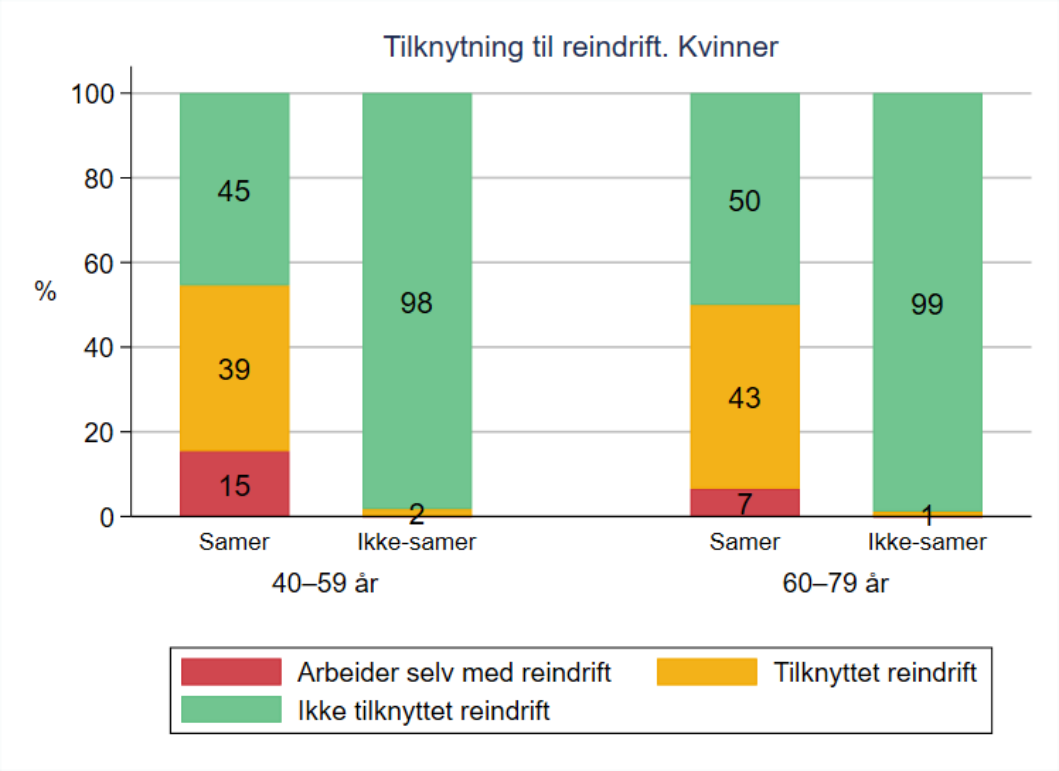
Reindrift

Samisk reindrift er en sentral og viktig kulturbærer for samisk språkbruk, tradisjonell økologisk kunnskap og kulturutøvelse, som for eksempel duodji (håndverk) og samiske mattradisjoner. Kalstad og Riseth beskriver at den sørsamiske reindriften er et ankerfeste for sørsamisk kultur og språk og viser at på tross av nedgang i sijteandeler (siidaandeler), så øker antall personer med tilknytning til en sijte betydelig [41,42]. Reindrift generelt og sørsamisk reindrift spesielt, er under stort press med hensyn til land- og beiterettigheter [43] og har stått og står i utallige rettssaker om areal, bruk og erstatninger, både i møte med jordbruk, industri og utvidelse av infrastruktur. Studier blant samiske ungdom har vist at deltakelse i kulturelle aktiviteter, språkkunnskaper og bruk av samisk økologisk tradisjonell kunnskap gjennom blant annet reindrift, styrker ungdoms identitet og stolthet og dermed motvirker psykiske helseproblemer [44,45]. For voksne, er sterkt familiesamhold viktige for en god psykisk helse På bakgrunn av disse faktorene er det tydelig at samisk reindrift bidrar til økt psykisk velvære ved å fremme samhold i familien og samfunnet, opprettholde tradisjonell kunnskap knyttet til reindrift, og sikre tilgang til og bruk av landområder.

For å fange opp de som har en tilknytning til, eller er vokst opp innenfor reindrifta, er det i SAMINOR 3 stilt utvidede spørsmål om dette, utover det å ha reindrift som sitt yrke. Tilknytning til reindrift ble delt inn i to grupper: 1) de som selv arbeider med reindrift heltid, deltid eller sesong og 2) de som ikke har reindrift som sitt yrke, men som har en tilknytning til reindrift ved at de har svart positivt på minst ett av følgende spørsmål:

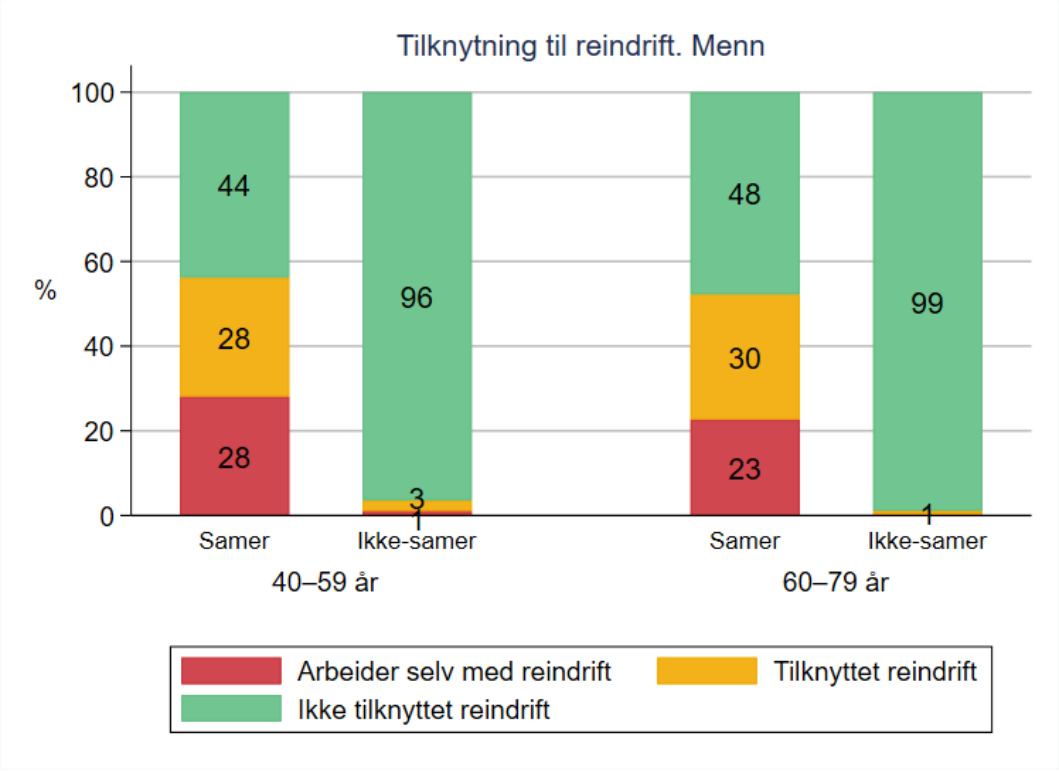
- at mor, far og/eller besteforeldre arbeidet med reindrift
- at de har eller har hatt egen sijteandel/driftsenhet
- at de har eller har hatt eget reinmerke
- at de er eller har vært gift/samboer med en som har sijteandel/driftsenhet
- at de er eller har vært gift/samboer med en som har eget reinmerke
- at de er eller har vært underlagt en sijteandel/driftsenhet som ikke er deres egen

Figur 60 viser andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har reindrift som sitt yrke eller har tilknytning til reindrift. Mer enn halvparten av samiske kvinner i sørsamisk område har tilknytning til reindrift, selv om relativt få har dette som sitt yrke.



Figur 60: Andel samiske og ikke samiske kvinner i sørsamisk område som er tilknyttet reindrift, fordelt på aldersgrupper.

Figur 61 viser at en av tre samiske menn i sørsamisk område arbeider med reindrift, og mer enn halvparten har en tilknytning til reindrift. Det er også noen av ikke-samene som har en tilknytning til reindrift. Dette er i stor grad snakk om personer som er gift eller samboer med noen som har eller har hatt egen sijteandel/driftenhet.



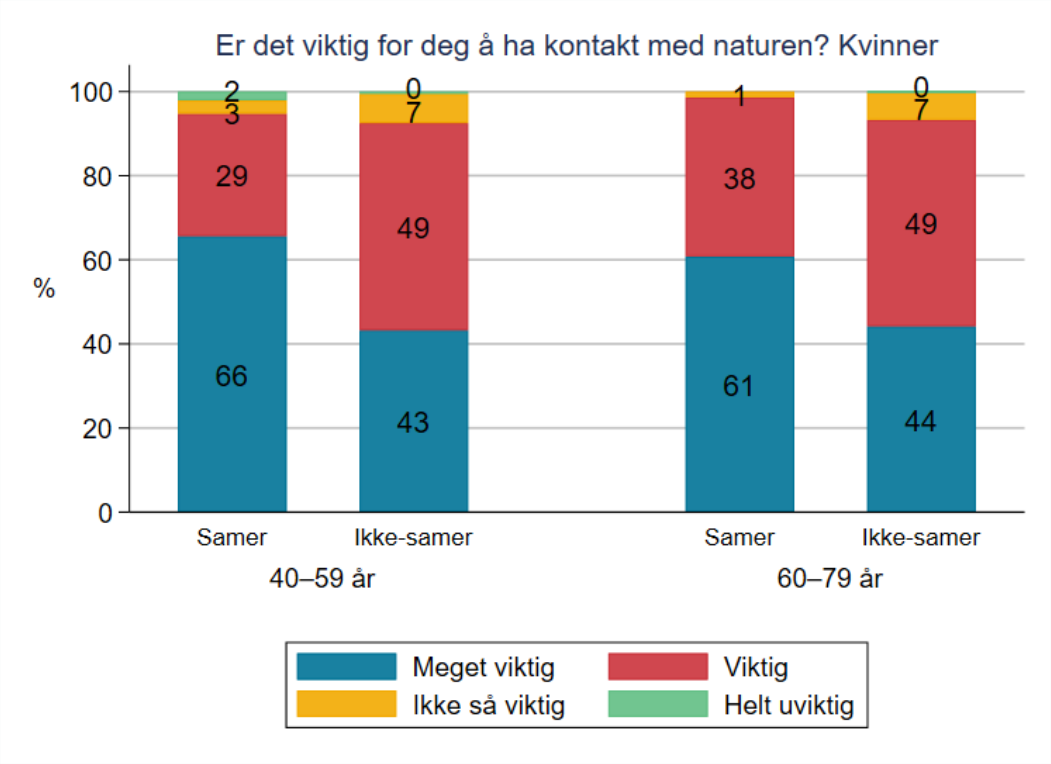
Figur 61: Andel samiske og ikke samiske kvinner i sørsamisk område som er tilknyttet reindrift, fordelt på aldersgrupper.

3.4.16 Natur

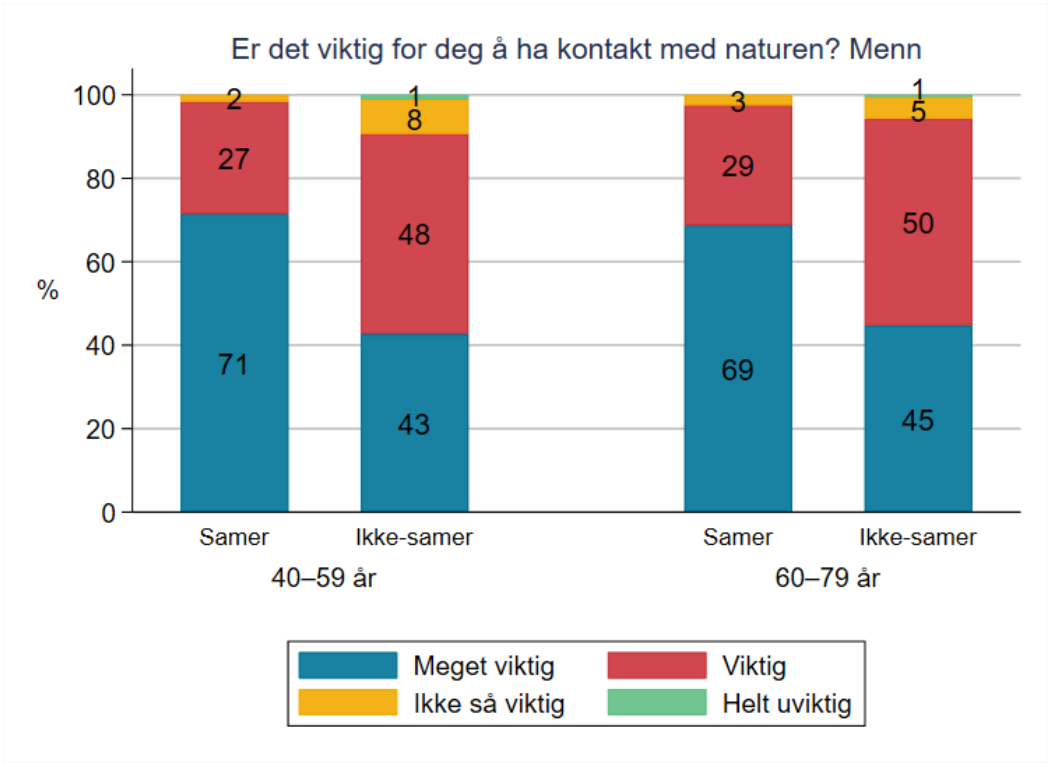
Naturen anses generelt som en verdifull ressurs. Å oppholde seg i naturen – enten gjennom fritidsaktiviteter eller på andre måter – har vist seg å dempe stress og fremme psykisk velvære. I en tid der menneskelige inngrep i naturen øker – for eksempel gjennom etablering av vindkraftparker, gruvedrift, hytteutbygging, turisme og skogbruk, som ødelegger eller legger beslag på tilgjengelige arealer – er det ekstra viktig å dokumentere menneskets relasjon til naturen og dens betydning for mentalt velvære og trivsel. Klimaendringer knyttes til psykiske plager, særlig ved gjentatt eksponering [46]. Samer har et nært forhold til sine land- og vannområder, tuftet på langvarig tradisjonell bruk; deres levemåte har historisk sett vært avhengig av de tilgjengelige naturressursene.

Figur 62 (kvinner) og figur 63 (menn) viser at i sørsamisk område er det en høyere andel samiske enn ikke-samiske deltakere som sier at det er meget viktig for dem å ha kontakt med

naturen. Dette gjelder begge kjønn og begge aldersgrupper. Andelen som anser naturen som meget viktig for dem, er litt høyere blant samiske menn enn blant samiske kvinner, men det er liten aldersvariasjon på dette spørsmålet.



Figur 62: «Er det viktig for deg å ha kontakt med naturen?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100%.



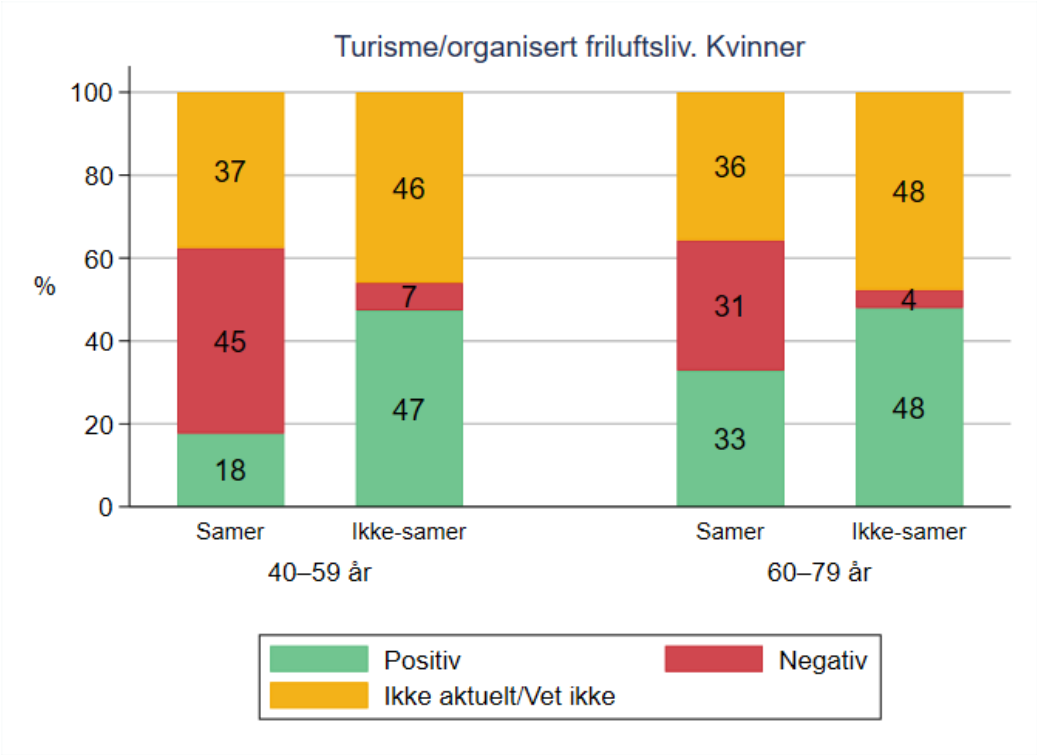
Figur 63: «Er det viktig for deg å ha kontakt med naturen?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100%.

Deltakerne ble spurt om hvorvidt følgende forhold/hendelser har hatt positiv eller negativ innvirkning på deres bruk av naturområder:

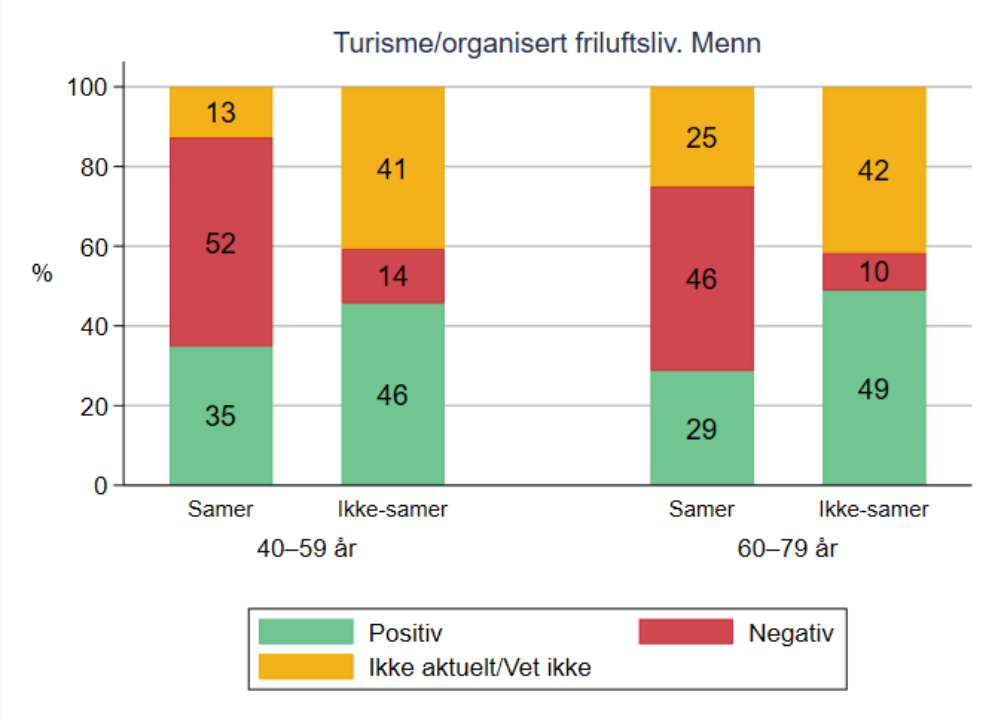
- Turisme/Organisert friluftsliv
- Barmarksløyper, skuterløyper
- Vern av naturområder/nasjonalpark
- Utbygging (hyttefelt, vann-/vindkraft, vei, jernbane)
- Mineralleting, gruvedrift, forurensning
- Reindrift
- Jordbruk
- Oppdrettsanlegg
- Forsvaret, militæraktivitet

Figur 64 til og med figur 81 viser andel samiske og ikke-samiske menn og kvinner i sørsamisk område som svarer *Positiv* og *Negativ* på disse spørsmålene. På alle spørsmål unntatt spørsmålet om reindrift, er det en høyere andel samer som svarer *Negativ* sammenlignet med ikke-samer. Det forholdet som flest samer anså som negativt, var utbygging av hyttefelt, vann-/vindkraft, vei, jernbane.

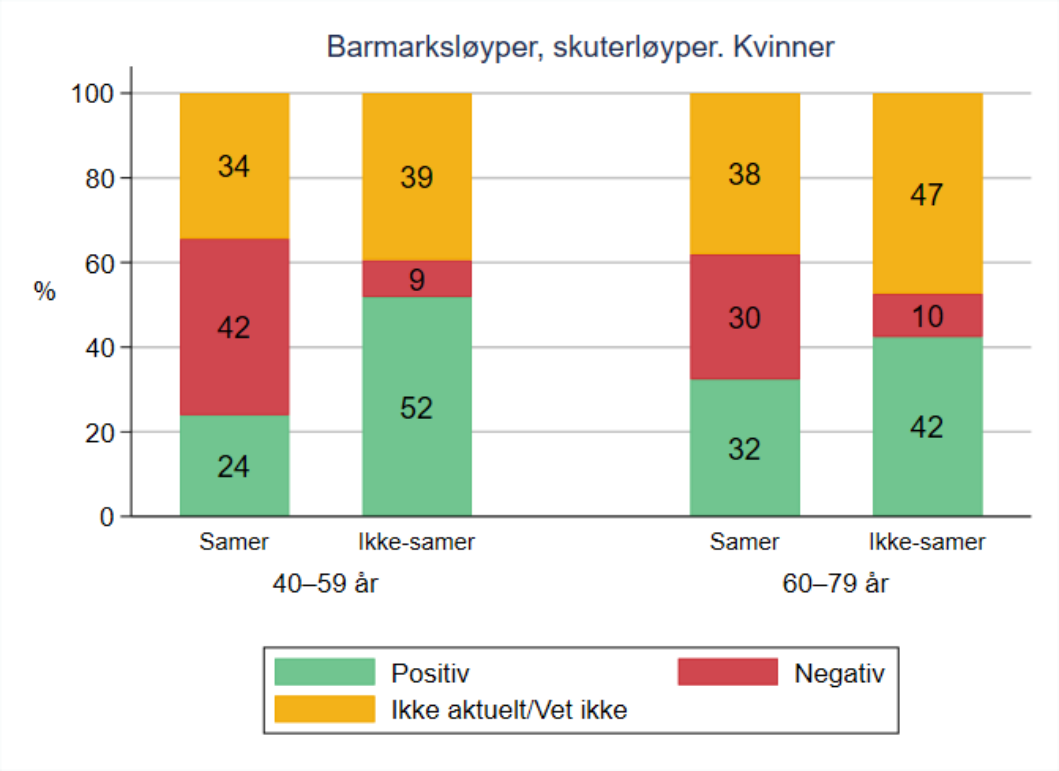
På mange av spørsmålene er det en relativt stor andel som svarer *Ikke aktuelt/Vet ikke*. Denne andelen er særlig stor blant kvinner.



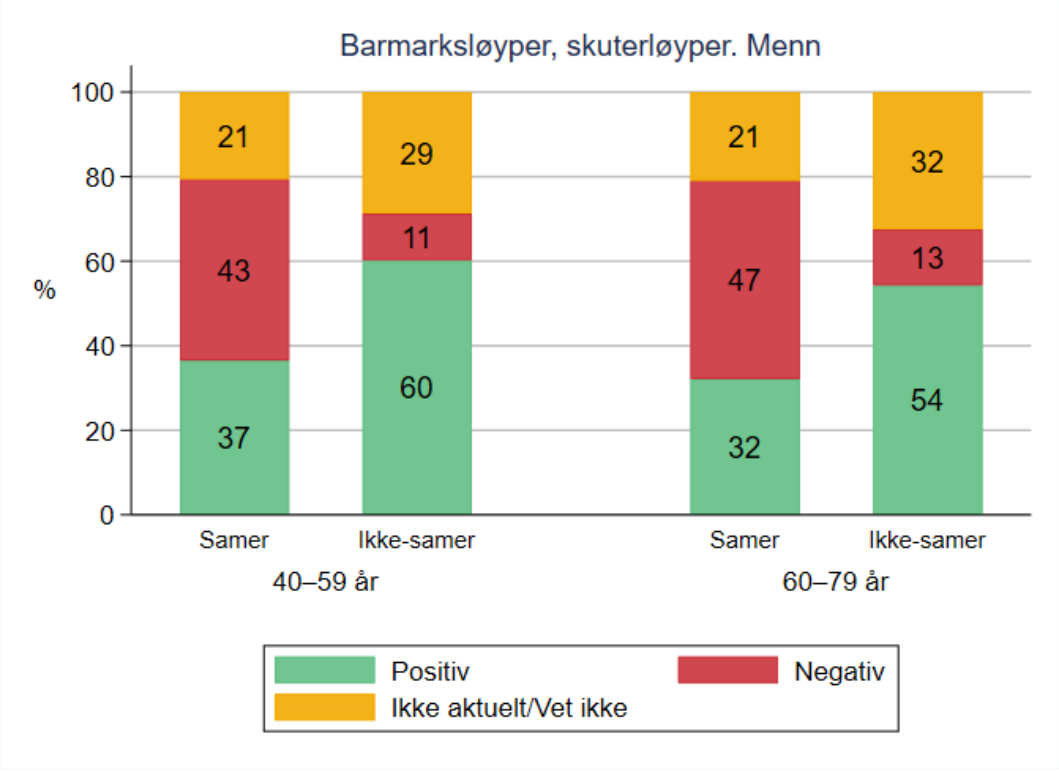
Figur 64: «Har turisme/organisert friluftsliv hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



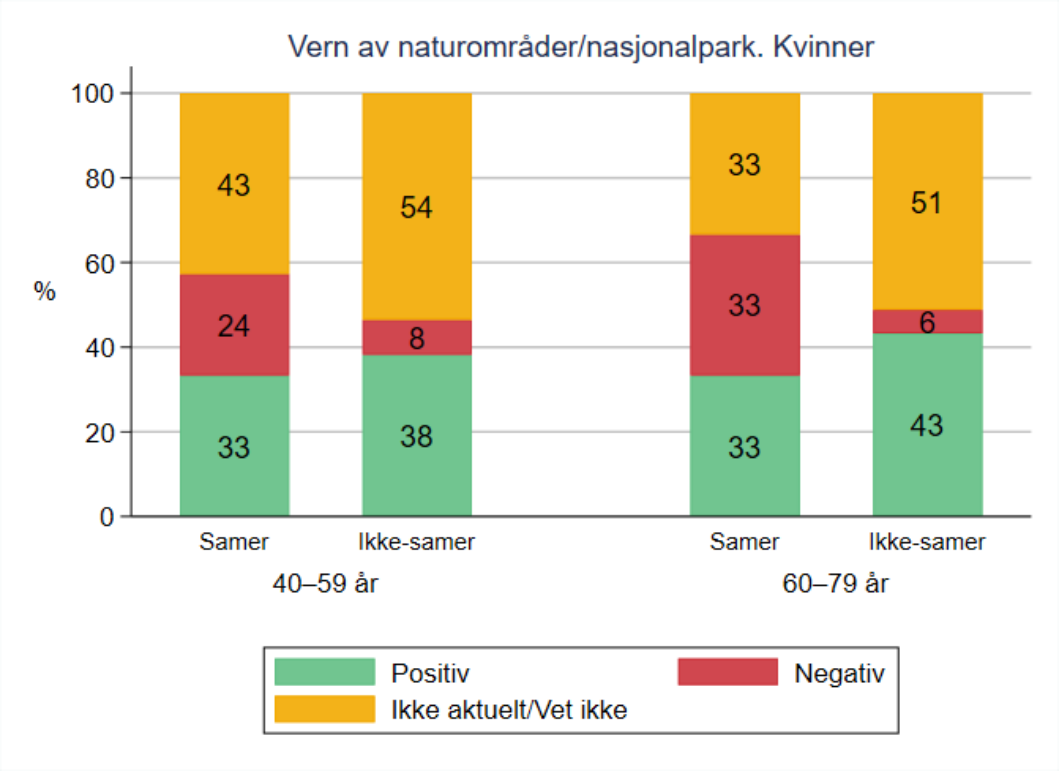
Figur 65: «Har turisme/organisert friluftsliv hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



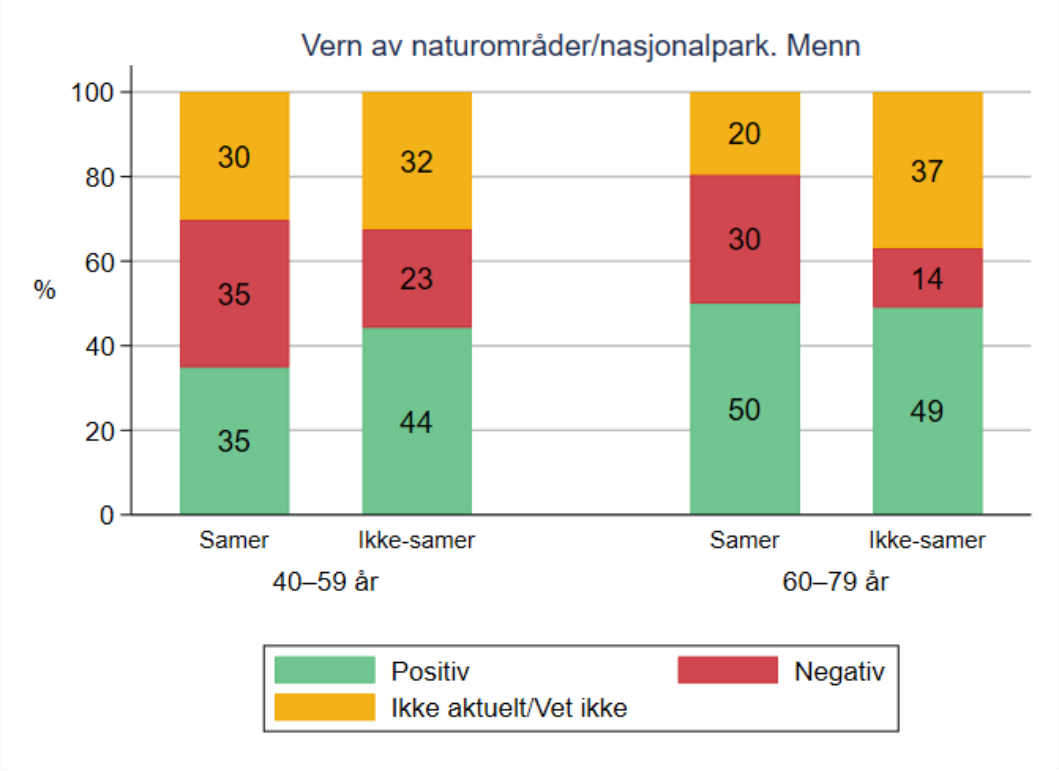
Figur 66: «Har barmarksløyper, skuterløyper hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



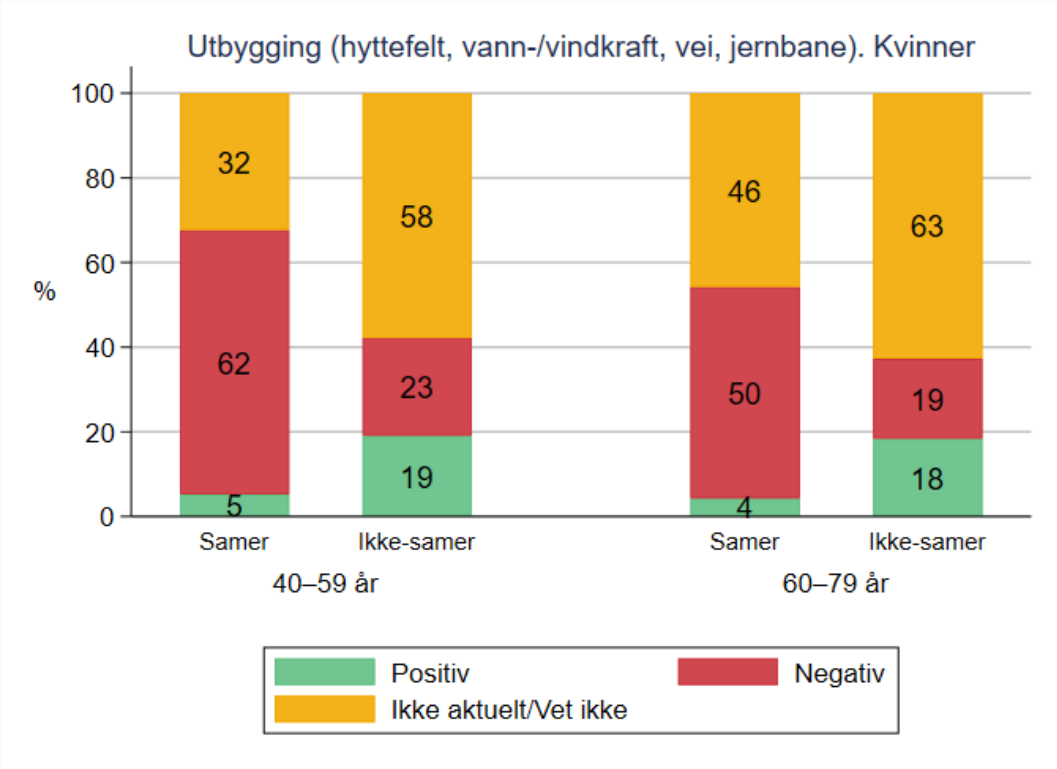
Figur 67: «Har barmarksløyper, skuterløyper hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



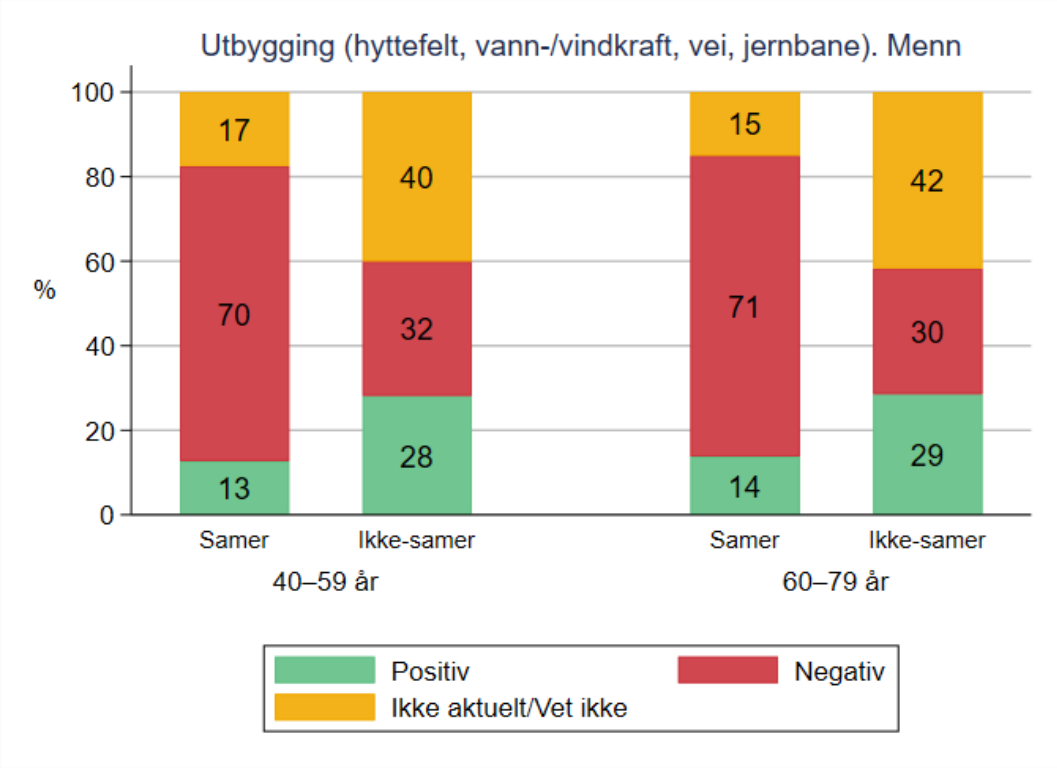
Figur 68: «Har vern av naturområder/nasjonalpark hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



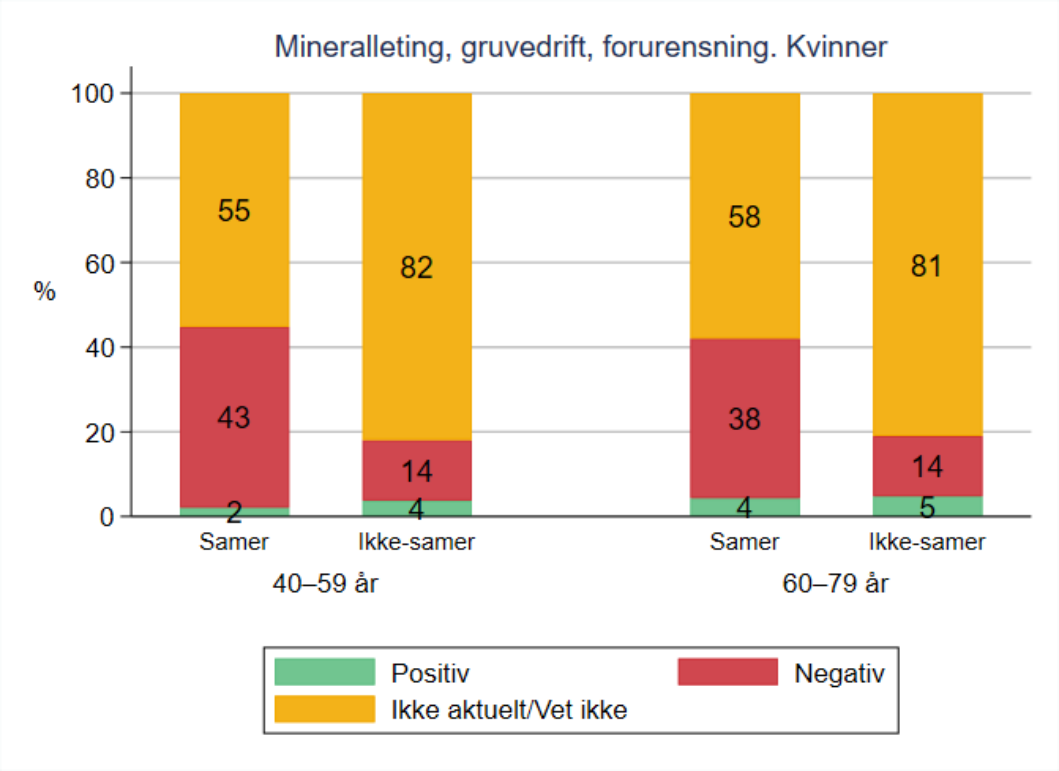
Figur 69: «Har vern av naturområder/nasjonalpark hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



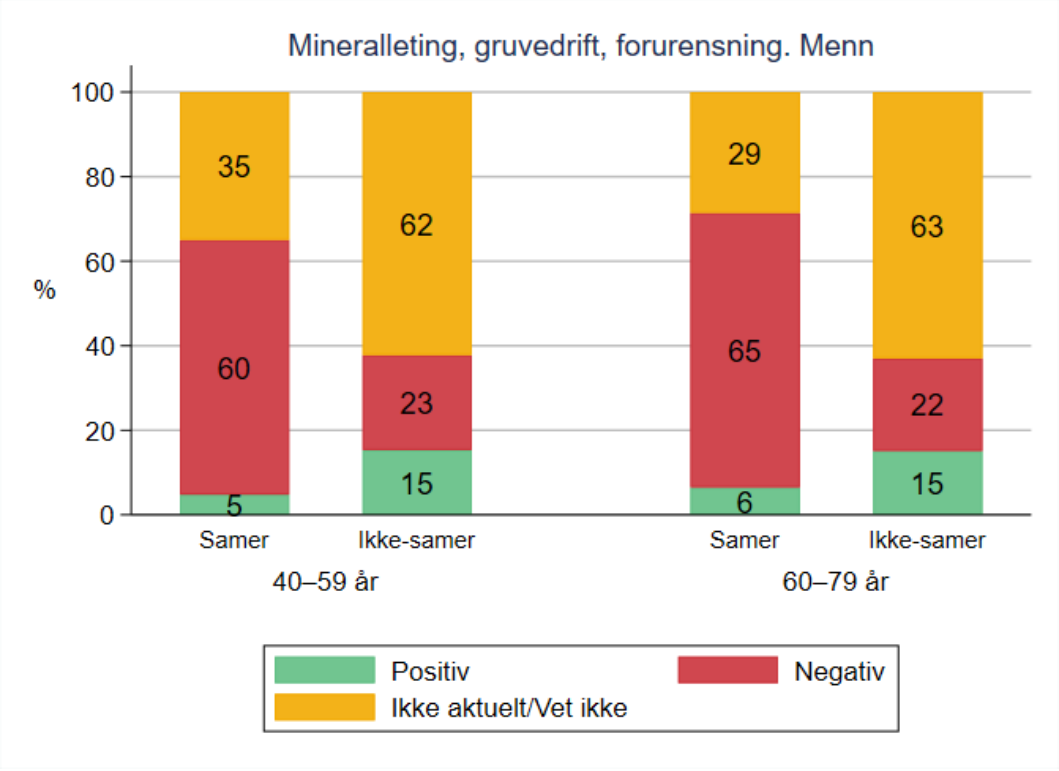
Figur 70: «Har utbygging (hyttefelt, vann-/vindkraft, vei, jernbane) hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



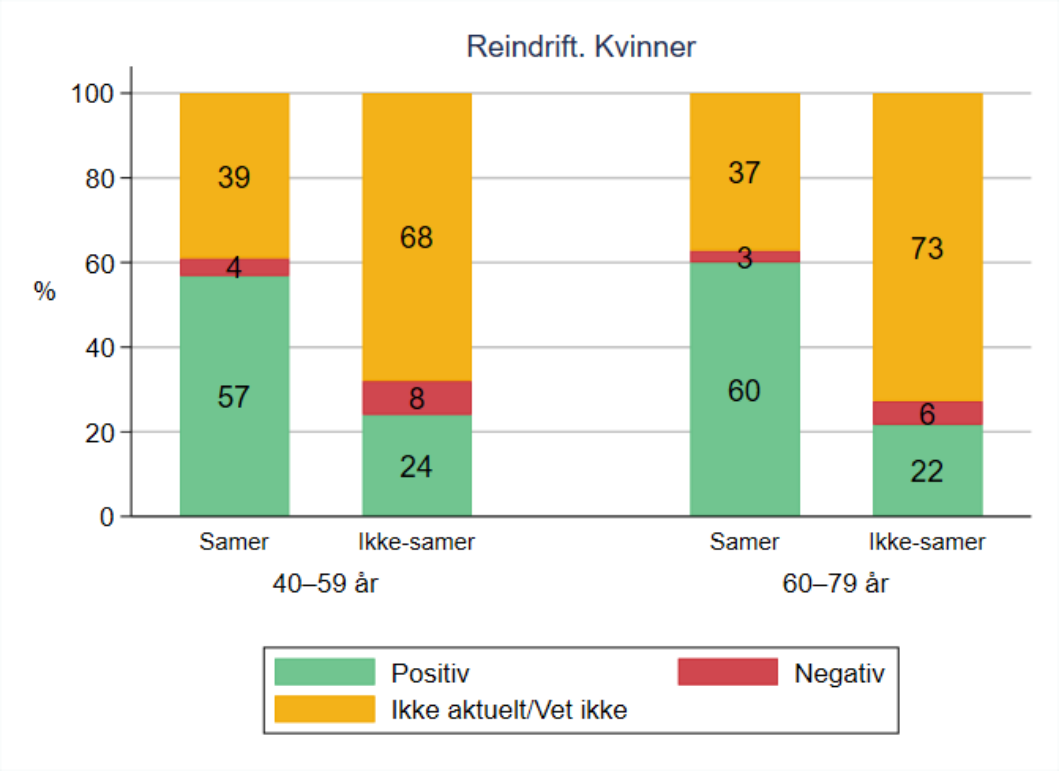
Figur 71: «Har utbygging (hyttefelt, vann-/vindkraft, vei, jernbane) hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



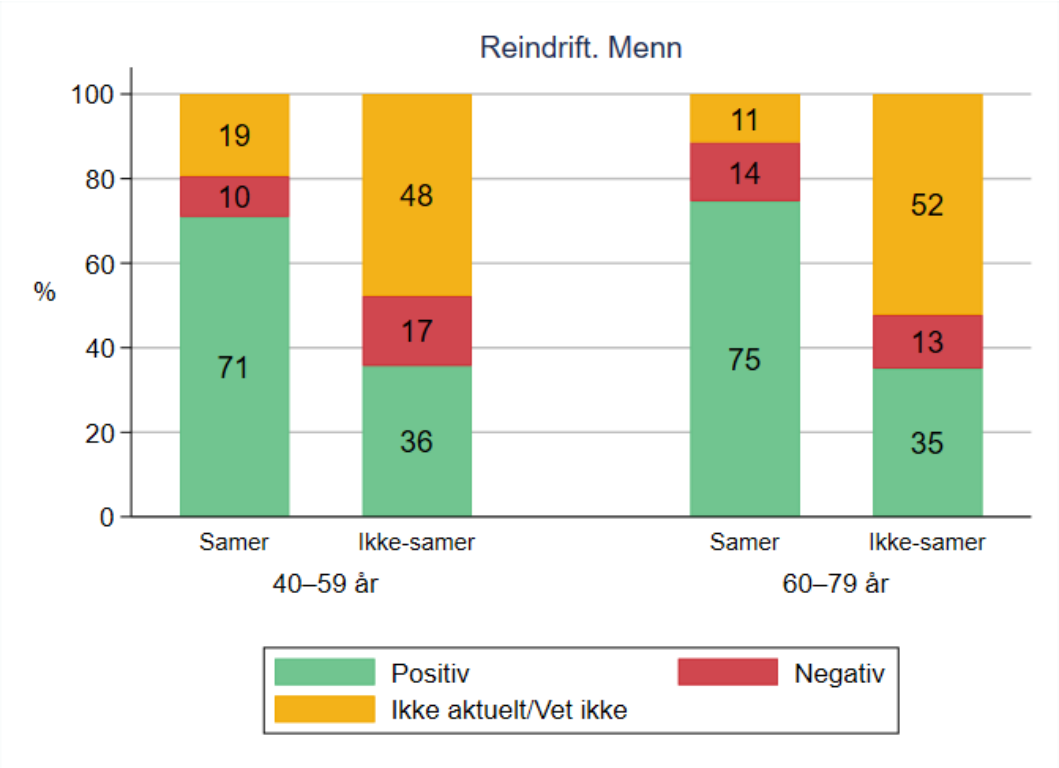
Figur 72: «Har mineralleting, gruvedrift, forurensning hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



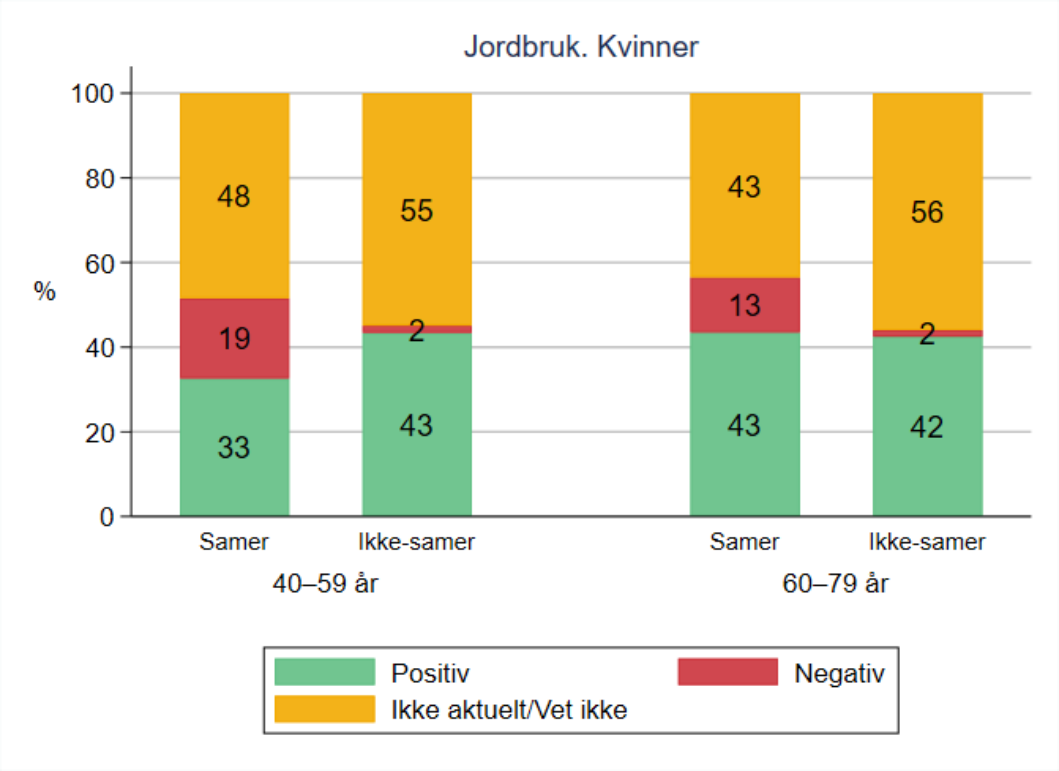
Figur 73: «Har mineralleting, gruvedrift, forurensning hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



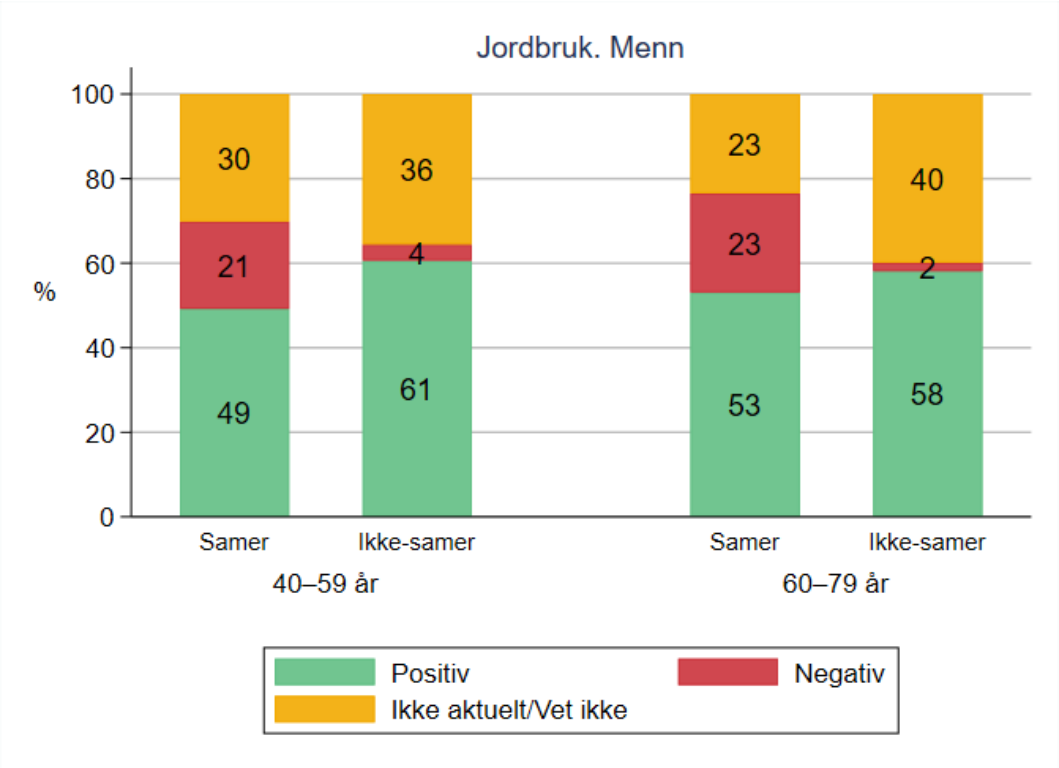
Figur 74: «Har reindrift hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



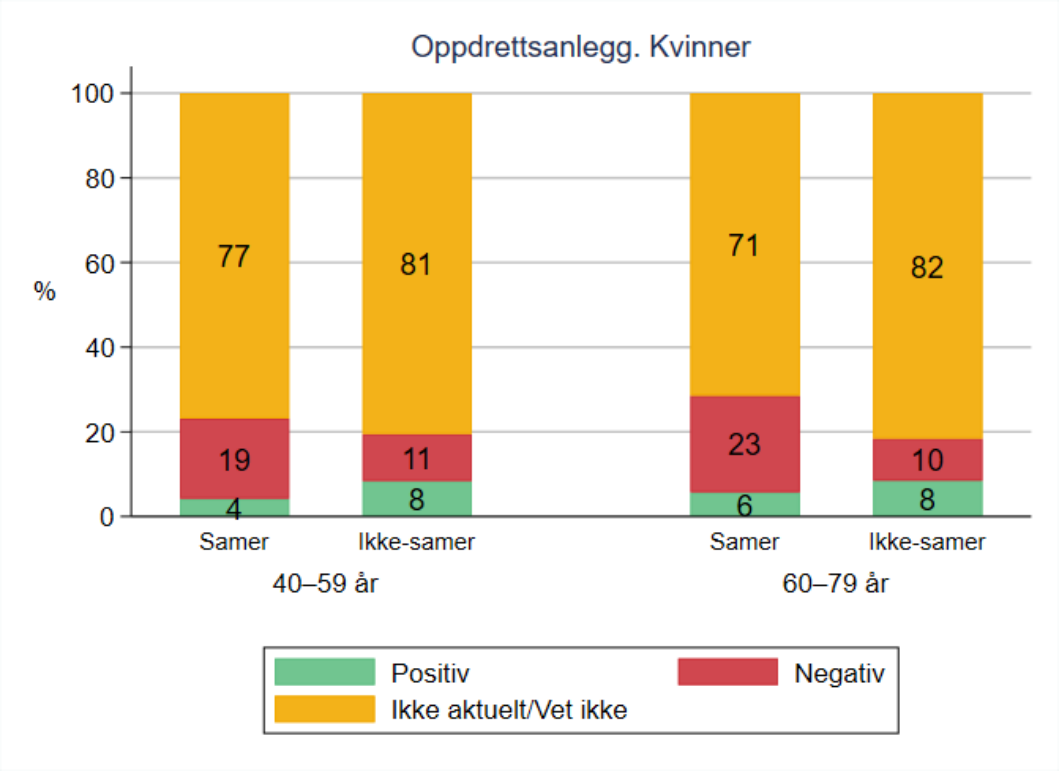
Figur 75: «Har reindrift hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



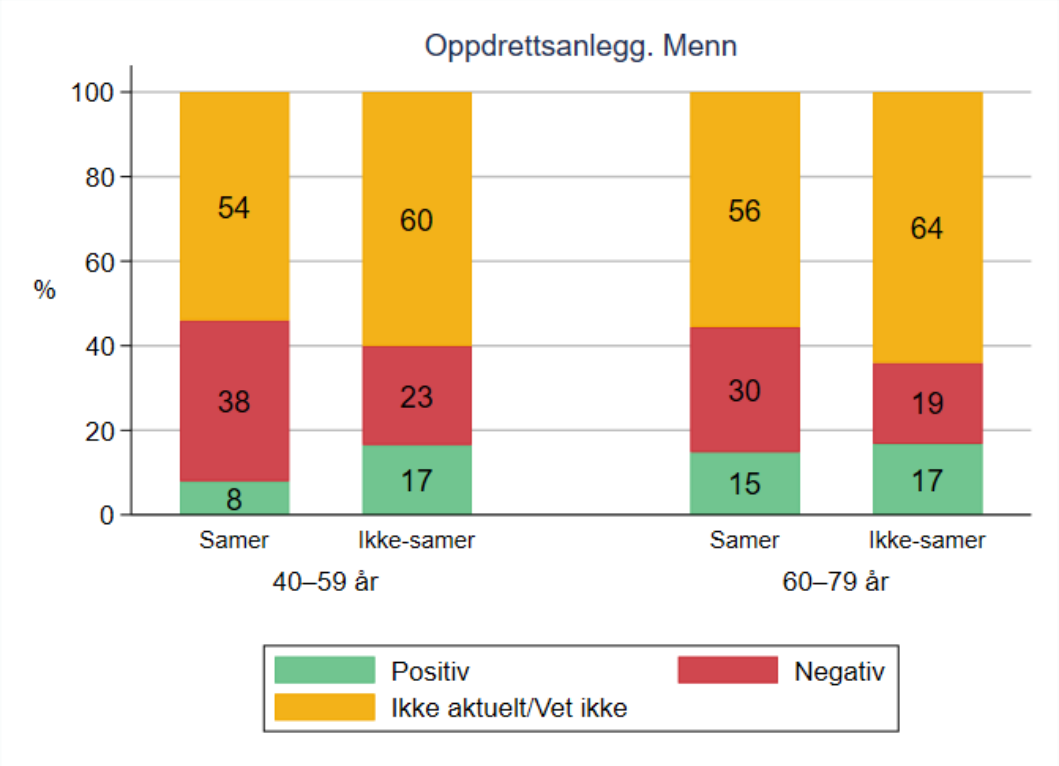
Figur 76: «Har jordbruk hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



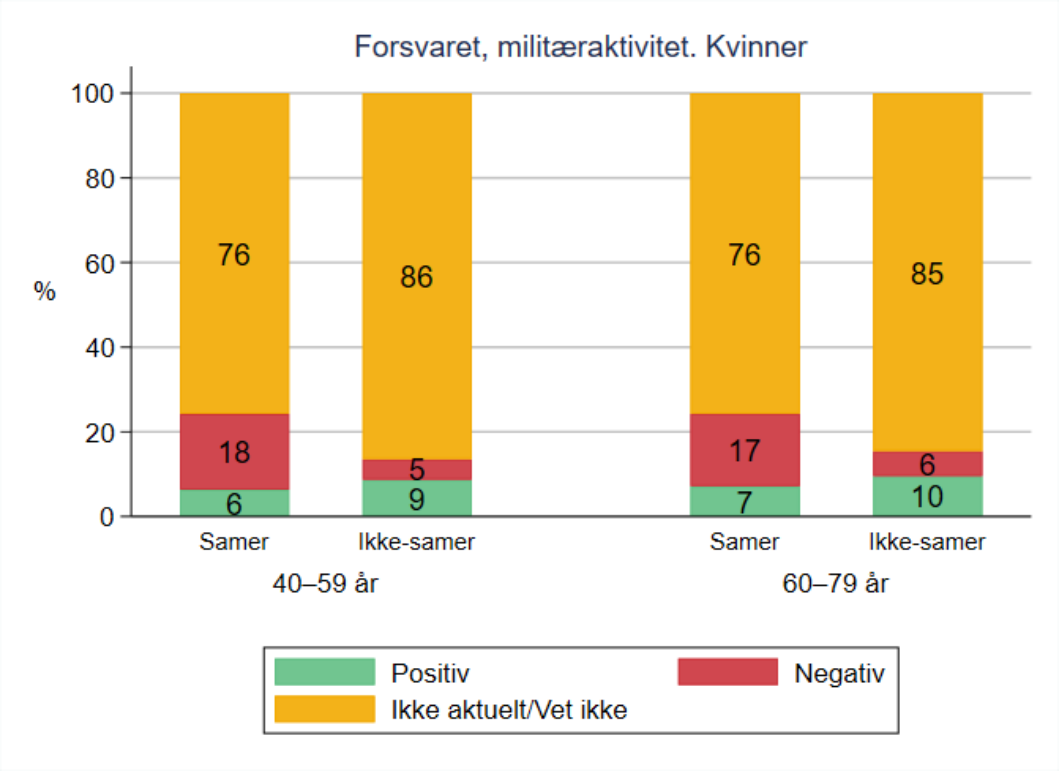
Figur 77: «Har jordbruk hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



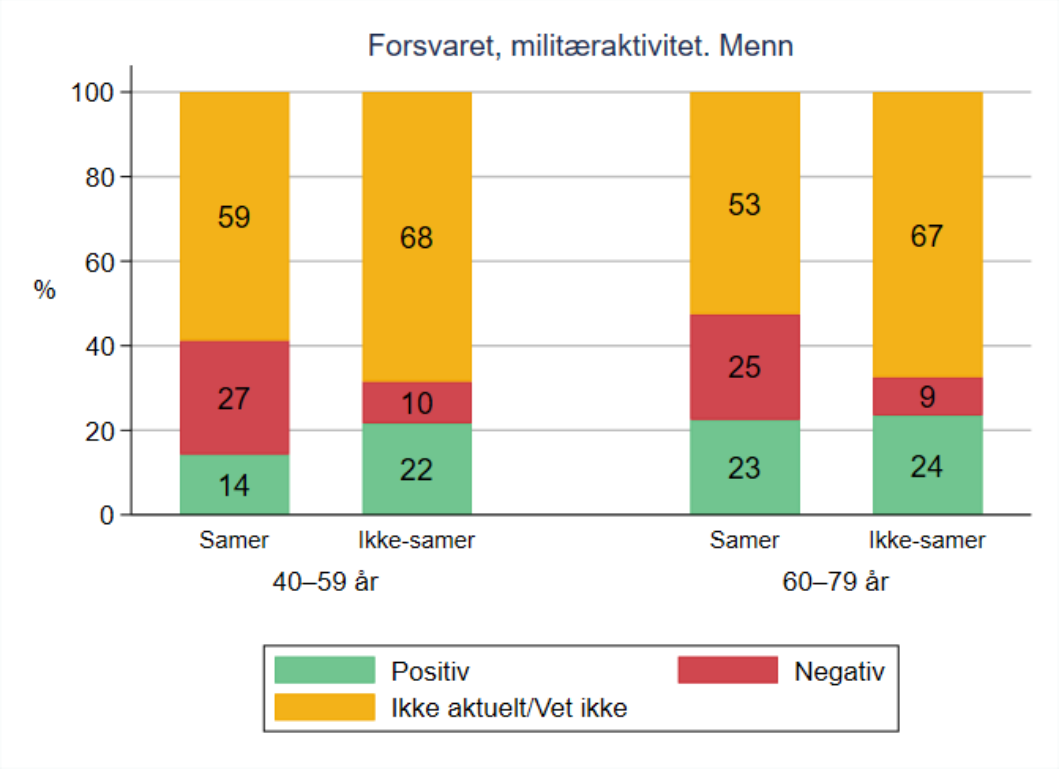
Figur 78: ««Har oppdrettsanlegg hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 79: «Har oppdrettsanlegg hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 80: «Har forsvaret, militæraktivitet hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 81: «Har forsvaret, militæraktivitet hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

3.4.17 Tillit til myndigheter

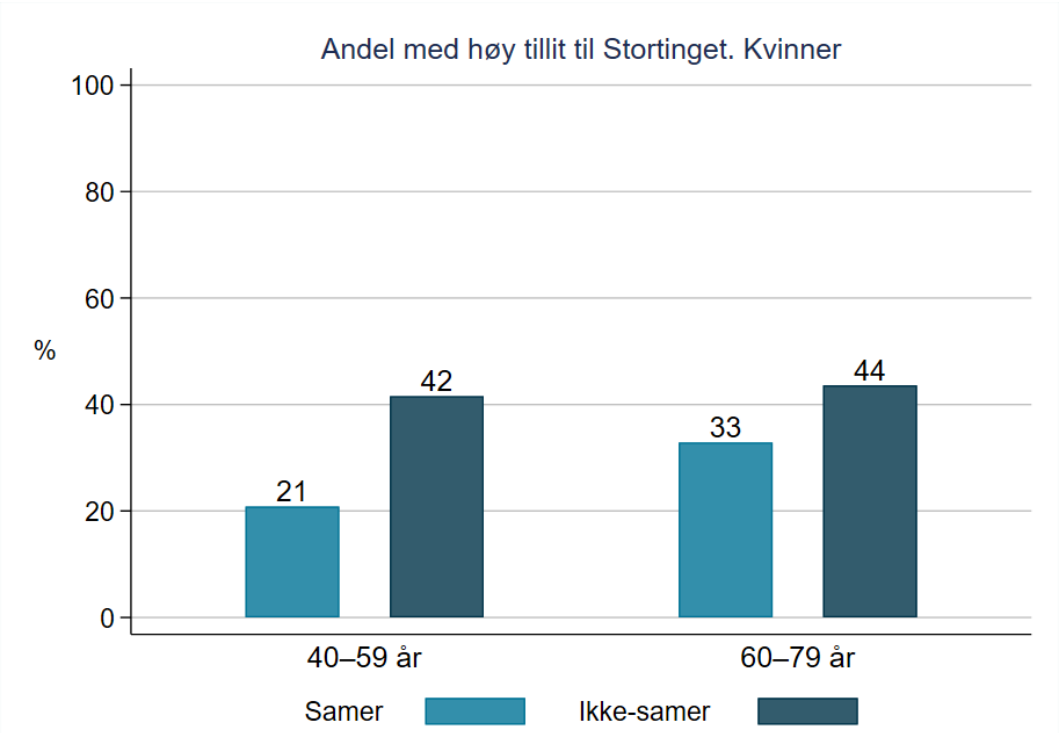
Sammenlignet med mange andre land, har vi i Norge generelt høy tillit til myndighetene. Tillit til politikere, politi og helsevesen er viktig for demokrati og beredskap og bidrar til at innbyggerne følger lover, regler og anbefaling fra myndighetene.

I SAMINOR 3 ble deltakerne spurt om hvor stor tillit de har til følgende institusjoner:

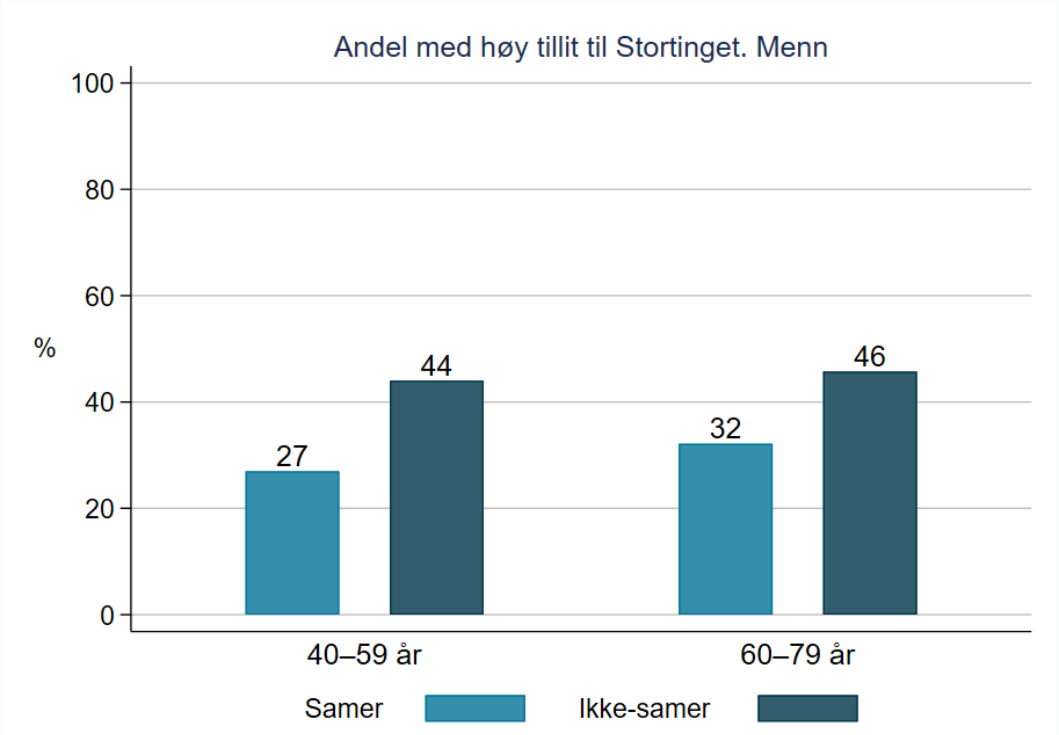
- Stortinget
- Regjeringen
- Kommunestyret i din kommune
- Sametinget
- Rettsvesenet/domstolene
- Politiet
- Helsevesenet
- Barnevernet
- NAV

De kunne svare på en skala fra 1 (Svært lite tillit) til 5 (Svært stor tillit).

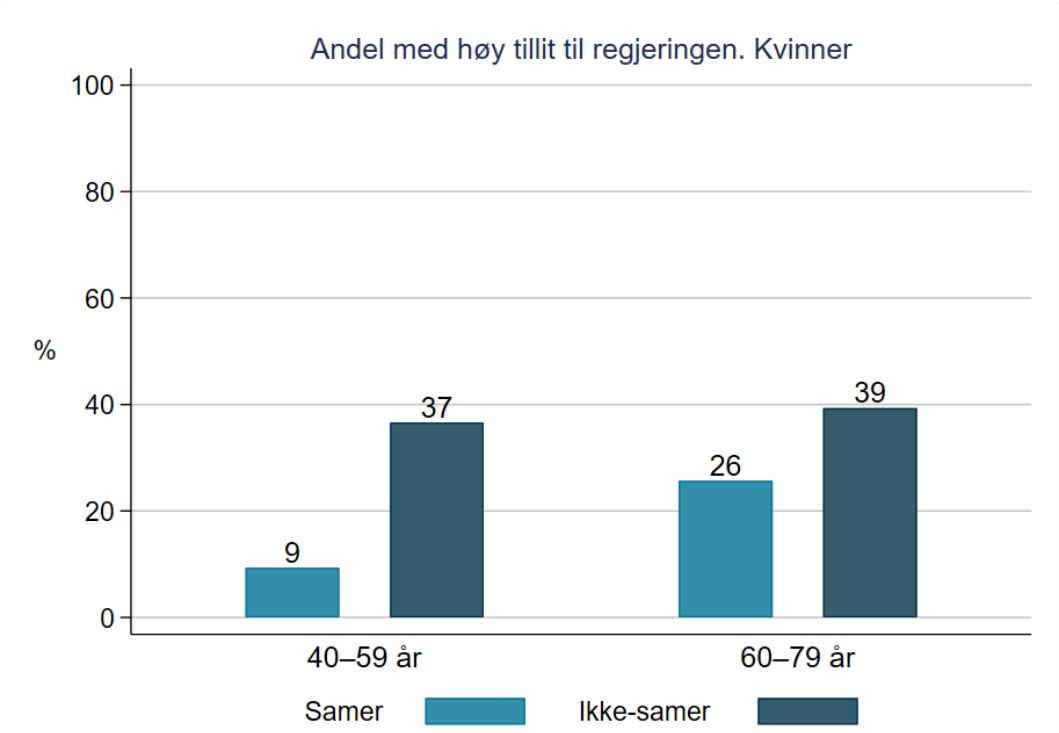
Figur 82 til og med Figur 99 viser andel samer og ikke-samer i sørsamisk område som svarte at de har høy tillit (4 eller 5 på skalaen) til de nevnte institusjonene. Samene har høyere tillit til Sametinget enn ikke-samiske deltakere (Figur 88 og Figur 89). For alle de andre institusjonene, er det en betydelig lavere andel samer enn ikke-samer som har høy tillit. Dette gjelder begge kjønn og aldersgrupper. Blant samene er det en tydelig forskjell mellom den yngste og den eldste aldersgruppen, der de yngste gjennomgående har lavere tillit til disse institusjonene sammenlignet med de eldste. Blant ikke-samene er det derimot liten forskjell mellom aldersgruppene. Desidert lavest tillit har samene i sørsamisk område til regjeringen. I aldergruppen 40–59 år, rapporterer kun 9 prosent av samiske kvinner (Figur 84) og 11 prosent av samiske menn (Figur 85) at de har høy tillit til regjeringen.



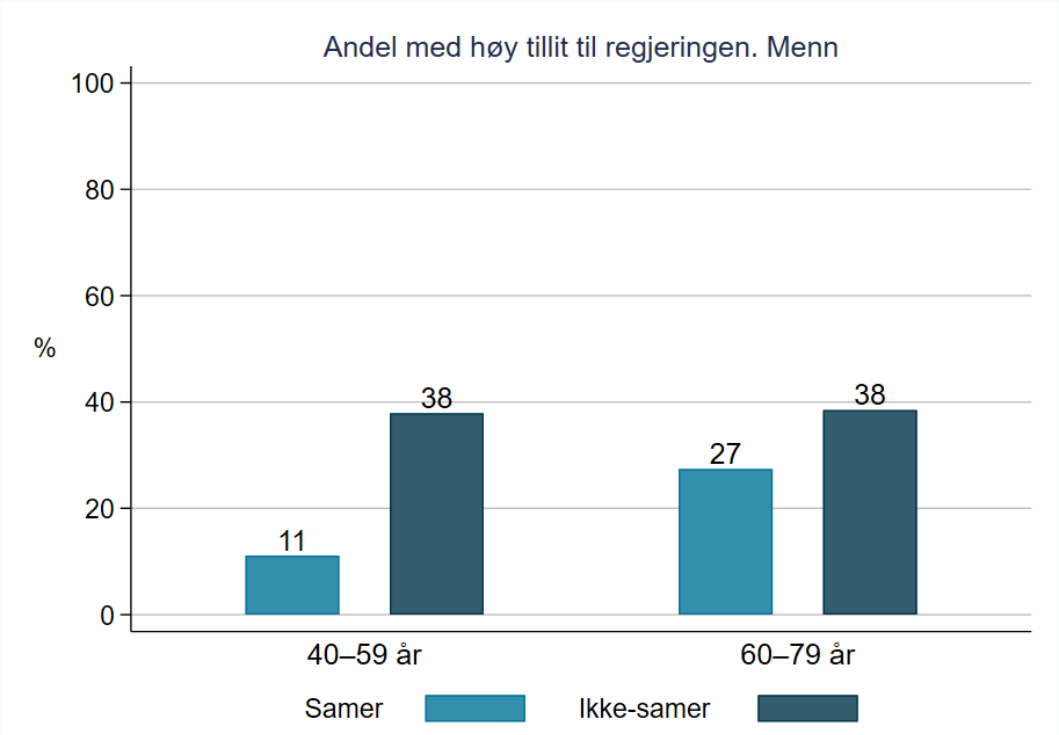
Figur 82: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til Stortinget, fordelt på aldersgrupper.



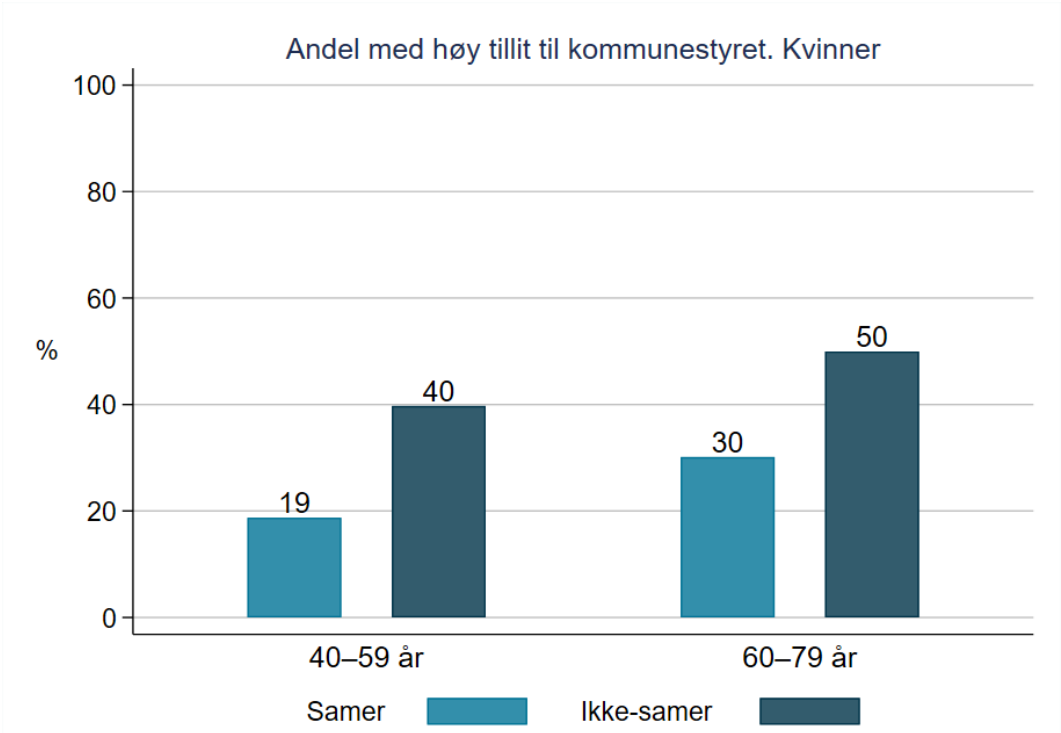
Figur 83: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til Stortinget, fordelt på aldersgrupper.



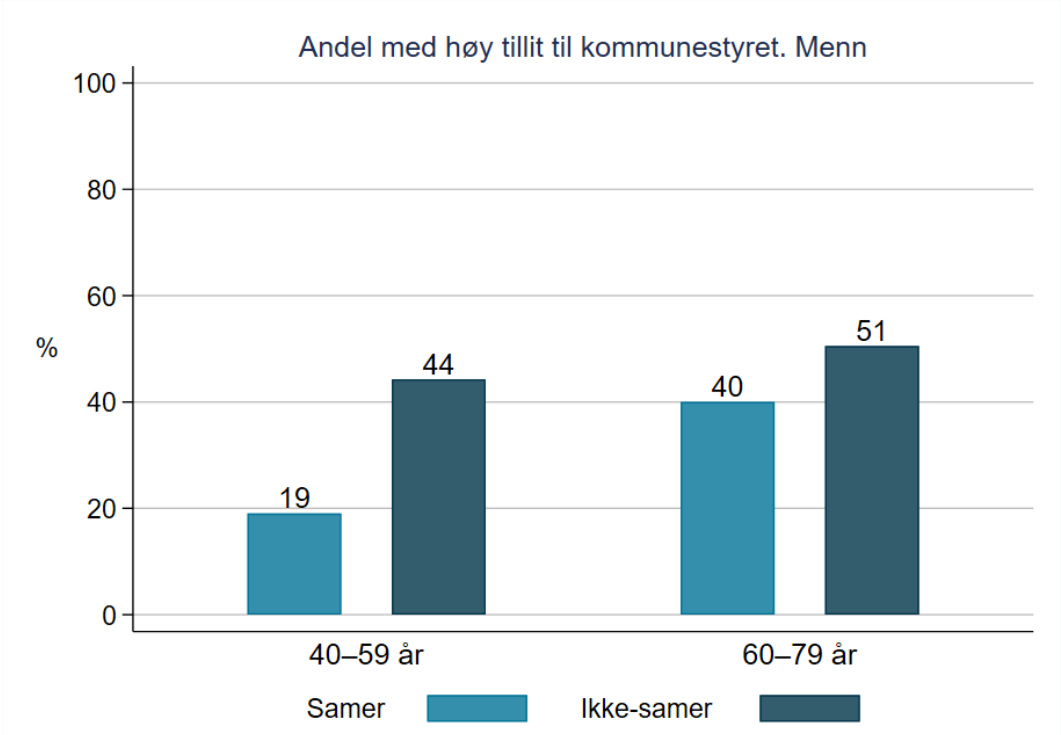
Figur 84: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til regjeringen, fordelt på aldersgrupper.



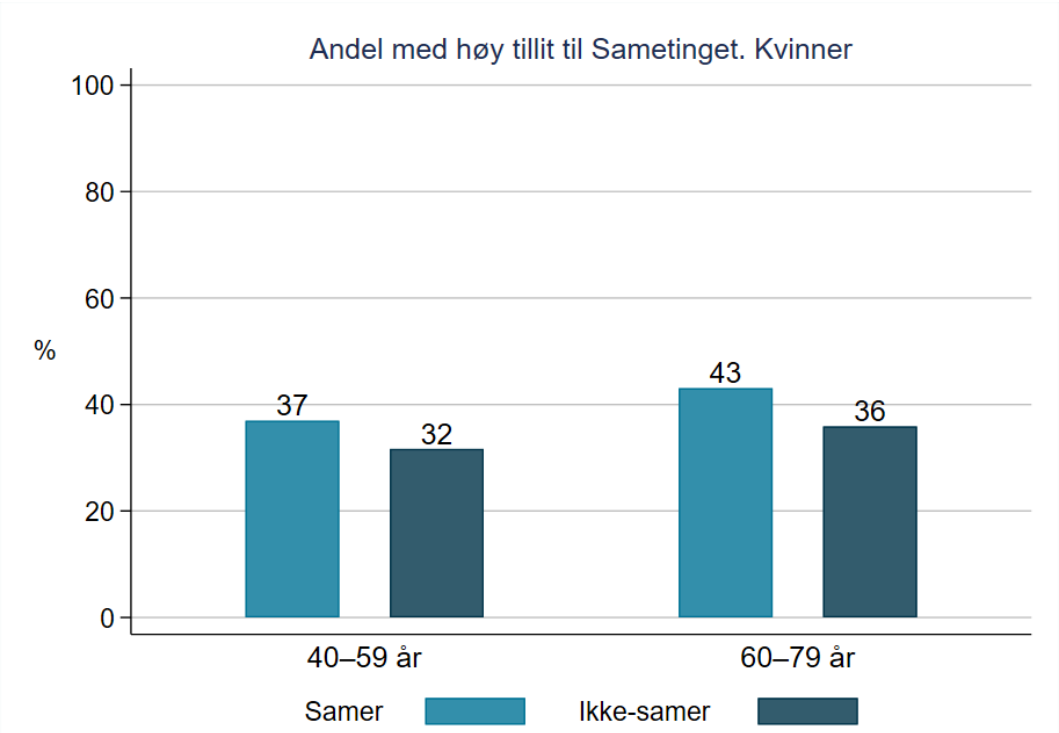
Figur 85: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til regjeringen, fordelt på aldersgrupper.



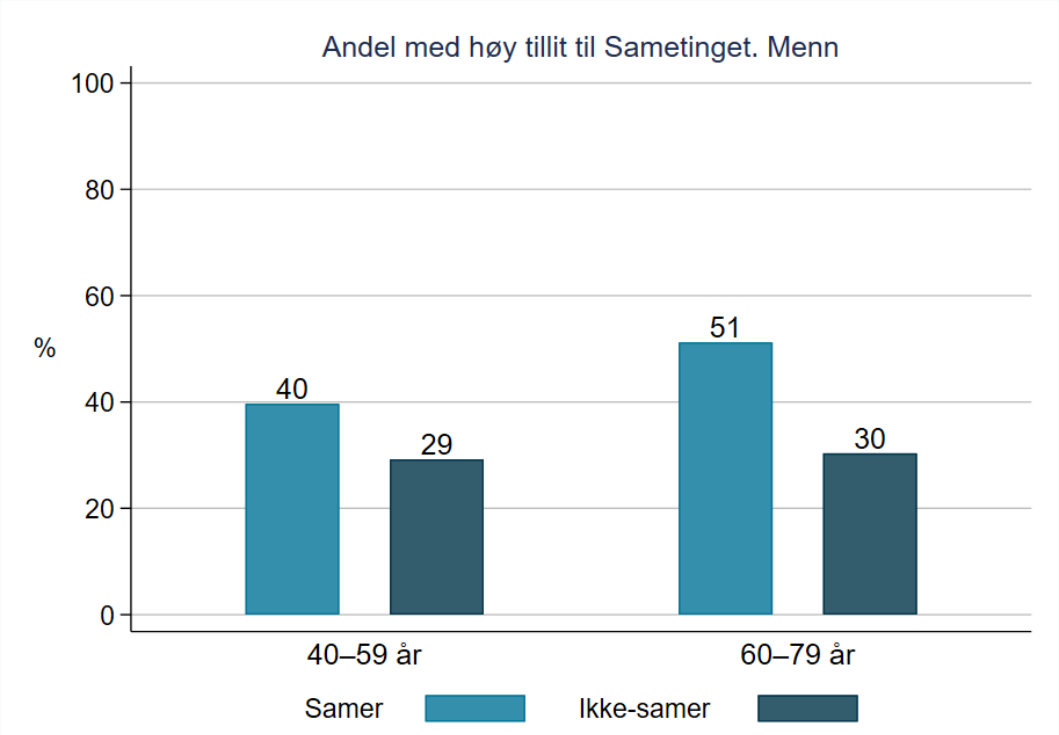
Figur 86: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til kommunestyret i sin kommune, fordelt på aldersgrupper.



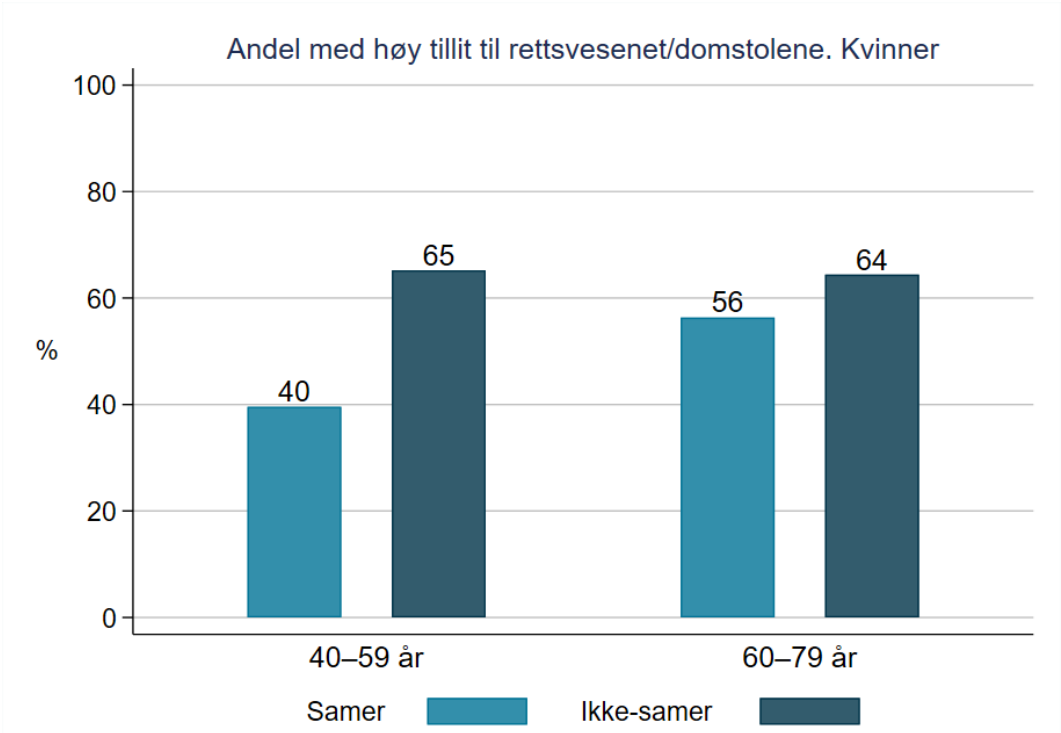
Figur 87: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til kommunestyret i sin kommune, fordelt på aldersgrupper.



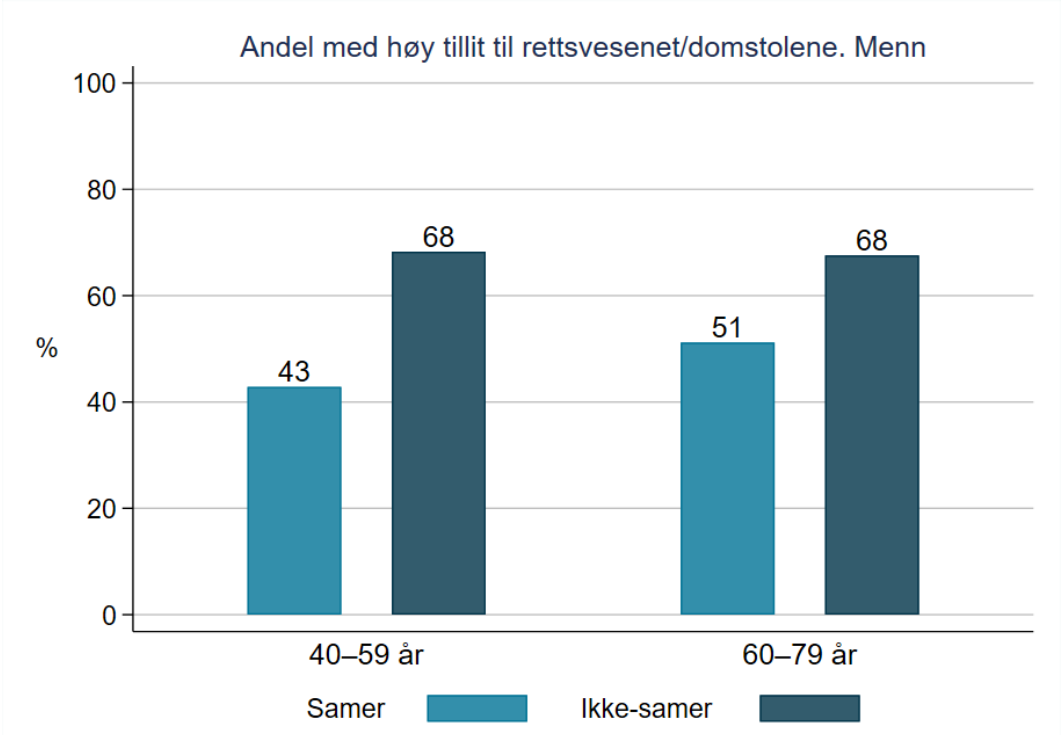
Figur 88: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til Sametinget, fordelt på aldersgrupper.



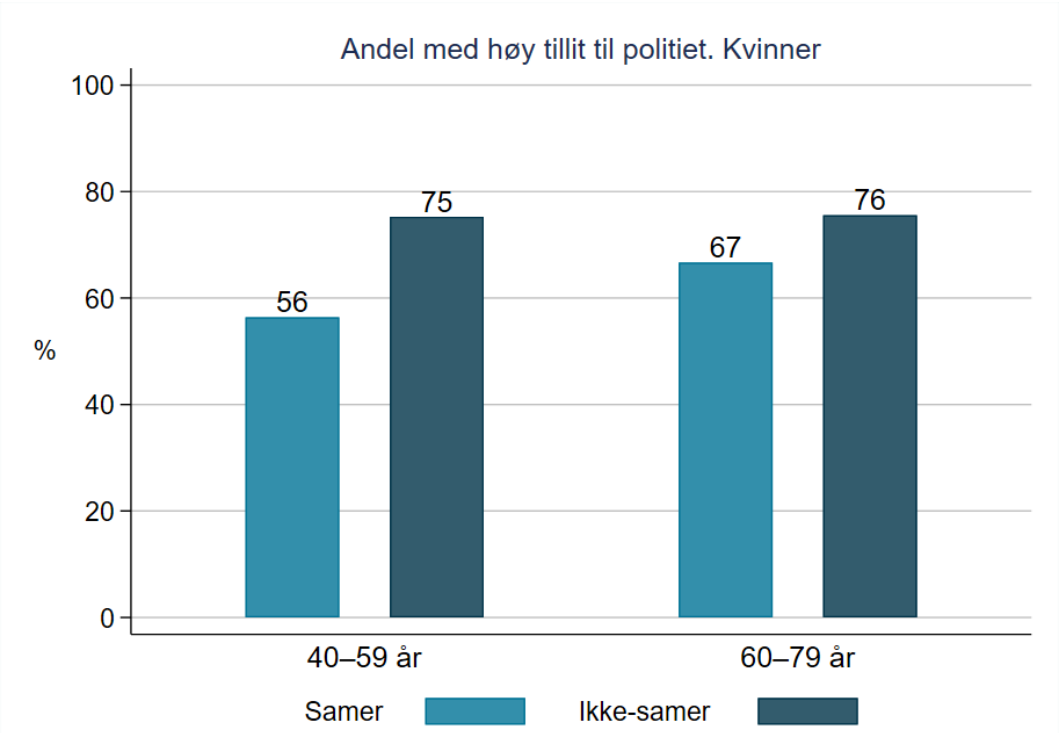
Figur 89: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til Sametinget, fordelt på aldersgrupper.



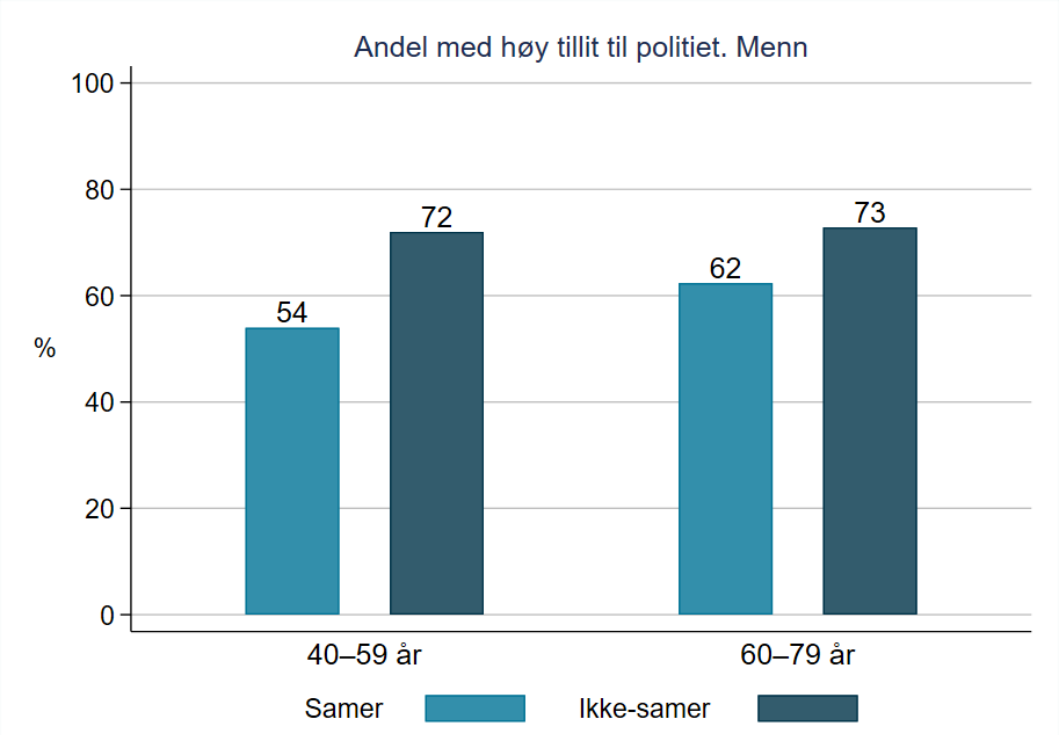
Figur 90: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til rettsvesenet/domstolene, fordelt på aldersgrupper.



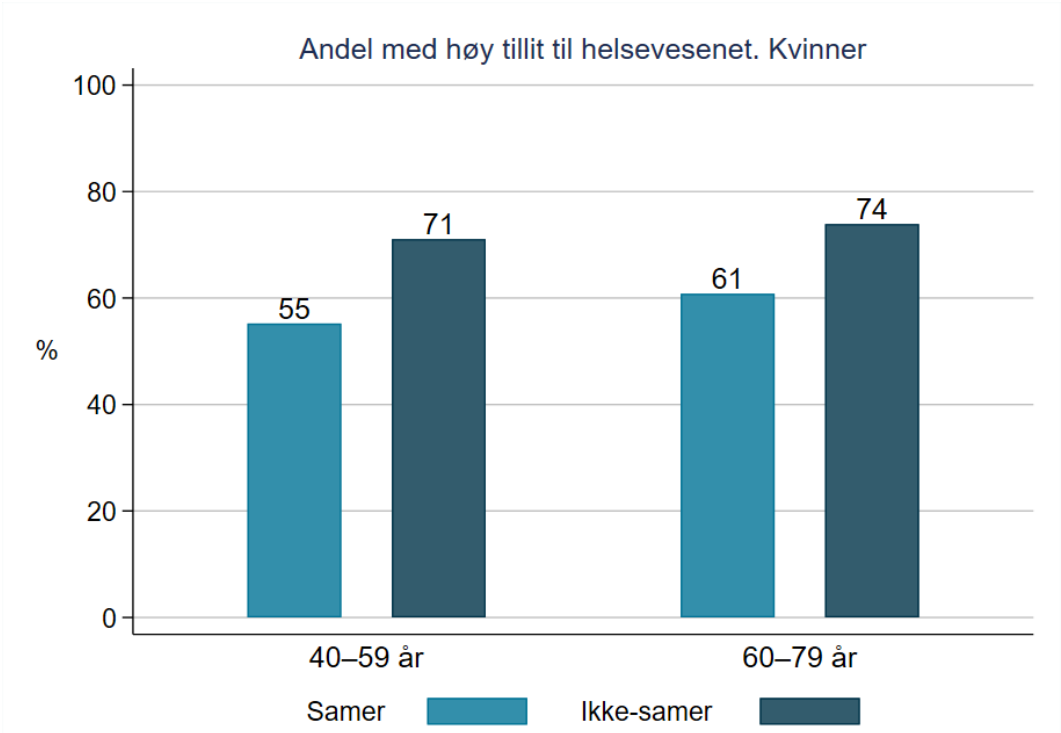
Figur 91: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til rettsvesenet/domstolene, fordelt på aldersgrupper.



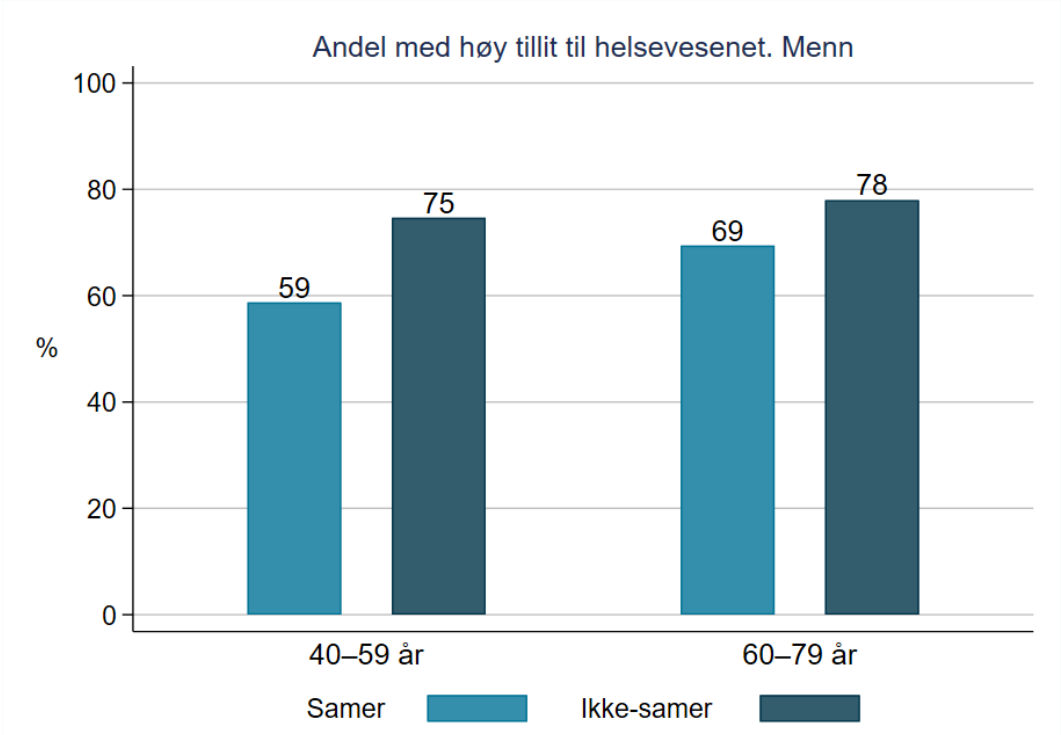
Figur 92: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til politiet, fordelt på aldersgrupper.



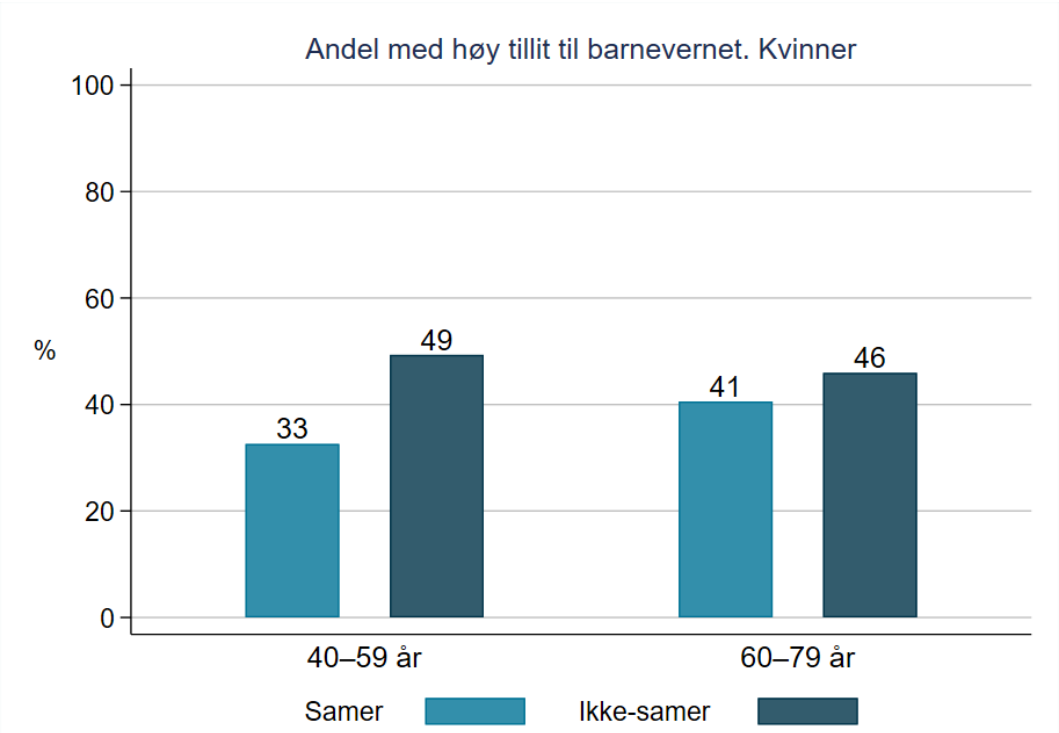
Figur 93: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til politiet, fordelt på aldersgrupper.



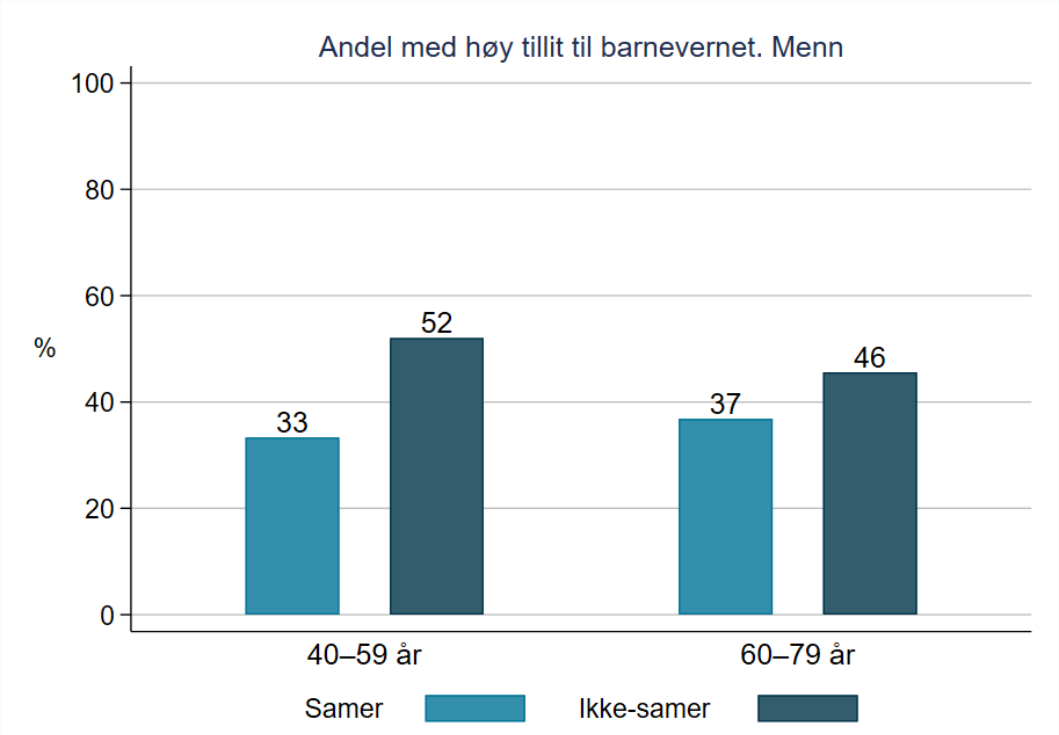
Figur 94: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til helsevesenet, fordelt på aldersgrupper.



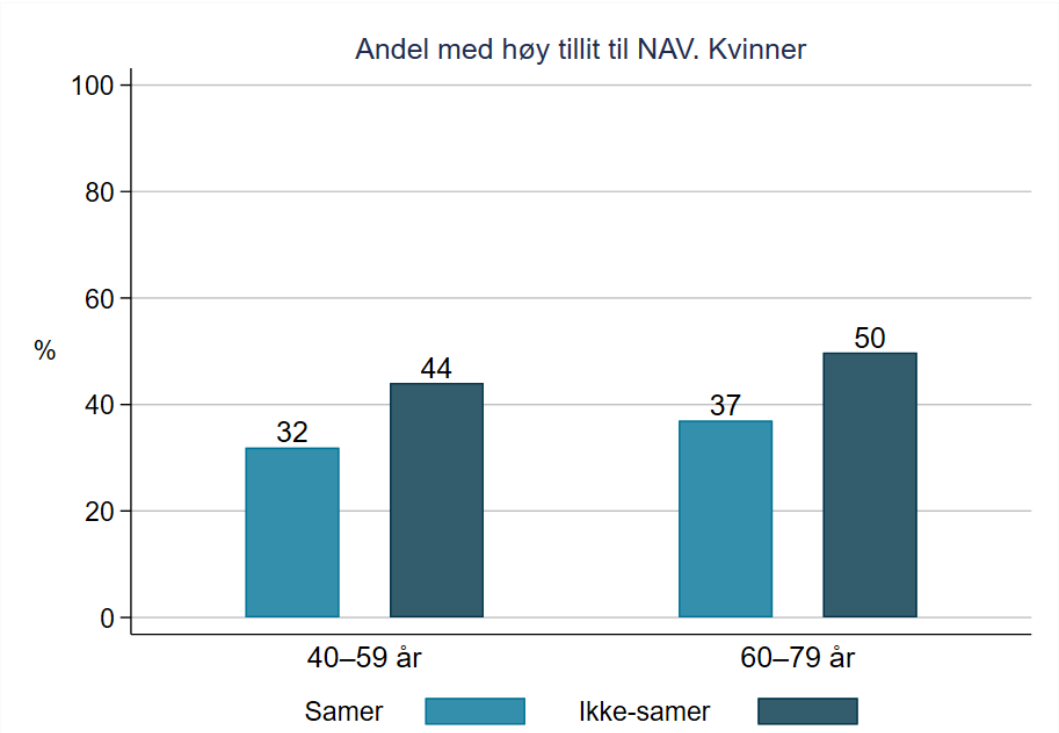
Figur 95: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til helsevesenet, fordelt på aldersgrupper.



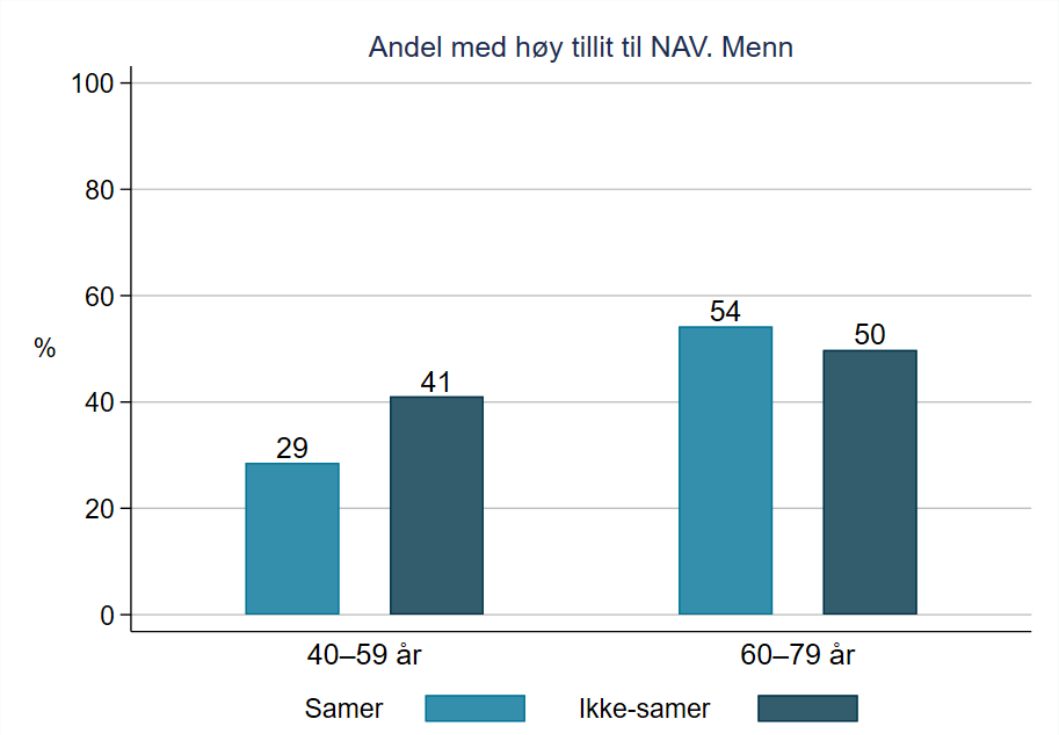
Figur 96: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til barnevernet, fordelt på aldersgrupper.



Figur 97: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til barnevernet, fordelt på aldersgrupper.



Figur 98: Andel samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område som har høy tillit til NAV, fordelt på aldersgrupper.



Figur 99: Andel samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område som har høy tillit til NAV, fordelt på aldersgrupper.

3.4.18 Bruk av helsetjenester

Folks bruk av helsetjenester handler om flere samvirkende forhold. Det kan være uttrykk for et faktisk medisinsk behov, eller hva folk oppfatter som behov. Samtidig er bruken påvirket av folks tilgang til helsetjenestene, i form av geografisk nærhet, åpningstider og kapasitet. Systemfaktorer som organisering, ventetider, kvalitet og etterspørsel kan enten øke eller hindre tilgang. Alder, kjønn, utdanning, økonomiske ressurser, kultur, holdninger, helseatferd og helsekompetanse spiller også inn. Videre kan sosioøkonomisk status og nettverk både øke og begrense bruken.

Deltakerne i SAMINOR 3 ble spurt om hvor mange ganger de har brukt ulike helse- og omsorgstjenester i løpet av de siste 12 måneder. De kunne svare: *Ingen – 1–3 ganger – 4 eller flere ganger.* I rapporteringen av svarene fokuseres det på andelen som har brukt de ulike tjenestene én eller flere ganger de siste 12 månedene.

Tabell 3 viser at både samiske og ikke-samiske kvinner i begge aldersgrupper i størst grad har brukt fastlegen én eller flere ganger de siste 12 månedene. Majoriteten i begge aldergrupper, både samiske og ikke-samiske, hadde fått resept/legeerklæring over internett. Samiske kvinner hadde i større grad hatt digital kontakt med fastlegen sammenlignet med ikke-samiske kvinner. Dette gjaldt begge aldersgrupper. Andelen som hadde brukt lavterskeltilbud innen psykisk helse/rus var lav. Det var ingen nevneverdige forskjeller mellom samiske og ikke-samiske kvinner i andelene som hadde brukt fysioterapeut og kiropraktor. Andelen som hadde fått poliklinisk behandling var høyere enn andelen med sykehusinnleggelse, og det var ingen nevneverdig forskjell mellom samiske og ikke-samiske kvinner i andelen som hadde brukt disse tjenestene. Samlet sett har samiske kvinner brukt helsetjenester i litt større grad enn ikke-samiske kvinner.

Tabell 4 viser at også menn i begge aldersgrupper, i størst grad har brukt fastlegen én eller flere ganger de siste 12 månedene. Blant menn i alderen 60–79 år er det relativt liten forskjell mellom samer og ikke-samer i bruk av helsetjenester. I aldersgruppen 40–59 år har samiske menn i høyere grad brukt fastlege, hatt digital kontakt med fastlegen, fått resept/legeerklæring over internett, besøkt legevakt og fått poliklinisk behandling sammenlignet med ikke-samiske menn. Andelen som hadde brukt lavterskeltilbud innen psykisk helse/rus var lav blant menn. Det var heller ikke blant menn noen nevneverdige forskjeller mellom samer og ikke-samer i andelen som hadde brukt fysioterapeut og kiropraktor. Poliklinisk behandling var også blant menn mer brukt enn sykehusinnleggelse.

Tabell 3: Prosentandel kvinner som har brukt ulike helsetjenester minst én gang de siste 12 månedene. Svarfordeling blant samer og ikke-samer i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper.

KVINNER		40–59 år	60–79 år
Fastlege	Samer	93 %	92 %
	Ikke-samer	82 %	89 %
Digital kontakt med fastlege	Samer	54 %	38 %
	Ikke-samer	38 %	28 %
Resept/legeerklæring over internett	Samer	67 %	63 %
	Ikke-samer	60 %	57 %
Legevakt	Samer	21 %	24 %
	Ikke-samer	16 %	17 %
Lavterskeltilbud, psykisk helse/rus	Samer	6 %	6 %
	Ikke-samer	5 %	3 %
Fysioterapeut	Samer	30 %	35 %
	Ikke-samer	32 %	35 %
Kiropraktor	Samer	12 %	4 %
	Ikke-samer	12 %	7 %
Sykehusinnleggelse	Samer	7 %	14 %
	Ikke-samer	8 %	12 %
Poliklinisk behandling	Samer	39 %	38 %
	Ikke-samer	32 %	33 %

Tabell 4: Prosentandel menn som har brukt ulike helsetjenester minst én gang de siste 12 månedene. Svarfordeling blant samer og ikke-samer i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper.

MENN		40–59 år	60–79 år
Fastlege	Samer	81 %	90 %
	Ikke-samer	73 %	87 %
Digital kontakt med fastlege	Samer	44 %	25 %
	Ikke-samer	32 %	29 %
Resept/legeerklæring over internett	Samer	56 %	56 %
	Ikke-samer	49 %	58 %
Legevakt	Samer	22 %	23 %
	Ikke-samer	21 %	23 %
Lavterskeltilbud, psykisk helse/rus	Samer	<5 %	<5 %
	Ikke-samer	3 %	1 %
Fysioterapeut	Samer	24 %	31 %
	Ikke-samer	20 %	25 %
Kiropraktor	Samer	13 %	11 %
	Ikke-samer	12 %	10 %
Sykehusinnleggelse	Samer	11 %	16 %
	Ikke-samer	10 %	18 %
Poliklinisk behandling	Samer	35 %	34 %
	Ikke-samer	27 %	35 %

3.4.19 Tilfredshet med helsetjenester

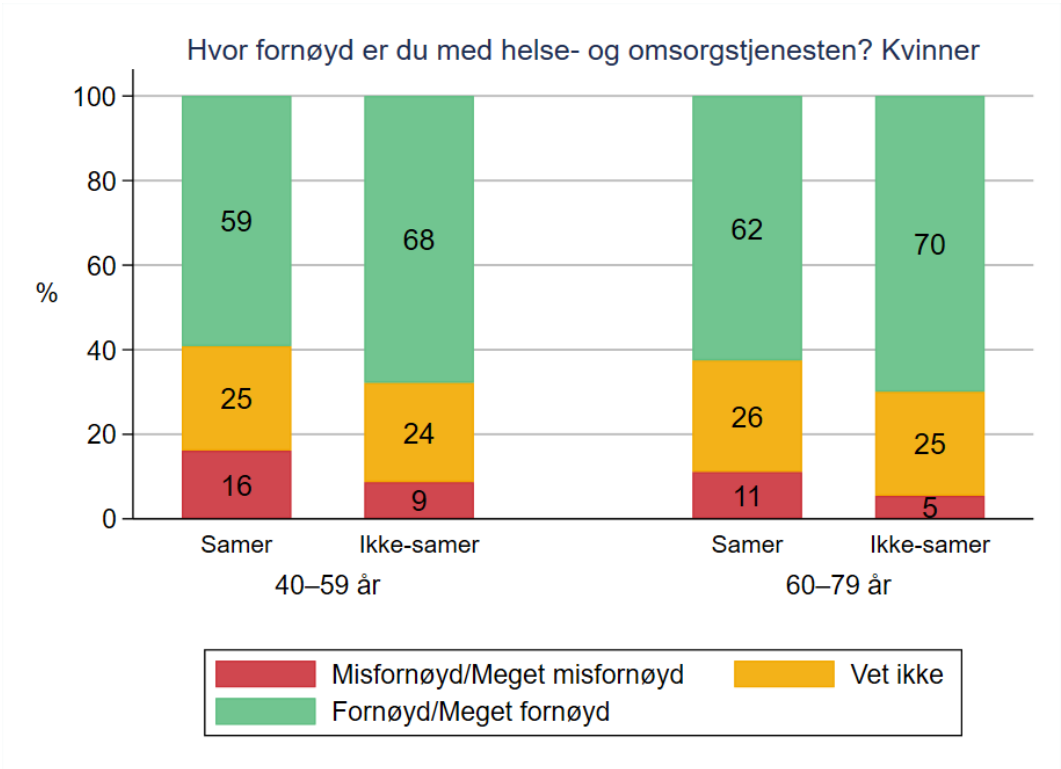
Å måle tilfredshet med helsetjenester er en viktig del av det å sikre at helsesystemet er effektivt, pasientsentrert og i stand til å møte befolkningens behov. Det gir verdifulle data som kan brukes til forbedring.

SAMINOR 3 har kartlagt deltakernes tilfredshet med helse- og omsorgstjenestene i kommunen totalt sett og mer spesifikt med fastlegetjenesten. Deltakerne ble spurt om hvor fornøyd eller misfornøyd de var med de respektive tjenestene. De kunne svare *Meget fornøyd, Fornøyd, Misfornøyd, Meget misfornøyd* eller *Vet ikke*.

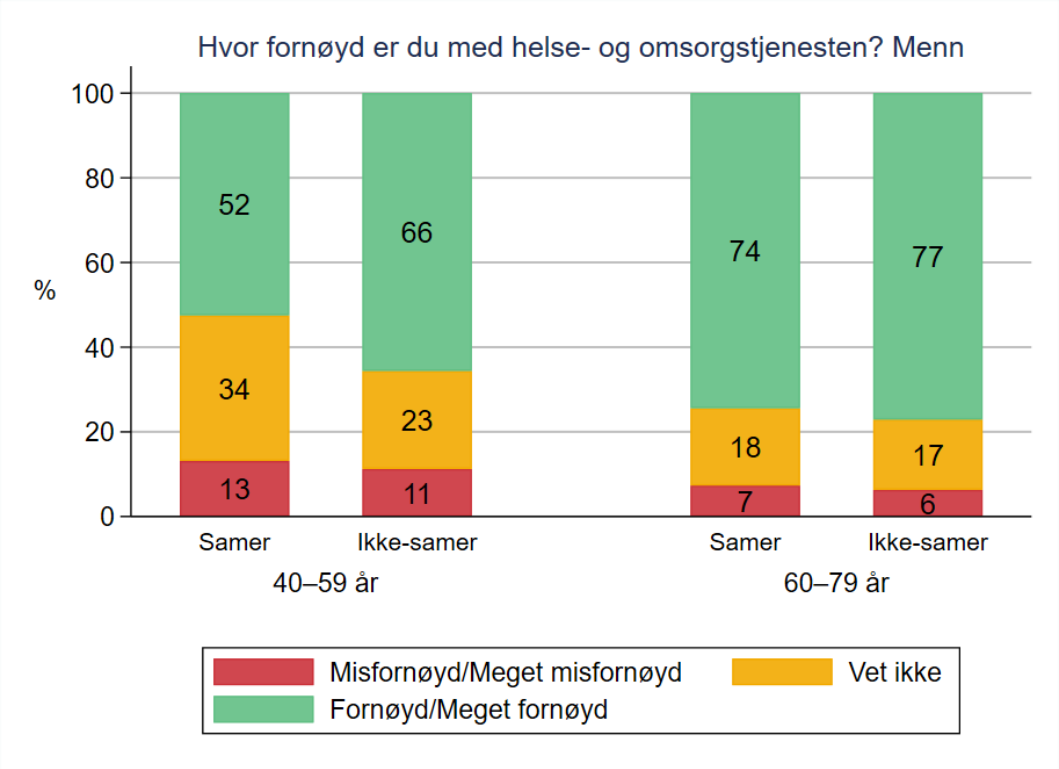
Helse- og omsorgstjenesten totalt sett

Figur 100 viser at majoriteten blant kvinner i begge aldersgrupper, både blant samer og ikke-samer, totalt sett var fornøyd/meget fornøyd med helse- og omsorgstjenestene i kommunen. I begge aldersgrupper var andelen som svarte misfornøyd/meget misfornøyd, høyere blant samiske enn ikke-samiske kvinner. Det er de yngste kvinnene som er mest misfornøyd. En av fire kvinner svarer *Vet ikke* på spørsmålet.

Figur 101 viser at også blant menn var majoriteten i begge aldersgrupper, både blant samer og ikke-samer, fornøyd/meget fornøyd, totalt sett. Den laveste andelen fornøyd/meget fornøyd, finner man blant samiske menn i den yngste aldersgruppen. En av tre samiske deltakere i den yngste aldersgruppen svarer *Vet ikke* på spørsmålet.



Figur 100: «Totalt sett, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de kommunale helse- og omsorgstjenestene?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



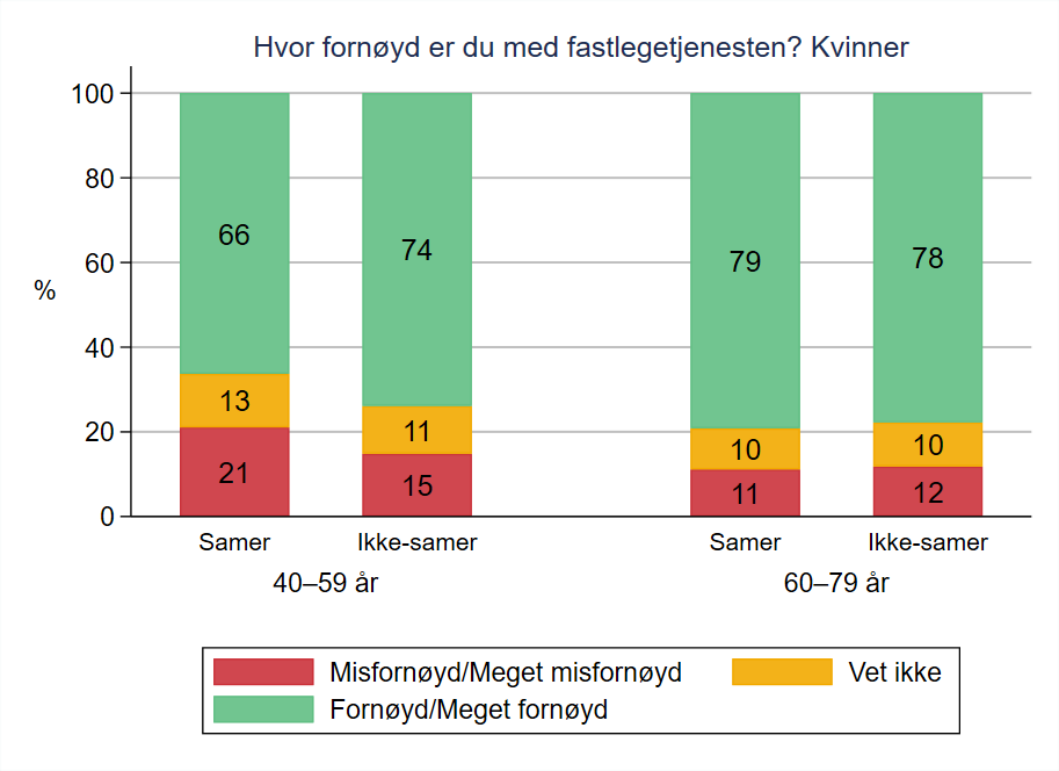
Figur 101: «Totalt sett, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de kommunale helse- og omsorgstjenestene?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

Fastlegetjenesten

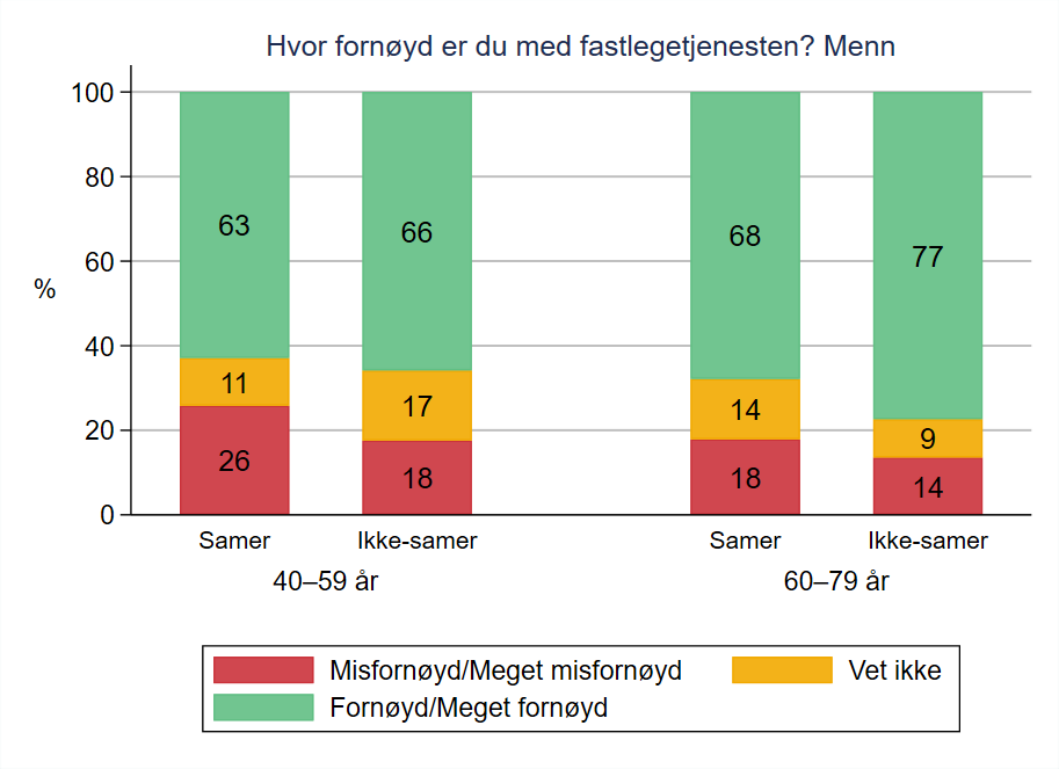
Når det gjelder spørsmålet om tilfredshet med fastlegetjenesten, viser resultatene større grad av misnøye blant både samiske og ikke-samiske deltakere sammenlignet med helse- og omsorgstjenesten totalt sett.

Figur 102 viser at flertallet blant kvinner i begge aldersgruppene svarte at de var fornøyd/meget fornøyd. Misnøyen var høyest blant de yngste. I den yngste aldersgruppen var andelen som svarte at de var misfornøyd/meget misfornøyd høyere blant samene enn ikke.

Figur 103 viser at også flertallet blant menn var fornøyd/meget fornøyd med fastlegetjenesten. I likhet med kvinnene, var de yngre mennene mer misfornøyd enn de eldre. Samer i begge aldersgrupper var mer misfornøyd enn ikke-samer.



Figur 102: «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegetjenesten generelt?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske kvinner i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.



Figur 103: «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med fastlegetjenesten generelt?» Svarfordeling blant samiske og ikke-samiske menn i sørsamisk område, fordelt på aldersgrupper. Prosentandelene er avrundet, og summen kan derfor avvike fra 100 %.

4 Metode

SAMINOR 3 er redesignet fra en klassisk epidemiologisk datainnsamling til en tverrfaglig og flermetodisk studie som også inkluderer intervjuer. SAMINOR 3 ble derfor inndelt i to deler: Del 1 (kvalitativ del) var en innledende intervjustudie og del 2 (kvantitativ del) var en epidemiologisk datainnsamling som omfatter spørreskjema, kliniske undersøkelser, slik som måling av blodtrykk, puls og lungefunksjon, samt innsamling av biologisk materiale.

Storskala innsamling av helsedata gjennom spørreskjema og klinisk undersøkelser gir grunnlag for informasjon om utbredelse av sykdommer, hvilke faktorer som påvirker et godt liv og hvilke faktorer som gir utfordringer i livet og dårligere helse. Data fra SAMINOR 3 vil bli brukt til forskning i lang tid. Samtidig vil det i fremtiden være muligheter for å koble sammen informasjon fra SAMINOR 3 med informasjon fra tidligere SAMINOR-undersøkelser, for personer som har deltatt før. Det vil også være mulig å koble data til andre nasjonale helseregister for å følge helseinformasjon over tid.

I denne rapporten presenteres utvalgte resultater fra del 2 (kvantitativ del).

4.1 Intervjustudie som forberedelse

I intervjustudien ble 55 personer intervjuet. Formålet med intervjuene var å finne ut hva befolkningen selv mener det bør forskes på og hva de anser som god helse og et godt liv. Innsamlede intervjuer har bidratt til utfyllende forståelse av ulike temaer og har vært viktig i utformingen av et målrettet spørreskjema.

4.2 Brukermedvirkning

SAMINOR 3 har en omfattende brukerinvolvering i forskningsprosessen, for å ivareta kunnskap om hva den fleretniske befolkningen mener er viktige helserelaterte tema og problemer som bør undersøkes. Brukerinvolvering styrker samarbeidet med lokalsamfunn der studien gjennomføres, bidrar til økt lokal innflytelse og eierskap til forskningstemaene og forbedrer relevansen og nøyaktigheten til spørsmålene. Brukermedvirkning bidrar også til økt interesse og motivasjonen til å delta på helseundersøkelser.

Hvem er brukerne

Det er tre ulike grupper som har bidratt inn som brukere i forberedelsene av SAMINOR 3.

1. Enkeltpersoner som er innbyggere i distriktsområdene som SAMINOR 3 besøker. Disse er forespurt etter tips fra for eksempel helsepersonell eller organisasjoner i kommuner, mens noen brukere har selv kontaktet SSHF og tilbudt seg å være brukere
2. Representanter fra organisasjoner, sør- og lulesamisk helsenettverk, informanter med kvensk bakgrunn, Sametingets eldreråd og enkeltpersoner
3. Helsepersonell fra kommune- og spesialisthelsetjenesten

Noen brukere involveres som medforskere i prosjektutvikling, rekruttering, analyse av data, medforfatterskap og formidling av resultater fra det nåværende prosjektet.

4.3 Forberedelse av datainnsamling

Det er et omfattende arbeid å planlegge, gjennomføre og formidle en stor befolkningsundersøkelse som SAMINOR 3. Dette omfatter blant annet dialog med de samfunn som ble invitert å være en del av SAMINOR 3, planlegging og drift av to mobile stasjoner, ansettelse av stasjonsmedarbeidere, utvikling en egen app/dataprogram for å registrere måleresultater, sikkert mobilt bredbånd, innkjøp av utstyr til kliniske undersøkelser, innkjøp og organisering laboratorium med analyseutstyr og frysere, samt mobilt IT-utstyr. Det var også nødvendig å inngå avtaler med budfirmaer og flyttebyråer for transport og levering av utstyr og biologisk materiale mellom stasjonene og UiT. Logistikkarbeidet er særlig utfordrende i en landsdel preget av lange avstander og værforhold som kan vanskeliggjøre transporten.
Videre i dette kapittelet beskrives de ulike forberedende faser i SAMINOR 3.

4.4 Samarbeid med kommuner og fylker

Som del av planleggingsarbeidet ble det gjennomført møter med kommuner, fylker, Helseforetak, Sametinget, interessegrupper, helsepolitikere, helsedepartementet, helsedirektoratet, helsearbeidere og forskere. Styringsgruppe og rådgivende grupper er opprettet for SAMINOR.

4.5 Populasjon

Totalt 49 kommuner fikk besøk av SAMINOR 3. Disse områdene inkluderer det opprinnelige geografiske området for de to tidligere SAMINOR-undersøkelsene pluss flere nye kommuner og kretser som tidligere ikke har vært med. Sør-samiske kommuner ble økt fra 6 til 16 kommuner, hvorav 11 er i Trøndelag fylke. I Finnmark fylke ble alle kommuner inkludert, og områdene ble også utvidet i Nordland og Troms. I kommunene Namsos, Steinkjer, Vefsn, Narvik, og Senja ble kun utvalgte distriktsområder tatt med. En oversikt over inkluderte kommuner og når og hvor de kliniske undersøkelsene fant sted er vist i Tabell 5: Kommuneoversikt, se også kartet i kapittel 3, Figur 1.

Tabell 5: Kommuneoversikt

Kommune	Periode	Undersøkelsessted
Røros – Rosse	24/10–7/11 2023 og 6/2–17/2 2024	Unicare, Røros
Tydal – Tyjdaelie	25/10–3/11 2023	705-senteret, Tydal
Namsos – Nåavmesjenjaelmie (kun Namdalseid)	8/11–24/11 2023	Gløttvegen 6, Namdalseid
Rennebu	13/11–28/11 2023	Rennebu helsesenter
Høylandet – Hillaante	28/11–13/12 2023	Høylandet Sykeheim
Meråker – Mearohke	4/12–15/12 2023	Meråker Sykehjem
Steinkjer (kun Verran)	4/1–18/1 2024	Malm Sykehjem
Lierne – Lïjre	4/1–19/1 2024	Kommunehuset i Lierne, Nordli
Snåsa – Snåase	23/1–1/2 2024	Kløvertunet, Snåsa
Namsskogan – Laakesvuemie	23/1–1/2 2024	Omsorgssentret, Namsskogan
Røyrvik – Raarvihke	6/2–8/2 2024	Røyrvik omsorgssenter, Limingen
Engerdal – Engerdaelie	21/2–4/3 2024	Samfunnshuset, Drevsjø
Hemnes – Heäjmmanássja–Hïejmenaassjoe	22/2–20/3 2024	Nergårdsgata 24, Bjerka
Hattfjelldal – Aarborte	8/3–20/3 2024	Fjellfolkets Hus, Hattfjelldal
Grane – Gaaloe	4/4–19/4 2024	Kommunehuset i Grane, Trofors
Vefsn – Vaapste (uten Mosjøen)	4/4–23/4 2024	Total Trafikkhjelp AS, Mosjøen
Narvik – Áhkánjárga (Kjøpsvik – Gásluokta)	25/4–11/5 2024	Kjøpsvik dagsenter, Kjøpsvik
Hamarøy – Hábmera	29/4–14/5 2024	Tysfjord Turistsenter, Storjord
Narvik – Áhkánjárga (Vassdalen – Áravuopmi og Bjerkvik – Ráhkka)	22/5–7/6 2024	Bjerkvik barneskole, Bjerkvik
Narvik (Ballangen – Bálák og Kjeldebotn – Gáldovuotna)	23/5–4/6 2024	Gamle NAV i Servicebygget, Ballangen
Tjeldsund – Dielddanuorri	7/6–26/6 2024	Rødbygget på Elvemo, Evenskjer
Evenes – Evenášši	11/6–26/6 2024	Evenes Omsorgssenter, Liland
Lavangen – Loabák	13/8–23/8 2024	Helsesenteret, Tennevoll
Salangen – Siellakvuotna	13/8–27/8 2024	Strandsenteret, Sjøvegan
Gratangen – Rivtták	28/8–10/9 2024	Helsehuset, Gratangen

Sørreisa – Ráisavuotna	2/9–24/9 2024	Det gamle kommunehuset, Sørreisa
Senja – Sážža (Stonglandet)	13/9–26/9 2024	Stonglandet Sykehjem, Stonglandseidet
Lyngen – Ivgu - Yykeä	30/9–18/10 2024	Sørheim Brygge, Lyngseidet
Senja – Sážža (omlandet rundt Gibostad)	1/0–18/10 2024	Servicesenteret, Gibostad
Skjervøy – Skiervá	23/10–8/11 2024	Vågen Barnehage, Skjervøy
Storfjord – Omasvuotna – Omasvuono	23/10–15/11 2024	Skibotnhallen, Skibotn
Porsanger – Porsángu – Porsanki	14/11–13/12 2024	Gamle FeFo-bygget, Lakselv
Kåfjord – Gáivuotna – Kaivuonu	20/11–13/12 2024	Det gamle helsesenteret, Birtavarre
Kvænangen – Návuotna – Naavuono	6/1–17/1 2025	Kvænangen Flerbrukshus, Burfjord
Kautokeino – Guovdageaidnu	6/1–27/1 2025	Stealli, Kautokeino
Hasvik – Ákŋoluokta – Hasviikan	22/1–4/2 2025	Hasvik hotell, Hasvik
Karasjok – Kárášjohka	30/1–18/2 2025	Helsesenteret, Karasjok
Loppa – Láhppi	7/2–18/2 2025	Øksfjord idrettslags klubbhus, Øksfjorden
Gamvik – Gáŋgaviikka	24/2–7/3 2025	Frivilligsentralen, Mehamn
Nordreisa – Ráisa, Raisi	24/2–24/3 2025	Storslett barnehage Arnestad, Storslett
Lebesby – Davvesiida	12/3–26/3 2025	Kjøllefjord Bobilparkering, Kjøllefjord
Vadsø – Čáhcesuolu – Vesisaari	28/3–15/5 2025	Fossen skole, Vadsø
Berlevåg – Bearalváhki	31/3–9/4 2025	Perla flerbrukshus, Berlevåg
Båtsfjord – Báccavuotna	24/4–21/5 2025	Den gamle sykestua, Båtsfjord
Vardø – Várggát – Vuorea	20/5–3/6 2025	Gulskolen, Vardø
Nesseby – Unjárga – Uuniemi	26/5–6/6 2025	8 seasons, Varangerbotn
Tana – Deatnu – Taana	6/6–26/6 2025	Seida skole, Tana
Måsøy – Muosat	12/6–26/6 2025	Polarhallen, Havøysund
Nordkapp – Davvenjárga	12/8–23/8 2025	Honningsvåg Brygge (Sjøhuset), Hommingsvåg
Sør-Varanger – Mátta-Várjjat – Etelä-Varenki	12/8–8/10 2025	Gamle Kirkenes sykehus, Kirkenes
Alta – Áltá - Alattio	3/9–16/12 2025	Nyland studentbolig, Blokk E, Alta
Hammerfest – Hámmárfeasta	14/10–16/12 2025	Finnmarkssykehuset, Hammerfest

Det ble totalt invitert 71 650 personer i hele innsamlingsområdet fra Engerdal i sør til Sør-Varanger i nord-øst. Alle innbyggere mellom 40 og 79 år ble invitert til å delta, uavhengig av etnisk bakgrunn. Etnisk bakgrunn er ukjent før oppstart, men gjennom spørreskjemainformasjon er det mulig å dele deltakere inn i ulike etniske grupper i analysearbeidet.

4.6 Innsamling av data

Informasjon om helse, sykdommer og helseindikatorer ble innhentet gjennom en kombinasjon av spørreskjema, biologiske prøver og kliniske målinger og tester. Informasjon om alder, kjønn, bokommune og postadresser ble hentet fra Folkeregisteret.

Invitasjoner ble sendt som brev i posten, sammen med informasjon om undersøkelsen og lenke til et digitalt spørreskjema. Alle inviterte ble tildelt en time for klinisk undersøkelse, men kunne møte på drop-in når det måtte passe dem.

Spørreskjemaet var mulig å besvare digitalt eller på papir. Skjemaet var tilgjengelig på norsk bokmål, nordsamisk, lulesamisk, sørsamisk og engelsk (sistnevnte kun digitalt). Personer i alderen 70–79 år mottok spørreskjema på papir sammen med invitasjonen, både på norsk og det samiske språket som normalt snakkes i deres geografiske område. Yngre deltakere som ønsket å fylle ut på papir, fikk skjema på forskningsstasjonen eller tilsendt på forespørsel.

Noen deltakere har kun levert spørreskjema, mens andre kun har deltatt på klinisk undersøkelse. 1. kvartal 2026 ble det sendt ut en ny invitasjon til å svare på spørreskjema til alle som ikke hadde deltatt.

Datainnsamlingen er utvidet sammenlignet med tidligere SAMINOR-undersøkelser, både med hensyn til geografiske områder, temaer og spørsmål i spørreskjemaet, kliniske målinger og biologiske prøver.

4.6.1 Spørreskjema

Temaene følger tidligere forskningsfokus i SAMINOR 1 og 2. Siktemålet er å gjøre en oppfølging av de fire hovedtemaene; 1. Kroniske livsstilsykdommer: diabetes mellitus (sukkersyke) og hjertekarsykdommer, inkludert viktige risiko- og beskyttende faktorer, slik som kosthold og livsstil, 2. Mental helse og livskvalitet, 3. Vold/misbruk og diskriminering og 4. Helsetjenester. I tillegg inneholder spørreskjemaet spørsmål relatert til blant annet historiske traumer, primærnæringer, natur og miljø, kultur, sosioøkonomi, covid 19, munn- og tannhelse og medisinbruk.

4.6.2 Feltstasjon og målinger

Kliniske målinger er en sentral del av datainnsamlingen. Dette ble gjort parallelt i to kommuer samtidig. I hver kommune ble det etablert en forskningsstasjon i leide lokaler. I kommuner med få innbyggere ble det brukt en helsebuss, i tillegg til leie av noen få rom. Se Tabell 5 for en oversikt over lokaler benyttet i den enkelte kommune. Alle deltakere fikk målt høyde, vekt

og kroppsmasse indeks (KMI), midje- og hofteomkrets, blodtrykk, puls, gripestyrke, og en-avlednings-EKG. Aktivitetsmålere ble delt ut til et tilfeldig utvalg av deltakerne. Spirometri ble gjort i aldersgruppen 50–69 år. Deltakere i alderen 70–79 år fikk tilbud om å gjøre kognitiv test med Montreal Cognitive Assessment (MoCA) og fysiske tester i form av balansetest, stoltest, og 4 meter gangtest. Andelen som fikk tilbud om spirometri, kognitiv test og fysiske tester ble redusert når det ikke var kapasitet ved stasjonen grunnet høy deltakelse eller få ansatte på stasjonen.

4.6.3 Laboratoriemålinger

Det ble tatt blodprøver, hårprøver og urinprøver.

Blodprøver er viktige hjelpemidler for å finne indikatorer på sykdom, det vil si tegn på om det kan foreligge sykdom. Blodprøver kan også være diagnostiske, det vil si gi svar på om det foreligger en sykdom eller ikke. På forskningsstasjonen ble blodprøver analysert for langtidsblodsukker (HbA1c) og blodprosent (Hb).

Serum- og urinprøver ble bearbeidet og frosset ned på stedet og senere analysert ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), mens øvrige blodprøver og hårprøver er lagret i SAMINORs biobank til framtidig forskning.

I denne rapporten har vi presentert noen utvalgte laboratoriemålinger.

4.7 Beskrivelse av variabler

4.7.1 Etnisitet

Deltakerne ble spurt om hvilket hjemmespråk de selv, hver av foreldrene og hver av besteforeldrene hadde. På hvert av disse sju spørsmålene kunne de svare ett eller flere av alternativene *Norsk*, *Samisk*, *Kvensk*, *Norskfinsk* og *Annet*. Deltakerne ble også spurt om sin egen, fars og mors etniske bakgrunn og om hva de regner seg selv som. Disse spørsmålene hadde de samme svarmulighetene som spørsmålene om språkbakgrunn.

I denne rapporten defineres Samisk bakgrunn ut fra at deltakerne har svart *Samisk* som hjemmespråk for minst én av besteforeldrene, foreldrene, eller dem selv, eller som etnisk bakgrunn for minst én av foreldrene eller dem selv, eller svart at de regner seg som samisk. kvensk, norskfinsk, norsk og annen bakgrunn er definert på tilsvarende måte, ved at de har svart henholdsvis *Kvensk, Norskfinsk*, *Norsk* og *Annet* på minst ett av disse spørsmålene.

Siden en deltaker kan ha mange tilhørigheter, er det gjort noen valg i denne rapporten, for å kunne presentere etnisk bakgrunn på en oversiktlig måte:

- Kvensk og norskfinsk bakgrunn er slått sammen
- Samisk og/eller kvensk/norskfinsk «overprøver» norsk og annen bakgrunn, dvs en som oppgir både samisk og norsk bakgrunn eller samisk og annen bakgrunn, defineres som samisk
- Videre overprøver annen bakgrunn norsk bakgrunn, dvs. en deltaker med blandet norsk og annen bakgrunn defineres som annen bakgrunn. Gruppen Annen bakgrunn består derfor av de som oppga *Annet*, men ikke har svart *Samisk*, *Kvensk eller Norskfinsk* på noen av spørsmålene
- Norsk gruppe består av de resterende deltakerne, de som kun har svart norsk på spørsmålene

Fra kapittel 3.3 og utover, sammenlignes deltakere med samisk bakgrunn (Samer) i sørsamisk område med deltakere uten samisk bakgrunn (Ikke-samer) i samme område. I disse sammenligningene har vi valgt å ekskludere 145 deltakere som kun har oppgitt utenlandsk bakgrunn. Deltakere som ikke har svart på etnisitets- og språkspørsmålene er også ekskludert.

4.7.2 Blodtrykk

Blodtrykk ble målt med CARESCAPE™ VC150 monitor. Deltakeren skulle ha vært i lokalene og ikke ha stresset i 15 minutter før blodtrykk ble målt. Normalt ble blodtrykket målt på høyre arm. Måling ble foretatt på bar hud, men tynt tøy ble tillatt hvis nødvendig, i mest mulig avslappet sittestilling, uten kryssede bein.

Først ble overarmen målt, midt mellom skulder og albue, for å velge egnet mansjett:

- Armmål 17–25 cm: Liten mansjett
- Armmål 23–33 cm: Vanlig mansjett
- Armmål 31–40 cm: Stor mansjett
- Armmål 38–50 cm: Lårmansjett

Mansjetten ble plassert med nedre kant omtrent 2 cm ovenfor albuebøyen.

Etter 2 minutters hvile med mansjetten på, ble blodtrykket målt tre ganger med intervall på 2 minutter fra start av hver måling til den neste.

Overtrykk (systolisk blodtrykk) og undertrykk (diastolisk blodtrykk) ble registrert som gjennomsnitt av de to siste målingene, rundet av til nærmeste heltall. I rapporten presenteres andel som enten har overtrykk på 140 mmHg eller mer eller undertrykk på 90 mmHg eller mer.

4.7.3 Langtidsblodsukker (HbA1c)

HbA1c ble analysert på forskningsstasjonen fra veneblod/fullblod tilsatt EDTA. Målingen ble gjort på apparatet Afinion™ 2 etter at prøverøret ble vendt forsiktig 8–10 ganger. HbA1c rapporteres som mmol glykert hemoglobin (HbA1c) per mol hemoglobin (mmol/mol) og oppgis som heltall. Apparatene ble undersøkt for variasjon før de ble tatt i bruk, og under innsamling ble det kjørt daglige kontroller. Ved problemløsning ble Laboratoriemedisin ved UNN Tromsø brukt som referanselaboratorium.

Deltakerne ble spurt: «Har du, eller har du hatt, diabetes (sukkersyke)?», med svaralternativer *Ja, nå*, *Ja, før, men ikke nå* og *Nei*. I rapporten presenteres andel deltakere med HbA1c på 48 mmol/mol eller høyere (høyt langtidsblodsukker) og andel med HbA1c i området 42–47 mmol/mol (litt høyt), i henhold til om de har svart at de har diabetes nå eller ikke.

4.7.4 Kolesterol

Totalkolesterol ble målt i serum, og analysen ble gjort ved Laboratoriemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). SST-rør fra BD Vacutainer ble umiddelbart etter prøvetaking vendt forsiktig 10 ganger og satt til koagulering i 30–120 minutter. Etter hviletiden ble prøven sentrifugert i 10 minutter ved 2000 rpm, hvorpå 2 ml serum ble avpipettert til et Sarsted-rør. I løpet av arbeidsdagen ble prøvene oppbevart i kjøleskap, før de mot slutten av dagen ble overflyttet til fryseboks ved -20 grader. Prøvene ble sendt i frossen tilstand til UiT Norges arktiske universitet, der de ble oppbevart ved -80 grader før de ble levert til UNN for analyse på Cobas 8000. Resultatet rapporteres med måleenhet mmol/L med to desimaler.

Deltakerne ble spurt: «Bruker du eller har du brukt kolesterolsenkende medisin», med svaralternativer *Ja, nå*, *Ja før, men ikke nå* og *Nei*. I rapporten presenteres andel med totalkolesterol på 7 mmol/L eller høyere, i henhold til om de har svart at de bruker kolesterolsenkende medisin nå eller ikke.

4.7.5 Kognitiv funksjon

Kognitiv funksjon er målt med Montreal Cognitive Assessment (MoCA-skår) [19]. Testen ble tilbudt deltakere i aldersgruppen 70–79 år. Dette er en standardisert test som evaluerer flere kognitive områder: oppmerksomhet og konsentrasjon, utøvende funksjoner, hukommelse, språk, evnen til å forstå og tolke visuell informasjon, abstrakt tenkning, regneferdigheter, og orientering til tid og sted. Resultatene oppsummeres i en MoCA-skår som kan variere mellom 0 og 30 poeng. Personer med 12 års utdannelse eller kortere får ett ekstra poeng, dog ikke høyere total-skår enn 30 poeng. Testen var også mulig å gjennomføre på nordsamisk, forutsatt at det var samisktalende personell tilgjengelig. Siden personer med annen språkbakgrunn vil kunne ha problemer med å oppfatte og besvare spørsmålene, har vi i denne rapporten utelatt personer med utenlandsk bakgrunn som ikke behersker norsk eller nordsamisk godt.

MoCA-skår mellom 0 og 17 defineres som moderat til alvorlig kognitiv svikt, mellom 18 og 25 som mild kognitiv svikt og mellom 26 og 30 som normal kognitiv funksjon. I rapporten presenteres andel deltakere innenfor hver av disse gruppene.

4.7.6 Egenvurdert helse

Deltakerne ble stilt spørsmålet «Hvordan er helsa di nå?» Svarkategoriene var *Dårlig*, *Ikke helt god*, *God* og *Svært god*. I rapporten presenteres andel deltakere som har svart *God* eller *Svært god helse*.

4.7.7 Tobakksbruk – røyk og snus

Deltakerne fikk spørsmålene: «Røyker du daglig, eller har du tidligere røykt daglig?» og «Bruker du snus daglig, eller har du tidligere brukt snus daglig?» Begge spørsmål hadde svaralternativer: *Ja, nå*, *Ja, før, men ikke nå* og *Nei*. Rapporten viser andel deltakere innenfor hver av disse kategoriene.

4.7.8 Fysisk aktivitet

Deltakerne ble spurt om å: «Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer mye f.eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året.» Svaralternativene var 1) *Leser, ser på TV/skjerm eller annen stillesittende aktivitet*, 2) *Går, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka (regn også med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer mm.)*, 3) *Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid, snømåking el.l., totalt minst 4 timer i uka*, 4) *Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka*.

Rapporten viser andel innenfor gruppene: Stillesittende (alternativ 1), Moderat aktivitet (alternativ 2) og Høy aktivitet (alternativ 3 eller 4).

4.7.9 Symptomer på angst og depresjon

Symptomer på angst og depresjon ble målt med Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-10) som viser symptomer på ti problemer/plager: plutselig frykt uten grunn, redsel eller engstelse, matthet eller svimmelhet, anspenthet eller oppjagethet, å klandre seg selv, søvnproblemer, nedtrykthet eller tungsindighet, følelse av å være unyttig, lite verd, følelse av at alt er et slit og følelse av håpløshet med tanke på fremtiden. Spørsmålet som ble stilt var: «Har du opplevd noe av dette den siste uka?» Svarkategoriene for hvert problem var *Ikke plaget* (1), *Litt plaget* (2), *Ganske mye plaget* (3), *Veldig mye plaget* (4). Personer med manglende svar på mer enn to av spørsmålene ble fjernet fra beregningene. Gjennomsnittet av svarene ble beregnet, noe som ga en skår et sted mellom 1 (svart *Ikke plaget* på alle spørsmål) og 4 (svart *Veldig mye plaget* på alle spørsmål). En gjennomsnittsskår på 1,85 eller høyere defineres som at man har symptomer på angst/depresjon [27]. I rapporten presenteres andel deltakere med slike symptomer.

4.7.10 Livskvalitet

Rapporten inkluderer to spørsmål om livskvalitet:

Først ble deltakerne spurt: «Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt for tida?» Deltakerne kunne svare på en skala fra 0 til 10 der 0 betyr *Ikke fornøyd i det hele tatt* og 10 betyr *Svært fornøyd*. I rapporten er svarene gruppert etter hvorvidt de svarer at de er Lite fornøyd (0–5 på skalaen), Middels fornøyd (6–8 på skalaen) eller Svært fornøyd (9–10 på skalaen). Rapporten viser andel deltakere innenfor hver av disse kategoriene.

Deretter ble deltakerne spurt: «Alt i alt, i hvilken grad opplever du at det du gjør i liver er meningsfylt?» Også her gikk skalaen fra 0 til 10 der 0 betyr *Ikke meningsfylt i det hele tatt* og 10 betyr *Svært meningsfylt*. I rapporten er svarene gruppert etter hvorvidt de svarer at livet er Lite meningsfylt (0–5 på skalaen), Middels meningsfylt (6–8 på skalaen) eller Svært meningsfylt (9–10 på skalaen). Rapporten viser andel deltakere innenfor hver av disse kategoriene.

4.7.11 Trivsel og velvære

Trivsel og velvære ble målt med The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5). Deltakerne ble spurt om hvordan de har følt seg den siste uka: Glad og i godt

humør, Rolig og avslappet, Aktiv og sterk, Opplagt og uthvilt, Mitt dagligliv har vært fylt av ting som interesserer meg. Spørsmålene kunne besvares på en seks-punkts skala fra *Hele tida* til *Ikke i det hele tatt*. Svarene slås sammen til en felles skår med verdier fra 0 til 100, der 100 står for best tenkelige trivsel og velvære. Høy grad av trivsel og velvære siste uka defineres ved en skår på 50 eller mer. Rapporten viser andel deltakere med høy grad av trivsel og velvære.

4.7.12 Ensomhet

Deltakerne ble spurt: «Har du de siste 2 ukene følt deg ensom? Spørsmålet hadde fire svarkategorier: *Nei*, *Litt*, *Ja, en god del* og *Ja, svært mye*. I rapporten presenteres andelen som svarte et av alternativene *Litt*, *Ja, en god del*, eller *Ja, svært mye*.

4.7.13 Sosial støtte

Deltakerne ble spurt: «Hvor mange personer står deg så nær at du kan regne med dem hvis du har store personlige problemer?» Regn også med nærmeste familie. Spørsmålet hadde fire svarkategorier: *Ingen*, *1–2*, *3–4* og *6 eller flere.* Rapporten viser andel deltakere innenfor hver av disse kategoriene.

4.7.14 Egen økonomi

Deltakerne ble spurt: «Alt i alt, hvordan vurderer du din økonomi i dag?» De kunne svare *Meget god*, *God*, *Vanskelig* eller *Meget vanskelig*. Rapporten viser andel deltakere som vurderer sin økonomi som vanskelig eller meget vanskelig.

4.7.15 Trygghet i nærmiljøet

Deltakerne ble spurt: «Hvor trygg følger du deg når du er ute og går i nærmiljøet?» De kunne svare på en skala fra 0 til 10 der 0 betyr *Ikke trygg i det hele tatt* og 10 betyr *Svært trygg*. I rapporten er svarene gruppert som Trygg (0–5 på skalaen), Middels trygg (6–8 på skalaen) og Svært trygg (9–10 på skalaen). Rapporten viser andel deltakere innenfor hver av disse kategoriene.

4.7.16 Trygghet for å få hjelp fra helse- og omsorgstjenesten

Deltakerne fikk spørsmålet: «Hvor trygg er du på at du vil få god nok hjelp fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen hvis du skulle få behov for det?» De kunne svare *Meget trygg, Trygg, Utrygg, Meget utrygg* eller *Vet ikke*. I rapporten er *Utrygg* og *Meget utrygg* slått sammen. Rapporten presenterer andel som har svart: Utrygg/Meget utrygg, Vet ikke og Trygg/Meget trygg.

4.7.17 Diskriminering, mobbing, trakassering og hets

Deltakerne ble spurt: «Har du opplevd å bli diskriminert? Spørsmålet hadde fire svarkategorier: *Ja, de to siste årene*, *Ja, for mer enn to år siden*, *Nei* og *Vet ikke*. Det var mulig å krysse av for begge ja-alternativene. I denne rapporten tolkes dette som «Ja, de to siste årene». Vi presenterer andel deltakere innenfor hver av disse kategoriene.

Deltakerne ble bedt om å svare på om de har blitt utsatt for noe av det følgende (skriftlig eller muntlig):

- Støtende språk og kommentarer rettet mot deg og din identitet
- Hatmeldinger
- Trusler
- Sexistiske kommentarer
- Ignorering/utfrysning/baksnakking

For hvert av spørsmålene, kunne de svare *Ja, som barn (under 18 år)*, *Ja, som voksen (18 år eller over)* og *Nei*. Det var mulig å krysse av for begge ja-alternativene.

I denne rapporten presenteres andel deltakere innenfor hver av kategoriene «Både som barn og voksen», «Kun om barn», «Kun som voksen» og «Nei».

4.7.18 Internatskole

Deltakerne ble spurt om de bodde på internat (statsinternat, kommunalt internat eller privat internat) da de gikk på grunnskolen/folkeskolen, med svaralternativer *Ja* og *Nei*. I rapporten presenteres andel som bodde på internat.

4.7.19 Historiske og kulturelle tap

Spørsmålene om historiske og kulturelle tap bygger på Historical Loss Scale (HLS) utviklet av Les Whitbeck og kolleger i 2004, men ble i SAMINOR 3 tilpasset til samiske og kvenske forhold i Norge. Deltakerne ble bedt om å indikere hvor ofte de tenkte på ulike former for historiske og kulturelle tap:

- At vi mister/har mistet tilgang til areal/natur/bruksområdene våre
- At vi mister/har mistet språket vårt
- At vi har mister/har mistet vår sterke tilknytning til naturen
- At familiebånd ble ødelagt på grunn av internatskolene
- At familier ble splittet på grunn av myndighetenes tvangsflytting
- At vi mister/har mistet selvrespekt på grunn av dårlig behandling fra myndighetspersoner
- At vi mister/har mistet kunnskap om egen kultur

- At vi har tapt eller blitt fratatt kulturelle eller historiske eiendeler
- At våre ungdommer har mistet troen på egen fremtid

Deltakerne kunne svare: *Flere ganger om dagen*, *Daglig*, *Ukentlig*, *Månedlig*, *Årlig*, *Aldri*, eller *Ikke Relevant.* Dette er i rapporten slått sammen til fire grupper:

- Ukentlig (slått sammen *Flere ganger om dagen*, *Daglig*, og *Ukentlig)*
- Månedlig
- Årlig
- Aldri (slått sammen *Aldri* og *Irrelevant*)

For hvert spørsmål presenteres andel deltakere innenfor hver av de fire kategoriene. Siden mange av spørsmålene er lite relevante for personer med norsk bakgrunn, presenteres resultatene kun for den samiske delen av utvalget.

4.7.20 Primærnæringer

Deltakerne ble spurt: «Dersom du er i arbeid, hva er ditt nåværende yrke/næring?» De kunne svare ett eller flere av ni alternativer, inkludert *primærnæring (jordbruk, fiske, reindrift, fangst, skogbruk, utmarksnæring)*.

De ble videre spurt: «Hvilke(n) primærnæring(er) arbeider du i? For hver av næringene Jordbruk, Reindrift, Fiske (kyst/hav), Fiskeoppdrett, Skogbruk, Utmarksnæring, kunne deltakerne svare *Heltid*, *Deltid* eller *Sesong*.

For å fange opp de som har arbeidet innen primærnæring tidligere, ble følgende spørsmål stilt: «Hvis du har hatt flere yrker, eller ikke lenger er yrkesaktiv, i hvilket yrke/næring vil du si at du har arbeidet lengst i løpet av livet?» Primærnæring var ett av 9 svaralternativer.

Disse spørsmålene ble slått sammen for å kartlegge hvem som arbeider eller tidligere har arbeidet innen primærnæringer. Primærnæring er definert ved at deltaker har svart primærnæring på spørsmålet om nåværende yrke, eller på spørsmålet om i hvilket yrke/næring de har jobbet lengst, eller har svart heltid eller deltid for minst én av primærnæringene. I rapporten viser vi andel som arbeider innen primærnæring.

Spørreskjemaet inneholdt flere spørsmål om tilknytning til reindrift, både som eget yrke og familiær tilknytning. Tilknytning til reindrift ble delt inn i to grupper: 1) de som selv arbeider

med reindrift heltid, deltid eller sesong og 2) de som ikke har reindrift som sitt yrke, men som har en tilknytning til reindrift ved at de har svart positivt på minst ett av følgende spørsmål:

- at mor, far og/eller besteforeldre arbeidet med reindrift
- at de har eller har hatt egen siidaandel/driftsenhet
- at de har eller har hatt eget reinmerke
- at de er eller har vært gift/samboer med en som har siidaandel/driftsenhet
- at de er eller har vært gift/samboer med en som har eget reinmerke
- at de er eller har vært underlagt en siidaandel/driftsenhet som ikke er deres egen

Vi viser andel som oppgir deltakere innen hver av disse to kategoriene.

4.7.21 Natur

Deltakerne ble spurt: «Hvor viktig er det for deg å ha kontakt med naturen?» Svarmulighetene var *Meget viktig*, *Viktig*, *Ikke så viktig*, *Helt uviktig*. Rapporten viser andel deltakere innenfor hver av disse kategoriene.

Videre ble deltakerne spurt: «Har noen av disse forholdene eller hendelsene hatt positiv eller negativ innvirkning på din bruk av naturområder som er viktige for deg?»

- Turisme/Organisert friluftsliv
- Barmarksløyper, skuterløyper
- Vern av naturområder/nasjonalpark
- Utbygging (hyttefelt, vann-/vindkraft, vei, jernbane)
- Mineralleting, gruvedrift, forurensning
- Reindrift
- Jordbruk
- Oppdrettsanlegg
- Forsvaret, militæraktivitet

For hvert spørsmål kunne de svare: *Positiv*, *Negativ* eller *Ikke aktuelt/Vet ikke*. Rapporten viser andel deltakere innenfor hver av disse kategoriene.

4.7.22 Tillit til myndigheter

Deltakerne spurt om hvor stor tillit de har til følgende institusjoner: Stortinget, Regjeringen, Kommunestyret i din kommune, Sametinget, Rettsvesenet/domstolene, Politiet, Helsevesenet, Barnevernet og NAV. De kunne svare på en skala fra 1 (Svært lite tillit) til 5 (Svært stor tillit). For hver av institusjonene presenteres andel deltakere som har svart 4 eller 5 på skalaen, dvs. har høy tillit til institusjonen.

4.7.23 Bruk av helsetjenester

Deltakerne ble spurt: «Hvor mange ganger de siste 12 månedene har du selv brukt:»

- Fastlege/fastlegevikar (fysisk frammøte)
- Digital kontakt med fastlege/fastlegevikar (f.eks. videokonsultasjon, e-postkonsultasjon, telefonkonsultasjon)
- Fornying av resept eller legeerklæring via internett
- Legevakt
- Kommunalt lavterskeltilbud for lettere psykiske helse- og rusutfordringer
- Fysioterapeut
- Kiropraktor
- Sykehusinnleggelse for fysisk sykdom,
- Sykehusinnleggelse for psykisk sykdom
- Sykehusinnleggelse for rusproblemer
- Poliklinisk behandling for fysisk sykdom
- Poliklinisk behandling for psykisk sykdom
- Poliklinisk behandling for rusproblemer

Svaralternativene var *Ingen*, *1–3 ganger*, *4 eller flere ganger*. I rapporten er de to siste alternativene slått sammen til Brukt siste år. For sykehusinnleggelse og poliklinisk behandling er de tre årsakene slått sammen slik at disse presenteres uavhengig av om det gjaldt fysisk sykdom, psykisk sykdom eller rusproblemer.

I rapporten presenteres andel deltakere som har brukt hver av disse tjenestene siste året.

4.7.24 Tilfredshet med helsetjenester

Deltakerne ble spurt: «Totalt sett, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende sider ved den kommunale helse- og omsorgstjenesten?» Det ble spurt om sju ulike sider ved tjenestene, og i denne rapporten presenteres to av dem: «Totalt sett, hvor fornøyd eller misfornøyd er du

med de kommunale helse- og omsorgstjenestene?» og mer spesifikt «Fastlegetjenesten generelt». De kunne svare *Meget fornøyd*, *Fornøyd*, *Misfornøyd*, *Meget misfornøyd* eller *Vet ikke*. I rapporten presenteres andel deltakere innenfor hver av de tre gruppene: *Fornøyd*/*Meget fornøyd*, *Misfornøyd*/*Meget misfornøyd* og *Vet ikke*.

4.8 Statistiske analyser

Resultatene presenteres i hovedsak som diagrammer, men også enkelte tabeller er inkludert. Først presenteres deltakelsen i antall og prosent på henholdsvis spørreskjema og klinisk undersøkelse, fordelt på kjønn og 2 aldersgrupper, for sørsamisk område sammenlignet med SAMINOR 3 som helhet. Deretter følger fordelingen av etnisk bakgrunn i sørsamisk område sammenlignet med hele SAMINOR 3. Øvrige resultater sammenligner samer og ikke-samer i sørsamisk område, med separate diagrammer for kvinner og menn, fordelt på to 20-årige aldersgrupper. Følgende unntak gjelder: Kognitiv skår presenteres uten aldersinndeling, og historiske og kulturelle tap presenteres kun for den samiske delen av utvalget, med diagrammer fordelt etter kjønn og aldersgrupper. Resultatene oppgis som prosenter. Dataetiketter vises avrundet til nærmeste heltall. Pga. avrunding vil summen av de enkelte prosentandelene ikke nødvendigvis være nøyaktig 100 %.

Det er ikke gjennomført statistiske tester for å vurdere eventuelle forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper, eller hvorvidt samer skiller seg fra ikke-samer. Det er ikke justert for noen andre variabler i analysene. Eventuelle forskjeller mellom grupper kan derfor skyldes at gruppene er ulike med hensyn til egenskaper som vi ikke har tatt høyde for. Relativt lav deltakelse blant de yngste, særlig for menn, gjør at det er knyttet større usikkerhet til resultatene i disse gruppene.

5 Etikk og godkjennelser

SAMINOR er et helseregister som er definert inn under forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser og følger personvernforordningen og helseforskningsloven, det er derfor ikke nødvendig å søke Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om etablering eller innsamling av materiale til tilhørende biobank. SAMINOR 3 har gjennomført en personvernkonsekvensvurdering (DPIA) og har godkjenning fra Etisk komite for samisk helseforskning som ivaretar det kollektive samtykket på vegne av den samiske befolkningen. REK Nord, Etisk komite for samisk helseforskning og SAMINOR sitt prosjektstyre godkjenner alle framtidige forskningsprosjekter før data blir gjort tilgjengelig for forskerne. Alle prosjekter må også utføre en egen personvernkonsekvensvurdering.

6 Finansieringskilder

Det er mange finansieringskilder som har bidratt til å få SAMINOR 3 gjennomført. Disse er

- Dearvvašvuođa- ja fuolahusdepartemeanta – Helse og omsorgsdepartementet over statsbudsjettene for 2023, 2024, 2025 og 2026.
- Sámediggi – Sametinget
- Davvi Dearvvašvuohta – Helse Nord RHF
- Healsoe Gaske-Nöörje RHG – Helse-Midt RHF
- Romssa ja Finnmárkku fylkkasuohkan – Troms og Finnmark fylkeskommune
- Romssa fylkkasuohkan – Troms fylkeskommune
- Finnmárkku fylkkasuohkan – Finnmark fylkeskommune
- Tröödelagen fylhkentjïelte – Trøndelag fylkeskommune
- Finnmárkkuopmodat – Finnmarkseiendommen
- UiT Norgga árktalaš universitehta – UiT Norges arktiske universitet

Referanseliste

1. Bjørklund, I., *Fjordfolket i Kvænangen: Fra samisk samfunn til norsk utkant 1550–1980* 1985, Oslo: Universitetsforlaget.
2. Schøyen, C., *Tre stammers møte* 1977, Oslo: Gyldendal.
3. International Labour Organization. *Indigenous and Tribal Peoples Convention, 1989 (No. 169)*. Available from: https://www.ilo.org/
4. NEL. *Høyt blodtrykk*. 2020; Available from: https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hjertekar/pasientinformasjon/hoyt-blodtrykk-hypertensjon/hypertensjon-oversikt#hva-er-hoyt-blodtrykk,.
5. Helse Norge. *Høyt blodtrykk*. 2022; Available from: https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hoyt-blodtrykk/#hva-er-hoyt-blodtrykk
6. Helsedirektoratet. *Diabetes. Nasjonal faglig retningslinje*. 2025; Available from: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes
7. Helsedirektoratet. Forebygging av hjerte-karsykdom . *Nasjonale faglige retningslinjer.* 2024. Available from Forebygging av hjerte- og karsykdom - Helsedirektoratet
8. Pei, X., et al., *Kidney function and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis.* Ren Fail, 2025. **47**(1): p. 2463565. https://doi.org/10.1080/0886022x.2025.2463565.
9. Crivelli, L., et al., *Changes in cognitive functioning after COVID-19: A systematic review and meta-analysis.* Alzheimers Dement, 2022. **18**(5): p. 1047-1066. https://doi.org/10.1002/alz.12644.
10. Cornea, A., M. Simu, and E.C. Rosca, *Montreal Cognitive Assessment for Evaluating Cognitive Impairment in Subarachnoid Hemorrhage: A Systematic Review.* J Clin Med, 2022. **11**(16)https://doi.org/10.3390/jcm11164679.
11. Elfil, M., et al., *Impact of Obstructive Sleep Apnea on Cognitive and Motor Functions in Parkinson's Disease.* Mov Disord, 2021. **36**(3): p. 570-580. https://doi.org/10.1002/mds.28412.
12. Xue, H., Y. Li, and Z. Xu, *A Systematic Review and Evaluation of Non-Pharmacological Interventions for Elderly Patients with Mild Cognitive Impairment.* Altern Ther Health Med, 2023. **29**(7): p. 74-79.
13. Davis, D.H.J., et al., *Montreal Cognitive Assessment for the detection of dementia.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(7)https://doi.org/10.1002/14651858.CD010775.pub3.
14. Zegarra-Valdivia, J.A., et al., *Dementia and Mild Cognitive Impairment Identification in Illiterate and Low-Educated People: Systematic Review About the Use of Brief Cognitive Screening Tools.* Behav Sci (Basel), 2025. **15**(2)https://doi.org/10.3390/bs15020207.
15. MoCA Cognition. *Frequently asked questions (FAQ)*. Available from: https://mocacognition.com/faq/, lest 24.03.2025.
16. Idler, E.L. and Y. Benyamini, *Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies.* Journal of Health and Social Behavior, 1997. **38**(1): p. 21-37. https://doi.org/10.2307/2955359.
17. Latham, K. and C.W. Peek, *Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late Midlife U.S. Adults.* The Journals of Gerontology: Series B, 2013. **68**(1): p. 107-116. https://doi.org/10.1093/geronb/gbs104.

18. Xu, F. and J.M. Johnston, *Self-Rated Health and Health Service Utilization: A Systematic Review.* International Journal of Epidemiology, 2015. **44**(suppl_1): p. i180-i180. https://doi.org/10.1093/ije/dyv096.267.

19. Vedaa, Ø., et al., *Den nasjonale folkehelseundersøkelsen 2025. Fremgangsmåte og utvalgte resultater* 2026, Folkehelseinstituttet: Oslo.
20. Warburton, D.E.R. and S.S.D. Bredin, *Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews.* Curr Opin Cardiol, 2017. **32**(5): p. 541-556. https://doi.org/10.1097/hco.0000000000000437.
21. Helsedirektoratet. *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Nasjonale faglige råd*. 2026.
22. Hansen, B.H., et al., *Nasjonalt kartleggingssystem for fysisk aktivitet og fysisk form. Kartlegging av fysisk aktivitet blant voksne og eldre 2020-22 (Kan3)*. 2023, Norges Idrettshøgskole/Folkehelseinstituttet: Oslo.
23. Strand, B.H., et al., *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36).* Nord J Psychiatry, 2003. **57**(2): p. 113-8. https://doi.org/10.1080/08039480310000932.
24. Nes, R.B.R., E. and T.N. Hansen, T.S. *Livskvalitet i Norge (Kapittel i Folkehelserapporten fra FHI)*. 2025.
25. World Health Organization. (2024). *The World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5).* World Health Organization Regional Office for Europe. (1998). *Wellbeing measures in primary health care: The DepCare Project: Report on a WHO meeting, Stockholm, Sweden, 12–13 February 1998.* https://iris.who.int/handle/10665/349766
26. Surkalim, D.L., et al., *The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis.* Bmj, 2022. **376**: p. e067068. https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068.
27. Nakou, A., et al., *Loneliness, social isolation, and living alone: a comprehensive systematic review, meta-analysis, and meta-regression of mortality risks in older adults.* Aging Clin Exp Res, 2025. **37**(1): p. 29. https://doi.org/10.1007/s40520-024-02925-1.
28. Statistisk sentralbyrå, *Blir vi stadig mer ensomme?* 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
29. Wang, J., et al., *Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review.* BMC Psychiatry, 2018. **18**(1): p. 156. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5
30. Turunen, E., & Hiilamo, H. (2014). Health effects of indebtedness: A systematic review. *BMC Public Health, 14*, 489. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-489
31. Donadon, M.F., R. Martin-Santos, and F.L. Osório, *The Associations Between Oxytocin and Trauma in Humans: A Systematic Review.* Front Pharmacol, 2018. **9**: p. 154. https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00154.
32. Guidi, J., et al., *Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review.* Psychother Psychosom, 2021. **90**(1): p. 11-27. https://doi.org/10.1159/000510696.
33. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Prop. 88 L (2012–2013): Diskrimineringslovgivning (diskrimineringsloven, likestillingsloven, diskriminerings- og tilgjengelighetsloven)*. Regjeringen. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-88-l-20122013/id718741/
34. Folkehelseinstituttet. (2024). *Hets og diskriminering av samer*. https://www.fhi.no/publ/2024/hets-og-diskriminering-av-samer/
35. Folkehelseinstituttet. (2022). *Omfang av seksuell trakassering i Norge*. https://www.fhi.no/publ/2022/omfang-av-seksuell-trakassering-i-norge/

36. Tjelle, I. (2022). Internatliv: den unike historien om skoleinternatene i Finnmark. ČálliidLágádus.
37. Hoëm Anton, *Fra noaidiens verden til forskerens : misjon, kunnskap og modernisering i sameland 1715-2007*, vol. vol. 126, Instituttet for sammenlignende kulturforskning (trykt utg.) Oslo: Novus forl., 2007.
38. Henry Minde (2003) Assimilation of the Sami – Implementation and Consequences1 , Acto Borealia, 20:2, 121-146, DOI: 10.1080/08003830310002877
39. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. Lancet. 2016;388(10040):131-57.
40. Whitbeck L.B, Adams G.W, Hoyt D.R, Chen X. Conceptualizing and Measuring Historical Trauma Among American Indian People. American Journal of Community Psychology, Vol. 33, Nos. 3/4, June 2004
41. Kalstad, J. K. H., & Riseth, J. Å. (2023). Moderne pastoral reindrift i stabilitet. I *Allmenningsressurser i nord* (kap. 8). Orkana. https://orkana.no/wp-content/uploads/2023/11/kap8_allmenningsressurser-i-nord_moderne-pastoral-reindrift-i-stabilitet.pdf
42. Nilsen, R., Brox, O., Eyþórsson, E., & Jentoft, S. (Eds.). (2023). *Allmenningsressurser i nord: fellesskap og grunnrente*. Orkana Akademisk.
43. Sannhets- og forsoningskommisjonen. (2023). Sannhet og forsoning: Grunnlag for et oppgjør med fornorskingspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner. (Dokument 19 (2022–2023)). https://www. Stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2022-2023/dok19-202223.pdf
44. Bals, M., Turi, A. L., Skre, I., & Kvernmo, S. (2011). The relationship between internalizing and externalizing symptoms and cultural resilience factors in Indigenous Sami youth from Arctic Norway. *International Journal of Circumpolar Health*, *70*(1), 37–45. https://doi.org/10.3402/ijch.v70i1.17790
45. Nystad, K., Spein, A. R., & Ingstad, B. (2014). Community resilience factors among indigenous Sámi adolescents: A qualitative study in Northern Norway. *Transcultural psychiatry*, *51*(5), 651-672.
46. Vecchio EA, Dickson M, Zhang Y. Indigenous mental health and climate change: A systematic literature review. The Journal of Climate Change and Health. 2022;6:100121

www.saminor.no