

# 'Tiden er et skip som ikke kaster anker'\*

## Utvikling av helse- og sykdomsbildet og helsetjenester i den samiske befolkningen

■ SIV KVERNMO • Professor, Institutt for klinisk medisin, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet

**Den samiske befolkningen har status som urfolk og har sin særegne historie, sitt eget språk og sine egne tradisjoner, verdier og normer. Samene har like stor grad av variasjon i levemåte og kulturelle uttrykk som den øvrige befolkningen, fra det tradisjonelle til det moderne og globale. Gjennom tidene har ikke møtet mellom den samiske pasienten og helsetjenesten alltid vært like enkelt og vellykket, verken for pasient eller helsearbeider.**

Den økende tilveksten av samiske leger og annet samisk helsepersonell har de siste 20–30 årene ført til økt fokus på samenes helse. Allerede på midten av 80-tallet etterlyste Samisk legeförening mer kunnskap og forskning om helsesituasjonen i den samiske befolkningen og oppfordret Universitetet i Tromsø til å gjennomføre en helseundersøkelse i den samiske befolkningen, noe som ble avvist. Inntil da var samisk helseforskning omtrent fraværende. Heldigvis har kunnskapsfeltet de siste tiårene bedret seg betraktelig selv om det fortsatt er behov for mer forskning og kunnskap. Denne artikkelen er et forsøk på å gi en kort og summarisk beskrivelse av hovedtrekkene i forskning om samenes helse i Norge. Artikkelen gir også en kort oversikt over helsetilbudet til den samiske befolkningen i Norge.

### Samisk helseforskning

Per Fugelli var den første som utførte en helseundersøkelse av den samiske befolkning, som var utformet med henblikk på samenes særegne levemåte, kultur og leveste, også kalt Skoganvarre-undersøkelsen (1). Senere ble det gjennomført flere større og mindre epidemiologiske og kliniske stu-

dier før helseundersøkelsen SAMINOR ble gjennomført i store deler av den voksne samiske befolkningen i Norge (2, 3). Studien ble til etter mye press fra ildsjeler og samiske forskere og gjennomført av det den gang nyopprettede Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø. Senere har antallet kvantitative og kvalitative studier av samenes helse økt, men de fleste publikasjoner og doktorgrader de siste årene har utgangspunkt i data fra SAMINOR – undersøkelsen og Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge. Studiene de siste tjue år har i (4) motsetning til de tidligere store befolkningsundersøkelsene som f.eks. Finnmarksundersøkelsen, inkludert kulturspesifikke spørsmål om samenes levemåte, kultur og helse. Dette har gitt oss en bredere forståelse av de kulturelle, psykososiale og sosioøkonomiske prosesser som har påvirket den samiske helsen. En oppfølging av SAMINOR-undersøkelsen har vært gjennomført det siste året.

Det har vært avlagt en rekke doktorgrader de siste 10–15 årene om samiske helse, både av samiske fagfolk og andre som arbeider i de samiske områdene. Tema for avhandlingene dekker en rekke områder fra medisinsk antropologi til fag som reumatologi, folkehelse, hematologi, barne- og ungdomspsykiatri. Med utgangspunkt i det psykiatriske fagmiljøet i Karasjøk har

spesielt hatt en stor forskningsaktivitet med sju avlagte doktorgrader og flere som er underveis.

### Fysisk helse

De første helseundersøkelsene av samers helse ble gjennomført i forbindelse med Finnmarksundersøkelsene på 70-tallet og dreide seg i hovedsak om hjerte- karlidelser. Resultatene viste at samer hadde en lavere forekomst av hjerte- karlidelser enn den øvrige befolkningen (5). Senere studier har vist at denne forskjellen er utlignet, mest sannsynlig som et resultat av endrede kostvaner med en økende overgang fra tradisjonelle til vestlige matvaner (6). Kroppsmasseindeksen hos samiske kvinner er i SAMINOR-undersøkelsen funnet å være signifikant høyere enn hos norske medstuderte med en odds ratio på 1.9 (7). I følge en svensk studie kan samer være genetisk disponerte for koronare hjertesykdommer. Studien påviste en høyere forekomst (31 prosent) av APOE\*4-allelen av APOE-genet som disponerer for hjerte- karlidelser (8).

Selvrapporert angina pectoris ble i SAMINOR-undersøkelsen i større grad rapportert av samiske menn og kvinner enn norske, men liten eller ingen etnisk forskjell i risikofaktorer for angina pectoris ble funnet (9). En større forekomst av hjerte- karlidelser ble funnet hos den samiske befolkningen i marginaliserte norsk-dominerte områder sammenlignet med samer i samisk-dominerte områder.

Enkelte tilstander har vist forskjellig forekomst mellom den samiske og ikke-samiske befolkningen i Skandinavia. Mb. Bekterew forekommer hyppigere i den samiske befolkningen enn i den norske befolkningen (i hele landet). Prevalensen blant samer i Finnmark er 1,8 prosent

\* Samisk ordtak

mens prevalensen i Norge er 0,8 prosent (10). Forskjellen er forbundet med en høyere forekomst av HLA B27 hos samer.

Primær laktoseintoleranse er i finske studier påvist å forekomme hyppig blant samer i Finland. Tilsvarende undersøkelser er ikke utført i Norge. Foreløpige dataanalyser fra SAMINOR-studien indikerer imidlertid en høyere forekomst av laktoseintoleranse blant samer (Hansen & Johnsen, under publisering).

Det har vært en gammel myte om den låghalte samene opp gjennom tiden, men det har ikke vært påvist at samene har en høy forekomst av medfødt høftefeil, såkalt høfteledds dysplasi eller medfødt høfteluksasjon. Johnsen og medarbeidere (2009) fant imidlertid en høy forekomst av høfteledds dysplasi blant samer. 38 prosent av samene fra indre Finnmark hadde større eller mindre grad av høfteledds dysplasi. Det ble ikke påvist noen sikker årsaksammenheng mellom høfteledds dysplasi og høfteleddsarthrose, og heller ikke at samene hadde mer høfteleddsarthrose enn hvite europeere.

### Psykisk helse

De fleste undersøkelser av psykisk helse i den samiske befolkningen, er gjort på barn og unge. Undersøkelsene har ikke vist forskjeller mellom samiske og norske barn og ungdom av betydning, mens det innad i den samiske gruppen har vært signifikante forskjeller (4, 11). I likhet med studier generelt rapporterer jentene flest problemer. Samisk ungdom som lever i hva en kan kalle marginale samiske strøk, hvor de utgjør en klar minoritet, rapporterer flest problemer. Psykiske problemer hos samisk ungdom er knyttet både til generelle risikofaktorer, men kan også knyttes til kulturelle faktorer (12–14). Etnisk identitet har generelt ingen sterk relasjon til psykisk helse, men i de tilfeller dette forekommer, virker en sterk etnisk identitet negativt inn på psykisk helse. Dette kan forklares med at samisk ungdom som har en sterk etnisk identitet også i større grad eksponerer seg for etnisk diskriminering. Et interessant funn er at etnisk identitet virker beskyttende på alkoholbruk. Samisk ungdom rapporterer både et lavere alkoholforbruk for seg selv og for foreldrene enn norske ungdom. Dette gjelder spesielt de ungdommene som er knyttet til læstadianismen (15, 16). Samisk språkkompetanse og deltakelse i kulturelle aktiviteter beskytter mot angst og depresjonssymptomer.

Javo og medarbeidere (2004) viste i sin studie av fire-åringere i de samiske kommu-

nene i Finnmark forskjeller i barneoppdrags- og helse mellom samiske og norske foreldre. Samiske foreldre vektla i større grad selvstendighet hos barn enn norske foreldre. Samtidig hadde barna større grad av autonomi når det gjaldt samsoving med foreldre og spisevaner. Heller ikke blant fire-åringere var det etniske forskjeller i psykisk helse (4).

### Selv mord

Selv mord forekommer hyppigere i de arktiske strøk enn ellers i verden og da spesielt blant urbefolkninger. Den samiske befolkningen skiller seg positivt ut i denne sammenheng med lavere forekomst enn for andre urfolk. I en kohortstudie av selvmord i perioden 1970–1998, ble det funnet en signifikant overdødelighet av selvmord blant samer, særlig blant unge menn i alderen 15–24 år fra indre Finnmark (17). Totalt var selvmordsraten 19/100 000 i den samiske kohorten mot 12/100 000 blant den norske delen av befolkningen i de samme områdene og nasjonalt. Forekomsten for samiske menn var på 29/100 000 og for kvinner 8/100 000. Tilhørighet til reindriften var en beskyttelsesfaktor for menn. Den etniske forskjellen kan forklares med et kluster av selvmord på åtti-tallet. Til forskjell fra den norske delen av befolkningen avtok selvmordforekomsten med stigende alder i den samiske gruppen. Etter 1980-årene har selvmordsraten både i Norge, Finnmark og i den samiske kohorten gradvis avtatt selv om Finnmark fortsatt har den høyeste forekomsten i Norge. For selvmordsøkning blant ungdom er det ikke påvist noen etnisk forskjell mellom samisk og norsk ungdom, mens det kan se ut som om at blant voksne er en økt tendens til selvmordstanker blant samer (18, 19).

### Dødelighet

Forskjellene i helse mellom samer og nordmenn er små, men det finnes likevel noen særlige helsemessige utfordringer i den samiske befolkningen. En relativ fersk dødelighetsstudie fra Nord-Norge (20) viste at totaldødeligheten er signifikant høyere blant samiske menn og kvinner, henholdsvis med seks og ti prosent. Referansebefolkningen er den ikke-samiske befolkningen i Nord-Norge. Voldsom død var 32 prosent høyere blant samiske menn sammenlignet med norske menn. Det ble også påvist økt dødelighet av sirkulasjonssykdommer (hjerte- kar og hjerneslag) hos begge kjønn, og størst blant kvinner. Dødelighet pga kreft var imidlertid signifikant

lavere enn i den norske gruppen, spesielt blant samiske menn.

Spedbarnsdødeligheten i 40–50 årene i Indre Finnmark var langt over de nasjonale normene. Nyere undersøkelser gjort i tidsrommet 1991–2006 viser at innlandskommuner med en høy andel samiske innbyggere hadde en høyere spedbarnsdødelighet sammenlignet med «samiske» kommuner på kysten og ikke-samiske områder (21).

### Barn og unges helse

Det er svært få epidemiologiske studier av nyere dato som har studert somatisk helse hos samiske og nord-norske barn. Dette gjelder spesielt små barn. I Brox og medarbeideres (22) studie av kostholds- og livsstilsvaner blant 13–14 åringer i Kautokeino og Hammerfest fra slutten av 90-tallet ble det ikke funnet forskjell i risikofaktorer for hjerte- kar sykdom mellom ungdomsgruppene. Hele 70 prosent av studiepopulasjonen hadde en økt forekomst av kjente risikofaktorer for hjerte- kar lidelser som høyt kolesterol og lav fysisk aktivitet. Spørsmålet er om dette kan forårsake en økt risiko for hjerte- kar lidelser hos den samiske befolkningen i fremtiden.

Studien viste også at ungdom på innlandet hadde et høyere inntak av kjøtt og proteiner, og større jernlagre som følge av et mer tradisjonelt kosthold. De hadde også et mindre inntak av sukker enn kystungdommen selv om begge gruppene hadde for høyt inntak av sukker og fett og for lavt inntak av D-vitamin og fiber enn nasjonale anbefalinger. Inntaket av fisk var lavt i begge ungdomsgruppene. En kort kosttintervensjon hadde bare minimal effekt på matvaner og livsstil.

Manglende deltakelse fra de nordligste fylkene i Mor- barn studien, har ført til at det mangler kunnskap om både samiske og ikke-samiske sped- og småbarns helse i nord, noe som er ugunstig for forebyggen- de tiltak.

### Samisk helseatferd og forhold til helsetjenestene

Det er i flere internasjonale studier påvist at ulike etniske eller kulturelle grupper har ulike syn på helse og sykdom. Den kvalitative studien «Samer snakker ikke om helse og sykdom – samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur» basert på intervju med 21 samisktalende samer i Finnmark, viste at samer ikke snakker om helse og sykdom. En nærmer seg



Det er svært få epidemiologiske studier av nyere dato som har omhandlet somatisk helse hos samiske og nord-norske barn. Dette gjelder spesielt små barn. ILLUSTRASJONSFOTO: PETER ROSEN/LAPPLANDMEDIA

helse og sykdom på tause og indirekte måter (23). Normer om å klare seg selv og ikke vise svakhet står sterkt. Psykiske forstyrrelser kan bli oppfattet som at noen har «satt vondt» på vedkommende. Studien viser hvordan ulike forståelser er kilde til samhandlingsproblemer mellom samiske pasienter og det offentlige norske helsevesenet. Samisk helsepersonell må bevege seg mellom to verdener. Ved at den samiske forståelseshorizonten åpnes mer også for ikke-samisk helsepersonell, vil mulighetene for spørsmål og dialog styrkes.

Nystad et al (2010) viste med utgangspunkt i SAMINOR-studien at samisktalende

pasienter i større grad enn norsktalende pasienter var misfornøyd med den kommunale helsetjenesten. Samisktalende pasienter opplevde manglende språkkunnskaper hos fastlegene og mer misforståelser mellom lege og pasient grunnet språkbarrierer enn norsktalende pasienter. En tredjedel ønsket heller ikke å bruke tolk i møtet med legene (24).

Etnokulturelle faktorer påvirker også samisk ungdoms bruk av helsetjenester. Blant annet synes det som om samisk ungdom som opplever diskriminering i mindre grad benytter seg av skolehelsetjenesten (25).

### Etnisk diskriminering og rasisme som helse- og rasiserisiko

Mobbing og diskriminering er to viktige prediktorer for psykisk helse. Etnisk diskriminering og mobbing rapporteres i SAMINOR-studien oftere av samiske og kvenske menn enn norske, og viser en sammenheng med mer psykisk stress. Diskrimineringen og mobbingen skjer oftest på skole, arbeidsplass, men også i lokalsamfunnet og uttrykkes som sladder og kommentarer (26, 27). Også blant ungdom i Nord-Norge har man undersøkt betydningen av etnisk diskriminering (14). Selv om etnisk diskriminering opplevdes hyppigere hos samisk ungdom enn hos norsk jevnaldrende, viste den ingen sammenheng med dårligere psykisk helse i motsetning til hva som var tilfelle blant norsk ungdom. Muligens skyldes dette at samisk ungdom forberedes på diskriminering av sine foreldre som selv har opplevd dette og at ungdommene i så måte tilegner seg strategier for å takle dette.

### Sentrale føringer vedrørende samisk helse

Utredningen, *NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge* synliggjorde behovet for å bygge opp behandlingstilbud til samiske pasienter innenfor en samiskspråklig og kulturell ramme, parallelt med kompetanseoppbygging gjennom forskning, utviklingsarbeid og undervisning. I 2001 vedtok Regjeringen en handlingsplan for å videreføre tiltakene, «*Mangfold og likeverd. Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge 2002–2005*». Prioriterte områder i planen var bl.a. tolketjeneste, tilbud til samiske barn og unge, eldreomsorg, rehabilitering, somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helse.

Tilbudene innen psykisk helsevern ble særskilt ivaretatt gjennom en videre utbygging av Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Karasjok og Distriktspsykiatrisk Senter (DPS) i Lakselv til et samisk nasjonalt kompetansesenter og senere en nasjonal kompetansetjeneste innen psykisk helsevern – SANKS (Samisk nasjonalt kompetansetjeneste i psykisk helse og rus (SANKS)).

Videre ble Spesialistlegesenteret i Karasjok beskrevet som et viktig tiltak for å unngå unødvendige sykehusopphold for samiske pasienter. Imidlertid har senteret ikke vært tilført ressurser, slik som psykisk helsevern, for å ivareta den samiske befolkningens behov. Senteret, som er under Finnmarkssykehuset HF, inngikk først i





2014 i en større plan for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Samelovens kapittel om samisk språk gir utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren i det samiske forvaltningsområdet. I dag er det kommunene Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Porsanger, Tana, Kåfjord, Lavangen Tysfjord, Snåsa og Røyrvik som utgjør forvaltningsområdet. Men spesialisthelsetjenestelovens formål om at tjenestetilbudet skal være tilpasset pasientenes behov, innebærer at det i tillegg vil være nødvendig å tilpasse behandlingstilbudet både språklig og kulturelt også utenfor forvaltningsområdet.

#### Samisk spesialisthelsetjeneste

Dagens spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen ivaretas både gjen-

nom de tjenester som er etablert særskilt for den samiske befolkningen slik som Spesialistlegesenteret i Karasjok (innen somatiske helsetjenester som hudsykdommer, indremedisin, reumatologi og ØNH) og Samisk nasjonalt kompetansetjeneste i psykisk helse og rus (SANKS) i Karasjok/Lakselv med både et poliklinisk tilbud innen barne-, ungdom- og voksenpsykiatri, rus samt døgntilbud innen familiebehandling, ungdoms- og voksenpsykiatri. SANKS og Spesialistlegesenteret er en del av Finnmarkssykehuset, men har landsdekkende funksjoner for samer i Norge. Begge tilbudene har samisktalende behandlere og leger.

SANKS har utekontorer i Oslo, Snåsa og Tysfjord. Det skjer også en utstrakt ambulerings ut til de samiske kommunene i Finnmark. Denne modellen har vist seg

som svært positiv og har blitt godt mottatt i det samiske miljøet. Samtlige kliniske enheter tilbyr hjelp til samer fra hele landet som ønsker det, i tillegg til alle innbyggerne i opptaksområdet. Tilbudene har hittil vært organisert under ulike klinikker i helseforetaket, men er nå vedtatt samordnet i en Samisk helsepark lokalisert til Karasjok.

Utfordringene ved en spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen er flere, men noen forhold peker seg særskilt ut:

- Spredt samisk bosetting, og lange avstander til tilbudene
- Ulik kompetanse i samisk språk og kultur både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, spesielt utenfor de samiske kjerneområdene
- Mangel på samisktalende legespesialister, psykologer og annet helsepersonell
- Etter hvert en stor «bybefolkning» i





Tromsø, Alta og Oslo som har stor avstand til de samiske spesialisthelsetjenestene i Indre Finnmark

- Mangel på forskning om sykdomsbildet spesielt hos barn, bruk av helsetjenester og behov for tilrettelagte tjenester

### Konklusjon

Den samiske befolkningens sykdomsbilde skiller seg i dag lite fra den ikke-samiske befolkningen. Imidlertid ser det ut til at den tidligere tradisjonelle samiske livsstilen har forsvunnet ved overgangen til en moderne og vestlig livsstil og dermed den beskyttende effekten av denne. Dette er spesielt aktuelt for hjerte-, kar- og sirkulasjonsforstyrrelser. Med unntak av selvmord er psykiske lidelser ikke et større problem blant samer enn nordmenn. Sam-

menlignet med andre urfolk kommer samene godt ut, og de store forskjellene som finnes mellom urfolk og majoritetsbefolkningen i andre vestlige land er ikke et problem i Norge eller Skandinavia. Dette kan mest sannsynlig tilskrives de sosioøkonomiske forholdene som samer lever under i dag. På tross av stor likhet i sykdomsbildet, er det likevel behov for mer forskning om og tilrettelagte helsetjenester for et folk som både har sitt eget språk, kultur og tradisjoner og ikke minst sykdomsforståelse.

### REFERANSER

1. Fugelli P. Den norske lege i Sameland. Etske og etniske problemer ved Skoganvarreprosjektet. [The Norwegian doctor in Sami areas. Ethical and ethnical problems regarding the Skoganvarre-project]. Samesymposium. 1991; 15.
2. Lund E, Melhus M, Hansen KL, et al. Population based study of health and living conditions in areas with both Sami and Norwegian populations—the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health*. 2012;66. doi:10.3402/ijch.v66i2.18241.
3. Brustad M, Hansen KL, Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. A population-based study on health and living conditions in areas with mixed Sami and Norwegian settlements – the SAMINOR 2 questionnaire study. *Int J Circumpolar Health*. 2014;73:1–8. doi:10.3402/ijch.v73.23147.
4. Javo C, Rønning JA, Heyerdahl S. Child-rearing in an indigenous Sami population in Norway: A cross-cultural comparison of parental attitudes and expectations. *Scand J Psychol*. 2004; 45: 67–78. doi: 10.1111/j.1467-9450.2004.00380.x.
5. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Cardiovascular diseases and diabetes mellitus in different ethnic groups: the Finnmark study. *Epidemiology*. 1998; 9: 550–556.
6. Tverdal A. Cohort study of ethnic group and cardiovascular and total mortality over 15 years. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:719–723. doi: 10.1016/S0895-4356(97)00021-8.
7. Nystad T, Melhus M, Brustad M, Lund E. Ethnic differences in the prevalence of general and central obesity among the Sami and Norwegian populations: the SAMINOR study. *Scand J Public Health*. 2010;38:17–24. doi:10.1177/1403494809354791.
8. Ross AB, Johansson A, Ingman M, Gyllensten U. Lifestyle, genetics, and disease in Sami. *Croat Med J*. 2006; 47: 553–565.
9. Eliassen B-M, Graff-Iversen S, Melhus M, Lochen M-L, Broderstad AR. Ethnic difference in the prevalence of angina pectoris in Sami and non-Sami populations: the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health*. 2014; 73. doi: 10.3402/ijch.v73.21310.
10. Johnsen K. The prevalence of ankylosing spondylitis among Norwegian Samis (Lapps). *J Rheumatology*. 1992; 19(10): 1591–1594.
11. Javo C, Rønning JA, Handegård BH, Rudmin FW. Cross-informant correlations on social competence and behavioral problems in Sami and Norwegian preadolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18: 154–163. doi: 10.1007/s00787-008-0714-8.
12. Kvernmo S, Heyerdahl S. Influence of ethnic factors on behavior problems in indigenous Sami and majority Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 743–751. doi: 10.1097/00004583-199807000-00014.
13. Kvernmo S. Ethnic Identity and Acculturation Attitudes among Indigenous Norwegian Sami and Ethnocultural Kven Adolescents. *J Adolesc Res*. 2004;19:512–532. doi:10.1177/0743558403259991.
14. Bals M, Turi AL, Skre I, Kvernmo S. Internalization symptoms, perceived discrimination, and ethnic identity in indigenous Sami and non-Sami youth in Arctic Norway. *Ethn Health*. 2010; 15: 165–179. doi: 10.1080/13557851003615545.
15. Spein AR. Substance use among young indigenous Sami—a summary of findings from the North Norwegian Youth Study. *Int J Circumpolar Health*. 2008; 67: 122–134. doi: 10.3402/ijch.v67i1.18248.
16. Spein AR, Melhus M, Kristiansen RE, Kvernmo SE. The Influence of Religious Factors on Drinking Behavior Among Young Indigenous Sami and Non-Sami Peers in Northern Norway. *J Relig Health*. 2011; 50: 1024–1039. doi: 10.1007/s10943-010-9335-x.
17. Silvikken A, Haldorsen T, Kvernmo S. Suicide among indigenous Sami in Arctic Norway, 1970–1998. *Eur J Epidemiol*. 2006; 21: 707–713. doi: 10.1007/s10654-006-9052-7.
18. Silvikken A. Prevalence of suicidal behaviour among indigenous Sami in northern Norway. *Int J Circumpolar Health*. 2009; 68: 204–211. doi: 10.3402/ijch.v68i3.18336.
19. Ragnhild Broderstad A, Eliassen B-M, Melhus M. Prevalence of self-reported suicidal thoughts in SLiCA. The survey of living conditions in the Arctic (SLiCA). *Glob Health Action*. 2011; 4. doi: 10.3402/gha.v4i0.10226.
20. Tynes T, Haldorsen T. Mortality in the Sami population of North Norway, 1970–98. *Scand J Public Health*. 2007; 35: 306–312. doi: 10.1080/14034940701226159.
21. Brustad M, Pettersen T, Melhus M, Lund E. Mortality patterns in geographical areas with a high vs. low Sami population density in Arctic Norway. *Scand J Public Health*. 2009; 37: 475–480. doi: 10.1177/1403494809106502.
22. Brox J, Bjørnstad E, Olaussen K, Østerud B, Almdahl S, Løchen M. Blood lipids, fatty acids, diet and lifestyle parameters in adolescents from a region in northern Norway with a high mortality from coronary heart disease. *Eur J Clin Nutr*. 2002; 56: 694–700.
23. Bongo B. «Samer snakker ikke om helse og sykdom». Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur. 2012. Available at: <http://hdl.handle.net/10037/5458>.
24. Nystad T, Melhus M, Lund E. Sami speakers are less satisfied with general practitioners' services. *Int J Circumpolar Health*. 2008; 67: 114–121. doi: 10.3402/ijch.v67i1.18246.
25. Turi AL, Bals M, Skre IB, Kvernmo S. Health service use in indigenous Sami and non-indigenous youth in North Norway: a population based survey. *BMC Public Health*. 2009; 9: 378. doi: 10.1186/1471-2458-9-378.
26. Hansen KL, Sorlie T. Ethnic discrimination and psychological distress: A study of Sami and non-Sami populations in Norway. *Transcult Psychiatry*. 2012; 49: 26–50. doi: 10.1177/1363461511433944.
27. Hansen KL, Melhus M, Høgmo A, Lund E. Ethnic discrimination and bullying in the Sami and non-Sami populations in Norway: the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health*. 2008; 67: 97–113. doi: 10.3402/ijch.v67i1.18243.

■ SIV.KVERNMO@UIT.NO