



Guktie mijjine?

Gåktu viedjep?

Movt mii veadjit?

Hvordan har vi det?



Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš  
Senter for samisk helseforskning

**2001–2021**





Guktie mijjine?  
Gåktu viedjep?  
Movt mii veadjit?  
Hvordan har vi det?

Tittel: Hvordan har vi det?

ISBN trykt utgave: 978-82-996789-2-6

ISBN E-bok: 978-82-996789-3-3

Utgivelsesdato: 17.03.2022

E-bok: <https://doi.org/10.7557/sr.2022.2>

Utgiver: Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš/Senter for samisk helseforskning

Redaktører: Astrid M. A. Eriksen, Susanna R. A. Siri, Marita Melhus og Egil Thomassen

Layout: Tone Iselin Persen ved Grafiske tjenester, UiT Norges arktiske universitet

Omslagsfoto: Inger Dagsvold/UiT, Jonatan Ottesen/UiT, Doug Olson/Mostphotos.com

Guktie mijjine?  
Gåktu viedjep?  
Movt mii veadjit?  
Hvordan har vi det?

Sámi dearwašvuodadatkama guovddáš  
Senter for samisk helseforskning



**UiT** Norgga árktalaš universitehta





Guktie mijjine? Guktie mijjine? Guktie mijjine? Guktie mijjine? SØRSAMISK

Gåktu viedjep? Gåktu viedjep? Gåktu viedjep? Gåktu viedjep? LULESAMISK

Movt mii veadjit? Movt mii veadjit? Movt mii veadjit? Movt mii veadjit? NORDSAMISK

Hvordan har vi det? Hvordan har vi det? Hvordan har vi det? Hvordan har vi det? NORSK

# INNHold

● Ovdasátni	10
● Forord	12
● Artihkelh ● Artihkkala ● Artihkkalat ● Artikler	15
● 1   Saemien healsoedotkemejarnge – geerve 20-jaepien báeries noere	16
● 1   Senter for samisk helseforskning – en moden 20-åring	30
● 2   SAMINOR	42
● 2   SAMINOR	54
● 3   Bájkes stádaj	66
● 3   Fra bygd til by	78
● 4   Leavloe jih bijjieleavloe SAMINOR:sne	90
● 4   Vekt og overvekt i SAMINOR	104
● 5   Finnmarkku sápmelaččaid ja dáččaid rumašlaš lihadeapmi, váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabealit ja riska jápmit beare árrat	116
● 5   Fysisk aktivitet, risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer og risiko for tidlig død blant samer og nordmenn i Finnmark	130
● 6   Riskabealit ja riska oažžut váibmo- ja varrasuotnavigiid	144
● 6   Risikofaktorer og risiko for hjerte- og karsykdommer	156
● 7   Diabetes mellitus SAMINOR-suohkanijn	168
● 7   Diabetes mellitus i SAMINOR-kommunene	180
● 8   Metabovlen syndrovme, buajhtehksvoete jih etnisiteete saemien jarngedajvin	192
● 8   Metabolsk syndrom, fedme og etnisitet i samiske kjerneområder	202
● 9   Iellemguojme vahágahttem ja psykalasj vájve – mánnán vahágahttedum dasi vájkkut	212
● 9   Partnervold og psykiske plager – tidligere voldsutsatthet har betydning	224



● 10   Symptomh byöpmiedims-sturremidie jih madtjiesvoetese jijtse kråhpine.....	236
● 10   Symptomer på spiseforstyrrelser og fornøydhet med egen kropp.....	248
● 11   "Moraš lea lossat. li leat duššo vajáduhttit" – lešsoarbmejeddjiiid oapmahaččat sámi guovlluin.....	258
● 11   "Sorg er tungt. Det er ikke bare å glemme" – Etterlatte ved selvmord i samiske områder.....	268
● 12   Dearvašvuodábáľvalusaid gielalaš ja kultuvrralaš heiveheapmi – Kollektiiva vuoigatvuohta, dearvašvuodafágalaš hástalus, individuála dárbbut.....	278
● 12   Språklig og kulturell tilrette-legging av helsetjenester – Kollektiv rettighet, helsefaglig utfordring, individuelle behov.....	290
● Heelsege ● Varrudahka ● Dearvuodát ● Hilsninger.....	303
● Tjaeljih ● Tjálle ● Čállit ● Forfattere.....	335
● Register.....	346

## OVDASÁTNÍ

Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáš ášahuvvui 2001:s Norgga ártkalaš universitehtas, ja 2021:s lea guovddáš doaibman 20 jagi. Dan olis mii almmuhit dán populæradiedalaš girjjáža gos čalmmustahttit muhtun dutkangávdnosiid. Ulbmil girjjážiin lea máhcahit dieđuid álbmogii, geat nu viššalit leat searvan iskosiidda ja addán dieđuid iežaset birra dutkama olis. Mii sávvat maid ahte girjjis leat ávkálaš dieđut sihke dearvvašvuodabargiide, studeanttaide, báikkálaš ja guovddášeiseválddiide ja muđuige álbmogii.

Girjjáš lea ráhkaduvvon dainna jurdagiin ahte teavsttat galggašedje leat informatiivalaččat, miellagiddevaččat ja álkit lohkat. Girji lea juhkkuojvvon golmma oassái, vuos bohtet populæradiedalaš čállosat mat leat juhkkuojvvon kapihttaliidda. Dasto leat čohkken ávvo-dearvuodaid ášahusain ja institušuvnnain geaiguin ovttasbargat ja geat oidnosiidahket guovddáža bargguid. Mañemuš oasis leat oanehis čállibiografijjat. Girji lea jorgaluvvon sámegeielaide, juogo davvi-, julev- dahje lullisámegillii.

Fáttát leat áigeguovdilát ja guoskkahit beliid dearvvašvuodas ja eallindilis sámiide ja álbmogii geat ássat Sámis. Vuosttaš kapihttalis muitaluvo movt guovddáš ášahuvvui ja movt dat lea ovdánan 20 jagi badjel. Nuppi kapihttalis muitalit guovddáža váldoiskosa birra, SAMINOR. SAMINOR iskosa dieđuid vuodul leat almmuhuvvon mánggat dieđalaš čállosat ja nákkosgirjjit ja dat fas leat buvttihan dehálaš álbmotdearvvašvuodadieđuid sihke sámiid ja muđuige álbmoga birra. Goalmmát kapihttalis muitaluvo iskosa birra mii gohčoduvvo “Giliin gávpogiidda”. Iskosis leat geahčadan olbmuid dábiid fárrema ektui ja iskan jearahallanskovi bokte dearvvašvuoda, eallindábiid ja –dili birra sis geat guđde sámi giliid ja ásaiduvve gávpogiidda ja sis geaiguin váhnemat leat dahkan nu. Čuovvovaččat leat vihtta kapihttala main fáttát guoskkahit eallindábiid, riskafáktoriid ja dilálašvuodaid ovdal go buohccájit sohkar- dahje váibmo- ja varrasuotnavigiiguin. Guokte manjit kapihttala leat ges psykalaš dearvvašvuoda birra. Vuos lea sáhka veahkaválddálašvuoda birra eallingummiid gaskkas ja dasto borranváttuid birra. Guovtti mañemuš kapihttaliin lea vuolggasadji kvalitatiiva dutkansuorggis gos jearahallama bokte leat dahkan dutkamuša. Álggos muitaluvo movt mañisbáhccit vásihit dearvvašvuodabálvalusaid maid fáallet servvodagas mañjel iešsoardima. Mañemuš kapihttalis bohtá gis ovdan maid sámi pasieanttat ja terapevttat oaivvildit sámegeiela ja kultuvrra mearkkašit psykalaš dearvvašvuodasuodjalussii.

Leat mánggas geat leat veahkehan ráhkadit dán girjjáža ja buohkat galggašedje oažžut giitosa ja rámi. Vuosttamuččat háliidit giitit čálliid geat ángirit leat čuvvon bagadusaid teavsttaid hábmema ektui, ja Sámedikki geat ruhtadit almmuheami. Mii giitit maid jorgaleddjiid geat leat viššalit bargan buot osiiguin, korrektuvralohkkiid geat leat dárkkistan bargguid fitmadit ja govvejeddjiid daid čáppa govaid ovddas. Mii giitit maid Gráfalaš bálvalusaid UiT Norgga árkálaš universitehtas go nu vuohkkasit lea hábmen girjjáža, ja girjerádjosa UiT Norgga árkálaš universitehtas geat leat veahkehan almmuhit digitálalaččat. Mii giitit maid buot dearvuodaidda ovddas ja illudit go nu mánga ásahusa ja institušuvnna atnet ávkin dan barggu maid Sámi dearvvašvuodadatkama guovddáš dahká.

Mii redaktevrajoavkkus leat illudan bargat dáinna girjjážiin ja ovttasbargat čálliguin, grafihkkariiguin ja earáiguin geat leat searvan dán bargui. Mii sávvat ahte girjjáš livččii ávkkálaš lohkkiide ja attáši mávssolaš dearvvašvuodadieđuid. Mii sávvat maiddá ahte jorgaleapmi iešguđet sámegeleide veahkeha seailluhit sámegele geavaheami dearvvašvuodasuorggis. Loahpas mii vel sávvat, dálá ja ovddeš bargoustibiidda Sámi dearvvašvuodadatkama guovddášis, lihkku 20-jagi ávvudemiin.

*Romsa, golggotmánu 2021*

*Astrid Margrethe Anette Eriksen, Fimbenáilloánte-Susánna,  
Marita Melhus ja Egil Thomassen.*



## FORORD

Senter for samisk helseforskning ble etablert ved UiT Norges arktiske universitet i 2001, og i 2021 feiret senteret 20-årsjubileum. Jubileet markeres med denne populærvitenskapelige bokutgivelsen som presenterer utvalgte forskningsfunn fra senteret. Formålet med boka er å tilbakeføre kunnskap til befolkningen som så flittig har bidratt til helseforskning ved å dele sine opplysninger med forskerne. Vi håper også at boka vil gi nyttig informasjon til helsearbeidere, studenter, lokale og sentrale myndigheter og befolkningen for øvrig.

Vi har lagt vekt på at boka skal være informativ, interessant og lettlest, og den gis ut både digitalt og i trykt format. Boka er delt i tre deler, der de populærvitenskapelige kapitlene utgjør første del. Deretter følger hilsninger og gratulasjoner fra institusjoner som senteret har et godt samarbeid med og som løfter frem senterets arbeid på ulike arenaer. Siste del gir en kort presentasjon av forfatterne som har bidratt til boka. Alle deler av boka er oversatt til enten nord-, lule- eller sørsamisk.

Temaene er tidsaktuelle og berører flere sider ved helse og levekår til samer og den øvrige befolkningen som bor i Sápmi. I første kapittel beskrives senterets opprinnelse og utvikling gjennom 20 år. Andre kapittel tar for seg senterets hovedsatsning, helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR. SAMINOR har dannet grunnlag for mange vitenskapelige publikasjoner og avhandlinger som til sammen har bidratt med viktig kunnskap om folkehelse til samer og den øvrige befolkningen. Tredje kapittel beskriver undersøkelsen «Fra bygd til by». Undersøkelsen består av både en analyse over flyttemønster og en spørreskjemaundersøkelse som kartla helse, levekår og livsstil til personer som har flyttet fra samiske bygder til byer, eller har foreldre som gjorde det. Deretter følger fem kapitler som omhandler livsstil og sykdommene diabetes og hjerte- og karsykdom, og ulike risikofaktorer og forløpere til disse sykdommene. De neste to kapitlene tar for seg psykisk helse i relasjon til henholdsvis partnervold og det å ha et problematisk forhold til mat og kropp. Deretter følger to avsluttende kapitler som er basert på kvalitative forskningsmetoder hvor man har intervjuet mennesker. Det ene kapitlet handler om opplevelser etterlatte etter selvmord har med lokale helsetjenester, mens det siste kapitlet belyser hvilken betydning samisk språk og kultur har i psykisk helsevern.

Det er mange som har bidratt og gjort det mulig å lage denne boka, og alle fortjener ros og takk for innsatsen! Først vil vi takke forfatterne som har skrevet kapitlene og tålmodig fulgt våre krav til tekst og bilder, og takk til Sametinget som har bidratt med finansiering til utgivelsen. Vi takker også oversetterne som har jobbet raskt og tålmodig med hver del av boka, korrekturlesere som har gjennomgått kapitlene med sine observante blikk og fotografene for de flotte bildene. Takk til Grafiske tjenester ved UiT Norges arktiske universitet som har utformet denne flotte utgaven og til Universitetsbiblioteket ved UiT Norges arktiske universitet for hjelp og tilrettelegging for digital publisering. Vi takker også alle som har sendt oss hilsninger og gleder oss over at så mange ser nytten av den jobben Senter for samisk helseforskning gjør.

Vi i redaktørgruppa har hatt stor glede av å jobbe frem dette produktet sammen med forfatterne, grafikere og andre bidragsytere. Vi håper at leserne får stor glede av boka, og at oversettelsene bidrar til å styrke det samiske helsefaglige språket. Til slutt ønsker vi våre nåværende og tidligere kolleger ved Senter for samisk helseforskning til lykke med 20-årsjubileet.

*Tromsø, oktober 2021*

*Astrid M. A. Eriksen, Susanna R. A. Siri,  
Marita Melhus og Egil Thomassen.*





ARTIHKELH

ARTIHKKALA

ARTIHKKALAT

ARTIKLER

# 1 SAEMIEN HEALSOEDOTKEMEJARNGE – GEERVE 20-JAEPHEN BÅERIES NOERE

*Ann Ragnhild Broderstad jìh Marita Melhus*



## Iktedimmie

Saemien healsoedotkemejarnge (Senter for samisk helseforskning – SSHF) tseegkesovvi 2001 Sosijaale- jìh healsoedepartemeenteste mij stilli dotkemebaseereme daajroem buektedh healsoen jìh jieledeetsiehkij bijre saemien årroji luvnie Nöörjesne. 20 jaepieh jarngen barkijh leah ovrehte 160 vitenskapeles tjaalegh bæjhkoektamme, jìh 17 dääkteregraadh leah dorjesovveme. Stoerre leavloe biejesávva daajroem årroejidie áehpiedehtedh, mij daate heevhtimmiebæjhkoektimmie vuesehte.

Dihthe stoerre healsoe- jìh jieledeetsiehkigoerehtimmie SAMINOR lea jarngen uvtemsth darjome jìh vihkielommes gaaltije maam daajrojne healsoen, jieledehammoen jìh

jieledevuekiej bijre utnebe saemien årroji luvnie. Lissine SSHF tjirrehtamme jallh meatan orreme jieniebinie stoerre daatatjöonghkeme- jñh dotkemeprosjektine. Skiemtjelassh jieledhammoen gaavhtan (vaajmoe- jñh virreáerieskiemtjelassh jñh sohkerejaamedh-gæbja) jñh psykiske healsoe leah vihkeles dotkemesuerkieh jarngesne. Gaavnoe dan stoerre lãhkoen bijre vædtsoesvoeteste saemien årromedajvine jijnjem állermaehthemem áadtjoeji medijinie. Seammlaakaan prosjekte «Rein som næringsmiddel» (Bovtse goh beapmoe-mehtie), mij orre daajroem buakteme beapmoesisvegen jñh byjresedaalhkesi bijre bearkosne jñh sysngelinie bovtseste.

Jalhts SSHF annje lea onne jarnge, mijjiej noerebaelien mijjen duakan biejebe jñh geerve jieliedasse vaedtsebe stoerre syjhtedassigujmie. Hijven dialogh dovne seabradahkeaktöörigujmie, dotkemebyjresigujmie jñh ij goh unnemes årrojigujmie sijhtieh eevre vihkeles årrodh juktie lyhkesidh.

## Duekie

Sosijaale- jñh healsoedepartemeente Saemien healsoedotkemejarngem (SSHF) tseegki 2001 sjaavnjoen mietie Saemiedigkeste jñh saemien healsoebarkijjistie. Tseegkeme SSHF:ste lij illedahke aktede barkoste mejnie guhkiem giehtelamme, jñh mesnie gellie ovmessie aktöörh lin meatan. Saemien healsoe- jñh sosijaalefaageles organisasjovnh tseegkesovvin gaskoeh 1980-lãhkoen. Dej ulmie lij buerebe sjiehteladtemen ávtteste barkedh healsoe- jñh sosijaalediene-sijjistie saemien utniejidie jñh skiemtjijidie. Daej organisasjovni barkoen gaavhtan gellie jaepieh akte moenehtse tseegkesovvi 1991 mij ulmine utni raeriestimmiem buektedh akten soejkesjasse healsoe- jñh sosijaaledienesjidie saemien årroejidie Nöörjesne. 1995 NOU 1995:6 «Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge» bæjhkohtamme sjidti (1). Akte salkehtimmiebarkoe maam Saemiedigkie, Universiteete Romsesne (universiteeten nomme mænngan jeatjahtovvi UiT Norges arktiske universitetese) jñh Saemien dáakteresiebrie tjirrehtin illedahkine reektehtsem «Utredning om etnisk medisin ved Universitet i Tromsø» áadtjoeji 1999 (2). Dan mænngan ajve göökte jaepieh veesin ávtelen saemien healsoedotkemejarnge reakasovvi. Jarnge nommem áadtjoeji Senter for samisk helseforskning, (Saemien healsoedotkemejarnge) jñh maahta daelie báástede vovejnedh 20 jaepide dotkeme-darjomigujmie gusnie áejviefokuse lea orreme healsoe- jñh jieledetsiehkiedaatah stoerre viehkine tjöonghkedh. Lissine bievneme dotkemeilledahkijste, dovne voenges seabradahkide, politihkeridie, healsoererijidie jñh jeatjabidie jolle prioriteetem átna.

## Aalkoe

Lokaliseereme lea daamtaj digkiedimmieteema, men ij lij teema gosse Saemien healsoedotkemejarnge tseegkesovvi. Jarnge sijjiem áadtjoeji UiT Norges arktiske universiteetesne, Healsoefaageles fakulteetesne, Seabradahkemedisijnen instituhtesne. Salkehtimmie etnihkeles medisijnen bijre vuarjasji lij dovne vihkele lihke ektiedimmine medisijnen faagebyjresasse UiT.se Romsesne, seamma tijnen goh jarnge lij stieresne saemien dajvine jñh lihke

laavenjostoem utni saemien healsoeinstitusjovnjugimie. Dah dan ávteste juvnehtin lokali-seeremem juekedh Romsan jìh Karasjohken gaskem. Moenehtse aaj konklusjovnine utni dáárrehtimmienuepieh vitenskapeles barkojde ij lij dan joekoen hijven. Dan ávteste daer-pies orreme jarngesne jìjtse dotkijh ööhpehtidh mah daajroem aalkoeáálmegehealsoen bijre utnieh.

Professoivre Eiliv Lund earoem áadtjoeji jarngen voestes faageles ávtehkinie árrodh, mearan Ragnhild Vassvik jarngem reeri goevtesisnie Karasjohkese. SSHF:n seabradahkestilleme lij healsoetsiehkien bijre saemien árroji luvnie reektedh. Illedahke sjìdti árrjoegoerehtim-miem tseegkedh joekoen daan ássjelasse hammoedamme. Eiliv Lund voestes ávtehkinie sjìdti dehtie orre tseegkeme árrjoegoerehtimmeste mij nommem Helse- og levekårsun-dersøkelsen i områder med samiske og norsk bosetting – SAMINOR áadtjoeji (Healsole-jìh jieledehtsiehkiegoerehtimmie dajvine saemien jìh nõörjen árrjojigujmie – SAMINOR (vuartesjh 2. kapihtelem).

Maadthdäärjoe SSHF:se vadtasávva Healsole-jìh hoksedepartemeenteste Healsoedirektooraaten baaktoe jìh lij aalkoelisnie 5,2 millijovnh krávnah, men læssani 6,2 millijovnh krávnide 2012. Lissine jarnge däärjoem áádtje jeatjah aktöörjiste ohtsemen mietie.

## SSHF daanbien

2012 lij geajnoeraaste jarngesne. Eiliv Lund jìh Ragnhild Vassvik sijjen barkoeh leehpin ovrehte seamma tíjjen goh jarnge aktine stoerre daatatjöönghkeminie eelki SAMINOR 2-goerehtimmesne. Jaepien don mænngan professoivre Magritt Brustad orriji jìh barkoem instituhten ávtehkinie eelki Seabradahkemedisijnen instituhtesne. Jaepien 2013 raejeste dotkije 1 Ann Ragnhild Broderstad jarngen faageles ávtehkinie orreme jìh SAMINOR-goerehtimmien ávtehkinie orreme.

2018 raejeste SSHF sijse bööti goh ihkuve páaste staatebudsjedtesne, naakede mij lij stoerre jaksoemierie. Lissine SSHF prosjekteddäärjoeh jeatjah byjngetje aktöörjiste áádtje, dej gaskem Saemiedigkie, Tjìeltedepartemeente, fylhkentjìelth, Healsole Noerhte jìh Nöörjen dotkeraerie (daaroen NFR).

SSHF sæjhta dáaresthfaageles sov barkosne árrodh, naakede mij vääjnesasse báata barkiji faageduekesne. Dejnìe 20 jaepine jarnge lea ovrehte 40 barkijh átneme gellielaaketje faage-duekine: medisijne, skiemtjiesujhteme, psykologije, antropologije, statistihke, histovrije, pedagogihke, veterinëæremedisijne, kemi jìh vielie.

Gaertjieldihkie ekonomeles vierhtiejgujmie, jarnge lea veeljeme sáemies dotkijh bielietjìj-enbarkojne seehtedh sijjeste gaajhkesh dovneshe elliestijjen seehtedh. Jarnge lea sov desen-traliseereme maallem tjáadtjoehtamme, faageles ávtehkinie sijjesne Várdobaiki saemien

jarngesne Tjeldsunden tijeltesne. Daan biejjien akte bielie jarngen ällesth 14 elliestjien – jñh bielietijjenbarkijstie sov barkoesijjiem átna Seabradahkemedisijnen instituhtesne Romsesne. Doh jeatjebh ovmessie sijjine laantesne árröeh, Karasjohken raejeste noerhtene, Oslon raajan áarjene, lissine akte bielietijjenbarkije Upmejisnie Sveerjesne.

## Såemies mijjen dotkemeprosjektijste

SSHf:n seabradahkebarkoe lea dotkemebaseereme daajroem buektedh saemiej healsoen, jieledehammoen jñh jieledehtsiehkij bijre. Dan ávteste ij leah luhpie etnisiteetem byögkeles registerinie registreeredh, nasjonaale healsoeregisterh eah biëvnesh vedtieh saemien árröji healsoen bijre. Jis ij leah sjyöhtehke daatagaaltijh átneme gusnie gáarede saemien etnisiteetem identifiseeredh, jarnge ij leah nuepieh átneme sov seabradahkestillemem darjodh. Illedahke lea sjídteme jñjtse dotkemedataah ribledh biëvnesigujmie etnisiteeten, healsoen, jieledehammoen jñh jieledehtsiehkij bijre. SSHf lea jienebh stoerre daatatjöonghkemh tjírrehtamme, gusnie vijhte prosjektñh ánehkslaakan neebnesuvvieh:

## Healsole- jñh jieledehtsiehkiegoerehtimmie dajvine saemien jñh nöörjen árröjigujmie – SAMINOR

SAMINOR lea jarngen uvtemes prosjekte, hammoedamme goh akte klassiske epidemiologes dotkemeprosjekte. Joe gosse SSHf tseegkesovvi 2001 soejkesjimie eelki aktede eevre orre daatatjöonghkemistie mij saemien árröjh jarngesne utni. Doh voestes jaepieh soejkesjimie tjírrehti, jñh jaepiej 2003–2004 aktem stoerre daatatjöonghkemem tjírrehtin 24 tjíeltine – SAMINOR 1 (3). Almetjehealsoleinstitute (daaroen FHI) jñh don baelien Staaten healsoegoerehtimmie lin tjáadtjoehtæjjah dan praktikheles tjírrehtimmie ávteste.

Såemies jaepiej mænngan lij iemie aktem jáarhkem SAMINOR 1-goerehtimmie tjírrehtidh. FHI idtji vielie jñjtse árröjogoerehtimmie tjírreht, jñh jarnge dan ávteste oktegh díedtem veelti dom mubpiem daatatjöonghkemem darjodh – SAMINOR 2 (4,5).

Mijjiej jñjnem liereme dovne SAMINOR 1 jñh 2-goerehtimmijste, men vihkele healsoetsiehkem meatan fulkedh guhkiem. Akte iemie dotkemevtiedimmie lea aaj orre dotkemegyhtjelassh jñjhtieh. Maahta eevre orre tema árrödh mejtie ij leah tjöevkesem biëjeme aarebi, jallh daataváarome ij leah nuekie sjiehteles orreme dejtie gyhtjelasside vaestiedidh mejtie utni. Dan gaavhtan dle minngibem daatatjöonghkemem soejkesjeminie daelie – SAMINOR 3. Minngibe daatatjöonghkeme vuesehte SSHf lea njoetseme daelie jñh leah noerebaelien jñh geerve almetjen gaskem, jñh maahta stööregslaakan jñjtse dotkemejuelkine tjáadtjodh. Lohkh vielie SAMINOR:n bijre jñh soejkesji bijre SAMINOR:se 2. kapihtelisnie.

## Voeneste staarese

Sentraliseereme jñh jarkelimmie árrömemöonsteristie leah evtiedimmie orreme guhkiem, dovne abpe veartenisnie jñh Nöörjesne. Aaj saemien árrömedajvh dáájroeh almetjñh staaride

juhtieh (6). Seamma tñjen vaenie daajroem átna healsoen jñh jieledeetsiehkij bijre saemien árruojidie mah staarine árruoh. SSHF dan ávteste skraejriem veelti, laavenjostosne Nöörjen instistuhetine staare- jñh regijovnedotkemasse (NIBR), aktem goerehtimmiem eelki juktie buerebe daajroem áadtjodh healsoen, kultuvren jñh jieledeetsiehkij bijre staareárruoi gaskem mah aalkoelistie voenetjeltijste báetieh saemien jñh nöörjen árruojigumie.

Prosjekte tñjirrehtamme sjñditi göökte bielie. Bielie 1 lij registerestudije aktine analyjsine juhtememöönsteristie jñh man stöörege árromemöönstere lij voestes bielesne geervejelielidistie. Gaajhkh almetjh 25 jaepiedáehkijste mah lin byjjenamme vaeljehke voenetjeltine saemien jñh nöörjen árruojigumie fulkesovvin dehtie raejeste dah lin 15 jaepien báeries goske jaepien 2008 aalkoelisnie lin aaltarisnie 33–57 jaepieh. 2. bielie lij gihtjemegoeregoerehtimmiem maam tñjirrehti 2014 almetji gaskem aaltarisnie 39–64 jaepieh (reakadamme 1950–1975) mah lin juhteme daejstie 23 voenetjeltijste staaride (6). Dej maanah (bijjelen 18 jaepieh) aaj gihtjemegoerem áadtjoejin (mubpieboelvejuchtijh). Maahtah vielie studijen bijre lohkedh Voeneste staarese 3. kapihtelisnie.

### Survey of Living Conditions in the Arctic (SLiCA)

SLiCA lij akte gaskenasjonaale dotkemeprojsjekte jieledeetsiehkij bijre aalkoeáálmegi gaskem Arktisesne (7). Studijisnie aalkoeáálmegh aaltarisnie 16 jaepieh jñh báarasábpoe aerpievuekien aalkoeáálmegedajvijste Kruanalaantesne, Alaska, Canada, Russlaante, Sveerje jñh Nöörje. Dotkemedata gihtjehtimmine veedtjesovvi gihtjemegoerine áaredájja-áaredájjesne, gusnie almetjidie dáarrehtin viehkine lopmetjengkerevuekeste (snow-ball sampling), mij sájhta jiehtedh govlehtallijh nommh orre almetjidie raeriestin mah gihtjehtæmman böoresovvin. Daatjätjöonghkeme Nöörjesne dorjesovvi boelhken 2002–2008. SSHF diedtem veelti SLiCA:n nöörjen bielien ávteste 2006 jñh lea jeantjommesem daatijste tjöonghkeme. Állesth 445 saemieh lin meatan Saepmien nöörjen bielesne. Studije sájhta dotkemem jñh daajroem jieledeetsiehkij jñh healsoen bijre eevtjedh viehkine daatabaasem evtiedidh mij leah hammoedamme hedtieh jñh joekhtsh Arktiske regijovnesne speejjeldidh. Áejviefokuse lij aalkoeáálmegi jieledeetsiehkij noerhtedajvine, jñh guktie dej minngemes luhkiejaepiej sosijaale, politihkeles jñh byjreseligke jarkelimmieh leah aalkoeáálmegi jieledeetsiehkij baajnehtamme sirkumpolaare dajvesne. SSHF átnoem daatijste Nöörjeste reerie.

### Bovtse goh beapmoemehctie

Prosjektesne «Bovtse goh beapmoemehctie» lea pryövñh bearkoste, librestie, jñrremistie jñh buejtiste bovtseste tjöonghkeme jñh analyseereme 14 ovmessie gáatomedajvijste Noerhte-Nöörjesne jñh Trööndelagesne. Pryövvide analyseereme gaskem jeatjah buejtie-aamhtide, vitaminide, mineraalide jñh byjresedaalhkesidie. Illedahkh vuesiehtieh bovtsenbearkoe lea naakede dehtie aejliesommes bearkoste datne maahtah byöpmedidh, naakede mij

aaj tsåatskelesvoetem medijjistie ålkoelaantesne åådtjeme. Maahta vielie prosjekten bÿjre lohkedh gærjatjisnie «Korsen é det med helsa di?» (8).

### Dah mah baetsieh faahketji jaememem mænngan Nöörjesne

«Etterlatte etter brå død i Norge» (Dah mah baetsieh faahketji jaememem mænngan Nöörjesne) lij akte studije mij daata sijse tjöönghki dovne dejstie mah baatseme jÿh tjïelti-jste. Studije dovne kvantitatijve (gihtjemegoerh) jÿh kvalitatijve (gïengelåbpoe gihtjehtim-mie) bieliem utni.

Prosjekte lissiehtamme daajroem jÿh goerkesem vedti baetsiji daerpiesvoeti jÿh sjaaavnjoej bÿjre gosse siejhme viehkiem krööhkeste byögkeles viehkieabparaatse Noerhte-Nöörjesne, jÿh saemien dajvijste sjïerelaakan. Tjoevkese biejesåvva haestiemié mah Leah viédtehdihkie healsoeviehkiem vedtedh smaave voenges seabradahkine. Maahta vielie prosjekten bÿjre lohkedh reektehtsisnie «Sorg er tungt. Det er ikke bare å glemme» (9).

### Mij illedahkh gaajhke daehtie daatatjöönghkemistie?

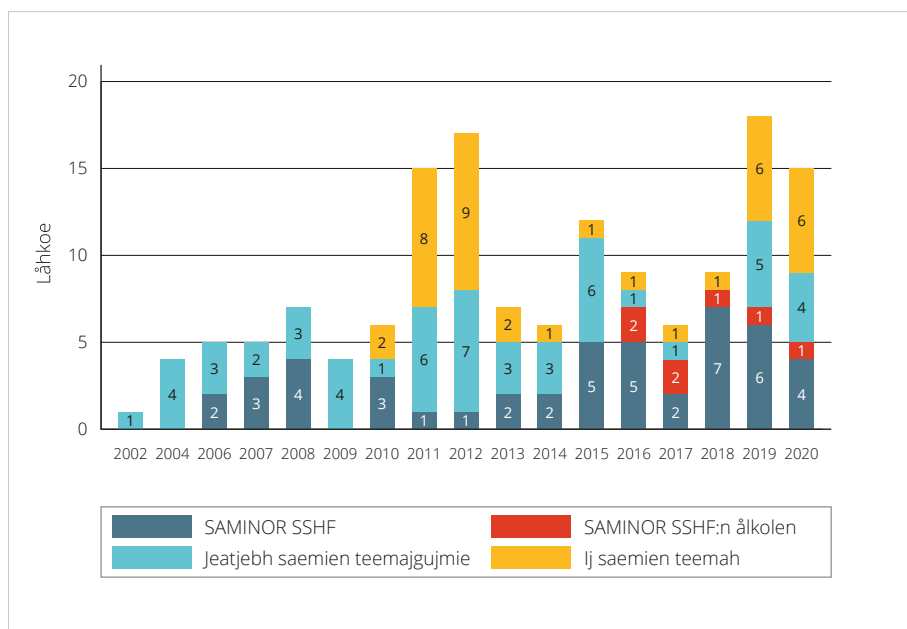
SSHF lea dotkemejarngé mij uvtemes edtja dotkemebaseereme daajroem buektedh, men dotkeme ij naan aarvoem utnieh jis ij illedahkide jeatjabidie åhepiedehtieh. SSHF dam gellielaakan dorje:

- Vitenskapeles bæjhkoehimmieh
- Dåakteregraadh jÿh maasterelaavenjassh
- Populærvitenskapeles bievneme jÿh ööhpehtimmie, aaj kronihkh jÿh gihtjehtimmieh medijjinie
- Meatan årrodh salkehtimmie jÿh maahtoebyjresisnie universiteeten ålkolen

### Vitenskapeles bæjhkoehimmieh

Figuvre 1 vuesehte man gellie bæjhkoehimmieh SSHF lea buakteme. Àllesth jaepien 2020 minngiegietjesne jarngé lea 139 vitenskapeles tjaalegh bæjhkoehamme mah ellieslaakan jallh såemiesmearan Leah viédtehdihkie SSHF:se. Dej voestes 10 jaepiej lij vaenie bæjhkoehimmieh. Doh jeanatjomes vitenskapeles tjaalegh lin dellie viédtehdihkie dåakteregraadeprosjektide jarngesne. Mænngan dotkemeproduksjovne læssanamme. Don minngemes 10-jaepienboelhken jarngé lea ovrehte 10 vitenskapeles bæjhkoehimmieh bæjhkoehamme. Bæjhkoehimmievehka baajnehtamme sjædta dejnie boelhkine gosse eadtjohkelaakan daata tjöönghkeminie jÿh bæjhkoehimmieh eah dan jaabnan olkese bætieh, naakede mij joekoen våajnoes sjædta jaepiej 2013–2014. Sjollehke bæjhkoehimmieh jeenjémasht dorjesuvvieh tematihken sisnjelen goh saemien healsoen jÿh jieledehtsiehkiej bÿjre, dan åvtéste daate lij jÿh annje lea jarngen seabradahkestilleme. Dotkijh jarngesne Leah meatan ovmessie nasjonaale jÿh gaskenasjonaale dotkemeviermine, dan åvtéste aaj bæjhkoehimmieh jeatjah teemajgumie goh aalkoeåålmegehealsole. Faageles vieksiesvoete jarngesé mijjen dotkijh jeereldihkie dotkemelaavenjostoem utnieh.

Jarnge lea orre daajroem buakteme gelliej teemaj sisnjeli, jñh sãemies daejstie teemijste allermaehtebe dejnie ovnessie kapihtelinie daennie heevehtimmiebãjñkoehtimmesne. Gamte fokuse orreme jieledhammoeskiemtjelasside (vaajmoe- jñh virreãerieskiemtjelassh jñh sohkerejaamedhgãbja) jñh ovnessie teemah psykiske healsoen bãjre. Akte teema mij stoerre tsãatskelesvoetem medijinie åãdtjeme lea gaavnoeh SAMINOR 2-goerehtimmeste dan stoerre veahkan bãjre vãdtsoesvoeteste saemien årromedajvine. Dej voestes jaepiej jñjnje dehtie dotkemistie lij noerestudijen bãjre Ung i Nord, teemajgumie ruvsesãtnoe, psykiske healsoe jñh aemieluesemedãemiedimmie. Ånnetji ånnetji SAMINOR lea vihkielommes daatagaaltijinie sjãdteme. Goh figuvre 1 vuesehte, dotkijh SSHF:n ålkolen aaj SAMINOR-daata nuhtjeh.



Figuvre 1: Vitenskapeles bãjñkoehtimmieh Saemien healsoedotkemejãrngeste 20 jaepieh.

### Dãakteregraade- jñh maasterrelaavenjassh

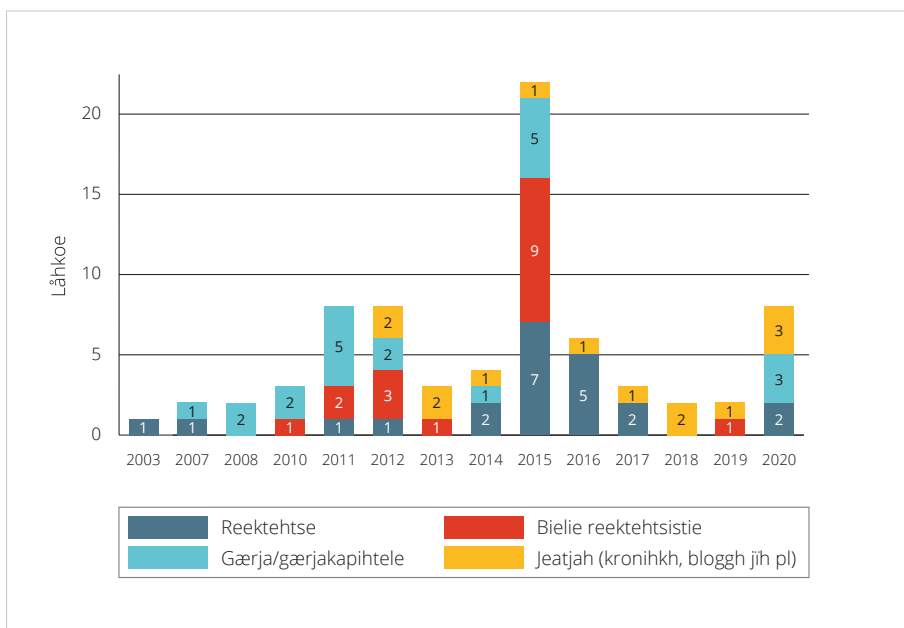
Jaabnan barkeminie orre dotkijh dããrrehtidh, jñh daan mearan 17 dotkijh mah leah viedteldihkie SSHF:se sijjen dããkteregraadh voebnesjamme. Sãemies daejstie dããkteregraadijste libie tjãrrehtamme lihke laavenjostosne jeatjah institusjovnigumie goh Saemien nasjonaale mahtoedienesje – psykiske healsoevaarjelimmie jñh geeruveoete (SANKS), Finnmarhkeskiemtjẽgãetie, Noerhte-Nõörjen Universiteeteskientjẽgãetie (UNN), Healsoe Noerhte jñh Upmejen universiteete. Viermiebigkeme lea jãrngesne orreme daejnie laavenjostoeprsjektine. Lissine dotkijh SSHF:sne lijkiebñhkedãjjine orreme jieniebidie ph.d.-kan-



didaatide jarngen ålkolen, jìh gellide medisijne- jìh maasterestudeentide. Bìhkedimmie maasterestudeentijste ij leah jarngen aalkoelaavenjassijste, men lea sàemies aejkien vâåjneme hijven nuepine orreme dâakteregraadestudeenth dâårrehtidh. Lissine dle bìhkedimmie studeentijste mijjen dotkijidie nuhteligs dâåjrehtimmiem vadta bìhkedæjjine årrodh.

### Bievne me jìh ööhpehtimmi e

SSH F aktem mandaatem åtna maam jìjtsasse vadteme, dotkemeilledahkide bäästede vedtedh dejtie seabradahkide gusnie dotkeme lea dorjesovveme, jìh sov bievne me strate-gijigujmie barka lihke laavenjostosne Saemiedigkine, fylhkigujmie jìh tjìeltigujmie. Daate heevehtimmi ebæj hkoeh timmie lea lihtse jarngen bievne me strate-gijieste, mij lea dotke-meilledahkide årroej idie buekt edh. Figuvre 2 b ij jieguvviem vadta jarngen populæ ære-vitenska peles bæj hkoeh timmie j b ij jeli.



Figuvre 2: Populæ ærevitenska peles produksjovne Saemien healsoedotkeme jarngesne 20 jaepieh. Medijetjaalegh jìh håalomh ovnessie foruminie eah leah meatan.

Populæ ærevitenska peles bievne me lea joekoen gellielaaketje jìh lea reektehtsh, gærjah, blogg h, kronihkh jìh tjaalegh mah gaavnoeh dotkemisnie aelhkieslaakan buerkiestieh (8-10). Medijetjaalegh jìh håalomh ovnessie foruminie aaj meatan populæ ærevitenska peles bievniemisnie, men dah eah leah meatan vaaltasovveme figuvresne 2. Jarngen barkijh

leah bijre jarkan fealadamme jñh sijnen dotkemeilledahki bijre beavneme abpe Nöörjesne, jñh aaj Nöörjen jñh Saepmien raasti ålkoli.

Fierhten daejstie luhkie tjæltijste gusnie klinihkeles daatah tjöönghkesovvin SAMINOR 2-goerehtimmesne, jñjtsh reektehtsh dorjesovvin mah almetjehealsoeprofiljem tjæltien årroejidie buerkiestieh aalteredåehkesne 40–79 jaepieh (10). Reektehtsh trygkesovvin jñh seedtesovvin fierhten tjæltese. Gosse reektehtsidie bæjhkoehti, jñjtsh almetjetjåanghkoeh jñh tjåanghkoeh healsoebarkijigujmie jñh administratovrigujmie öörnesovvin fierhtene tjæltesne. Gaajkh reektehtsh maahata jarngen jñh SAMINOR:n nedtesæjrojne gaavnedh.

Saemien healsoedotkemejarngje aktem populæærevitenskapeles gærjetjem darjoeji 2015, «Korsen é det med helsa di?» såemies dotkemeaavnoejgujmie boelkste 2003–2014 (8). Dejtie libie deelleme gellide tjæltide, fylhkide, dåakterekontovride, gærjagætide jnv. jñh tjåanghkojne jñh seminaarine. Gærjetje aaj mijjen nedtesæjrosne. Dotkijh jarngesne aaj jienebh tjaalegh åtne me gærjesne «Samiske tall forteller» (Saemien taalh soptsestieh (11) jñh jeatjah populæærevitenskapeles bæjhkoehtimmine (12–16).

Jienebh ööhpehtæjjaj mietie gihthieh mej maahtoe aalkoeåålmegehealsoen bijre. Nov lea vaenie almetjh mah vielie maehteles dam darjodh goh mijjen dotkijh. Jalhts jarngen barkijh eah ööhpehtimmiediedtem utnieh, sååjhtoe dah ööhpehtimmielaavenjassh vaeltieh ovmessie healsoeprofesjovneööhpehtimmine, kuvsjine jñh plearoe. Vihkele mijjen gaavnoeh dotkemistie åhpieh darjodh bætijen aejkien healsoebarkijidie, jñh dan åvteste daam utnebe goh akte vihkeles bielie jarngen bievnemelaavenjassijste.

### Meatan salkehtimmine jñh tseegkemisnie maahtoebyresijstie universiteeten ålkolen

Jienebh SSHF:n maahtoen mietie gihthieh, dej gaskem Saemiedigkie, direktoraath, departementen, fylhkh jñh tjæltie. SSHF lea aaj meatan orreme etihkeles njoelkedassh hammoedidh saemien healsoedotkemasse jñh dotkemasse humaane biologieles materijellese, jñh lij dennie ektiedimmesne tjåadtjoehtæjja göökte reektehtsi åvteste dejnie ulmie daajroevåaromem vedtedh juktie njoelkedassh healsoedotkemisnie saemien seabradahkesne hammoedidh. Voestes reektehtse kvantitatijve healsoedotkemeprosjekth Nöörjesne goerehtalli doh minngemes 30 jaepieh mah saemien etnisiteetem meatan utnin (12). Mubpie reektehtse aktem bijjieguvviem vaeljehke etihkeles njoelkedassi bijjeli vedti healsoedotkemasse aalkoeåålmege gaskem Alaskesne, Canadasne, Kruanalaantesne, Australijisnie jñh New Zealaantesne (13). SSHF lij meatan dennie guhkiebasse barkosne juktie raeriestimieh njoelkedasside hammoedidh.

Jarngje lea dotkemeaavnoeh buakteme jñh lahtestimmieh vadteme reektehtsidie, daajroektiedimide jñh salkehtimide, gaskem jeatjah Maana-, noere- jñh fuelhkiedirektoraatese

(Bufdir), FHI:n Almetjehealsoereektehtsasse jñh NBS:ide mñrrestallemen bñjre (14). Fylhkenhealsoegoerehtimmiej sñjekenisnie mejtie FHI jñh doh noerhtemes fylhkh leah tñjir-rehtamme, jarnge lissiegihtjemegoerem darjoeji dejtie gellienetnihkeles árroejidie noerht-ene, minngebi reektehtsigujmie Finnmarhkese, Romsese jñh Nordlaantese (15).

### Vihkelesvoete aktede jñjtse jarngeste saemien healsoedotkemasse

Mænngan 20 jaepieh, gusnie SSHF lea jñjtjemse maanaskiemtjelassi tñjñrrh barkeme jñh áñnetji pryöveme jñh feajloedamme, stööregslaakan jñjtsh dotkemejuelkine tjáadtjoebe. Dotkeme lea saemien healsoetsiehkieh, jieledetsiehkieh jñh ij goh unnemes reaktam daaj-rose jñjtse árrojehealsoen bñjre biejjieöörnegasse bieje.

Dotkemeprosjekth SSHF:sne, joekoen SAMINOR, lea metodihkeles, etihkeles jñh seabradahkeligke haestemh sjyöhtehke dorjeme gosse edtja dagkerh stoerre dotkemeprosjekth árroji luvnie tñjirrehtidh mah guhkiem leah álkoestamme orreme. Jis edtjebe maam akt destie tñjertestidh, tjuaara doh digkiedimmieh neebnedh gusnie digkiedamme guktie byöroe etnihkeles ektiedimmien bñjre gihtjedh, jñh mubpesth guktie maahta/byöroe almetjh joekehts etnihkeles dáehkide biejedh. Eevre raejeste SAMINOR-goerehtimmien aalkoven raejeste, 11 gyhtjelassh gñelen, etnisiiteeten jñh jñjtse identiteeten bñjre váaroeminie orreme juktie almetjidie mah meatan orreme, dáehkide biejedh goh saemieh jallh daaroe (vuartesjh 2. kapihtelem SAMINOR:n bñjre). Metodihken mietie daate gellie haestemh vadta mejtie mijjen dotkijh statistihke-analyysi tñjñrrh veelelaakan vaestiedieh. Seamma tñjjen digkiedimie átnoen bñjre etnisiiteeteste healsoedotkemisnie leah Saemiedægkan jñh jeatjah institu-sjovnide jáarhkeme, goh Nöörjen institusjovne almetjereaktide (NIM).

Stööremes haesteme mijjen dotkemeprosjektigujmie lea læjhkan dihte ahkedh vuarjasjimmie mejtie mijjieh daarhvem dievviedibie, mejtie mijjieh ulmiedáehkide jaksebe jñh mejtie mijjen dotkemeilledahkh leah faamosne gaajhkide saemien jñh daaroen árroejidie. Mah mijjieh fer vaenie geograafeles dajvh jñh aalteredáehkieh meatan vaalteme? Fer vaenieh dejstie mah leah bööresovveme, leah meatan? Mijjien naan báajhtoeh tsiehkieh dej gaskem mah meatan goerehtimmie? Vuesiehtimmien gaavhtan, mah jienebh saemieh goh daaroe mah veeljeh meatan árrodh, jallh dagke vaenebh? Áenehkslaakan iktedamme: maahta mijjen dotkemeilledahkide leajhtadidh? Ibie maehtieh állesth vaestiedassem vedtedh. Dan ávteste vihkele orre daatatjöonghkemh jñh analyjsh darjodh juktie mijjen gaavnoeh giehtjedidh.

Jarngen dotkeme lea vuesiehtamme saemien árrojh leah seamma heterogeene goh fierhte jeatjah dáehkie – hævvi! Guhkiebasse mijjen studijh edtjeh dan ávteste meatan vaalstedh eantan stuerebe geograafeles dajvh jñh lissine aaj maanah jñh noerh meatan vaalstedh. Gosse dam geograafeles dajvem vijriedibie, sijhtebe buerebe daataváaromem áadtjodh dejtie ovnessie saemien dáehkide fiereguhtene haeresne goerehtidh, jñh sijhtebe vielie bievnesh

åadtjodh kveenen årroji bijre jñh noerhtenöörjen årroji bijre siejhmelaakan. Lissine sijhtebe barkedh guktie dan jeenjesh gåarede leah meatan mijjen daatatjöonghkemisnie. Dan jienebh mah leah meatan, dan vielie jaahkods mijjen illedahkh sjidtieh.

Jaepiej åvtese SSHF sæjhta åejviefokusinie utnedh SAMINOR 3-goerehtimmiem tjirrehtidh. Mænngan göökte daatatjöonghkemh tjirrehtamme vuejnebe magkeres daajroe mij fååtese healsoen bijre almetjidie noerhtene. Goh voestes aejkien kvalitatijve goerehtimmievuekieh sijhtieh gihtjehtimmieh våaroeminie utnedh SAMINOR:sne. Åejvieuilmie lea gorredidh årroji jñtsh sjaavnjoeh jñh daerpiesvoeth krööhkestidh gosse lea teemaj bijre mejtie byöroe dotkedh. Akte kombinasjovne joekehts dotkemevuekijste, goh dovne gihtjehtimmieh, gihtjemegoerh jñh klinihkeles mööledimmieh, maehtieh sån kvaliteetem dotkemasse lissiehtidh.

### Iktedimmie

Fåantoe man åvteste SSHF tseegkesovvi, lij faatoes daatabahtseme jñh daajroe saemien healsoen jñh jieledetsiehkij bijre. Mijjen dotkemeprosjekth pryövoeh naakenh daejstie faatoes daajroeraekijste gaptjedh. Saemien årrojh jñh aalkoeåålmegeperspektijve leah åejviefokuse, men jarnge aaj maahta daajroem dotkemen tjirrh reebledh kveenen, nöörjen jñh gaajhki gellienetnihkeles årroji bijre noerhtene.

SSHF akte 20 jaepien båeries noere gelliej dååjrehtimmiejgugumie mij daelie jñtjemse heev-ehte. Dotkeme ij leah naan riekte jallh aelhkje geajnoe dåeriedidh. Daerpies iedtjije jñh dedikeereme dotkijgugumie jñh dåarjoehtæjjajgugumie mah ektesne berkieh ektie ulmien vööste. Hijven dialogh seabradahkeaktöörigugumie, dotkemebyjresigugumie jñh ij goh unnemes årrojgugumie, lea eevre daerpies jis edtja hijven dotkeme sjidtedh. SSHF lea annje akte onne jarnge, jñh maehetebe ajve stuerebe sjidtedh viehkine jeatjah faagebyjresijstie jñh dotkijijstie dovne daennie laantesne jñh ålkoelaantesne. Læjhkan mijjen lea stoerre syjhtedassh mejtie silledibie fierhten biejjien. Mijjen dotkemeprosjekti jñh vijries laavenjostoeviermiej tjirrh mijjen daajroe sjidtede. Mijjiej dam aavojne mubpiejgumie juekebe.

Daesnie maahtah vielie Saemien healsoedotkemejarngen bijre lohkedh:

<https://uit.no/research/sshf-sa>.



Guwie: SSHF, UiT

## Referaansh

1. NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1995. [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1995-6/id139873/>].
2. Utredning om etnisk medisin ved Universitetet i Tromsø. Et forslag om opprettelse av en avdeling for samisk helseforskning. Tromsø: Senter for samiske studier, Universitetet i Tromsø, 1999. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/674360/cache=1584540543000/Utredning\\_om\\_etnisk\\_medisin.pdf](https://uit.no/Content/674360/cache=1584540543000/Utredning_om_etnisk_medisin.pdf)].
3. 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* 2007;66(2):113-28. <https://doi.org/10.3402/ijch.v66i2.18241>.
4. Brustad M, Hansen KL, Broderstad AR, et al. 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;73:23147. <https://doi.org/10.3402/ijch.v73.23147>.
5. Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. The second clinical survey of the population-based study on health and living conditions in regions with Sami and Norwegian populations – the SAMINOR 2 Clinical Survey: Performing indigenous health research in a multiethnic landscape. *Scand J Public Health* 2020;48(6):583-593. <https://doi.org/10.1177/1403494819845574>.
6. Melhus M, Eliassen BM, Broderstad AR. From rural to urban living – migration from Sami core areas to cities in Norway. Study design and sample characteristics. *Int J Circumpolar Health* 2020;79:1794456. <https://doi.org/10.1080/22423982.2020.1794456>.
7. Eliassen BM, Melhus M, Kruse J, et al. Design and methods in a survey of living conditions in the Arctic – the SLiCA study. *Int J Circumpolar Health* 2012; 71:17229. <https://doi.org/10.3402/IJCH.v71i0.17229>.
8. Broderstad AR, Silviken A (redaktører). *Korsen é det med helsa di? Gokte don leak rupmaha bearri?*. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015 (ISBN 978-82-996789-1-9). [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig\\_tidsskrift\\_Korsen\\_e\\_det\\_med\\_helsa\\_di\\_2015.pdf](https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig_tidsskrift_Korsen_e_det_med_helsa_di_2015.pdf)].



9. Silviken A (prosjektleder). «Sorg er tungt. Det er ikke bare å glemme». Rapport fra forskningsprosjektet «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge». Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/420162/Silvikin%2BAnne%2Brapport%2B02%2B2015\\_v5.pdf](https://uit.no/Content/420162/Silvikin%2BAnne%2Brapport%2B02%2B2015_v5.pdf)].
10. Broderstad AR, Melhus M, Hansen S, et al. Helse- og livsstilsundersøkelsen SAMINOR 2. Rapport Skånland kommune. September–oktober 2012. 2. utgave. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2016. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/485658/Sk%C3%A5nland2\\_med\\_vedlegg.pdf](https://uit.no/Content/485658/Sk%C3%A5nland2_med_vedlegg.pdf)].
11. Pettersen, T. Samene i Norge – 40 000 i 40 år?/Sápmelaččat Norggas – 40 jagi 40 000? I: “Samiske tall forteller 5. Kommentert samisk statistikk 2012”. Guovdageaidnu: Sámi allaskuvla, 2012 (ISBN 978-82-7367-032-8). s. 18-21. [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samiske-tall-forteller-5/id745495/>].
12. Siri SR, Broderstad AR. Bruk av samisk etnisitet i forskningsdatabaser og helseregistre. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/417918/Rapport\\_BrukAvEtnisitetIForskningsdatabaserOgHelseregistre\\_NETT.pdf](https://uit.no/Content/417918/Rapport_BrukAvEtnisitetIForskningsdatabaserOgHelseregistre_NETT.pdf)].
13. Eliassen BM. Etsiske retningslinjer for helseforskning på urfolk. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2016. [Tilgjengelig fra: <https://uit.no/Content/550651/cache=1511942134000/Etsiske+retningslinjer+for+helseforskning+p%C3%A5+urfolk.pdf>].
14. Hansen KL. Likestillingsstatus blant samer, en kunnskapsstatus. Rapport på oppdrag for Likestillingsutvalget opprettet ved kgl. res. 12. Februar 2010. En av flere delrapporter som dannet grunnlag for de to utredningene NOU 2012:15 Politikk for likestilling og NOU 2011:18 Struktur for likestilling. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, Universitetet i Tromsø, 2012. [Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/skjeieutvalget/september\\_2012/kunnskapsstatus\\_liestillingsstatus\\_samer.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/skjeieutvalget/september_2012/kunnskapsstatus_liestillingsstatus_samer.pdf)].
15. Melhus M, Broderstad AR. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Tilleggsrapport om samisk og kvensk/norskfinsk befolkning. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2020. [Tilgjengelig fra: [https://www.tffk.no/\\_f/p1/i2c5ac7f4-6b0d-485d-96d2-a68d9de030c2/rapport\\_troms\\_finnmark\\_sshf\\_redigert\\_april2020.pdf](https://www.tffk.no/_f/p1/i2c5ac7f4-6b0d-485d-96d2-a68d9de030c2/rapport_troms_finnmark_sshf_redigert_april2020.pdf)].

*Kapittel 1: <https://doi.org/10.7557/7.6455>*

# 1 | SENTER FOR SAMISK HELSEFORSKNING – EN MODEN 20-ÅRING

*Ann Ragnhild Broderstad og Marita Melhus*



## Sammendrag

Senter for samisk helseforskning (SSHF) ble opprettet i 2001 av Sosial- og helsedepartementet med oppdrag om å framskaffe forskningsbasert kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkninga i Norge. Gjennom 20 år har senterets ansatte publisert rundt 160 vitenskapelige artikler, og det er avlagt 17 doktorgrader. Det legges stor vekt på å gjøre kunnskapen tilgjengelig for befolkninga, noe denne jubileumspublikasjonen er et eksempel på.

Den store helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR er senterets flaggskip og den viktigste kilden vi har til kunnskap om helse, livsstil og levekår i den samiske befolkninga. I tillegg har SSHF gjennomført eller vært delaktig i flere andre store datainnsamlinger og



forskningsprosjekter. Livsstilssykdommer (hjerte- og karsykdom og diabetes) og psykisk helse er viktige forskningsområder ved senteret. Funnene om det store omfanget av vold i samiske bosettingsområder fikk stor mediedekning. Det samme gjelder prosjektet «Rein som næringsmiddel», som har bidratt til ny kunnskap om næringsinnhold og miljøgifter i kjøtt og innmat fra reinsdyr.

Selv om SSHF fremdeles er et lite senter, legger vi nå tenåringsfasen bak oss og går ut i voksenlivet med store ambisjoner. Gode dialoger med både samfunnsaktører, forskningsmiljøer og ikke minst befolkninga vil være essensielt for å lykkes.

## Bakgrunn

Senter for samisk helseforskning (SSHF) ble opprettet av Sosial- og helsedepartementet i 2001 etter ønske fra Sametinget og samiske helsearbeidere. Opprettelsen av SSHF var et resultat av et arbeid som strakk seg over lang tid og som involverte mange ulike aktører. De samiske helse- og sosialfaglige organisasjonene ble dannet på midten av 1980-tallet. Deres formål var å jobbe for bedre tilrettelegging av helse- og sosialtjenestene for samiske brukere og pasienter. Mangeårig innsats fra disse organisasjonene resulterte i 1991 i opprettelsen av et utvalg som hadde som formål å fremme forslag til en plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkninga i Norge. I 1995 ble NOU 1995: 6 «Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge» offentliggjort (1). Et utredningsarbeid i regi av Sametinget, Universitetet i Tromsø (navnet på universitet ble senere forandret til UiT Norges arktiske universitet) og Samisk legeforening resulterte i 1999 i rapporten «Utredning om etnisk medisin ved Universitetet i Tromsø» (2). Deretter gikk det bare to år før et samisk helseforsknings-senter så dagens lys. Senteret fikk navnet Senter for samisk helseforskning og kan nå se tilbake på 20 år med forskningsaktivitet hvor hovedfokuset har vært å samle inn helse- og levekårsdata i storskalaformat. I tillegg er formidling av forskningsresultater, både til lokalsamfunn, politikere, helseadministratorer og andre, høyt prioritert.

## Starten

Lokalisering er ofte tema for debatt, men det var det ikke ved etableringa av Senter for samisk helseforskning. Senteret ble lokalisert ved UiT Norges arktiske universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for samfunnsmedisin. Utredningen om etnisk medisin vurderte at det både var viktig med en nær tilknytning til det medisinske fagmiljøet ved UiT i Tromsø samtidig som senteret hadde en tilstedeværelse i samiske områder og et nært samarbeid med samiske helseinstitusjoner. De anbefalte derfor en delt lokalisering mellom Tromsø og Karasjøk. Utvalget konkluderte også med at rekrutteringsmulighetene til vitenskapelige stillinger var lite tilfredsstillende. Det har dermed vært nødvendig for senteret å utdanne egne forskere med kunnskap om urfolkshelse.

Professor Eiliv Lund fikk æren av å være senterets første faglige leder, mens Ragnhild Vassvik ledet senteret administrativt fra avdelinga i Karasjok. Samfunnsoppdraget til SSHF var å rapportere om helsesituasjonen i den samisk befolkninga. Løsninga ble å etablere en befolkningsundersøkelse spesielt designet for formålet. Eiliv Lund ble den første lederen av den nyetablerte befolkningsundersøkelsen som fikk navnet Helse- og levekårsundersøkelsen i områder med samisk og norsk bosetting – SAMINOR (se kapittel 2).

Grunnbevilgningen til SSHF gis av Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet og var initialt 5,2 millioner, men ble økt til 6,2 millioner i 2012. I tillegg mottar senteret støtte fra andre aktører etter søknad.

## SSHF i dag

2012 var et veiskille for senteret. Eiliv Lund og Ragnhild Vassvik trådte ut av sine stillinger omtrent samtidig som senteret gikk i gang med storstilt datainnsamling i SAMINOR 2. Året etter sluttet professor Magritt Brustad og tiltrådte jobben som instituttleder ved Institutt for samfunnsmedisin. Fra 2013 har forsker 1 Ann Ragnhild Broderstad vært senterets faglige leder og leder for SAMINOR.

Fra og med 2018 kom SSHF inn som fast post på statsbudsjettet, noe som var en stor milepæl. I tillegg mottar SSHF prosjektfinansieringer fra andre eksterne aktører, blant annet fra Sametinget, Kommunaldepartementet, fylkeskommuner, Helse Nord og Norges forskningsråd (NFR).

SSHF ønsker å være tverrfaglig i sitt virke, noe som gjenspeiler seg i fagbakgrunnen til de ansatte. I løpet av 20 år har senteret hatt om lag 40 ansatte med en mangfoldig fagbakgrunn: medisin, sykepleie, psykologi, antropologi, statistikk, historie, pedagogikk, veterinærmedisin, kjemi mm.

Med begrensede økonomiske ressurser, har senteret valgt å ansette enkelte forskere i deltidstillinger framfor å ansette alle i full stilling. Senteret har opprettholdt sin desentraliserte modell, med faglig leder lokalisert til Vårdobaiki samiske senter i Tjeldsund kommune. I dag har halvparten av senterets totalt 14 heltids- og deltidsansatte sitt arbeidssted på Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø. Resten er bosatt på ulike steder i landet, fra Karasjok i nord til Oslo i sør, i tillegg til en deltidsansatt i Umeå i Sverige.

## Noen av våre forskningsprosjekter

Samfunnsoppdraget til SSHF er å produsere forskningsbasert kunnskap om det samiske folks helse, livsstil og levekår. Siden det i dag ikke er lov å registrere etnisitet i offentlige registre, gir ikke nasjonale helseregistre informasjon om helsa til den samiske befolkninga. Uten relevante datakilder hvor samisk etnisitet er mulig å identifisere, ville det ikke være

mulig for senteret å oppfylle samfunnsoppdraget. Løsninga har rett og slett blitt å innhente egne forskningsdata med informasjon om etnisitet, helse, livsstil og levekår. SSHF har gjennomført flere store datainnsamlinger, hvor fem prosjekter nevnes kort her:

### Helse- og levekårsundersøkelsen i områder med samisk og norsk bosetting – SAMINOR

SAMINOR er senterets flaggskip, designet som et klassisk epidemiologisk forskningsprosjekt. Planlegginga av ei helt ny datainnsamling med fokus på den samiske befolkninga startet allerede ved opprettelsen av SSHF i 2001. De første to årene gikk med til planlegging, og årene 2003–2004 ble det gjennomført omfattende datainnsamling i 24 kommuner – SAMINOR 1 (3). Den praktiske gjennomføringa sto Folkehelseinstituttet (FHI) og daværende Statens helseundersøkelser for.

Etter noen år var det naturlig å tenke en oppfølging av SAMINOR 1. FHI gjennomførte ikke lengre egne befolkningsundersøkelser, og senteret tok derfor ansvaret alene for å gjøre andre gangs datainnsamling – SAMINOR 2 (4,5).

Vi har lært mye av både SAMINOR 1 og 2, men det er viktig å følge helsesituasjonen over tid. En naturlig forskningsutvikling er også at det dukker opp nye forskningsspørsmål. Det kan være snakk om helt nye temaer som ikke har vært belyst tidligere, eller at datagrunnlaget ikke har vært godt nok egnet til å besvare de spørsmålene man hadde. Dette gjør at neste runde med datainnsamling nå er på trappene – SAMINOR 3. Neste datainnsamling viser at SSHF har modnet og nå er i en overgang fra tenåring til voksen og kan stå solid på egne forskningsbein. Les mer om SAMINOR og planene for SAMINOR 3 i kapittel 2.

### Fra bygd til by

Sentralisering og endring av bostedsmønster har vært en trend over lang tid, både globalt og i Norge. Også samiske bosettingsområder opplever en flyttestrøm til byene (6). Samtidig vet man lite om helse og levekår til samisk befolkning bosatt i by. SSHF initierte derfor, i samarbeid med Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), en undersøkelse for å få bedre kunnskap om helse, kultur og levekår blant bybefolkning som opprinnelig kommer fra distriktskommuner med samisk og norsk bosetting.

Prosjektet ble gjennomført i to deler. Del 1 var en registerstudie med analyse av flyttemønster og bofasthet gjennom første del av voksenlivet. Alle personer fra 25 årskull som hadde sin oppvekst i 23 utvalgte distriktskommuner med samisk og norsk bosetting ble fulgt fra de var 15 år til de ved inngangen til 2008 var i alder 33–57 år. Del 2 var en spørreskjemaundersøkelse gjennomført i 2014 blant personer i alderen 39–64 år (født 1950–1975) som hadde flyttet fra disse 23 distriktskommunene til by (6). Barn av disse (over 18 år) fikk også tilsendt spørreskjema (andregenerasjons utflyttere). Du kan lese mer om studien Fra bygd til by i kapittel 3.

## Survey of Living Conditions in the Arctic (SLiCA)

SLiCA var et internasjonalt forskningsprosjekt om levekår blant urfolk i Arktis (7). Studien inkluderte urfolk i alderen 16 år og oppover fra tradisjonelle urfolksområder i Grønland, Alaska, Canada, Russland, Sverige og Norge. Forskningsdata ble innhentet via spørreskjemabaserte ansikt-til-ansikt-intervjuer hvor deltakerne ble rekruttert ved hjelp av snøballmetoden (snow-ball sampling), som betyr at kontaktpersoner foreslo navn på nye inviterte deltakere. Datainnsamlinga i Norge ble gjort i perioden 2002–2008. SSHF overtok ansvaret for den norske delen av SLiCA i 2006 og har samlet inn mesteparten av dataene. Total deltok 445 samer på norsk side av Sápmi. Studien vil fremme forskning og kunnskap om levekår og helse gjennom å utvikle en database designet for å reflektere likheter og ulikheter i den Arktiske regionen. Hovedfokuset var levekår til urfolk i nordområdene og hvordan de siste tiårenes hastige sosiale, politiske, økonomiske og miljømessige endringer har påvirket urfolks levekår i det sirkumpolare området. SSHF forvalter bruken av data fra Norge.

## Rein som næringsmiddel

I prosjektet «Rein som næringsmiddel» har man samlet inn og analysert prøver av kjøtt, lever, beinmarg og talg fra reinsdyr i 14 ulike beitedistrikter i Nord-Norge og Trøndelag. Prøvene er analysert for blant annet fettstoffer, vitaminer, mineraler og miljøgifter. Resultatene viser at reinkjøtt er noe av det sunneste kjøttet du kan spise, noe som har fått medieoppmerksomhet også i utlandet. Det kan leses mer om prosjektet i heftet «Korsen é det med helsa di?» (8).

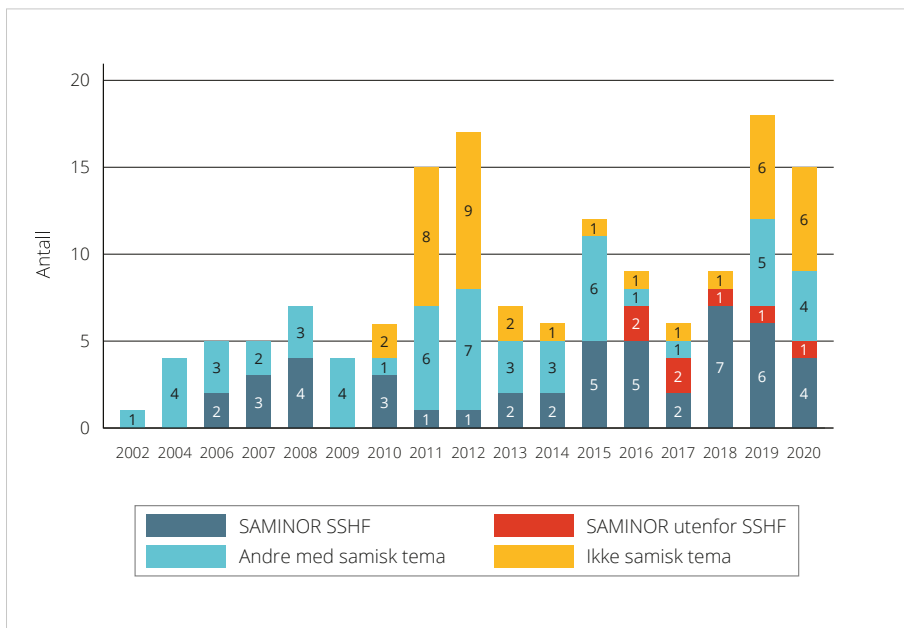
## Etterlatte etter brå død i Norge

«Etterlatte etter brå død i Norge» var en studie som samlet inn data både fra etterlatte og fra kommuner. Studien hadde både en kvantitativ (spørreskjemaer) og kvalitativ (dybdeintervju) del. Prosjektet ga økt kunnskap om og forståelse for etterlattes behov og ønsker med hensyn til bistand fra det offentlige hjelpeapparatet i Nord-Norge generelt og samiske områder spesielt. Utfordringer knyttet til det å utøve helsehjelp i små lokalsamfunn ble belyst. Du kan lese mer om prosjektet i rapporten «Sorg er tungt. Det er ikke bare å glemme» (9).

## Hva er resultatene av all denne datainnsamlingen?

SSHF er et forskningssenter som først og fremst skal produsere forskningsbasert kunnskap, men forskning har ingen verdi om ikke resultatene gjøres tilgjengelig for andre. SSHF gjør dette på flere måter:

- Vitenskapelige publikasjoner
- Doktorgrader og masteroppgaver
- Populærvitenskapelig formidling og undervisning, inkludert kronikker og intervjuer i media
- Deltakelse i utredninger og kompetansemiljøer utenfor universitetet



Figur 1. Vitenskapelige publikasjoner fra Senter for samisk helseforskning gjennom 20 år.

### Vitenskapelige publikasjoner

Figur 1 viser antall vitenskapelige publikasjoner fra SSHF. Totalt var det ved utgangen av 2020 publisert 139 vitenskapelige artikler som helt eller delvis har forankring ved SSHF. Antall artikler varierer noe fra år til år, men har i gjennomsnitt vært på 7 i året. Det var få publikasjoner de første 10 årene. De fleste vitenskapelige artiklene var da knyttet til doktorgradsprosjekter ved senteret. Etter hvert har forskningsproduksjonen økt. I den siste 10-årsperioden har det blitt publisert om lag 10 vitenskapelige arbeider i året. Publikasjonsaktiviteten påvirkes i perioder med aktiv datainnsamling hvor publiseringsfrekvensen faller, noe som tydelig vises i årene 2013–2014. Det er gledelig at det i stor grad publiseres innenfor tematikk om samisk helse og levekår, siden dette var og er samfunnsoppdraget til senteret. Forskere ved senteret er inkludert i ulike nasjonale og internasjonale forskningsnettverk, derfor er det også publikasjoner med andre temaer enn urfolkshelse. Det er en faglig styrke for senteret at våre forskere har variert forsknings samarbeid.

Senteret har bidratt med ny kunnskap innen en rekke temaer, hvorav noen belyses i de ulike kapitlene i denne jubileumspublikasjonen. Det har vært bredt fokus på livsstilssykdommer (hjerte- og karsykdom og diabetes) og ulike temaer relatert til psykisk helse. Et tema som har fått stor medieoppmærksomhet, er funnene fra SAMINOR 2 om det store omfanget av vold i samiske bosettingsområder. De første årene var mye av forskninga knyttet til ungdomsstudien Ung i Nord, med tema rusbruk, psykisk helse og selvmordsatferd. Etter

hvert har SAMINOR overtatt som den viktigste datakilden. Som figur 1 viser, benyttes også SAMINOR-data av forskere utenfor SSHF.

### Doktorgrads- og masteroppgaver

Det jobbes kontinuerlig med å rekruttere nye forskere, og til nå har 17 forskere tilknyttet SSHF forsvart sine doktorgrader. En del av disse doktorgradene har vært gjennomført i nært samarbeid med andre institusjoner som Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS), Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord Norge (UNN), Helse Nord og Umeå universitet. Nettverksbygging er sentralt i disse samarbeidsprosjektene. I tillegg har forskere ved SSHF vært biveiledere for flere ph.d.-kandidater utenfor senteret og en rekke medisin- og masterstudenter. Veiledning av masterstudenter er ikke innenfor senterets primæroppgaver, men har i noen grad vist seg å være springbrettet for å rekruttere doktorgradsstudenter. Veiledning av studenter gir i tillegg våre forskere nyttig veiledererfaring.

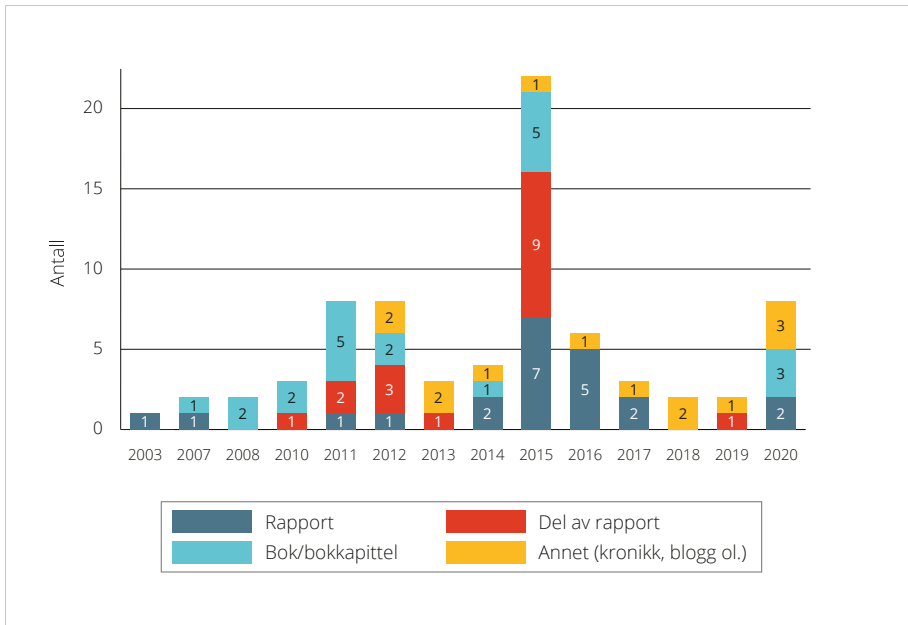
### Formidling og undervisning

SSHF har et selvpålagt mandat om å gi forskningsresultatene tilbake til de samfunn der forskningen er utført og jobber med sine formidlingsstrategier i nært samarbeid med Sametinget, fylker og kommuner. Denne jubileumspublikasjonen er et ledd i senterets formidlingsstrategi med å få forskningsresultater ut til befolkninga. Figur 2 gir en oversikt over senterets populærvitenskapelige publiseringer.

Populærvitenskapelig formidling favner bredt og inkluderer rapporter, bøker, blogger, kronikker og artikler som beskriver forskningsfunn på en lettfattelig måte (8-10). Medieoppslag og foredrag i ulike fora hører også med til populærvitenskapelig formidling, men disse er ikke tatt med i figur 2. Senterets ansatte har reist rundt og informert om sine forskningsresultater på kryss og tvers i Norge og også utenfor Norges og Sápmis grenser.

For hver av de ti kommunene hvor det ble samlet inn kliniske data i SAMINOR 2, ble det utarbeidet egne rapporter som beskriver folkehelseprofilen for kommunens innbyggere i aldergruppa 40–79 år (10). Rapportene ble trykket og sendt til hver kommune. I forbindelse med publisering av rapportene, ble det arrangert egne folkemøter og møter med helsearbeidere og administratorer i hver kommune. Alle rapportene er tilgjengelige på senterets og SAMINORs nettsider.

Senter for samisk helseforskning laget i 2015 et populærvitenskapelig hefte, «Korsen é det med helsa di?», med noen forskningsfunn fra perioden 2003–2014 (8). Disse er distribuert bredt til kommuner, fylker, legekontor, bibliotek osv. og i forbindelse med møter og seminarer. Hftet er tilgjengelig på vår nettside. Forskerne ved senteret har også hatt flere i bidrag i «Samiske tall forteller» (11) og andre populærvitenskapelige publikasjoner (12-16).



Figur 2. Populærvitenskapelig produksjon ved Senter for samisk helseforskning gjennom 20 år. Medieoppslag og foredrag i ulike fora er ikke inkludert.

Det er stor etterspørsel etter undervisere med kompetanse i urfolkshelse. Det er få som er mer kompetente til dette enn våre forskere. Selv om senterets ansatte ikke har undervisningsplikt, hender det at de tar på seg undervisningsoppgaver på ulike helseprofesjons-utdanninger, kurs og lignende. Det er viktig å gjøre våre forskningsfunn kjent for framtidige helsearbeidere, og vi ser derfor dette som en viktig del av senterets formidlingsoppgaver.

### Delaktige i utredninger og bygging av kompetansemiljøer utenfor universitetet

SSHFs kompetanse etterspørres av blant annet Sametinget, direktorater, departementer, fylker og kommuner. SSHF har vært engasjert i utforming av etiske retningslinjer for samisk helseforskning og forskning på humant biologisk materiale og var i den anledning ansvarlig for to rapporter med formål å gi et kunnskapsgrunnlag for utarbeidelse av retningslinjer ved helseforskning i samiske samfunn. Første rapport kartla kvantitative helseforskningsprosjekter i Norge de siste 30 årene som inkluderte samisk etnisitet (12). Rapport nummer to ga en oversikt over utvalgte etiske retningslinjer for helseforskning blant urfolk i Alaska, Canada, Grønland, Australia og New Zealand (13). SSHF var representert i det påfølgende arbeidet med å utforme forslag til retningslinjer.

Senteret har bidratt med forskningsfunn og innspill til rapporter, kunnskapsoppsummeringer og utredninger til blant annet Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), FHI

Folkehelse rapport og NOUer om likestilling (14). I forbindelse med Fylkehelseundersøkelsene i regi av FHI og de nordligste fylkene, laget senteret et tilleggsspørreskjema for den fleretniske befolkninga i nord, med påfølgende rapporter for Finnmark, Troms og Nordland (15).

## Betydningen av et eget senter for samisk helseforskning

Etter 20 år, hvor SSHF har jobbet seg gjennom barnesykdommer og prøvd og feilet litt, står vi nå stødige på egne forskningsbein. Forskninga har satt samiske helseforhold, levekår og ikke minst rettighet til kunnskap om egen befolkningshelse på dagsorden.

Forskningsprosjektene ved SSHF, spesielt SAMINOR, har aktualisert metodiske, etiske og samfunnsmessige utfordringer når denne type storskala forskning skal utføres i ei befolkning som gjennom lang historisk tid har vært marginalisert. Hvis vi skal framheve noe av dette, må det bli diskusjonene rundt hvordan man bør spørre om etnisk tilhørighet og dernest hvordan man kan/bør plassere personer i ulike etniske grupper. Helt fra starten av SAMINOR har 11 spørsmål om språk, etnisitet og egen identitet vært grunnlaget for å gruppere deltakerne som samer versus ikke-samer (se kapittel 2 om SAMINOR). Rent metodisk gir dette mange utfordringer som våre forskere gjennom statistiske analyser besvarer grundig. Samtidig har diskusjonen om bruk av etnisitet i helseforskning blitt videreført til Sametinget og andre institusjoner, slik som Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM).

Den største utfordringa med våre forskningsprosjekter er likevel den kontinuerlige vurderinga av om vi treffer blink, om vi når målgruppene og om våre forskningsresultater er gyldige for hele den samiske og ikke-samiske befolkninga. Har vi inkludert for få geografiske områder og aldersgrupper? Er det for få av de inviterte som deltar? Har vi noen skeivheter i utvalgene våre? Er det for eksempel flere samer enn ikke-samer som velger å delta, eller er det kanskje færre? Kort oppsummert: er våre forskningsresultater til å stole på? Vi kan ikke gi et utfyllende svar. Det er derfor viktig å foreta nye datainnsamlinger og analyser for å etterprøve våre funn.

Forskninga fra senteret har vist at den samiske befolkninga er like heterogen som enhver annen gruppe – selvfølgelig! I fortsettelsen skal derfor våre studier inkludere enda større geografiske områder og i tillegg inkludere barn og unge. Ved å utvide det geografiske området, vil vi få et bedre datagrunnlag for å studere de ulike samiske gruppene hver for seg, og vi vil få mer informasjon om kvensk befolkning og nordnorsk befolkning generelt. I tillegg vil vi jobbe for at så mange som mulig deltar i våre datainnsamlinger. Jo flere som deltar, jo mer pålitelige blir våre resultater.

De kommende årene vil SSHF ha hovedfokus på å gjennomføre SAMINOR 3. Etter to datainnsamlinger ser vi hva som fremdeles mangler av kunnskap om helse for folket i nord. For første gang vil kvalitative forskningsmetoder basert på intervjuer bli tatt i bruk i



SAMINOR. Hovedformålet er å sikre at befolkningas egne ønsker og behov blir tatt hensyn til når det gjelder hvilke temaer det bør forskes på. En kombinasjon av ulike forskningsmetoder, basert på både intervjuer, spørreskjemaer og kliniske målinger, vil kunne øke kvaliteten på forskninga.

## Oppsummering

Utgangspunktet for opprettelsen av SSHF, var mangelfull datatilgang og kunnskap om samisk helse og levekår. Våre forskningsprosjekter søker å tette noen av disse kunnskaps-hullene. Det er den samiske befolkninga og urfolksperspektivet som er hovedfokuset, men senteret kan også bidra med forskningsbasert kunnskap om den kvenske, den norske, og hele den fleretniske befolkninga i nord.

Det er en 20-åring med mange erfaringer som nå feirer seg selv. Forskning er ingen strak eller lettkjørt vei å følge. Det er nødvendig med engasjerte og dedikerte forskere og støttepersonell som jobber sammen mot et felles mål. Gode dialoger med samfunnsaktører, forskningsmiljøer og ikke minst befolkninga, er en forutsetning for god forskning. SSHF er fremdeles et lite senter, og vi kan kun vokse oss større med hjelp fra andre fagmiljøer og forskere både nasjonalt og internasjonalt. Likevel har vi store ambisjoner som vi hver dag strekker oss etter. Gjennom våre forskningsprosjekter og omfattende samarbeidsnettverk vokser vår kunnskap. Den deler vi gladelig med mange.

Her kan du lese mer om Senter for samisk helseforskning: <https://uit.no/research/sshf-no>.

## Referanser

1. NOU 1995: 6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1995. [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1995-6/id139873/>].
2. Utredning om etnisk medisin ved Universitetet i Tromsø. Et forslag om opprettelse av en avdeling for samisk helseforskning. Tromsø: Senter for samiske studier, Universitetet i Tromsø, 1999. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/674360/cache=1584540543000/Utredning\\_om\\_etnisk\\_medisin.pdf](https://uit.no/Content/674360/cache=1584540543000/Utredning_om_etnisk_medisin.pdf)].
3. 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* 2007;66(2):113-28. <https://doi.org/10.3402/ijch.v66i2.18241>.
4. Brustad M, Hansen KL, Broderstad AR, et al. 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;73:23147. <https://doi.org/10.3402/ijch.v73.23147>.
5. Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. The second clinical survey of the population-based study on health and living conditions in regions with Sami and Norwegian populations – the SAMINOR 2 Clinical Survey: Performing indigenous health research in a multiethnic landscape. *Scand J Public Health* 2020;48(6):583-593. <https://doi.org/10.1177/1403494819845574>.
6. Melhus M, Eliassen BM, Broderstad AR. From rural to urban living – migration from Sami core areas to cities in Norway. Study design and sample characteristics. *Int J Circumpolar Health* 2020;79:1794456. <https://doi.org/10.1080/22423982.2020.1794456>.
7. Eliassen BM, Melhus M, Kruse J, et al. Design and methods in a survey of living conditions in the Arctic – the SLiCA study. *Int J Circumpolar Health* 2012; 71:17229. <https://doi.org/10.3402/IJCH.v71i0.17229>.
8. Broderstad AR, Silviken A (redaktører). *Korsen é det med helsa di? Gokte don leak rupmaha bearri?*. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015 (ISBN 978-82-996789-1-9). [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig\\_tidsskrift\\_Korsen\\_e\\_det\\_med\\_helsa\\_di\\_2015.pdf](https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig_tidsskrift_Korsen_e_det_med_helsa_di_2015.pdf)].

9. Silviken A (prosjektleder). «Sorg er tungt. Det er ikke bare å glemme». Rapport fra forskningsprosjektet «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge». Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/420162/Silvikin%2BAnne%2Brapport%2B02%2B2015\\_v5.pdf](https://uit.no/Content/420162/Silvikin%2BAnne%2Brapport%2B02%2B2015_v5.pdf)].
10. Broderstad AR, Melhus M, Hansen S, et al. Helse- og livsstilsundersøkelsen SAMINOR 2. Rapport Skånland kommune. September–oktober 2012. 2. utgave. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2016. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/485658/Sk%C3%A5nland2\\_med\\_vedlegg.pdf](https://uit.no/Content/485658/Sk%C3%A5nland2_med_vedlegg.pdf)].
11. Pettersen, T. Samene i Norge – 40 000 i 40 år?/Sápmelaččat Norggas – 40 jagi 40 000? I: “Samiske tall forteller 5. Kommentert samisk statistikk 2012”. Guovdageaidnu: Sámi allaskuvla, 2012 (ISBN 978-82-7367-032-8). s. 18-21. [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samiske-tall-forteller-5/id745495/>].
12. Siri SR, Broderstad AR. Bruk av samisk etnisitet i forskningsdatabaser og helseregistre. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/417918/Rapport\\_BrukAvEtnisitetIForskningsdatabaserOgHelseregistre\\_NETT.pdf](https://uit.no/Content/417918/Rapport_BrukAvEtnisitetIForskningsdatabaserOgHelseregistre_NETT.pdf)].
13. Eliassen BM. Etsiske retningslinjer for helseforskning på urfolk. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2016. [Tilgjengelig fra: <https://uit.no/Content/550651/cache=1511942134000/Etsiske+retningslinjer+for+helseforskning+p%C3%A5+urfolk.pdf>].
14. Hansen KL. Likestillingsstatus blant samer, en kunnskapsstatus. Rapport på oppdrag for Likestillingsutvalget opprettet ved kgl. res. 12. Februar 2010. En av flere delrapporter som dannet grunnlag for de to utredningene NOU 2012:15 Politikk for likestilling og NOU 2011:18 Struktur for likestilling. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, Universitetet i Tromsø, 2012. [Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/skjeieutvalget/september\\_2012/kunnskapsstatus\\_liestillingsstatus\\_samer.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/skjeieutvalget/september_2012/kunnskapsstatus_liestillingsstatus_samer.pdf)].
15. Melhus M, Broderstad AR. Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Tilleggsrapport om samisk og kvensk/norskfinsk befolkning. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2020. [Tilgjengelig fra: [https://www.tffk.no/\\_f/p1/i2c5ac7f4-6b0d-485d-96d2-a68d9de030c2/rapport\\_troms\\_finnmark\\_sshf\\_redigert\\_april2020.pdf](https://www.tffk.no/_f/p1/i2c5ac7f4-6b0d-485d-96d2-a68d9de030c2/rapport_troms_finnmark_sshf_redigert_april2020.pdf)].

*Kapittel 1: <https://doi.org/10.7557/7.6455>*

## 2 | SAMINOR

*Marita Melhus ja Ann Ragnhild Broderstad*



*Gåvå: Jonatan Ottesen, UiT*

### Tjoahkkájgæsos

SAMINOR-guoradallam la Sáme varresvuoda dutkama guovdátja ájnnašamos dutkamprosjæhta ja akta dajs ájnnašamos gáldojs mij guosská máhttuj sáme ja nuorttalijvuona ábbálasj álmuga varresvuoda ja iellemdile birra. Badjásasj álgoálmukperspektijvva dahká SAMINOR sierralágásj dáhtábáŋŋkan sihke nasjávnašasj ja rijkajgasskasasj dásen.

SAMINOR tjadáduvvá guovlojn gánná edna sáme árru. Máttijn suohkanijn la aj stuorra guojna álmuk. SAMINOR-dutkamav máhttá gálmá oajvvesuorggáj juohket: Rubbmelasj varresvuoha, mentála varresvuoha ja varresvuodadienvastusáj fáladagá álmugij.

Dálátij la SAMINOR dáhtájt tjoahkkim guovten ájggudagán, SAMINOR 1 jagijt 2003–2004 ja SAMINOR 2 jagijn 2012–2014. SAMINOR 1 tjadáduváj Álmukvarresvuoda

instituhta siegen madi SAMINOR 2 tjadáduváj Sáme varresvuoda dutkama guovdátjis aktu. Dálá plániduvvá ádá dáhtátjoahkkim, SAMINOR 3, gánná vijdedip geografijjalasj guovlov váj buorebut gábtjtá guojna, merrasáme ja oarjjelsáme árronguovlojt. Vuostasj oassen SAMINOR 3, tjadáduvvá kvalitatijva ságájdahhtemguoradallam mij gávvit mij álmuga ietjas mielas la guoskavasj mij guosská sijá varresvuohhtaj ja rijbbamij ja majt varresvuodaguoradallam sijá guovlon bierru vuorodit.

SAMINOR-dutkambáhtusa li moaddásijda ávkken: sáme álmugij ja álmugij ietján, Sámediggáj, suohkanijda ja fylkajda, nasjávnnálasj oajválattjajda ja varresvuoda barggijda. Duodden doajmmá SAMINOR “EU-kontroallan” juohkka ájnna oassásasste varresvuodas.

Gá gávvit álmuga varresvuodav, de máhtá SAMINOR viehkken liehket váj hieret iehpevarresvuodav ja buoret varresvuoda dievnastusáj fáldadagáv álmugij mijá moattebelak nuorttalamos rijkkaoasen.

## Álgo

Gá Sáme varresvuoda dutkama guovdásj (SSHF) ásaduváj jagen 2001 de sjattaj guovdátja dahkamus áttjudit dutkamvuododum máhtov Vuona sámij varresvuoda- ja iellemdile birra. Váj galgajma dáv sebrudakdahkamusáv állidit, de dárbahijma ádá dutkamdáhtájt áttjudit. Dát lij duogátjin gá Varresvuohhta- ja iellemdilleguoradallam guovlojn sáme ja dáttja álmugijn - SAMINOR ásaduváj. SAMINOR la SSHF:a slávvgáhákta ja la manemus lágij jagijt læhkám akta dajs ájnnaamos gáldojs gá galggap diehtet varresvuoda ja iellemdile birra sihke sáme ja ábbálasj nuorttalijvuona álmugin. Guoradallam la sierraláhkáj hiebaduvvam váj oadtjop buorep máhtov sámij varresvuoda ja iellemdile birra. Dán álgoálmukvuojno diehti la SAMINOR sierralágásj dáhtábánnka sihke nasjávnnálasj ja rijkajgasskasasj dásen. Vájku SAMINOR sierraláhkáj vuorot sáme álmugav, de la guoradallam aj viehkken váj oadtju máhtudagáv álles moattetjerdak álmuga birra mij ienemusát árru smáv bájkijn nuorttan.

SAMINOR la álmuga varresvuodaguoradallam mij gávvit vádáfaktávrájt, skihpudagájt ja iellemdilev ja la viehkken váj áttjut dutkamvuododum máhtov duon dán vidjura birra mij guosská varresvuohhtaj ja iellemdilláj. Varresvuohhta ja iellemdile ij la juoga mij la stádes ájge badjel, lehkus dal aktugasj ulmutjin jali álmugin ábbálattjat. Danen la ájnas álmuga varresvuodav tjuovvot ájge badjel. Dat la sivvan manen SAMINOR tjoahkki ádá dáhtájt ietjas varresvuoda regisstarij suláj juohkka lágát jage. Navti máhtti dutke guoradallat jus skihpudagáj oablom ja faktávrá ma vájkkudi riskav skihppát li rievddam. Duodden la dárbbo guoradallat ádá ássijit ma ælla ávddála gávviduvvam.

## Geografijjalasj guovlo

Jus galggá javllat juojddá sáme álmuga varresvuoda dile birra, de hæhttu vuostatjin diehtet gudi li sáme ja gággu árru. Dat la gássjel gá e gávnnu nasjávnnálasj regisstara diedoj

viesádij tjerdalasj duogátja birra. Ij la má ávkken guoradallat álm mugav geografijjalasj guovlon gánná li dássju nágin gallegasj sáme. Dat ij lim vaddet makkirak dieđojt sáme álm mugav varresvuoda birra. Danen anijma histávrrálasj gáldojt ja bájkalasj máhtov gávnatjit guovlojt gánná sáme li dálutjis juo árrum, ávddál biejjama jáhtuj SAMINOR. Ájnnašamos gáldo lij duoddegatjálvisá sáme ja guojna duogátja birra majt gatjádallin vissa guovlojn Sáltoduoddara nuorttalín 1970 álm mukláhkáma aktijvuodan. Mierreduváj SAMINOR galgaj dættodit guovlojt gánná vuordij binnemusát 5 % álm mugis lidjin sáme máttos. Gá gatjádin tjerdalasjuoda birra álm mukláhkámin dássju muhtem vissa sajjin nuorttan, de dát gáldo ittij máhte oarjjelsámeguovlon aneduvvat. Dáppe hæhttj de bájke máhtov adnet váj gávnaj gánná sáme árrun. Gájka viesáda vissa áldarjuohkusij mierredum guovlojn gáhtjoduvvin sæbrrat, vájku dal makkir tjerdalasj duogásj siján lij.

## SAMINOR 1 ja SAMINOR 2

Dálatjij la SAMINOR dáhtájt tjoahkkim guovten ájggudagán. SAMINOR 1 tjadáduváj jagijt 2003–2004 ja SAMINOR 2 jagijn 2012–2014. SAMINOR 2 li guokta sierra oase majt gáhtjodip SAMINOR 2 – gatjálvissjebmáguoradallam ja SAMINOR 2 – klinihkalasj guoradallam. Tjoahkkáj la de SAMINOR gálm má ieszguhtik dáhtátjoahkke, akta SAMINOR 1 ja guokta SAMINOR 2. Tabellan 1 vuojná dáj dáhtátjoaggemij birra. Oassálasstemprosænnta málsj dáhtátjoahkkimij gaskan, valla aj suohkanis suohkanij. Duola degu málsj oassálasstem suohkanij gaskan SAMINOR 2 klinihkalasj guoradallamin 42 % gitta 64 %. Inep nissuna gá álm má oassálasstin, ja madi vuorrasabbo sjaddin, dadi ienebut oassálasstin. Dárkkelis dieđo dan gálm dáhtátjoahkke birra li gávvidum gálmán artihkkalin (1-3).

SAMINOR 1 tjadáduváj lahka aktisasj barggon Álm mukvarresvuodainstituhtaj ja dallusj Stáhta varresvuodaguoradallamijn, mij tjadádij tsáhke- ja varraváreguoradallamijt lándav miehtáj. Guoradallamin lidjin gatjálvissjiemá, oanegis klinihkalasj guoradallam ja varraatsálvisá. Klinihkalasj mihttima tjadáduvvin bussajin ma manádin suohkanis nubbáj. SAMINOR 1 lidjin tjoahkkáj 24 suohkana, valla gudán suohkanin dássju nágin guovlo, gánná dieđij sáme árru, guoradaláduvá. Gájka álldarin 30 ja 36–78/79 jage gáhtjoduvvin.

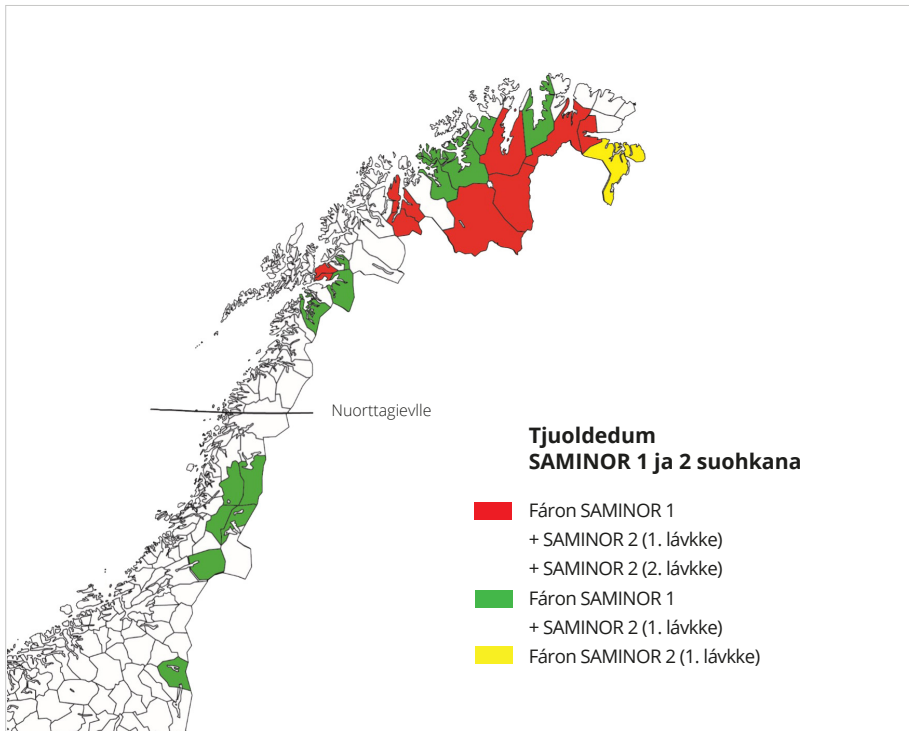
Sáme varresvuoda dutkama guovdásj iesj plánij ja tjadádij SAMINOR 2, váni viehkev ánodimes avtastik. Stáhta varresvuodaguoradallama lij hiejtodum, busa vuobdedum ja Álm mukvarresvuoda instituhtta ittij desti dákkir dárkkelis tsáhke- ja varraváreguoradallamijt tjadáda. Rudáj vánesvuoda diehti ejma máhte tjadádit klinihkalasj guoradallamijt sæmmi vijdes guovlon degu SAMINOR 1. Danen tjadáduváj SAMINOR 2 guovten lávkken. Lávkke 1, gáhtjodum SAMINOR 2 – gatjálvissjebmáguoradallam, lidjin da sæmmi suohkana degu SAMINOR 1, ja Oarje-Várjjaga duodden. Gájka álldarin 18–69 jage dáj suohkanijn gáhtjoduvvin gatjálvissjiemáv vásstedit.

	SAMINOR 1	SAMINOR 2 Gatjálvissjebmá- guoradallam	SAMINOR 2 Klinihkalasj guoradallam
Jage	2003–2004	2012	2012–2014
Áldar	30, 36–78/79 jage	18–69 jage	40–79 jage
Galles gáhtjoduvvin	27 987	43 245	12 455
Galles oassálasstin	16 865 (60 %)	11 600 (27 %)	6 004 (48 %)
Galla suohkana	24	25	10
Gáktu tjoahkkiduvvin dáhtá	Gatjálvissjebmá Klinihkalasj guoradallam Varraátsálvísá	Gatjálvissjebmá	Gatjálvissjebmá Klinihkalasj guoradallam Varraátsálvísá
Suohkana Finnmárkon	Kárásjjáhká, Guovddagæjnnu, Dætno, Unjárgga, Porsánjgo, Davvesijdda, Láhpe, Sválesnuorre, Áltá	Degu SAMINOR 1, Oarjjelij- Várjjaga duodden	Kárásjjáhká, Guovdda- gæjnnu, Dætno, Unjárgga, Porsánjgo
Suohkana Råmsån	Ivggo, Omasvuodna, Gájvuodna, Návuodna, Loabák, Skáne (dálla oassen Dielldanuores)	Degu SAMINOR 1	Ivggo, Omasvuodna, Gájvuodna, Skáne (dálla oassen Dielldanuores)
Suohkana Nordlåndan	Evenássje, Divtasvuodna (dálla juoged- dum Hábmara ja Narvika gaskan) ja oase Narvikas (Áravuobme-bijrra), Árbárdde (Árbárdde-bijrra) ja Grane (Májjávrre-bijrra)	Degu SAMINOR 1	Evenássje
Suohkana Trøndelágan	Raavrhvika ja oase Namsskoganis (Trones ja Furuly guovlo), Snåasa (Vinje-bijrra) ja Røros (Brekken-bijrra)	Degu SAMINOR 1	Ij aktak

Tabælla 1: Diedo SAMINOR gálmá dáhtájtjoahkkij birra.

Diedo gatjálvissjiemás ælla nuohkása jus galggá álles vásstádusáv álmuga varresvuoda-  
dile birra. Dárbaj aj objektijva klinihkasj mihttimijt. Danen gáhtjoduváj álmuk állda-  
rin 40–79 lågen suohkanin klinihkalasj guoradallamij masi aj gulluj ádá gatjálvissjebmá.  
Dáv oasev SAMINOR 2 guoradallamis gáhtjodip SAMINOR 2 – klinihkalasj guoradallam.  
Dáhtáj tjoahkkidattijn gáhtjoduváj guoradallam Varresvuoda- ja iellemdilleguoradallam.  
Dán guoradallamin lij dæssju nuorttasáme guovllo, ja gájka sáme ieneplåhkosuohkana  
lidjin fáron. Gájka da lågev suohkana lidjin ávddála oassálasstám sihke SAMINOR 1 ja  
SAMINOR 2 – gatjálvissjebmáguoradallamin. Nágina li oassálasstám moatten guoradalla-  
min, madi iehtjáda vas dæssju ávtån.

SAMINOR 1 ja 2 suohkana li kártan gávvasin 1. Divnajn dájñ suohkanijn la moattetjerda-  
lasj álmuk sáme ja dáttja ja moatten sajen aj guojna álmugijn.



Gávov 1: SAMINOR 1 ja 2 suohkana.

## Tjerdalasjuohta

Nuorttalamos Vuonarijkka la buolvaj tjadá læhkám guovllo gánná gálmamá álmuga li æjvvalam, gánná sáme, dáttja ja guojna li viessum ja árrum buohtalakkov, ietjasa kultuvraj, gielaj ja iellemvuogij. Nágina javlli sij li duot ja dát, madi viehka moattes dábbdi ietjasa sihke sábmén, guojnnan ja ládden/rivggon. Gá ep máhte diehtet gudi li sáme ja gudi ælla, de SAMINOR oassálasstijs gatjádip tjerdalasjuoda ja giela birra gatjálvissjemán. Juohkka avta duogen la ietjas tjerdalasjuodav definierit. Dát tjuovvu ILO-konvensjávnav 169 álgoálmugij ja máddoálmugij birra iesjrádalasj stáhtajn, artihkal 1 tjuorgga 2, gánná tjuodtju ietjas identifiserit álgoálmugin jali máddoálmugin la vuodulasj gájbbádus gá mierret makkir juohkusijda konvensjávnná guosská (4). Gájka SAMINOR gatjálvissjemájn li da sæmme tjerdalasjuoda- ja giellagatjálvisá (gávov 2). Gatjálvisá gábttti sijddagielav, tjerdalasjuodav ja gáktu ietjas definieri.

Dájt gatjálvisájt máhtta duon dán láhkáj adnet váj juohká juohkusav duola degu sáme- ja rivggo/ládde-juohkusij. Ij la buorre diehtet gudi li sáme ja gudi ælla. Nágín dutke válljiji dættodit giela, madi iehtjáda vas ietjas identifiserimav dættodi, majt iesj ájadallá ietjas birra. Gá moaddásijn la sihke sáme, guojna ja rivggo/ládde duogásj gávvit sebrudagáv ja dan álmugav, valla dat la dutkijda tjuolmman.



Famillja ja gielladuogásj				
Nuortta-Vuonan árru ulmutja gejn le moattelágásj tjerdalasj duogátja. Dat merkaj sij hálli genga gielajjt ja sijáj le genga kultuvra. Ávddámaerkkan tjerdalasj duogátijj, jali tjerdalasj juohkusij li dádtja, sábmelattja ja guojna.				
<b>10. Makkár gielav hála. Makkár gielav hálli/hállin duv æjgáda ja áhko ja ádjá sijdan?</b> (Bieja avtav jali moadda ruossa)				
	Dáro-gielav	Sáme-gielav	Guojna-gielav	letjá gielajjt, tjelggi:
Áddjá (iedne áhttje)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áhkko (iedne ieddne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áddjá (áhtje áhttje)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áhkko (áhtje ieddne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Áhttje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ieddne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mán iesj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Mij le duv, duv áhtje, duv iedne tjerdalasj duogásj?</b> (Bieja avtav jali moadda ruossa)				
	Dádtja	Sábme	Guojnna	letjá, tjelggi:
Muv tjerdalasj duogásj le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muv áhtje tjerdalasj duogásj le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muv iedne tjerdalasj duogásj le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Manen ietjat aná?</b> (Bieja avtav jali moadda ruossa)				
	Dádtjan	Sábmen	Guojnnan	letján, tjelggi:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gávos 2: SAMINOR tjerdalasjvuoda gatjálvisá.

## Dutkamtiemá

Diedo varresvuoda ja iellemdile birra tjoahkkiduvvi gatjálvissjemájs, klinihkalasj miht-timijs degu alludahka, dæddo ja varradæddo ja varraátsálvisájs. Tjoahkkáj li dá stuorra dáhtátjoahkke massta dutke bessi viedtjat majt dárbahti. Dálátjij li vargga 60 diedalasj artihkkala tjáledum SAMINOR dáhtáj milta, ja dálátjij li 10 dáktärgráda tjáledum. Moatte lágásj tiemá li guoskaduvvam, nágina dajs dán ávvudallamgirjátjin ávddán biejaduvvi. Ienemus SAMINOR-dutkam gullu gálmá oajvvefáddaj:

### Rubbmelasj varresvuoha ja faktávrrá ma rubbmelasj varresvuohatj vájkkudi.

SAMINOR:a oajvvedæddo li stuorra iellemvuohkeskihpudagá diabetes mellitus (sáhkárdá-vdda) ja tsáhke- ja varravárreskihpudagá (duola degu tsáhkegæsádaahka, tsáhkehávve, vuojnjamvahák ja alla varradæddo). Ájnas vájkkudimfaktávrrá li duola degu suovastibme, biebmó ja rubbmelasj labudallam. Buojjdudahka, varradæddo ja buojddestáffa varán li varresvuoda indikatávrrá buojkulvisá ma máhtti subtsastit juojddá riska birra skihppát. SAMINOR gávvit aj guhkálasj báktjasijt, mij la dábálamos sivvan guhkesájggásasj skih-pagáhtomij ja sáhtusvuohatj Vuonan.

## Mentála varresvuohhta ja faktávrá ma mentála varresvuohhtaj vájkkudi

SAMINOR edna dættov biedjá mentála varresvuodavávjij dutkamij. Buojkulvissaj symptávmá tjanádum balluj/depresjávnnáj, post-travmalasj stræssaj, bárrámgássjelis-vuohhtaj ja iesjsárrmmimhálluj. Ájnas vájkkudimfaktávrá li vahágahttem, bargodisvuohhta, givsedibme ja badjelgæhttjam, valla aj faktávrá ma máhtti nannit mentála varresvuodav, degu buorre aktijvuoda familjajn ja rádnaj.

## Varresvuoda fáldaldahka álmugij

Sáme álmugij riektá avtaárvvusaj varresvuodadievnastusájda lij akta oajvvesivájs gá Sáme varresvuoda dutkama guovdásj ja SAMINOR álgaduvvin. Danen li SAMINOR-gatjálvissijemájn gatjálvisá: man álu dáktára lusi maná, jus la skihppijvieson læhkám ja man dudálasj la varresvuodadievnastusáj fáldaldagájn ja giehtadallamijn mav oattjo. Gielalasj gássjelisvuoda varresvuodadievnastusájn ja dálkkumdievnastus sámegielak pasientajda la aj tiebmán.

## Gænna la ávkke SAMINOR-báhtusij?

Moadda iesjuhtiklágásj juohkusijn ja ájnegis ulmutijjn la ávkke SAMINOR dutkambáhtusij, ja galggap náginaf sijájs dáppe nammadit.

## Oassálasste iesj

SAMINOR-oassálasste viehkedi diedoj ma li állu dárbulattja jus galggap máhttet vásstedit gáktu varresvuoda dille la jur sijá suohkanin ja váj galggá gávnnat makkir faktávrá skihpudagájda vájkkudi. Duodden la SAMINOR varresvuoda guoradallam juohkka oassálasstes - muhtem lágásj “EU-kontroalla” varresvuodas. Sij gudi klinihkalasj guoradallamijt tjadádi, oadtju diehtet jus dárbahi ballat oadtjomis vissa skihpudagájt, degu diabiehtav. Juohkka oassálasste oadtju indivijdalasj vásstádusáv vissa mihttimijda, duola degu dætto, varradætto ja muhtem varraátsálvisanalijsa birra. Jus mihttima li álggolin dav mij aneduvvá dábalat-tjan varres ulmutijjda, de oassálasste gáhtjoduvvá dáktára milta mannat váj dárkkelappot guoradaláduvvá. Navti máhttá SAMINOR viehkken váj náginaf skihpudagájt árrat ájttsá.

## Sáme ja álmuk ietján

SAMINOR gájbbet dutkamprosjevta ma adni dáhtájt SAMINOR:as galggi tjielggasit ávkken guoradaládum guovloj álmugij ja/jali sámijda. Gájbbedip aj dutkambáhtusa almoduvvi iehtjádijda gá dássju dutkáj iesj. Danen la gaskostibme ájnas oassen dutkam-bargos. Dábálamos la dutkambáhtusa almoduvvi ienjnijlgiellaj rijkajgasskasasj magasijnajn ja ávdđánbuvteduvvi diedalasj konferánsajn ietjá dutkijda. Sæmmi ájnas la jut báhtusa almoduvvi álmugij ja sierraláhkáj oassálasstijda gudi li viehkedom diedoj dutkamij. Nuorttalij-Vuonan ja sámij gaskan li viehka ednagit iehpedam dutkamav, sierraláhkáj varresvuoda dutkamav. Dáv iehpedimev máhttá tjielggit ávdep dutkamis dakkir ájges gá sámij adnin álbben sosialdarwinismalasj vuojno milta. Buojkulvissan dasi li oajvveskáltjoj mihttima ma juohkin ulmutijjt juohkusijda oajve háme milta. Danen la udnásj varresvuoda



duhkijn sierralágásj ávdäsvasstádus jut mijá dutkambarggo le etihkalattjat dágálasj ja jut máhtto boahtá ruopttot dan álm mugij mav la dutkam.

SAMINOR biedjá állo dættov rappártáj, kronihkaj ja ietjá bivnosdiedulasj tevstaj almodib-máj ja lip aj dahkam sierra SAMINOR-blákkav mijá næhttabielen [www.saminor.no](http://www.saminor.no) (5-7). SAMINOR-næhttabielen li aj oanegis tjielggidusá gájka dutkamprosjevtajda ma li dáhtájt oadtjum SAMINOR:as, navti váj agev galggá liehket rabásvuohtha mij guosská diededib-máj masi dáhtá aneduvvi. Gájka dutke aloduvvi sahtediedalasj artihkkalijt tjálatjtit, degu dán ávvudimgirje kapihttala, álm mugijáhkanimij ja muodugasj dáhpádusájn lágádallat ja sebrudakdágástallamij oassálasstet.

### Sámedigge

SAMINOR tjadáduvvá lahka aktisasj barggon Sámedikkijn. Sámedigge barggá avtaárv-vusasj varresvuodadievnastusá ávdás sáme álm mugij mij sáme gielas ja kultuvras álggá. Sámedigge dættot varresvuodadievnastusá sámijda galggi tsieggiduvvat duodastum máhttut sáme álm muga varresvuoda ja iellemdile birra aktan makkir faktávrrá varres-vuohtaj vájkkudi. Danen la Sámedigge ájnas ævtoj bukte gá máhttoráje galggi dievde-uvvat, ja buorre ságastallamij baktu Sámedikkijn ja sáme bájkij, oadtju SAMINOR ájnas bagádallamav makkir tiemá birriji vuoroduvvat gá dáhtájt tjoahkkip.

### Suohkana ja fylka

Álm mugjvarresvuohhtalága milta galggi suohkana ja fylkkasuohkana nuohkásav diehtet ietjas álm muga varresvuoda dile birra, ja aj daj buorre ja nievrep faktávrráj birra ma máhtti dási vájkkudit. SAMINOR la ájnas viehkken váj suohkana ja fylkkasuohkana galggi nahkat

dáv gájbbádusáv állidit. Divna lågev suohkana ma lidjin fáron klinihkalasj guoradallamin SAMINOR 2 oadtjun rappártájt tjuoldedum báhtusij jur sijá viesádij birra (5). Duodden tjadáduvvin álmuktjáhkanime ja tjáhkanime politihkkárij ja varresvuoda jádediddij juohkka ájnna siebrre suohkanijn. SAMINOR-jádediddje ja ietjá dutke álu oassálassti tjáhkanimijda suohkanij gánná subtsastip majt lip SAMINOR-guoradallamin gávnnam.

### Nasjávnnálasj oajválattja

SAMINOR álu guládallá Varresvuodadirektoráhtajn ja Varresvuolta- ja huksodepartementajn. SAMINOR la ietjá departementajda aj ávkken, SAMINOR la læhkám viehken duola degu dutkambáhtusij Mánáj-, nuoraj- ja familljadirektoráhta máhttoportállaj nehtan dásseárvo ja iellemdile birra.

### Varresvuoda bargge

SAMINOR la varresvuolta- ja sosialbarggijda máhttobánñkan ja viehket duola degu váj oadtju diehtet ienebut duola degu skihpudagáj oablloma birra, varresvuoda dievnastusáj dárbo birra ja makkir varresvuoda indikatávra vájkkudi álmuga varresvuoltaj nuorttan. Navti SAMINOR buktá ienep dádjadusáv duogátja birra ja báhtusa dassta gá sáme li dáhkkiduvvam álgoálm mugin Vuonan.

## Ádásit dáhtájt tjoahkkít: SAMINOR 3

SAMINOR 1 ja 2 li viehkedam ienep diedoj sáme ja nuorttalijvuona álmuga varresvuoda birra, valla dárba j álmukvarresvuoda profijlav ájge badjel tjuovvolit. Danen dálla plánip ádá dáhtátjoahkkimav – SAMINOR 3.

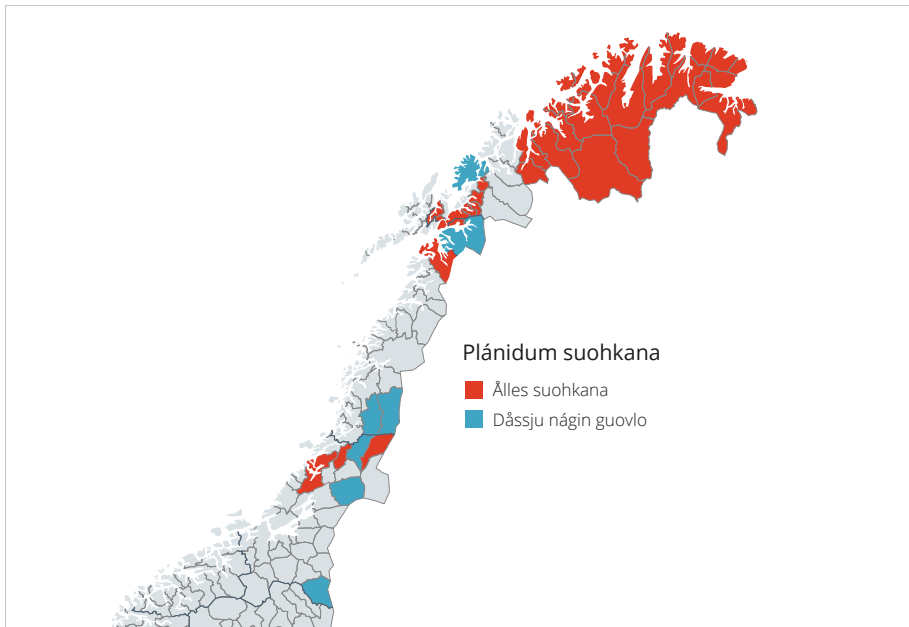
Moattetjerdalasj moattebelakvuolta Sámen merkaj dárba j gehtjadit vijdes geografijjalasj guovlov váj máhtta ájttat vejulasj sieradusájt tjerdalasj juohkusij gaskan ja guovlos guovlluj. SAMINOR 2 – klinihkalasj guoradallam gábtjáj dásju lågev suohkana nuorttasáme guovlon ja navti danna ælla makkirak diedo julev- ja oarjelsáme guovlo j álmuga birra. SAMINOR 1 vattij ienep diedo j dáj juohkusij birra, ja dasi gullujin aj árbbedábálasj guojna árrombájke. Dárba j aj ienep diedo j merrasáme ja oarjelsáme guovlo j. Danen sihtap SAMINOR 3 galggá gábtjáj suláj 40 suohkana Nuortta- ja Gasska-Vuonan, aktan daj guovlo j ma ávdebut li guoradaládum. Tjoahkkáj ájggop dal gáhtto j suláj 80 000 ulmutja sebratjít.

SAMINOR la dálátjij dættodam állessjattugij. Ietjá guoradallama li tjadáduvva nuoraj gaskan, valla dá guoradallama li juogu de boarrása, vájllu j diedo j tjerdalasjvuoda birra jali dajn li ilá binná oassálasste. Danen sihtap dáhtájt tjoahkkít mánáj ja nuoraj gaskan mánáj- ja nuorajskávlájn – Nuorra SAMINOR – mij galggá tjadáduvva dajn sæmmi geografijjalasj oasen degu állessjattugij oasse SAMINOR 3.

SAMINOR 3 galggá tjadáduvvat navti váj oassálasste bessi fáron mierredit ja ienep dutkamvuogij gá ávddála. Ájnas la ahte dutkam la álm mugij ávkken. Danen galggap vuostatjín dahkat kvalitatijva guoradalle ságájdahthemguoradallamav. Gáhttjop ulmutjijt duot dát guovlos oassálastátjít, juogu de aktugasj ságájdahthemín jali juogosságájdahthemín 5–6 iehtjádij siegen, nav gáhtjodum fokusjuogosságájdahthem. Ságájdahthemguoradallamin la sæmmi ulmme degu SAMINOR ietján, namálettjat ahte galggap bessat diehtet ienebut varresvuoda birra moattetjerdalasj guovlojn nuorttalamos fylkajn. Ságájdahthemguoradallam galggá átsádit majt álm mug iesj miejnni la ájnas sijá varresvuoda ja iellemdile gáktuj ja majt sijá mielas varresvuodaguoradallam sijá árronguovlon bierrí dættodit. Galggap adnet báhtusijt ságájdahthemguoradallamis váj dahkap ájn buorep ja ienep guoskavasj gatjálvisájt stuorra varresvuoha- ja iellemdilleguoradallamij SAMINOR 3, mij galggá tjuovvot sæmmi hámev degu SAMINOR 1 ja 2; gatjádallamsiemá, klinihkalasj mihttima ja varraátsálvisá. Navti gáhttip álm mug iesj bæssá fáron definierit makkir dutkamgatjálvisá galggi dættoduvvat. SAMINOR 3 galggá aj áttjudit addnejuohkusav váj álm mugav sebradahttá prosejva ávddánibmáj ja tjadádibmáj. Tabellan 2 lip vuosedam da gálm má dáhtátjoahkkima ma aktan sjaddi SAMINOR 3. Kárta gavvusín 2 vuoset plánidum geografijalasj guovlov.

	Kvalitatijva ságájdahthemguoradallam	Klinihkalasj guoradallam	Nuorra SAMINOR
Suláj makkir jagijn	2021–2022	2023–2025	2023–2025
Áldar	18 jage ja vuorrasabbo	40–79 jage	5. ja 9. klássa
Galles gáhtjodum	Suláj 100	Suláj 80 000	Suláj 3500
Galla suohkana		Binnemusát 40	Binnemusát 40
Gáktu tjoahkkiduvvin dáhtá	Fokusjuogosságájdahthemá Individuála ságájdahthemá	Gatjálvissjebmá Klinihkalasj guoradallam Varraátsálvisá	Gatjálvissjebmá Klinihkalasj guoradallam Varraátsálvisá
Suohkana Rámsán ja Finmárkon		Vardø, Tjáhtjesuolj, Hammerfæssta, Guovddagæjnni, Áltá, Láhppe, Hasvijkka, Sválesnuorre, Måsøddjo, Nuorttakáppa, Porsánngo, Kárásjjáhká, Davvesijdda, Ganngavijkka, Berálváhke, Dædno, Unjárgga, Báhtsavuodna, Oarjjelij-Várjaga, Dielldanuorre, Rivtak, Loabák, Sálák, Oarjjelijrájsá, lvggo, Omasvuodna, Gájvuodna, Skiervvá, Rájsá, Návuodna, (jali nágín bijra áðá Sáttjá suohkanin)	
Suohkana Nordlándan		Narvijkka (Áravuobme/Vassdále, Bjerkvijkka, Bálák, Gásluokta), Grane (Májjávrre), Árbárdde (Árbárdde), Hábmmer, Evenássje	
Suohkana Trøndelágan		Namsos, Røros (Brekken), Snåasa (Vinje), Raarvijkka, Namsskogan (Trones/Furuly), Høylánnda	

Tabella 2: Diedo SAMINOR gálm má dáhtátjoahkkij birra.



Gávov 3: Suohkana majt ájggop gehtjadit SAMINOR 3 guoradallamin.

## Tjoahkkájgæsos

SAMINOR la akta dajs ájnnsamos gáldojs mij guosská máhttuj sáme ja nuorttalijvuona ábbálasj álmuga varresvuoda ja iellemdile birra. Gå gávvit álmuga varresvuodav, de máhtta SAMINOR viehkken liehket váj hieret iehpevarresvuodav ja buoret varresvuoda dievnastusáj fáladagáv álmugij mijá nuorttalamos riikkaosien. SAMINOR-dutkambáhtusa li ávkken sihke álmugij, varresvuoda barggijda, Sámediggáj, suohkanijda, fylkkasuohkanijda ja nasjávnlálasj oajválattjajda.

SAMINOR 3 la dálla álggemin. Mijá moattetjerdalasj sebrudahka nuorttalin dárba ienep máhtov váj máhtta vásstedit állu álkkes gatjálvisájda degu “mij vaddá buorre varresvuodav ja buorre iellemav?” ja “gáktu la nuorttavuonagij moattetjerdalasj álmuga varresvuohhta ja iellemdille?” Diehtep suohkana ja fylkkasuohkana dárba ienep ja átsádi dáv máhtov, ja diehtep sihke Sámedigge, Varresvuohhta- ja huksodepartemænnta ja sáme ja ietjá varresvuoda fáhkabargge sihti ienep máhtojt ma li dutkama nali tsieggidum. Dasi máhtta SAMINOR 3 viehkedid.

SAMINOR:a vuodogierge li mijá oassálasste. Oassálasste li dævdám guhka gatjádallamsjiejmájt manna muhtem mudduj lidjin gássjelis gatjálvisá, mihttidum ja viehkkidum ja li varraátsálvisáv vaddám. Sijá viehke dagi – ij lim sjaddat makkirak dutkam. Danen gijttep gájkajt gudi dálátjij li oassálasstám SAMINOR guoradallamijda ja sávvpap moattes oassálassti gá SAMINOR 3 álggá.

## Referánsa

1. 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* 2007;66(2):113-28. <https://doi.org/10.3402/ijch.v66i2.18241>.
2. Brustad M, Hansen KL, Broderstad AR, et al. 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;73:23147. <https://doi.org/10.3402/ijch.v73.23147>.
3. Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. The second clinical survey of the population-based study on health and living conditions in regions with Sami and Norwegian populations - the SAMINOR 2 Clinical Survey: Performing indigenous health research in a multiethnic landscape. *Scand J Public Health* 2020;48(6):583-593. <https://doi.org/10.1177/1403494819845574>.
4. ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater: The International Labour organization, 1990. [Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/a5e5f2b1e4984468b04b10a60d26678b/ilo\\_norsk\\_020617.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a5e5f2b1e4984468b04b10a60d26678b/ilo_norsk_020617.pdf)].
5. Broderstad AR, Melhus M, Hansen S, et al. Helse- og livsstilsundersøkelsen SAMINOR 2. Rapport Kautokeino kommune, februar–mars 2013. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015. [Tilgjengelig fra: <https://uit.no/Content/439123/Kautokeino-med-vedlegg.pdf>].
6. Broderstad AR, Silviken A (redaktører). *Korsen é det med helsa di? Gokte don leak rupmaha bearri?* Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015 (ISBN 978-82-996789-1-9). [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig\\_tidsskrift\\_Korsen\\_e\\_det\\_med\\_helsa\\_di\\_2015.pdf](https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig_tidsskrift_Korsen_e_det_med_helsa_di_2015.pdf)].
7. Michalsen VL, Melhus M, Broderstad AR. Én av tre har metabolsk syndrom i samiske kjerneområder i Nord-Norge. SAMINORs blogg, 2020. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/research/art?p\\_document\\_id=748583](https://uit.no/research/art?p_document_id=748583)]

*Kapittel 2: <https://doi.org/10.7557/7.6456>*



## 2 | SAMINOR

*Marita Melhus og Ann Ragnhild Broderstad*



### Sammendrag

SAMINOR-undersøkelsen er Senter for samisk helseforskning's viktigste forskningsprosjekt og en av de viktigste kildene til kunnskap om helse og levekår i den samiske og den generelle nordnorske distriktsbefolkninga. Det overordnede urfolksperspektivet gjør SAMINOR til en unik databank både nasjonalt og internasjonalt.

SAMINOR gjennomføres i områder med en stor andel samisk befolkning. Mange av kommunene har også ei stor kvensk befolkning. Forskninga fra SAMINOR kan deles inn i tre hovedtemaer: Kroppslig helse, mental helse og helsetjenestetilbud til befolkninga.

Til nå har SAMINOR samlet inn data i to perioder, SAMINOR 1 i 2003–2004 og SAMINOR 2 i 2012–2014. SAMINOR 1 ble gjennomført i samarbeid med Folkehelseinstituttet, mens



SAMINOR 2 ble gjennomført av Senter for samisk helseforskning alene. Det planlegges nå ei ny datainnsamling, SAMINOR 3, som vil inkludere et større geografisk område enn tidligere for bedre å kunne dekke de kvenske, sjøsamiske og sørsamiske boområdene. Som første ledd i SAMINOR 3, gjennomføres det en kvalitativ intervjustudie for å innhente kunnskap om hva befolkninga selv mener er relevant når det gjelder deres helse og levekår og som en helseundersøkelse i deres bo-områder bør fokusere på.

Det er mange som drar nytte av forskningsresultatene fra SAMINOR: det samiske folk og befolkninga for øvrig, Sametinget, kommuner og fylker, nasjonale myndigheter og helsearbeidere. I tillegg fungerer SAMINOR som en «EU-kontroll» av helsa for den enkelte deltaker.

Ved å belyse helsestatus i befolkninga, kan SAMINOR bidra til å forebygge uhelse og forbedre helsetjenestetilbudet for innbyggerne i vår fargerike nordlige landsdel.

## Innledning

Da Senter for samisk helseforskning (SSHF) ble opprettet i 2001, fikk senteret i oppgave å framskaffe forskningsbasert kunnskap om helse- og levekårs situasjonen for samene i Norge. For å kunne oppfylle dette samfunnsoppdraget, var det nødvendig å innhente nye forskningsdata. Dette var bakgrunnen for etableringa av Helse- og levekårsundersøkelsen i områder med samisk og norsk bosetting – SAMINOR. SAMINOR er SSHFs flaggskip og har de siste tiårene vært en av de viktigste kildene vi har til kunnskap om helse og levekår i både den samiske og den generelle nordnorske distriktbefolkninga. Undersøkelsen er spesielt tilrettelagt for å få bedre kunnskap om samenes helse og levekår. Dette urfolksperspektivet gjør SAMINOR til en unik databank både nasjonalt og internasjonalt. Selv om SAMINOR har et spesielt fokus på samisk befolkning, bidrar undersøkelsen også til kunnskap om hele den fleretniske befolkninga bosatt i hovedsakelig rurale områder i nord.

SAMINOR er en befolkningsbasert helseundersøkelse som kartlegger risikofaktorer, sykdom og levekår og bidrar til forskningsbasert kunnskap om mange ulike temaer knyttet til helse og levekår. Helsesituasjon og levekår er ikke noe som holder seg konstant over tid, verken for enkeltpersoner eller for befolkninga som helhet. Det er derfor viktig å følge befolkningshelsa over tid. Det er grunnen til at SAMINOR samler inn nye data til sitt helseregister ca. hvert tiende år. På den måten kan forskerne studere om sykdomsutbredelse og faktorer som påvirker risikoen for å bli syk har endret seg. I tillegg er det behov for å undersøke nye temaer som ikke har vært belyst tidligere.

## Geografiske områder

For å kunne si noe om helsesituasjonen til den samiske befolkninga, må vi først vite hvem som er samer og hvor de bor. Det er vanskelig når ingen nasjonale registre inneholder informasjon om innbyggernes etniske bakgrunn. Det er lite hensiktsmessig å undersøke

befolkninga i et geografisk område hvor det nesten ikke bor noen samer. Det ville ikke gi oss noen informasjon om helsa til den samiske befolkninga. Før SAMINOR ble igangsatt, ble derfor historiske kilder og lokal kunnskap brukt for å finne områder der det fra gammelt av har bodd mange samer. Den viktigste kilden som ble benyttet var tilleggsspørsmålene om samisk og kvensk bakgrunn og språk som ble stilt i utvalgte områder nord for Saltfjellet i forbindelse med folketellinga i 1970. Det ble bestemt at SAMINOR skulle fokusere på områder der man forventet at minst 5 % av innbyggerne ville ha samisk bakgrunn. Siden etnisitetsspørsmålene i folketellinga kun ble stilt i utvalgte områder i nord, kunne ikke denne kilden brukes i sørsamiske områder. Her måtte man bruke lokal kunnskap om hvor det var samiske bosettinger. Alle innbyggere i utvalgte aldersgrupper i de definerte områdene ble invitert, uavhengig av deres etniske bakgrunn.

## SAMINOR 1 og SAMINOR 2

Til nå har SAMINOR samlet inn data i to perioder. SAMINOR 1 ble gjennomført i 2003–2004 og SAMINOR 2 ble gjennomført i 2012–2014. SAMINOR 2 består av to separate deler som vi kaller SAMINOR 2 – spørreskjemaundersøkelsen og SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen. Til sammen består derfor SAMINOR av tre uavhengige datasett, ett fra SAMINOR 1 og to fra SAMINOR 2. Tabell 1 inneholder en oversikt over disse tre datainnsamlingene. Deltakerprosenten varierte mellom datainnsamlingene, men også fra kommune til kommune. For eksempel varierte deltakelsen i kommunene i SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen fra 42 % til 64 %. Kvinner deltok i større grad enn menn, og deltakelsen økte betydelig med alderen. Detaljer rundt de tre datainnsamlingene er beskrevet i tre artikler (1-3).

SAMINOR 1 ble gjennomført i nært samarbeid med Folkehelseinstituttet og daværende Statens helseundersøkelser, som gjennomførte hjerte- og karundersøkelser rundt om i landet. Undersøkelsen besto av spørreskjemaer, en kort klinisk undersøkelse og blodprøver. De kliniske målingene foregikk i busser som reiste rundt fra kommune til kommune. SAMINOR 1 omfattet til sammen 24 kommuner, men i seks av dem ble kun enkelte grunnkretser med kjent samisk bosetting inkludert. Alle i alderen 30 og 36–78/79 år ble invitert.

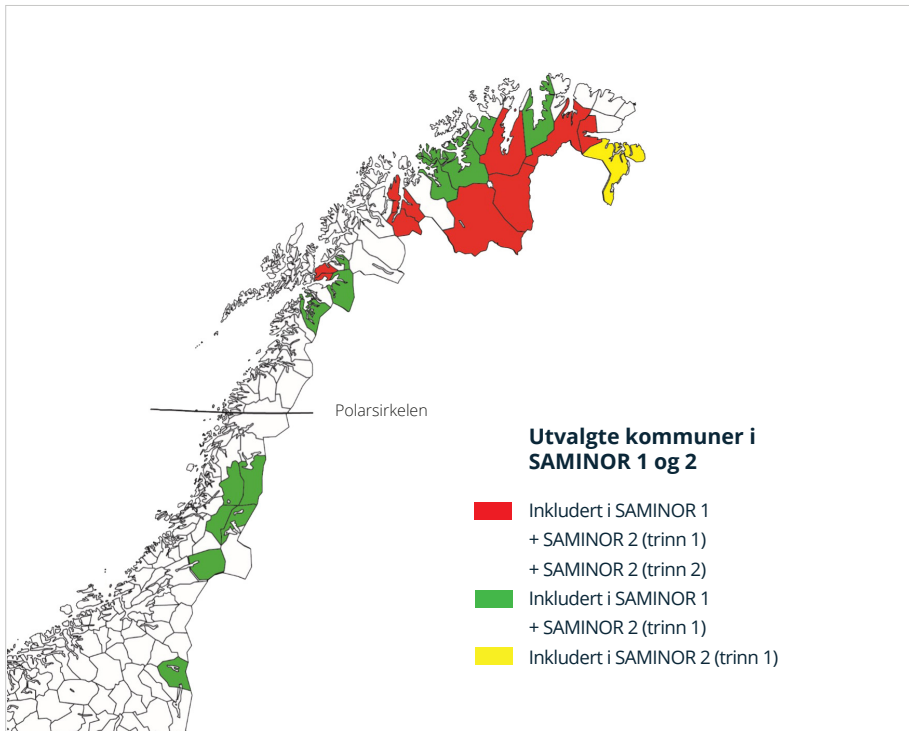
SAMINOR 2 ble planlagt og gjennomført av Senter for samisk helseforskning alene, uten hjelp fra andre enheter eller institusjoner. Statens helseundersøkelser var lagt ned, bussene var solgt og Folkehelseinstituttet gjennomførte ikke lenger slike omfattende hjerte- og karundersøkelser. På grunn av begrensede ressurser, var det ikke mulig med kliniske undersøkelser i et så stort område som i SAMINOR 1. SAMINOR 2 foregikk derfor i to trinn. Trinn 1, kalt SAMINOR 2 – spørreskjemaundersøkelsen, inkluderte de samme kommunene som i SAMINOR 1, i tillegg til at Sør-Varanger ble lagt til. Alle i alderen 18–69 år i disse kommunene ble invitert til å svare på et spørreskjema.

	SAMINOR 1	SAMINOR 2 Spørreskjema-undersøkelsen	SAMINOR 2 Den kliniske undersøkelsen
Årstall	2003–2004	2012	2012–2014
Alder	30, 36–78/79 år	18–69 år	40–79 år
Antall inviterte	27 987	43 245	12 455
Antall deltakere	16 865 (60 %)	11 600 (27 %)	6 004 (48 %)
Antall kommuner	24	25	10
Form for datainnsamling	Spørreskjema Kliniske målinger Blodprøver	Spørreskjema	Spørreskjema Kliniske målinger Blodprøver
Kommuner i Finnmark	Karasjok, Kautokeino, Tana, Nesseby, Porsanger, Lebesby, Loppa, Kvalsund, Alta	Som SAMINOR 1, pluss Sør-Varanger	Karasjok, Kautokeino, Tana, Nesseby, Porsanger
Kommuner i Troms	Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Kvænangen, Lavangen, Skånland (nå innlemmet i Tjeldsund)	Som SAMINOR 1	Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skånland (nå Tjeldsund)
Kommuner i Nordland	Evenes, Tysfjord (nå delt mellom Hamarøy og Narvik) og kretser i Narvik (Vassdal krets), Hattfjelldal (Hattfjelldal krets) og Grane (Majavatn krets)	Som SAMINOR 1	Evenes
Kommuner i Trøndelag	Røyrvik og kretser i Namsskogan (Trones krets og Furuly krets), Snåsa (Vinje krets) og Røros (Brekken krets)	Som SAMINOR 1	Ingen

Tabell 1: Oversikt over de tre datasettene i SAMINOR.

Spørreskjemaopplysninger er ikke nok til å gi et fullgodt svar på helsesituasjonen til befolkninga. Det er også nødvendig med objektive kliniske målinger. Befolkninga i alderen 40–79 år i ti kommuner ble derfor invitert til en klinisk undersøkelse som også inkluderte et nytt spørreskjema. Denne delen av SAMINOR 2 kaller vi for SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen. Under datainnsamlinga gikk undersøkelsen under navnet Helse- og livstilsundersøkelsen. Kun det nordsamiske området ble dekket av denne undersøkelsen, og alle de samiske majoritetskommunene var med. Alle de ti inkluderte kommunene hadde tidligere vært med i både SAMINOR 1 og SAMINOR 2 – spørreskjemaundersøkelsen. Noen personer har deltatt i flere av undersøkelsene, mens andre har deltatt på kun én.

Inkluderte kommuner i SAMINOR 1 og 2 er merket på kartet i figur 1. Alle disse kommunene har ei fleretnisk befolkning bestående av blant annet samisk og norsk og i mange av kommunene også kvensk befolkning.



Figur 1: Inkluderte kommuner i SAMINOR 1 og 2. © Senter for samisk helseforskning.

## Etnisitet

Det nordligste Norge har gjennom generasjoner vært et område for tre stammers møte, hvor samer, nordmenn og kvener har bodd og levd side ved side, med sine kulturer, språk og levesett. Noen regner seg som det ene, noen som det andre, mens ganske mange føler seg som både same, kven og nordmann. Siden vi ikke på forhånd kan vite hvem som er samer og hvem som ikke er det, blir deltakerne i SAMINOR spurt om etnisk tilhørighet og språk i et spørreskjema. Det er opp til den enkelte å selv definere sin etniske tilhørighet. Dette er helt i tråd med ILO-konvensjon 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater, artikkel 1 pkt. 2, som sier at egen identifisering som urfolk eller stammefolk er et grunnleggende kriterium for å bestemme hvilke grupper bestemmelsene i konvensjonen gjelder for (4). Alle SAMINORs spørreskjemaer har de samme elleve etnisitets- og språkspørsmålene (figur 2). Spørsmålene dekker hjemmespråk, etnisk bakgrunn og hva man regner seg selv som.

Disse spørsmålene kan brukes på ulike måter for å dele utvalget inn i for eksempel ei samisk og ei ikke-samisk gruppe. Å identifisere hvem som er samer og hvem som ikke er det, er ingen enkel sak. Noen forskere velger å vektlegge språk, mens andre legger mer vekt

FAMILIE OG SPRÅKBAKGRUNN

**I Nord-Norge bor det folk med ulik etnisk bakgrunn. Det vil si at de snakker ulike språk og har forskjellige kulturer. Eksempler på etnisk bakgrunn, eller etnisk gruppe er norsk, samisk og kvensk.**

**Hvilket hjemmespråk har/hadde du, dine foreldre og beste-foreldre?** (sett ett eller flere kryss)

	Norsk	Samisk	Kvensk	Annet, beskriv
Morfar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Mormor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Farfar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Farmor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Far:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Mor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Jeg selv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....

**Hva er din, din fars og din mors etniske bakgrunn?** T  
(sett ett eller flere kryss)

	Norsk	Samisk	Kvensk	Annet, beskriv
Min etniske bakgrunn er:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Fars etniske bakgrunn er:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Mors etniske bakgrunn er:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....

**Hva regner du deg selv som?** (sett ett eller flere kryss)

	Norsk	Samisk	Kvensk	Annet, beskriv
⊥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....

Figur 2: Etnisitetsspørsmålene brukt i SAMINOR.

på egendefinering – hva man regner seg selv som. At mange har både samisk, kvensk og norsk bakgrunn, gjenspeiler samfunnet og folket som bor der, men det gir utfordringer for forskerne i analysearbeidet.

## Forskningstemaer

Informasjon om helse og levekår samles inn fra spørreskjemaer, kliniske målinger som for eksempel høyde, vekt og blodtrykk og fra blodprøver. Til sammen utgjør dette en stor database som forskere kan høste fra. Det er til nå skrevet nesten 60 vitenskapelige artikler som bygger på data fra SAMINOR, og det er avlagt 10 doktorgrader så langt. Mange ulike temaer har blitt berørt, hvorav noen presenteres i denne jubileumspublikasjonen. Forskninga fra SAMINOR hører i hovedsak inn under tre hovedtemaer:

### Kroppslig helse og faktorer som påvirker den kroppslige helsa

Hovedfokuset i SAMINOR er på de store livsstilssykdommene diabetes mellitus (sukker-syke) og hjerte- og karsykdommer (f.eks. hjertekrampe, hjerteinfarkt, hjerneslag og høyt blodtrykk). Viktige påvirkningsfaktorer er for eksempel røyking, kosthold og fysisk akti-

vitet. Fedme, blodtrykk og fettstoffer i blodet er eksempler på helseindikatorer som kan fortelle noe om risikoen for å bli syk. SAMINOR belyser også kroniske smerter, som er den vanligste årsaken til langtidssykefravær og uførhet i Norge.

### Mental helse og faktorer som påvirker den mentale helsa

SAMINOR legger stor vekt på forskning på mentale helseplager. Aktuelle temaer er symptomer på angst/depresjon, post-traumatisk stress, spiseproblemer og selvmordsatferd. Viktige påvirkningsfaktorer er vold, arbeidsløshet, mobbing og diskriminering, men også faktorer som kan fremme god mental helse, slik som gode relasjoner til familie og venner.

### Helsetjenestetilbudet til befolkninga

Retten til likeverdige helsetjenester for den samiske befolkninga var en av hovedårsakene til at Senter for samisk helseforskning og SAMINOR ble etablert. Spørreskjemaene i SAMINOR har derfor spørsmål om hvor ofte man går til lege, om man har vært til behandling på sykehus og hvor fornøyd man er med helsetjenestetilbudet og behandlinga man får. Språklige problemer i møte med helsetjenestene og tolketjeneste til samiskspråklige pasienter er også et tema.

### Hvem har nytte av resultatene fra SAMINOR?

Mange ulike grupper og enkeltpersoner har nytte av forskningsresultatene fra SAMINOR, og vi vil framheve noen av dem her.

### Deltakeren selv

SAMINORs deltakere bidrar med informasjon som er helt nødvendig for at vi skal kunne gi svar på hvordan helsesituasjonen er i akkurat deres kommune og for å finne ut hvilke faktorer det er som fører til sykdom. I tillegg er SAMINOR en helsesjekk for den enkelte deltaker – en slags «EU-kontroll» av helsa. De som gjennomgår kliniske undersøkelser, får sjekket om de har eller står i fare for å få bestemte sykdommer, slik som for eksempel diabetes. Hver deltaker får individuell tilbakemelding på utvalgte målinger, blant annet vekt, blodtrykk og noen blodprøveanalyser. Dersom målingene er utenfor det som regnes som normalt for friske personer, får deltakeren en anbefaling om å oppsøke egen lege for en grundigere undersøkelse. SAMINOR kan dermed bidra til at noen sykdommer blir oppdaget på et tidlig tidspunkt.

### Det samiske folk og befolkninga for øvrig

SAMINOR har et krav om at forskningsprosjekter som benytter data fra SAMINOR skal ha en klar nytteverdi for befolkninga i de undersøkte områdene og/eller for det samiske folk. Det er også en forutsetning at forskningsresultatene gjøres tilgjengelige for andre enn forskerne selv. Formidling er derfor en vesentlig del av forskningsarbeidet. Primært blir forskningsresultater publisert på engelsk i internasjonale tidsskrift og presentert på vitenskapelige konferanser for andre forskere. Vel så viktig er det at resultatene gjøres



tilgjengelige for allmennheten og ikke minst for deltakerne som har bidratt med informasjon til forskninga. I Nord-Norge og blant samer har det vært betydelig skepsis mot forskning, spesielt helseforskning. Mye av forklaringa på denne skepsisen er tidligere forskning i ei tid preget av et sosialdarwinistisk syn på samer som en mindreverdig rase. Et eksempel på dette er skallemålingene som rangerte mennesker i grupper etter hodefasong. Dagens helseforskere har derfor et spesielt ansvar for at det vi gjør av forskningsarbeid er etisk forsvarlig og at kunnskapen formidles tilbake til befolkninga der forskninga er utført.

SAMINOR legger stor vekt på publisering av rapporter, kronikker og andre populærvitenskapelige tekster og har også opprettet en egen SAMINOR-blogg på sin nettside [www.saminor.no](http://www.saminor.no) (5-7). SAMINORS nettside inneholder også korte beskrivelser av alle forskningsprosjekter som har fått data fra SAMINOR, slik at det alltid er åpenhet om hva data brukes til. Alle forskere oppfordres til å skrive populærvitenskapelige artikler, slik som kapitlene i denne jubileumspublikasjonen, holde foredrag på folkemøter og lignende og delta i samfunnsdebatten.

### Sametinget

SAMINOR gjennomføres i nært samarbeid med Sametinget. Sametinget jobber for en likeverdig helsetjeneste til det samiske folk som tar utgangspunkt i samisk språk og kultur. Sametinget fremhever at helsetjenester for det samiske folk må bygge på dokumentert kunnskap om det samiske folks helse og levekår og hvilke faktorer som påvirker helsa. Sametinget er derfor en viktig premissleverandør når kunnskapshull skal tettes, og gjennom gode dialoger med Sametinget og samiske lokalsamfunn, får SAMINOR viktig rettleiding på hvilke temaer som bør prioriteres ved datainnsamling.



## Kommuner og fylker

I henhold til Folkehelseloven skal kommuner og fylkeskommuner ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i sin befolkning og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. SAMINOR er en viktig bidragsyter til at kommuner og fylkeskommuner skal kunne oppfylle dette kravet. Alle de ti kommunene som var inkludert i den kliniske undersøkelsen i SAMINOR 2, mottok rapporter med utvalgte resultater for akkurat deres innbyggere (5). I tillegg ble det gjennomført folkemøter og møter med politikere og helseledere i hver av disse kommunene. SAMINORs leder og andre forskere deltar jevnlig på møter rundt om i kommunene for å orientere om funn fra SAMINOR.

## Nasjonale myndigheter

SAMINOR har jevnlig dialog med Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Også andre departementer drar nytte av SAMINOR, hvor SAMINOR blant annet har bidratt med forskningsresultater til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets nettbaserte kunnskapsportal om likestilling og levekår.

## Helsearbeidere

SAMINOR er en kunnskapsbank for helse- og sosialarbeidere og bidrar blant annet til at de får økt kunnskap om sykdomsutbredelse, behovet for helsetjenester og hvilke helseindikatorer som påvirker helsa for folk i nord. Indirekte bidrar SAMINOR til økt forståelse for bakgrunnen for og følgene av at samene er anerkjent som urfolk i Norge.

## Ny runde med datainnsamling: SAMINOR 3

SAMINOR 1 og 2 har bidratt til større kunnskap om folkehelsa for den samiske og nordnorske befolkninga, men det er behov for å følge folkehelseprofilen over tid. Derfor planlegges det nå ei ny datainnsamling – SAMINOR 3.

Det fleretniske mangfoldet i Sápmi tilsier at det er nødvendig å inkludere et stort geografisk område for å kunne avdekke eventuelle forskjeller mellom ulike etniske grupper og ulike geografiske områder. SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen dekket kun ti kommuner i det nordsamiske området og gir ingen informasjon om befolkninga i lule- og sørsamiske områder. SAMINOR 1 ga mer informasjon om disse gruppene, men omfattet få tradisjonelle kvenske bosettingsområder. Det er også behov for mer kunnskap fra sjøsamiske og sørsamiske områder. Det legges derfor opp til at SAMINOR 3 skal omfatte omtrent 40 kommuner i Nord- og Midt-Norge, inkludert de områdene som har vært med tidligere. Til sammen planlegges det å invitere rundt 80 000 personer.

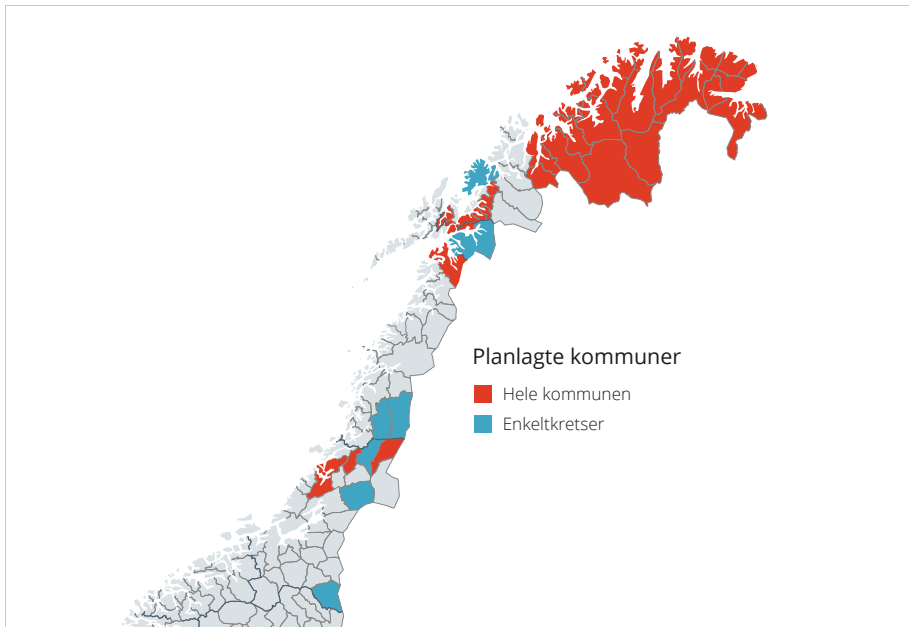
SAMINOR har til nå konsentrert seg om den voksne delen av befolkninga. Det har vært andre undersøkelser blant ungdom, men disse studiene er enten gamle, mangler informasjon om etnisitet eller har få deltakere. Det er derfor ønskelig med ei datainnsamling blant

barn og unge i barne- og ungdomskoler – Ung SAMINOR – som skal omfatte de samme geografiske områdene som den voksne delen av SAMINOR 3.

SAMINOR 3 skal gjennomføres med bred brukermedvirkning og flere forskningsmetoder enn tidligere. Det er viktig at forskninga som utføres er til nytte for befolkninga. Derfor skal vi først gjøre en kvalitativ utforskende intervjustudie, hvor vi inviterer personer fra de ulike geografiske områdene til å delta, enten i individuelle intervju eller i gruppeintervju sammen med 5–6 andre, såkalt fokusgruppeintervju. Intervjustudien har samme formål som resten av SAMINOR, nemlig å få mer kunnskap om helse og levekår i fleretniske områder i de nordligste fylkene. Intervjustudien skal utforske hva befolkninga selv mener er relevant når det gjelder deres helse og levekår og som de mener en helseundersøkelse i deres bo-områder bør fokusere på. Vi skal bruke resultatene fra intervjustudien til å lage enda bedre og mer relevante spørsmål til den store helse- og levekårsundersøkelsen i SAMINOR 3, som vil følge samme mal som SAMINOR 1 og 2; spørreskjemaer, kliniske målinger og blodprøver. På denne måten sørger vi for at befolkninga selv får være med å definere hvilke forskningsspørsmål som skal vektlegges. SAMINOR 3 vil også etablere ei brukergruppe for å involvere befolkninga i utvikling og gjennomføring av prosjektet. En oversikt over de tre planlagte datainnsamlingene som til sammen skal utgjøre SAMINOR 3 er vist i tabell 2. Kartet i figur 3 viser det planlagte geografiske området.

	Kvalitativ intervjustudie	Klinisk undersøkelse	Ung SAMINOR
Omtrentlig årstall	2021–2022	2023–2025	2023–2025
Alder	18 år og oppover	40–79 år	5. og 9. klasse
Antall inviterte	Ca. 100	Ca. 80 000	Ca. 3500
Antall kommuner		Minimum 40	Minimum 40
Form for datainnsamling	Fokusgruppeintervjuer Individuelle intervjuer	Spørreskjema Kliniske målinger Blodprøver	Spørreskjema Kliniske målinger Blodprøver
Kommuner i Troms og Finnmark		Vardø, Vadsø, Hammerfest, Kautokeino, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp, Porsanger, Karasjok, Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger, Tjeldsund, Gratangen, Lavangen, Salangen, Sørreisa, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen, (eventuelt utvalgte kretser i nye Senja kommune)	
Kommuner i Nordland		Narvik (Vassdal, Bjerkvik, Ballangen, Kjølpsvik), Grane (Majavatn), Hattfjelldal (Hattfjelldal), Hamarøy, Evenes	
Kommuner i Trøndelag		Namsos, Røros (Brekken), Snåsa (Vinje), Røyrvik, Namsskogan (Trones/Furuly), Høylandet	

Tabell 2: Oversikt over de tre datainnsamlingene i SAMINOR 3.



Figur 3: Kommuner planlagt inkludert i SAMINOR 3. © Senter for samisk helseforskning.

## Oppsummering

SAMINOR er en av de viktigste kildene til kunnskap om helse og levekår i den samiske og nordnorske distriktbefolkninga. Ved å belyse helsestatus i befolkninga, kan SAMINOR bidra til å forebygge uhelse og forbedre helsetjenestetilbudet for innbyggerne i vår nordlige landsdel. Forskningsresultatene fra SAMINOR er til nytte for både befolkninga, helsearbeidere, Sametinget, kommuner, fylkeskommuner og nasjonale myndigheter.

SAMINOR 3 er nå i startgropa. Våre fleretniske samfunn i nord trenger ny kunnskap for å kunne svare på helt enkle spørsmål som «hva gir god helse og et godt liv?» og «hvordan er det med helsa og levekårene for det flerkulturelle folket i nord?». Vi vet at kommuner og fylkeskommuner trenger og etterspør denne kunnskapen, og vi vet at det er et sterkt ønske om mer forskningsbasert kunnskap både i Sametinget, Helse- og omsorgsdepartementet, og hos både samiske og andre helsefagarbeidere. Dette kan SAMINOR 3 bidra til.

Grunnpilaren i SAMINOR er deltakerne våre. Deltakerne har fylt ut lange spørreskjemaer med til dels innflokke spørsmål, blitt målt og veid og har avgitt en blodprøve. Uten deres bidrag – ingen forskning. Vi vil derfor rette en stor takk til alle som så langt har deltatt i SAMINOR og håper på stor oppslutning når SAMINOR 3 starter.

## Referanser

1. 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* 2007;66(2):113-28. <https://doi.org/10.3402/ijch.v66i2.18241>.
2. Brustad M, Hansen KL, Broderstad AR, et al. 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;73:23147. <https://doi.org/10.3402/ijch.v73.23147>.
3. Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. The second clinical survey of the population-based study on health and living conditions in regions with Sami and Norwegian populations - the SAMINOR 2 Clinical Survey: Performing indigenous health research in a multiethnic landscape. *Scand J Public Health* 2020;48(6):583-593. <https://doi.org/10.1177/1403494819845574>.
4. ILO-konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater: The International Labour organization, 1990. [Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/a5e5f2b1e4984468b04b10a60d26678b/ilo\\_norsk\\_020617.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a5e5f2b1e4984468b04b10a60d26678b/ilo_norsk_020617.pdf)].
5. Broderstad AR, Melhus M, Hansen S, et al. Helse- og livsstilsundersøkelsen SAMINOR 2. Rapport Kautokeino kommune, februar–mars 2013. Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015. [Tilgjengelig fra: <https://uit.no/Content/439123/Kautokeino-med-vedlegg.pdf>].
6. Broderstad AR, Silviken A (redaktører). *Korsen é det med helsa di? Gokte don leak rupmaha bearri?* Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015 (ISBN 978-82-996789-1-9). [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig\\_tidsskrift\\_Korsen\\_e\\_det\\_med\\_helsa\\_di\\_2015.pdf](https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig_tidsskrift_Korsen_e_det_med_helsa_di_2015.pdf)].
7. Michalsen VL, Melhus M, Broderstad AR. Én av tre har metabolsk syndrom i samiske kjerneområder i Nord-Norge. SAMINORs blogg, 2020. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/research/art?p\\_document\\_id=748583](https://uit.no/research/art?p_document_id=748583)]

*Kapittel 2:* <https://doi.org/10.7557/7.6456>

## 3 | BÁJKES STÁDAJ

*Marita Melhus ja Ann Ragnhild Broderstad*



Gävå: Getty Images/Stockphoto.com

### Tjoahkkájgæsos

Uddni árru birrusij gávtses juohkka láhkásis Vuona viesádijs stádajn ja tjoahkkebájkijn. Edna sáme aj stádajn árru. Vájku la nav, de la ienemus oasse sáme varresvuoda dutkamis dagádum stádaj álggolin. Diehtovádne urbána sámij varresvuoda ja iellemdile birra le duogátjin guoradallamij «Fra bygd til by» (Bájkes stádaj).

«Fra bygd til by» la guovten oasen: akta registaranalijssa ja gatjálvissjiebmáguoradallam. Registaranalijssa tjadáduváj jagen 2011 aktisasjbarggon Senter for samisk helseforskning (Sáme varresvuodadutkama guovdásj, SSHF) ja Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) gaskan. Ulmme lij gehtjadit gáktu 25 jahkebuolva 15-jagágij lidjin jáhtálam 23 sámevuona rabdaguovlo suohkanijs. Állessjattugin ienep gá juohkka goalmát sijás árrun muhtem stádan. Ienep nissuna (39 %) gá álmma (33 %) lidjin stádajda jáhtálam. Finnmarko

fylkan lidjin suohkana gánná lidjin sihke ienemus ja binnemus gudi stádajda jáhtálin, gánná Kvalsundan ja Loppan lij alemus jáhtálibme ierit (50 %), madi sáme ienepláhkosuohkana Kárásjjáhká ja Guovddagæjnnu lidjin suohkana gánná binnemusá ierit jáhtálin (25 %).

Gatjálvissjiebmáguoradallam tjadáduváj jagen 2014 vuona stádaj viesádij gaskan gudi lidjin bajássjaddam 23 sáme-dáttja rabdaguovlo suohkanijn. Sijá máná gudi lidjin badjel 18 jagága aj gáhtjoduvvin oassálastáttjit. Danen li guoradallamin guokta sierra juohkusa: akta vuostasj buolva juogos ja nubbe nuppát buolva juogos.

Vuostasj buolva juohkuis oassálasstin 2058 (34 %) sijájs gudi gáhtjoduvvin. Nuppát buolva juohkuis oassálasstin 1168 (19 %). Vásstedimprosænnta lij vuolemus nuoramusáj gaskan, álmáj gaskan ja smáv, nuorttalijvuona stádajn. Gálmadisoasse oassálasstijs diededin sij li sáme.

Gatjálvissjiemán lidjin gatjálvisá tjerdalasj duogátja ja giela birra, varresvuoda, iellemvuoge, iellemdile, badjelgæhttjama, identitiehta, árbedábálasj tjehpudagáj/russtima birra, bájkkej ja kultuvrraj gullut, politihkalasj oassálasstema, vuojno sámegeielaj gáktuj, manen la jáhtám ja makkir sáme fáladagá li mánájárruhijn ja skávláj.

## Álggo

Nuppát væráltoaro manŋela li moaddása Vuonarijkan rabdaguovlo suohkanijstádajda jáhtálam. Uddni árru ienep gá 80 % Vuona viesádijstjoahkkebájkijn (1). Moadda sáme li aj válljim stádajda jáhtet. Mærkkan dasi la gá Sámedikke jienastusláhko lassáj ienebut stádajn gá ieme sáme árrombájkijn (2). Ahtu la ienemus oasse varresvuoda dutkamis sáme álmuga birra dagádum rabdaguovlo viesádij gaskan. Duola degu de li dássju guokta stádasuohkana (Áltá ja Oarjje-Várjjaga) dan 25 suohkana gaskan ma li sebrudahtedum SAMINOR varresvuoha- ja iellemdileguoradallamij (lågá ienebut SAMINOR:a birra 2. kapihttalain) (3-5). Diehtovádne urbána sámij varresvuoda ja iellemdile birra lij duogátjin gá Sáme varresvuodadutkama guovdásj álgadij guoradallamav «Fra bygd til by» (Bájkkes stádaj). Dán kapihttalain gávvidip guoradallamav ja dáhtátjoahkkev ja ávdđánbuktep nágín bajep báhtusij.

## «Fra bygd til by» guoradallama birra

«Fra bygd til by» guoradallamin li guokta oase: registaranalijssa jáhtálimminsstaris ja gatjálvissjiebmáguoradallam mij manáj vuona stádaj viesádijda gudi li sáme-dáttja rabdaguovlo suohkanijn bajássjaddam.

### Oasse 1 – registaranalijssa

Guoradallama vuostasj oasse lij registaranalijssa mij gehtjadij állessjattukiellemav vuostasj oasev jali ietjá bágoj javladum nuorra állessjattugijt (6). Analijssa lij aktisasj barggo SSHF ja Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) gaskan. Diedo Álmukregisstaris

viettjaduvvin. Álmmukregistar álgaduváj jagen 1964 ja danna li tjávdadiedo gájkaj birra gudi Vuonarijkan árru, duola degu árromsadje, sivijsa dille, jáhtem ja namá málsom. Álmmukregisstara diedoj navti bæssä tjuovvolit aktugasj ulmutja jáhtálimev. Statistihkalasj guovdásjđajmadahka (SSB) ja NIBR li tjoahkkim jáhtemdieđoj ja edna dábdomerkađt gájkajs gudi Vuonan árru, jáhtemhistávrasj dáhtábásan. Dán diedo milta gávnajma juohk- kahattjav gut lij rieđadám ájggudagán 1950–1974 (25 jahkebuolva) ja gudi 15-jagágin árru avtan dajs 23 rabdaguovlo suohkanin Finnmárkos nuorttan gitta Nuortta-Trøndeláhkaj oarjján. Divna dan 23 tjuoldeđum suohkanin li stuorra oasse álmmugis sáme. Diehtten dahkap jut dán kapihttalin adnep suohkanij ja fylkkasuohkanij namáđt ja rájáđt navti gáđ lidjin jagen 2014, suohkanáđastusá ávddála. Suohkana juogeduvvin gietja sáme rabdaguovlluj:

1. Sis-Finnmárkko: Kárásjáhká, Guovddagæjnno
2. Lulle-Finnmárkko: Unjárgga, Dætno, Porsáŋŋgo, Gáŋŋgavijjka
3. Alle-Finnmárkko: Sválesnuorre, Láhppe
4. Nuortta-Rámssá: Gájvuodna, Omasvuodna, Ivgo, Návuodna
5. Oarjje-Rámssá: Evenássje, Skáne, Rivtak, Loabák
6. Nordlánnda nuortta: Hábmer, Divtasvuodna
7. Nordlánnda oarjje ja Näämesjevuobme: Aarbárdde, Gaala, Namsskogan, Raavrhvijjka, Snáasa

Viettjaduvvin aj diedo gánná dá ulmutja árrun jagen 2008, gá lidjin álldarin 33–57 jagága. Duola degu registrieriduváj jus árrun nágin dajs 51 stádan/stádasuohkanin.

### *Galles li stáđajda jáhtálam, ja galles li báhtsám?*

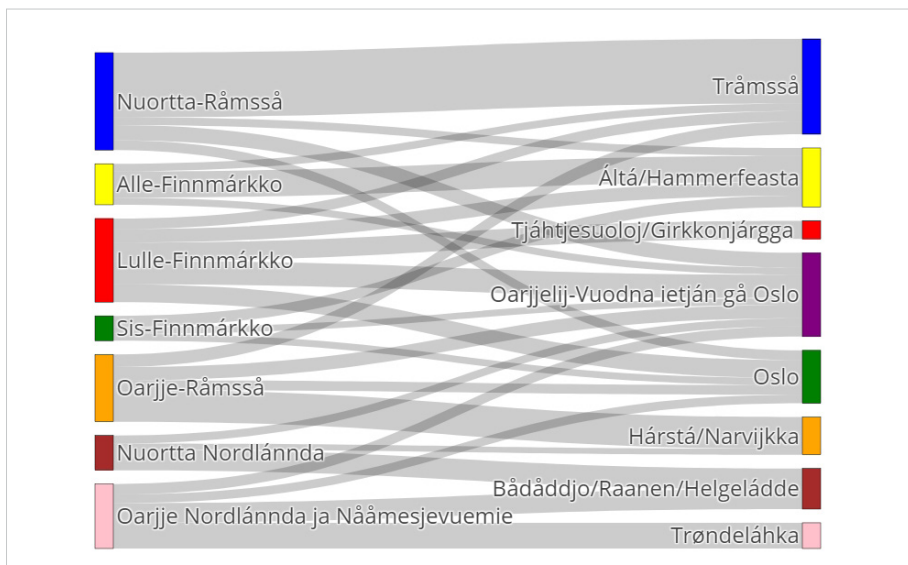
Gájka dát gietjat rabdaguovlos la edna jáhtálibme ierit. Dat 22 997 ulmutjis gudi dáj suohkanijn árrun 15-jagágin, lidjin 8318 ulmutja (36 %) gudi árrun nágin stádan Vuonan jagen 2008. Dájs lidjin 4489 nissuna ja 3829 álmmá, mij merkaj 39 % nissunijs ja 33 % álmmájs.

Stuoves árron la viek unne gájka dán gietja rabdaguovlon, ietján gá Sis-Finnmárkon, gánná la viek alla, sierraláhkáj álmmáj gaskan. Suláj lahkke divna báhtjajs Sis-Finnmárkon ælla goassak diededam jáhtemav. Jus buohtastahtá vuona suohkanij stuoves árronijn ábbálettjat de la dat 36 % álmmáj gaskan ja 26 % nissunij gaskan gá gehtjat sijáđt gudi li badjel 40 jage vuorrasa. Dan 23 sáme rabdaguovlo suohkana registraranalijisan, li gasskamærrásattjat 27 % álmmá ja 16 % nissuna stuovesárron. Jus válldep ierit Sis-Finnmárkov, de li dájŋ suohkanijn 24 % álmmájs ja 13 % nissunijs stuovesárron, mij merkaj dássju lahkav dáses lándan ietján. Ietjá bágoj javladum li Kárásjáhká ja Guovddagæjnno sierralágásj dilen mij guosská makta ulmutja báhtsi stuoves árron.



### Gási jáhtáli?

Jáhtálibme málsjoj guovlos guovlluj. Gávos 1 vuoset stuorámus jáhtálimijt dat gietjat rabdaguovlos stádasuohkanijda ma li gávtse juohkusij juogedum. Dábálamos la lagámus stádaj jáhtet, vargga 40 % sijájs gudi jáhtin, mannin lagámus stádaj. Sis-Finnmárkko ja Lulle-Finnmárkko li vehi ietjálágátja danen gá dáppet ienebut jáhtáli Osloj jali ietjá stádajda Oarjje-Vuonan. Trámssáj aj moaddása jáhtáli Nuortta-Råmsås, birrusij 60 % sijájs gudi dáppe stádaj jáhti árruji Trámssáj. Dát guovlos la binnemus jáhtem Oarjjelij-Vuodnaj. Duodden Trámssáj ienemusá jáhtáli ájge tjadá. Alle-Finnmárkos jáhti lahkke sijájs gudi stádajda jáhti juogu de Áltáj jali Hammerfæsstaj, madi Oarjjelij-Råmså rabdaguovlojs moattes (41 %) jáhti Hárstáj jali Narvijkkaj. Suohkanijn Nordlándna nuorttalamos oasen álos (37 %) jáhti Bådáddjuij. Oarjjelsáme guovlo rabdaguovlo ma li Nordlándna ja Trøndelága rájen li vehi ietjálágátja navti jut e sæmme álu lagámus stádajda jáde Helgelåtten jali Måvváj. Stádajáhtem dájs guovlojs manná ienebut Roandemij, Steinkjerraj ja Namsosaj (39 %).



Gávos 1: Jáhtálibme 23 sáme rabdaguovlo suohkanis (juogedum gietja oassáj) 51 stádaj/stádasuohkanij (juogedum gávtse stádasuohkusij). 8318 ulmutja li jáhtám dáj guovloj gaskan ájggudagán 1965–2008. Gánná binnep gá 50 ulmutja li jáhtám de ij dat vuojnuu gávvasin. Gávvasa vuodo la tabælla 2.3 rappártån: Sørliie et al. (6), <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5576>.

### Geografijjalasj ja sjiervij tjanádum ieridisá jáhtema ja stuovesárroma gaskan

Finnmárko fylkan lidjin suohkana gánná lidjin sihke ienemus ja binnemus gudi stádajda jáhtálin, gánná Sválesnuoren ja Láhppen lij álemus jáhtálibme ierit (50 %), madi sáme

ienepláhkosuohkana Kárásjjáhká ja Guovddagæjnno lidjin suohkana gánná binnemusá ierit jáhtálin (25 %). Ienep nissuna (39 %) gá álmhá (33 %) lidjin stádaida jáhtálam. Næjtso jáhtáli aj ienep gá báhtja ietjá rabdaguovlo suohkanijda, sihke ietjá sáme guovloida Nuorttalij-Vuonan ja lándan ietján. Ihkap sieradusá sjiervij gaskan, mij guosská jáhtemij, la tjanádum dasi jut álmhá ienebut gá nissuna válldi badjel æládusábmudagájt sijdabá-jken ja jut nissuna ienebut jáhtáli iellemguojme sijddasuohkanij gá nuppe guovlluj. Jáhtem ietjá sáme guovloida la binnum, valla nuoramusáj gaskan la vas lassánam. Ruopptot jáhtet bajássjaddamsuohkanij la suláj sæmme dábalasj nissunijda gá álmháida, 17 % ja 15 %.

Álles registaranalijssa ávddán biejaduvvá rappártán «Flytting til byer fra distriktsområder med samisk bosetting» (6). Nágín báhtusa registaranalijssas ávddán biejaduvvi Sáme tálla subtsasti 5 (7) ja Sámedikke 25-jage ávvudallama girjen (8).

## Oasse 2 – gatjálvissjiebmáguoradallam

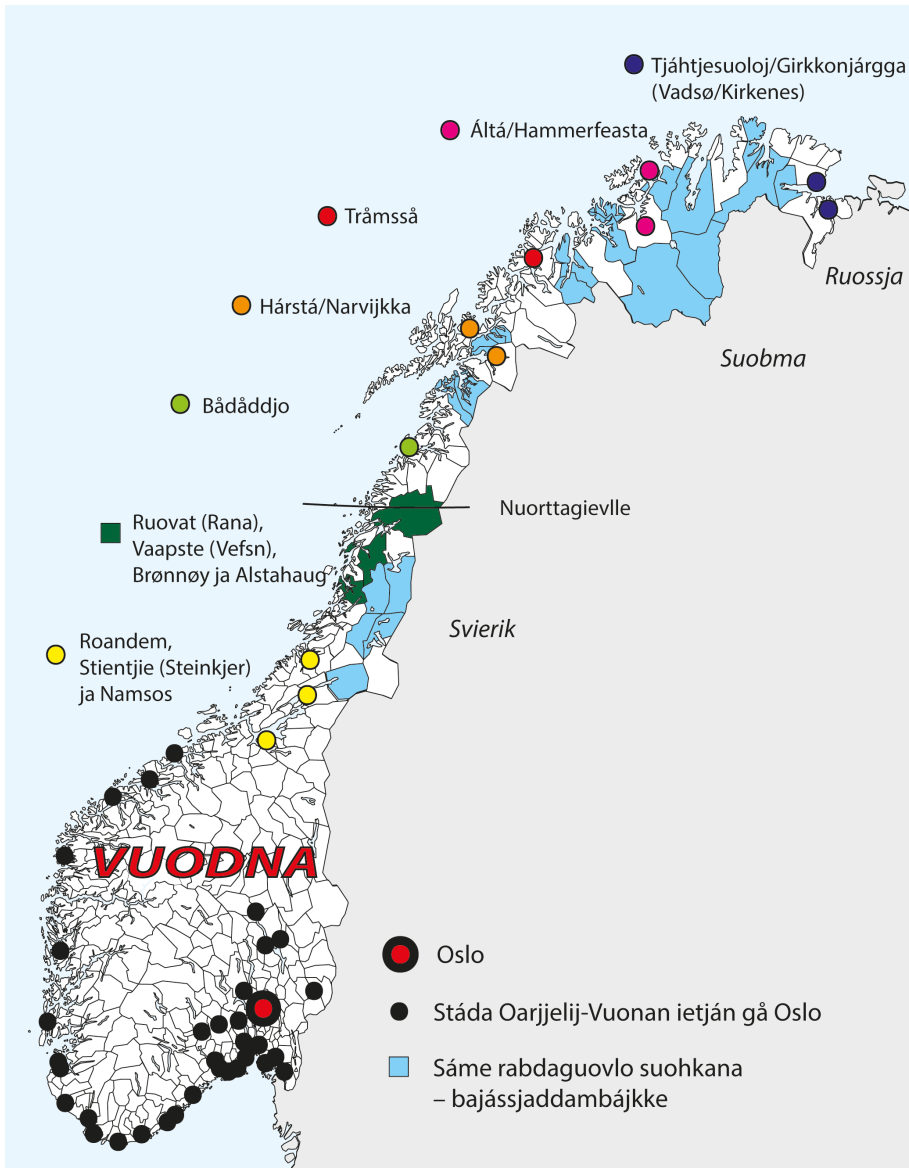
### *Gudi gáhtjoduvvin, ja galles válljijin sæbrrat?*

Guoradallama nuppát oasse lij gatjálvissjiebmáguoradallam mav SSHF tjadádij jagen 2014 aktan NIBR, Sáme allaskávlá ja Statistihkalasj guovdásjdámadahka (9). Dáhtá gatjálvissjiebmáguoradallamis li rahpasa dutkijda gudi ájggu guoradallat sáme stádaárroj varresvuodav ja iellemdilev.

Gájka gudi állidin tjuovnovasj gájbbádusájt, gáhtjoduvvin dievddet nágín gatjálvissjiemáv mav pástan oadtjun:

1. Sij lidjin riegádam ájggudagán 1950–1975.
2. Gá dievddin 15 jage, de árru avtan dájs 23 rabdaguovlosuohkanin gánná árru edna sáme. 20 dát suohkanis li aj fáron SAMINOR-guoradallamin.
3. Jage 2013 lãhpan árrun sij avtan 51 tjuoldedum stádas Vuonan. Dát merkaj ájggudagán 1965–2013 lidjin jáhtám rabdaguovlos stáda.

Sijá máná gudi lidjin badjel 18 jagáa aj gáhtjoduvvin, vájku dal gánná lidjin bajássjaddam jali gánná árrun jagen 2014. Danen li guoradallamin guokta sierra juohkusa: akta vuostasj buolva juogos mij la rabdaguovlos jáhtám stáda ja nubbe nuppát buolva juogos. Nuppát buolva juogos soajttá jáhtám ietjasa æjgádij siegen mánnán, jali li stádan bajássjaddam. Tjuoldedum suohkana ja stáda li mierkkidum kártan gávvusin 2.



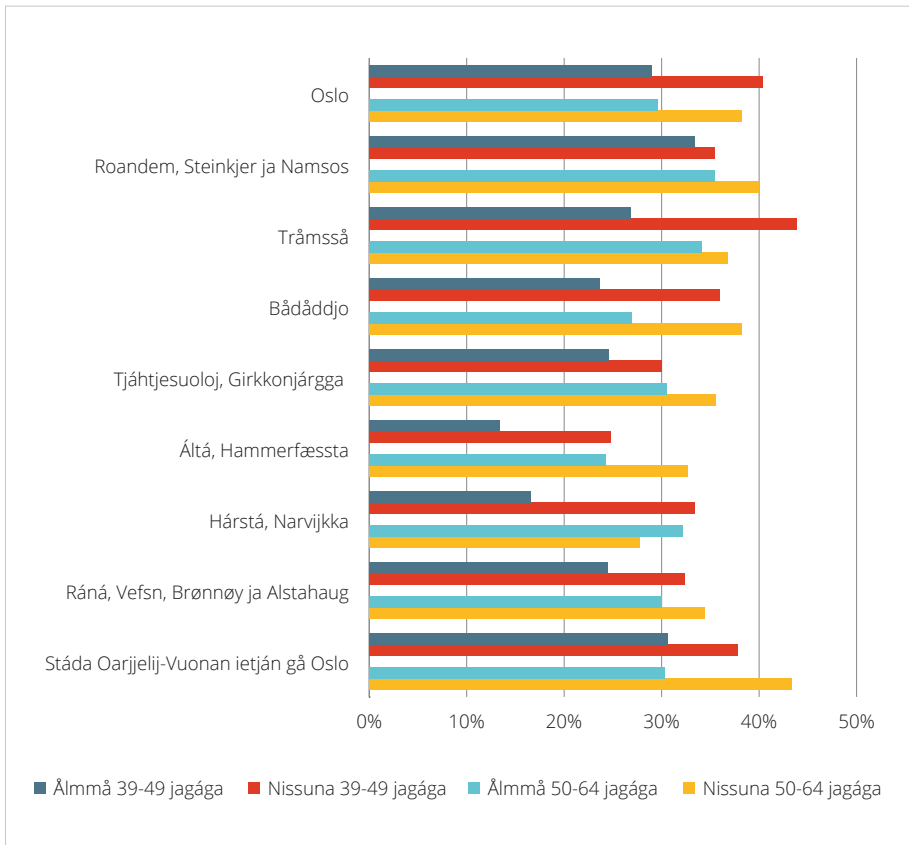
Gávos 2: Kárta mij vuoset suohkanijt gáttálvissjiebmáguoradallamin Fra bygd til by (2014) Kárta vuoset rabdaguovlo suohkanijt/bajássjaddambájkijjt ja stádajt/stádasuohkanijt gánná oassálasste uddni árru. Stádasuohkanij Ráná, Vefsn, Brønnøy ja Alstahaug gáktuj válljijma álles suohkanav láhkát. Dáj ietjá stádasuohkanijn gáhtjójma dásuju iesj stáda viesádjijt. Gávos la ávdáđala ieŋŋilsgieallaj almoduvvam dán artihkkalin: Melhus et. al (9) <https://doi.org/10.1080/22423982.2020.1794456>, © Senter for samisk helseforskning, lisensiert under CC BY-NC 4.0.

Tabælla 1 gávvit da guokta juohkusa. Gáhtjojma 6176 vuostasjbuolva stádaárrijt. Sivvan gá dát láhko l binnep gá registaranalijssa vuosedij (8318) la gá dán aktijvuodan gáhtjojma dássju sijájt gudi lidjin iesj stádaj jáhtám, ja ij rabdaguovlojda stádasuohkana rájáj sisbielen. Tjuolldusa li stáda Helgeláttén, gánná váldijma fáron álles suohkanijt. Gáhtjojma 3394 nissunijt ja 2782 álmámájt. Sæmme degu registaranalijssa vuosedij de ienep nissuna gá álmámá li jáhtám sáme rabdaguovlojs stádajda dán ájggudagán. Dájs válljijin 2058 oassálasstet guoradallamij (vástedimprosænnta 33 %). 143 gáhttojma ruopptot sáddiduvvin boasto adressa, jábmema jali ietjá siváj diehti, danen lidjin 6033 gudi duodaj váldij vuosstáj gatjálvissjemáv. Dán tálla milta lij almna vásttedimprosænnta 34 %. Sijáj mánáj gaskan 1168 vásttedin dat 6433 gáhtjodum ulmutjis (vásttedimprosænnta 18 %). Sijájs 6197 duodaj vuosstáj váldin gatjálvissjemáv (almna vásttedimprosænnta 19 %). Dát la viek unnep vástádusprosænnta gá buohtaštahtá vuostasj buolvajn, ihkap dan diehti gá nuppát buolvva l nuorap, ja nuorap ulmutja e heva oassálaste álmukguoradallamijda (3, 4, 10, 11).

	Vuostasj buolvva	Nuppát buolvva
Man vuorrasa (jage láhpan)	39–64 jagága	19–46 jagága
Gáhtjodum	6176 (3394 nissuna, 2782 álmámá)	6433 (3150 nissuna, 3283 álmámá)
Oassálasste	2058 (33 %)	1168 (18 %)
Galla oassálasste diedoj álldara, sjierve ja árromsaje birra	1996	1144
Nissuna	1227 (61 %)	744 (65 %)

Tabælla 1: Dan guovte juohkusa birra gatjálvissjebmáguoradallamin Fra bygd til by jagen 2014.1

Gávos 3 vuoset vásttedimprosentav sijáj gaskan gudi li duon dán stádaj jáhtám (vuostasj buolvva) nissunij ja álmámáj gaskan guovte áldarjuohkusa milta. Vásttedimprosænnta lij vuolemusán nuoramus áldarjuohkusin, álmámáj gaskan, ja smáv stádajn nuorttali-juonan. Állu vuolemus oassálasstem lij álmámáj gaskan gudi li nuorabu gá 50 jage Áltán/ Hammerfestan. Dánna ep vuoseda galles nuppát buolvan vásttedin juogedum sjiervijda, áldarij ja árromsadjáj, valla oanegattjat javladum de lij binnep álmámáj gaskan gá nissunij gaskan, binnep nuoramusáj gaskan, alemus Oslon ja vuolemus Finnmárkon. Man tjelgga sieradásá li sjiervij milta vuojojná viek tjelggasit tabellan 1, gánná álles 65 % vástádusájs li nissunijs, vájku ienep álmámá gá nissuna gáhtjoduvvin guoradallamij.



Gávov 3: Våsstedimprosænnta gatlålvissjiejbmåguoradallamin Fra bygd til by (2014) 1996 vuostasj buolva ådå viesådijis duot dåt stådaguovlluj, juogedum álldara ja sjierve milta.

### Gåsstá li oassálasste jáhtám, ja gånå dálla árru?

Tabælla 2 vuoset galled li jáhtám sámie rabdaguovlo suohkanijs, nieljet nuorttalamos fylkas, stádajda danga ietjas fylkan ja stádajda ietjá fylkajn/guovlojn, guoradallama vuostasj buolva oassálasste. Valla lahkke oassálasstijs lidjin árrum nágin stádaj danga ietjas fylkan, ja gudás låget oassálasstes árrun stádajn Nuortta-Vuonan. Ienemus oassálasste árru Råmsån (stáda Tråmsså ja Hårstá – ienemuså Tråmsån), valla moattes sijájs gudi Finnmárkon jali Råmsån li bajássjaddam árru aj Oslon.

		Bajássjaddamfylkka			
		Finnmárkko	Rámssá	Nordlánnda	Nuortta-Trøndeláhka
Udnásj árrum- sadje	Finnmárkko	266	40	11	<10
	Rámssá	112	291	51	<10
	Nordlánnda	30	49	220	15
	Nuortta-Trøndeláhka	<10	<10	<10	64
	Oslo	151	106	55	29
	Østlandet ietján gá Oslo	93	75	36	19
	Oarje-/Alle-/ Gasska- Vuodna	91	66	52	48

Tabælla 2: Fra bygd til by (2014) gatjálvissjiemá guoradallamis. Galles li jáhtám stádajda danga ietjas fylkan ja stádajda ietjá fylkajn/guovlojn, guoradallama vuostasj buolva oassáslasste.2

### Makkir diedo li tjoahkkidum?

Sij gudi gáhtjoduvvin oadtjun 8-bællásasj gatjálvissjiemáv mav de máhttin dievddet páhp-párin jali nehta baktu. Gatjálvissjiemán lidjin gatjálvisá tjerdalasj duogátja ja giela birra, var-resvuoda, iellemvuoge, iellemnile, badjelgæhttjama, identitiehta, árbbedábálasj tjehpudagáj/ russtima birra, bájkkáj ja kultuvrraj gullut, politihkalasj oassáslasstema, vuojno sámegielaj gáktuj, manen la jáhtám ja makkir sáme fállaldagá li mánájárruhijn ja skávlájn. Duodden gatjádijma oassáslasstijs gudi ietja javllin sij li sáme máttos makta sijá mánájn la læhkám sámegielá fállaldahka mánájárruhin ja skávlán. Gatjálvissjiemán lidjin da sæmme lægenanakta gatjálvisá tjerdalasj duogátja ja giela birra degu SAMINOR (gehtja kapihtal 2 SAMINOR birra).

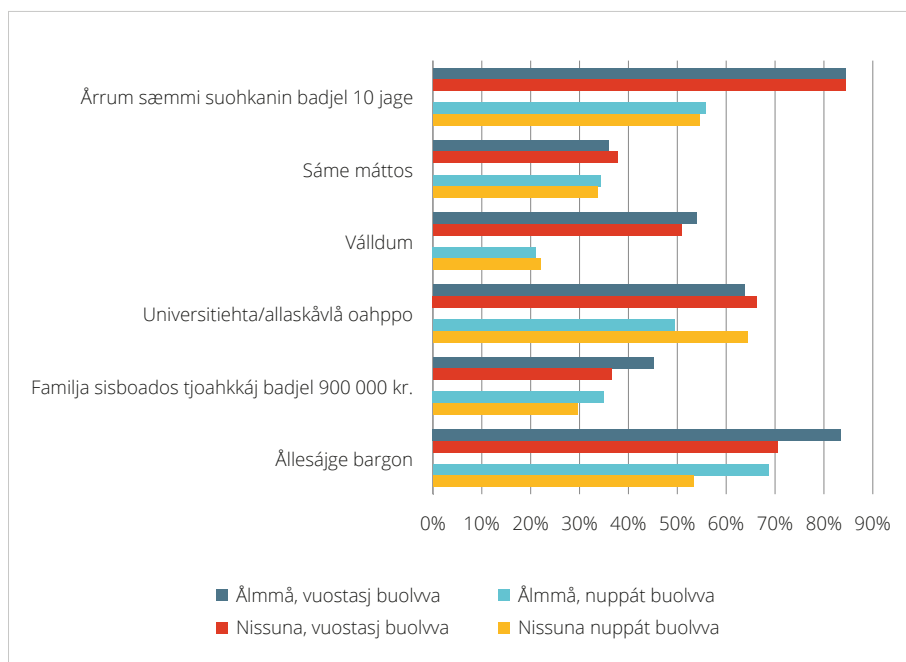
### Ma li oassáslasstij dábdomerka?

Gávvusin 4 ávdđanbuktep nágin dábdomerkajt oassáslasstij birra. Ienemusá gudi guoradallamij oassáslasstin li árrum guhkep gá lægev jage ietjasa dálásj stádasuohkanin. Sijáj gaskan gudi ietja lidjin stádaj jáhtám, lidjin ienep gá gávtses láhkásis árrum danga sæmme suohkanin guhkep gá lægev jage, mij merkaj ienemusá li buoragit sajjáduvvam dan stádaj gánná árru. Sihke vuostasj- ja nuppát buolva juohkusin lij suláj gálmadisoasse gudi lidjin sáme máttos (730 sijájs gudi lidjin jáhtám stádaj ja 288 nuppát buolvan), mij merkaj lidjin vásstedam sij li sáme unnemusát avtan dajs lægenanavta gatjálvisás tjerdalasjvuoda ja giela birra. Ællim ga sjiervij gaskan ieridisá mij guosská sáme duogátjav diededit.

Lahkke vuostasj buolva juohkusis ja 20 % nuppát buolva juohkusis lidjin válddum. Gá ælla nav moattes gudi li válddum hiehpá buoragit nasjávnałasj tállaj ma vuosedi ienep ja ienep ulmutja aktu árru ja gá válddu de dat dáhpáduvvá mañebun iellemin gá mij lij dábálasj ávdđála (1).

Badjel 60% sijájs gudi rabdaguovlos stádaj li jáhtálam, li láhkám universitiehtan jali allaskávlán, dát dásse la suláj sáemmi nissunijda ja álmhájda (gávós 4). Ahtu la navti ahte álmháj gaskan la ienemus dábalasj oanep universitiehtta- jali allaskávláoahpojn (< 4 jage), madi ienep nissunijn la guhkep gá niellja jage oahppo (9). Nuppát buolvan li viek edna ienep nissuna gá álmhá gejn la universitiehtta- jali allaskávláoahppo (gávós 4). Dát la degu vuorddám lip, danen gá jage 1980 mañjela li læhkám ienep nissuna gá álmhá Vuona universitiehtaj studentaj gaskan. Goappátijij juohkusijn li viehka állo ienep álmhá gá nissuna gejna la viddnofáhkaskávlá alemus áhpadussan.

Vájku sihke vuostasj ja nuppát buolva nissunijn la guhka áhpadus, de la álmhájn gejn la alemus sisboados, ietjas diededime milta. Ienep álmhá gá nissuna li aj álles ájge bargon. Danen gá nuppát buolva juohkusa oassálasste li nuorap gá vuostasj buolva juohkusa oassálasste, oassálasstij gudi li muhtema dássju 19 jagága, de li dávk moattes gudi ælla ájn állim ietjasa áhpadusáv, ælla háhppidam válldut jali barggagoahdet. Dat tjielggi manen nuppát buolva oassálasstijn la binnep bálkká ja ælla sáemmi álos álles virgen degu vuostasj buolva juohkusin. Vuorddep nuppát buolva juogos mañenagi oadtju ienep alep oahpov gá ietjasa æjgáda ájge bále.



Gávós 4: Nágjn dábdomerka Fra bygd til by (2014) gatjálvissjiebmáguoradallama vuostasj ja nuppát buolva oassálasstijs. Vuostasj buolva juogos lij jagen 2014 álldarin 39–64 jage, madi nuppát buolva lij álldarin 19–46 jage.

## Tjoahkkájgæsos

«Fra bygd til by» prosjevt mávtástuhttem lij ahte vájlluji diedo urbána sámij varresvuoda ja iellemvidjurij birra. Registaranalijša vuosedi inep nissuna gá álmhá li jáhtám sáme rabdaguovlojs stádajda. Suohkanij ja geografijjalasj guovloj gaskan li aj sieradusá ma guoski jáhtálibmáj ja stuoves árronij. Vájku ij la bessam tjerdalasjvuodav gávnnat iesj registaranalijšan, de li edna sáme viesáda guoradallama divna suohkanijn. Registaranalijša báhtusa vuosedi edna sáme árru stádajn Vuonan, nágin stádajn inep gá iehtjáda. Registarguoradallama buoragit gávvidi jáhtema minstarijt ja sjiervve- ja áldarjuohkemav sijáj gaskan gudi li jáhtám ja gudi li báhtsám. Dá li ájnas diedo almulasj ásadusájda degu suohkanijda, fylkajda, Sámediggáj, direktoráhtajda ja departementajda. Árronja jáhteminsstarav buoragit dádjadit la ájnas gá dievnastusfálaldagájt galggá plánit. Registaranalijssa lij aj ájnas vuodon tjuovvovasj gatjálvissjiebmáguoradallamij mij vaddá edna diedoijt rabdaguovlo álmhuga birra mij mañenagi la sjaddam oassen stáda álmhugis.

Gatjálvissjiebmáguoradallam «Fra bygd til by» tjadáduváj sijáj gaskan gudi li guovdásj sáme guovlojs jáhtám stádajda Vuonan. Tjoahkkim lip aj diedoijt sijáj mánáj birra gudi li badjel 18 jagága, valla gá ælla nav moattes sijájs gudi oassálasstin de galggá várrogisát dájht dájhtájt adnet. Sihke vuostasj ja nuppát buolva juohkusin la suláj gálmadis oasse gudi li sáme, navti máhttá guoradallat sjadde vuona biele sáme stádaárro álmhuga varresvuodav, kultuvrav ja iellemvuogev. Birrusij lahkke oassálasstijs li válljim árrut stádaj danga sæmme fylkan gánná li bajássjaddam. Siján, gudi li stádaj jáhtám, la ábbálatjtat alla oahppo, ja nissunijn la guhkep oahppo gá álmháj.

Gatjálvissjiebmáguoradallama dáhtá li rahpasa dutkijda gudi ájggu guoradallat varresvuodav ja iellemdilev vuona biele sáme stádaárroj gaskan gudi li rabdaguovlojs stádaj jáhtám.

## Ruhtadibme

Ádástuhttem-, háldadim- ja girkkodepartemænnta (FAD) (2014 rájes Suohkan- ja ádástuhttemdepartemænnta) la ruhtadam guoradallamav.

---

## Referánsa

1. Modig I. Dette er Norge 2020. Tall som forteller. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2020. [Dáppet viettjadum: [https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/430969?\\_ts=1756a0b4970](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/430969?_ts=1756a0b4970)].
2. Pedersen P, Nyseth T. City-Saami: Same i byen eller bysame? Skandinaviske byer i et samisk perspektiv. Karasjok: Čálliidlagáduš, 2015 (ISBN: 978-82-8263-181-5).



3. Lund E, Melhus M, Hansen KL, Nystad T, Broderstad AR, Selmer R, 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* 2007;66(2):113-28. <https://doi.org/10.3402/ijch.v66i2.18241>
4. 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;73:23147. <https://doi.org/10.1177/1403494819845574>
5. Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. The second clinical survey of the population-based study on health and living conditions in regions with Sami and Norwegian populations - the SAMINOR 2 Clinical Survey: Performing indigenous health research in a multiethnic landscape. *Scand J Public Health* 2019;1403494819845574. <https://doi.org/10.1177/1403494819845574>
6. Sørli K, Broderstad AR. Flytting til byer fra distriktsområder med samisk bosetting. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2011 (ISBN: 978-82-7071-912-9). <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5576>
7. Broderstad A, Sørli K. Bo- og flyttetrender i norsk-samiske kommuner gjennom 40 år i relasjon til sysselsetting. Samiske tall forteller 5, kommentert samisk statistikk 2012. Samiske tall forteller. 1/2012. Kautokeino: Samisk høyskole, 2012. [Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/23ea877e01754aa1835abe963fa68f1e/samiske\\_tall\\_forteller\\_5.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/23ea877e01754aa1835abe963fa68f1e/samiske_tall_forteller_5.pdf)].
8. Broderstad AR, Broderstad EG. Flytting og urbanisering: Sapmi i forandring. I: Nystø SR, Guhttor M, Pedersen S, redaktører. Sametinget 25 år. Karasjok: Sametinget, 2014 (ISBN: 978-82-91200-19-4).
9. Melhus M, Eliassen BM, Broderstad AR. From rural to urban living--migration from Sami core areas to cities in Norway. Study design and sample characteristics. *Int J Circumpolar Health*. 2020;79(1):1794456. <https://doi.org/10.1080/22423982.2020.1794456>
10. Krokstad S, Langhammer A, Hveem K, Holmen TL, Midthjell K, Stene TR, et al. Cohort Profile: the HUNT Study, Norway. *Int J Epidemiol* 2013;42(4):968-77. <https://doi.org/10.1093/ije/dys095>
11. Galea S, Tracy M. Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol* 2007; 17(9):643-53. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.03.013>

### 3 | FRA BYGD TIL BY

*Marita Melhus og Ann Ragnhild Broderstad*



*Foto: Getty Images/Stockphoto.com*

#### Sammendrag

I dag bor 8 av 10 innbyggere i Norge i byer og tettsteder. Også mange samer bor i by. Til tross for dette, er det meste av forskningen på samisk helse blitt gjort i distriktene. Kunnskapsmangelen om urbane samers helse og levekår var bakgrunnen for studien «Fra bygd til by».

«Fra bygd til by» består av to deler: en registeranalyse og en spørreskjemaundersøkelse. Registeranalysen ble utført i 2011 som et samarbeid mellom Senter for samisk helseforskning (SSHF) og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR). Formålet var å analysere flyttemønsteret fra 23 samisk-norske distriktskommuner for 25 årskull med 15-åringer. Som voksen bodde mer enn hver tredje av disse personene i en by. Flere kvinner (39 %) enn menn (33 %) hadde flytta til byene. Finnmark fylke hadde kommunene med både flest og

færrest utflyttere, hvor Kvalsund og Loppa hadde høyest utflytting (50 %), mens de samiske majoritetskommunene, Karasjok og Kautokeino, hadde lavest utflytting (25 %).

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført i 2014 blant innbyggere i norske byer som hadde vokst opp i 23 samisk-norske distriktskommuner. Barna deres over 18 år ble også invitert til å delta. Studien består derfor av to separate utvalg; et førstegenerasjonsutvalg og et andregenerasjonsutvalg.

I førstegenerasjonsutvalget deltok 2058 (34 %) av de inviterte. I andregenerasjonsutvalget deltok 1168 (19 %). Svarprosenten var lavest blant de yngste, blant menn og i de små, nord-norske byene. En tredjedel av deltakerne oppga samisk bakgrunn.

Spørreskjemaet omhandla etnisk bakgrunn og språk, helse, livsstil, levekår, diskriminering, identitet, tradisjonelle ferdigheter/gjøremål, tilhørighet til sted og kultur, politisk deltakelse, meninger om samisk språk, flyttemotiver og samisktilbud i barnehage og skole.

## Innledning

Etter andre verdenskrig har mange i Norge flytta fra distriktskommuner til byer. I dag bor mer enn 80 % av innbyggerne i Norge i tettbygde strøk (1). Også mange samer har valgt å bosette seg i by. Et tegn på dette er at valgmanntallet til Sametinget øker mer i byene enn i de tradisjonelle samiske bosettingsområdene (2). Det meste av helseforskning i samisk befolkning har likevel blitt gjort blant innbyggere i distriktene. For eksempel er det kun to bykommuner (Alta og Sør-Varanger) blant de 25 kommunene som har vært inkludert i helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR (les mer om SAMINOR i kapittel 2) (3-5). Mangelen på kunnskap om urbane samers helse og levekår var bakgrunnen for at Senter for samisk helseforskning (SSHF) igangsatte studien «Fra bygd til by». I dette kapittelet beskriver vi studien og datamaterialet og presenterer noen overordna resultater.

## Om studien «Fra bygd til by»

«Fra bygd til by» består av to deler: en registeranalyse av flyttemønster og en spørreskjemaundersøkelse som gikk ut til innbyggere i norske byer som hadde en oppvekst i samisk-norske distriktskommuner.

### Del 1 – registeranalyse

Første del var en registeranalyse av flyttemønster gjennom første del av voksenlivet (6). Analysen var et samarbeid mellom SSHF og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR). Opplysningene ble henta fra Folkeregisteret. Folkeregisteret ble etablert i 1964 og har nøkkelopplysninger om alle som er bosatt i Norge, blant anna bosted, sivilstatus, flytting og navneendringer. Gjennom informasjon fra Folkeregisteret, er det dermed mulig å følge den enkeltes flyttehistorikk. Statistisk sentralbyrå og NIBR har samla flytteinformasjon og

et stort antall kjennetegn ved alle bosatte i Norge i en flyttehistorisk database. Basert på denne informasjonen, fant man fram til alle som var født 1950–1974 (25 årskull) og som da de fylte 15 år bodde i én av 23 distriktskommuner fra Finnmark i nord til Nord-Trøndelag i sør. Alle de 23 utvalgte kommunene har en stor andel samisk befolkning. Vi gjør oppmerksom på at vi i dette kapittelet benytter navn og grenser for kommuner og fylker som gjaldt i 2014, før regionreformen. Kommunene ble delt inn i sju samiske distriktsområder:

1. Indre Finnmark: Karasjok, Kautokeino
2. Øst-Finnmark: Nesseby, Tana, Porsanger, Gamvik
3. Vest-Finnmark: Kvalsund, Loppa
4. Nord-Troms: Kåfjord, Storfjord, Lyngen, Kvænangen
5. Sør-Troms: Evenes, Skånland, Gratangen, Lavangen
6. Nordland nord: Hamarøy, Tysfjord
7. Nordland sør og Namdal: Hattfjelldal, Grane, Namsskogan, Røyrvik, Snåsa

Det ble videre innhenta informasjon om hvor disse personene bodde i 2008, da de var i alderen 33–57 år. Blant annet ble det registrert om de bodde i én av 51 byer/bykommuner.

### *Hvor mange har flytta til by, hvor mange har blitt boende?*

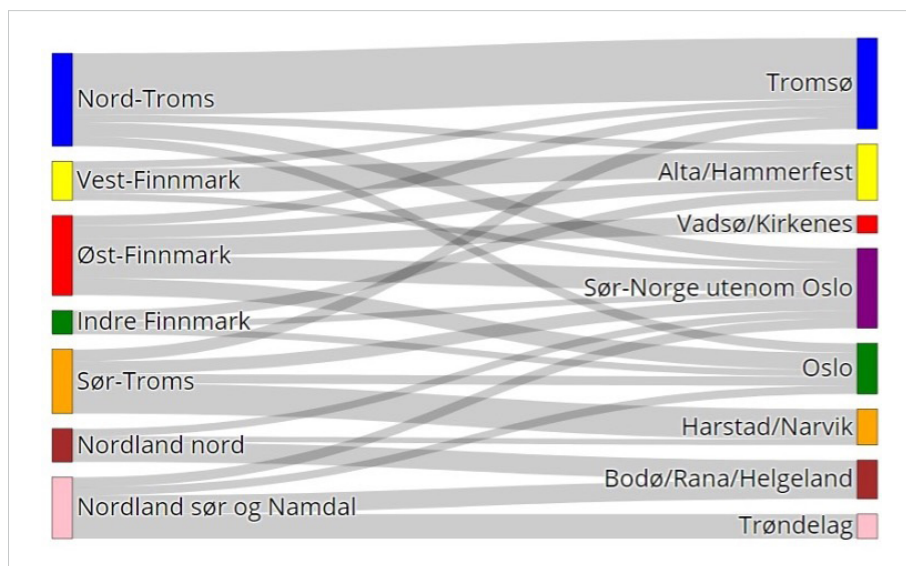
Det er stor utflytting fra alle de sju distriktsområdene. Av de 22997 personene som bodde i disse kommunene som 15-åring, var det 8318 personer (36 %) som bodde i en by i Norge i 2008. Av disse var det 4489 kvinner og 3829 menn, noe som utgjør 39 % av kvinnene og 33 % av mennene.

Bofastheten er lav i alle de sju distriktsområdene, med unntak av Indre Finnmark, hvor den er svært høy, spesielt for menn. Omtrent halvparten av guttene i Indre Finnmark har aldri meldt flytting. Til sammenlikning er bofastheten for norske kommuner som helhet i gjennomsnitt 36 % for menn og 26 % for kvinner i aldersgruppa over 40 år. I de 23 samiske distriktskommunene i registeranalysen, er bofastheten i gjennomsnitt 27 % for menn og 16 % for kvinner. Ser vi bort fra Indre Finnmark, ligger bofastheten i disse kommunene på 24 % for menn og 13 % for kvinner, for kvinner altså bare halvparten av nivået på landsbasis. Med andre ord er Karasjok og Kautokeino i en særstilling med tanke på bofasthet.

### *Hvor går flyttestrømmen?*

Flyttestrømmene varierte mellom geografiske områder. Figur 1 viser de største flyttestrømmene fra de sju distriktsområdene til bykommunene gruppert i åtte områder. Det er vanligst å flytte til nærmeste by, nesten 40 % av all flytting til by går til nærmeste byområde. Indre Finnmark og Øst-Finnmark skiller seg ut ved at de som flytter til by i langt større grad velger Oslo eller andre byer i Sør-Norge. Det er også en sterk flyttestrøm til Tromsø fra kommunene i Nord-Troms, hvor 60 % av de som flytter til by blir bosatt i Tromsø.

Det er fra dette området det er minst flytting til Sør-Norge. I tillegg har Tromsø flest tilflyttere i det lange løp. Fra Vest-Finnmark flytter halvparten av bytilflytterne til Alta eller Hammerfest, mens flyttestrømmen fra distriktene i Sør-Troms i stor grad (41 %) går til Harstad og Narvik. Kommunene nord i Nordland har en sterk flyttestrøm (37 %) til Bodø. Distriktene i de sørsamiske bosettingsområdene, på grensa mellom Nordland og Nord-Trøndelag, skiller seg ut med mindre flyttestrøm til nærmeste by, hvor 27 % har flytta til Helgelandsbyene eller Mo i Rana. Bytilflyttinga fra disse områdene går i større grad til Trondheim, Steinkjer og Namsos (39 %).



Figur 1: Flyttestrøm mellom 23 samiske distriktskommuner (gruppert i sju områder) til 51 byer/bykommuner (gruppert i åtte byområder) for 8318 personer som har flytta mellom disse områdene i perioden 1965–2008. Flyttestrømmer med færre enn 50 personer er utelatt i figuren. Figuren bygger på tabell 2.3 i rapporten: Sørlie et al. (6), <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5576>.

### Geografiske og kjønnsmessige forskjeller i flyttemønster og bofasthet

Det er i Finnmark vi finner både de kommunene som hadde flest utflyttere og de som hadde færrest utflyttere, hvor Kvalsund og Loppa kommuner hadde høyest utflytting (50 % av ungdommene), mens de samiske majoritetskommunene, Karasjok og Kautokeino, hadde lavest utflytting (25 %). Flere kvinner (39 %) enn menn (33 %) hadde flytta til byene. Jentene flytter også mere enn gutter til andre landkommuner, både til andre samiske områder i Nord-Norge og til resten av landet. Det kan tenkes at kjønnsforskjellen i utflytting har å gjøre med at menn overtar næringsseiendom på hjemstedet i større grad enn kvinner og at kvinner i større grad flytter til partnerens hjemkommune enn omvendt. Flyttingene til andre samiske områder har vært avtakende i en periode, men har økt igjen for de yngste

aldergruppene. Tilbakeflytting til oppvekstkommunen er nokså lik for kvinner og menn, henholdsvis 17 % og 15 %.

Hele registeranalysen er presentert i rapporten «Flytting til byer fra distriktsområder med samisk bosetting» (6). Noen resultater fra registeranalysen er presentert i Samiske tall forteller 5 (7) og i Sametingets 25-årsjubileums-bok (8).

## Del 2 – spørreskjemaundersøkelse

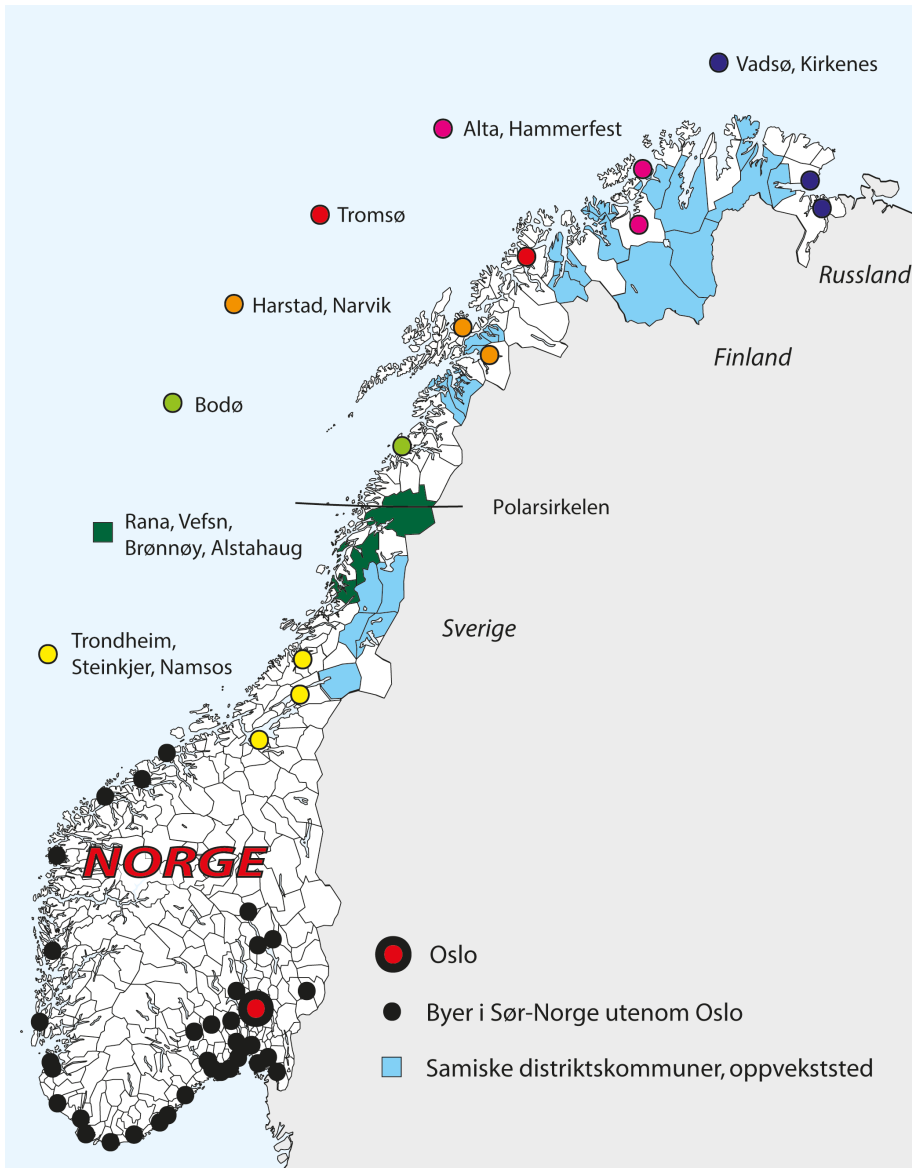
### *Hvem ble invitert, og hvor mange valgte å delta?*

Andre del av studien var en spørreskjemaundersøkelse som SSHF gjennomførte i 2014 i samarbeid med NIBR, Samisk høgskole og Statistisk sentralbyrå (9). Data fra spørreundersøkelsen er tilgjengelig for forskere som ønsker å studere helse og levekår i ei samisk bybefolkning.

Alle som oppfylte følgende kriterier ble invitert til å fylle ut et spørreskjema som de fikk tilsendt i posten:

1. De var født i perioden 1950–1975.
2. Da de fylte 15 år, bodde de i én av 23 distriktskommuner med stor andel samisk befolkning. 20 av disse kommunene er også inkludert i SAMINOR-undersøkelsen.
3. I utgangen av 2013 bodde de i én av 51 utvalgte byer i Norge. Det betyr at de i perioden 1965–2013 hadde flytta fra bygd til by.

Barna deres over 18 år ble også invitert, uavhengig av oppvekststed og bosted i 2014. Studien består derfor av to separate utvalg, et førstegenerasjonsutvalg bestående av personer som har flytta fra bygd til by og et andregenerasjonsutvalg bestående av barn av disse. Andregenerasjonsgruppa kan ha flytta med foreldrene sine mens de var barn, eller de kan ha vokst opp i en by. De utvalgte kommunene og byene er markert på kartet i figur 2.



Figur 2: Kart over utvalgsområdet i spørreskjemaundersøkelsen *Fra bygd til by* (2014). Kartet viser fraflyttingskommuner/oppvekststed og byer/bykommuner der deltakerne bor i dag. For bykommunene Rana, Vefsn, Brønnøy og Alstahaug, ble hele kommunen inkludert. I de øvrige bykommunene var det kun innbyggere i selve byen som ble invitert. Figuren er tidligere publisert i engelsk versjon i Melhus et al. (9), <https://doi.org/10.1080/22423982.2020.1794456>, © Senter for samisk helseforskning, lisensiert under CC BY-NC 4.0.

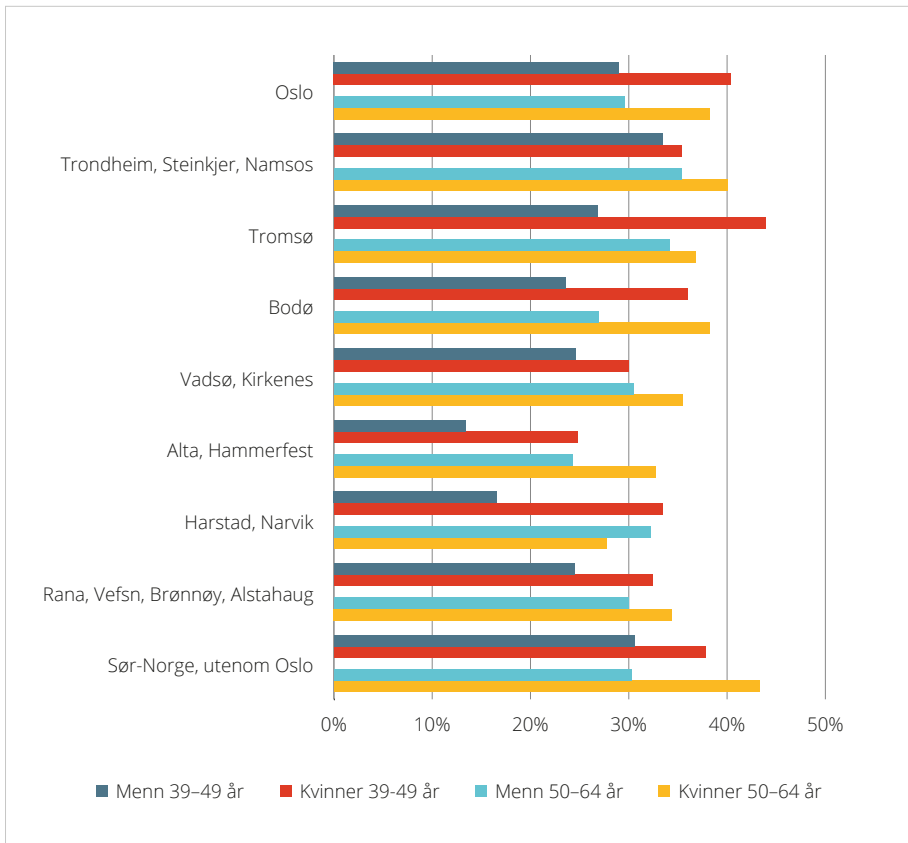


Tabell 1 inneholder en oversikt over de to utvalgene. Det ble sendt ut invitasjoner til 6176 førstegenerasjons by-beboere. Grunnen til at dette antallet er lavere enn det registeranalysen viste (8318), er at man kun tok med de som hadde flytta til selve byen og ikke de rurale delene av kommunen. Unntaket er byene på Helgeland, der man inkluderte hele kommunene. Det ble invitert 3394 kvinner og 2782 menn. Akkurat som registeranalysen viste, er det flere kvinner enn menn som i denne perioden har flytta fra samiske distriktskommuner til byer i Norge. Av disse valgte 2058 å delta i undersøkelsen (svarprosent 33 %). Det var 143 invitasjoner som ble sendt i retur grunnet feil adresse, dødsfall eller andre årsaker, slik at antallet som faktisk mottok spørreskjema var 6033. Basert på dette tallet kan vi si at den reelle svarprosenten var 34 %. Blant deres barn var det 1168 av 6433 inviterte som deltok (svarprosent 18 %). Her var det 6197 personer som mottok spørreskjemaet (reell svarprosent 19 %). Dette er en betydelig lavere svarprosent enn for førstegenerasjon, noe som delvis kan skyldes at andregenerasjonsutvalget er yngre, og yngre mennesker deltar sjeldnere i befolkningsstudier (3,4,10,11).

	Førstegenerasjon	Andregenerasjon
Alder (ved slutten av året)	39–64 år	19–46 år
Inviterte	6176 (3394 kvinner, 2782 menn)	6433 (3150 kvinner, 3283 menn)
Deltakere	2058 (33 %)	1168 (18 %)
Deltakere med informasjon om alder, kjønn og bosted	1996	1144
Kvinner	1227 (61 %)	744 (65 %)

Tabell 1: Oversikt over de to utvalgene i spørreskjemaundersøkelsen Fra bygd til by i 2014.

Figur 3 viser svarprosenten blant innflyttere til ulike byområder (førstegenerasjon) for kvinner og menn i to aldersgrupper. Svarprosenten var lavest i den yngste aldersgruppa, blant menn og i de små, nordnorske byene. Aller lavest deltakelse var blant menn under 50 år i Alta/Hammerfest. Vi viser ikke tall for deltakelse på tvers av kjønn, alder og boområde for andregenerasjonsutvalget her, men kort fortalt var den mye lavere blant menn enn blant kvinner, lavere blant de yngste og den var høyest i Oslo og lavest i Finnmark (9). Den tydelige kjønnsforskjellen i deltakelse kan vi tydelig se i tabell 1, der andel kvinner i svarutvalget er på hele 65 %, til tross for at det ble invitert flere menn enn kvinner.



Figur 3: Svarprosent i spørreskjemaundersøkelsen *Fra bygd til by (2014)* for 1996 førstegenerasjons innflyttere til ulike byområder, fordelt på kjønn og alder.

### *Hvor har deltakerne flytta fra, og hvor bor de nå?*

Tabell 2 viser antall flyttinger fra samiske distriktskommuner i de fire nordligste fylkene til byer innad i eget fylke og til byer i andre fylker/regioner for førstegenerasjonsdeltakerne i undersøkelsen. Nesten halvparten av deltakerne hadde blitt boende i en by i sitt eget oppvekstfylke, og seks av ti bodde i byer i Nord-Norge. Det er flest deltakere som bor i Troms (byene Tromsø og Harstad – de fleste av disse bor i Tromsø), men det er også mange av de som vokste opp i Finnmark eller Troms som har bosatt seg i Oslo.

		Oppvekstfylker			
		Finnmark	Troms	Nordland	Nord-Trøndelag
Nåværende bosted	Finnmark	266	40	11	<10
	Troms	112	291	51	<10
	Nordland	30	49	220	15
	Nord-Trøndelag	<10	<10	<10	64
	Oslo	151	106	55	29
	Østlandet utenom Oslo	93	75	36	19
	Sør-/Vest-/Midt-Norge	91	66	52	48

Tabell 2. Antall førstegenerasjonsdeltakere i spørreskjemaundersøkelsen *Fra bygd til by* (2014) som i perioden 1965–2013 har flytta til byer innad i eget fylke eller til byer i andre fylker/regioner.

### Hvilke opplysninger er samla inn?

De inviterte fikk tilsendt et 8-siders spørreskjema som de kunne velge å fylle ut på papir eller via internett. Spørreskjemaet omhandla temaer som etnisk bakgrunn og språk, helse, livsstil, levekår, diskriminering, identitet, tradisjonelle ferdigheter/gjøremål, tilhørighet til sted og kultur, politisk deltakelse, meninger om samisk språk og årsaker til at man flytta dit man bor i dag. Deltakere med egendefinert samisk familiebakgrunn ble i tillegg spurt om hvorvidt barna deres hadde hatt samisktilbud i barnehage og skole. Spørreskjemaet inkluderte de samme elleve spørsmålene om etnisk bakgrunn og språk som i SAMINOR (se kapittel 2 om SAMINOR).

### Hva karakteriserer deltakerne?

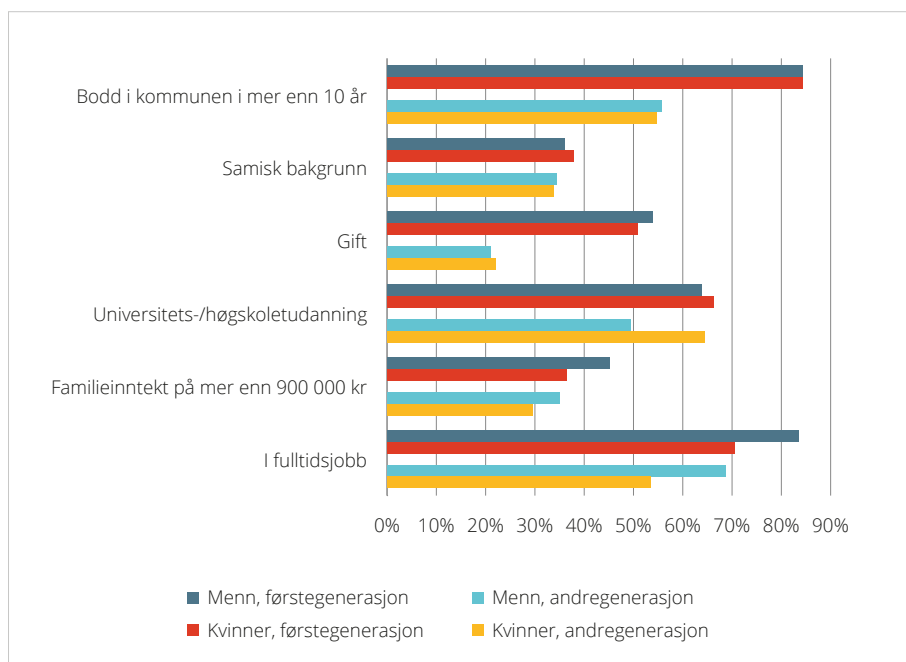
I figur 4 presenteres utvalgte egenskaper ved deltakerne. De fleste som deltok i undersøkelsen har bodd mer enn ti år i sin nåværende bykommune. Blant de som selv hadde flytta til by, hadde mer enn åtte av ti bodd i kommunen i mer enn ti år, noe som betyr at de fleste er godt etablerte i byen de bor i. For både første- og andregenerasjonsutvalget var det omtrent en tredjedel som oppga at de hadde samisk bakgrunn (730 av innflytterne og 288 i neste generasjon), det vil si at de hadde svart samisk på minst ett av de elleve spørsmålene om etnisitet og språk. Det var heller ingen kjønnsforskjell når det gjaldt rapportering av samisk bakgrunn.

Halvparten av førstegenerasjonsutvalget og 20 % av andregenerasjonsutvalget var gift (figur 4). Det lave tallet på gifte stemmer godt overens med nasjonale tall som viser at stadig flere bor alene og at man gifter seg senere nå enn før (1).

Over 60 % av de som hadde flytta fra bygd til by har universitets- eller høyskoleutdanning, og nivået er omtrent det samme for kvinner og menn (figur 4). Det er likevel slik at menn i større grad har kortere universitets- eller høyskoleutdanning (< 4 år), mens kvinnene i

større grad har mer enn 4 år (9). For andregenerasjonsutvalget er det en betydelig høyere andel av kvinnene som har universitets- eller høyskoleutdanning sammenligna med mennene (figur 4). Dette er som forventet, siden det etter 1980 har vært flere kvinnelige enn mannlige studenter ved universitetene i Norge (1). I begge utvalgene er det betydelig flere menn enn kvinner som har yrkesskole som sin høyeste fullførte utdanning (9).

Selv om både første- og andregenerasjonskvinnene har lang utdanning, er det menn som oppgir høyest familieinntekt (figur 4). Det er også flere menn enn kvinner som er i fulltidsjobb. Siden deltakerne i andregenerasjonsutvalget er yngre enn førstegenerasjonsutvalget, med deltakere ned mot 19 år, er det nok mange som ikke har fullført sin utdanning enda, og de har ikke rukket å gifte seg eller komme seg i jobb. Det forklarer hvorfor deltakerne i andregenerasjonsutvalget har lavere inntekt og har færre i fulltidsjobb enn førstegenerasjonsutvalget. Vi forventer at andregenerasjonsutvalget vil oppnå høyere utdanning enn sine foreldre på sikt.



Figur 4. Utvalgte egenskaper ved første- og andregenerasjonsdeltakere i spørreskjemaundersøkelsen «Fra bygd til by» (2014). Førstegenerasjonsutvalget var i 2014 i alderen 39–64 år, mens andregenerasjonsutvalget var 19–46 år.

## Oppsummering

Motivasjonen bak prosjektet «Fra bygd til by» var mangelen på kunnskap om urbane samers helse og levekår. Registeranalyser viser at det er flere kvinner enn menn som har flytta fra samiske distriktskommuner til by. Det er også forskjeller mellom kommuner og

geografiske områder både når det gjelder flyttemønster og bofasthet. Selv om det ikke er mulig å identifisere etnisk tilhørighet i selve registeranalysen, har alle de inkluderte kommunene i studien stor samisk bosetting. Indirekte forteller resultatene fra registeranalysen at byene i Norge har en betydelig andel med samiske innbyggere, noen byer flere enn andre. Registerstudier gir god oversikt over flyttemønster og kjønns- og aldersfordelinger blant de utflyttede og de som har blitt boende. Dette er viktig informasjon for offentlige institusjoner som kommuner, fylker, Sametinget, direktorater og departementer. En god forståelse av bosettingsmønster og flyttemønster er nødvendig når ulike tjenestetilbud skal utformes. Registeranalysen var også et viktig grunnlag for den påfølgende spørreskjemaundersøkelsen som gir ytterligere informasjon om distriktsbefolkning som etter hvert er blitt en del av bybefolkninga.

Spørreskjemaundersøkelsen «Fra bygd til by» ble gjennomført blant personer som har flytta fra samiske kjerneområder til byer i Norge. Det er også samlet inn opplysninger om deres barn over 18 år, men på grunn av lav deltakelse må disse dataene brukes med forsiktighet. Både førstegenerasjons- og andregenerasjonsutvalget består av en tredjedel samer, noe som gjør det mulig å studere helse, kultur og leveste i den voksende samiske bybefolkninga i Norge. Omtrent halvparten av deltakerne har valgt å bli boende i en by i sitt eget oppvekstfylke. De som har flytta til by har generelt høy utdanning, og kvinner har lengere utdanning enn menn.

Data fra spørreskjemaundersøkelsen kan gjøres tilgjengelig for forskere som ønsker å studere helse og levekår til personer som har flytta fra samiske kjerneområder til byer i Norge.

## Finansiering

Studien er finansiert av Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet (FAD) (fra 2014 Kommunal- og moderniseringsdepartementet).

---

## Referanser

1. Modig I. Dette er Norge 2020. Tall som forteller. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2020. [Dáppet viettjadum: [https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/430969?\\_ts=1756a0b4970](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/430969?_ts=1756a0b4970)].
2. Pedersen P, Nyseth T. City-Saami: Same i byen eller bysame? Skandinaviske byer i et samisk perspektiv. Karasjok: Čálliidlágádus, 2015 (ISBN: 978-82-8263-181-5).

3. Lund E, Melhus M, Hansen KL, Nystad T, Broderstad AR, Selmer R, 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* 2007;66(2):113-28. <https://doi.org/10.3402/ijch.v66i2.18241>
4. 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;73:23147. <https://doi.org/10.3402/ijch.v73.23147>
5. Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. The second clinical survey of the population-based study on health and living conditions in regions with Sami and Norwegian populations - the SAMINOR 2 Clinical Survey: Performing indigenous health research in a multiethnic landscape. *Scand J Public Health* 2019;1403494819845574. <https://doi.org/10.1177/1403494819845574>
6. Sørli K, Broderstad AR. Flytting til byer fra distriktsområder med samisk bosetting. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2011 (ISBN: 978-82-7071-912-9). <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5576>
7. Broderstad A, Sørli K. Bo- og flyttetrender i norsk-samiske kommuner gjennom 40 år i relasjon til sysselsetting. Samiske tall forteller 5, kommentert samisk statistikk 2012. Samiske tall forteller. 1/2012. Kautokeino: Samisk høyskole, 2012. [Tilgjengelig fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/23ea877e01754aa1835abe963fa68f1e/samiske\\_tall\\_forteller\\_5.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/23ea877e01754aa1835abe963fa68f1e/samiske_tall_forteller_5.pdf)].
8. Broderstad AR, Broderstad EG. Flytting og urbanisering: Sapmi i forandring. I: Nystø SR, Guhttor M, Pedersen S, redaktører. Sametinget 25 år. Karasjok: Sametinget, 2014 (ISBN: 978-82-91200-19-4).
9. Melhus M, Eliassen BM, Broderstad AR. From rural to urban living--migration from Sami core areas to cities in Norway. Study design and sample characteristics. *Int J Circumpolar Health*. 2020;79(1):1794456. <https://doi.org/10.1080/22423982.2020.1794456>
10. Krokstad S, Langhammer A, Hveem K, Holmen TL, Midthjell K, Stene TR, et al. Cohort Profile: the HUNT Study, Norway. *Int J Epidemiol* 2013;42(4):968-77. <https://doi.org/10.1093/ije/dys095>
11. Galea S, Tracy M. Participation rates in epidemiologic studies. *Ann Epidemiol* 2007; 17(9):643-53. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.03.013>

## 4 LEAVLOE JIH BIJJIELEAVLOE SAMINOR:SNE

*Bjarne K. Jacobsen, Marita Melhus, Kirsti Kvaløy jñh Ann Ragnhild Broderstad*



### Iktedimmie

Doh jeanatjommies geerve almetjñ Nöörjesne (75 % älmijste jñh 60 % gujnijste) leah daelie fer lyövlehke jallh fer buajtehks; dej kråahpemaasseindekse (KMI) lea  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ . Tjaalege tjielkeste gaskemedtien KMI:m jñh gaskebullegievliem jñh man jijnje buajtehksvoete lea – dovne siejhme buajtehksvoete (KMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) jñh buajtehksvoete tjæejjen bijre (gaskebullegievlie  $> 88 \text{ cm}$  gujnide jñh 102 älmide) – SAMINOR-goerehtimmine mejtie tjërrehti 2003–2004 jñh 2012–2014.

Aalteren mietie staeriedamme gaskemedtien KMI jñh lähkoe siejhme buajtehksvoetine læssani älmide, men ij gujnide, SAMINOR 1-goerehtimmeste SAMINOR 2-goerehtæmman.



Daate faamosne dovne saemide jñh jeatjabidie mah lin meatan SAMINOR-goerehtimmine. Gaskemedtien gaskebullegievlie tjarke læssani SAMINOR 1-goerehtimmeste SAMINOR 2-goerehtəmman dovne ålmide jñh gujnide jñh saemide jñh jeatjah almetjidie mah lin meatan.

Illedahkh SAMINOR 2-goerehtimmeste vuesiehtieh saemien gujnh jollebe gaskemedtien KMI:m utnieh goh jeatjah gujnh jñh dej lea stuerebe gaskebullegievlie. Joekehtse lea unnebe ålmide gosse gaskemedtien KMI:m krööhkeste, mearan gaskebullegievlie lea vueliehkåb-poe saemien ålmide goh jeatjah ålmide.

Gosse bæjjese fulkeme almetjh (aaltarisnie 36–69 jaepieh SAMINOR 1-goerehtimmesne mah lin meatan dovne SAMINOR 1- jñh SAMINOR 2-goerehtimmesne, dellie dihte vues-ehte doh nööremes aalteredåehkieh (36–44 jaepieh) mah leevlebe sjidtieh, dovne möölesov-veme goh lissiehtimmie tjahtine jñh gaskebullegievlesne.

Illedahkh noerhte-nöörjen dajvijste (SAMINOR 2) viertiestamme sjidtieh illedahkigujmie Tromsø 7-goerehtimmeste maam tjirrehti 2015–2016 Romsesne. Dah aerviedieh dah mah lin meatan SAMINOR-goerehtimmesne, dovne ålma jñh gujnh, leah buajtahkåb-poe goh årrojñh Romseste, jñh gujnh SAMINOR-goerehtimmesne aaj stuerebe gaskebullegievliem utnieh goh gujnh Romeste.

## Aalkoe

Almetjh fer lyövlehke jñh fer buajtehks sjidtieh stoerre bielne veartenistie, men dagke ij dan varke goh aarebi dejnie ræjhkoes laantine (1), jñh dagke vielie laantedajvine goh starine. Daennie kapihtelisnie sijnhtebe iktedidh maam SAMINOR-goerehtimmie bijjieleav-loen jñh buajtehksvoeten bijre gaavni, jñh aaj aktem ovbyjjes viertiestimmiem daatajgumie Tromsø-goerehtimmeste vedtedh.

Siejhme bijjieleavloe jñh buajtehksvoete daamtajommes möölesuvvieh viehkine kråahpe-maasseindekseste (KMI). Dihte olkese ryöknesåvva viehkine kråahpeleavloem juekedh kvadraatine jalloste ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). KMI 25–29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  ryöknesåvva goh bijjieleavloe jñh KMI  $\geq 30$   $\text{kg}/\text{m}^2$  ryöknesåvva goh buajtehksvoete. Joekoen åehpies bijjieleavloe jñh buajtehksvoete leah viedteldihkie stuerebe vaahrese aareh jaemedh, jñh gellide skiemtjesside mejtie åådtje jieledevuekien gaavhtan (2).

Låhkoe årroeijstie Nöörjesne mah bijjieleavloem jallh buajtehksvoetem utnieh lea læs-sanamme dej minngemes luhpiejaepiej. Åålmehhealsoereektehtse jaepeste 2018 (3), maam Åålmehhealsoeinstituhte dorje, vuesehte doh jeenjemes geerve almetjh Nöörjesne (75 % ålmij-ste jñh 60 % gujnijste) leah fer lyövlehke daelie (KMI 25–29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ ) jallh buajtehksvoetem utnieh. Låhkoe årroeijstie itmies buajtehksvoetine (KMI  $\geq 35$   $\text{kg}/\text{m}^2$  mij seamma goh buaj-tehksvoeteklaasse II jñh III) lea ånnetji stuerebe gujni gaskem goh ålmaj gaskem (fiereguhte

7 % jñh 5 %). Daah taalh leah áajvahkommes veedtjesovveme Tromsø-goerehtimmeste jñh Healsoegoerehtimmeste Trööndelagesne (HUNT) boelhken 2006–2016. Taalh dehtie minngemes HUNT-goerehtimmeste (HUNT 4, 2017–2019) vuesiehtieh lissiehtimmie buajtehksvoeteste daelie váájnoe goh tjöödtjestamme Trööndelagen noerhtebielesne (4). Medtie 23 % geerve almetjijstie buajtehksvoetem utnieh daelie. Dennie minngemes Tromsø-goerehtimmesne (Tromsø 7, 2015–2016) gaavni 25 % álmijste jñh 23 % gujnijste buajtehksvoetem utnin (5).

Lissine KMI:m ryöknedidh, maahta aaj gaskebullegievliem mööledh juktie guvviem áadtjodh man jñjnje bijjieleavloe jñh buajtehksvoete lea árroji luvnie. Gaskebullegievliem eevre veelelaakan mööledh ij leah dan aelhkíe goh kráahpemaasseindekesem mööledh. Jalloem jñh leavloem maahta naa veelelaakan mööledh, jalhts joekehts vaarjoeh maehtieh ohtje jueriem vedtedh. Gaskebullegievliem mööledh lea geervebe, dan ávteste tjuaara möölegebaantem seamma sæjjan bíejedh (v.g. naepien bijjelen) gaajhkide almetjidie, jñh mööleme aaj jearohke mejtie möölege vaaltasávva gosse almetje voeíngeste jallh njehpelde, mejtie almetje tjáejjien áedtjieh luajhta jñh man tjarke möölegebaantem sneerrie. Maahta aerviedidh dan vielie fer lyövlehke akte almetje lea, dan geervebe sjáedta gaskebullegievliem eevre veeledh mööledh.

Stoerre gaskebullegievlie lea sán buerebe möölege goh jolle kráahpemaasseindekse akten stuerebe vaahrese gellide kronihkeles skíemtjelasside goh vaajmoe- jñh áerieskíemtjelassh jñh sohkerejaamedhgæbja (6). Goerehtimmieh leah vuesiehtamme buejtie dej sisnjelds orgaani bíjre tjáejjesne lea joekeen biologeles eadtjohke prosessine mah skíemtjelassem vedtieh. Mearan lea seamma raasth siejhme buajtehksvoetese álmide jñh gujnide ( $KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), raasth leah joekehts gujnide jñh álmide juktie naakenem klassifiseeredh goh fer stoerre gaskebullegievliem utnedh (tjáejjiebuajtehksvoete) (7), álmah maehtieh sagke báljoehkábpoe árrodh ávtelen fer báljoeuh vaajnalgieh! Akte álma vaajnelge goh fer lyövlehke árrodh jis gaskebullegievlie lea 95–102 cm jñh fer buajtehks jis gaskebullegievlie lea > 102 cm. Gujnide doh seamma strategeles ulmieh 81–88 cm jñh > 88 cm. Akte digkiedimmie orreme mejtie byöroe joekehts raasth utnedh íemie gaskebullegeavlan, jearohke etnihkeles dáehkeste (v.g. ánneti vueliehkábpoe raaste sáemies árrojedaehkide Asijesne) (7). Ij leah naan sjíere raasth tjáejjiebuajtehksvoetese saemide, kveenide jallh daarojde, dan ávteste möölegh átnasuvvieh mejtie dorjeme siejhme europejen árroejidie mijjen analyjsine. Maehtebe krööhkedh Nöörjesne akte sagke stuerebe láhkoe mij jeahtasávva tjáejjiebuajtehksvoetem átna (gaskebullegievlie > 102 cm álmide jñh > 88 cm gujnide) goh siejhme buajtehksvoetem utnedh ( $KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

Siejhme víhtesjimmie gellie healsoedaeriesmoerh leah siejhmebe aalkoeáálmegi gaskem goh jienebeláhkoeáarroi gaskem dennie laantesne gusnie árroeh. Seammalaakan aaj buajtehksvoetine (8). Dan ávteste sjíere íedtjije goerehtidh mejtie saemieh Nöörjesne maehtieh jeatjah njieptjieh siejhme buajtehksvoeteste jñh tjáejjiebuajtehksvoeteste utnedh goh jeatjebh mah Noerhte-Nöörjesne árroeh.

## Illedahkh

### SAMINOR 1 (2003–2004)

Tove Nystad j̄ih altese meatanbarkijh gaavnin daataj tj̄irrh SAMINOR 1-goerehtimmeste, lij vielie buajtehksvoete saemiej gaskem goh jeatjah almetji gaskem mah seamma geograafeles dajvesne årroejin (9). Daate lij seammalaakan dovne ålmide j̄ih gujnide, men joekehtse lij joekoen stoerre gujnide. Tj̄æjjeibuajtehksvoetese (mööleme gaskebullen bijre) illedahkh lin ånnetji jeatjahlaakan dan åvteste tj̄æjjeibuajtehksvoete lij ånnetji vueliehkåbpoe saemien ålmaj gaskem goh nõörjen ålmaj gaskem, men lij båastoeh gujnide. Åejvieilledahkh daehtie analykseste tj̄åådtje gærjatjisnie «Korsen é det med helsa di?» maam Saemien healsoedotkemejarngje bæjhkoehhti 2015 (10).

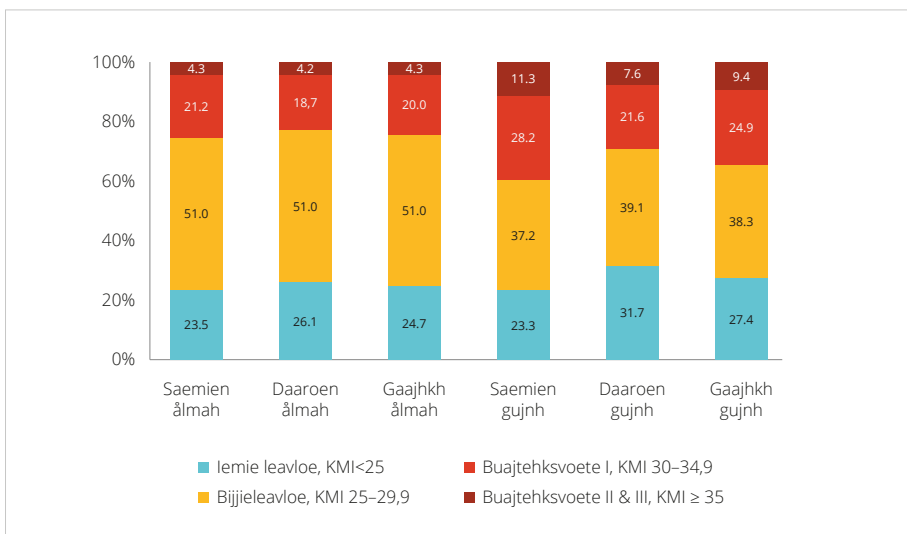
Dan åvteste dihte klinihkeles goerehtimmie SAMINOR 2-goerehtimmesne årrojh meatan utni aaltarisnie 40–79 jaepieh 10 tj̄ieltine (Guovdageaidnu, Karasjohke, Porsanger, Deatnu, Unjarga, Gáivuotna, Storfjord, Lyngen, Skaniid j̄ih Evenes) libie dejtie seamma tj̄ieltide j̄ih alteredåehkide nuhtjeme SAMINOR 1-goerehtimmesne juktie maethedh illedahkide viertiestidh seammapieres taaligujmie SAMINOR 2-goerehtimmesne. Juktie viertiestimmiem riectes darjodh, taalh aaj staeriesovveme aaltaridie. Tabelle 1, figuvre 1 j̄ih figuvre 2 illedahkh vadta SAMINOR 1-goerehtimmeste, man våarome lij almetjh daejnie 10 tj̄ieltine j̄ih gaertjieldihkie dejtie mah lin aaltarisnie 40–79 jaepieh gosse goerehtimmie lij. Daejnie analyjsine saemien ektiedimmie åtnasovvi disse mij lij meatan goerehtimmesne j̄ih j̄ijtjemse saemine utni j̄ih/jallh jeehti satne lij saemien maadtoste. Lissine dihte tjoeri saemien gieledh maadtoem utnedh (j̄ijtje hiejmesne saemiesti jallh eejhtegh jallh aahka gon aajjam utni mah dam darjoejin). Ovrehte 36 % almetjijstie, aaj dah mah lin meatan analyjsine SAMINOR 1-goerehtimmeste, åhpiehtahteme tabellesne 1, naemhtie klaassifiseeremem saemine åadtjoejin.



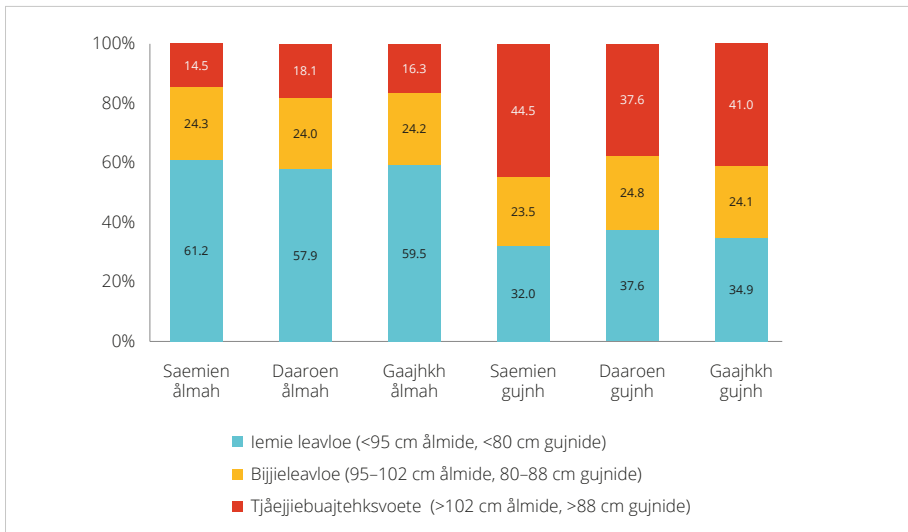
Guvvie: SSHF, UIT

	SAMINOR 1		
	Saemieh	Daaroeh	Gaajhkesh
ÅLMAH	1109	1852	2961
Man gellie meatan	1109	1852	2961
Aaltere (jaepieh)	56,2 (55,6–56,8)	56,3 (55,8–56,7)	56,3 (55,9–56,6)
Jalloe (cm)	168,6 (168,2–168,9)	173,7 (173,4–174,1)	171,2 (170,9–171,4)
Leavloe (kg)	79,1 (78,3–79,9)	83,1 (82,5–83,7)	81,1 (80,6–81,6)
Krååhpemaasseindekse (kg/m <sup>2</sup> )	27,8 (27,6–28,0)	27,5 (27,3–27,7)	27,6 (27,5–27,8)
Gaskebullegievlie (cm)	92,5 (91,9–93,2)	93,8 (93,4–94,3)	93,2 (92,8–93,6)
GUJNH			
Man gellie meatan	1149	2168	3317
Aaltere (jaepieh)	55,3 (54,7–55,9)	56,4 (56,0–56,8)	56,0 (55,7–56,3)
Jalloe (cm)	155,2 (154,9–155,6)	161,1 (160,8–161,3)	158,1 (157,9–158,4)
Leavloe (kg)	69,8 (69,1–70,5)	71,9 (71,4–72,5)	70,8 (70,4–71,3)
Krååhpemaasseindekse (kg/m <sup>2</sup> )	29,0 (28,7–29,3)	27,7 (27,5–27,9)	28,4 (28,2–28,5)
Gaskebullegievlie (cm)	87,4 (86,7–88,1)	85,8 (85,3–86,3)	86,6 (86,2–87,0)

Tabelle 1: Gaskemedtien aaltere, jalloe, leavloe; KMI jih gaskebullegievlie (95 % konfidenseintervalline) saemiej jih mubpiej gaskem mah lin meatan SAMINOR 1-goerhtimmesne (2003–2004) dejnie seamma 10 tjieltine gusnie SAMINOR 2 – dam klinihkeles goerhtimmiem tjiirrehti. 95 % konfidenseintervalline soptsese taalen juerien bijre, reaktoe taale lea 95 % jaarsoevoetine dej raasti sisnjeli mah leah soptsesovveme. Ållesth 6278 ålmah jih gujnh aaltarisnie 40–79 jaepieh.



Figvre 1: Man daamtaj iemie leavloe, bijjieleavloe jih buajtehsvoeteklæssh gååvnesieh baseereme krååhpemaasseindekse (KMI) saemiej jih mubpiej gaskem mah lin meatan SAMINOR 1-goerhtimmesne (2003–2004) dejnie seamma 10 tjieltine goh SAMINOR 2-goerhtimmiem – klinihkeles goerhtimmiem tjiirrehti. Ållesth 6278 ålmah jih gujnh aaltarisnie 40–79 jaepieh.



Figurve 2: Man daamtaj iemieleavloe, bijjieleavloe jîh buajtehksvoete baseereme gaskebullegeavlân saemiej jîh mubpiej gaskem mah lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne (2003–2004) dejnie seamma 10 tjîeltine goh SAMINOR 2-goerehtimmiem – klinihkeles goerehtimmiem tjîrrehti. Âllesth 6278 âlmah jîh gujnh aaltarisnie 40–79 jaepieh.

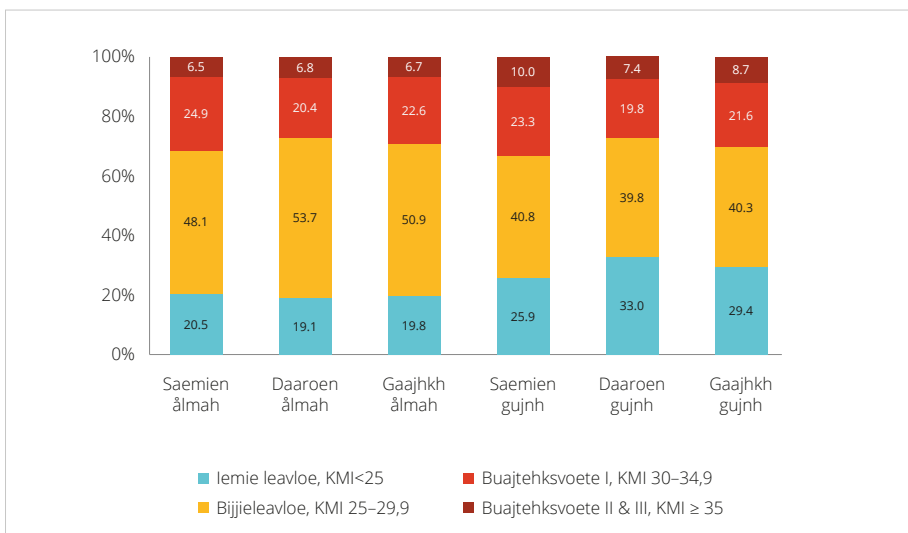
Mijjieh vuejnebe 24,3 % âlmijste jîh 34,3 % gujnijste sîejhme buajtehksvoetem utnin ( $KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), jîh daamtajommes saemieh lin vielie buajtehks goh jeatjah almetjîh SAMINOR 1-goerehtimmesne, joekoen gujnh. Âllesth 75 % âlmijste jîh 73 % gujnijste lin fer lyövlehke jallh fer buajtehks ( $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). Gaskemedtien gaskebullegievlie lij vueliehkâbpoe saemien âlmaj gaskem (92,5) goh jeatjah âlmaj gaskem (93,8), mearan lij bâastoeh gujnide; saemien gujnh stuerebe gaskebullegievliem utnin (87,4) goh jeatjah gujnh mah lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne (85,8). Daate aaj vââjnesasse bööti tjâejjiebuajtehksvoetesne (14,5 % saemien âlmaj gaskem jîh 18,1 % jeatjah âlmaj gaskem; 44,5 % saemien gujni gaskem jîh 37,6 % jeatjah gujni gaskem). Illedahkh dejstie 10 tjîeltijste leah naemhtie illedahki metie abpe SAMINOR 1-ârroeijstie (9).

### SAMINOR 2 – klinihkeles goerehtimmie (2012–2014)

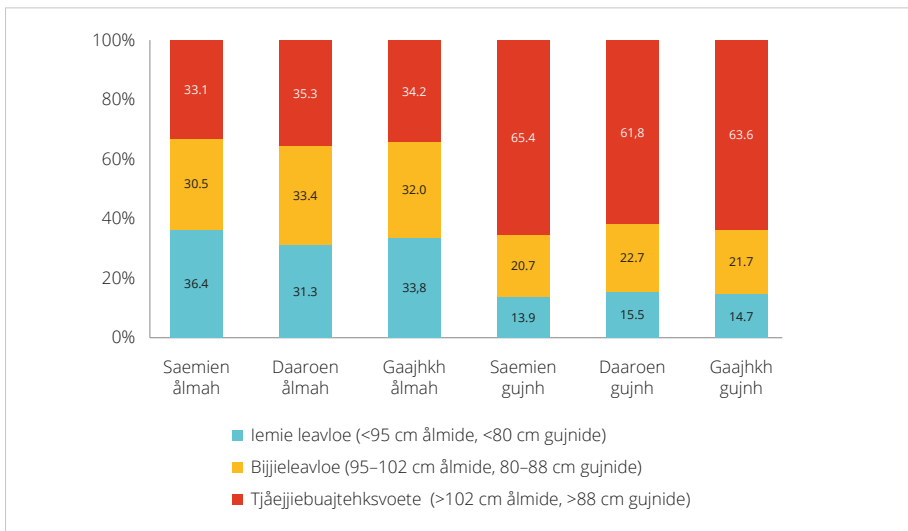
Tablelle 2, figurve 3 jîh figurve 4 illedahkh almetjidie vadta mah lin 40–79 jaepien bâeries SAMINOR 2-goerehtimmesne – klinihkeles goerehtimmie. Gosse daan mænngan SAMINOR 2 tjaelebe, dellie dam klinihkeles goerehtimmiem mäjhtelibie. SAMINOR 2-goerehtimmesne lij 41 % mah jîjtjemse saemine utnin, naakede mij lea ânnetji jollebe goh seammalaakan tjîeltine jîh aalteredâehkine SAMINOR 1-goerehtimmesne (36 %).

	SAMINOR 2		
ÅLMAH	Saemieh	Daaroeh	Gaajhkesh
Man gellie meatan	1111	1566	2677
Aaltere (jaepieh)	59,8 (59,2–60,4)	60,2 (59,7–60,7)	60,1 (59,7–60,5)
Jalloe (cm)	170,5 (170,1–170,8)	175,6 (175,2–175,9)	173,0 (172,8–173,3)
Leavloe (kg)	82,5 (81,7–83,4)	87,0 (86,3–87,8)	84,8 (84,3–85,3)
Krååhpemaasseindekse (kg/m <sup>2</sup> )	28,4 (28,1–28,6)	28,2 (28,0–28,4)	28,3 (28,1–28,4)
Gaskebullegievlie (cm)	98,7 (98,1–99,3)	100,1 (99,6–100,6)	99,4 (99,0–99,8)
GUJNH	Saemieh	Daaroeh	Gaajhkesh
Man gellie meatan	1279	1899	3178
Aaltere (jaepieh)	58,5 (57,9–59,1)	59,1 (58,6–59,5)	58,8 (58,5–59,2)
Jalloe (cm)	157,0 (156,6–157,3)	162,4 (162,1–162,7)	159,7 (159,4–159,9)
Leavloe (kg)	70,0 (69,3–70,7)	72,7 (72,1–73,3)	71,3 (70,9–71,8)
Krååhpemaasseindekse (kg/m <sup>2</sup> )	28,4 (28,1–28,7)	27,6 (27,4–27,8)	28,0 (27,8–28,2)
Gaskebullegievlie (cm)	93,4 (92,8–94,1)	92,7 (92,2–93,3)	93,1 (92,7–93,5)

Tabelle 2: Gaskemedtien aaltere, jalloe, leavloe, KMI jìh gaskebullegievlie (95 % konfidensintervalline) saemiej jìh mubpiej gaskem mah lin meatan SAMINOR 2-goerehtimmesne (2012–2014). 95 % konfidensintervalline soptsese taalen juerien bijre, reaktoe taale lea 95 % jaarsoesvoetine dej raasti sisnjeli mah leah soptsesovverne. Àllesth 5855 gujnh jìh ålmah aaltarisnie 40–79 jaepieh.



Figurve 3: Man daamtaj iemleavloe, bijjieleavloe jìh buajtehsvoete gååvnese baseereme krååhpemaasseindekse (KMI) saemiej jìh mubpiej gaskem mah lin meatan SAMINOR 2-goerehtimmesne (2012–2014). Àllesth 5855 gujnh jìh ålmah aaltarisnie 40–79 jaepieh.



Figurve 4: Man daamtaj iemieleavloe, bijjieleavloe jîh buajtehksvoete gââvnese baseereme buajtehksvoetese saemiej jîh mubpiej gaskem mah lin meatan SAMINOR 2-goerehtimmesne (2012-2014). Âllesth 5855 gujnh jîh âlmah aaltarisnie 40-79 jaepieh.

Aaj SAMINOR 2-goerehtimmesne lij vielie sîejhme buajtehksvoete saemiej luvnie goh jeatjah almetji luvnie mah lin meatan goerehtimmesne, jîh daate lij faamosne dovne âlmide (31,4 % vs. 27,2 %) jîh gujnide (33,3 % vs. 27,2 %). Ovrehte 80 % âlmijste jîh 70 % gujnijste SAMINOR 2-goerehtimmesne lin fer lyövlehke jallh buajtehksvoetem utnin (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>), jîh annje gaskebullegievlie lea vueliehkâbpoe saemien âlmide (98,7 cm) goh jeatjah âlmide (100,1 cm), mearan bâastoeh gujnide (93,4 cm vs. 92,7 cm). Daate aaj vâajnoes sjîditi dej gaskem mah tjâejjiebuajtehksvoetem utnin (tabelle 2 jîh figuvre 4).

### Evtiedimmie SAMINOR 1-goerehtimmesne SAMINOR 2-goerehtimmesne

Guktie evtiedimmie KMI:ste jîh gaskebullegievleste orreme SAMINOR 1-goerehtimmesne SAMINOR 2-goerehtimmesne? Gosse vierteste tabellem 1 jîh tabellem 2 jîh figuvrem 1 jîh figuvrem 3 maahta lissiehtimmiem âlmaj gaskem vuejnedh aalterestaeriedamme gaskemedtien KMI:sne (27,6 kg/m<sup>2</sup> raejeste 28,3 kg/m<sup>2</sup> raajan) jîh lâhkoe sîejhme buajtehksvoetine (24,4 % raejeste 29,3 % raajan), men ij naan seammalaakan lissiehtimmiem gujni gaskem. Gaskemedtien gaskebullegievlie jîjnem læssani SAMINOR 1-goerehtimmesne SAMINOR 2-goerehtimmesne dovne âlmide jîh gujnide jîh saemide jîh jeatjah almetjidie mah lin meatan goerehtimmesne (tabelle 1 jîh tabelle 2). Abpe 34,2 % âlmijste jîh 63,6 % gujnijste SAMINOR 2-goerehtimmesne tjâejjiebuajtehksvoetem utnieh (figuvre 4). Doh seammalaakan taalh SAMINOR 1-goerehtimmesne lin 16,3 % âlmide jîh 41,0 % gujnide (figuvre 2).



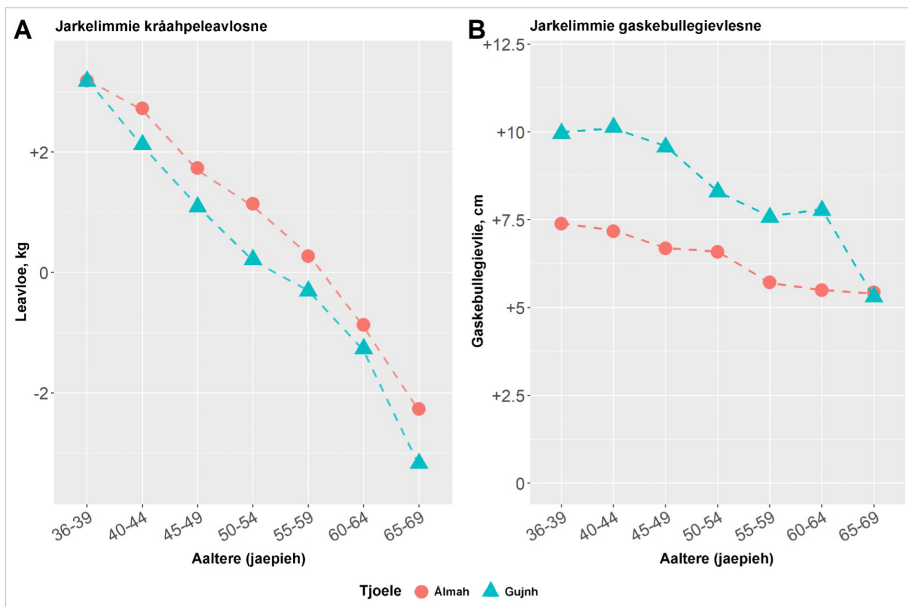
## Jarkelimie leavloste jñh gaskebullegievleste almetji luvnie mah lin meatan dovne SAMINOR 1- jñh SAMINOR 2-goerehtimmine.

Jeenjesh dejstie mah SAMINOR 2-goerehtæmman böötin lin aaj meatan orreme SAMINOR 1-goerehtimmesne ovrehte 10 jaepieh aarebi. Dan ävteste gäärede evtiedimmiem leavloste jñh gaskebullegievleste goerehtidh dej göökte goerehtimmiem gaskem gosse joekehtsasse vuartesje kråahpeavloen jñh gaskebullegievlien gaskem dej almetji luvnie mah gåabpegen goerehtæmman böötin. 1538 ålmah jñh 1958 gujnh mah lin meatan dovne SAMINOR 1- jñh SAMINOR 2- goerehtimmine. Daah almetjh lin aaltarisnie 36–69 jaepieh gosse lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne (11). Goerehtimmiem veelji evtiedæmman leavloste (tjahtine) vuarjasjidh jñh ij evtiedæmman KMI:ste dan ävteste gellie almetjh, joekoen gujnh, ohtje jalloem dessieh gosse båarasåbpoe sjidtieh. Dan gaavhtan, jis leavloe lea tjåadtjoen men ånnetji vuelielhåbpoe sjædta aaltarinie, KMI sæjhta jñtsistie læssanidh. Goh englaantengiesne jeahta: «I am not overweight, I am undertall!» («Im leah bijjielyövlehke, manne vuelieljollehke!»)

Jis gaajhkide almetjidie ektesne vuartesje mah gåabpegen goerehtæmman böötin, ålmah leavlanin gaskemedtien 0,8 kg jñh gujnh 0,3 kg dej ovrehte 10 jaepine mah veesin SAMINOR 1- jñh SAMINOR 2-goerehtimmiem gaskem. Figuvre 5 (gårroehbielesne) vuesehte, dan båarasåbpoe almetje lij SAMINOR 1-goerehtimmesne, dan vaenebe leavlanin. Jaa, dah mah lin bijjelen 60 jaepien båaries SAMINOR 1-goerehtimmesne raaktan vuelielhåbpoe leavloem utnin dejnie minngiebinie 10 jaepine. Ektiedimmiem aalteren jñh leavloejarkelimien gaskem lij numhtie dovne ålmide jñh gujnide jñh saemide jñh jeatjah almetjidie mah gåabpegen goerehtæmman böötin.

Gaskebullegievlien illedahkh vååjnoeh goh leavloevtiedimmiem illedahkh. Dah mah lin naa noere (36–49 jaepieh) gosse lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne, båljoehkåbpoe sjidti tjåejjien bijre goh dah mah lin 60-jaepine (figuvre 5, åelkiesbielesne). Gaskebullegievlie dejtie ellen jeanatjommiesidie læssani, ij lij numhtie doh båarasommes almetjh seangkanin gaskebullegievlien bijre, men gaskebullegievlie amma ånnetji vaenebe læssani dej båarasommes gaskem goh dej nööremes gaskem. Gaskemedtien gaskebullegievlie læssani 6,3 cm ålmide jñh 8,4 cm gujnide. Iedtjiie krööhkedh gaajhkh almetjh båljoehkåbpoe tjåejjien bijre sjidtin goh maahta matematihken mietie tjæelkestidh jarkelimien mietie kråahpeavlosne. Daate lea daajroen mietie maam åtna joekedimmiem bijre kråahpebuejtete (gåabph kråahpese buejtie dabrene) jorkese aalteren mietie jñh vielie tjåejjien bijre dabrene gosse båarasåbpoe sjædta. Daate sån vielie skaaram vadta gosse buejtie lea dej sisnjelds orgaani gaskem tjåejjien sisnie.

Daate illedahke SAMINOR:este, båarasåbpoe geerve almetjh eah dan jñjnem leavlenh goh nuerebe geerve almetjh, dovne kråahpeavloen jñh gaskebullegievlien bijre, lea åehpies jieniebistie jeatjah goerehtimmiem sisleantesne jñh ålkoelaantesne, aaj Tromsø-goerehtimmiem jñh HUNT-goerehtimmiem Trööndelagesne (vuartesjh (5) gusnie jienebh detaljh).



Figurve 5: Jarkelimmie kråáhpeavlosne (gårroeh guvvie) jìh gaskebullegievlie (åelkies guvvie) aktene 10-jaepien-boelhkesne SAMINOR 1-goerehtimmeste (2003–2004) SAMINOR 2-goerehtæmman (2012–2014) 1538 ålmaj jìh 1958 gujni gaskem mah lin aaltarisnie 36–69 jaepieh gosse boelhke eelki (11). Dr. Vilde L. Michalsen, Saemien healsoedotkemejarng, UiT Norges arktiske universitet lea figuvrem dorjeme. [https://uit.no/research/art?p\\_document\\_id=748581](https://uit.no/research/art?p_document_id=748581).

### Viertiestimmie gaavnoejgummie Tromsø 7-goerehtimmesne

Goh daajroes lea SAMINOR 2-goerehtimmiem tjírrehtamme dajvine Romsesne jìh Finnmarhkesne (jìh Evenes Nordlaantesne) tjíeltine gusnie naa stoerre låhkoe saemien årroejjstie. Dan åvteste maahata iedttjije årrodh gaavnojde SAMINOR 2-goerehtimmeste ovbyjjes viertiestidh dejgummie mejtie Romsesne gaavna. Dihte minngemes årrojegoerehtimmie Romsesne, Tromsø 7, tjírrehtamme sjídti 2015–2016, akte baelie mij ij dan jìjnjem joehtadth dehtie baeleste gosse SAMINOR 2-goerehtimmiem tjírrehti (2012–2014). Almetjìh Tromsø 7-goerehtimmesne lin aaj 40 jaepieh jìh báarasåbpoe.

Jis illedahkh SAMINOR 2-goerehtimmeste viertiestibie illedahkigummie Tromsø 7-goerehtimmeste aalteredåhkesne 40–84 jaepieh (5), dellie naa tjíelke buajtehksvoete lea jollemes SAMINOR 2-goerehtimmesne dovne ålmide (29,3 % SAMINOR 2 goerehtimmesne vs. 25,2 % Tromsø 7-goerehtimmesne 7) jìh gujnide (30,3 % vs. 22,5 %). Man daamtaj sjejhme buajtehksvoete almetjì gaskem mah 10 tjíeltine årroeh Romsesne jìh Finnmarhkesne, gusnie naan stoerre låhkoe saemijstie, lea amma jollebe goh dej gaskem mah Romsesne årroeh. Daate naa hijvenlaakan sjeahta dan åvteste stoerre goerehtimmine daamtaj vielie buajtehksvoetem gaavna laantedajvesne goh staarine. Gaskemedtien gaskebullegievlie

ålmide Tromsø 7-goerehtimmesne (100,2 cm) lij ånnetji stuerebe ålmide goh ålmide SAMINOR 2-goerehtimmesne (99,4 cm). Gujnide joekhtse lij stuerebe jïh bastoeh: doh seammalaakan lin 90,8 cm Tromsø 7-goerehtimmesne jïh 93,1 cm SAMINOR 2-goerehtimmesne. Daate aaj vajnoes sjïditi tejjieberuajtehksvoetesne. Ålmide daate lij 38,5 % Tromsø 7-goerehtimmesne jïh 34,2 % SAMINOR 2-goerehtimmesne. Doh seammalaakan gujnide lij 53,0 % jïh 63,6 %. Tjuara læjhkan mujhtedh daesnie ij leah krhkestamme almetjh mah lin meatan Tromsø 7-goerehtimmesne lin 2–3 jaepieh nuerebe goh dah mah lin meatan SAMINOR 2-goerehtimmesne jïh Tromsø 7-goerehtimmie tjrrehtamme sjïditi ovrehte 2–3 jaepieh SAMINOR 2-goerehtimmien mnngan.

## Iktedimmie

Doh jeanatjomes rojh Nöörjesne leah fer lyövlehke jallh leah fer buajtehks. Dej geerve almetji gaskem, doh naa nuerebe almetjh vielie leavlanieh viertiestamme barasbpoe almetjigujmie (dovne mööleme goh leavloelissiehtimmie jïh lissiehtimmie gaskebullegievlesne). SAMINOR-goerehtimmie vuesehte numhtie aaj Noerhte-Nöörjesne, jïh goerehtimmie aaj vuesehte jienebh almetjh leah buajtahkbpoe staari lkoli Romsesne jïh Finnmarhkesne gusnie naa jïjnjh saemieh rroeh, goh Romsesne. Jienebh gujnh aaj stuerebe gaskebullegievliem utnin SAMINOR-tjeltine. Gosse lea joekhtsen bjre saemiej jïh mubpiej gaskem mah meatan orreme SAMINOR 2-goerehtimmesne, maehete vihtiestidh saemieh (joekoen gujnh) jollebe gaskemedtien KMI:ste utnieh jïh leah buajtahkbpoe goh jeatjah almetjh mah lin meatan. Saemien lmah gaskemedtien unnebe gaskebullegievliem utnieh goh jeatjah lmah, mearan lij bastoeh gujnide.



## Referaansh

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390(10113):2627-42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3).
2. Aune D, Sen A, Prasad M, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ* 2016;353:i2156. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2156>.
3. Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme i Noreg. Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i Norge 2018 [sitert 15.12.2020]; [Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>].
4. Sund ER, Rangul V, Krokstad S. Folkehelseutfordringer i Trøndelag. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19). Levanger: HUNT forskningscenter, 2019. [Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Folkehelseutfordringer+i+Tr%C3%B8ndelag+2019.pdf/153c78b4-ad78-4b5a-a65b-2c1b9ff1252b>].
5. Løvsetten O, Jacobsen BK, Grimsgaard S, et al. Prevalence of general and abdominal obesity in 2015-2016 and 8-year longitudinal weight and waist circumference changes in adults and elderly: the Tromsø Study. *BMJ Open* 2020;10(11):e038465. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038465>.
6. Jayedi A, Soltani S, Zargar MS, et al. Central fatness and risk of all cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of 72 prospective cohort studies. *BMJ* 2020;370:m3324. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3324>.
7. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: World Health Organization, 2011. (ISBN 978-92-4-150149-1). [Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>].
8. Anderson I, Robson B, Connolly M, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet* 2016;388:131-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7).



9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. 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. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Broderstad AR, Melhus M. Helse- og levekårsundersøkelsen - SAMINOR. En kunnskapsbase om helse og livsstil i distriktsområder i Nord-Norge. I: Broderstad AR, Silvikken A (redaktører). *Korsen é det med helsa di?* Tromsø: Senter for samisk helseforskning, 2015. s. 6-14. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig\\_tidsskrift\\_Korsen\\_e\\_det\\_med\\_helsa\\_di\\_2015.pdf](https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig_tidsskrift_Korsen_e_det_med_helsa_di_2015.pdf)].
11. Jacobsen BK, Melhus M, Kvaløy K, et al. A descriptive study of ten-year longitudinal changes in weight and waist circumference in the multi-ethnic rural Northern Norway. The SAMINOR Study, 2003-2014. *PLoS One* 2020;15:e0229234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229234>.

*Kapittel 4:* <https://doi.org/10.7557/7.6466>

## 4 VEKT OG OVERVEKT I SAMINOR

*Bjarne K. Jacobsen, Marita Melhus, Kirsti Kvaløy og Ann Ragnhild Broderstad*



*Foto: Pakorn Kumruen/Mostphotos.com*

### Sammendrag

De fleste voksne i Norge (75 % av menn og 60 % av kvinner) er nå overvektige eller har fedme; de har kroppsmasseindeks (KMI)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>. Artikkelen gjør rede for gjennomsnittlig KMI og midjeomkrets og forekomsten av fedme – både generell fedme (KMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) og magefedme (midjeomkrets  $> 88$  cm for kvinner og 102 cm for menn) – i SAMINOR-undersøkelsene som ble gjennomført i 2003–2004 og 2012–2014.

Aldersjustert gjennomsnittlig KMI og andelen med generell fedme økte for menn, men ikke kvinner, fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2. Dette gjelder både for samer og andre deltakere i SAMINOR. Gjennomsnittlig midjeomkrets økte betydelig fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2 for både menn og kvinner og for samer og andre deltakere.

Resultatene fra SAMINOR 2 viser at samiske kvinner har høyere gjennomsnittlig KMI enn andre kvinner og de har høyere midjeomkrets. Forskjellen er mindre for menn med hensyn til gjennomsnittlig KMI, mens midjeomkretsen er lavere for samiske menn enn for andre menn.

Oppfølging av personer (i alderen 36–69 år i SAMINOR 1) som tok del i både SAMINOR 1 og SAMINOR 2 viser at det er de yngste aldersgruppene (36–44 år) som legger på seg mest, både målt som økning i kilo kroppsvekt og i midjeomkrets.

Resultatene fra nord-norske distriktsområder (SAMINOR 2) sammenlignes med resultater fra Tromsø 7-undersøkelsen som ble gjennomført i 2015–2016 i Tromsø. De tyder på at SAMINOR-utvalget, både menn og kvinner, har høyere forekomst av generell fedme enn Tromsø-befolkningen, og at kvinnene i SAMINOR også har høyere midjeomkrets enn Tromsø-kvinner.

## Innledning

Forekomsten av overvekt og fedme øker i store deler av verden, men kanskje ikke så raskt som før i de rike landene (1), og kanskje mer i distriktene enn i byene. I dette kapitlet ønsker vi å gi en oppsummering av hva som er forekomsten av overvekt og fedme i SAMINOR, og dessuten gi en uformell sammenligning med data fra Tromsøundersøkelsen.

Generell overvekt og fedme måles oftest ved hjelp kroppsmasseindeksen (KMI). Den regnes ut ved å dele kroppsvekta på kvadratet av høyden ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). KMI 25–29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  regnes som overvekt og KMI  $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$  som fedme. Det er godt kjent at overvekt og fedme er knyttet til økt risiko for tidlig død og en rekke livsstilssykdommer (2).

Andelen av befolkningen i Norge som har overvekt eller fedme har økt de siste tiårene. Folkehelse rapporten fra 2018 (3), som utarbeides av Folkehelseinstituttet, viser at de fleste voksne i Norge (75 % av menn og 60 % av kvinner) nå er overvektige (KMI 25–29,9  $\text{kg}/\text{m}^2$ ) eller har fedme (KMI  $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ). Omtrent 25 % av mennene og 20 % av kvinnene i alderen 40–45 år har fedme. Andelen av befolkningen som har alvorlig fedme (KMI  $\geq 35 \text{ kg}/\text{m}^2$  som tilsvarende fedmeklasse II og III) er litt større blant kvinner enn menn (henholdsvis 7 % og 5 %). Disse tallene er i hovedsak basert på data fra Tromsøundersøkelsen og Helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT) i perioden 2006–2016. Tall fra den siste HUNT-undersøkelsen (HUNT 4, 2017–2019) viser at økningen i forekomsten av fedme nå viser tegn til å ha stoppet opp i norddelen av Trøndelag (4). Om lag 23 % av den voksne befolkningen der har fedme nå. I den siste Tromsøundersøkelsen (Tromsø 7, 2015–2016) ble det funnet at 25 % av mennene og 23 % av kvinnene hadde fedme (5).

I tillegg til å beregne KMI, kan man også måle midjeomkretsen for å få et bilde av utbredelsen av overvekt og fedme i befolkningen. Å måle midjeomkretsen nøyaktig er imidlertid ikke så



lett som å måle kroppsmasseindeks. Høyde og vekt kan man måle nokså nøyaktig, selv om varierende grad av bekledding kan være en usikkerhet. Midjeomkretsen er det vanskeligere med, bl.a. fordi man må plassere målebåndet på samme sted (f.eks. over navlen) på alle personene og målingen avhenger også av om man måler ved utpust eller ikke, om personen slapper av i magemusklene og hvor stramt man holder målebåndet. Det er rimelig å tro at jo mer overvektig en person er, jo vanskeligere er det å måle midjeomkretsen presist.

Stor midjeomkrets er etter alt å dømme et bedre mål enn høy kroppsmasseindeks på forhøyet risiko for mange kroniske sykdommer slik som hjerte- og karsykdom og diabetes (6). Studier har vist at fett som samler seg rundt de indre organene i buken er spesielt biologisk aktivt i prosesser som bidrar til sykdom. Mens det for generell fedme er de samme grensene for menn og kvinner ( $KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), er grensene for å klassifisere et menneske til å ha en stor midjeomkrets (magefedme) ulike for kvinner og menn (7), menn kan være rundere før de betraktes å være for runde! En mann betraktes som å være overvektig hvis midjeomkretsen er 95–102 cm og ha fedme hvis midjeomkretsen er  $> 102 \text{ cm}$ . For kvinner er de tilsvarende strategiske målene henholdsvis 81–88 cm og  $> 88 \text{ cm}$ . Det har vært diskutert om man bør ha ulike grenser for normal midjeomkrets avhengig av etnisk gruppe (f.eks. litt lavere grense for noen befolkningsgrupper i Asia) (7). Det finnes ikke spesifikke grenser for magefedme for samer, kvener eller nordmenn, derfor brukes målene utarbeidet for en generell europeisk befolkning i våre analyser. Vi kan merke oss at i Norge er det en mye større andel som blir klassifisert til å ha magefedme (midjeomkrets  $> 102 \text{ cm}$  for menn og  $> 88 \text{ cm}$  for kvinner) enn til å ha generell fedme ( $KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

Det er en allmenn observasjon at mange helseproblemer er mer vanlige blant urfolk enn blant majoritetsbefolkningen i landet de bor i. Dette gjelder også fedme (8). Det er derfor av spesiell interesse å undersøke om samer i Norge kan ha andre nivåer av generell fedme og magefedme enn andre som bor i Nord-Norge.

## Resultater

### SAMINOR 1 (2003–2004)

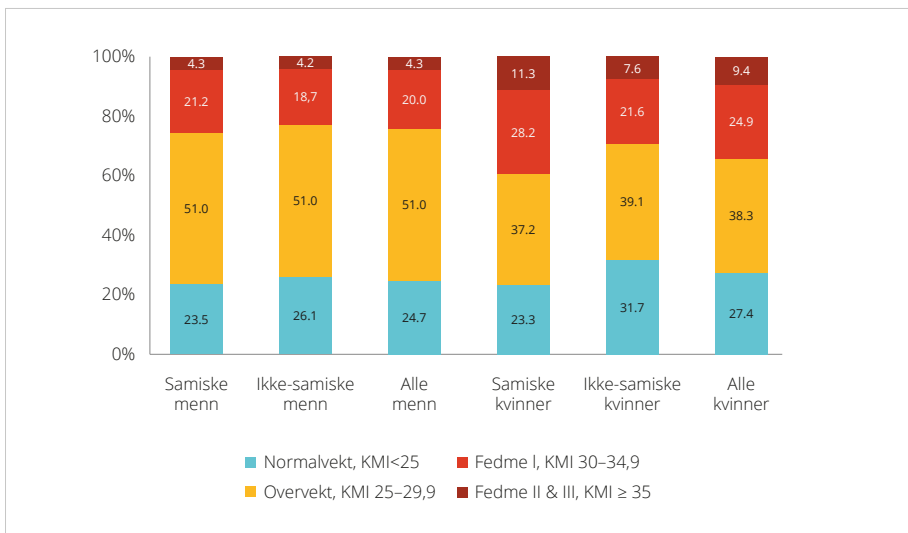
Tove Nystad og medarbeidere fant at basert på data fra SAMINOR 1, var forekomsten av generell fedme høyere blant samer enn blant andre som var bosatt i de samme geografiske områdene (9). Dette var tilfellet for både menn og kvinner, men forskjellen var særlig stor for kvinner. For magefedme (målt med midjeomkrets) var resultatene litt annerledes idet forekomsten av magefedme var lavere blant samiske menn enn norske menn, mens det var omvendt for kvinnene. Hovedresultatene fra denne analysen er beskrevet i heftet «Korsen é det med helsa di?» som ble utgitt av Senter for samisk helseforskning i 2015 (10).

Siden den kliniske undersøkelsen i SAMINOR 2 besto av innbyggere i alderen 40–79 år i 10 kommuner (Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Tana, Nesseby, Kåfjord, Storfjord,

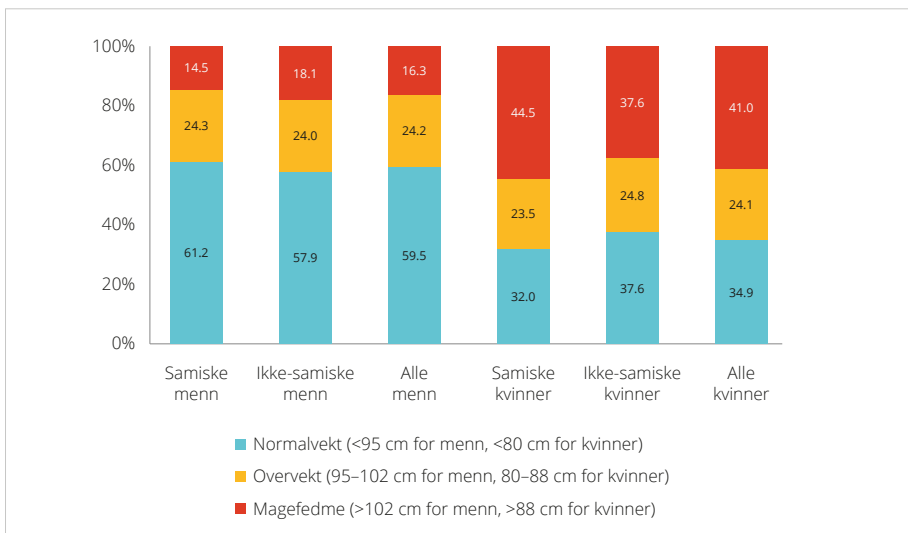
Lyngen, Skånland og Evenes), har vi plukket ut de samme kommunene og aldersgruppene i SAMINOR 1 for å kunne sammenligne resultatene med tilsvarende tall i SAMINOR 2. For å gjøre sammenligningen rettfærdig, er tallene også justert for alder. Tabell 1, figur 1 og figur 2 gir resultater fra SAMINOR 1 basert på personer i disse 10 kommunene og begrenset til de som var i alderen 40–79 år da de ble undersøkt. Samisk tilhørighet ble i disse analysene klassifisert ut fra om deltakeren oppfattet seg som same og/eller oppga å ha samisk bakgrunn. I tillegg måtte deltakeren ha samisk språklig bakgrunn (snakket selv samisk hjemme eller hadde foreldre eller besteforeldre som gjorde det). Om lag 36 % av personene inkludert i analysene fra SAMINOR 1 presentert i tabell 1 ble slik klassifisert som samer.

	SAMINOR 1		
MENN	Samer	Ikke-samer	Alle
Antall deltakere	1109	1852	2961
Alder (år)	56,2 (55,6–56,8)	56,3 (55,8–56,7)	56,3 (55,9–56,6)
Høyde (cm)	168,6 (168,2–168,9)	173,7 (173,4–174,1)	171,2 (170,9–171,4)
Vekt (kg)	79,1 (78,3–79,9)	83,1 (82,5–83,7)	81,1 (80,6–81,6)
Kroppsmasseindeks (kg/m <sup>2</sup> )	27,8 (27,6–28,0)	27,5 (27,3–27,7)	27,6 (27,5–27,8)
Midjeomkrets (cm)	92,5 (91,9–93,2)	93,8 (93,4–94,3)	93,2 (92,8–93,6)
KVINNER	Samer	Ikke-samer	Alle
Antall deltakere	1149	2168	3317
Alder (år)	55,3 (54,7–55,9)	56,4 (56,0–56,8)	56,0 (55,7–56,3)
Høyde (cm)	155,2 (154,9–155,6)	161,1 (160,8–161,3)	158,1 (157,9–158,4)
Vekt (kg)	69,8 (69,1–70,5)	71,9 (71,4–72,5)	70,8 (70,4–71,3)
Kroppsmasseindeks (kg/m <sup>2</sup> )	29,0 (28,7–29,3)	27,7 (27,5–27,9)	28,4 (28,2–28,5)
Midjeomkrets (cm)	87,4 (86,7–88,1)	85,8 (85,3–86,3)	86,6 (86,2–87,0)

Tabell 1: Gjennomsnittlig alder, høyde, vekt, KMI og midjeomkrets (med 95 % konfidensintervall) blant samer og andre som tok del i SAMINOR 1 (2003–2004) i de samme 10 kommunene som SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen ble gjennomført i. 95 % konfidensintervall angir usikkerheten for tallet, at det rette tallet er med 95 % sikkerhet innen de grenser som er angitt. I alt 6278 menn og kvinner i alderen 40–79 år.



Figur 1: Hyppigheten av normalvekt, overvekt og fedmeklasser basert på kroppsmasseindeks (KMI) blant samer og andre som tok del i SAMINOR 1 (2003–2004) i de samme 10 kommunene som SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen ble gjennomført i. I alt 6278 menn og kvinner i alderen 40–79 år.



Figur 2: Hyppigheten av normalvekt, overvekt og fedme basert på midjeomkrets blant samer og andre som tok del i SAMINOR 1 (2003–2004) i de samme 10 kommunene som SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen ble gjennomført i. I alt 6278 menn og kvinner i alderen 40–79 år.

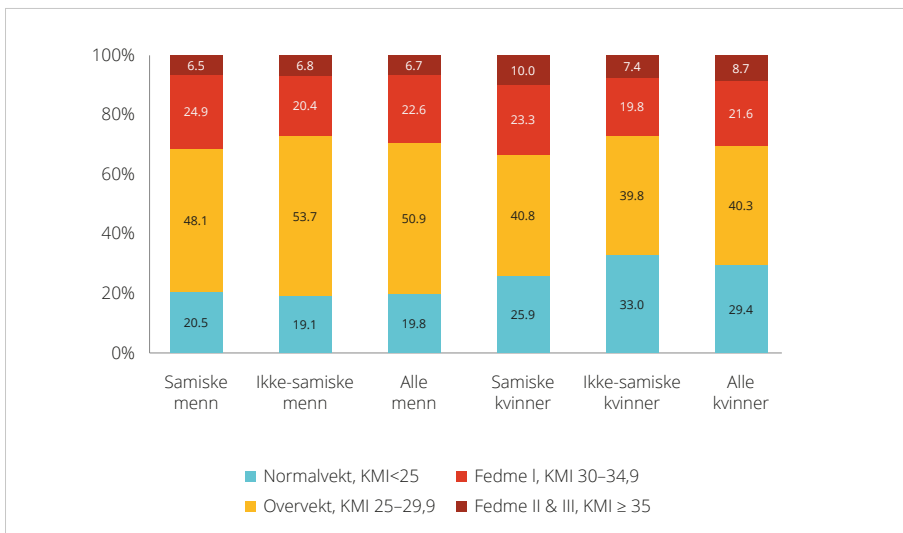
Vi ser at 24,3 % av mennene og 34,3 % av kvinnene hadde generell fedme ( $KMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), og hyppigheten var større for samer enn andre SAMINOR 1-deltakere, særlig for kvinner. I alt var 75 % av mennene og 73 % av kvinnene overvektige eller hadde fedme ( $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). Gjennomsnittlig midjeomkrets var lavere blant samiske menn (92,5 cm) enn andre menn (93,8 cm), mens det var omvendt for kvinner: samiske kvinner hadde større midjeomkrets (87,4 cm) enn andre kvinner som var med i SAMINOR 1 (85,8 cm). Dette ble også avspeilet i forekomsten av magefedme (14,5 % blant samiske menn og 18,1 % blant andre menn; 44,5 % blant samiske kvinner og 37,6 % blant andre kvinner). Resultatene fra de 10 kommunene er slik i overensstemmelse med resultatene fra hele SAMINOR 1-befolkningen (9).

### SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen (2012–2014)

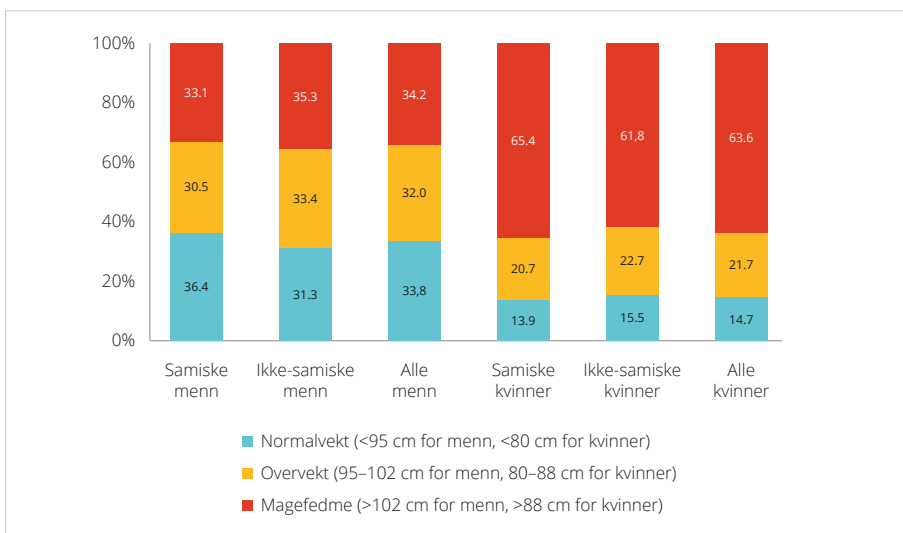
Tabell 2, figur 3 og figur 4 gir resultater for personer som var 40–79 år i SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen. Når vi heretter skriver SAMINOR 2, er det den kliniske undersøkelsen vi mener. I SAMINOR 2 var det 41 % som ble klassifisert som samer, noe som er litt høyere enn i tilsvarende kommuner og aldersgrupper i SAMINOR 1 (36 %).

	SAMINOR 2		
MENN	Samer	Ikke-samer	Alle
Antall deltakere	1111	1566	2677
Alder (år)	59,8 (59,2–60,4)	60,2 (59,7–60,7)	60,1 (59,7–60,5)
Høyde (cm)	170,5 (170,1–170,8)	175,6 (175,2–175,9)	173,0 (172,8–173,3)
Vekt (kg)	82,5 (81,7–83,4)	87,0 (86,3–87,8)	84,8 (84,3–85,3)
Kroppsmasseindeks ( $\text{kg/m}^2$ )	28,4 (28,1–28,6)	28,2 (28,0–28,4)	28,3 (28,1–28,4)
Midjeomkrets (cm)	98,7 (98,1–99,3)	100,1 (99,6–100,6)	99,4 (99,0–99,8)
KVINNER	Samer	Ikke-samer	Alle
Antall deltakere	1279	1899	3178
Alder (år)	58,5 (57,9–59,1)	59,1 (58,6–59,5)	58,8 (58,5–59,2)
Høyde (cm)	157,0 (156,6–157,3)	162,4 (162,1–162,7)	159,7 (159,4–159,9)
Vekt (kg)	70,0 (69,3–70,7)	72,7 (72,1–73,3)	71,3 (70,9–71,8)
Kroppsmasseindeks ( $\text{kg/m}^2$ )	28,4 (28,1–28,7)	27,6 (27,4–27,8)	28,0 (27,8–28,2)
Midjeomkrets (cm)	93,4 (92,8–94,1)	92,7 (92,2–93,3)	93,1 (92,7–93,5)

Tabell 2: Gjennomsnittlig alder, høyde, vekt, KMI og midjeomkrets (med 95 % konfidensintervall a) blant samer og andre som tok del i SAMINOR 2 (2012–2014). 95 % konfidensintervall angir usikkerheten for tallet, at det rette tallet er med 95 % sikkerhet innen de grenser som er angitt. I alt 5855 kvinner og menn i alderen 40–79 år.



Figur 3: Hyppigheten av normalvekt, overvekt og fedme basert på kroppsmasseindeks (KMI) blant samer og andre som tok del i SAMINOR 2 (2012-2014). I alt 5855 kvinner og menn i alderen 40-79 år



Figur 4: Hyppigheten av normalvekt, overvekt og fedme basert på midjeomkrets blant samer og andre som tok del i SAMINOR 2 (2012-2014). I alt 5855 kvinner og menn i alderen 40-79 år.

Også i SAMINOR 2 var det slik at forekomsten av generell fedme var høyere for samer enn andre som møtte til undersøkelsen, og dette gjaldt både menn (31,4 % vs. 27,2 %) og kvinner (33,3 % vs. 27,2 %). Om lag 80 % av mennene og 70 % av kvinnene i SAMINOR 2-utvalget var overvektige eller hadde fedme ( $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), og det er fremdeles slik at midjeomkretsen er lavere for samiske menn (98,7 cm) enn andre menn (100,1 cm), mens det er motsatt for kvinner (93,4 cm vs. 92,7 cm). Dette ble også avspeilet i forekomsten av magefedme (tabell 2 og figur 4).

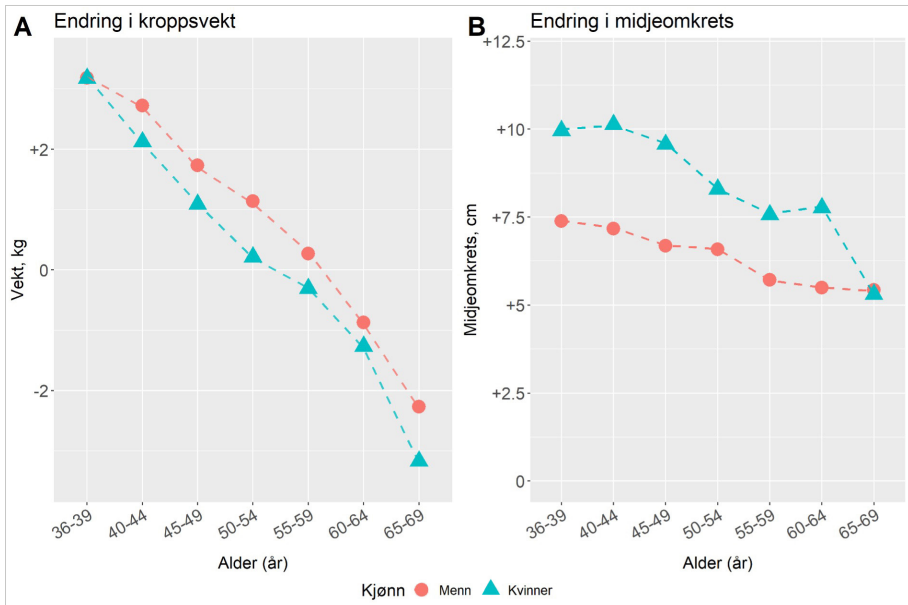
### Utviklingen fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2

Hvordan har nå utviklingen i KMI og midjeomkrets vært fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2? Ved sammenligning av tabell 1 og tabell 2 og figur 1 og figur 3 sees en økning blant menn i aldersjustert gjennomsnittlig KMI (fra  $27,6 \text{ kg/m}^2$  til  $28,3 \text{ kg/m}^2$ ) og andelen med generell fedme (fra 24,3 % til 29,3 %), men ingen tilsvarende økning blant kvinner. Gjennomsnittlig midjeomkrets økte mye fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2 for både menn og kvinner og for samer og andre deltakere i undersøkelsene (tabell 1 og tabell 2). Hele 34,2 % av mennene og 63,6 % av kvinnene i SAMINOR 2 har magefedme (figur 4). De tilsvarende tallene for SAMINOR 1 var 16,3 % for menn og 41,0 % for kvinner (figur 2).

### Endring av vekt og midjeomkrets hos personer som deltok i både SAMINOR 1 og SAMINOR 2

Mange av de som møtte til SAMINOR 2 hadde også deltatt i SAMINOR 1 omtrent 10 år tidligere. Det er derfor mulig å studere utviklingen av vekt og midjeomkrets mellom de to undersøkelsene ved å se på differansen i kroppsvekt og midjeomkrets blant de personene som møtte til begge undersøkelsene. Det var 1538 menn og 1958 kvinner som deltok i både SAMINOR 1 og SAMINOR 2. Disse personene var i alderen 36–69 år da de deltok i SAMINOR 1 (11). Det ble valgt å se på utviklingen av vekt (i kilo) og ikke utviklingen av KMI fordi mange personer, særlig kvinner, mister litt høyde med alderen. Dette betyr at hvis man holder vekta konstant, men «krymper» litt med alderen, vil KMI automatisk øke. Som man sier på engelsk: «I am not overweight, I am undertall!» («Jeg er ikke overvektig, jeg er underhøy!»).

Ser man gruppen av personer som møtte til begge undersøkelsene under ett, la menn på seg gjennomsnittlig 0,8 kg og kvinner 0,3 kg i løpet av de om lag 10 årene det var mellom SAMINOR 1 og SAMINOR 2. Figur 5 (venstre side) viser at jo eldre personen var i SAMINOR 1, jo mindre la de på seg. Ja, de som var over 60 år ved undersøkelsen i SAMINOR 1 hadde faktisk et gjennomsnittlig vekttap de neste 10 årene. Sammenhengen mellom alder og vektendring var slik for både menn og kvinner og samer og andre personer som møtte til begge undersøkelsene.



Figur 5: Endring i kroppsvekt (venstre bilde) og midjeomkrets (høyre bilde) over en 10-årsperiode fra SAMINOR 1 (2003–2004) til SAMINOR 2 (2012–2014) blant 1538 menn og 1958 kvinner som var i alderen 36–69 år ved start av perioden (11). Figuren er laget av Dr. Vilde L. Michalsen, Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet. [https://uit.no/research/art?p\\_document\\_id=748581](https://uit.no/research/art?p_document_id=748581).

Resultatene for midjeomkrets ligner på resultatene for vektutviklingen. De som var relativt unge (36–49 år) når de ble undersøkt i SAMINOR 1, la mer på seg rundt magen enn de som var i 60-årene (figur 5, høyre side). For midjeomkrets var det slik at den økte for de aller fleste, det var ikke slik at de eldste ble slankere rundt midjen, men midjeomkretsen økte altså litt mindre blant de eldste enn blant de yngre. Gjennomsnittlig økte midjeomkretsen 6,3 cm for menn og 8,4 cm for kvinner. Det er interessant å merke seg at deltakerne la mer på seg rundt magen enn det som matematisk kan forklares av ut fra endring i kroppsvekt. Dette er i overenstemmelse med det man vet om at fordelingen av kropps fett (hvor på kroppen det legger seg) forandrer seg med alderen og legger seg mer rundt magen når man blir eldre. Det er etter alt å dømme mest skadelig når fettet ligger mellom de indre organene i buken.

Dette resultatet fra SAMINOR, at de eldre voksne legger mindre på seg enn yngre voksne både når det gjelder kroppsvekt og midjeomkrets, er kjent fra flere andre studier i inn- og utland, også fra Tromsøundersøkelsen og HUNT-undersøkelsen i Trøndelag (se (5) for flere detaljer).

## Sammenligning med funnene i Tromsø 7

SAMINOR 2 er som kjent gjennomført i distriktene i Troms og Finnmark (og Evenes i Nordland), i kommuner med relativt høy andel av samisk befolkning. Det kan derfor være av interesse å uformelt sammenligne funnene fra SAMINOR 2 med de man finner i Tromsø. Den siste befolkningsundersøkelsen i Tromsø, Tromsø 7, ble gjennomført i 2015–2016, et tidspunkt som ikke skiller seg så mye fra da SAMINOR 2 ble gjennomført (2012–2014). Personene i Tromsø 7 var dessuten også 40 år og eldre.

Hvis vi sammenligner resultater fra SAMINOR 2 med de fra Tromsø 7 i aldersgruppen 40–84 år (5), er det relativt klart at forekomsten av fedme er høyere i SAMINOR 2 både for menn (29,3 % i SAMINOR 2 vs. 25,2 % i Tromsø 7) og kvinner (30,3 % vs. 22,5%). Hyppigheten av generell fedme blant personer som bor i 10 kommuner i Troms og Finnmark med relativt stor andel samer er altså etter alt å dømme høyere enn blant de som bor i Tromsø. Dette passer ganske godt med at man i store studier ofte finner mer fedme på landsbygda enn i byene. Gjennomsnittlig midjeomkrets for menn i Tromsø 7 (100,2 cm) var litt større enn for menn i SAMINOR 2 (99,4 cm). For kvinner var forskjellen større og den motsatte veien: de tilsvarende tallene var 90,8 cm i Tromsø 7 og 93,1 cm i SAMINOR 2. Dette ble også avspeilet i forekomsten av magefedme. Den var for menn 38,5 % i Tromsø 7 og 34,2 % i SAMINOR 2. De tilsvarende tallene for kvinner var 53,0 % og 63,6 %. Man må likevel huske at det her ikke er tatt hensyn til at personene som var med i Tromsø 7 gjennomsnittlig var 2–3 år yngre enn de som tok del i SAMINOR 2 og at Tromsø 7 ble gjennomført om lag 2–3 år etter SAMINOR 2.

## Oppsummering

De fleste voksne innbyggere i Norge er overvektige eller har fedme. Blant de voksne, legger de relativt yngre mer på seg enn de eldre (både målt som vektøkning og økning i midjeomkrets). SAMINOR-undersøkelsen viser at slik er det også i Nord-Norge, og undersøkelsen tyder dessuten på at forekomsten av generell fedme er høyere i områder på landsbygda i Troms og Finnmark med relativt mange samer enn den er i Tromsø. Midjeomkretsen blant kvinner var også høyere i SAMINOR-kommunene. Når det gjelder forskjell mellom samer og andre som har tatt del i SAMINOR 2, kan vi konkludere med at samer (særlig kvinner) har høyere gjennomsnitt av KMI og forekomst av generell fedme enn andre deltagere. Samiske menn har gjennomsnittlig mindre midjeomkrets enn andre menn, mens det var motsatt for kvinner.



## Referanser

1. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390(10113):2627-42. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3).
2. Aune D, Sen A, Prasad M, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ* 2016;353:i2156. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2156>.
3. Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme i Noreg. Folkehelse rapporten- Helsetilstanden i Norge 2018 [sitert 15.12.2020]; [Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>].
4. Sund ER, Rangul V, Krokstad S. Folkehelseutfordringer i Trøndelag. Folkehelsepolitisk rapport med helsestatistikk fra HUNT inkludert tall fra HUNT4 (2017-19). Levanger: HUNT forskningscenter, 2019. [Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Folkehelseutfordringer+i+Tr%C3%B8ndelag+2019.pdf/153c78b4-ad78-4b5a-a65b-2c1b9ff1252b>].
5. Løvsetten O, Jacobsen BK, Grimsgaard S, et al. Prevalence of general and abdominal obesity in 2015-2016 and 8-year longitudinal weight and waist circumference changes in adults and elderly: the Tromsø Study. *BMJ Open* 2020;10(11):e038465. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038465>.
6. Jayedi A, Soltani S, Zargar MS, et al. Central fatness and risk of all cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of 72 prospective cohort studies. *BMJ* 2020;370:m3324. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3324>.
7. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 8-11 December 2008. Geneva: World Health Organization, 2011. (ISBN 978-92-4-150149-1). [Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501491>].
8. Anderson I, Robson B, Connolly M, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet* 2016;388:131-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7).

9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. 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. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Broderstad AR, Melhus M. Helse- og levekårsundersøkelsen - SAMINOR. En kunnskapsbase om helse og livsstil i distriktsområder i Nord-Norge. I: Broderstad AR, Silvikken A (redaktører). *Korsen é det med helsa di?* Tromsø: Senter for samisk helseforskning, 2015. s. 6-14. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig\\_tidsskrift\\_Korsen\\_e\\_det\\_med\\_helsa\\_di\\_2015.pdf](https://uit.no/Content/761437/cache=20222501121236/Popul%C3%A6rvitenskapelig_tidsskrift_Korsen_e_det_med_helsa_di_2015.pdf)].
11. Jacobsen BK, Melhus M, Kvaløy K, et al. A descriptive study of ten-year longitudinal changes in weight and waist circumference in the multi-ethnic rural Northern Norway. The SAMINOR Study, 2003-2014. *PLoS One* 2020;15:e0229234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229234>.

*Kapittel 4:* <https://doi.org/10.7557/7.6466>

## 5 FINNMÁRKKU SÁPMELAČČAID JA DÁČČAID RUMAŠLAŠ LIHKADEAPMI, VÁIBMO- JA VARRASUOTNAVIGIID RISKABEALIT JA RISKA JÁPMIT BEARE ÁRRAT

*Rune Hermansen ja Bjarne K. Jacobsen*



### Čoahkkáigeassu

Váibmo- ja varrasuotnavigit lea okta váldosivva ovdal áigge jápmimii. Čalmmustahttit eastadeaddji doaibmabijuid lea danin dehálaš. Rumašlaš lihka-deapmi lea ávkkálaš eastadeaddji doaibmabidju, muhto lea váilevaš máhttu das movt rumašlaš lihka-deami, váibmo- ja varrasuotnadávddaid riskabealit ja jápmin leat čatnasan oktii eamiálbmogiin, ovdamearkka dihte sápmelaččaid gaskkas. Historjjálaččat lea mánggačearddalaš álbmogis

davvin leamašan alladeappot váibmo- ja varrasuotnajámolašvuohta go riikkagaskamearis. Vurdojuvvon eallenahki Finnmárkkus lea ain vuollegeappos go muđui riikkas.

Doavttergrádabargu jagis 2020, man vuodđun lea Finnmárku 3-iskkadeapmi (Finnmark 3) jagiin 1987–1988 ja SAMINOR 1 jagis 2003, čájehii ahte sámi dievddut ja nissonat Finnmárkkus jagiin 1987–1988 lihkadedje rumašlaččat barggus eanet ja sis lei obbalaččat stuorát rumašlaš aktivitehtalohku go norgalaš dievdduin ja nissoniin. Čiekjudanjearahallan rumašlaš lihkadeami birra barggus ja astoáiggis čujuhii ahte boazosápmelaččat ja boanddat goappaš čearddalaš joavkkuin eai čielgasit sirren barggu ja astoáiggi. Dat sáhtá váikkuhan dasa movt ipmirdedje ja vástidedje jearaldagaid rumašlaš lihkadeami birra dearvvašvuodáiskkademiin.

Iskkadeami bohtosat čájehedje ahte olbmui geat rumašlaččat lihkadedje sihke Finnmárku 3 ja SAMINOR 1 iskkademiin, sis unnimusat loktanii rupmaša čoahkkisvuodamihttu dán 16-jagi áigodagas. Go čuovuimet oassálastid Finnmárku 3:s, 26 jagi badjel, de gávnnaimet ahte sii geat eanemusat rumašlaččat lihkadedje astoáiggis, sis lei 16 % unnit jámolašvuohta go olbmui geat eai lihkadan astoáiggis.

## Álggaheapmi

Lea bures duodaštuvvon ahte jeavddalaš rumašlaš lihkadeapmi unnida váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid ja beare árra jápmima (1,2). Sihke ollu rumašlaš lihkadeapmi ja buorre rumašlaš vuoibmi lea čadnon unnit jámolašvuhtii, namalassii ahte sii geat eanemusat rumašlaččat lihkadit ellet guhkibut go sii geat eai lihkat. Vuoiŋnastanpulsa sáhtá adnot rumašlaš vuimmi indikáhtorin, namalassii nákcii doaimmahit rumašlaš aktivitehta. Dutkamat leat čájehan ahte alla vuoiŋnastanpulsa lea čadnon stuorát jámolašvuhtii váibmo- ja varrasuotnavigiid geažil ja stuorát obbalaš jámolašvuhtii (go buot jápminsivaid ovtas geahččá) (3). Eanas dutkamušat leat čájehan ahte rumašlaš lihkadeapmi astoáiggis lea ávkkálaš vuoludit váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid ja jápminriskka. Bohtosat dutkamušain rumašlaš lihkadeami mearkkašumis bargodilis spiehkkašaddet eanet. Muhtin dutkamušat čájehit ahte alla lihkadandási barggus lea čadnon alla jámolašvuhtii, erenoamážit dievdduid gaskkas (4), ja eará dutkamušat fas čájehit ávkkálaš váikkuhusaid ollu rumašlaš lihkadeamis maiddái bargodilálašvuodas (5). Kombinašuvdna heittogis rumašlaš vuimmis ja garra rumašlaš barggus orro čadnon alladeappot jámolašvuhtii váibmo- ja varrasuotnavigiid geažil (6).

Historjjálaš geahčastagas lea álbmot dáppe davvin heittogit birgen dearvvašvuodastatistihkain go buohtastahtá riikkagaskameriin. Lea leamašan alladeappot njuoratmánnejámolašvuohta, alladeappot obbalašjámolašvuohta ja alladeappot jámolašvuohta váibmo- ja varrasuotnavigiid geažil, ja dasa lassii lea vurdojuvvon eallenahki oaneheappot. Álbmot lea čearddalaččat seaguhuvvon, suoma/kvena, sámi ja dáčča duogážiin. Sámi álbmoga mihtilmasvuohta lea ovdalašáigge leamašan ahte stuorit oassi álbmogis lei čadnon vuoddoeláhusaide, nugo

eanandollui ja boazodollui. 1980-logus lei birrasiid 20 % sámi álbmogis čadnon vuoddoe-aláhusaide, ja oassi lei birrasiid 8 % riikkas obbalaččat (7). Gažaldat leago árbevirolaš sámi eallinvuohki addán makkárgé váikkuhusaid dearvvašvuhtii lea jerrojuvvon.

Vuosttaš váibmo- ja varrasuotnaiskkadeami bohtosat Finnmarkkus 1970-logus čujuhit ahte sámi dievduin lei unnit jámolašvuhta váibmo- ja varrasuotnavigiin go dáččain, muhto dutkamuš dán fáttas ii leat áibbas ovttaoaivilis. Finnmarkku álbmoga ektui leat váilevaš dieđut das movt rumašlaš lihkaeapmi ja váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabealit ja jápmin leat čatnon oktii. Dát duogáš lei oaivádusgáldun doavttergrádabargui jagis 2020 (8). Aniiimet vuodđun váibmo- ja varrasuotna-iskkademiid Finnmarkkus jagiin 1987–1988 (Finnmarku 3) ja SAMINOR 1 jagis 2003 (gos oasseváldit ledje duššo Finnmarkkus) go geahččaleimmet čalmmustahttit čuovvovaš čuolmmaid:

1. Artihkal I:s guorahalaimet vuos lei go jagiin 1987–1988 erohus sápmelaččaid ja dáččaid gaskkas rumašlaš lihkaeami dásiin astoáiggis ja barggus. Dan mañjel guorahalaimet rievddadii go vuoinjastanpulsa ja rupmaša čoaħkisvuodamihttu (rumašdeattu kilos juohkit allodaga kvadráhtain mehteris, dárogillii KMI) iešgudetge rumašlaš lihkadandási olis. Árvvoštalaimeit maiddáii lei go erohus sápmelaččaid ja dáččaid gaskkas. Dasa lassin guorahalaimet dieđihedje go rumašlaš lihkaeami iešgudetge ládje goabbat čearddalaš joavkkus, dainna go jearahalaimet moadde válljejuvvon olbmos movt ipmirdedje jearaldagaid rumašlaš lihkaeami birra.
2. Artihkal II:s guorahalaimet oktavuoda gaskkal rievdamiid astoáiggi rumašlaš lihkaeamis ja rievdamiid váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliin Finnmarku 3 (jagii 1987–1988) ja SAMINOR 1 (jagis 2003) iskkademiid gaskkas, ja lea go dát oktavuoha goabblágán sápmelaččaid ja eará-čearddalaččaid gaskkas.
3. Artihkal III fáddá lei iskat movt oktavuoha lea gaskkal rumašlaš lihkaeami astoáiggis ja barggus, vuoinjastanpulsa ja jápminriskka erenoamážit váibmo- ja varrasuotnavigiid geažil, go čuovuiimet oasseváldiid badjel 26 jagi (jagii 1987–1988 gitta 2014 rádjái), ja lei go dát oktavuoha goabblágán sápmelaččaid ja eará čearddalaččaid gaskkas.

## Čilgehus váldojearaldagain mat leat adnon lađastallamiin Rumašlaš lihkaeapmi

Rumašlaš lihkaeapmi astoáiggis ja barggus kártejuvvui jearaldatskovi vuodul, ja doaimma dieđihedje ieža. Dat mearkkaša ahte juohke oasseváldi merkii makkár dásat rumašlaš lihkaeapmi sus lei. Álgoálggus sáhte válljet njealji iešgudetlágán kategoriija gaskkas guoskevaččat rumašlaš lihkaeapmái barggus ja astoáiggis. Astoáiggelihkaeami vuodđun lei “Saltin-Grimby”-jearahallanskovvi ja jearaldagat ledje čallojuvvon čuovvovaš ládje:

”Lihkadeapmi ja rumašlaš rahčamuš du astoáiggis. Jus doaimmat rievddadit hirbmosit, ovdamearkka dihte geasi ja dálvvi gaskkas, de váldde gaskameari. Jearaldat guoská mañemus jahkái”.

1. Logat, geahčat TV dahje dagat eará doaimma mas jaska čohkkát?
2. Vácçašat, sihkkelastát dahje lihkadat eará ládje unnimusat 4 geardde vahkkus?
3. Dagat lášmmohallanvalástallama, barggat losit gilvvagárdebergguid dahje eará sullasaš doaimmaid (unnimusat 4 diimmu vahkkus)?
4. Hárjehalat garrasit dahje searvvat gilvovalástallamiidda jeavddalaččat ja mángga geardde vahkkus?

Bargolihkadeami vuodđun lei maiddái “Saltin-Grimby”-jearahallanskovvi, ja jearaldagaid ledje čállán čuovvovaš ládje:

Lea go dus mañemus jagi leamašan:

1. Eanaš bargu mas jaska čohkkát? (kontuvra jna.)
2. Bargu mii gáibida ahte váccát ollu? (gávpebargi, oahpaheapmi)
3. Bargu mas váccát ja lovttohalat ollu? (boastadoalvu, losit industriijabargu, huksenbargu)
4. Lossa rumašbargu? (vuovdebargu, lossa eanandoallobargu, lossa huksenbargu)

### Čearddalašvuoda defineren Finnmárku 3 iskkadeamis

Čearddalaš gullevašvuoda klassifiseren lea hástaleaddji ja jearaldagat čearddalašvuodas eai lean seammalágánat Finnmárku 3:s ja SAMINOR 1:s.

Artihkal I ja III vuodđun leat Finnmárku 3 dáhtat, mas čuovvovaš jearaldagaid jerre čearddalašvuoda birra:

1. Leat go guoktásis dahje eanebuin du áhkuin ja ádjáin suoma máttut?
2. Leat go guoktásis dahje eanebuin du váhnemiin sámi máttut?

Vástádusmolssaeavttuid “juo”, “ii” ja “in dieđe” vuodul juhke oasseváldiid viđa čearddalaš jovkui: Jus vástidii “juo” jearaldagas leat go sámi máttut ja “ii” jearaldagas leat go suoma máttut, de kategoriserejuvvui sápmelažžan. Jus vástidii “juo” jearaldagas leat go suoma máttut ja “ii” jearaldagas leat go sámi máttut, de kategoriserejuvvui suomelažžan. Jus vástidii “juo” goappaš jearaldagain, de definerejuvvui suomelaš-sápmelažžan. Jus vástidii “ii” goappaš jearaldagain, de gulai dáččajovkui. “In dieđe”-joavkkus ledje sii geat vástidedje “in dieđe” ovttá dahje goappaš jearaldagain.

Artihkal I ladastallamis válddiimet fárrui duššo oasseváldiid geain ledje sámi dahje dáčča máttut. Artihkal III:s mearkkašii sámi máttut sihke sii geat ledje sápmelaččat ja sii geat ledje suomelaš-sápmelaččat. Buohkat earát ledje definerejuvvon eará čearddalažžan.

### Čearddalašvuoda defineren SAMINOR 1 iskkadeamis

SAMINOR 1 iskkadeamis ledje jearahallanskovis obbalaččat 11 jearaldaga čearddalašvuodas ja gielas maid atne vuodđun defineret sámi čearddalašvuoda (geahča buot jearaldagaid nuppi kapihttalis SAMINOR birra). Mii defineriimet sápmelažžan su guhte árvvoštalai iežas sápmelažžan dahje diedihii alddis sámi čearddalaš duogáza, ja lassin lei vel gáibáduš ahte unnimusat okta áddjá dahje áhkku, váhnen dahje oasseváldi ieš humai sámegiela ruovttus. Buohkaid earáid defineriimet eará čearddalažžan. Dán definišuvnna duohken lea ieš-celkojuvvon čearddalašvuodta, mii lea govddibut ja guorrasa eanet ON ávžžuhusaide čearddalašvuoda defineremis. Dát definišuvdna lea adnon artihkal II:s.

### Rumašlaš lihkadeapmi Finnmárkku sápmelaččain ja dáččain

Finnmárku 3 iskkadeami dáhtaid vuodul guorahalaimet diedihedje go sápmelaččat ja dáččat goabbatlágán dásiid rumašlaš lihkadeamis (9). Mis ledje searvvis 1726 sápmelačča (866 dievddu ja 860 nissona) ja 8053 dáčča (4105 dievddu ja 3948 nissona) ladastallamiin. Dasa lassin dagaimet kvalitatiiva iskosa mas ledje čiekŋudanjearahallamat 10 sámegielagiin ja čieža dáččain dan birra movt ipmirdit jearaldaga rumašlaš lihkadeamis astoáiggis ja barggus.

### Váldogávdnosat

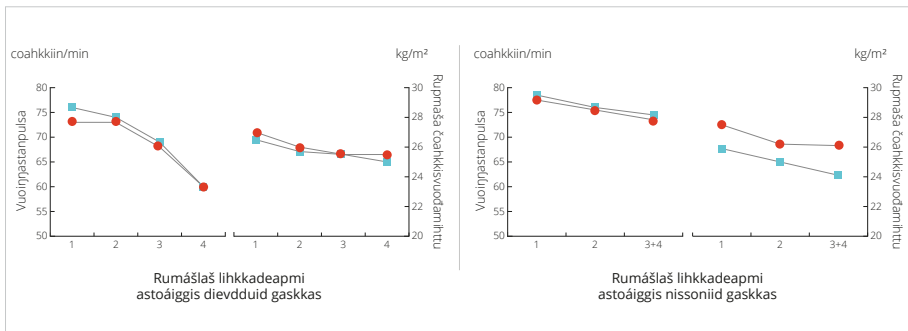
Sámi dievdduin ja nissoniin lei eanet rumašlaš lihkadeapmi barggus ja sis lei alladeappot obbalaš rumašlaš lihkadanlohku go dáččain.

Dasto gávnnaimet vel ahte go buohtastahtá norgalaš dievdduiguin, de lei sámi dievdduin vuollegeappot pulsa buot rumašlaš lihkadeami dásiin bargodilálašvuodas. Dat sáhtii čujuhit dakkár lágan bargodoaimma mii dagahii ahte sámi dievddut ledje buoret rumašlaš vuommis, ilmmá ahte gávnnaimet eará ákkaid mat dorjo dán.

Goappaš sohkabeliide ja čearddalaš joavkkuide gávnnaimet ahte sihke vuoinjastanpulsa ja rupmaša čoahkkisvuodamihttu njejai mađi alladeappot rumašlaš lihkadandási lei astoáiggis (figuvra 1).

Kvalitatiiva čiekŋudanjearahallan attii midjiide čuoovvovaš bohtosiid:

- Oasseváldit vuodđoealáhusain (boazodoalus ja eanandoalus) eai earut barggu ja astoáiggi čielgasit.
- Muhtin sápmelaččat vuodđoealáhusain celke ahte bivdu, guollebivdin ja murjen, namalassii “luondduávkkástallan”, lei definerejuvvon dakkárin mii lei barggu ja astoáiggi gaskkas.



Figuvra 1: Vuoiņņastanpulsa ja rupmaša čoahkkisvuodamihttu ahkemuddejuvvon árvvut buohtastahttojuvvon iešgudet dását rumašlaš lihkadeamiin dievdduin (gurut) ja nissoniin (olgeš). Rukses gierddut leat sápmelaččaid bohtosat ja alit njealječiegagat leat seamma dáččaide. Figuvra lea reviderejuvvon veršuvdna figuvra 1:s ja 2:s vižžon dás: Hermansen et al. (9), <https://doi.org/10.3402/ijch.v6i1i3.17452>, © Čállit, almmuhuvvon CC BY 1.0 liseanssain.

## Rievdan astoáiggi rumašlaš lihkadeami dásis ja rievdan váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliin

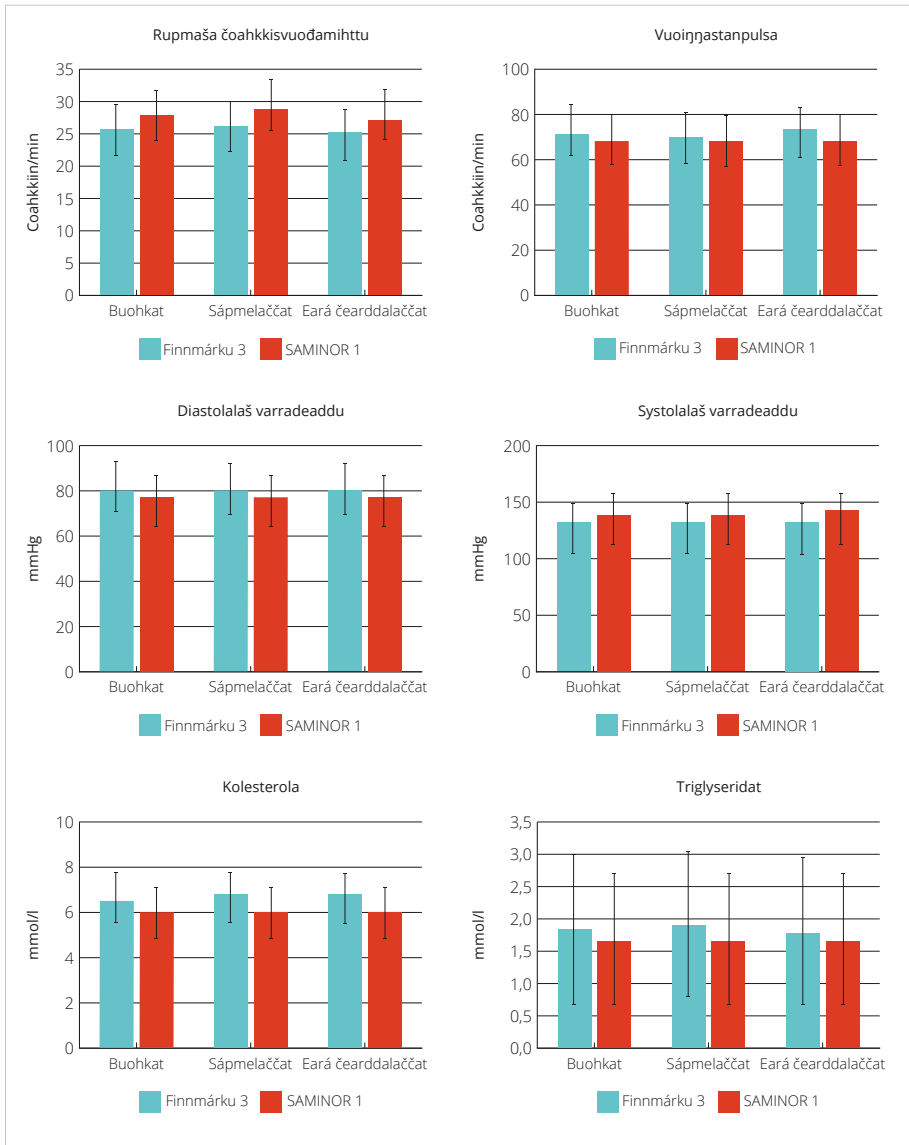
Artihkal II lei čuovvolaniskadeapmi mas 3671 nissona ja dievddu oassálaste sihke Finnmárku 3 (1987–1988) ja SAMINOR 1 (2003) iskkadeamiin. Obbalaččat ledje 1129 sápmelačča ja 2542 eará čearddalačča oassin lađastallamiin. Gaskamearálašahki iskkadeami álggus lei 45,2 jagi. Mii geahčaimet oktavuoda gaskkal astoáiggi rumašlaš lihkadeami rievdamas ja dovddus váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid rievdamas oasseváldiin badjel 16 jagi (10).

### Váldogávdnosat

Sihke iskkadeami (Finnmárku 3) álggaheamis ja nuppi mihtidanáigodagas (SAMINOR 1) gávnnaimet ahte gaskamearálaš čoahkkisvuodamihttu, serum triglyseridat (buoideávdnasat varas) ja oassemearri das geat borgguhedje lei vuollegeappos mađi alladeappot rumašlaš lihkadandási lei astoáiggi. Dát guoskkai goappaš čearddalaš joavkkuide. Goappaš áiggiin gávnnaimet ahte stuoat oassi sis geat eai lihkadan rumašlaččat ledje sápmelaččat.

Buot riskabelit maid iskkaimet rivde áiggi badjel Finnmárku 3 iskkadeamis SAMINOR 1 iskkadeami rádjái. Dán áigodagas álbmogis lassánii (figuvra 2) rupmaša čoahkkisvuodamihttu, systolalaš varradeaddu (badjedeaddu) badjánii ja vuoiņņastanpulsa, diastolalaš varradeaddu (vuolledeaddu), serum kolesterola ja serum triglyseridat njidje. Dat sojut vuhttojedje goappaš čearddalaš joavkkuin, sápmelaččain ja eará čearddalaččain.





Figvra 2: Eai-muddejuvwon gaskamearálaš dásit váibmo- ja suotnavigiid riskabeliin Finnmárku 3 (1987–1988) ja SAMINOR 1 (2003) iskkademiin Finnmárkku ássiin geat oassálaste goappaš iskkademiin. Rupmaša čeahkkisvuodamihttu, vuoiŋgastanpulsa, diastolalaš varradeaddu, systolalaš varradeaddu, serum kolesterola ja serum triglyseridat sámi ja eará čearddalaččain. Dábálašpiehkasteapmi (SD) lea addon bajimusas stoaľpuuin. Figvra lea reviderejuvwon veršuvdna figvra 1:s vižžon dás: Hermansen et al. (10), <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1459145>, © Čállit, almmuhuvwon CC BY 4.0 liseanssain.



Gowa: Olga Andreeva/Mostphotos.com

Go geahčaimet váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid rievdamiid aktivitehtadási olis Finnmárku 3 ja SAMINOR 1 iskkademiin, de gávnnaimet ahte sis, geat rumašlaččat lihkadedje goappaš iskkademiin, lei unnit lassáneapmi rupmaša čoahkkisvuodamihtus go sis geain ii lean rumašlaš lihkaeapmi goappaš áiggiin. Oinniimet maiddá ahte serum triglyseridaid njiedjan lei eanet sis geat bissovaččat lihkadedje rumašlaččat, go buohtastahtá singuin geat eai rumašlaččat lihkan goappáge mihtidanáigodagas. Joavkkus, mas rumašlaš lihkaeapmi rievddai eahpeaktiivvas aktiivan, njiejai serum triglyseridat eanemusat. Ii varradeaddu iige vuoiŋnastanpulsa rievdan mearkkašahtti ollu vaikko rumašlaš lihkaeami dássi rievddai.

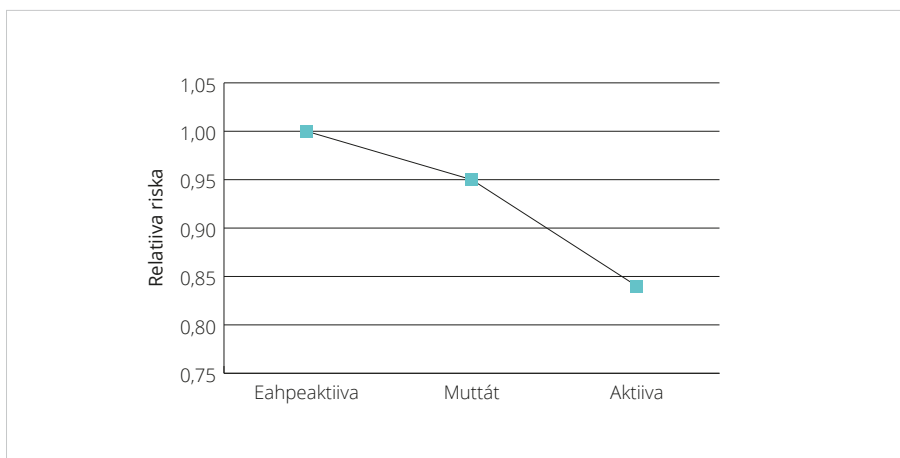
### Oktavuoha gaskkal rumašlaš lihkaeami barggus ja astoáiggis, vuoiŋnastanpulsa ja jámolašvuoda

Artihkal III lea čuovvolaniskkaeapmi badjel 26 jagi Finnmárku 3-iskkadeami rájes jagiin 1987–88 gitta 2014 rádjái (11). Obbalaččat serve iskkadeapmái 17697 dievddu ja nissona geat ledje leamaš oassin Finnmárku 3-iskkadeamis. Gaskamearálašahki iskkadeami álggus lei 47,2 jagi. Go vieččaimet dieđuid jápminsivvaregistaris (Dødsársakregisteret), de guorahalaimet lei go rumašlaš lihkaeami dásis barggus ja astoáiggis ja vuoiŋnastanpulsas mihkkege dadjamuš álbmoga jámolašvuhtii, ja váikkuhii go rumašlaš lihkaeapmi ja vuoiŋnastanpulsa jámolašvuhtii goabbat ládje sápmelaččain ja eará čearddalaččain.

## Váldogávdnosat

Dán iskkadeamis lei rumašlaš lihkadeapmi astoáiggis juhkkuojvvon golmma kategoriijai: eahpeaktiivan, muttágit aktiivan ja aktiivan. Riska jápmit čuovvolanáigodagas muttágit ja aktiiva joavkkuin buohtastahttojuvvui eahpeaktiiva joavkku riskkain. Dan dahká go geahččá gaskavuoda gaskkal aktiiva joavkku riskka ja eahpeaktiiva joavkku riskka. Dán gaskavuoda gohčodit relatiiva riskan, mas leat válljen eahpeaktiiva joavkku referánsajoavkun. Relatiiva riska mii lea unnit go 1 mearkkaša ahte guorahallon joavkkus lea unnit riska go referánsajoavkkus, ja relatiiva riska stuorit go 1 mearkkaša ahte joavkkus lea stuorit riska go referánsajoavkkus. Gávnnaimet ahte sis, geat ledje eanemus aktiivvat astoáiggis, lei 16 % unnit obbalaš jámolašvuolta sin ektui geat ledje eahpeaktiivvat (relatiiva riska=0,84) (figuvra 3).

Go lei sáhka bargolihkadeamis (juhkkuojvvon 4 dássái) de gávnnaimet U-hámát oktavuoda gaskkal bargolihkadeami ja jámolašvuoda, sihke go geahčaimet buot jápminsivaid ovttas (obbalaš jámolašvuolta) ja go geahčaimet jámolašvuoda váibmo- ja varrasuotnavigiid geažil. U-hámát oktavuolta mearkkaša ahte lea alimus jámolašvuolta goabbat geažis ja unnimus gasku. Dat máksá ahte sihke sis geain lei bargu man mihtilmasvuolta lei vuollegis rumašlaš lihkadeapmi ja sis geain lei garra rumašlaš bargu lei alladeappot jámolašvuolta go sis geain lei muttágis lihkadandássi bargodilálašvuodas (mihtilmasvuolta lei ahte “váccát ja lovttohalat ollu”). Dát boadus čujuha ahte sihke vuollegis rumašlaš lihkadeapmi bargodilálašvuodas ja garra rumašlaš bargu lei heittot.



Figuvra 3: Riska jápmit čuovvolanáigodagas čadnon astoáiggi rumašlaš lihkadeami dássái. Muttágis ja aktiiva joavkkuid buohtastahttit eahpeaktiiva joavkkuin, mii lea referánsajoavku (relatiiva riska=1). Figuvrra vuodđun leat logut artiikkalis: Hermansen et al. (11). <https://doi.org/10.1177/2047487319848205>.

Aliduvvon vuoinjastanpulsa lei čadnon sihke alladeappot obbalaš jámolašvuhtii ja alladeappot jámolašvuhtii váibmo- ja varrasuotnavigiid geažil. Ii lean makkárge erohus dán guovtti čearddalaš joavkku gaskkas go geahčai oktavuodaid gaskkal rumašlaš lihkadeami barggus ja astoáiggis, vuoinjastanpulsa ja jámolašvuoda.

## Digaštallan

Gávdnosat čiekjudanjearahallamiin jearaldagas movt ipmirdedje rumašlaš lihkadeami barggus ja astoáiggis čujuhedje ahte boazodoalu ja eanandoalu bargit eai čielgasit earut barggu ja astoáiggi. Dasa lassin bodii ovdan ahte muhtin sápmelaččat vuodđoealáhusain atne bivddu, guollebivddu ja murjema “luondduávkkástallamin” ja doaibman mii lei barggu ja astoáiggi gaskkas. Danin go ledje eanet sápmelaččat vuodđoealáhusain 1980-logus, de eat sáhte hilgut ahte sáhttet leat beare unnán astoáigedoaimmat diedihuvvon sápmelaččaid gaskkas. Kvalitatiiva oassi čájehii hástalusaid jearahallanskoviin, mii lei ráhkaduvvon ovttá kultuvrralaš oktavuodas ja adnon nuppis (sámi). Ovdamearkan lea jearaldat losit gilvvagárdebargguin astoáiggis, mii jáhkkimis lei unnit relevánta sámi váldoguoovlluin go eanet árbevirolaš dáčča birrasiin. Goitge orrot jearaldagat astoáiggi rumašlaš lihkadeamis obbalaččat doaibmame bures goappaš čearddalaš joavkkuide.

Gávnnaimet duššo muhtin oktavuodaid gaskkal rumašlaš lihkadeami rievdamá ja rievdamá váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliin. Veaháš hirmahuvaimet dainna, go jurddaša ahte leat ollu dutkamušat mat čájehit buori beavttu rumašlaš lihkadeamis váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliide. Vejolaš čilgehussan min gávdnosiidda lea ahte rievdamat lihkadandásis ledje beare unnit ja danin eai váikkuhan riskabeliide. Čuovvolanáigodagas gávnnaimet ahte rupmaša čoahkkisvuodamihttu lassánii 2,2 kg/m<sup>2</sup> olles joavkkus.



Govva: Dennis Trofimov/Mostphotos.com

Guorahallamis lei go oktavuotta gaskkal rumašlaš lihkadeami ja jámolašvuoda, gávn-naimet ahte sis gudet eanemusat lihkadedje astoáiggis lei 16 % vuollegeappo jámolašvuotta go sis geat eai lihkadan rumašlaččat. Dát gávnnus guorrasa sullasaš riikkaidgaskasaš iskk-  
ademiid bohtosiidda.

Álbmotdearvvašvuodainstituhta (FHI) álbmotdearvvašvuodaraporttas rumašlaš lihkadeami birra jagis 2017 ávžžuht ahte mánát ja nuorat galggašedje beaivválaččat oassálastit doaimmain main lea rumašlaš lihkadeapmi muttágis dahje alla intensehtain unnimusat 60 minuhta. Birrasiid 50 % 15-jahkásaččain olahit ávžžuhusaid. Álbmoga rávisolbmuide lea ávžžuhus rumašlaččat lihkadit muttágit 30 minuhta vihtta beaivvi vahkkus. Ovdamearka doaimmain lea jođánit vázzit nu garrasit ahte váibmojulkin loktana. Oassi mii čuovvula rávvagiid lea birrasiid 30 %. Álbmotdearvvašvuoda ektui, de lea árgabeaivvi rumašlaš lihkadeamis stuora potenciála eastadit váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid, borasdávdda ja diabetes 2.

Čalmmustahttit rumašlaš lihkadeami lea maiddá dehálaš go jurddaša ahte badjelmeare deaddu ja buidodat leat Norggas 1970-logu rájes šaddan váttisvuotahan mat dađistaga lassánit. Badjelmeare deaddu ja buidodat leat šaddan globála trendan, ja dat vuorjašuhttá go jurddaša riskka oážžut diabetesa, váibmo- ja varrasuotnavigiid ja beare árra jápmima. Álbmotdearvvašvuodaraporta «Overvekt og fedme i Norge» (12) čujuha ahte birrasiid 25 % dievduin ja 20 % nissoniin agis gaskkal 40–45 lea buidodat, namalassii rupmaša čoahkkisvuodamihttu lea badjel 30 kg/m<sup>2</sup>. Lassin bohtet vel olbmot geain lea badjelmeare deaddu, geain rupmaša čoahkkisvuodamihttu lea gaskkal 25 ja 30 kg/m<sup>2</sup>. Sáhtát lohkat eanet dutkamuša badjelmeare deattu ja buidodaga birra 4. kapihttalis. Bohtosat min guora-hallamis rumašlaš lihkadeami rievdamis ja váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid riev-damis čájehit ahte rupmaša čoahkkisvuodamihttu lassánii unnimusat sis geat bastevaččat rumašlaččat lihkadedje. Álbmotdearvvašvuoda ektui lea danin dehálaš láchit dili eanet rumašlaš lihkadeapmái sihke mánáid ja rávisolbmuid váste, vai goahcat buidodatepi-demijja ja dearvvašvuodariskaid maid dat buktá.

Aitto almmuhuvvon iskkadeamis, man vuodđun leat Tromsøundersøkelsen:a dieđut, geahčadedje Sagelv ja su bargoustibat (13) oktavuoda gaskkal riev dama rumašlaš lihkadeamis bargodilálašvuodas ja boahhtevaš riev dama rupmaša čoahkkisvuodamihttus. Čállit konkluderejedje ahte vuollegeappot lihkadandássi barggus áiggi badjel ii dagahan ahte rupmaša čoahkkisvuodamihttu lassánii. Árvaldedje danin guovdilastit eará doaibmabijuid buidodaga vuosttaldeami olis. Intervenšuvdnaiskkadeamit eanet rumašlaš lihkadeamiin sidjiide geain lea badjelmeare deaddu lea čájehuvvon váikkuhit relatiiva unnán deaddogeahpideapmái (14). Eanet rumašlaš lihkadeapmi astoáiggis ovttas unnidemiin biebmosisdoalu mas lea alla energijasisdoallu addá stuorát deaddogeahpideami go duššo eanet rumašlaš lihkadeapmi.



## Oktiigeassu

Finnmárku 3 ja SAMINOR 1 iskkademiid bohtosat čájehedje ahte vuollegis rumašlaš lihkadandássi astoáiggis lei dábáleappot sápmelaččain go eará čearddalaččain Finnmarkkus. Sápmelaččat goitge lihkadedje rumašlaččat eanet barggus, muitalledje Finnmarkku 3 iskkadeami bohtosat. Dat váikkuhii ahte sápmelaččain obbalaččat lei alladeappot rumašlaš lihkađeapmi jagiin 1987–1988. Vaikko lei nu, de gávnnaimet relatiiva unna erohusaid sápmelaččaid ja eará čearddalaččaid gaskkas váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid dáfus. Ledje hirmáhuhtti unnán ja relatiiva láivves oktavuodát gaskkal rumašlaš lihkađeami rievdamiid ja rievdamiid váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliin, muhto oasseváldit geat ledje bistevaččat rumašlaččat aktiivvat, sis lassánii rupmaša čoahkkisvuodamihttu unnimusat.

Sis, geat eanemusat rumašlaččat lihkađedje astoáiggis, lei 16 % vuollegeappot jámolašvuohđa čuovvolanáigodagas sin ektui geat eai lihkađan rumašlaččat. Go lea sáhka oktavuodas gaskkal lihkađeami barggus ja jámolašvuohđa, de lei dat U-hámat. Dat mearkkaša ahte sis geain lei rumašlaččat buot geahppaseamos ja losimus bargu, lei alimus jámolašvuohđa. Dat sáhtá čujuhit dasa ahte alla lihkađandássi bargodilálašvuodas ii suddje beare árra jápmima vuostá.

Doavttergráđabarggu bohtosat dorjot ollu stuora guorahallamiid gávdnosiid, ahte jeavdalaš rumašlaš lihkađeapmi astoáiggis unnida riskka beare árrat jápmi. Eanet rumašlaš lihkađeapmi buot agiin lea dehálaš buvttus buoret álbmotdearvvašvuhtii ja unnidit diabetesa riskabeliid, váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid ja jápmima. Alladeappot lihkađandássi lea ávkkálaš jus ulbmil lea goahcat buidodatepidemiija mii lea leavvagoahtán maiddá min guovllus.



## Referánssat

1. Arem H, Moore SC, Patel A, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med* 2015;175(6):959-67. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0533>.
2. Li J, Loerbroks A, Angerer P. Physical activity and risk of cardiovascular disease: what does the new epidemiological evidence show? *Curr Opin Cardiol* 2013;28(5):575-83. <https://doi.org/10.1097/hco.0b013e328364289c>.
3. Zhang D, Shen X, Qi X. Resting heart rate and all-cause and cardiovascular mortality in the general population: a meta-analysis. *CMAJ* 2016;188(3):E53-E63. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150535>.
4. Holtermann A, Burr H, Hansen JV, et al. Occupational physical activity and mortality among Danish workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85(3):305-10. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0668-x>.
5. Graff-Iversen S, Selmer R, Sørensen M, et al. Occupational physical activity, overweight, and mortality: a follow-up study of 47,405 Norwegian women and men. *Res Q Exerc Sport* 2007;78(3):151-61. <https://doi.org/10.1080/02701367.2007.10599412>.
6. Holtermann A, Marott JL, Gyntelberg F, et al. Self-reported occupational physical activity and cardiorespiratory fitness: Importance for cardiovascular disease and all-cause mortality. *Scand J Work Environ Health* 2016;42(4):291-8. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3563>.
7. NOU 1988:42 Næringskombinasjoner i samiske bosettingsområder. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1988. [Tilgjengelig fra: [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2012082309547](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2012082309547)].
8. Hermansen R. Physical activity, cardiovascular risk factors, and mortality in ethnic groups in the Arctic region of Norway. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2020. (ISBN 978-82-7589-676-4). <https://hdl.handle.net/10037/18599>.
9. Hermansen R, Njølstad I, Fønnebo V. Physical activity according to ethnic origin in Finnmark county, Norway. The Finnmark Study. *Int J Circumpolar Health* 2002;61(3):189-200. <https://doi.org/10.3402/ijch.v61i3.17452>.

10. Hermansen R, Broderstad AR, Jacobsen BK, et al. The impact of changes in leisure time physical activity on changes in cardiovascular risk factors: results from The Finnmark 3 Study and SAMINOR 1, 1987-2003. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1459145. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1459145>.
11. Hermansen R, Jacobsen BK, Løchen ML, et al. Leisure time and occupational physical activity, resting heart rate and mortality in the Arctic region of Norway: The Finnmark Study. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26(15):1636-44. <https://doi.org/10.1177/2047487319848205>.
12. Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme i Norge. Folkehelse rapporten 2017. [Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>].
13. Sagelv EH, Ekelund U, Hopstock LA, et al. Do declines in occupational physical activity contribute to population gains in body mass index? Tromsø Study 1974-2016. *Occup Environ Med* 2020;106874. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106874>.
14. Thorogood A, Mottillo S, Shimony A, et al. Isolated aerobic exercise and weight loss: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2011;124(8):747-55. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.02.037>.

*Kapittel 5:* <https://doi.org/10.7557/7.6467>



## 5 FYSISK AKTIVITET, RISIKOFAKTORER FOR HJERTE- OG KARSYKDOMMER OG RISIKO FOR TIDLIG DØD BLANT SAMER OG NORDMENN I FINNMARK

*Rune Hermansen og Bjarne Koster Jacobsen*



### Sammendrag

Hjerte- og karsykdommer er en av hovedårsakene til for tidlig død. Fokus på forebyggende tiltak er derfor viktig. Fysisk aktivitet er et gunstig forebyggende tiltak, men det er mangelfull kunnskap om sammenhengen mellom fysisk aktivitet, risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og død hos urfolk, som eksempelvis samer. Historisk har den fleretniske

befolkningen i nord hatt høyere hjerte- og kardødelighet samt totaldødelighet enn landsgjennomsnittet. Forventet levealder i Finnmark er fortsatt noe lavere enn i landet for øvrig.

En doktorgrad fra 2020, basert på Finnmark 3-undersøkelsen i 1987–1988 og SAMINOR 1 i 2003, viste at samiske menn og kvinner i Finnmark i 1987–1988 var mer fysisk aktive på jobb og totalt sett hadde en høyere fysisk aktivitetskår enn norske menn og kvinner. Dybdeintervju rundt spørsmål om fysisk aktivitet i jobb og fritid indikerte at samiske reindriftsutøvere og bønder i begge etniske grupper ikke skilte klart mellom jobb og fritid. Dette kan ha påvirket måten de oppfattet og besvarte spørsmål om fysisk aktivitet i helseundersøkelsene.

Resultater fra studien viste at personer som var fysisk aktive både i Finnmark 3 og i SAMINOR 1 hadde minst økning i kroppsmasseindeks i denne 16-årsperioden. Basert på en 26-års oppfølging av de som hadde vært med i Finnmark 3, fant vi at de som var mest fysisk aktive i fritid hadde 16 % lavere dødelighet enn personer som var inaktive i fritiden.

## Innledning

Betydningen av regelmessig fysisk aktivitet for å redusere risikoen for hjerte- og karsykdommer og for tidlig død, er godt dokumentert (1,2). Både mye fysisk aktivitet og bra fysisk form er knyttet til lavere dødelighet, det vil si at de som er mest fysisk aktive lever lenger enn de som er inaktive. Hvilepuls kan brukes som en indikator på fysisk form, det vil si evnen til å utføre fysisk aktivitet. Studier har vist at høy hvilepuls henger sammen med økt dødelighet av hjerte- og karsykdommer og totaldødelighet (alle dødsårsaker sett under ett) (3). De fleste studier har vist at fysisk aktivitet i fritid er gunstig med tanke på å redusere risikoen for hjerte- og karsykdommer og død. Resultater fra studier av betydningen av fysisk aktivitet i arbeidssituasjonen er mer motstridende. Noen studier viser at høyt nivå av arbeidsaktivitet er forbundet med økt dødelighet, særlig blant menn (4), mens andre studier viser gunstige effekter av høyt nivå av fysisk aktivitet også i arbeidssituasjonen (5). Kombinasjonen av dårlig fysisk form og tungt fysisk arbeid på jobb synes å være relatert til økt dødelighet av hjerte- og karsykdommer (6).

I et historisk perspektiv har befolkningen her nord kommet dårlig ut på helsestatistikker sammenlignet med landsgjennomsnittet. Det har vært høyere spedbarnsdødelighet, høyere totaldødelighet og høyere dødelighet av hjerte- og karsykdommer, samt kortere forventet levetid. Befolkningen er av blandet etnisitet, med finsk/kvensk, samisk og norsk bakgrunn. Den samiske befolkningen har i tidligere tider vært karakterisert av at en større andel av befolkningen har vært knyttet opp mot primærnæringer, som jordbruk og reindrift. På 1980-tallet var om lag 20 % av den samiske befolkningen knyttet opp til primærnæringer, mens andelen var om lag 8 % i landet som helhet (7). Man har stilt seg spørsmålet om den tradisjonelle samiske livsstilen har gitt noen helsemessige utslag. Resultater fra den første hjerte-karundersøkelsen i Finnmark på 1970-tallet indikerte at samiske menn hadde lavere

dødelighet av hjerte- og karsykdommer enn norske menn, men litteraturen er ikke entydig på dette punktet. Det har vært kunnskapshull vedrørende fysisk aktivitet og risiko for hjerte- og karsykdommer og død i Finnmarks-befolkningen. Dette bakteppet var inspirasjonen til et doktorgradsarbeid fra 2020 (8). Med utgangspunkt i hjerte-kar-undersøkelsene i Finnmark fra 1987–1988 (Finnmark 3) og SAMINOR 1 fra 2003 (bare brukt deltakere fra Finnmark) forsøkte vi å belyse følgende problemstillinger:

1. I artikkel I undersøkte vi først om det i 1987–1988 var forskjeller mellom samer og nordmenn i nivåene av fysisk aktivitet i fritid og arbeid. Deretter undersøkte vi om hvilepuls og kroppsmasseindeks (kroppsvekt i kg delt på kvadratet av høyden i meter) varierer med forskjellige nivåer av fysisk aktivitet. Vi vurderte også om det var forskjeller mellom samer og nordmenn. I tillegg undersøke vi om fysisk aktivitet ble rapportert forskjellig i de to etniske gruppene ved å intervju noen utvalgte personer om forståelsen av spørsmålene om fysisk aktivitet.
2. I artikkel II undersøkte vi sammenhengen mellom endringer i fysisk aktivitet i fritid og endringer i risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer mellom Finnmark 3 (i 1987–1988) og SAMINOR 1 (i 2003) og om denne sammenhengen var forskjellig mellom samer og ikke-samer.
3. I artikkel III var temaet sammenhengen mellom fysisk aktivitet i fritid og arbeid, hvilepuls og risikoen for å dø, særlig av hjerte- og karsykdommer, i løpet av oppfølgingstiden på 26 år (fra 1987–1988 til 2014), og om denne sammenhengen var forskjellig mellom samer og ikke-samer.

## Beskrivelse av hovedspørsmål som ble benyttet i analysene

### Fysisk aktivitet

Kartleggingen av fysisk aktivitet i fritid og arbeid var basert på spørreskjema, og aktiviteten var selvrapportert. Det vil si at den enkelte deltaker krysset av for hvilket nivå av fysisk aktivitet man hadde. I utgangspunktet var det fire forskjellige kategorier av fysisk aktivitet i jobb og fritid å ta stilling til. Fritidsaktivitet var basert på “Saltin-Grimby” spørreskjema, og spørsmålene var formulert på følgende måte:

”Bevegelse og kroppslig anstrengelse i Deres fritid. Dersom aktiviteten varierer meget, for eksempel mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året”.

1. Leser, ser fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?
2. Spaserer, sykler eller beveger Dem på annen måte minst 4 timer i uken?
3. Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller lignende (minst 4 timer i uken)?
4. Trener hardt eller driver konkurransetidrett regelmessig og flere ganger i uken?

Arbeidsaktivitet var også basert på "Saltin-Grimby" spørreskjema, og spørsmålene var formulert på følgende måte:

Har De i det siste året hatt:

1. For det meste stillesittende arbeid? (kontor etc.)
2. Arbeid som krever at De går mye? (ekspeditor, undervisning)
3. Arbeid hvor De går og løfter mye? (postbud, tyngre industriarbeid, bygningsarbeid)
4. Tungt kroppsarbeid? (skogsarbeid, tungt jordbruksarbeid, tungt bygningsarbeid)

### Definisjon av etnisitet i Finnmark 3

Klassifikasjon av etnisk tilhørighet er utfordrende, og spørsmålene om etnisitet var ikke de samme i Finnmark 3 og i SAMINOR 1.

Artikkel I og III baserte seg på data fra Finnmark 3, der følgende spørsmål ble stilt vedrørende etnisitet:

1. Er to eller flere av Deres besteforeldre av finsk ætt?
2. Er to eller flere av Deres besteforeldre av samisk ætt?

Basert på svaralternativene "ja", "nei" og "vet ikke", ble deltakerne delt inn i fem etniske grupper: Hvis man svarte "ja" på spørsmålet om samisk ætt og "nei" på spørsmålet om finsk ætt, ble man kategorisert som same. Hvis man svarte "ja" på spørsmålet om finsk ætt og "nei" på spørsmålet om samisk ætt, ble man kategorisert som finne. Dersom man svarte ja på begge spørsmålene ble man definert som finsk-same. Svarte man nei på begge spørsmålene, tilhørte man gruppen norsk. «Vet ikke»-gruppen var de som svarte «vet ikke» på ett eller begge spørsmålene.

I analysen i artikkel I inkluderte vi bare deltakere som var av samisk eller norsk ætt. I artikkel III omfattet samisk ætt både de som var samer og de som var finsk-samer. Alle andre var definert som ikke-same.

### Definisjon av etnisitet i SAMINOR 1

I SAMINOR 1 inneholdt spørreskjemaet totalt 11 spørsmål om etnisitet og språk som ble brukt som grunnlag for å definere samisk etnisitet (se alle spørsmålene i kapittel 2 om SAMINOR). Vi definerte en same som en som enten regner seg selv som same eller rapporterte samisk etnisk bakgrunn, og i tillegg var det et krav at minst en besteforeldre, foreldre eller deltakeren selv snakket samisk hjemme. Alle andre ble definert som ikke-same. Denne definisjonen er basert på selv-erklært etnisitet, bredere og mer i tråd med FNs anbefalinger om definisjon av etnisitet. Denne definisjonen ble brukt i artikkel II.

## Fysisk aktivitet blant samer og nordmenn i Finnmark

Basert på data fra Finnmark 3, undersøkte vi om samer og nordmenn rapporterte ulikt nivå av fysisk aktivitet (9). Vi inkluderte 1726 samer (866 menn og 860 kvinner) og 8053 nordmenn (4105 menn og 3948 kvinner) i analysene. I tillegg gjorde vi en kvalitativ studie med dybdeintervju av 10 samisktalende og 7 norske personer om forståelsen av spørsmål om fysisk aktivitet i fritid og arbeid.

### Hovedfunn

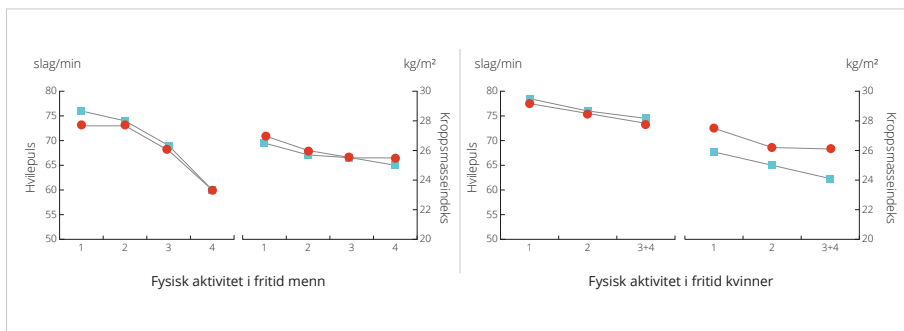
Samiske menn og kvinner var mer fysisk aktiv i jobb og hadde en høyere total fysisk aktivitetsskår enn nordmenn.

Videre fant vi at sammenlignet med norske menn, hadde samiske menn lavere puls for alle nivåer av fysisk aktivitet i arbeidssituasjonen. Dette kunne indikere en type arbeidsaktivitet som bidro til at samiske menn var i bedre fysisk form, uten at vi fant andre holdepunkter for dette.

For begge kjønn og etniske grupper, fant vi at både hvilepuls og kroppsmasseindeks ble lavere med høyere nivå av fysisk aktivitet i fritid (figur 1).

Kvalitative dybdeintervjuer ga oss følgende resultater:

- Deltakere i primærnæringer (reindrift og jordbruk) skilte ikke klart mellom arbeid og fritid.
- Noen samer i primærnæringer uttrykte at jakt, fiske og bærplukking, det vil si ”høsting”, ble definert som noe mellom arbeid og fritid.



Figur 1: Aldersjusterte verdier av hvilepuls og kroppsmasseindeks i forhold til ulike nivåer av fysisk aktivitet i fritiden for menn (venstre) og kvinner (høyre). Røde sirkler er resultater for samer og blå bokser er tilsvarende for nordmenn. Figuren er en revidert versjon av figur 1 og 2 publisert i Hermansen et al. (9), <https://doi.org/10.3402/ijch.v61i3.17452>, © Forfattere, lisensiert under CC BY 1.0.



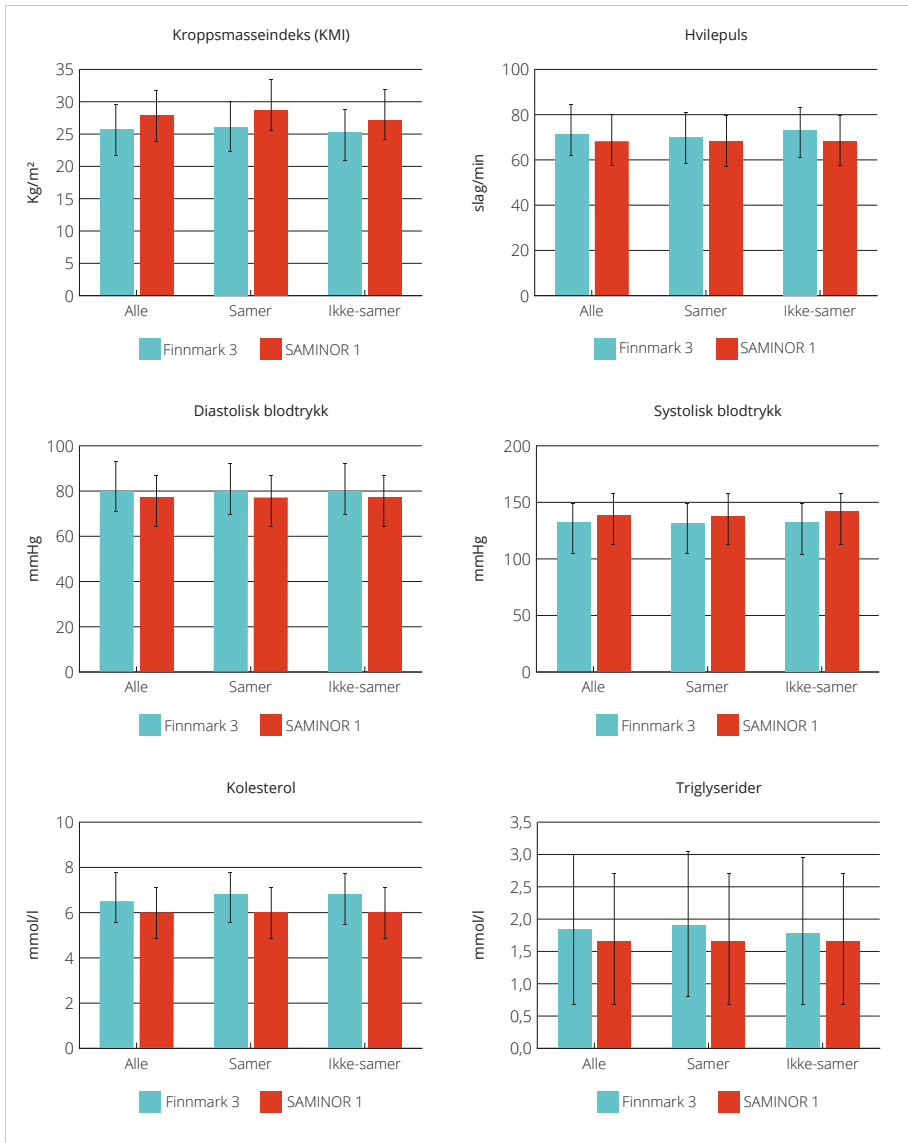
## Endring i graden av fysisk aktivitet i fritid og endring i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom

Artikkel II var en oppfølgingsstudie av 3671 kvinner og menn som deltok i både Finnmark 3 (1987–1988) og i SAMINOR 1 (2003). I alt var det 1129 samer og 2542 ikke-samer med i analysene. Gjennomsnittsalderen ved oppstart av studien var 45,2 år. Vi så på sammenhengen mellom endring i fysisk aktivitet i fritid og endring i kjente risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer i løpet av oppfølgingstiden på 16 år (10).

### Hovedfunn

Både ved oppstart av undersøkelsen (Finnmark 3) og ved det andre målepunktet (SAMINOR 1) fant vi at gjennomsnittlig kroppsmasseindeks, serum triglyserider (fettstoffer i blodet) og andelen røykere var lavere jo høyere det fysiske aktivitetsnivået i fritiden var. Dette gjaldt i begge etniske grupper. Ved begge tidspunkt fant vi dessuten at det var en høyere andel inaktive blant samene.

Alle de studerte risikofaktorene endret seg over tid fra Finnmark 3 til SAMINOR 1 (figur 2) med økning i kroppsmasseindeks og systolisk blodtrykk (overtrykk), samt nedgang i hvilepuls, diastolisk blodtrykk (undertrykk), serum kolesterol og serum triglyserider. Disse trendene ble observert i begge etniske grupper, samer og ikke-samer.



Figur 2: Ujusterte, gjennomsnittlige nivåer av risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer i Finnmark 3 (1987–1988) og i SAMINOR 1 (2003) for innbyggere i Finnmark som deltok i begge undersøkelsene. Kroppsmasseindeks (KMI), hvilepuls, diastolisk blodtrykk, systolisk blodtrykk, serum kolesterol og serum triglyserider for samiske og ikke-samiske deltakere. Standardavviket (SD) er angitt på toppen av søylene. Figuren er en revidert versjon av figur 1 publisert i: Hermansen et al. (10), <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1459145>, © Forfattere, lisensiert under CC BY 4.0.



Da vi så på endringer i risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer i relasjon til aktivitetsnivået i fritid i Finnmark 3 og SAMINOR 1, fant vi at de som var fysisk aktive ved begge undersøkelsene hadde en mindre økning i kroppsmasseindeks enn de som var fysisk inaktive på begge tidspunktene. Videre så vi at nedgangen i serum triglyserider var større blant de som var vedvarende fysisk aktive sammenlignet med de som var fysisk inaktive ved begge målepunkter. Gruppen som gikk fra det å være inaktiv til aktiv hadde størst reduksjon i serum triglyserider. Blodtrykk og hvilepuls endret seg ikke betydelig selv om nivået av fysisk aktivitet endret seg.

## Sammenhengen mellom fysisk aktivitet i jobb og fritid, hvilepuls og dødelighet

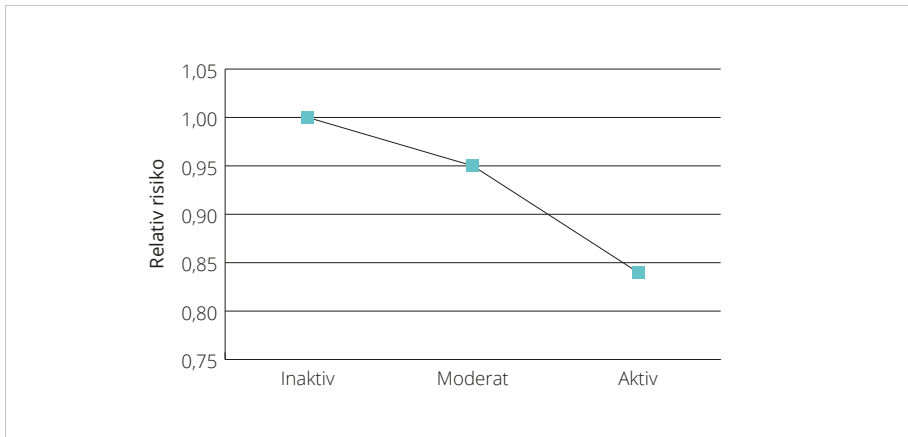
Artikkel III er en oppfølgingsstudie over 26 år fra Finnmark 3-undersøkelsen i 1987–88 og fram til 2014 (11). Totalt ble 17697 menn og kvinner som hadde deltatt i Finnmark 3 inkludert i studien. Gjennomsnittsalderen ved studiestart var 47,2 år. Ved å innhente opplysninger fra Dødsårsaksregisteret, så vi på om nivået av fysisk aktivitet i arbeid og fritid og hvilepuls hadde noe å si for dødeligheten i befolkningen og om fysisk aktivitet og hvilepuls påvirket dødeligheten på ulik måte hos samer og ikke-samer.

### Hovedfunn

I denne studien var fysisk aktivitet i fritid inndelt i tre kategorier: inaktiv, moderat aktiv og aktiv. Risiko for å dø i løpet av oppfølgingsperioden i moderat og aktiv gruppe ble sammenlignet med risikoen i inaktiv gruppe. Dette gjøres ved å se på forholdstallet mellom risiko i aktiv gruppe og risiko i inaktiv gruppe. Dette forholdstallet kalles relativ risiko, der vi har valgt den inaktive gruppen som en referansegruppe. En relativ risiko som er lavere enn 1, betyr at den studerte gruppen har lavere risiko enn referansegruppen, mens relativ risiko høyere enn 1 betyr at gruppen har høyere risiko enn referansegruppen. Vi fant at de som var mest aktive i fritid hadde 16 % lavere total dødelighet enn de som var inaktive (relativ risiko=0,84) (figur 3).

Når det gjaldt arbeidsaktivitet (gruppert i 4 nivåer), fant vi en U-formet sammenheng mellom arbeidsaktivitet og dødelighet, både når vi studerte alle dødsårsaker under ett (totaldødelighet) og når vi studerte dødelighet av hjerte- og karsykdommer. At sammenhengen er U-formet betyr at det er høyest dødelighet i begge ender av skalaen og lavest på midten. Det vil si at både de som hadde arbeid som var karakterisert ved lav fysisk aktivitet og de som hadde tungt fysisk arbeid hadde høyere dødelighet enn de som hadde et moderat aktivitetsnivå i arbeidssituasjonen (karakterisert ved at de «går og løfter mye»). Dette resultatet tydet på at både lav fysisk aktivitet i arbeidssituasjonen og tungt fysisk arbeid var ugunstig.





Figur 3: Risiko for død i løpet av oppfølgingsperioden relatert til grad av fysisk aktivitet i fritid. Moderat og aktiv gruppe sammenlignes mot den inaktive gruppen, som er referansegruppen (relativ risiko=1). Figuren er basert på tall fra artikkelen: Hermansen et al. (11). <https://doi.org/10.1177/2047487319848205>.

Forhøyet hvilepuls var forbundet med både høyere totaldødelighet og høyere dødelighet av hjerte- og karsykdommer. Det var ingen forskjell mellom de to etniske gruppene med hensyn til sammenhengene mellom fysisk aktivitet i jobb og fritid, hvilepuls og dødelighet.

## Diskusjon

Funn fra dybdeintervju om forståelsen av spørsmål om fysisk aktivitet i jobb og fritid, indikerte at utøvere i reindrift og jordbruk ikke skilte klart mellom jobb og fritid. I tillegg kom det frem at for noen samer i primærnæringer var jakt, fiske og bærplukking ansett som ”høsting” og definert som noe mellom jobb og fritid. Da det var flere samer i primærnæringer på 1980-tallet, kan vi ikke utelukke at det har vært en underrapportering av fritidsaktivitet blant samer. Den kvalitative delen viste utfordringer med spørreskjema utviklet i én kulturell sammenheng og brukt i en annen (samisk). Et eksempel på dette var spørsmålet om tyngre hagearbeid i fritid, som sannsynligvis var mindre relevant i samiske kjerneområdet enn i mer tradisjonelle norske miljøer. Imidlertid syntes spørsmålene om fysisk aktivitet i fritid generelt sett å fungere godt i begge etniske grupper.

Vi fant bare få sammenhenger mellom endring i fysisk aktivitet og endringer i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. Dette var noe overraskende sett i lys av et stort antall studier som viser god effekt av fysisk aktivitet på risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. En mulig forklaring på våre funn er at endringene i aktivitetsnivå var for små til at det slo ut på risikofaktorene. I løpet av oppfølgingsperioden fant vi at kroppsmasseindeksen økte med 2,2 kg/m<sup>2</sup> for hele gruppen.

I undersøkelsen av sammenhengen mellom fysisk aktivitet og dødelighet, fant vi at de som var mest aktive i fritiden hadde 16 % lavere dødelighet enn de som var fysisk inaktive. Dette funnet er i tråd med resultater fra lignende internasjonale undersøkelser.

I Folkehelse rapporten fra FHI (Folkehelseinstituttet) om fysisk aktivitet fra 2017 er anbefalingen at barn og unge bør delta i fysisk aktivitet med moderat eller høy intensitet i minimum 60 minutter daglig. Om lag 50 % av 15-åringene oppfyller anbefalingene. For den voksne delen av befolkningen er anbefalingene å være moderat fysisk aktiv 30 minutter fem dager i uken. Et eksempel på aktivitet er rask gange hvor pulsen stiger. Andelen som følger disse rådene er ca. 30 %. I et folkehelseperspektiv er det et stort potensial for økt fysisk aktivitet i hverdagen for å redusere risikoen for hjerte- og karsykdommer, kreft og diabetes type 2.

Fokus på fysisk aktivitet er også viktig med tanke på at overvekt og fedme har blitt et økende problem i Norge fra 1970-tallet. Overvekt og fedme har blitt en global trend, noe som er bekymringsfullt med tanke på risikoen for å utvikle diabetes, hjerte- og karsykdom og for tidlig død. Folkehelse rapporten «Overvekt og fedme i Norge» (12) indikerer at om lag 25 % av menn og 20 % av kvinner i alderen 40–45 år har fedme, det vil si kroppsmasseindeks over 30 kg/m<sup>2</sup>. I tillegg kommer andelen overvektige med kroppsmasseindeks mellom 25 og 30 kg/m<sup>2</sup>. Du kan lese mer om forekomst av overvekt og fedme i kapittel 4. Resultater fra vår studie av endring i fysisk aktivitet og endring i risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, viser at de som var vedvarende fysisk aktive hadde minst økning i kroppsmasseindeks. I et folkehelseperspektiv er det derfor viktig å tilrettelegge for mer fysisk aktivitet både hos barn og voksne for å bremse fedmeepidemien og den helserisikoen den medfører.



I en nylig publisert studie basert på data fra Tromsøundersøkelsen, så Sagelv og medarbeidere (13) på sammenhengen mellom endringer i fysisk aktivitet i arbeidssituasjonen og fremtidig endring i kroppsmasseindeks. Forfatterne konkluderte med at lavere aktivitetsnivå på arbeid over tid ikke bidro til økningen i kroppsmasseindeks. De foreslo derfor å fokusere på andre tiltak for å bekjempe overvekt. Intervensjonsstudier med økt fysisk aktivitet blant overvektige har vist seg å bidra relativt lite til vektnedgang (14). Økt fysisk aktivitet i fritid i kombinasjon med lavere energi-inntak gir større vektreduksjon enn økt fysisk aktivitet alene.

## Oppsummering

Resultater fra Finnmark 3 og SAMINOR 1 viste at et lavt fysisk aktivitetsnivå i fritid var vanligere blant samer enn ikke-samer i Finnmark. Imidlertid var samer mer aktiv i jobb ifølge resultatene fra Finnmark 3. Dette bidro til at samer totalt sett hadde en høyere fysisk aktivitetsskår i 1987–1988. Til tross for dette, så fant vi relativt små forskjeller mellom samer og ikke-samer når det gjelder risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. Det var overraskende få og relativt beskjedne sammenhenger mellom endring i fysisk aktivitet og endringer i risikofaktorer for hjerte- og karsykdom, men deltakerne som var vedvarende fysisk aktive hadde minst økning i kroppsmasseindeks.

De som var mest aktive i fritid hadde 16 % lavere dødelighet i oppfølgingsperioden enn de som var inaktive. Når det gjelder sammenhengen mellom arbeidsaktivitet og dødelighet var den U-formet. Det vil si at de som hadde det fysisk letteste og tyngste arbeidet hadde høyest dødelighet. Dette kan indikere at høyt aktivitetsnivå i arbeidssituasjonen ikke beskytter mot for tidlig død.

Funnene i doktoravhandlingen underbygger funn fra mange store undersøkelser om at regelmessig fysisk aktivitet i fritid reduserer risikoen for tidlig død. Økt fysisk aktivitetsnivå i alle aldre vil være et viktig bidrag for å bedre folkehelsen og redusere risikofaktorer for diabetes, hjerte- og karsykdommer og død. Økt aktivitetsnivå vil være gunstig med tanke på å bremse fedmeepidemien, som også gjør seg gjeldende i vår region.





## Referanser

1. Arem H, Moore SC, Patel A, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med* 2015;175(6):959-67. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0533>.
2. Li J, Loerbroks A, Angerer P. Physical activity and risk of cardiovascular disease: what does the new epidemiological evidence show? *Curr Opin Cardiol* 2013;28(5):575-83. <https://doi.org/10.1097/hco.0b013e328364289c>.
3. Zhang D, Shen X, Qi X. Resting heart rate and all-cause and cardiovascular mortality in the general population: a meta-analysis. *CMAJ* 2016;188(3):E53-E63. <https://doi.org/10.1503/cmaj.150535>.
4. Holtermann A, Burr H, Hansen JV, et al. Occupational physical activity and mortality among Danish workers. *Int Arch Occup Environ Health* 2012;85(3):305-10. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0668-x>.
5. Graff-Iversen S, Selmer R, Sørensen M, et al. Occupational physical activity, overweight, and mortality: a follow-up study of 47,405 Norwegian women and men. *Res Q Exerc Sport* 2007;78(3):151-61. <https://doi.org/10.1080/02701367.2007.10599412>.
6. Holtermann A, Marott JL, Gyntelberg F, et al. Self-reported occupational physical activity and cardiorespiratory fitness: Importance for cardiovascular disease and all-cause mortality. *Scand J Work Environ Health* 2016;42(4):291-8. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3563>.
7. NOU 1988:42 Næringskombinasjoner i samiske bosettingsområder. Oslo: Forvaltningstjenestene, Statens trykningskontor, 1988. [Tilgjengelig fra: [https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2012082309547](https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2012082309547)].
8. Hermansen R. Physical activity, cardiovascular risk factors, and mortality in ethnic groups in the Arctic region of Norway. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2020. (ISBN 978-82-7589-676-4). <https://hdl.handle.net/10037/18599>.
9. Hermansen R, Njølstad I, Fønnebo V. Physical activity according to ethnic origin in Finnmark county, Norway. The Finnmark Study. *Int J Circumpolar Health* 2002;61(3):189-200. <https://doi.org/10.3402/ijch.v61i3.17452>.

10. Hermansen R, Broderstad AR, Jacobsen BK, et al. The impact of changes in leisure time physical activity on changes in cardiovascular risk factors: results from The Finnmark 3 Study and SAMINOR 1, 1987-2003. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1459145. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1459145>.
11. Hermansen R, Jacobsen BK, Løchen ML, et al. Leisure time and occupational physical activity, resting heart rate and mortality in the Arctic region of Norway: The Finnmark Study. *Eur J Prev Cardiol* 2019;26(15):1636-44. <https://doi.org/10.1177/2047487319848205>.
12. Folkehelseinstituttet. Overvekt og fedme i Norge. Folkehelse rapporten 2017. [Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>].
13. Sagelv EH, Ekelund U, Hopstock LA, et al. Do declines in occupational physical activity contribute to population gains in body mass index? Tromsø Study 1974-2016. *Occup Environ Med* 2020;106874. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106874>.
14. Thorogood A, Mottillo S, Shimony A, et al. Isolated aerobic exercise and weight loss: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2011;124(8):747-55. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.02.037>.

*Kapittel 5:* <https://doi.org/10.7557/7.6467>

## 6 RISKABEALIT JA RISKKA OAZŽUT VÁIBMO- JA VARRASUOTNAVIGIID

*Gárennillasmáhteristena- ja Fimbenáilluánte-Susánna, Tonje Braaten ja Bjarne K. Jacobsen*



*Gowa: Syda Productions/Mostphotos.com*

### Čoahkkáigeassu

Kapihtal válddaha váibmo- ja varrasuotnadávddaid riskkaid sápmelaččain ja eará čearddalaččain geat orrot seammá guovlluin Davvi-Norggas. Čállosa vuodđun leat golbma artihkkala mat leat oassin Fimbenáilluánte-Susánna/Susanna Ragnhild Andersdatter Siri doavt-tergrádabarggus. Dáhtavuodđun leat ges dieđut jearahallanskoviin, klinihkalaš iskkademiin ja varraiskosiiin mat čohkkejuvvojedje dearvvašvuoda- ja eallindilleiskkademiin SAMINOR 1 ja 2, mat čadahuvvojedje jagiin 2003–2004 ja 2012–2014. Dáhtát SAMINOR 2 iskkadeamis čájehit ahte sápmelaččain ja eará čearddalaččain leat hui seammá dásis dábalaš riskafáktorat váibmo- ja varrasuotnadávddaide, sihke go ledje árvvoštallon sierra ja ovttas riskakalkuláhtoriin (NORRISK 2) mii mearra 10-jagi riskka oazžut váibmodohppehaga

ja vuoiŋnaščaskkástaga. Buohtastahttin SAMINOR 1 ja 2 dáhtain čájehii mearkkašahtti njiedjama kolesterolas, varradeattus, borgguheamis ja gaskamearálaš rehkenaston 10-jagi riskkas (merrojuvvon NORRISK 2 riskascoriin). Varradeaddodálkkasgeavaheapmi lassánii dievduin, muhto ii nissoniin, ja goappaš sohkaбелин stuorui seakkášmihttu mearkkašahtti dien guovtti dearvvašvuodáiskadeami gaskkas. Čearddalaš erohusat eai lean mearkkašahttit, eai nissoniin eaige dievduin. Joatkevaš dutkamis čuovuimet oasseváldiid SAMINOR 1:is ja buohtastahtiimet sin riska dohppehallot váibmodohppehahkii dahje vuoiŋnaščaskkástahkii, dan rájes go bohte iskkadeapmái jagiin 2003–2004 gitta lohppii jagis 2016. Buoheceviessosisačáliheimiid ja jápminsivvaregistara (Dødsårsaksregisteret) dieđuid vuodul guorahalaimet lei go sápmelaččain ja eará čearddalaččain seamma riska jápmit dahje gártat buohccivissui váibmodohppehaga, koronára váibmovigi, vuoiŋnašdohppehaga, vuoiŋnaščaskkástaga geažil dahje muhtin seahkalas dávddaide gullevaččat juogo vuoiŋnamaččaide dahje váibmo- ja varrasuonaide. Sápmelaččaid ja eará čearddalaččain ledje unna erohusat riska dáfus muhto sápmelaččain lei birraisiid 30 % alibut riskka go eará čearddalaččain oažžut vuoiŋnašdohppehaga dahje vuoiŋnaščaskkástaga. Vejolaččat sáhtta sápmelaččaid vuollegeappot rumašalldat leat oassin čilgehudas dasa.

## Álggahus

Váibmo- ja varrasuotnavigit lea ollislašdoaba iešgudetlágán buozalmasvuodaide váimmus ja varrasuonain. Dán čállošis lea sáhka váibmodohppehaga ja vuoiŋnaščaskkástaga birra. Fáhkka váibmodohppehat ilbmá dábálaččat go varrasuonat váibmui fáhkkestaga buđđosit ja de oasit váimmus eai oáččo doarvái oksygena. Jus oksygenabuktu bissehuvvo guhkitt áiggi, de sáhttet vuoiŋnašseallat jápmit ja váimmu bargannákca hedjona. Vuoiŋnaščaskkástat čuohcá vuoiŋnamaččaid doaimmaide ja dan juohká roavvásit vuoiŋnašvardimiidda ja vuoiŋnašdohppehagaide. Joatkevaččat oaivvildit mii, jus eat leat eará spesifiseren, goappašlágán buozalmasvuodaide go čállit vuoiŋnaščaskkástat. Duogášsivat vuoiŋnaš dohppehagaide ja vardimiidda leat iešgudetlágánat. Dohppehagat ilbmet náhpola dahje aterosklerose geažil (goasii dego váibmodohppehagas. Vardimat fas dávjjibut šaddet earet eará sivaid geažil mat čuožžilit juo riegeamei rájes, aneurisma (varrasuonas šaddan liigelatnja) geažil dahje aliduvvon varradeattu geažil. Seamma ládje go váibmodohppehagain, de vuoiŋnaščaskkástat leažžágo dohppehat dahje vardin mii lea sivvan, gártá fáhkka oksygenaváilevašvuohta vuoiŋnamaččaide mii, sáhtta dagahit seallajápmima jus oksygenaváilevašvuohta bistá.

Váibmodohppehagain ja vuoiŋnaščaskkástagain leat ollu seamma riskafáktorat, nugo borgguheapmi, alla buoideávnnsadásit varas (nugo obbalaš kolesterola ja triglyseridat) ja aliduvvon varradeaddu (dávjá definerejuvvon ahte systolalaš varradeaddu lea  $\geq 140$  mmHg dahje ahte diastolalaš varradeaddu lea  $\geq 90$  mmHg). Man nannosat čanastagat leat daid ovttaskas riskafáktoriid ja váibmo- ja vuoiŋnašdohppehagaid gaskkas rievddada goitge veaháš. Eatnasiidda ii leat okta áidna riskafáktor mii dagaha aliduvvon riska oažžut váibmo- ja varrasuotnavigiid, baicca čohkkejuvvon váikkuhus moanat riskafáktoriin, dávjá



guhkit áiggi badjel. Riska lassána maiddá dainna loguin galle bearašlahtu (oappát/vieljat, váhnemat) ožžot dávdda árrat. Sivvan dasa sáhtta e.e. leat ahte lea árben komponeanta mii lasiha kolesteroladási varas.

### Eallinvuohki ja -dilli duogázin váibmo- ja varrasuotnavigiide

Riska oažžut váibmo- ja varrasuotnavigiid lea nappo čadnon eallinvuohkái, eallindillái ja genetiikkii. Go buohtastahtta sápmelaččaid ja eará čearddalaččaid riskka oažžut váibmo- ja varrasuotnavigiid, de lea vuosttažettiin erohus eallinvuogis maid jurddašit vejolaš sivvan erohusaide. 1970-logus lei Norggas váibmo- ja varrasuotnavihkegávdošupmi ja jápmimat daid geažil allat, erenoamážit Finnmárkku fylkkas. Finnmárkkuguorahallamat (Finnmarksundersøkelsen) 1970-logus čájehedje ahte ledje unnán erohusat sápmelaččaid, kvenaid ja dáččaid gaskkas dain dábalaš riskafaktoriin gullevaččat váibmo- ja varrasuotnavigiide. Finnmárkkuguorahallamiid čuovvolaniskadeamit (oasseváldit riegádan jagiin 1925–1942) jagiin 1974–75 (1) ja 1977–78 (2) gitta 1989 rádjái čájehedje ahte sámi dievdduin ja nissoniin lei seamma riska oažžut váibmodohppehaga go dáččain, maiddá go vuhtiiválddi dábalaš riskafaktoriid (2). Vuoinnaščaskkástat lei ges bealistis veaháš dába-leappot sámi dievdduin go eará čearddalaš dievdduin geat ledje riegádan Finnmárkkus (1,2). Čájehuvvui maiddá ahte alladeappot rumašalldat lei čadnon vuollegeappot riskii oažžut vuoinnaščaskkástaga beroškeahtta agis, čearddalašvuodas ja váibmo- ja varrasuotnavigiid dábalaš riskafaktoriin (1).

Váibmo- ja varrasuotnavigiid jámolašvuoda guorahallan 1970 rájes gitta 1989 rádjái, čájuhii ahte stuorat oassi sámi álbmogis go eará čearddalaččain davvelis Sáltoduodara jápme váibmo- ja varrasuotnavigiin (3). Dievdduin geain lei čanastupmi boazodollui lei goitge vuollegeappot jámolašvuolta váibmo- ja varrasuotnavigiin obbalaččat (3). Eará čuovvolaniskadeamis mii fátmastii Finnmárkku álbmoga jagi 1974 rájes 1992 rádjái, gávdne ahte sápmelaččain lei eanet agina pectoris dahje dan dávdamearokat go eará čearddalaččain Finnmárkkus, ja iešdiehuvvon váibmodohppehagat ledje ges seamma mađe sihke sápmelaččain ja eará čearddalaččain (5).

### Gii lea sápmelaš?

Ladastallamiin mat dás viidáseappot vuosihuvvojit, leat dahkkon čalmmustahtten dihte lea go riska váibmo- ja varrasuotnavigiide goabbatlagán sápmelaččain ja eará čearddalaččain. Danin lea dehálaš vuohččan digaštallat movt mii leat klassifiseren oasseváldiid čearddalaš joavkkuid dáfus.

Ii gávdno oppalašlistu das gii lea sápmelaš, kvena dahje gii lea dáčča, danin go dakkár dieđut leat meroštallon leat sensitiivvat. Vai sáhtte earuhit sámi ja eará čearddalaččaid jerre SAMINOR 1:s ja SAMINOR 2 – klinihkalaš iskkadeamis (jagiiin 2012–2014) (dán rájes SAMINOR 2) jearaldaga áhkuid, ádjáid, váhnemiid ja oasseváldi ruovttugiela birra, makkár



čearddalaš duogáš váhnemiin ja oasseváldis lei, ja manin oasseváldi ieš navdá iežas. Buot jearaldagaide ledje seamma vástádusmolssaeavttut, sáhtii válljet dáčča, sámi, kvena dahje rabas sadjái čállit jus lei eará giella/čearddalaš duogáš. Buot dáidda gažaldagaide sáhtii diedihit eambo go dušše ovtta molssaeavttu. SAMINOR 1:s ja SAMINOR 2:s čohkkejedje daid dieđuid seamma jearaldagaiguin ja vástádusmolssaeavttuiguin (čujuhit 2. kapihttalii gos SAMINOR čearddalašvuodajearaldagat leat dárkileappot čilgejuvvon).

Vai kategoriserejuvvui sápmelažžan, fertii oasseváldi juogo navdit iežas sápmelažžan dahje diedihit ahte sus alddis lei sámi čearddalaš duogáš. Dasa lassin fertii oasseváldis leat

unnimusat okta áhkku dahje áddjá dahje váhnen gii ságastii sámegeiela ruovttus, dahje oasseváldi ieš fertii hupmat sámegeiela. Buohkat geat devde dán guokte eavttu, kategoriserjuvvojedje sápmelažžan beroškeahhtá ledje go diedihhan lassin dáro-, kvena- dahje eará giela ruovttugiellan, čearddalaš duogážin dahje manin iežaset navde. Dát kategoriseren vuohki lea biddjon vuodđun go mii viidáseappot ságaškuššat oktasašvuodaid ja erohusaid sápmelaččaid ja earáid gaskkas geat oassálaste SAMINOR-iskkademiin.

Dán čearddalaš kategoriseremis leat geahnohis ja gievrras bealit ja danin fertege leat várrogas go dulko bohtosiid. Oallugat oaiivildit ahte dat manin olmmoš iežas navdá galgá leat vuodđun go ráhkada čearddalaš earuid dutkamušas. Norggas leat sápmelaččaid garrasit dáruiduhtán ja dan geažil leat oallugat massán sámi gullevašvuodaset, dahje eai dieđe das maidege. Min kategoriseren sáhtá dan dihte ipmirduvvot čavgadin, go mii vuordit ahte oasseváldit dovdet iežaset sámegeielat duogáža, dohkkehit iežaset sámi čearddalaš duogáža, dahje dovddastit ahte navdet iežaset sápmelažžan. Čavgadis kategoriseren dahká ahte mii ovdamearkka dihte massit daid sápmelaččaid geat navdet iežaset sápmelažžan, muhto eai olát giellaeavttuid. Sáhttit maiddá massit sin geain ledje mánga áhku/áddjá geat hupme sámegeiela, muhto geat ieža eai navdde iežaset sápmelažžan dahje dovddas iežaset sámi čearddalaš duogáža. Soaitá vaikko leat nu, ahte kategoriseremiin eat darvvit sápmelaččaid geat leat eanemusat dáruiduhtton? Vai dustet muhtin dain hástalusain maid čearddalaš kategoriseren miellidubuktá, de lea leamašan mearrideaddji dahkat lađastallamiid main guorahallat rivdet go bohtosat jus definere sápmelaččaid eará ládje.

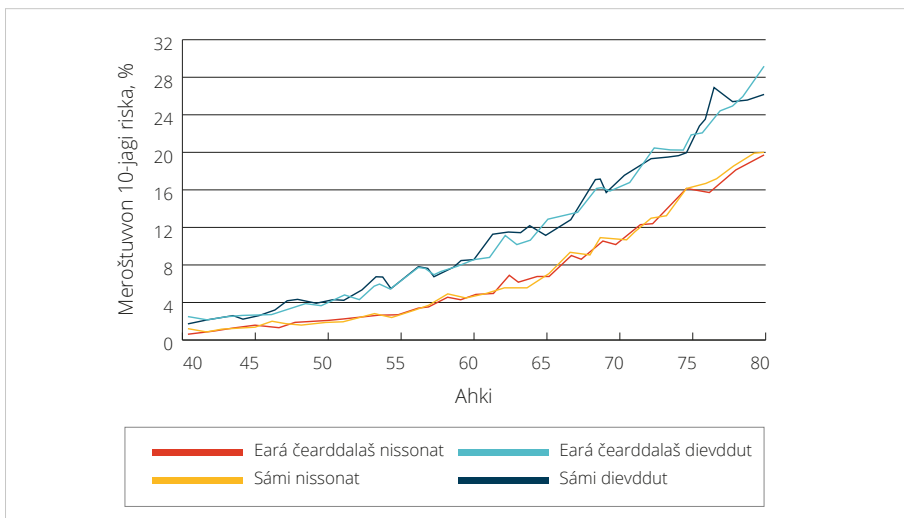
## Bohtosat

### Váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabealit

Bohtosat min SAMINOR 2-materiála lađastallamiin čájehii ahte sámi ja eará čearddalaččain, geat leat gaskal 40 ja 79 jagi, sis ledje dábálaš váibmo- ja varrasuotnavigiid riskafáktorat oalle seammasullasaš dásis (6). Sámi nissoniin lei veaháš stuorát seakkášmihttu ja veaháš unnit ávkálaš dássi triglyseridain ja HDL-kolesterolas eará čearddalaš nissoniid ektui. Vástevaš lađastallamiin dievduin, čájehit ahte sámi dievduin ledje unnibut ávkálaš dásit obbalaš kolesterolas, HDL-kolesterolas ja triglyseridain go buohtastahtii eará čearddalaš dievduiguin. Eai vuhtton makkárge erohusat oasis geat borgguhedje, oasis geat atne varradeaddonjiejadeaddji dálkasiid, ja iige varradeattus ge. Sámi oasseváldit ledje goitge obbalohkui veaháš nuorabut go eará čearddalaččat. Agis lea mearkkašupmi riskafáktoriid dásiid dáfus ja dan eat lean vuhtiiváldán meroštallamiin mat leat badjelis.

Vaikko eat gávdnan makkárge mearkkašahtti čearddalaš erohusaid go buohtastahttiimet ovttaskas riskafáktoriid sápmelaččain ja eará čearddalaččain, de sáhttet moanat riskafáktorat obbalaččat addit aliduvvon riskka. Váibmo- ja varrasuotnavigiid eastadeamis ávžžuhuvvo danin ahte árvoštallat dan obbalaš beavttu moanat riskafáktoriin, lassin ovttaskas riskafáktoriidda. Obbalaš riskka mihtideami dihte leat ráhkaduvvon nu gohčoduvvon

riskakalkuláhtorat dahje riskascoret maiguin merošta riska (proseanttas) oažžut váibmo- ja varrasuotnavigiid. Norggas lea riskascore maid gohčodit NORRISK 2 ja dat meroštallá man jáhkehahtti lea fáhtet váibmodohppehaga dahje vuoiññaščaskkástaga dahje jápmit daid geažil 10-jagi áigodagas. Vuodđun NORRISK 2 meroštallamii lea ahki, sohkaabealli, systolalaš varradeaddu, obbalaš kolesterola, HDL-kolesterola, borgguha go vai ii, atná go varradeaddodálkasiid vai ii, ja lea go olbmos okta vai eambo oabbá, viellja, váhnen dahje mánát geain lea váibmo- ja varrasuotnavihki. Go mii meroštalaime gaskamearálaš 10-jagi riskka sámiiin ja eará čearddalaš dievdduiguin ja nissoniin, de eat gávdnan makkárga čearddalaš erohusaid 10-jagi riskkas (figuvra 1) (6).

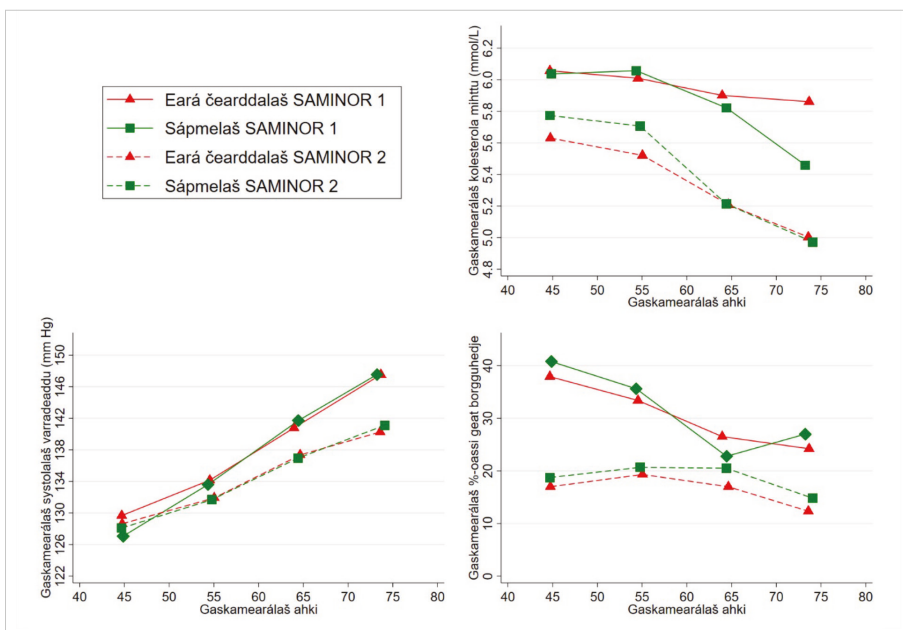


Figuvra 1: Gaskamearálaš 10-jagi riska oažžut váibmodohppehaga dahje vuoiññaščaskkástaga sámii ja eará čearddalaš dievdduiguin ja nissoniiguin geat oassálaste SAMINOR 2 iskkadeamis. Dát lea heivehuvvon veršuvdna figuvra 1:s mii lei almmuhuvvon čállošis Siri et al. (6), <https://doi.org/10.1177/1403494818773534>, ©Čállit, almmuhuvvon CC BY NC 4.0 liseanssain.

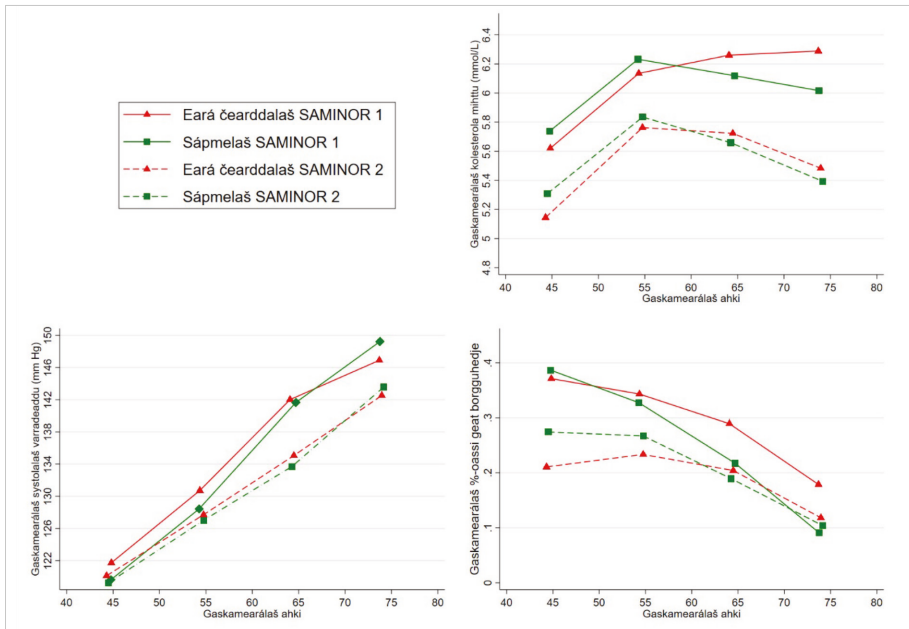
### Rievdamat váibmo- ja varrasuotnavigiid riskafáktoriin

Mii guorahalaime man ollu váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabealit rivde gaskamearálaččat SAMINOR 1 rájes gitta SAMINOR 2 rádjái, ja buohtastahtime ledje go rievdamat seammaláganat sápmelaččain ja eará čearddalaččain. Dan guorahallamii válddiime oasseváldiid SAMINOR 1 iskkadeamis, geat orro suohkaniin mat ledje fárus SAMINOR 2 iskkadeamis (Guovdageaidnu, Kárášjohka, Porsáŋgu, Deatnu, Gáivuotna, Omasvuotna, Ivguvuotna, Skánit ja Evenášši) ja ledje seamma ahkahaččat go SAMINOR 2 oasseváldit, namalassii gaskkal 40–79 jagi. Sápmelaččain ja eará čearddalaččain rivde dábálaš riskafáktorat sullii seamma ládje SAMINOR 1 rájes SAMINOR 2 rádjái. Figuvra 2 ja 3 čájehit ahte sihke sámii ja eará čearddalaš dievdduin ja nissoniin lei mearkkašahtti

njiedjan gaskamearálaš obbalaš kolesteroladásis, systolalaš varradeattus ja oasis geat borgguhedje, ja dat guorrasa bures dasa maid leat oaidnán eará dearvvašvuodáiskkademiin Norggas ja Eurohpás. Muhtin unnit erohusat goitge vuhttojedje. Go buohtastahtiimet eará čearddalaš dievdduiguin, de ledje sámi dievdduin veaháš enat eahpeiddolaš ovdáneapmi obbalaš kolesterolas, HDL-kolesterolas ja triglyseridain, muhto dat erohusat ledje unnit, iige leat jáhkehahtti ahte dat dagahit čearddalaš erohusaid boahktevaš váibmo- ja varrasuotnavigiin. Nissoniid bealis ledje muhtin unnit ja eai mearkkašahhti čearddalaš erohusat HDL-kolesterola rievdamis ja meroštallon 10-jagi riskkas oažžut váibmodohppehaga dahje vuoiŋnaščaskkástaga. Varradeaddodáلكasiid atnu lassánii dievdduid gaskkas SAMINOR 1 rájes SAMINOR 2 rádjái, muhto ii nissoniin. Goappaš sohkabeliin, ja goappaš čearddalaš joavkkuin, lei maid mearkkašahhti lassáneapmi seakkášmihtus (7).



Figvra 2: Rievdamat dievdduid gaskamearálaš obbalaš kolesterolas, systolalaš varradeattus ja proseantta oasis geat borgguhedje SAMINOR 1 rájes SAMINOR 2 rádjái. Dát lea heivehuvvon veršuvdna S2-figuvrras mii lea almmuhuvvon čállošis Siri et al. (7), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028939>, ©Čállit, almmuhuvvon CC BY NC 4.0 liseanssain.



Figvra 3: Rievdamat nissoniid gaskamearálás obbalaš kolesterola, systolalaš varradeattus ja proseantta oasis geat borgguhedje SAMINOR 1 rájes SAMINOR 2 rádjái. Dát lea heivehuvvon veršuvdna S1-figuvrras mii lea almmuhuvvon čállošis Siri et al. (7), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028939>, © Čállit, almmuhuvvon CC BY NC 4.0 liseanssain.

## Lea go sápmelaččain ja eará čearddalaččain goabbatlágan riska oažžut váibmodohppehaga dahje vuoinjaščaskkástaga?

Sápmelaččat eai nappo spiehkas nu sakka eará čearddalaččain go lea sáhka riskafáktor dásiin (6) dahje go lea sáhka váibmo- ja varrasuotnavigiid riskafáktoriid (7) rievdamiin. Muhto spiehkaseaba go dát guokte joavkku goabbat guvlui go lea sáhka riskkas ovdánahttit váibmo- ja varrasuotnavigiid, nappo riskkas oažžut klinihkalaš buozalmasvuoda dahje jápmit váibmo- ja varrasuotnavigiin? Guorahallan dihte dan, čuovvuleimmet oasseváldiid SAMINOR 1:is geat ledje 30 jagi dahje gaskkal 36 ja 79 jagi, jagis 2003–2004 ja gitta jagi 2016 loahpa rádjái (8). Čanaimet dieđuid mat ledje addon SAMINOR 1 oasseváldima olis oktii dieđuiquin vižžon buohcciviesoregitariin, jápminsivvaregistaris ja statistihkalaš guovddášdoaimmahagas olgoriikii fárrrema ektui. Dát laktin dagai vejolažžan gávnnaht guđet oasseváldit sisačálhuvvojedje buohccivissui dahje jápme váibmo- ja varrasuotnavigiin.

Gávnnaimet ahte sápmelaččain lei veaháš aliduvvon riska vuoinjaščaskkástagaide ja vuoinjašdohppehagaide eará čearddalaččaid ektui, muhto erohusat ledje smávvat. Jus livččii čuovvulan 1000 sámi ja 1000 eará čearddalačča olbmo ovtta jagi, de livčče birrasiid 4 sápmelačča ja 3 eará čearddalačča ožžon vuoinjaščaskkástaga (8). Mii hal sáhtta leat čilgehussan dan veaháš aliduvvon riskii mii sápmelaččain lea oažžut vuoinjaščaskkástaga?

Okta čilgehus sáhtta leat ahte sápmelaččaid rumašallodat gaskamearálaččat lea vuollegeappot go eará čearddalaččain. Sámi oasseváldit geat oassálaste Finnmárkkuguorahallamiin jagiin 1974 ja 1978 (1,4) ja SAMINOR 1:s (9) ja SAMINOR 2:s, ledje veaháš oaneheappot go eará čearddalaččat. Maiddái sámi dievddut Suomas (10) ja sápmelaččat Ruotas (11) leat obbalohkui veaháš oaneheappot go seamma guovllu eará čearddalaš ássit. Movt allodat váikkuha váibmo- ja varrasuotnavigiid riskafáktoriidda dahje vuoiŋnaščaskkástagaide ere-noamážit ii leat čielggaduvvon, vaikko dan leat oaidnán ollu iskkademiin (14,15).

Veaháš aliduvvon riska oažžut vuoiŋnaščaskkástaga dievdduid gaskkas geain leat sápmelaš dahje suomelaš áhkut/ádját leat ovdal gávdnan Finnmárkkuguorahallamiin (1). Muhtin čuovvolaniskadeamis mii dahkkui Ruotas jagiin 1985–2002, buohtastahttojedje boazobargit, sápmelaččat obbalaččat ja eará čearddalaččat geat orro seamma guovllus ja geat ledje seamma agis ja sohkabealis (12). Iskkadeapmi vuosihii ahte sámi dievdduin geat eai bargan bohccuiguin, lei veaháš alladeappot riska oažžut vuoiŋnaščaskkástaga, ja boazobargi dievdduin lei fas vuollegeappot riska oažžut vuoiŋnaščaskkástaga eará čearddalaččaid ektui (12). Buohtastahttin nissoniid gaskkas čájuhii ahte sámi nissoniin, geat eai bargan bohccuiguin, lei seamma riska oažžut vuoiŋnaščaskkástaga go eará čearddalaččain, dan bottu go sámi nissoniin geat ledje boazobargit lei fas riska alladeappot (12). Okta čuovvolaniskadeapmi mii dahkkui guovlluin davábealde Sáltoduoddara jagiin 1970–1998, čájuhii ahte go buohtastahte sámi álbmoga álbmogiin mii muđui orru seamma guovllus, de lea sápmelaččain alladeappot jámolašvuohta buozalmasvuođaid geažil čadnon vuoiŋnamaččaid varrajohtimii (3). Guovtti gielddas Suomas, áigodagas 1970 rájes gitta 2005 rádjái, eai leat anjke fuomášan čearddalaš erohusaid jámolašvuođas vuoiŋnaščaskkástaga geažil, muhto dan gávdnosa vuođđun leat unnán olbmot (13).

## Čoahkkáigeassu

Bohtosat čájuhii ahte eai leat mearkkašahtti erohusat váibmo- ja varrasuotnavigiid riskafáktoriin sápmelaččaid ja eará čearddalaččaid gaskkas. Goappaš čearddalaš joavkkuin lea mearkkašahtti njiedjan kolesteroladásis, varradeattus ja oasis geat borgguhedje SAMINOR 1 rájes SAMINOR 2 rádjái, mii lea buorre ovdáneapmi. Riskafáktoriid ovttalágán dásiid jáhkket bohtit das go sápmelaččain ja eará čearddalaččain, geat ellet seamma guovlluin, lea seamma sullasaš eallinvuohki ja eallindábit. Dat duođas ii lean nu vuordemeahttun, danin go čearddalašvuohta lea doaba mii lea ráhkaduvvon olbmuid ipmárdusas guhtet guimmiineaset ja birraasiin, ja eallindilli ja eallinvuohki leat muhtin muddui eaktuduvvon ja váikkuhuvvon servodaga sosiála dilálašvuođain. Sápmelaččain lea birzzehis aliduvvon riska oažžut vuoiŋnaščaskkástaga buohtastahtton eará čearddalaččaiiguin, ja erohusat rumašallodagas muhtin muddui čilgejit dan. Vuollegis rumašallodat indiviidadásis ii iešalddis dagat aliduvvon riskka. Vuollegis allodat joavkodásis sáhtta čujuhit dasa ahte sápmelaččain lea leamašan eará eallindilli bajásšattadettiin go eará čearddalaččain seamma guovllus, ja ii čujut erohusaide mat leat genehtalaččat eaktuduvvon.





## Referánssat

1. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Body height, cardiovascular risk factors, and risk of stroke in middle-aged men and women. A 14-year follow-up of the Finnmark study. *Circulation* 1996;94(11):2877-2882. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.94.11.2877>.
2. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Cardiovascular diseases and diabetes mellitus in different ethnic groups: the Finnmark study. *Epidemiology* 1998;9(5):550-556.
3. Tynes T, Haldorsen T. Mortality in the Sami population of North Norway, 1970-98. *Scand J Public Health* 2007;35(3):306-312. <https://doi.org/10.1080/14034940701226159>.
4. Tverdal A. Cohort study of ethnic group and cardiovascular and total mortality over 15 years. *J Clin Epidemiol* 1997;50(6):719-723. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00021-8](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00021-8).
5. Eliassen B-M, Graff-Iversen S, Braaten T, et al. Prevalence of self-reported myocardial infarction in Sami and non-Sami populations: the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health* 2015;74:24424. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.24424>.
6. Siri SRA, Braaten T, Jacobsen BK, et al. Distribution of risk factors for cardiovascular disease and the estimated 10-year risk of acute myocardial infarction or cerebral stroke in Sami and non-Sami populations: The SAMINOR 2 Clinical Survey. *Scand J Public Health* 2018;46(6):638-646. <https://doi.org/10.1177/1403494818773534>.
7. Siri SRA, Eliassen BM, Jacobsen BK, et al. Changes in conventional cardiovascular risk factors and the estimated 10-year risk of acute myocardial infarction or cerebral stroke in Sami and non-Sami populations in two population-based cross-sectional surveys: the SAMINOR Study. *BMJ Open* 2019;9(7):e028939. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028939>.
8. Siri SRA, Eliassen BM, Broderstad AR, et al. Coronary heart disease and stroke in the Sami and non-Sami populations in rural Northern and Mid Norway—the SAMINOR Study. *Open Heart* 2020;7(1):e001213. <http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2019-001213>.
9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. Ethnic differences in the prevalence of general and central obesity among Sami and Norwegian population: The SAMINOR study. *Scand J Public Health* 2010;38(1):17-24. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Laitinen J, Näyhä S, Sikkilä K, et al. Diet and cardiovascular risk factors among Lapp and Finnish reindeer herders. *Nutr Res* 1996;16(7):1083-1093. [https://doi.org/10.1016/0271-5317\(96\)00113-3](https://doi.org/10.1016/0271-5317(96)00113-3).

11. Edin-Liljegren A, Hassler S, Sjölander P, et al. Risk factors for cardiovascular diseases among Swedish Sami—a controlled cohort study. *Int J Circumpolar Health Suppl* 2004;63:292-297. <https://doi.org/10.3402/ijch.v63i0.17922>.
12. Sjölander P, Hassler S, Janlert U. Stroke and acute myocardial infarction in the Swedish Sami population: incidence and mortality in relation to income and level of education. *Scand J Public Health* 2008;36(1):84-91. <https://doi.org/10.1177/1403494807085305>.
13. Soininen L, Pukkola E. Mortality of the Sami in northern Finland 1979-2005. *Int J Circumpolar Health* 2008;67(1):43-55. <https://doi.org/10.3402/ijch.v67i1.18227>
14. Emerging Risk Factors Collaboration. Adult height and the risk of cause-specific death and vascular morbidity in 1 million people: individual participant meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2012;41(5):1419-1433. <https://doi.org/10.1093/ije/dys086>.
15. Lai FY, Nath M, Hamby SE, et al. Adult height and risk of 50 diseases: a combined epidemiological and genetic analysis. *BMC Med* 2018;16(1):187. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1175-7>.

*Kapittel 6:* <https://doi.org/10.7557/7.6468>



## 6 RISIKOFAKTORER OG RISIKO FOR HJERTE- OG KARSYKDOMMER

*Susanna Ragnhild Andersdatter Siri, Tonje Braaten og Bjarne K. Jacobsen*



*Foto: Syda Productions/Mostphotos.com*

### Sammendrag

Kapittelet beskriver risiko for hjerte- og karsykdommer blant samer og ikke-samer i Nord-Norge og bygger i hovedsak på tre artikler som er inkludert i doktorgradsavhandlingen til Susanna Ragnhild Andersdatter Siri. Datagrunnlaget er informasjon fra spørreskjema, kliniske undersøkelser og blodprøver som ble samlet inn ved helse- og levekårsundersøkelsene SAMINOR 1 og 2, som ble utført i henholdsvis 2003–2004 og 2012–2014. Samer og ikke-samer hadde i SAMINOR 2 svært like nivåer av kjente risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, både vurdert hver for seg og samlet målt med en risikokalkulator (NORRISK 2) som estimerer 10-års risiko for hjerteinfarkt eller hjerneslag. Sammenligning av data fra SAMINOR 1 og 2 viste en betydelig nedgang i kolesterol, blodtrykk, røyking

og i gjennomsnittlig beregnet 10-års risiko (målt med NORRISK 2 risikoskår). Bruk av blodtrykksmedisiner økte blant menn, men ikke blant kvinner, og begge kjønn hadde en betydelig økning i midjeomkrets mellom de to helseundersøkelsene. De etniske forskjellene var ubetydelige både blant menn og kvinner. Videre ble deltakere i SAMINOR 1 fulgt opp med hensyn til risiko for hjerteinfarkt eller hjerneslag fra de møtte til undersøkelsen i 2003–2004 til slutten av 2016. Ved å benytte informasjon fra sykehusinnleggelser og Dødsårsaksregisteret, undersøkte vi om samer og ikke-samer hadde lik risiko for å dø av eller bli innlagt på sykehus med hjerteinfarkt, koronare hjertesykdommer, hjerneinfarkt, hjerneslag eller for et samlet endepunkt bestående av hjerteinfarkt eller hjerneslag. Forskjellene i risiko mellom samer og ikke-samer var små, men samer hadde omtrent 30 % høyere risiko enn ikke-samer for å få hjerneinfarkt eller hjerneslag. Det er mulig at den lavere kroppshøyden til samer kan bidra til å forklare dette.

## Innledning

Hjerte- og karsykdommer er en sekkebetegnelse på forskjellige sykdommer som rammer hjertet og blodårene. De hjerte- og karsykdommene som vi konsentrerer oss om her er hjerteinfarkt og hjerneslag. Akutt hjerteinfarkt oppstår vanligvis når blodårene til hjertet plutselig går tett slik at deler av hjertet ikke får nok oksygen. Hvis oksygentilførselen stoppes over lengre tid, kan hjertecellene dø og hjertets evne til å jobbe reduseres. Hjerneslag rammer hjernens funksjoner og deles grovt inn i hjerneblødninger og hjerneinfarkter. I det videre mener vi, hvis annet ikke er spesifisert, begge typer sykdom når vi skriver hjerneslag. Den bakenforliggende årsaken til infarkter og blødninger i hjernen er forskjellig. Infarkter oppstår på grunn av en propp eller aterosklerose (om lag som ved hjerteinfarkt), mens blødninger oftere er forårsaket av blant annet medfødte misdannelser, aneurisme (utposning på en blodåre), eller forhøyet blodtrykk. Ved hjerneslag som enten skyldes infarkt eller blødning, blir det en plutselig oksygenmangel i hjernen, og slik som ved hjerteinfarkt kan dette gi celledød hvis oksygentilførselen vedvarer.

Hjerteinfarkt og hjerneslag deler mange av de samme risikofaktorene, slik som røyking, høye nivåer av fettstoffer i blodet (slik som total kolesterol og triglyserider), samt forhøyet blodtrykk (ofte definert ved at systolisk blodtrykk er  $\geq 140$  mmHg eller at diastolisk blodtrykk er  $\geq 90$  mmHg). Styrken på sammenhengen mellom de enkelte risikofaktorene og hjerteinfarkt og hjerneslag varierer likevel noe. For de aller fleste er det ikke en enkelt faktor som bidrar til økt risiko for hjerte- og karsykdommer, men den samlede virkningen av flere risikofaktorer, ofte over lang tid. Risikoen øker imidlertid også med antall familiemedlemmer (søsken, foreldre) som rammes tidlig av sykdommen. Dette kan f.eks. skyldes at man har en arvelig komponent som øker kolesterolnivået i blodet.

## Livsstil og levekår som bakgrunn for hjerte- og karsykdom

Risikoen for hjerte- og karsykdommer er altså betinget av levekår, livsstil og genetikk. Ved sammenligning av risiko for hjerte- og karsykdommer hos samer og ikke-samer, er det først og fremst forskjeller i livsstil som man tenker som mulige årsaker til forskjeller. På 1970-tallet var forekomsten og dødeligheten av hjerte- og karsykdommer høy i Norge, og spesielt i Finnmark fylke. Finnmarksundersøkelsene fra 1970-tallet viste at det var små forskjeller mellom samer, kvener og nordmenn i vanlige risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer. Oppfølgingsstudier av Finnmarksundersøkelsene (deltakere født 1925–1942) fra henholdsvis 1974–75 (1) og 1977–78 (2) frem til 1989 viste at samiske menn og kvinner hadde samme risiko for hjerteinfarkt som nordmenn, også når man tok hensyn til vanlige risikofaktorer (2). Hjerneslag var derimot litt vanligere blant samiske menn sammenlignet med ikke-samiske menn født i Finnmark (1,2). Forskjeller i risikofaktorer og kroppshøyde bidro til å forklare forskjellene (1,2). Det ble også vist at økende kroppshøyde var forbundet med lavere risiko for hjerneslag uavhengig av alder, etnisitet og kjente risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (1).

En studie av dødelighet av hjerte- og karsykdommer fra 1970 til 1989 viste at en større andel av den samiske enn den ikke-samiske befolkningen nord for Saltfjellet døde av hjerte- og karsykdommer (3). Menn med tilknytning til reindrift hadde derimot lavere dødelighet av hjerte- og karsykdommer generelt (3). En annen oppfølgingsstudie fra 1974 til 1992, som inkluderte befolkningen i Finnmark, fant derimot at samiske menn og kvinner hadde lavere total dødelighet, dødelighet av hjerte- og karsykdommer, samt av sykdommer relatert til hjertets kransblodårer (4). I den første helse- og levekårsundersøkelsen i områder med samisk og norsk bosetting – SAMINOR 1 fra 2003–2004, fant man at flere samer enn ikke-samer hadde angina pectoris eller symptomer på det, mens forekomsten av selvrappportert hjerteinfarkt var lik hos samer og ikke-samer (5).

## Hvem er same?

Analysene som presenteres i det videre, fokuserer på om risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdom er ulik blant samer og ikke-samer. Det er derfor viktig først å diskutere hvordan vi har klassifisert deltakerne med hensyn til etnisk gruppe.

Det finnes ingen oversikt over hvem som er samisk, kvensk, eller hvem som er norsk, da slike opplysninger regnes for å være av sensitiv karakter. For å kunne skille mellom samiske og ikke-samiske deltakere, var det i SAMINOR 1 og SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen (2012–2014) (heretter SAMINOR 2) stilt spørsmål om hjemmespråk til besteforeldre, foreldre og deltaker, etnisk bakgrunn til foreldre og deltaker, samt hva deltakeren regnet seg selv som. Alle spørsmålene hadde de samme svaralternativene, som var norsk, samisk, kvensk eller annet, med et åpent felt hvor man kunne oppgi hva dette var. Til alle spørsmålene, kunne man også oppgi flere enn ett svaralternativ. I SAMINOR 1 og SAMINOR 2 ble disse opplysningene samlet inn ved hjelp av de samme



spørsmålene og svaralternativene (vi henviser til kapittel 2 for en nøyaktig beskrivelse av etnisitetsspørsmålene som ble stilt i SAMINOR).

For å bli kategorisert som same måtte deltakeren enten regne seg selv som samisk, eller angi at de selv har samisk som etnisk bakgrunn. I tillegg måtte deltakeren ha minst en besteforelder eller forelder som snakket samisk hjemme, eller så måtte deltakeren selv snakke samisk. Alle som oppfylte disse to kriteriene ble kategorisert som samiske uavhengig av om de hadde oppgitt norsk, kvensk eller annet i tillegg til samisk som hjemmespråk, etnisk bakgrunn eller hva de regnet seg selv som. Denne kategoriseringen er lagt til grunn når vi i det videre omtaler likheter eller forskjeller mellom samer og andre som deltok i SAMINOR-undersøkelsene.



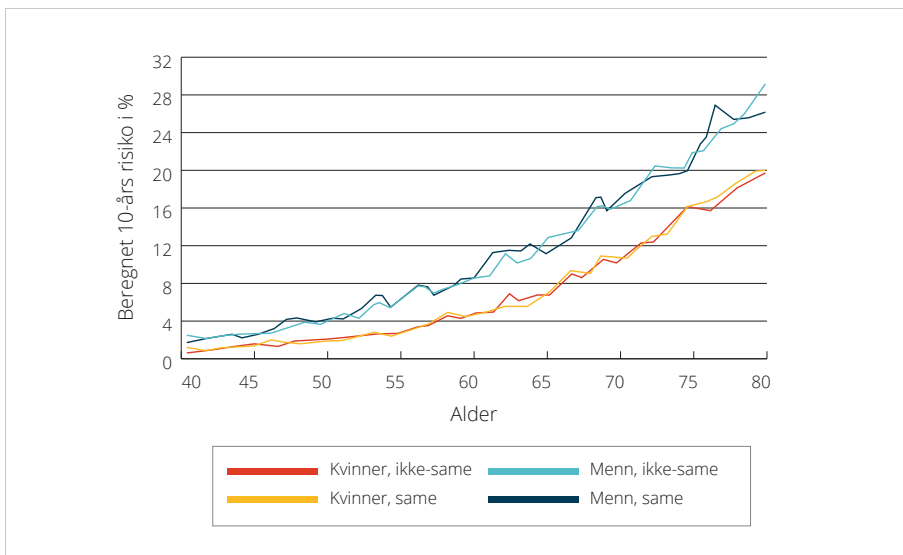
Det er svakheter og styrker med denne etniske kategoriseringen, og man bør derfor være forsiktig når man tolker resultatene. Mange mener at hva en regner seg selv som, er det som bør ligge til grunn når man lager etniske skiller i forskning. I Norge har det vært en hard for-  
forskning av samer, og derfor har mange mistet sin samiske tilhørighet, eller kjenner ikke til den. Vår kategorisering kan av den grunn oppfattes som streng, da vi forutsetter at deltakerne vet om sin samiskspråklige bakgrunn, anerkjenner sin samisk etniske bakgrunn, eller oppfatter seg som samisk. Den strenge kategoriseringen gjør at vi for eksempel mister de samene som oppfatter seg som samiske, men som ikke oppfyller språkkriteriet. Vi kan også miste de som hadde flere besteforeldre som snakket samisk, men som ikke selv oppfatter seg som samisk eller oppgir samisk etnisk bakgrunn. Kanskje er det de som ble mest fornorsket som vi ikke klarer å fange opp med vår kategorisering av samer? For å imøtekomme noen av de utfordringene som etnisk kategorisering medfører, har det vært avgjørende å gjøre analyser der man undersøker om resultatene endrer seg hvis man definerer samer på andre måter.

## Resultater

### Risikofaktorer for hjerte- og karsykdom

Resultatene fra våre analyser av SAMINOR 2-materialet viste at den samiske og ikke-samiske befolkningen i alderen 40 til 79 år hadde nokså like nivåer av de vanligste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer (6). Samiske kvinner hadde noe større midjeomkrets og litt mer ufordelaktig nivå av triglyserider og HDL-kolesterol enn ikke-samiske kvinner. I tilsvarende analyser hos menn, så hadde samiske menn mer ufordelaktige nivåer av total kolesterol, HDL-kolesterol og triglyserider sammenlignet med ikke-samiske menn. Det ble ikke observert noen forskjeller i andelen som røyker, i andelen som bruker blodtrykkssenkende medikamenter, og heller ikke i blodtrykk. Samiske deltakere var imidlertid generelt litt yngre enn ikke-samiske, og alder er kjent for å ha betydning for nivået av risikofaktorer. Dette var det ikke tatt hensyn til i beregningene over.

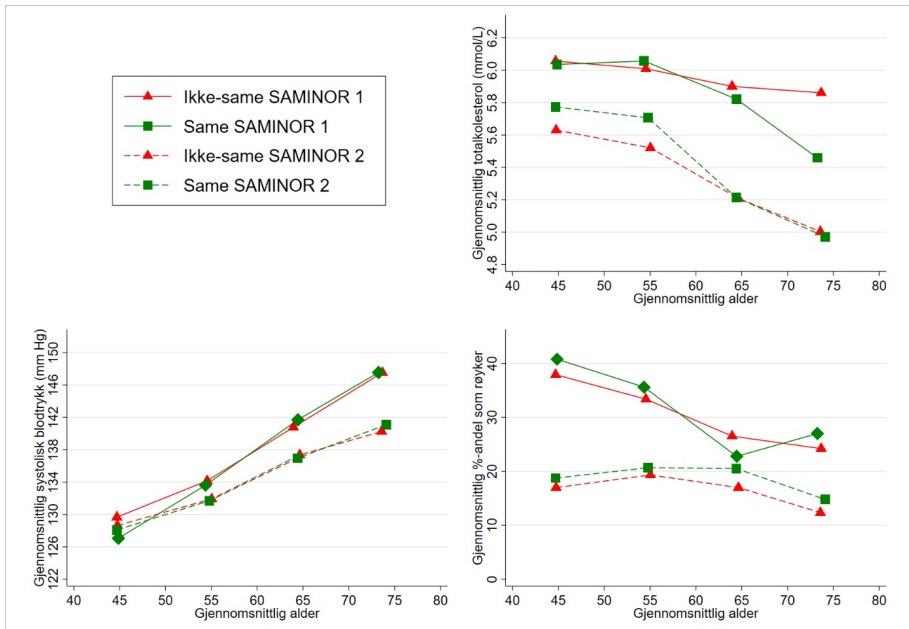
Selv om det ikke er noen betydelige etniske forskjeller når vi sammenligner risikofaktorene hver for seg hos samer og ikke-samer, kan den samlede effekten av flere risikofaktorer gi forhøyet risiko. I forebygging av hjerte- og karsykdommer anbefales det derfor at man måler den samlede effekten av flere risikofaktorer i tillegg til nivået av enkeltfaktorer. For å måle den samlede risikoen, er det utviklet såkalte risikomodeller eller risikoskårer som angir den absolutte risikoen (i prosent) for å utvikle hjerte- og karsykdommer. I Norge har man en skår som kalles NORRISK 2, og den angir sannsynligheten for å utvikle eller dø av hjerteinfarkt eller hjerneslag i løpet av 10 år. Skåren er basert på alder, kjønn, systolisk blodtrykk, total kolesterol, HDL-kolesterol, om man røyker eller ikke, om man bruker blodtrykksmedisiner eller ikke, og ut fra om man har én eller flere søsken, foreldre eller barn med hjerte- og karsykdom. Når vi beregnet gjennomsnittlig 10-års risiko hos samiske og ikke-samiske menn og kvinner, fant vi ingen etniske forskjeller (figur 1) (6).



Figur 1: Gjennomsnittlig 10-års risiko for hjerteinfarkt eller hjerneslag hos samiske og ikke-samiske menn og kvinner som deltok i SAMINOR 2. Dette er en bearbejdet versjon av figur 1 publisert i Siri et al. (6), <https://doi.org/10.1177/1403494818773534>, ©Forfattere, lisensiert under CC-BY-NC 4.0.

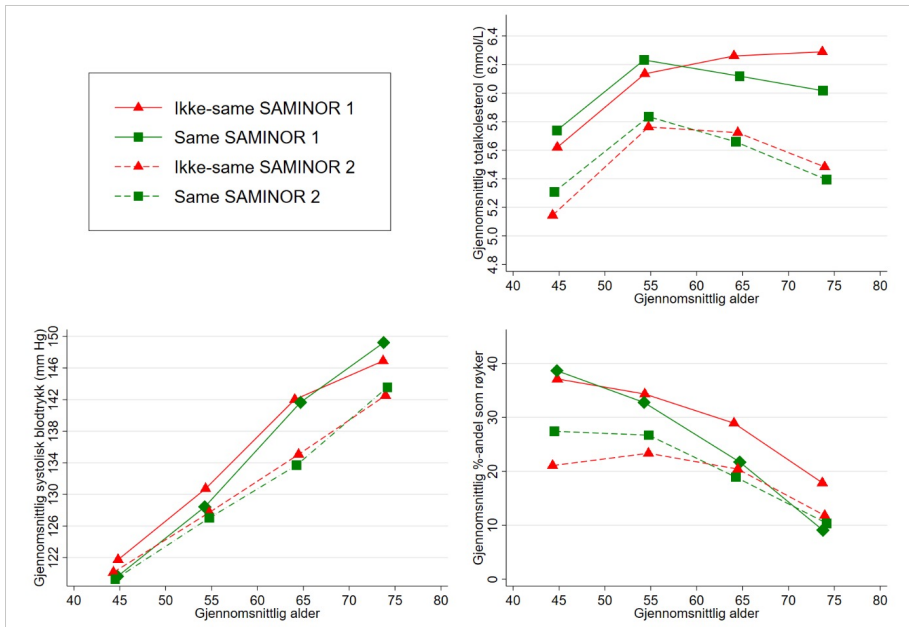
### Endring av risikofaktorer for hjerte- og karsykdom

Vi undersøkte hvor mye risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer endret seg i gjennomsnitt fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2, og vi sammenlignet om endringene var like hos samer og ikke-samer. Til denne undersøkelsen plukket vi ut deltakere fra SAMINOR 1 som bodde i kommunene som var inkludert i SAMINOR 2 (Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Tana, Nesseby, Kåfjord, Storfjord, Lyngen, Skånland og Evenes) og var i samme aldersgruppe som deltakerne i SAMINOR 2, dvs. 40–79 år. Samer og ikke-samer hadde en tilnærmet lik endring av kjente risikofaktorer fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2. Figur 2 og 3 viser at både samiske og ikke-samiske menn og kvinner hadde en betydelig nedgang i gjennomsnittlig nivå av totalkolesterol, i systolisk blodtrykk og i andelen som røyker, og dette samsvarer godt med hva man har sett i andre helseundersøkelser i Norge og Europa. Noen små forskjeller ble likevel observert. Sammenlignet med ikke-samiske menn, så hadde samiske menn en noe mer uheldig utvikling av totalkolesterol, HDL-kolesterol og triglyserider, men disse forskjellene var små og skaper sannsynligvis ikke etniske forskjeller i framtidig hjerte- og karsykdom. Blant kvinner var det noen neglisjerbare etniske forskjeller i endring av HDL-kolesterol og i beregnet 10-års risiko for hjerteinfarkt eller slag. Bruk av blodtrykksmedisiner økte blant menn fra SAMINOR 1 til 2, men ikke blant kvinner. For begge kjønn, og i begge etniske grupper, var det også en betydelig økning i midjeomkrets (7).



Figur 2: Endringer hos menn i gjennomsnittlig total kolesterol, systolisk blodtrykk og i prosentvis andel røykere fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2. Dette er en bearbejdet versjon av figur S2 publisert i Siri et al. (7), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028939>, ©Forfattere, lisensiert under CC-BY-NC 4.0.





Figur 3: Endringer hos kvinner i gjennomsnittlig total kolesterol, systolisk blodtrykk og i prosentvis andel røykere fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2. Dette er en bearbejdet versjon av figur S1 publisert i Siri et al. (7), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028939>, ©Forfattere, lisensiert under CC-BY-NC 4.0.

### Har samer og ikke-samer ulik risiko for å få hjerteinfarkt eller hjerneslag?

Samer skiller seg altså ikke så mye fra ikke-samer med hensyn til nivå av risikofaktorer (6) eller med hensyn til endringer i risikofaktorer (7) for hjerte- og karsykdommer. Men skiller de to gruppene seg fra hverandre med hensyn til risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdommer, altså i risiko for å få klinisk sykdom eller for å dø av hjerte- og karsykdommer? For å undersøke dette, fulgte man opp deltakere i SAMINOR 1 som var 30 år eller mellom 36 og 79 år i 2003–2004, og fram til slutten av 2016 (8). Opplysninger gitt ved deltakelse i SAMINOR 1 ble koblet til opplysninger fra sykehusregistre, Dødsårsaksregisteret og til informasjon fra Statistisk sentralbyrå om flytting ut av landet. Denne koblingen gjorde det mulig å finne ut hvilke deltakere som ble innlagt på sykehus eller døde av hjerte- og karsykdommer.

Vi fant at samer hadde noe forhøyet risiko for hjerneslag og hjerneinfarkt sammenlignet med ikke-samer, men forskjellene var små. Dersom man fulgte opp 1000 samiske og 1000 ikke-samiske personer over ett år, ville om lag 4 samer og 3 ikke-samer få hjerneslag (8). Hva kan nå forklaringen være på den litt forhøyde risikoen for slag blant samer? En forklaring kan være at samer har gjennomsnittlig lavere kroppshøyde enn ikke-samer. I Finnmarksundersøkelsene fra 1974 og 1978 (1,4) og i SAMINOR 1 (9) og SAMINOR

2 hadde samiske deltakere lavere høyde enn ikke-samiske. Også blant samiske menn i Finland (10) og samer i Sverige (11) har man sett at samer gjennomsnittlig er noe lavere enn den ikke-samiske befolkningen i samme område. Hvordan høyde påvirker risiko for hjerte- og karsykdom eller hjerneslag spesielt er imidlertid ikke avklart, selv om dette er observert i flere undersøkelser (14,15).

Funnet av noe forhøyet risiko for hjerneslag hos menn med samiske og finske besteforeldre er tidligere observert i Finnmarksundersøkelsen (1). I en svensk oppfølgingsstudie fra 1985–2002 sammenlignet man reindriftsutøvere og andre samer med en ikke-samisk populasjon fra samme område som hadde lik alder og kjønn (12). Studien viste at samiske menn som ikke var reindriftsutøvere hadde noe forhøyet risiko for hjerneslag, mens reindriftsutøvende menn hadde lavere risiko for hjerneslag enn den ikke-samiske populasjonen (12). Sammenligning blant kvinner viste at samiske kvinner som ikke var reindriftsutøvere hadde samme risiko for hjerneslag som den tilsvarende ikke-samiske populasjonen, mens samisk kvinner som var reindriftsutøvere hadde høyere risiko (12). Fra 1970–1998 har det blitt rapportert høyere dødelighet av sykdommer relatert til hjernens blodsirkulasjon hos den samiske befolkningen bosatt nord for Saltfjellet sammenlignet med den øvrige befolkningen i samme område (3). I to kommuner i Finland, i perioden 1970 til 2005, har man derimot ikke observert etniske forskjeller i dødelighet av hjerneslag, men denne observasjonen er basert på relativt få individer (13).

## Oppsummering

Resultatene viser at det er ubetydelige forskjeller i risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer mellom samer og ikke-samer. Begge etniske grupper har en betydelig reduksjon i kolesterolnivå, blodtrykk og i andel røykere fra SAMINOR 1 til SAMINOR 2, noe som er svært positivt. De like nivåene av risikofaktorer tror man kommer av at samer og ikke-samer, som lever i de samme omgivelsene, har relativt lik livsstil og levevaner. Dette er egentlig ikke så uventet, da etnisitet er et begrep laget av menneskers oppfattelse av hverandre og omgivelsene, og levekår og livsstil er til en viss grad betinget og påvirket av de sosiale forholdene i samfunnet. Samer har marginalt forhøyet risiko for hjerneslag sammenlignet med ikke-samer, og dette kan til dels forklares med forskjeller i kroppshøyde. Lav kroppshøyde på individnivå er ikke ensbetydende med forhøyet risiko. Lav høyde på gruppenivå er muligens en markør for at samer har hatt andre levekår i oppveksten enn ikke-samer, og indikerer ikke forskjeller som er genetisk betinget.





## Referanser

1. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Body height, cardiovascular risk factors, and risk of stroke in middle-aged men and women. A 14-year follow-up of the Finnmark study. *Circulation* 1996;94(11):2877-2882. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.94.11.2877>.
2. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Cardiovascular diseases and diabetes mellitus in different ethnic groups: the Finnmark study. *Epidemiology* 1998;9(5):550-556.
3. Tynes T, Haldorsen T. Mortality in the Sami population of North Norway, 1970-98. *Scand J Public Health* 2007;35(3):306-312. <https://doi.org/10.1080/14034940701226159>.
4. Tverdal A. Cohort study of ethnic group and cardiovascular and total mortality over 15 years. *J Clin Epidemiol* 1997;50(6):719-723. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00021-8](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00021-8).
5. Eliassen B-M, Graff-Iversen S, Braaten T, et al. Prevalence of self-reported myocardial infarction in Sami and non-Sami populations: the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health* 2015;74:24424. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.24424>.
6. Siri SRA, Braaten T, Jacobsen BK, et al. Distribution of risk factors for cardiovascular disease and the estimated 10-year risk of acute myocardial infarction or cerebral stroke in Sami and non-Sami populations: The SAMINOR 2 Clinical Survey. *Scand J Public Health* 2018;46(6):638-646. <https://doi.org/10.1177/1403494818773534>.
7. Siri SRA, Eliassen BM, Jacobsen BK, et al. Changes in conventional cardiovascular risk factors and the estimated 10-year risk of acute myocardial infarction or cerebral stroke in Sami and non-Sami populations in two population-based cross-sectional surveys: the SAMINOR Study. *BMJ Open* 2019;9(7):e028939. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-028939>.
8. Siri SRA, Eliassen BM, Broderstad AR, et al. Coronary heart disease and stroke in the Sami and non-Sami populations in rural Northern and Mid Norway—the SAMINOR Study. *Open Heart* 2020;7(1):e001213. <http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2019-001213>.
9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. Ethnic differences in the prevalence of general and central obesity among Sami and Norwegian population: The SAMINOR study. *Scand J Public Health* 2010;38(1):17-24. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Laitinen J, Näyhä S, Sikkilä K, et al. Diet and cardiovascular risk factors among Lapp and Finnish reindeer herders. *Nutr Res* 1996;16(7):1083-1093. [https://doi.org/10.1016/0271-5317\(96\)00113-3](https://doi.org/10.1016/0271-5317(96)00113-3).



11. Edin-Liljegren A, Hassler S, Sjölander P, et al. Risk factors for cardiovascular diseases among Swedish Sami—a controlled cohort study. *Int J Circumpolar Health Suppl* 2004;63:292-297. <https://doi.org/10.3402/ijch.v63i0.17922>.
12. Sjölander P, Hassler S, Janlert U. Stroke and acute myocardial infarction in the Swedish Sami population: incidence and mortality in relation to income and level of education. *Scand J Public Health* 2008;36(1):84-91. <https://doi.org/10.1177/1403494807085305>.
13. Soininen L, Pukkola E. Mortality of the Sami in northern Finland 1979-2005. *Int J Circumpolar Health* 2008;67(1):43-55. <https://doi.org/10.3402/ijch.v67i1.18227>
14. Emerging Risk Factors Collaboration. Adult height and the risk of cause-specific death and vascular morbidity in 1 million people: individual participant meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2012;41(5):1419-1433. <https://doi.org/10.1093/ije/dys086>.
15. Lai FY, Nath M, Hamby SE, et al. Adult height and risk of 50 diseases: a combined epidemiological and genetic analysis. *BMC Med* 2018;16(1):187. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1175-7>.

*Kapittel 6:* <https://doi.org/10.7557/7.6468>

## 7 DIABETES MELLITUS SAMINOR-SUOHKANIJN

*Ann Ragnhild Broderstad, Ali Naseribafrouei, Bjarne K. Jacobsen ja Marita Melhus*



*Gåvå: Praiseng/Mostphotos.com*

### Tjoahkkájgæsos

Diabetes mellitus (sáhkárdávdda) la kronihkalasj ábnasmålssomskihpudahka gá varán la ilá alla sáhkársisadno. Jus rubmaha sella galggi nahkat sáhkárav bajás válldet ja boalldet de dárbahti insulijnav. Gá la diabiehtta sládja 2 de ij rubmaha ietjas insulijnna nuohkás buoragit dájma. Navti edna sáhkár varán báhtsá. Danen diagnávsáv biedjá navti jut var-sáhkárav mihtti. Vuorastuvvat, buojddot, ij buorre biebmojt bárrát jali ij heva labudit li ájnas sivá gá nágina oadtju diabiehtav sládja 2, ja duodden li giena ájnnasa. Diabiehtta sládja 2 lassán jáhtelit væráldin, ja skihpudahka la aj viek dábálasj Vuonan.

SAMINOR-guoradallama baktu lip gehtjadam makta diabetes mellitus gávnnu sáme bájkijn, sierraláhkáj diabiehta sládja 2. Sáhkárdásse varán le guovte láhkáj mihttidum: plásmá-glukávssá (varrasáhkár) (sihke SAMINOR 1 ja SAMINOR 2) ja HbA1c (guhkesáiggásasj varrasáhkár) (dássju SAMINOR 2) Duodden gatjádálajma oassálasstijs gatjávissjiemá baktu jus siján lij diabiehta.

Dát kapihtal ávddánbuktá ájnnašamos diabiehta-gávnnusijt SAMINOR-guoradallamis ja la ienemusát Ali Naseribafrouei dáktárgráda milta jages 2019. Báhtusa vuosedi li baldedahte alla diabiehttatálla mijá moattetjerdak álmuga gaskan nuorttan. Muhtem suohkanijn li badjel 10 % viesádijn áldarin 40–79 jage diabiehta sládja 2. Diabiehta la dábálasj sihke nissunij ja álmáj gaskan, lehkusa sáme jali ælla. Muhtem analijsa vuosedi muhtem mudduj la ienep diabiehta ja ávddádiabiehta (ávddál oadtju diabiehtav) sámij gaskan, valla ábbálatjat ælla heva sieradusá sámij ja ietjá viesádij gaskan sáme árrombájkijn.

## Duogásj

Kronihkalasj iellemvuohkeskihpudagá li ávddánam globála epidemijjan sihke Vuonan ja væráldin ietján. Buojkulvisá kronihkalasj iellemvuohkeskihpudagájda li tsáhkeskihpudagá degu tsáhkehávve ja tsáhkekrámpa, diabetes mellitus sládja 2, vuojnngáslága, kronihkalasj obstruktijva gæhppáskihpudahka (KOLS) ja bårredávddaskihpudagá. Moaddása pasientajs gudi varresvuodadievnastusájs viehkev ánode li diagnostisieridum avtajn jali ienep iellemvuohkeskihpudagáj, diabetes mellitus sládja 2 la stuorra oasse dajs.

Værálda álgoálmuga viessu ienemus oassáj unnepláhkóálmugin ietjasa árromsajijn, ja duot dát varresvuohtheadiedádus la vuosedam álgoálmuga væráldav miehtáj viessu rasjep varresvuodajn ja sosiála dilij vuolen gá ienepláhkóálmuk (1,2). Moadda stuorra dutkama li duodastam álgoálmugij ja unnepláhkóálmugij gaskan li edna iellemvuohkeskihpudagá, vájku dá skihpudagá áttjak li jávsádam dájda juohkusijda gá buohtastahtá lándaj ienepláhkóálmugij (1). Iellemvuoge ja iellemævtoj rievddam li ávddán biejadum ájnas tjielggidussan gá skihpudagá ja moadda varresvuohtheadindikáhtura li alla dásen. SAMINOR-guoradallama diehti diehtep ienep dan birra man dábálasj diabetes mellitus la sáme árronguovlojn vuona biele Sámen, sierraláhkáj diabiehta sládja 2. Dát kapihtal gávvit dutkama gávnnusijt.

## Mij la diabetes mellitus?

Diabetes mellitus (sáhkárdávdda) la kronihkalasj ábnasmálsomskihpudahka gá varán la ilá alla sáhkársisadno (alla dásse glukávssá plásmán). Rubmaha sissneluhá dárbahe sáhkárav boalldemussan, ja jus sáhkár galggá bessat iesjgenga sellaj sisi, de hæhttu insulijnna-hormávnna “uvsav tsagat”. Gá insulijnna vájllu jali gá la “vihke pærtán”, de skihppá diabetes mellitusis (álu dássju nabdeduvvá diabiehta, degu mij aj dán kapihtalin dahkap) Dábálamos diabiehta slája li sládja 1 ja sládja 2. Pasienta gejn la diabiehta sládja 1 e nagá insulijnnav

buvttadit ja danen hæhttuji insulijnav rubmahij vaddet iellema tjadá. Skihpudahka álu álggá mánnávuodan juo, valla máhtta aj badjánit álessjattugij gaskan. Ep vissásit diede manen nágina oadtju diabiehtta sládja 1. Diabiehtta sládja 2 la viek állo dábálabboj vuostasj slájas, ja dan sivva la jut rumáj dárbaaj ienep insulijnav gá majt rumáj iesj nahká dahkat, danen gá insulijna nievrebud doajmmá (dát gáhtjoduvvá insulijnnaresistænsan). Moadda sivá li gá nágin oadtju diabiehtav sládja 2. Risska la viek alebun jus lahka fuolkijn la skihpudahka, ja risska aj lassán álldara milta. Duodden li buojddudahka, biebmó ja gá ij heva labuda ájnna. Danen gáhtjoduvvá iellemvuohkeskihpuđahan.

## Gáktu diagnostisieri diabetes mellitusav?

Diabetes mellitus-diagnávssá biejaduvvá gá mihtti varrasáhkárav (plásmá-glukávssá) ja/jali guhkesájggásasj varrasáhkárav, HbA1c, mij la varraátsálvis mij mihtti gasskamærrásasj varrasáhkárdásev gávtse gitta lágenanguovte vahkoj badjel (3). Gá adná HbA1c de pasiænnta ij dárbaa nælggot ávddál mihtti, ja báhtusa e ga málso biejves bæjvváj.

Varresvuodadirektoráhtta oajvvat diabiehtta-diagnávssá biejaduvvá gá:

1. Guhkesájggásasj varrasáhkár (HbA1c)  $\geq 48$  mmol/mol (6,5 %) jali
2. Bårák plásmá-glukávssá  $\geq 7,0$  mmol/L jali
3. Plásmá-glukávssá  $\geq 11,1$  mmol/L guokta tijma orála glukávssá gierddamátsálvisá (sáhkárgierddamátsálvisá) maññela.

2012 rájes la Varresvuodadirektoráhtta oajvvadam adnet HbA1c  $\geq 6,5$  % gá galggá biedjat diabiehtta-diagnávssá. Sierraláhkáj diabiehtta sládja 2 diagnostisieriduvvá HbA1c baktu. Jus oadtju árvov mij la badjel 6,5 %, de dat galggá duodastuvvat nuppe varraátsálvisá tjadá ávddál diagnávssá biedjá. Jus náginin la plásmá-glukávssá  $\geq 11,1$  mmol/L varraátsálvisán (bårák jali ij) ja jus sujna duodden li diabiehtta-symptávmá, de ij dárbaa ádá varraátsálvisáv ávddál diagnávssá biedjá. HbA1c aneduvvá aj vuogas vædtsagin sihke klinihkalasj práksisin ja dutkamín (4).

Sáhkárjáhtulagá hiemsse (sáhkára smávvisa vánesvuohta) gáhtjoduvvá ávddádiabiehtta ja boahá álu ávddál diabiehtta sládja 2. Diagnávssá ávddádiabiehtta biejaduvvá jus HbA1c la birrusij 40 mmol/mol (5,7 %) gitta 47 mmol/mol (6,4 %). Siján gejn la ávddádiabiehtta la alep risska diabiehtav oadtjot, valla jus iellemvuogev rievddi (duola degu bárráma binnedime ja ienep labudallama baktu), de máhtta dát risska unnut.

## Mij dáhpáduvvá gá dujna la diabiehtta sládja 2

Diabiehtta sládja 2 mij ij giehtadaláduvvá merkaj edna alvos dile dassta tjuovvu, degu tjalmedisvuohta, mánevihke, tsáhkkeskihpuđagá, vuojññamslága ja juolgeháve. Hieredibme,

árra diagnostisierim ja buorre giehtadallam la viehka ájnas váj garvvá dájtt várálasj ássjiit ma máhtti tjuovvot.

## Man dábálasj la diabiehtta Vuonan, værárdin ja álsgoálm mugij ja unnepláhkoálm mugij gaskan?

Varás rappárttá Vuonas merustallá suláj 330 000 ulmutjin la diabiehtta (sládja 1 jali sládja 2) (5). Dát merkaj suláj 6 % Vuona álm mugis skihpi diabiehtajn. Árvvedip 60 000 sijájs e diede siján la diabiehtta, dat merkaj dat ij la ájn diagnostisieridum (5). Áldarjuohkusin 30–89 jage árvvedip gaskan 6,8 % ja 7,5 % li skihppen diabiehtajn (5). Diabiehtta sládja 2 la állu dábálamos diabiehtta-skihpu dahka. Birrusij 90 % sijájs, gudi li diabiehtajn skihppen, skihpi dájna slájajn. Diabiehtta sládja 2 la mierredum epidemijjalasj skihpu dahkan rijkajgasskasat-tjat danen gá dat nav oabllu ja lassán. The International Diabetes Federation (IDF) merustaláj jagen 2019 birrusij 463 millijávná værál da álessjattugijn lij diabiehtta ja dát láhko la jáhtelit lassánime (6,7). Jagen 2045 merustaláduvvá værárdin li 700 millijávná ulmutja diabiehtajn værárdin, ienemus lassánimijn Oarjelulle-Ásían ja Afrikan. Sæmmi báttá árvvedi hægop rijkajn viessu nieljes juohkka vídádís gejn la diabiehtta valla e dav ájn diede (6,7).

Vájku Vuonariikka la boandás lánnda buorre varresvuodafálaldagájn gájka viesádijda, de ajtu diabiehtta lassán dáppe aj, vájku ij sæmmi ednagit degu moatten hægjos lándan. Miellagiddis la gal gá nágin dáhtáj milta ij desti diabiehtta sládja 2 risska lassána Vuonan, valla danen gá sjaddi ienep vuorrasa álm mugin, de oasse vuonariikagijs gejn la diabiehtta ajtu sjaddá lassánit boahhte jagijt (5,8). Gá sjaddi nav edna vuorrasa de li mañemus 30 jage sjaddam gálm má gierde lassánibme diabiehtta sládja 2 pasientajs, dát merkaj dávk diabiehtta sládja 2 pasienta oadtju buorre giehtadallamav ja máhtti guhkijt viessot ietjas kronihkka lasj iellemvuohkeskihpu dagájn.

## Majt lip gávnnam SAMINOR guoradallamin?

### Diabetes mellitus diagnostihkka lasj vædtsaga SAMINOR:an

Varraátsálvísá váldeuvvin ja gatjádijma diabiehta birra gatjálvissjemájn sihke SAMINOR 1 ja SAMINOR 2 – klinihkka lasj guoradallama aktijvuodan (dássta duohku gáhtjudip ber mañemusáv SAMINOR 2). SAMINOR 1 diagnostisierijma diabiehtta iehpe-bárák varrasáhk-kára (plássma-glukávssá) ja iesjdiededum diabiehta baktu. Ij lim vejulasj ieredit diabiehtta sládja 1 ja sládja 2 gaskan danen gá ejma jur dav gatjáda, valla ienemusájn la diabiehtta sládja 2 degu badjelin lip tjelggim. SAMINOR 2 guoradallamin duodden mihttiduváj HbA1c (guh-kesájggásasj varrasáhkár). Gá duodden váldá fáron HbA1c mihttimav, duodden iehpe-bárák varrasáhkár ja diedojda majt ietja li buktám, de oadtju ájn buorep vuodov diabiehtta-diagnostisierimij. SAMINOR 2 gatjádálajma aj oassásstijs makkir diabiehtta sládja siján lij, váj besajma dárkkelit guoradallat jur diabiehtta sládja 2. Tabælla 1 vuoset makkir vædtsaga aneduvvin diabiehta diagnostisierimij SAMINOR 1 ja SAMINOR 2 aktijvuodan.

	Gatjálvissjiemá baktu diededibme	Iehpe-båråk varrasåhkår	HbA1c	Diabiehtta-sládja
SAMINOR 1	Juo	Juo	Ij	Diabetes mellitus (gájka slája tjoahkkidum)
SAMINOR 2	Juo	Juo	Juo	Vejulasj ieredit diabiehtta slája 1 ja slája 2 gaskan

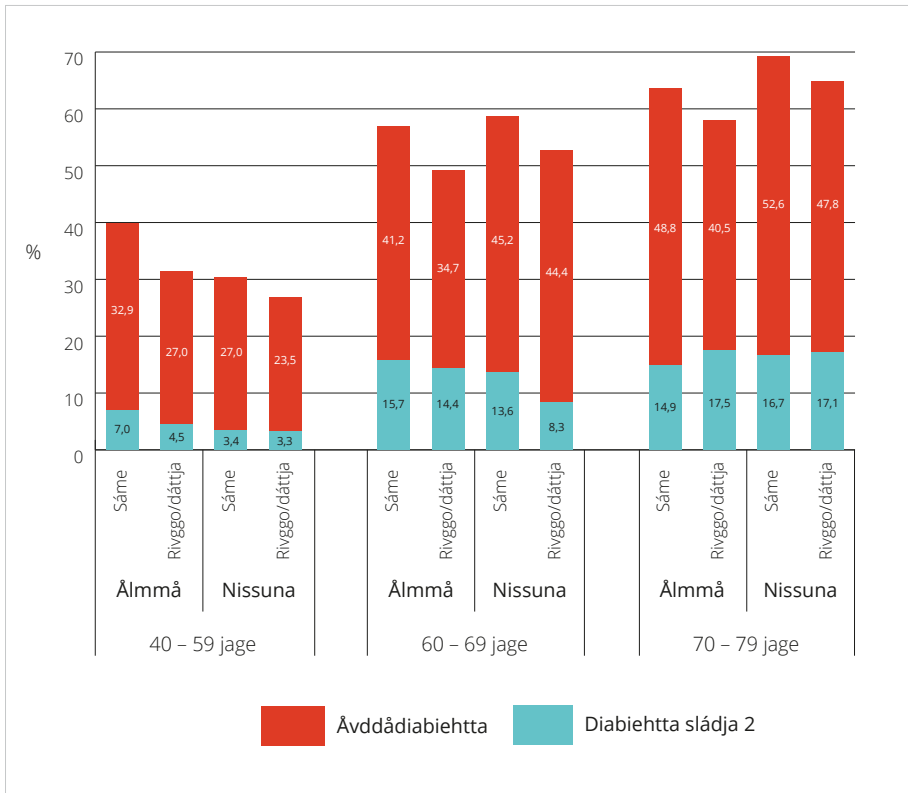
Tabælla 1: Gåktu diabiehtta diagnåvsåv biejjama SAMINOR:an.

### Diabiehtta SAMINOR 1 guoradallamin

Diedo SAMINOR 1 (2003–2004, 24 suohkana, áldar 36–79 jage) vuosedin edna viesáda sáme årromguovlojn lidjin skihpasa diabiehtajn (gájka slája tjoahkkidum), valla ábbálattjat ællim sieradusá sámij ja ietjá oassásstij gaskan mij guosská man dábálasj diabiehtta la (9–11). Guovloj gaskan val lidjin sieradusá, sáme Oarjjelij-Råmså guovlos oarjås Nordlánda ja Trøndelåga oarjelsáme guovlojda lidjin ienep skihpasa diabiehtas ja ávddådiabiehtas gå dårtta sæmmi guovlon, madi sáme álmmå Sis-Finnmårkon (Guovdageaidnu/Karášjohka) ællim sæmmi skihpasa gå dårtta álmmå (11). Ietjá guoradallam dårttáj dæssju SAMINOR 1 (2003–2004, 24 suohkana, 36–79 jage) sáme oassásstij vuosedij sámij gaskan gudi årru guovlojn gånå sáme li unneplågon (Råmsån, Nordlándan, Trøndelågan ja Finnmarko merragåtten), lidjin nágim ienebu gudi ietja diabiehttagav diededin sijáj gaskan gudi lidjin tjerdalattjat badjelgehtjaduvvam gå buohtastahtá sijáj gudi ællim tjerdalattjat badjelgehtjaduvvam (12). Sæmmi bále vuosedin gávnnusa iesjdiededum diabiehttagiehtadallamis jut ienep sáme nissuna válldin tablehtajt diabiehta vuosstij gå rivggo (10).

### Diabiehtta SAMINOR 2 guoradallamin

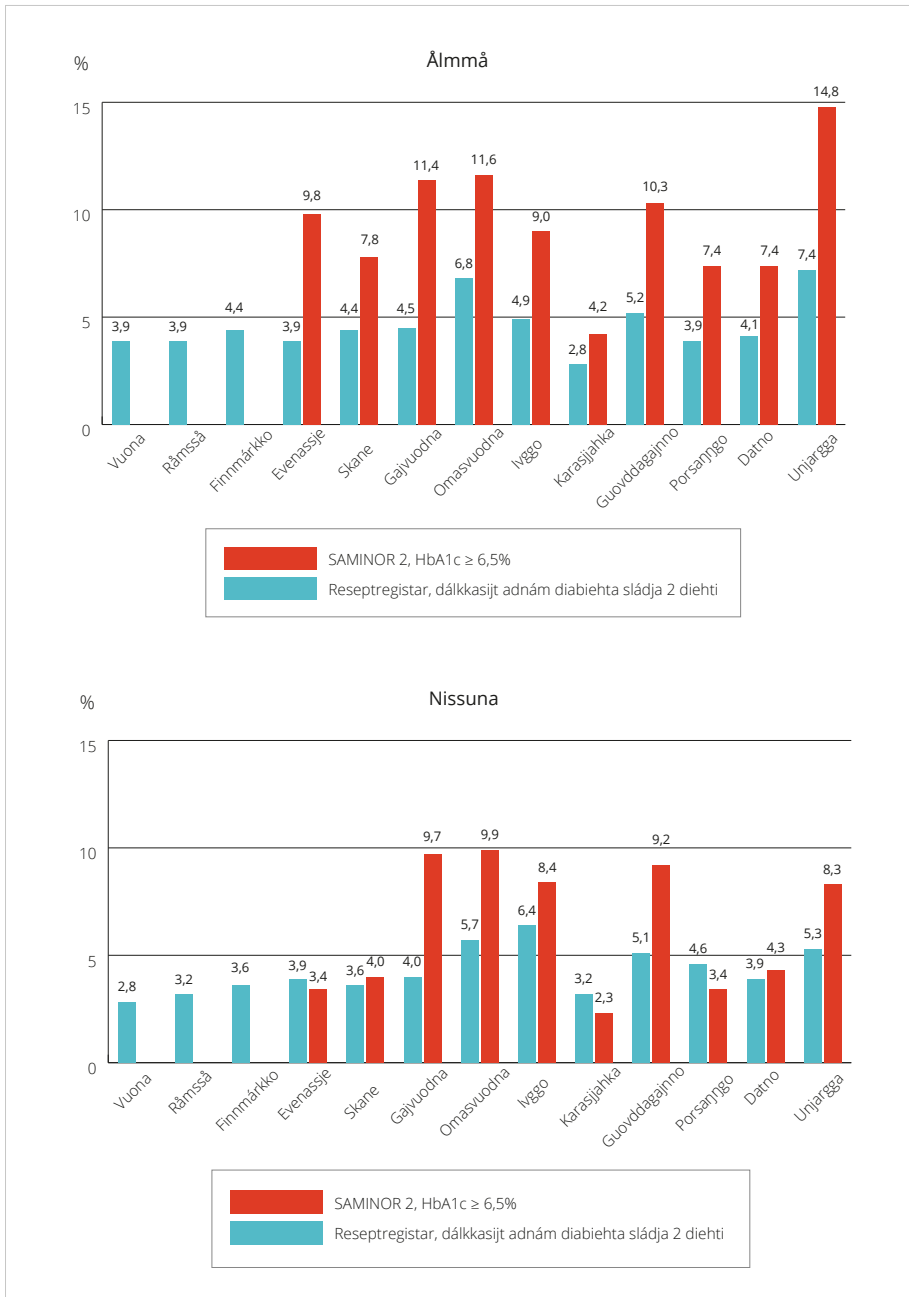
Gåvos 1 vuonet gallásin la ávddådiabiehtta ja diabiehtta sládja 2 sjierve, álldara ja tjerdalasjvuoda milta SAMINOR 2 guoradallamin (2012–2014, 10 suohkana, álldara 40–79 jage). Ábbálattjat lidjin analijsan 5878 álmmå ja nissuna. Sámij gaskan lij ábbálattjat vehi ienep dábálasj diabiehtta sládja 2:ijn gå dårttjaj gaskan (13). Gå álldara milta duolli gallásin la diabiehtta sládja 2, de lidjin 10,8 % sáme álmmåjn ja 9,5 % dårttja álmmåj gaskan. Nissunij gáktuj lidjin sæmmi lågo 8,6 % ja 7,0 %. Ávddådiabiehtasis lij állo, gå álldara milta duolli de lij dat 37,9 % sáme álmmåj, 31,4 % dårttja álmmåj gaskan ja 36,4 % ja 33,5 % sáme nissunij ja rivggoj gaskan. Dát merkaj ienep gå nælljásin juohkka lågev oassásstijn lij diabiehtta sládja 2 jali ávddådiabiehtta, mav galggå måråhit. Jus válldá fárruj HbA1c gå galggå árvustallat jus nágimin la diabiehtta jali ij, laset vejulasjvuodav jut diagnostisieri ienep ulmutjijt diabiehtajn. Ihkap oasse sivås manen SAMINOR 2 guoradallamin lidjin ienebu diabiehtajn gå buohtastahtá SAMINOR 1:ajn.



Gávnos 1: Oasse (%) ávddådiabiehtajn ja diabiehta sládja 2:iin sjierve, álldara ja tjerdalasjvuoda milta. SAMINOR 2 (2012–2014). Gávnos la dagádum tabella milta mij la dáppe almudivvam: Naseribafrouei et al. (13), <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1463786>, © Forfatter, lisenziert under CC BY 4.0.

HbA1c la buorre mihtto gá galggá merustallat man dábalasj diabiehta sládja 2 la. Ietjá vejulasjvuolta la adnet dieđojt Álmmukvarresvuodainstituhta Norgeshelsa statistihkabánkas (<http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no>). Statistihkkabánkan gávnna statistihkav varresvuoda, skihpudagáj ja risskafaktávráj birra, duola degu dieđo Reseptregisstaris makta dálkkasa li aneđuvvam diabiehta sládja 2 giehtadallamij. Dán statistihkkabánka baktu máhtta gávnnat galles giehtadaláđuvvi diabiehta sládja 2 diehti gájka Vuona suohkanijn. Navti gávnnuji de guokta dáhtágáldo ma máhtti vaddet dieđojt diabiehta sládja 2 oablloma birra SAMINOR 2-suohkanijn. Návti máhtta buohtastahttet dav oasev gejna lidjin HbA1c  $\geq 6,5$  % (mij merkaj sij állidi diabiehta sládja 2 diagnávsá gájbbáđusájt) SAMINOR 2:en tállaj Reseptregisstaris birrusij sáemmi ájge. Gávnos 2 vuoset man stuorra oasen lij alla HbA1c (HbA1c  $\geq 6,5$  %) vuosedum SAMINOR 2:en ja galles (álldarin 30–74 jage) giehtadaláđuvvin diabiehta sládja 2 diehti ájggudagán 2012–2014.





Gávos 2: Man stuorra oasen lij alla HbA1c (HbA1c ≥ 6,5 %) vuosedum SAMINOR 2:en ja galles giehtadaláduvvin dálkkasijt diabiehta sládja 2 diehti ájggudagán 2012-2014.

Reseptregisstara lågo vuosedi dan l ge SAMINOR 2-suohkanvies dij g ktuj  lldarin 30 gitta 74 jage  llim s emmi  los gudi oadtjun d lkkasijt diabiehta sl dja 2 diehti g  buohtastahtt  galles diagn vs v oadtjun HbA1c-mihttimij baktu SAMINOR 2:en. Vargga g jka suohkanijn guoradallamin lidjin sul j guovte gierde ienep  lmm  gudi duodaj galgalulun diabiehtajn diagnostisieriduvvat g  buohtastahtt  galles oadtju giehtadallamav dan diehti. Navti 1 aj nissunij vuoksjuj, valla ij sáemmi  llo suohkanijn g   lmm j vuoksjuj. Ajtu vuojnep ienemus suohkanijn hiehipi d  guokta d ht g ldo aktij mij guosská makkir suohkana li baddjen ja makkir suohkana li vuollen oassen. Danen g  d n g vvusin d ssju lip mihttim diabiehta SAMINOR 2:en HbA1c baktu ja ep la diabiehta iesjdiededibm j gehtjadam, de li ihkpa t lla vehi vuolebun g  mij la duohta. N gin gallegasj diabetihkk ra soajttá nav buoragit vuorb stuvvam giehtadallamijn ja iellemvuohkem lssomijn v j sij  HbA1c- rvo li vuollelin 6,5 % SAMINOR 2 t llajt ij m hte njuolgga buohtastahttet Reseptregisstara t llajda danen g  mij  oassálasste li vehi vuorrasabbo. SAMINOR 2 oassálasste lidjin álldarin 40-79 jage, madi Reseptregisstarin li ulmutja gudi li 30-74 jagága. Duodden la mij n alep oassálasstem prosentaj milta vuorrasap  ldarjuohkusijn g  nuorap, sierraláhkáj  lmm j gaskan, danen li mij  oassálasste  jn vil vuorrasappo. Duodden e g jka diabetihkk ra diabiehta-d lkkasijt ane. D  vidjura muhtem mudduj m hti tjelggit ieridisájt guovte  jnas d ht g ldo gaskan. Ajtu la oasse diabiehtajn il  allak moatten d js rabdaguovlo suohkanijn.

SAMINOR 2-oassálasste li  llessjattuga álldarin 40-79 jage. Jus la nuorap g  40 jage de la dujna unnep risska oadtjot diabiehta sládja 2, ja jus la nuorap g  30 jage de skihpudahka vargga ij gávnnu. V jku  ldara milta divudip de la diabiehta sládja 2 SAMINOR 2:en ienep dábálasj g  vuona  lmmugin  bb lattjat áldarjuohkusin 30-89 jage (6,8 %–7,5 %) (8), sierraláhkáj  lmm j vuoksjuj.

### Ienep diabiehta 10 jage nalluj

Ietj  miellagiddis gatj lvis varresvuodabarggijda la makta skihpudagá lass ni, li sáemmi d sen jali binnu  jge b le. G vnnusa  bb lattjat (dat oasse  lmmugis g enna 1 n gin skihpudahka) soajtti lassánit jus sjaddi ienep vuoras ulmutja (jus risska skihpp t lass n vuoras-time milta, degu la diabiehta sl dja 2:ijn), jus pasienta guhkebu viessu skihpudag jn jali jus ienebu skihpp ji. Danen la  jnas gehtjadit  d  d hp dus jt ma badj ni vissa  jggudag n, da g htjoduvvi insidenta d hp dus . SAMINOR-guoradallama tjad  lip guoradallam ulmutjiit gudi oass lasstin sihke SAMINOR 1:an ja 2:en ja gehtjadam lip galles sij js oadtjun diabiehta  jggudag n guoradallamij gaskan (14). Tab ella 2 vuoset man stuorra oasse (%) oass lasstijs gudi oadtjun diabiehtav sl dja 2 birrusij 8 jagij badjel.

	Man vuoras gå lij SAMINOR 1	Gájkka, % (galles)	Ij sábmme, % (galles)	Sáme, % (galles)
Álmmá	30, 36–52 jage	5,0 (34)	4,4 (17)	5,8 (17)
	53–71 jage	8,3 (62)	7,9 (36)	9,3 (26)
	Tjoahkkáj	6,7 (96)	6,3 (53)	7,5 (43)
Nissuna	30, 36–52 jage	3,5 (34)	3,1 (17)	4,1 (17)
	53–71 jage	8,1 (69)	8,0 (44)	8,3 (25)
	Tjoahkkáj	5,6 (103)	5,5 (61)	5,9 (42)

Tabælla 2: Risska oadtjot diabetes mellitus SAMINOR 1 ja SAMINOR 2 gaskan. Tjoahkkáj lidjin 3249 álmhá ja nissuna analijsan. Tálla tjielggijj galla ádá dáhpádusá lidjin ja %-oasse gudi oadtjun diabiehta sládja 2. Dá báhtusa li ávddála dáppe almoduvvam: Naseribafrouei et al. (14) <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0399-7>, © Forfatter, lisenziert under CC BY 4.0.

Dánna vuojnnep dan 3249 ulmutja gaskan gejt tjuovojma gasskamærrásattjat 8 jage badjel, de dássju 7,5 % sáme álmhájs ja 6,3 % dáttjajs oadtjun diabiehta sládja 2. Nissunij gáktuj lidjin 5,9 % sáme nissuna ja 5,5 % rivgojs gudi oadtjun diabiehtav sládja 2. Da ieridisá li smáve, ja ejma ga gávna ieridisájt sámij ja dáttjaj gaskan ádá diabiehta-skihppijs (insidens) gávtse jage gávdan dán låge suohkanin.

## Tjoahkkájgæsos

SAMINOR 1 ja SAMINOR 2 lågo vuosedi diabiehtav sládja 2 málssu dan milta gáktu mihtti, valla ábbálettjat vuosedi SAMINOR báhtusa diabiehta-lågo li muodástuhte allaga mijá moattetjerdalasj álmhága gaskan nuorttalin. Nágin analijsa vuosedi sámij la ienep ávddádiabiehta ja diabiehtav sládja 2 gå ietjá viesáda daj sæmme geografijalasj guovlojn. Giena, alla áldar ja tjerdalasjuohta li faktávrá ma vájkkudi risskaj oadtjot diabiehtav sládja 2, valla daj ij heva ráddi. Ietjá vidjura ma máhtti binnedit riskav oadtjot diabiehtav sládja 2 jali skihpudagáv kontrálla vuolen anedit: varres ja vuogas biebmó, labudallat ja ij ilá buojddot jali binnedit dáttov jus juo la buojdde. Buorre hierediddje dájma máhtti liehket jut suohkana varresvuodadievnastusá, varresvuodaskihppijsuttára, skávlá, iellemvuohkeguovdátja ja luovvoj siebre aktan manni dilev látjájit dáhpádusájda majda moadda áldarjuohkusa ja dáse bessi sæbrrat.

Sæmme bále la ájnas tjuovvolit diabiehta lågojt moattetjerdalasj álmhága gaskan nuorttalin vijddásappot ávddálij guovlluj ja lagábut gehtjadit álmhága vijddáp geografijalasj guovlon. Danen sjaddá diabiehta guovdásj ássjen aj SAMINOR 3 guoradallamin. SAMINOR 3 ádá gávnusij siegen, máhtta mijá dutkam aneduvvat vædtsagin váj áttjudip hiebadum varresvuodadievnastusájt sáme ja moattetjerdalasj suohkanijn.





## Referánsa

1. Anderson I, Robson B, Connolly M, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet* 2016;388(10040):131-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7).
2. Naqshbandi M, Harris SB, Esler JG, et al. Global complication rates of type 2 diabetes in Indigenous peoples: A comprehensive review. *Diabetes Res Clin Pract* 2008;82(1):1-17. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2008.07.017>.
3. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. (sist faglig oppdatert 16. mars 2021, lest 12. mai 2021). [Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>].
4. Berg JP. HbA1c as a diagnostic tool in diabetes mellitus. *Norsk Epidemiologi* 2013;23(1):5-8. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i1.1596>.
5. Stene LC, Ruiz PL, Åsvold BO, et al. Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2020;140(17). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0849>.
6. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS 9th edition 2019. GLOBAL Fact sheet. [Tilgjengelig fra: [https://diabetesatlas.org/data/upload/download/global\\_factsheet\\_en.pdf](https://diabetesatlas.org/data/upload/download/global_factsheet_en.pdf)].
7. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2019;157:107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>.
8. Ruiz PLD, Stene LC, Bakken IJ, et al. Decreasing incidence of pharmacologically and non-pharmacologically treated type 2 diabetes in Norway: a nationwide study. *Diabetologia* 2018;61(11):2310-8. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4681-4>.
9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. 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(1):17-24. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Broderstad AR, Melhus M. Prevalence of metabolic syndrome and diabetes mellitus in Sami and Norwegian populations. The SAMINOR—a cross-sectional study. *BMJ Open* 2016;6(4):e009474. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009474>.

11. Naseribafrouei A, Eliassen BM, Melhus M, et al. Ethnic difference in the prevalence of pre-diabetes and diabetes mellitus in regions with Sami and non-Sami populations in Norway – the SAMINOR1 study. *Int J Circumpolar Health* 2016;75:31697. <http://doi.org/10.3402/ijch.v75.31697>.
12. Hansen KL. Ethnic discrimination and health: the relationship between experienced ethnic discrimination and multiple health domains in Norway's rural Sami population. *Int J Circumpolar Health* 2015;74:25125. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.25125>.
13. Naseribafrouei A, Eliassen BM, Melhus M, et al. Prevalence of pre-diabetes and type 2 diabetes mellitus among Sami and non-Sami men and women in Northern Norway – The SAMINOR 2 Clinical Survey. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1463786. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1463786>.
14. Naseribafrouei A, Eliassen BM, Melhus M, et al. Estimated 8-year cumulative incidence of diabetes mellitus among Sami and non-Sami inhabitants of Northern Norway – The SAMINOR Study. *BMC Endocr Disord* 2019;19(1):66. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0399-7>.

*Kapittel 7:* <https://doi.org/10.7557/7.6469>



## 7 | DIABETES MELLITUS I SAMINOR-KOMMUNENE

*Ann Ragnhild Broderstad, Ali Naseribafrouei, Bjarne K. Jacobsen og Marita Melhus*



### Sammendrag

Diabetes mellitus (sukkersyke) er en kronisk stoffskiftesykdom karakterisert ved for høyt sukkerinnhold i blodet. Insulin er nødvendig for at kroppens celler skal kunne ta opp og forbrenne sukker fra blodet. Ved diabetes type 2 virker ikke insulinet som kroppen produserer godt nok. Dermed blir mye av sukkeret værende i blodet. Diagnosen blir derfor stilt ved å måle blodsukkeret. Økende alder, fedme, usunt kosthold og lite fysisk aktivitet er viktige årsaker til at noen får diabetes type 2, i tillegg til at gener spiller en stor rolle. Forekomsten av diabetes type 2 øker raskt i verden, og sykdommen er også veldig vanlig i Norge.



Gjennom SAMINOR-undersøkelsen har vi undersøkt utbredelsen av diabetes mellitus i samiske bosettingsområder, spesielt diabetes type 2. Sukkernivået i blodet er målt på to måter: plasma-glukose (blodsukker) (i både SAMINOR 1 og SAMINOR 2) og HbA1c (langtidsblodsukker) (kun i SAMINOR 2). I tillegg ble deltakerne spurt i spørreskjema om de hadde diabetes.

Dette kapittelet presenterer de viktigste diabetes-funnene fra SAMINOR og er i hovedsak basert på Ali Naseribafroueis doktorgrad fra 2019. Resultatene viser at det er foruroligende høye diabetestall i vår fleretniske befolkning i nord. I noen kommuner har over 10 % av innbyggerne i alderen 40–79 år diabetes type 2. Diabetes er vanlig både blant kvinner og menn, uansett om de er samer eller ikke. Enkelte analyser viser en litt høyere forekomst av diabetes og prediabetes (forstadiet til diabetes) blant samer, men det er generelt liten forskjell mellom samer og andre innbyggere i samiske bosettingsområder.

## Bakgrunn

Kroniske livsstilssykdommer har utviklet seg til å bli en global epidemi både i Norge og verden ellers. Eksempler på kroniske livsstilssykdommer er hjertesykdommer som hjerteinfarkt og hjertekrampe, diabetes mellitus type 2, hjerneslag, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og kreftsykdommer. Mange av pasientene som oppsøker helsevesenet er diagnostisert med en eller flere livsstilssykdommer, hvorav diabetes mellitus type 2 utgjør en betydelig andel.

Verdens urfolk lever i de fleste tilfeller som minoriteter i sine boområder, og ulike helse-rapporter har påpekt at urfolksgrupper over hele verden har dårligere helse og sosiale forhold enn majoritetsbefolkningen (1,2). Mange store forskningsstudier har dokumentert høye andeler av livsstilssykdommer i urfolks- og minoritetsgrupper, til tross for at disse sykdommene har tilkommet ganske nylig i disse gruppene sammenliknet med majoritets-befolkningen i de ulike land (1). Forandring i livsstil og levevilkår er løftet fram som viktige forklaringsfaktorer på rask økning av sykdommer og uønskede nivåer av flere helseindikatorer. Gjennom SAMINOR-undersøkelsen foreligger det nå informasjon om utbredelse av diabetes mellitus i samiske bosetningsområder på norsk side av Sápmi, spesielt diabetes type 2. Dette kapittelet gir en oversikt over forskningsfunnene.

## Hva er diabetes mellitus?

Diabetes mellitus (sukkersyke) er en kronisk stoffskiftesykdom karakterisert ved for høyt sukkerinnhold i blodet (høy konsentrasjon av glukose i plasma). Kroppens organer trenger sukker som drivstoff, og for at sukkeret skal slippe inn i de ulike cellene, må hormonet insulin være «portåpner». Ved mangel på insulin eller «feil på porten», oppstår sykdommen diabetes mellitus (ofte bare kalt diabetes, noe vi også gjør i dette kapittelet). De vanligste formene for diabetes er type 1 og type 2. Pasienter med diabetes type 1 har manglende produksjon av insulin og må derfor tilføre kroppen insulin resten av livet. Sykdommen

oppstår oftest i barneårene, men kan også oppstå hos voksne. Man vet ikke sikkert årsaken til at noen får diabetes type 1. Diabetes type 2 er betydelig vanligere enn type 1 og er forårsaket av at kroppen behøver større mengder insulin enn det den klarer å lage fordi insulinet virker dårligere (dette fenomenet kalles insulinresistens). Det er mange ulike faktorer som har betydning for hvem som utvikler diabetes type 2. Risikoen er betydelig høyere hvis nære slektninger har sykdommen, og risikoen øker også med alderen. I tillegg spiller fedme, kosthold og lite fysisk aktivitet en viktig rolle. Dette er grunnen til at sykdommen kalles en livsstilssykdom.

## Hvordan diagnostiseres diabetes mellitus?

Diagnosen diabetes mellitus stilles ved å måle blodsukkeret (plasma-glukose) og/eller langtidsblodsukkeret, HbA1c, som er en blodprøve som angir gjennomsnittlig konsentrasjon av blodsukker over en periode på åtte til tolv uker (3). Ved bruk av HbA1c unngår man at pasienten må faste før målingen, og det er heller ingen døgnvariasjon i måleresultatene.

Helsedirektoratet anbefaler at diagnosen diabetes stilles ved:

1. Langtidsblodsukker (HbA1c)  $\geq 48$  mmol/mol (6,5 %) eller
2. Fastende plasma-glukose  $\geq 7,0$  mmol/L eller
3. Plasma-glukose  $\geq 11,1$  mmol/L to timer etter en oral glukosetoleransetest (sukkerbelastningstest).

Siden 2012 har Helsedirektoratet anbefalt å bruke HbA1c  $\geq 6,5$  % for å stille diagnosen diabetes. Spesielt diabetes type 2 diagnostiseres ved hjelp av HbA1c. Dersom man får en verdi over 6,5 %, må dette bekreftes av en ny blodprøve før diagnosen kan stilles. Hvis en person har plasma-glukose  $\geq 11,1$  mmol/L i en blodprøve (fastende eller ikke) og i tillegg har symptomer på diabetes, er det ikke behov for ny prøve før diagnosen stilles. HbA1c regnes også for å være et godt verktøy både i klinisk praksis og i forskning (4).

Forstyrrelser i sukkeromsetningen (nedsatt evne til å nedbryte sukker) kalles for pre-diabetes og er et forstadium til diabetes type 2. Diagnosen prediabetes stilles hvis HbA1c er i området 40 mmol/mol (5,7 %) til 47 mmol/mol (6,4 %). Personer som har prediabetes har stor risiko for å utvikle diabetes, men ved livsstilsendring (særlig slanking og økt fysisk aktivitet), kan denne risikoen reduseres.

## Konsekvenser av diabetes type 2

Ubehandlet diabetes type 2 har mange alvorlige følgetilstander, som blindhet, nyresvikt, hjertesykdommer, hjerneslag og fotsår. Forebygging, tidlig diagnostisering og god behandling er derfor helt nødvendig for å unngå disse farlige følgetilstandene.

## Hyppighet av diabetes i Norge, globalt og blant urfolk og minoriteter

En ny, norsk rapport angir at det i Norge nå er omtrent 330 000 personer som har diabetes (type 1 eller type 2) (5). Dette betyr at omtrent 6 % av Norges befolkning har diabetes. Det antas at 60 000 av disse ikke vet at de har sykdommen, det vil si at sykdommen er udiagnostisert (5). I aldersgruppen 30–89 år anslås det at forekomsten er mellom 6,8 % og 7,5 % (5). Diabetes type 2 er absolutt den mest vanlige diabetestilstanden. Omtrent 90 % av alle diabetikere har denne typen. Diabetes type 2 er definert som en epidemisk sykdom internasjonalt pga. global utbredelse og rask økning. The International Diabetes Federation (IDF) anslo i 2019 at omtrent 463 millioner voksne personer hadde diabetes på verdensbasis, inkludert alle typer diabetes, og antallet er raskt økende (6,7). I 2045 beregnes det å være 700 millioner personer med diabetes i verden, hvor økningen er størst i Sørøst-Asia og Afrika. Samtidig regner man med at 4 av 5 med udiagnostisert diabetes lever i lavinntektsland (6,7).

Til tross for at Norge er en velferdsstat med et godt helsetilbud for alle innbyggere, er det likevel en økning av diabetes også her i landet, men ikke i samme grad som i mange lavinntektsland. Det er interessant å merke seg at noen data tyder på at risikoen for å få diabetes type 2 ikke lenger øker i Norge, men fordi det blir flere eldre i befolkningen, vil andelen av nordmenn som har diabetes likevel øke i årene som kommer (5,8). Økningen i andel eldre i befolkningen har ført til at det de siste 30 årene har vært en tredobling av pasienter med diabetes type 2, noe som tilsier at pasienter med diabetes type 2 får god behandling og kan leve lenge med sin kroniske livsstilssykdom.

## Hva har vi funnet i SAMINOR?

### Diagnostiske verktøy for diabetes mellitus i SAMINOR

Det ble tatt blodprøver og spurt om diabetes i spørreskjema både i SAMINOR 1 og i SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen (videre i kapittelet kaller vi sistnevnte kun for SAMINOR 2). I SAMINOR 1 ble diabetes diagnostisert gjennom ikke-fastende blodsukker (plasma-glukose) og selvrapportert diabetes. Det var ikke mulig å skille mellom diabetes type 1 og type 2, fordi det ikke ble spurt spesifikt om dette, men de aller fleste har altså diabetes type 2. I SAMINOR 2 ble det i tillegg foretatt måling av HbA1c (langtidsblodsukkeret). Ved å inkludere måling av HbA1c, i tillegg til ikke-fastende blodsukker og selvrapportert informasjon, får man et enda bedre grunnlag for diagnostisering av diabetes. I SAMINOR 2 ble deltakerne også spurt om hvilken type diabetes de hadde, noe som gjorde det mulig å studere spesifikt diabetes type 2. Tabell 1 viser en oversikt over verktøy brukt til diagnostisering av diabetes i henholdsvis SAMINOR 1 og SAMINOR 2.

	Selvrapportert spørreskjema	Ikke-fastende blodsukker	HbA1c	Type diabetes
SAMINOR 1	Ja	Ja	Nei	Diabetes mellitus (alle typer samlet)
SAMINOR 2	Ja	Ja	Ja	Mulig å skille mellom diabetes type 1 og type 2

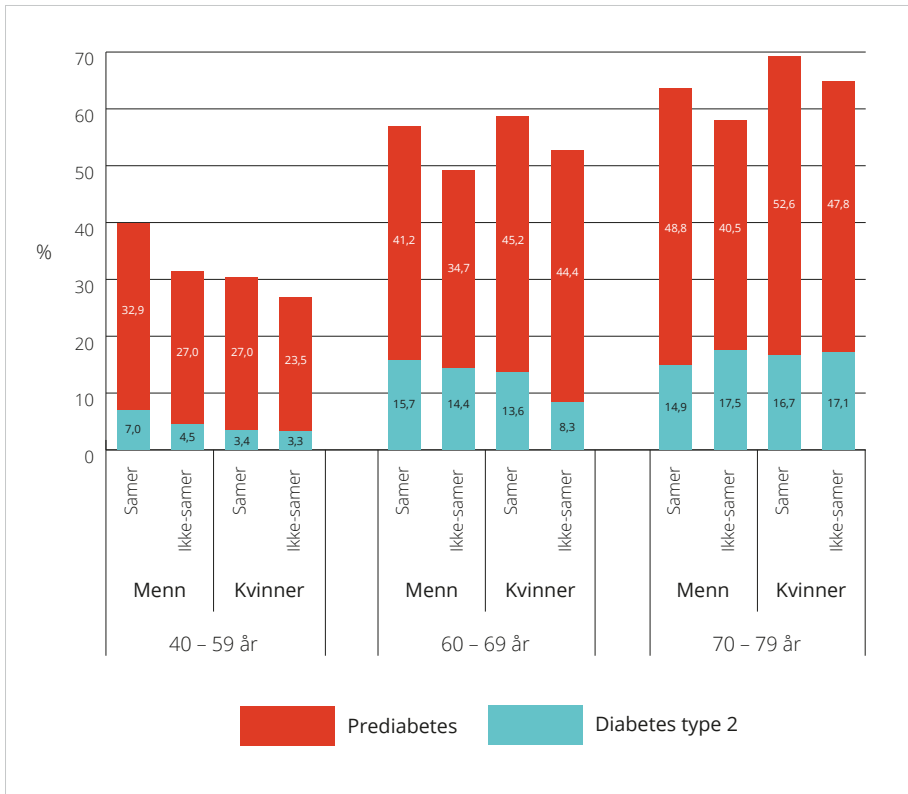
Tabell 1: Oversikt over hvordan diabetes-diagnosen ble stilt i SAMINOR.

### Diabetes i SAMINOR 1

Data fra SAMINOR 1 (2003–2004, 24 kommuner, alder 36–79 år) viste at mange innbyggere i samiske bosettingsområder hadde diabetes (alle typer samlet), men man fant totalt sett ingen forskjell mellom samer og øvrige deltakere når det gjaldt forekomst av diabetes (9–11). Det var derimot regionale forskjeller, der samer i området fra Sør-Troms og sørover til de sør-samiske områdene i Nordland og Trøndelag hadde en høyere forekomst av diabetes og prediabetes enn ikke-samer i samme område, mens samiske menn i indre Finnmark (Kautokeino/Karasjok) hadde lavere forekomst enn ikke-samiske menn (11). En annen studie basert på data fra kun de samiske deltakerne i SAMINOR 1 (2003–2004, 24 kommuner, 36–79 år) viste at for samer bosatt i områder hvor samer er i minoritet (Troms, Nordland, Trøndelag og kysten av Finnmark), var det en høyere forekomst av selvrapportert diabetes blant de som hadde blitt utsatt for etnisk diskriminering sammenliknet med de som ikke var blitt etnisk diskriminert (12). Samtidig viste funn om selvrapportert diabetesbehandling at tablettbehandling av diabetes forekom hyppigere blant samiske kvinner enn blant ikke-samiske kvinner (10).

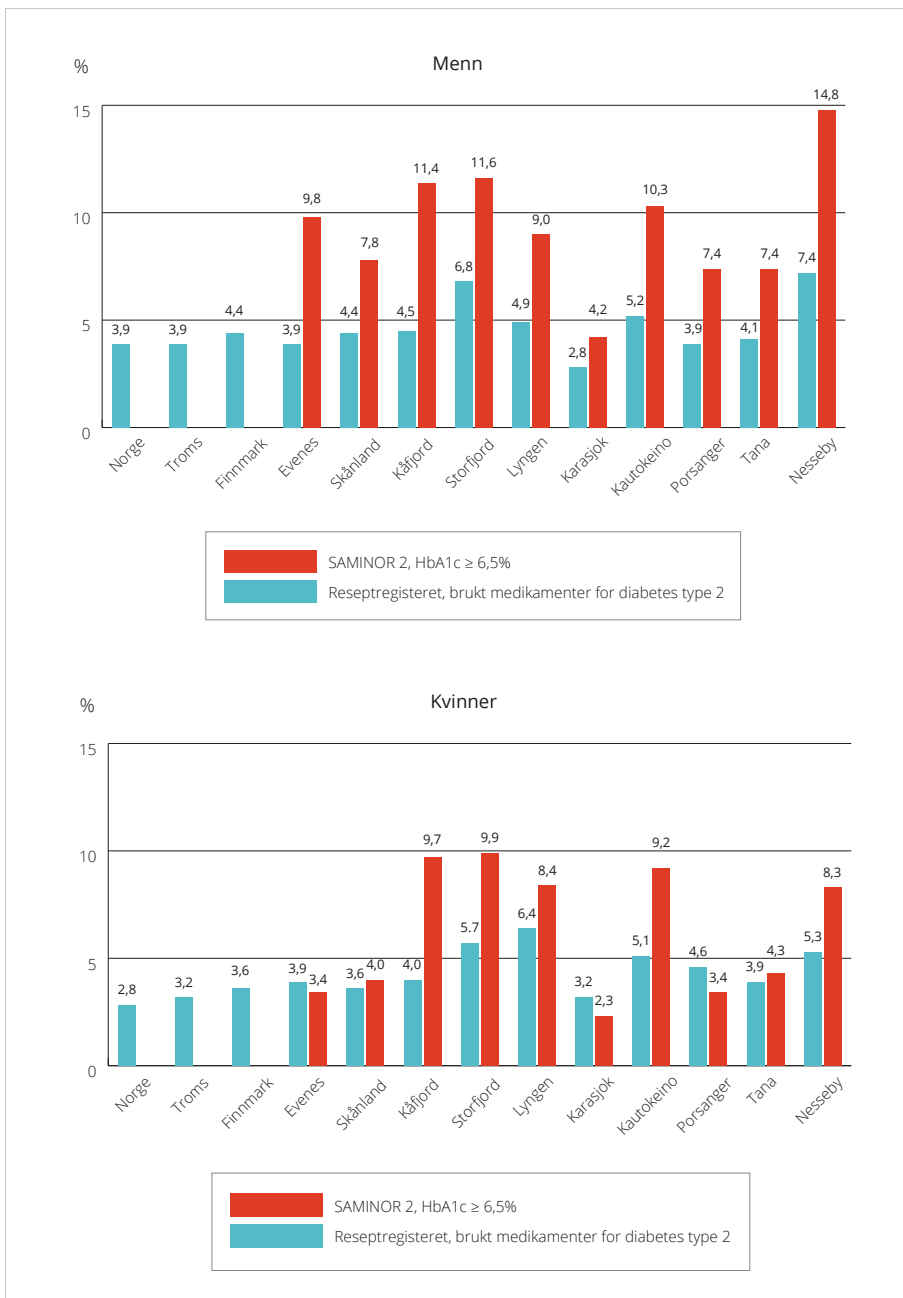
### Diabetes i SAMINOR 2

Figur 1 viser andelen med prediabetes og diabetes type 2 etter kjønn, alder og etnisitet i SAMINOR 2 (2012–2014, 10 kommuner, alder 40–79 år). Totalt inkluderte analysen 5878 menn og kvinner. Samer hadde generelt sett litt høyere forekomst av diabetes type 2 og prediabetes enn ikke-samer (13). Den aldersjusterte forekomsten av diabetes type 2 var 10,8 % blant samiske menn og 9,5 % blant ikke-samiske menn. For kvinner var de tilsvarende tallene 8,6 % og 7,0 %. Forekomsten av prediabetes var meget høy; aldersjustert forekomst var henholdsvis 37,9 % og 31,4 % for samiske og ikke-samiske menn og 36,4 % og 33,5 % for samiske og ikke-samiske kvinner. Det betyr at mer enn fire av ti deltakere hadde diabetes type 2 eller prediabetes, noe som absolutt gir grunn til bekymring. Inkludering av HbA1c i vurderingen av om en person har diabetes eller ikke, øker sjansene for å diagnostisere flere med diabetes. Det kan være noe av forklaringen på hvorfor det er høyere andel med diabetes i SAMINOR 2 sammenliknet med SAMINOR 1.



Figur 1: Andelen (%) med prediabetes og diabetes type 2 etter kjønn, alder og etnisitet. SAMINOR 2 (2012–2014). Figuren er laget ut fra en tabell publisert i: Naseribafrouei et al. (13), <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1463786>, © Forfattere, lisensiert under CC BY 4.0.

HbA1c er et godt mål for å beregne utbredelse av diabetes type 2. En annen mulighet er å bruke informasjon fra Norgeshelse statistikkbank (<http://www.norgeshelse.no/norgeshelse/?language=no>) ved Folkehelseinstituttet. Statistikkbanken inneholder statistikk om helse, sykdom og risikofaktorer, blant annet informasjon fra Reseptregisteret om bruk av legemidler til behandling av diabetes type 2. Gjennom denne statistikkbanken kan en finne hvor mange som behandles for diabetes type 2 i alle kommuner i Norge. Det foreligger altså datakilder som kan gi informasjon om utbredelse av diabetes type 2 i SAMINOR 2-kommunene. Dette gir mulighet for å sammenlikne andelen som hadde HbA1c  $\geq 6,5$  % (dvs. kvalifiserte for diagnosen diabetes type 2) i SAMINOR 2 med tall fra Reseptregisteret i omtrent samme periode. Figur 2 viser andel med høy HbA1c (HbA1c  $\geq 6,5$  %) påvist i SAMINOR 2 og andel personer (i alderen 30–74 år) som ble behandlet for diabetes type 2 i perioden 2012–2014.



Figur 2: Andel med høy HbA1c (HbA1c ≥ 6,5 %) påvist i SAMINOR 2 og andel personer medikamentelt behandlet for diabetes type 2 i perioden 2012–2014 i de ti SAMINOR 2-kommunene.

Tallene fra Reseptregisteret viser at for innbyggerne i de ti SAMINOR 2-kommunene i aldersgruppen 30 til 74 år var det færre som fikk medisin for diabetes type 2 sammenliknet med hvor mange som fikk diagnosen basert på HbA1c-målinger i SAMINOR 2. I nesten alle inkluderte kommuner var det omtrent dobbelt så mange menn som kvalifiserte for diagnosen diabetes sammenliknet med hvor mange som får behandling for dette. Dette er også trenden for kvinner, men ikke i like mange kommuner som for menn. Vi ser likevel at for de fleste av kommunene er det samsvar mellom de to datakildene når det gjelder hvilke kommuner som ligger høyt og hvilke kommuner som ligger lavt i andel. Siden vi i denne figuren kun har målt diabetes i SAMINOR 2 ved hjelp av HbA1c og ikke har tatt hensyn til selvrappotering av diabetes, kan tallene være noe lavere enn det som er reelt. Noen få diabetikere kan ha hatt så god effekt av behandling og livsstilsendring at deres HbA1c-verdier ligger under 6,5 %. Tallene fra SAMINOR 2 er ikke direkte sammenliknbare med Reseptregisterets tall siden våre deltakere er noe eldre. Deltakerne i SAMINOR 2 var i alderen 40–79 år, mens Reseptregisteret har inkludert personer i aldersintervallet 30–74 år i sin oversikt. I tillegg har vi høyere prosentvis deltakelse i de eldste aldersgruppene sammenliknet med de yngste, særlig blant menn, noe som fører til ytterligere overvekt av eldre i vårt utvalg. Videre er det ikke alle diabetikere som bruker diabetesmedisin. Dette er forhold som til en viss grad kan forklare forskjellene mellom to viktige datakilder. Likevel er andelen med påvist diabetes bekymringsfull høy i flere av disse distriktskommunene.

SAMINOR 2-deltakerne er godt voksne personer i alderen 40–79 år. Aldersgruppen under 40 år har lavere risiko for å få diabetes type 2; det er en nærmest ikke-eksisterende sykdom blant de som er yngre enn 30 år gamle. På tross av forbehold om alder er hyppigheten av diabetes type 2 i SAMINOR 2 (13) høyere enn i den norske befolkningen i aldersgruppen 30–89 år (6,8 %–7,5 %) (8), særlig for menn.

### Nye tilfeller av diabetes i løpet av 10 år

Et annet interessant spørsmål for helsearbeidere er om forekomsten av sykdommer over tid øker, holder seg stabil eller avtar. Forekomsten totalt (den andel av befolkningen som har en sykdom) kan øke hvis det blir flere eldre (hvis risikoen for å bli syk øker med alderen, slik det er med diabetes type 2), hvis pasientene lever lenger med sykdommen eller hvis det blir flere som blir syke. Det er derfor viktig å se på antall nye tilfeller som oppstår i en gitt tidsperiode, det kalles for insidente tilfeller. Gjennom SAMINOR-undersøkelsen har vi studert personer som deltok i både SAMINOR 1 og 2 og sett på hvor mange av disse som utviklet diabetes i perioden mellom undersøkelsene (14). Tabell 2 viser hvor stor andel (%) av deltakerne som fikk diabetes type 2 i løpet av ca. 8 år.



	Alder i SAMINOR 1	Alle, % (antall)	Ikke-samer, % (antall)	Samer, % (antall)
Menn	30, 36–52 år	5,0 (34)	4,4 (17)	5,8 (17)
	53–71 år	8,3 (62)	7,9 (36)	9,3 (26)
	Totalt	6,7 (96)	6,3 (53)	7,5 (43)
Kvinner	30, 36–52 år	3,5 (34)	3,1 (17)	4,1 (17)
	53–71 år	8,1 (69)	8,0 (44)	8,3 (25)
	Totalt	5,6 (103)	5,5 (61)	5,9 (42)

Tabell 2: Risiko for å utvikle diabetes mellitus mellom SAMINOR 1 og SAMINOR 2. Totalt inngår 3249 menn og kvinner i analysen. Tallene angir antall nye tilfeller og %-andel som fikk diabetes type 2. Disse resultatene er tidligere publisert i: Naseribajrouei et al. (14) <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0399-7>, © Forfattere, lisensiert under CC BY 4.0.

Her ser vi at blant de 3249 personene som kunne følges over gjennomsnittlig 8 år, så var det 7,5 % av samiske menn og 6,3 % av ikke-samiske menn som utviklet diabetes type 2. For kvinner var det 5,9 % av samiske kvinner og 5,5 % av ikke-samiske kvinner som utviklet diabetes type 2. Disse forskjellene er små, og det ble altså ikke påvist noen forskjell mellom samer og ikke-samer i andel nye tilfeller (insidens) av diabetes i en åtteårsperiode i disse ti kommunene.

## Oppsummering

Tall fra SAMINOR 1 og SAMINOR 2 viser ulik forekomst av diabetes type 2 avhengig av hvilke målemetoder man bruker, men generelt viser resultatene fra SAMINOR foruroligende høye tall i vår fleretniske befolkning i nord. Enkelte analyser viser en høyere forekomst av prediabetes og diabetes type 2 blant samer sammenliknet med andre innbyggere i de samme geografiske områdene. Gener, høy alder og etnisk bakgrunn er faktorer som påvirker risikoen for å utvikle diabetes type 2, men som det ikke er mulig å gjøre så mye med. Derimot er det andre forhold som kan redusere risikoen for å få diabetes type 2 eller holde sykdommen under kontroll: et sunt og godt kosthold, å være fysisk aktiv og å holde vekta nede eller gå ned i vekt ved overvekt eller fedme. Gode forebyggende tiltak kan være at kommunale helsetjenester, helsesykepleiere, skoler, livsstsentraller og frivillige organisasjoner går sammen om å tilrettelegge for aktivitetstilbud for befolkningen i ulike aldersgrupper og nivå.

Samtidig er det viktig å følge utviklingen av diabetesforekomsten i den fleretniske befolkningen i nord videre fremover og studere befolkningen i et større geografisk område. Derfor blir diabetes et sentralt tema også i SAMINOR 3. Sammen med nye funn fra SAMINOR 3, kan vår forskning brukes som redskap for å utvikle tilrettelagte helsetjenester i samiske og fleretniske kommuner.



## Referanser

1. Anderson I, Robson B, Connolly M, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet* 2016;388(10040):131-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7).
2. Naqshbandi M, Harris SB, Esler JG, et al. Global complication rates of type 2 diabetes in Indigenous peoples: A comprehensive review. *Diabetes Res Clin Pract* 2008;82(1):1-17. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2008.07.017>.
3. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes. Oslo: Helsedirektoratet, 2016. (sist faglig oppdatert 16. mars 2021, lest 12. mai 2021). [Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>].
4. Berg JP. HbA1c as a diagnostic tool in diabetes mellitus. *Norsk Epidemiologi* 2013;23(1):5-8. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i1.1596>.
5. Stene LC, Ruiz PL, Åsvold BO, et al. Hvor mange har diabetes i Norge i 2020? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2020;140(17). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0849>.
6. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS 9th edition 2019. GLOBAL Fact sheet. [Tilgjengelig fra: [https://diabetesatlas.org/data/upload/download/global\\_factsheet\\_en.pdf](https://diabetesatlas.org/data/upload/download/global_factsheet_en.pdf)].
7. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2019;157:107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>.
8. Ruiz PLD, Stene LC, Bakken IJ, et al. Decreasing incidence of pharmacologically and non-pharmacologically treated type 2 diabetes in Norway: a nationwide study. *Diabetologia* 2018;61(11):2310-8. <https://doi.org/10.1007/s00125-018-4681-4>.
9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. 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(1):17-24. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Broderstad AR, Melhus M. Prevalence of metabolic syndrome and diabetes mellitus in Sami and Norwegian populations. The SAMINOR—a cross-sectional study. *BMJ Open* 2016;6(4):e009474. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009474>.



11. Naseribafrouei A, Eliassen BM, Melhus M, et al. Ethnic difference in the prevalence of pre-diabetes and diabetes mellitus in regions with Sami and non-Sami populations in Norway – the SAMINOR1 study. *Int J Circumpolar Health* 2016;75:31697. <http://doi.org/10.3402/ijch.v75.31697>.
12. Hansen KL. Ethnic discrimination and health: the relationship between experienced ethnic discrimination and multiple health domains in Norway's rural Sami population. *Int J Circumpolar Health* 2015;74:25125. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.25125>.
13. Naseribafrouei A, Eliassen BM, Melhus M, et al. Prevalence of pre-diabetes and type 2 diabetes mellitus among Sami and non-Sami men and women in Northern Norway – The SAMINOR 2 Clinical Survey. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1463786. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1463786>.
14. Naseribafrouei A, Eliassen BM, Melhus M, et al. Estimated 8-year cumulative incidence of diabetes mellitus among Sami and non-Sami inhabitants of Northern Norway – The SAMINOR Study. *BMC Endocr Disord* 2019;19(1):66. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0399-7>.

*Kapittel 7:* <https://doi.org/10.7557/7.6469>

## 8 METABOVLEN SYNDROVME, BUAJHTEHKSVOETE JÏH ETNISITEETE SAEMIEN JARNGEDAJVINE

*Vilde Lehne Michalsen*



*Guvvie: Jonatan Ottesen, UiT*

### Iktedimmie

Metabovlen syndrovme lea tjomhpe vaahrafaktovrijstie vaajmoe- jih vïrreàerieskiemtjelaside jïh diabetese 2. sàarhte. Daah vaahrafaktovrh leah stueriedamme gaskebullegievlie, jollebe fàástije vïrresohkere, jollebe njeptjeh triglyseridijste, vuelege njeptjeh HDL-kolestroleste (dïhte «hijven» kolestrole), jih jolle vïrretrygke. Daate kapihtele àejviogaavnoeh aktede dâakteregraadeste àehpiedahta mij daata SAMINOR-goerehtimmeste vâaroe-minie àtna. Akte goerehtimmie mij daatah SAMINOR 1 jih SAMINOR 2-goerehtimmeste vuesiehtï lâhkoe metabovlen syndrovmine læssani jaepijste 2003–2004 jaepide 2012–2014,

joekoen älmaj luvnie. Lij smaave jallh ij naan joekehtsh saemiej jñh daaroej gaskem. Ovrehte njieljje ällesth luhkie almetjijstie metabovlen syndrovmem utnin dennie ruraale noerhte-nöörjen ärojedäehkesne jaepine 2012–2014. Almetjh mah lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne jñh mah metabovlen syndrovmem utnin, 50 % stuerebe vaahram utnin vaajmoe- jñh virreäerieskiemtjelassiste jaemedh, viertiestamme almetjigujmie mah idtjin metabovlen syndrovmem utnieh. Jijtse gaskenasjonaale raastearvoeh gäävnesieh gaskebullemöölegidie ovnessie etnihkeles däehkide, men akte studije SAMINOR 1- goerehtimmeste vuesiehti ij lij naan fääntoe jñjtse raastearvoeh nuhtjedh saemide jñh daarojde. Vielie dotkeme daatide SAMINOR 1-goerehtimmeste vuesiehti kråahpemaasseindekse (kilogram/meetere2) jeerehte kråahpejallojne daan ärojedäehkien luvnie, jñh daate viertiestimmieh kråahpemaasseindekseste baajnehte, saemiej jñh daaroej gaskem.

## Aalkoe

### Mij metabovlen syndrovme?

Metabovlen syndrovme lea akte tjomhpe faktovrijstie mah vaahram vaajmoe- jñh virreäerieskiemtjelasside jñh diabese 2.säärhte (1) lissiehtieh. Vihkele vihtesjadtedh metabovlen syndrovme ij leah akte jñjtse skiemtjelasse. Men akte tsiehkje kråahpesne mij bääta ävtelen sääjhtoe skiemtjelassem evtete. Dñhte vueliegællan biologeles prosesse sjugniehtävva gosse fer jñjnje tjæjjiebuajhtehksvoete sjædta, jñh insulijne, hormovne mij virresohkerem reguleerie, ij juhtieh guktie edtja.

Änehkslaakan tjelkestamme maahta jiehtedh akten maalestahken mäenngan tjæjjie-tjalkereavsa insulijnem luajhta, mij äedtjide, buejtievevem jñh libriem viehkehte sohkerem bæjjese vaeltedh virrebaeneste. Insulijneresisteense sæjhta jiehtedh insulijne ij dan hijven juhtieh guktie edtja, man ävtete virresohkere tjuedtjele. Akte ihkuve jollebe virresohkere gohtjesävva diabetes jallh sohkerejaamedhgæbja. Diabetes lea viedteldihkie gellide skiemtjelasside kråahpen orgaanine. Juktie slyöhpedh aktem ihkuve jollebe virresohkerem, tjæjjiet-jalkereavsa ahkedh vielie insulijnem luajhta, jñh naemhtie virresohkere jaarhka iemie njieptjesne ärrodh. Dan ävtete ij leah dan aelhkje ajve virresohkerasse vuartasjidh mejtie insulijneresisteensem ätna – mij evtiedimmesne diabetes 2.säärhten vöoste – ävtelen skiemtjelassem ällesthlaakan äädtjeme.

Goh jeahtasovveme insulijneresisteense lea viedteldihkie tjæjjiebuajhtehksvoetine jñh joekoen viseraale buajhtehksvoete, mij lea dñhte buejtie mij sisnjelds orgaani bijre tjæjjien sisnie bääta. Akte «eepplahammoe»-figuvre lea naakede mij lea viedteldihkie tjæjjiebuajhtehksvoetese. Daate buejtie lea vielie eadtjohke goh buejtie njaltjan nuelesne, guktie dñhte akten vuelege graadem ovlemistie vadta mij insulijneresisteensem vierrebe dorje. Ektesne dah göökte virredämhpam jñh kaalhkem tjiektjedh-äerine vedtieh mij vihth vaahram lissiehtieh vaajmoe- jñh virreäerieskiemtjelasside.



Figurve 1: Maahta tjåejjiebuajtehksvoetem aelhkieslaakan mööledh möölegebaantine. Stoerre tjåejjie daamtaj gohtjesåvva «eepalahammoe» jih dihte stuerebe vaahram skiemtjlasside vada goh «pæarahammoe», maam åådtje gosse buejtjem vueliekråahpesne vöörhkie. Illustrasjovneguvvie: Alexandre Maximov/Mostphotos.com.

Insulijneresisteense jih tjåejjiebuajtehksvoete stuerebe gaskebullegievliem vada, jollebe fååstije vïrresohkere, jollebe njeiptjeh triglyseridijste, vuelege njeiptjeh HDL-kolestroleste (hijven kolestrole) jih jolle vïrretrygke. Metabovlen syndrovme lea gosse golme jallh jienebh daejstie vaahrafaktovrijstie åtna, dellie metabovlen syndrovmem åtna (vuartesjh teeksteburhtjem vuelielisnie) (2).

**Metabovlen syndrovme lea stieresne gosse golme jallh jienebh daejstie kriterijijstie åtna:**

1. Gaskebullegievlie  $\geq 80$  cm nyjsenæjjide jallh  $\geq 94$  cm ålmide
2. Systolisk vïrretrygke  $\geq 130$  mmHg jallh diastolisk vïrretrygke  $\geq 85$  cm jallh åtnoe vïrretrygkebådtijstie
3. Triglyseridh  $\geq 1.7$  mmol/L
4. HDL-kolesterole  $< 1.3$  nyjsenæjjide jallh  $< 1.0$  ålmide
5. Fååstije vïrresohkere  $\geq 5.6$  mmol/L

Tjielkestimmieh:

Systolisk = bijjetrygke. Diastolisk = vuelietrygke. Triglyseridh = buejtieh. HDL-kolesterole = hijven kolestrole

**Man åvteste metabovlen syndrovmen åådtje?**

Såemies almetjh maehtieh stuerebe vaahresne årrodh metabovlen syndrovmem åadtjodh mubpijste. Dotkijh eah leah sjiere geenah disse gaavneme, jih goh gellide jieledevuekieskiemtjlasside lea sån gellie geenah ektesne mah skiemtjelassem vedtieh. Aaj akte hypoteese mij jeahta ovlahkoes tsiehkieh gosse nåajsan maahta boernesasse nåakebe aalkovem vedtedh juktie metabovlen syndrovmem evtiedidh mænngan jieliedisnie (3). Men jalhts naan almetjh maehtieh vielie vaahresne årrodh metabovlen syndrovmem åadtjodh goh jeatjebh, dihte ellen vihkielommes fåantoe lea jieledehammoe fer stoerre energi-jeveahkine beapmoen tjïrrh jih fer vaenie fysiske darjomh. Vaallah kroniske raessie jih vaenie nahkere leah hijven evtiedimmien gaavhtan metabovlen syndrovmemeste.



### Mannasinie dan vaarege dellie?

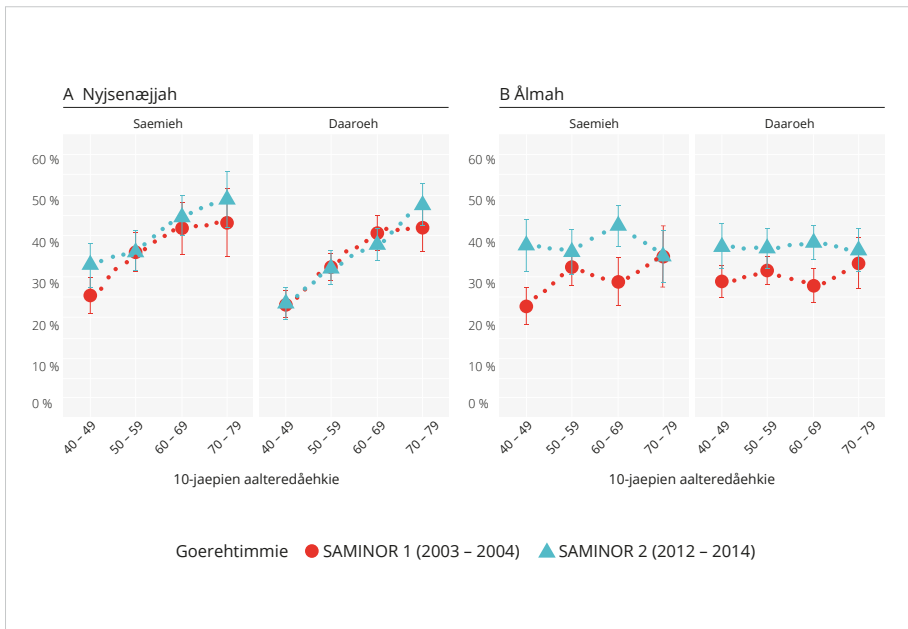
Metabovlen syndrovme maahta aelkedi vielie goh luhkie jaepieh ävtelen skiemtjelassem evtete. Dotkijh vienhtieh metabovlen syndrovme maahta goh akte «ektie vaarome» sjid-edh gellide kroniske jieledehammoeskiemtjelaside, goh diabetes 2. saarhte, vaajmoe- jih virrearieskiemtjelassh, saemies kreeftesaarhth, buejtjelibrie, tjiermieskiemtjelassh, neer-vaskiemtjelassh jih polycistisk ovariesyndrovme.

### Maam maahta daejnie darjodh?

Hijven saernie lea metabovlen syndrovme lea mij akt maam dovne maahta heerredidh jih baehtjierdidh. Vihkele pryovedh leavloem annanidh, jih ajve 5–10 % vaenebe leavloe saejhta hijven arrodh dan vueliegellan prosessese. Maahta dam leavloem jaksedh jis dovne energijen beapmoen tjirrh vaenede, jih energijeatnoem lissehte jarkelimmien tjirrh jieledehammoste. Byöroe kalorijerstriksjovnem tjirrehtidh aejliesabpoe beapmojne dej siejhme beapmoeraeriejgumie; vaenebe jovkemes sohkerinie, gaerviesbeapmoe, gaahkoeh jih snacks, jih vielie kroenesaath, muerjeh, earhtenih jih plearoe, nöödterh jih guelie. Unnemes 30 minudth fysiske darjomh fierhten biejjien lea juvnehtimmie, jih aalkoelisinie maahta arrodh varke vaedtsedh iehkedsbiejjien. Aaj juvnehte orrijidh rievhkestidh jih vaenebe alkohovlem jovkedh. Jis jieledehammoejarkelimmieh eah illedahkh vaahrafaktovridie vedtieh, maahta syöhtehke arrodh hööptije bädtejajgumie aelkedi.

### Man jeenjesh metabovlen syndrovmem utnieh saemien jarngedajvine?

Dovne SAMINOR 1 jih SAMINOR 2- klinihkeles goerehtimmesne – mööledimmieh jih virrepyöveanalyjsh dorjesovvin mej gaavhtan gaarede identifiseeredh gieh metabovlen syndrovmem utnieh. SAMINOR 2- klinihkeles goerehtimmie lij arroji bijre aaltarisnie 40–79 jaepieh luhkie tjeltine: Deatnu, Unjárga, Porsanger, Karasjohka, Guovdageaidnu, Gáivuotna, Lyngen, Storfjord, Skaniid (daelie Tjeldsunden tjielte) jih Evenes. Gosse doh seamma tjielth jih aalteredáehkieh átnasovvin dej gaskem mah lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne meehtimh gaavnoem metabovlen syndrovme viertiestidh göökte joekehts tjjjine. Mijjeh saemien etnisiteetem naemhtie defineerimh: tjoeri vaestiedidh saemien goh hiejmegiele aahka gon aajjese, eejtgedie jallh jjijsasse, lissine tjoeri saemien vaestiedidh goh jjiitse etnihkeles maadtoe jallh jjiitjemse saemine utni. Jaepiej 2003–2004 (SAMINOR 1) gaavnoe metabovlen syndrovme lij 31 % dejnien luhkie neebneme tjeltine, mearan lij 36 % jaepien 2012–2014 (SAMINOR 2) (4). Lij joekehtsh tjoeli gaskem daennie evtiedimmesne; álmaj luvnie lissiehtimmie lij abpe 8 proseentepoengh (medtie 30 % raejeste 38 % raajan). Nyjsenæjjide gaavnoe læssani medtie 2 proseentepoengijumie (34 % raejeste 36 % raajan), men daate lij akte onne jarkelimmie mij meehti bätiedh saath gubpede jih statistiske jeerehtse. Ij leah naan joekehtsh mah leah vyörtgegs neebnedh saemiej jih daarooj gaskem daennie evtiedimmesne.



Figurve 2: Gaavnoe metabovlen syndrovme SAMINOR 1 jih SAMINOR 2-goerehtimmesne, tjoelen, aalteren jih etnihkeles dâehkien mietie. Daate akte bueriedamme versjovne figuvre 2, maam bæjhkoehamme tjaalegisnie Michalsen et al. (4). <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027791>, © Tjaelijh, lissensine nuelesne CC BY-NC 4.0.

Figurve 2 vuesehte metabovlen syndrovme tjarke aaltarinie læssene nyjsenæjjaj luvnie mah 40 jaepieh illeme, men lea naa stabjle âlmaj luvnie. Daate seapan dan âvteste nyjsenæjjah aalteremâlsomen/klimakterijen âvtelen buerebe buejtievöörhkemem âtna buejtine njaltjan nuelesne goh buejtie dej sisnjelds orgaani bijre. Aalteremâlsomen/klimakterijen mænngan nyjsenæjjah aelkieh vielie buejtiem âadtjodh dej sisnjelds orgaani bijre jih jollebe vaahram utnieh metabovlen syndrovmem evtiedidh.

## Dah mah metabovlen syndrovmem utnieh saemien dajvine Noerhte-Nöörjesne stuerebe vaahram utnieh jaemedh?

Jaavoe, akten 15 jaepieboelhken vaahra vaajmoe- jih virreâerieskiemtjelassijste jaemedh lij ovrehte 50 % jollebe dejtie mah metabovlen syndrovmem utnieh viertiestamme dejgumie mah eah metabovlen syndrovmem utnieh (5). Daate taale lij seammalaakan dovne nyjsenæjjide jih âlmide jih saemide jih daarojde. Daate illedahke aktede goerehtimmeste bâata gusnie dah mah lin meatan dejnie 24 tjïeltine mah lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne jaepiej 2003–2004, veadtasovvin Jaemedefâantoeregisterasse 2018 minngiegietjesne. Dan mænngan meehti viertiestidh man jeenjesh mah sealadin don boelhken dej gaskem mah metabovlen syndrovmem utnin jih eah utnin.

## Gåarede buajtehksvoetem utnedh bieleden metabovlen syndrovmem utnedh?

Gåarede, jìh ij leah eevre ovsiejhme, buajtehksvoetem utnedh bieleden metabovlen syndrovmem utnedh. Lea siejhme buajtehksvoetem defineereme goh kråahpemaasseindekse (leavloe tjahtine juakeme kvadraatese jalloste meeterisnie) bijjelen jallh seamma goh 30 kg/m<sup>2</sup>. Abdominal buajtehksvoete (tjåejjiebuajtehksvoete) definisjovnem åtna gaskebullegievlie bijjelen jallh seamma goh 88 cm nyjsenide jìh 102 cm ålmide. Vuartesjh faaktaburhtjem vuelielisnie gusnie vielie bëvnesh raastearvoej bijre.

Kråahpemaasseindekse	
Vuelieleavloe	< 18,5 kg/m <sup>2</sup>
Iemieleavloe	18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup>
Bijjieleavloe	25,0-29,9 kg/m <sup>2</sup>
Buajtehksvoete	≥ 30,0 kg/m <sup>2</sup>
Gaskebullegievlie	
Bijjieleavloe (lissiehtamme vaahra)	≥ 80 cm nyjsenide
	≥ 94 cm ålmide
Buajtehksvoete (stoerre lissiehtamme vaahra)	≥ 88 cm nyjsenide
	≥ 102 cm ålmide

Faagegiesne gohtjesåvva «metabovlen friskes buajtehksvoete» jis buajtehksvoetem åtna, defineereme viehkine kråahpemaasseindekseste jallh gaskebullegievleste, men ij metabovlen syndrovme. Jalhts metabovlen syndrovme aktem nænnoes ektiedimmiem leavloelissiehtimmine jìh buajtehksvoetine åtna, dellie amma naakenh mah eah metabovlen syndrovmem evtetd jalhts buajtehksvoetem utnieh, Maahta almetjh juekedh mejtie buajtehksvoetem jìh metabovlen syndrovmem utnieh, naemhtie:

Buajtehksvoete (Kråahpemaasseindekse ≥30 kg/m <sup>2</sup> )			
Metabovlen syndrovme		<i>ljje</i>	<i>Jaavoe</i>
	<i>ljje</i>	1. Metabovlen friskes siegkie	3. Metabovlen friskes buajtehksvoete
	<i>Jaavoe</i>	2. Metabovlen ov-aejlies siegkie	4. Metabovlen ov-aejlies buajtehksvoete

Tabellesne bijjielisnie doh «aejliesommes» almetjh dæhkesne 1 (doh metabovlen friskes jìh siegkie), mearan doh mejtie aerve de eah leah dan aejlies leah dæhkesne 4 (doh metabovlen ov-aejlies buajtehksvoetine). Daata gaajhkijste 24 tjeltijste mah lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne 2003–2004, aalteredæhkie 37–79 jaepieh, åtnasovvi juktie goerehtidh man jeenjesh mah lin fierhtene daejstie njieljie dæhkijste (5). Medtie 8 % nyjsenæjjijste jìh medtie 6 % ålmijste mah lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne utnin dam mij gohtjesåvva «metabovlen friskes buajtehksvoete» (kategorije 3 tabellesne bijjielisnie). Daate sæjhta jiehtedh dej lea buajtehksvoete, men eah leah aalkeme metabovlen konsekvensh evtiedidh sijen buajtehksvoeteste.

## Mah ov-vaarege buajtehksvoetem utnedh jis lea metabovlen friskes?

Änehks vaestiedasse lea ijje. Älmaj gaskem mah lin meatan orreme SAMINOR 1-goerehtimmesne, älmah buajtehksvoetine bieleden metabovlen syndrovme mahte 3 aejkieh stue-rebe vaahram utnin vaajmoe- jih virreäerieskiemtjelassi gaavhtan jaemedh, goh siegkies älmah bieleden metabovlen syndrovme (5). Nyjsenæjjaj gaskem, illedahkh ännetji vielie ierielin: viertiestamme dejnie aejliesommes dæhkine, metabovlen friskes nyjsenæjjah buajtehksvoetine idtjin naan lissiehtamme vaahram utnieh vaajmoe- jih virreäerieskiemtjelassijste jaemedh. Sävma daate vaestiedasse maahta vuesiehtimmien gaavhtan möölegefiejlieh utnedh, dan ävteste gaskenasjonaale goerehtimmieh vuesiehtieh nyjsenæjjah metabovlen friskes buajtehksvoetine ,aktem jollebe jaemedevaahram utnieh. Vihkeles dijre goerehtim-meste lij doh metabovlen ov-aejlies siegkies almetjh, 2 (älmide) jih 3 (nyjsenæjjide) aejkieh dan jolle vaahram utnin vaajmoe- jih virreäerieskiemtjelassijste jaemedh viertiestamme metabovlen aejlies siegkies almetjigujmie (5). Daate lea vihkeles dijre, dan ävteste metabovlen syndrovme gellielaakan ij leah vääjnoes jih ij gænnah daejrieh dam ätna ävtelen teestem vaalta. Maahta amma metabovlen ov-aejlies sisnjelem utnedh jalhts ij buajtehksvoetem utnieh, jih daate jaemedevaahram lissehte.

## Jalloe, etnisiteete jih buajtehksvoete

Vaenie mij dæhkieh joekehtadta saemien etnisiteetine jih dæhkieh mah eah saemien etnisiteetem utnieh gosse lea kroniske jieledehammoeskiemtjelassi bijre. Akte joekehtse maam badth gellie luhkiejaepieh vihtesjamme, lea saemieh leah gaskemedtien vueliehkåb-poe daarojste. Jalloejoekehtsh maehtieh konsekvensh äadtjodh ärrøjegoerehtimmide gosse leavloemöölegh vääroeminie utnieh mah eah nuekie jalloejoekehtsem krööhkesth dæh-kiej gaskem mejtie vierteste.

Gaskenasjonaale ektiedimmesne lea jijnje dotkeme mij vuesehte säemies etnihkeles dæhkieh metabovlen syndrovmem evtiedieh, diabetes 2. sårarhte jih vaajmoe- jih virreäerieskiemtjelassh vaenebe buajtehksvoetine goh jeatjah ärrøjedæhkieh. Daate konsekvensh äådtje man raastese mijjieh byörebe biejedh buajtehksvoetese. Dihte mij jeen-jemes æhpies lea dæhkieh Asijeste vääjnoeh goh jollebe skiemtjelassevaahram utnedh goh almetjh Europeste seamma kråahpemaasseindeksine. Dan ävteste vueliehkåbpoe raasteaarvoeh kråahpemaasseindekseste almetjidie Asijeste ätnasuvvieh juktie jollebe skiemtjelassevaahram aerviedidh.

Sæjhta jiehtedh jijtse raasteaarvoeh leah daerpies gaajhkide etnihkeles dæhkide, aaj Noerhte-Nöörjesne? Akte goerehtimmie mij ektiedimmiem vuartaši dagkerh möölegi gaskem buajtehksvoetese jih metabovlen syndrovme, vuesiehti ij lij mij gænnah mij vuesiehti akte storre etnihkeles joekehtse, joekoen ij gosse jalloejoekehtsh dæhkieh gaskem staeriedi (6).



Maahta veanhtadidh akte almetje mij lea jolle vielie viikesje goh akte almetje mij lea vuelege, bieleden daate sæjhta jiehtedh dihte jolle almetje lea buajtahkåbpoe. Kråahpemaasseindekse lea dan åvteste dorjesovveme juktie maehdedh vuarjasjidh mejtie akte almetje bijjieleavloem jallh buajtehksvoetem åtna, ovjearohke almetjen jalloste. Daate dorjesåvva viehkine leavloem kilogrammesne vaeltedh jih dam jallose meeterisnie juekedh, bijjiedamme 2. Jienebh goerehtimmieh gellie joekehts laantijste læjhkan vuesiehtieh kråahpemaasseindekse ij leah dan hijven möölege buajtehksvoetese almetjidie mah leah joekoen vuelege jallh joekoen jolle. Jalhts kråahpemaasseindekse jalloem krööhkeste, dellie ij buektehth dam ulmiem jalloe åtna akten almetjen leavlose. Ånehkslaakan soptsestamme: kråahpemaasseindekse ij jalloem eensilaakan krööhkesth, naakede mij maahta båajhtoeh vaestiedassh vedtedh gosse bijjieleavloem jih buajtehksvoetem dæhkine vierteste mah joekehts gaskemedtien jalloem utnieh.

Jieniebinie goerehtimmine lea våajnoes sjidteme saemieh, joekoen saemien nyjsenæjjah, jollebe kråahpemaasseindeksem utnieh jih dan åvteste daamtajåbpoe buajtehksvoetem utnieh goh daaroe (7,8). Maahta vååjnedh goh daate akte båajhtoeh illedahke dan åvteste kråahpemaasseindekse goh neebneme, ij nuekielaakan jalloejoekehtsh krööhkesth. Daam goerehti viehkine SAMINOR 1-daatiiste (2003–2004, ålmah jih nyjsenæjjah aaltarisnie 30 jih 36–79 jaepieh) (5). Illedahkh vuesiehtin jolle almetjh vueliehkåbpoe kråahpemaasseindeksem utnin goh vuelege almetjh. Dennie sjyöhtehe goerehtimmesne aaj aktem alternatijve kråahpemaasseindeksem evtiedi. Daam kalkuleeri goh leavloe kilogrammesne juakeme jallose meeterisnie bijjiedamme 1,29 nyjsenæjjide jih 1,90 ålmide (5). Daate alternatijve kråahpemaasseindekse ij lij joekehts dej etnihkeles dæhkiej gaskem. Konklusjovne lea tjuara jueriedisnie årodd deitie aarebi joekehtsidie buajtehksvoetesne saemien jih daaroen årroji gaskem.

## Iktedimmie

Metabovlen syndrovme læssani jaepijste 2003–2004 jaepide 2012–2014, joekoen ålmaj luvnie. Ovrehthe njieljje ållesth luhkie almetjijstie metabovlen syndrovmem utnin ruraale noerhte-nöörjen årroji luvnie 2012–2014. Vaenie jallh ij naan joekehtsh saemiej jñh daaroej gaskem. Almetjh mah lin meatan SAMINOR 1-goerehtimmesne jñh mij metabovlen syndrovmem utnin, 50 % stuerebe vaahram utnin vaajmoe- jñh vñrreårieskiemtjelasijste jaemedh viertiestamme almetjigujmie mah idtjin metabovlen syndrovmem utnieh. Gaskenasjonaale jñjtse raastearvoeh gaskebullegievlide gååvnesieh ovnessie etnihkelles dæehkide, men akte goerehtimmie SAMINOR 1-goerehtimmeste vuesiehti ij lij naan fåantoe jñjtse raastearvoeh nuhtjedh saemide jñh daarojde Nöörjesne. Vielie dotkeme daatide SAMINOR 1-goerehtimmeste vuesiehti kråahpemaasseindekse jallojne jeerehti daej årroji luvnie, jñh daate viertiestimmieh baajnehte kråahpemaasseindekseste saemiej jñh daaroej gaskem, dan åvteste saemieh gaskemedtien Leah vueliehkåbpoee daarojste.

Dihthe vihkielommes lea fer jñjnje buejtie ij leah hijven, joekoen gosse dihte tjåajjan vöörhkesåvva. Jijtje aje aktem aelhkje möölegebaantem daarpesje juktie meatan fulkedh evtiedimmesne. Jis seamma tñjjen ånnetji fer jolle vñrretrygkem, vñrresohkerem jallh buejtie-aamhth vñrresne åådtje, daate byöroe skraejrine årrodh jarkelimmieh darjodh guktie veasoeminie. Doh sñejhme raerieh leah faamosne: årroeh eadtjohke jñh byöpmedh aejlies beapmoem. Doh hijven saernieh leah, aje göökte centimeeterh unnebe gaskebullegievlie maehtieh joekoen hijven årrodh dovne buejtieveevese jñh metabovlen vaahrafaktovride. Lissine fysiske darjomh stoerre dienestem healsosne vedtieh, saahrt man jñjnje jallh vaenie leavloe ånnene.

## Referaansh

1. Cornier M-A, Dabelea D, Hernandez TL, et al. The Metabolic Syndrome. *Endocr Rev* 2008;29(7):777–822. <https://doi.org/10.1210/er.2008-0024>.
2. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. *Circulation* 2009;120(16):1640–1645. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644>.
3. Zhu Z, Cao F, Li X. Epigenetic Programming and Fetal Metabolic Programming. *Front Endocrinol* 2019;10:764. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00764>.
4. Michalsen VL, Kvaløy K, Svartberg J, et al. Change in prevalence and severity of metabolic syndrome in the Sami and non-Sami population in rural Northern Norway using a repeated cross-sectional population-based study design: the SAMINOR Study. *BMJ Open* 2019;9(6):e027791. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027791>.
5. Michalsen VL. Metabolic syndrome, obesity and ethnicity—the SAMINOR Study. Doktorgradsavhandling. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2021. (ISBN 978-82-7589-827-0). <https://hdl.handle.net/10037/22512>.
6. Michalsen VL, Braaten T, Kvaløy K, et al. Relationships between metabolic markers and obesity measures in two populations that differ in stature—The SAMINOR Study. *Obes Sci Pract* 2020;6:324–339. <https://doi.org/10.1002/osp4.404>.
7. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. 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(1):17–24. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
8. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Cardiovascular Diseases and Diabetes Mellitus in Different Ethnic Groups: The Finnmark Study. *Epidemiology* 1998;9(5):550–556.

*Kapittel 8:* <https://doi.org/10.7557/7.6470>



## 8 METABOLSK SYNDROM, FEDME OG ETNISITET I SAMISKE KJERNEOMRÅDER

Vilde Lehne Michalsen



Foto: Jonatan Ottesen, UiT

### Sammendrag

Metabolsk syndrom er en ansamling risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes type 2. Disse risikofaktorene inkluderer forstørret midjeomkrets, forhøyet fastende blodsukker, forhøyede nivåer av triglyserider, lave nivåer av HDL-kolesterol (det 'gode' kolesterolet), og høyt blodtrykk. Dette kapitlet presenterer hovedfunn fra en doktorgrad som baserer seg på data fra SAMINOR-undersøkelsen. En studie som benyttet data fra SAMINOR 1 og SAMINOR 2 viste at andelen med metabolsk syndrom økte fra 2003–2004 til 2012–2014, spesielt blant menn. Det var små eller ingen forskjeller mellom samer og ikke-samer. Omtrent fire av ti hadde metabolsk syndrom i den rurale nord-norske befolkninga i 2012–2014. Personer som deltok i SAMINOR 1 og som hadde metabolsk syndrom hadde 50 %

økt risiko for å dø av hjerte- og karsykdom sammenlignet med personer som ikke hadde metabolsk syndrom. Internasjonalt eksisterer det egne grenseverdier for midjemål for ulike etniske grupper, men en studie fra SAMINOR 1 viste at det ikke var grunn til å bruke egne grenseverdier for samer og ikke-samer. Videre forskning på data fra SAMINOR 1 viste at kroppsmasseindeksen (kilogram/meter<sup>2</sup>) varierer med kroppshøyde i denne befolkninga, og dette påvirker sammenligninger av kroppsmasseindeks mellom samer og ikke-samer.

## Innledning

### Hva er metabolsk syndrom?

Metabolsk syndrom betegner en ansamling av faktorer som øker risikoen for hjerte- og karsykdommer og diabetes type 2 (1). Det er viktig å bite seg merke i at metabolsk syndrom ikke er en sykdom i seg selv. Det er en tilstand i kroppen som oppstår før man eventuelt utvikler videre sykdom. Den underliggende biologiske prosessen er drevet av for mye magefedme og at insulin, et hormon som regulerer blodsukkeret, ikke fungerer slik det skal.

Kort forklart kan man si at etter et måltid skiller bukspyttkjertelen ut insulin, som hjelper muskler, fettvev og lever til å ta opp sukkeret fra blodbanen. Insulinresistens betyr at insulinet ikke virker så godt som det skal, noe som fører til at blodsukkeret stiger. Et vedvarende forhøyet blodsukker kalles diabetes eller sukkersyke. Diabetes er forbundet med mange sykdommer i kroppens organer. For å unngå et vedvarende høyt blodsukker, skiller bukspyttkjertelen ut mer og mer insulin, og på den måten holder blodsukkeret seg normalt. Derfor er det ikke så lett å se på blodsukkeret alene om man har insulinresistens – på vei mot diabetes type 2 – før man har utviklet sykdommen fullt ut.

Insulinresistens er som sagt forbundet med magefedme og spesielt viseral fedme, som er det fettvevet som legger seg rundt indre organer i bukhulen. En såkalt «epleform»-figur er typisk forbundet med magefedme. Dette fettet er mer aktivt enn underhuds fett, slik at det bidrar til en lavgradig betennelse som forverrer insulinresistensen. Sammen bidrar disse to til blodproppdannelse og åreforkalkning, som igjen øker risikoen for hjerte- og karsykdom.



Foto: Kirill Ryzhov/Mostphotos.com



Figur 1: Magefedme kan enkelt måles med et målebånd. Stor mage kalles ofte for «epleform» og er forbundet med større risiko for sykdom enn «pæreform», som er når man lagrer fett på underkroppen. Illustrasjonsfoto: Alexandre Maximov/Mostphotos.com.

Insulinresistens og magefedme kjennetegnes ved forstørret midjeomkrets, forhøyet fastende blodsukker, forhøyede nivåer av triglyserider, lave nivåer av HDL-kolesterol (det 'gode' kolesterolet), og høyt blodtrykk. Metabolsk syndrom er definert slik at har man tre eller flere av disse risikofaktorene, da har man metabolsk syndrom (se tabell under) (2).

**Metabolsk syndrom er tilstede når tre eller flere av disse kriteriene oppfylles:**

1. Midjeomkrets  $\geq 80$  cm for kvinner eller  $\geq 94$  cm for menn
2. Systolisk blodtrykk  $\geq 130$  mmHg eller diastolisk blodtrykk  $\geq 85$  mmHg eller bruk av blodtrykksmedisiner
3. Triglyserider  $\geq 1,7$  mmol/L
4. HDL-kolesterol  $< 1,3$  for kvinner eller  $< 1,0$  for menn
5. Fastende blodsukker  $\geq 5,6$  mmol/L

Forklaringer:

Systolisk = overtrykk. Diastolisk = undertrykk. Triglyserider = fettstoffer. HDL-kolesterol = det 'gode' kolesterolet.

### Hvorfor får man metabolsk syndrom?

Noen mennesker kan være mer utsatt for å få metabolsk syndrom enn andre. Forskere har ikke funnet spesifikke gener for dette, og som for mange livsstilssykdommer er det nok mange gener som bidrar i fellesskap. Det finnes også en hypotese om at ugunstige forhold i svangerskapet kan gi fosteret et dårlig utgangspunkt for utvikling av metabolsk syndrom senere i livet (3). Men selv om noen mennesker kan være mer utsatt for å få metabolsk syndrom enn andre, er den aller viktigste årsaken en livsstil med for stort energiinntak gjennom kostholdet og for lite fysisk aktivitet. Kronisk stress og lite søvn hjelper nok heller ikke på utviklingen av metabolsk syndrom.

### Hvorfor er det så farlig da?

Metabolsk syndrom kan oppstå mer enn ti år før man utvikler sykdom. Forskere tror at metabolsk syndrom kan virke som et «felles jordsmonn» for mange kroniske livsstilssykdommer, som diabetes type 2, hjerte- og karsykdommer, noen kreftformer, fettlever, nyresykdom, nervesykdom og polycystisk ovariesyndrom.

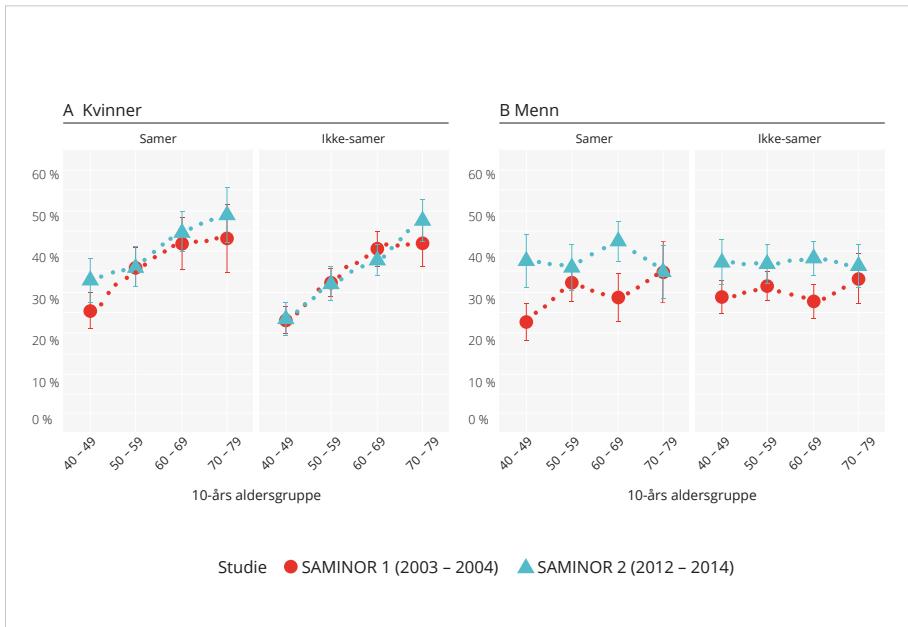
### Hva kan man gjøre med det?

Den gode nyheten er at metabolsk syndrom både kan forebygges og behandles. Det er viktig å forsøke å gå ned i vekt, og bare 5–10 % vektnedgang vil være gunstig for den underliggende prosessen. Dette kan oppnås gjennom en kombinasjon av redusert energiinntak og økt energiforbruk gjennom omlegging av livsstilen. Kalorirestriksjon bør gjennomføres sammen med et sunnere kosthold basert på de vanlige kostholdsrådene: mindre sukkerholdig drikke, ferdigmat, kaker og snacks, og mer av grønnsaker, frukt, belgfrukt, nøtter og fisk. Minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig er å anbefale, og i starten kan det bety en rask gåtur på ettermiddagen. Videre anbefaler man å slutte å røyke og å moderere inntaket av alkohol. Dersom livsstilsendringene ikke fører frem med hensyn til risikofaktorene, kan det være aktuelt å starte opp med forebyggende medisiner.

### Hvor mange har metabolsk syndrom i samiske kjerneområder?

Både i SAMINOR 1 og SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen ble det gjort målinger og blodprøveanalyser som gjør det mulig å identifisere hvem som har metabolsk syndrom. SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen inkluderte innbyggerne i alderen 40–79 år i ti kommuner: Tana, Nesseby, Porsanger, Karasjok, Kautokeino, Kåfjord, Lyngen, Storfjord, Skånland (nå Tjeldsund kommune) og Evenes kommune. Ved å plukke ut de samme kommunene og aldersgruppene blant deltakerne i SAMINOR 1 kunne vi sammenligne forekomsten av metabolsk syndrom på to ulike tidspunkt. Vi definerte samisk etnisitet på følgende måte: man måtte svare samisk som hjemmespråk for enten besteforeldre, foreldre eller en selv, i tillegg til at man måtte svare samisk som egen etnisk bakgrunn eller at man regnet seg selv som samisk. I 2003–2004 (SAMINOR 1) var forekomsten av metabolsk syndrom 31 % i de ti kommunene nevnt over, mens den var 36 % i 2012–2014 (SAMINOR 2) (4). Det var forskjeller mellom kjønnene i denne utviklingen; blant menn var økningen på hele 8 prosentpoeng (fra ca. 30 % til 38 %). For kvinner økte forekomsten med ca. 2 prosentpoeng (fra 34 % til 36 %), men dette var en liten endring som kunne skyldes tilfeldigheter og statistisk variasjon. Det var ingen nevneverdige forskjeller mellom samer og ikke-samer i denne utviklingen.

Figur 2 viser at forekomsten av metabolsk syndrom stiger betydelig med alder hos kvinner etter fylte 40 år, mens den holder seg nokså jevnt hos menn. Dette er trolig fordi kvinner før overgangsalderen har en mer gunstig fettlagring med underhudsfett heller enn fett rundt de indre organene. Etter overgangsalderen begynner kvinner å få mer fett rundt indre organer og høyere risiko for å utvikle metabolsk syndrom.



Figur 2: Forekomst av metabolsk syndrom i SAMINOR 1 og SAMINOR 2, etter kjønn, alder og etnisk gruppe. Dette er en bearbejdet versjon av figur 2 publisert i Michalsen et al. (4), <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027791>, © Forfattere, lisensiert under CC BY-NC 4.0.

## Har de med metabolsk syndrom i samiske områder i Nord-Norge økt risiko for død?

Ja, over en 15-årsperiode var risikoen for å dø av hjerte- og karsykdom omtrent 50 % høyere for de som har metabolsk syndrom sammenlignet med de som ikke har metabolsk syndrom (5). Dette tallet var likt for både kvinner og menn og samer og ikke-samer. Dette resultatet stammer fra en studie der de som deltok i de 24 kommunene som var inkludert i SAMINOR 1 i 2003–2004 ble koblet til Dødsårsaksregisteret ved utgangen av 2018. Deretter kunne man sammenligne hvor mange som døde i løpet av perioden blant de med og uten metabolsk syndrom.

## Går det an å ha fedme uten å ha metabolsk syndrom?

Det er mulig og ikke helt uvanlig å ha fedme uten å ha metabolsk syndrom. Generell fedme er definert som en kroppsmasseindeks (vekt i kg dividert på kvadratet av høyde i meter) over eller lik 30 kg/m<sup>2</sup>. Abdominal fedme (magefedme) er definert som en midjeomkrets over eller lik 88 cm for kvinner og 102 cm for menn. Se påfølgende faktaboks for mer informasjon om grenseverdier.

Kroppsmasseindeks	
Undervekt	< 18,5 kg/m <sup>2</sup>
Normalvekt	18,5-24,9 kg/ m <sup>2</sup>
Overvekt	25,0-29,9 kg/ m <sup>2</sup>
Fedme	≥ 30,0 kg/ m <sup>2</sup>
Midjeomkrets	
Overvekt (økt risiko)	≥ 80 cm for kvinner
	≥ 94 cm for menn
Fedme (betydelig økt risiko)	≥ 88 cm for kvinner
	≥ 102 cm for menn

På fagspråket kalles det 'metabolsk frisk fedme' dersom man har fedme, enten definert ved hjelp av kroppsmasseindeks eller midjeomkrets, men ikke metabolsk syndrom. Selv om metabolsk syndrom har en sterk sammenheng med vekttoppgang og fedme, så er det altså noen som ikke utvikler metabolsk syndrom på tross av sin fedme. Man kan dele inn folk etter hvorvidt de har fedme og metabolsk syndrom på følgende måte:

		Fedme (Kroppsmasseindeks ≥30 kg/m <sup>2</sup> )	
		Nei	Ja
Metabolsk syndrom	Nei	1. Metabolsk frisk slank	3. Metabolsk frisk fedme
	Ja	2. Metabolsk usunn slank	4. Metabolsk usunn fedme

I tabellen over er de «sunneste» personene i gruppe 1 (de metabolsk friske og slanke), mens de antatt minst sunne er i gruppe 4 (de metabolsk usunne med fedme). Data fra alle 24 kommuner som inngikk i SAMINOR 1 i 2003–2004, aldersgruppe 36–79 år, ble brukt til å undersøke hvor mange som befant seg i hver av disse fire gruppene (5). Ca. 8 % av kvinnene og ca. 6 % av mennene som deltok i SAMINOR 1 hadde såkalt 'metabolsk frisk fedme' (kategori 3 i tabellen over). Det vil si at de har fedme, men har ikke begynt å utvikle metabolske konsekvenser av sin fedme.

## Er det ufarlig å ha fedme hvis man er metabolsk frisk?

Det korte svaret er nei. Blant menn som hadde deltatt i SAMINOR 1, hadde menn med fedme uten metabolsk syndrom nesten 3 ganger høyere risiko for å dø av hjerte- og karsykdom enn slanke menn uten metabolsk syndrom (5). Blant kvinner, var resultatene noe mer overraskende: sammenlignet med den sunneste gruppen, hadde metabolsk friske kvinner med fedme ingen økt risiko for å dø av hjerte- og karsykdom. Man mistenker at dette svaret kunne være påvirket av for eksempel målefeil, da internasjonale studier viser at kvinner med metabolsk frisk fedme har en forhøyet risiko for død. Et viktig budskap fra studien var at de metabolsk usunne slanke hadde en 2 (for menn) og 3 (for kvinner) ganger så høy risiko for å dø av hjerte- og karsykdom sammenlignet med metabolsk sunne slanke (5). Dette er et viktig budskap, ettersom metabolsk syndrom på mange måter er usynlig og man



ikke vet at man har det før man tester for det. Altså kan man ha et metabolsk usunt indre selv om man ikke har fedme, og dette øker risikoen for å dø.

## Høyde, etnisitet og fedme

Det er lite som skiller grupper med samisk etnisitet og grupper som ikke har samisk etnisitet når det kommer til kroniske livsstilssykdommer. En forskjell man imidlertid har observert over flere tiår, er at samer er lavere i gjennomsnitt enn ikke-samer. Høydeforskjeller kan få konsekvenser for befolkningsstudier når man baserer seg på vekt mål som ikke godt nok tar hensyn til høydeforskjellen mellom gruppene man sammenligner.

I internasjonal sammenheng er det mye forskning som viser at noen etniske grupper utvikler metabolsk syndrom, diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom ved lavere grad av fedme enn andre befolkningsgrupper. Dette får konsekvenser for hvilken grense vi bør sette for fedme. Mest kjent er at asiatiske grupper synes å ha høyere sykdomsrisiko enn europeere med samme kroppsmasseindeks. Det brukes derfor lavere grenseverdier av kroppsmasseindeks for asiater for å angi forhøyet sykdomsrisiko.

Betyr det at man trenger egne grenseverdier for alle etniske grupper, også i Nord-Norge? En studie som undersøkte sammenhengen mellom slike mål på fedme og metabolsk syndrom, viste at det ikke fantes bevis for at det var nevneverdig etnisk forskjell, spesielt ikke når det ble korrigert for høydeforskjeller mellom gruppene (6).

Man kan forvente at en person som er høy veier mer enn en person som er lav, uten at dette trenger å bety at den høye personen er fetere. Kroppsmasseindeksen er derfor laget for å kunne vurdere om en person har overvekt eller fedme, uavhengig av hvor høy vedkommende er. Dette gjøres ved å ta vekten i kilogram og dele denne på høyden i meter opphøyd i 2. Flere studier fra mange forskjellige land viser imidlertid at kroppsmasseindeksen ikke fungerer godt som mål på fedme for personer som er veldig lave eller veldig høye. Selv om kroppsmasseindeksen tar hensyn til høyden, så klarer den ikke å fjerne all betydningen høyde har for en persons vekt. Kort fortalt: kroppsmasseindeksen tar ikke høyde for høyde på en tilfredsstillende måte, noe som kan gi gale svar når man sammenligner overvekt og fedme i grupper som har ulik gjennomsnittshøyde.

I flere studier er det vist at samer, spesielt samiske kvinner, har høyere kroppsmasseindeks og derfor høyere forekomst av fedme enn ikke-samer (7,8). Dette kan vise seg å være et galt resultat fordi kroppsmasseindeksen som nevnt ikke tar godt nok høyde for høydeforskjeller. Dette ble studert ved hjelp av SAMINOR 1-data (2003–2004, menn og kvinner i alderen 30 og 36–79 år) (5). Resultatene viste at høye personer hadde lavere kroppsmasseindeks enn lave personer. I den aktuelle studien ble det også utviklet en alternativ kroppsmasseindeks. Denne ble kalkulert som vekt i kilogram delt på høyde i meter opphøyd



i 1,29 for kvinner og 1,90 for menn (5). Denne alternative kroppsmasseindeksen var ikke forskjellig mellom de etniske gruppene. Konklusjonen er at det reises tvil om tidligere funn av forskjeller i fedme mellom samisk og ikke-samisk befolkning.

## Oppsummering

Metabolsk syndrom økte fra 2003–2004 til 2012–2014, spesielt blant menn. Omtrent fire av ti hadde metabolsk syndrom i den rurale nord-norske befolkninga i 2012–2014. Det var lite eller ingen forskjeller mellom samer og ikke-samer. Personer som deltok i SAMINOR 1 og som hadde metabolsk syndrom, hadde 50 % økt risiko for å dø av hjerte- og karsykdom sammenlignet med personer som ikke hadde metabolsk syndrom. Internasjonalt eksisterer det egne grenseverdier for midjemål for ulike etniske grupper, men en studie fra SAMINOR 1 viste at det ikke var grunn til å bruke egne grenseverdier for samer og ikke-samer i Norge. Videre forskning på data fra SAMINOR 1 viste at kroppsmasseindeksen varierte med høyde i denne befolkninga, og dette påvirker sammenligninger av kroppsmasseindeks mellom samer og ikke-samer, siden samer i gjennomsnitt er lavere enn ikke-samer.

Det overordnede er at for mye fett er ikke bra, spesielt om det lagres på magen. Man trenger bare et enkelt målebånd for å følge med på utviklingen selv. Hvis man samtidig får målt litt forhøyet blodtrykk, blodsukker eller fettstoffer i blodet, bør det motivere til livsstilsendringer. Det er for øvrig de vanlige rådene som gjelder: vær i aktivitet og spis sunt. De gode nyhetene er at selv et par centimeter mindre midjeomkrets kan ha stor positiv innvirkning på både fettvev og metabolske risikofaktorer. Dessuten gir fysisk aktivitet store helsegevinster uavhengig av vektreduksjon.



Foto: Joa Souza/Mostphotos.com

## Referanser

1. Cornier M-A, Dabelea D, Hernandez TL, et al. The Metabolic Syndrome. *Endocr Rev* 2008;29(7):777–822. <https://doi.org/10.1210/er.2008-0024>.
2. Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. *Circulation* 2009;120(16):1640–1645. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644>.
3. Zhu Z, Cao F, Li X. Epigenetic Programming and Fetal Metabolic Programming. *Front Endocrinol* 2019;10:764. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00764>.
4. Michalsen VL, Kvaløy K, Svartberg J, et al. Change in prevalence and severity of metabolic syndrome in the Sami and non-Sami population in rural Northern Norway using a repeated cross-sectional population-based study design: the SAMINOR Study. *BMJ Open* 2019;9(6):e027791. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027791>.
5. Michalsen VL. Metabolic syndrome, obesity and ethnicity—the SAMINOR Study. Doktorgradsavhandling. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2021. (ISBN 978-82-7589-827-0). <https://hdl.handle.net/10037/22512>.
6. Michalsen VL, Braaten T, Kvaløy K, et al. Relationships between metabolic markers and obesity measures in two populations that differ in stature—The SAMINOR Study. *Obes Sci Pract* 2020;6:324–339. <https://doi.org/10.1002/osp4.404>.
7. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. 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(1):17–24. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
8. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Cardiovascular Diseases and Diabetes Mellitus in Different Ethnic Groups: The Finnmark Study. *Epidemiology* 1998;9(5):550–556.

*Kapittel 8:* <https://doi.org/10.7557/7.6470>



## 9 IELLEMGUOJME VAHÁGAHTTEM JA PSYKALASJ VÁJVE – MÁNNÁN VAHÁGAHTEDUM DASI VÁJKKUT

*Astrid M.A. Eriksen ja Marita Melhus*



*Gåvå: lev dolgachov/Shutterstock.com*

### Tjoahkkájgæsos

E gávnnu ávdep guoradallama ma li gehtjadam iellemguojme vahágahttemav sáme álmuga gaskan. Diehtep vahágahttem ábbálettjat, ja iellemguojme vahágahttem sierraláhkáj, vájkkut psykalasj varresvuohtaj nievres láhkáj, ja árvvedahte sámij gaskan la sæmmi láhkáj. SAMINOR 2 – gatjálvissjiemáguoradallama dáhtáj milta lip gehtjadam man dábálasj la iellemguojmev dábdulattjat, rubbmelattjat ja sevsalattjat vahágahttet. Lep aj gehtjadam gáktu goavge ja depresjávna symptávmá aktij gulluji iellemguojme vahágahttemijn sámij ja álmuga gaskan ietján. Guoradalájma aj jus siján gudi lidjin iellemguojmes vahágahttedum

ja mánnán vahágahtedum lidjin ienep duodalasj varresvuoda vájve gá sij gudi dássju lidjin iellemguojmes vahágahtedum jali dássju lidjin mánnán vahágahtedum. Báhtusa vuosedin 13 % nissunijs ja 2 % álmamájs diededin lidjin juokta iellemguojmes vahágahtedum (dåbdulattjat, rubbmelattjat ja sevsalattjat). Viekk edna stuoráp oasse sáme nissunijs diededin sij lidjin dåbdulattjat ja rubbmelattjat vahágahtedum iellemguojmestis gá rivggoj buohtastahtta. Ij lim tjerdej gaskan sieradus galles nissunijs lidjin dåbdulattjat, rubbmelattjat ja sevsalattjat vahágahtedum iellemguojmestis. Guoradallam vuoset la tjielgga aktijvuohta psykalasj varresvuoda vájvij gaskan ja makta iellemguojmes vahágahteduvvá, ja danna ij lim makkirak sieradus tjerdej jali sjiervij gaskan. Dat merkaj vahágahttem la sæmmi duodalasj nágina psykalasj varresvuohaj, lehkus dal nissun jali álmáj, sábmme jali ij. Siján gudi lidjin sihke mánnán ja iellemguojmes vahágahtedum lidjin ienep duodalasj vájve varresvuodajn gá sij gudi diededin iellemguojmme vahágahtta, valla ælla mánnán vahágahtedum.

## Álggo

Værálda Varresvuodaorganisasjavnna (WHO) la sárnum iellemguojmes vahágahteduvvat la álmukvarresvuoda gássjelisvuohta mij soajttá vájkkudit sihke rubbmelasj ja psykalasj varresvuohaj nievres láhkáj (1). E gávnnu ávdep guoradallama ma li gehtjadam iellemguojme vahágahttemav sáme álmuga gaskan. Danen la dán kapihttala ulmme máhtudakvuodov buktet iellemguojme vahágahttema birra sámij ja dáttaj/rivggoj gaskan gudi guovdásj sáme guovlojn árru. Gehtjadam lip aj gáktu iellemguojme vahágahttem ja psykalasj varresvuoda vájve li aktij tjanádum ja gáktu mánnán vahágahtedum dási vájkkut. Álgon kapihttalin ávddánbuktep man dábalasj la iellemguojmes vahágahteduvvat væráldin ja Vuonan. Ja de ávddán biedjap báhtusij SAMINOR 2 – gatjálvissjiamáguoradallamis. Vijmak báhtusa dágástaláduvvi ietjá dutkama gáktuj. Dán kapihttala sisadno tjuovvu muhtem ártihkkalav mij almoduváj jagen 2021: «Intimate partner violence and mental health – the importance of childhood violence. The SAMINOR 2 Questionnaire Survey» (2).

## Gáktu soajttá iellemguojmme vahágahttet

WHO:a milta la iellemguojme dåbdulattjat, rubbmelattjat ja sevsalattjat vahágahttem ja gá iellemguojmme gæhttjal duv badjel ráddit (1). Gávnnuji aj ietjá slája iellemguojme vahágahttemis. Avta ja sæmmi vahágahtte guojmmevuodan máhtti aj gávnnut moatte lágásj slája vahágahttet. Dábálamos iellemguojme vahágahttema slájaj gaskan li:

- *Ráddijibme*: gáhttit iellemguojme mobijlav ja nehtav, ráddit gáktu ulmutjahtta, iellemguojmev ráddjit familjas ja rádnajs, ráddjit makta bæssa duola dagu varresvuoda væhkkáj.
- *Psykalasj/dåbdulasj vahágahttem*: bágo jali jiena ma nihtodi, báktijji, illasti jali ráddiji iehtjádij badjel. Iebdedahte ja vuoleadahte kommentára li dábalasj psykalasj vahágahttema slája.



- *Sevsalasj vahágahttem*: juohkka lágásj seksuála illastibme, dávkkom, njoammom, ráhtsatjibme, filmmim jnv.
- *Rubbmelasj vahágahttem*: duola degu tjiectjam, tsábbmem, nuggim, ruohkastibme, buvestibme, sisi stieggim.
- *Økonomijjalasj vahágahttem*: dán nuppe økonomijja badjel ráddit.
- *Latenta vahágahttem*: Vahágahttem mij “la ájmon”, dille mij stivri gáktu dat nubbe gut vahágahtteduvvá ulmutjahtta.

Dánguoradallamin biedjapávddán man edna dábdulasj, rubbmelasj ja sevsalasj iellemguojme vahágahttem gávnnu.

### Man dábalasj la iellemguojme vahágahttem Vuonan ja rijkajgasskasattjat

Galles iellemguojmes vahágahtteduvvi málssu ednagit lándas lánndaj ja juohkka lándas sissnelin. Stuorra sieradásá li aj makta vahágahtteduvvá sjiervij, álldara, tjerdalasjvuoda, sevsalasj luondo ja sosioøkonomijjalasj stáhtusa milta (3). Moatten guoradallamin la aj tjielgga sieradás makkir sjiervve iellemguojmev vahágahtta, valla ájnas la aj dættodit jut nágin guoradallama ælla gávnnam ieridisájt sjiervij gaskan, mij merkaj álmhá diededi sæmmi állo iellemguojme vahágahttemav gá nissuna. Dá guoradallama ajtu vuosedi ájnas ieridissaj sjiervij gaskan, namálattjat jut nissuna gierddi ietjá lágásj ja alvvusap iellemguojme vahágahttemav gá álmhá (1). WHO la gávnnam iellemguojme vahágahttem la dábalamos vuohke nissunav vahágahttet, birrusij 30 % nissunijs gejn la jali gejn la læhkám iellemguojmme, li vásedam rubbmelasj ja/jali sevsalasj vahágahttemav iellemguojmes. Moadda guoradallama li gávnnam nanos aktijvuodav iellemguojme vahágahttema ja nievres varresvuoda gaskan, duola degu iesjsármimájadásá, goavgge ja depresjávnná, mañnetravmalasj stressa, guhkálasj báktjasa, vuolleávmo báktjasa, oajvvebáktjasa ja ienep dárbo varresvuoda dievnastusájda. Vijddásappot vuosedij systemalasj tjielggidus WHO:as jut 42 % nissunijs gudi lidjin iellemguojmes vahágahttedum lidjin rubbmelattjat vahágahtteduvvam (1,3). Dábálabmusa lidjin vahága oajven, muodon ja nisen, ja de tjuovvun diehkko-/sjelæhttavahága ja tsinna jali tsissa vahága. Állu alvvusamos boados iellemguojme vahágahttemis la diedon gáddem. WHO merustallá daj nissunij gaskan gudi gádduji, de 38 % nissunijs gádduji iellemguojmes/ávdep iellemguojmes. Kriposa lågo vuosedi 56 % nissunijs gudi gáddujin Vuonan ájggudagán 2010–2019 gáddujin juogu de dálásj jali ávdep iellemguojmes (n=63) jali dálásj jali ávdep irgges (n=10). Sæmmi læhko álmhá gáktuj lij 7 % (4). Vuona guoradallama vuosedi sæmmi állo álmhá gá nissuna diededi iellemguojme vahágahttemav mij ij la sæmmi várálasj (tsibrrim, ruohkka, nuggim, duolbba giedajn tsábmedum) iellema nalluj (5). Valla ienep nissuna gá álmhá diededin sij lidjin álu vahágahtteduvvam ja duodalappot vahágahttedum iellemguojmes (tjiectjam, buvesttibme, tsábbmem), ráddijiddje ulmutjahttem ja sevsalasj vahágahttem (5).

Gávnnuji dássju nágin gallegasj guoradallama ma li gehtjadam iellemguojme vahágahttemav álgoálmugij gaskan, valla dajn li gávnnam álgoálmugij gaskan la dát dábálabbo. Canádan diededi álgoálmuk nissuna guovte-gálmå gierde ienep iellemguojme vahágahttemav gå ieneplågo álmugin (6). Vuona guoradallama iellemguojme vahágahttema birra e gávvida sáme tjerdalasjvuodav, valla åvdebut la vuoseduvvam sámij gaskan Vuonan la ienep vahágahttem åbbålattjat gå ieneplågo álmugijn buohtastahtá (7). Gatjålvis de sjaddá jus dát guosská aj iellemguojme vahágahttemij.

Guoradallam massta dát kapihtal åvddån biedjá gávnnusijt, la vuostasj mij gávvit iellemguojme vahágahttema iesjguhtik slájajt sámij gaskan ja buohtastahtá dajt rivggoj/dáttjaj. Guoradallap sjiervve- ja tjerdalasj sieradusájt iellemguojme vahágahttemis, ja gåktu iellemguojme vahágahttem la psykalasj varresvuoda våjvija tjanádum. Vahágahttem mánnåvuodan la aj varresvuoda våjvija tjanádum (8,9), ja mánå gudi li vahágahtedum li stuoråp riskan iellemguojme vahágahttemav gierddat ållessjattugin (9). Danen la åjnas gehtjadit makkir aktijvuohta la psykalasj varresvuoda våjvij ja gå la mánnån vahágahtedum ja iellemguojmes vahágahtedum ållessjattugin.





## Guoradallama birra

Guoradallam la oassen SAMINOR 2 - gatjádallamátsádimes jages 2012 (gehtja kapihttalav 2 jus sidá ienebut diehtet SAMINOR 2 birra). Mijá tjuoldos la 10 790 oassásaste álldarin 18–69 jage. Sijájs li 4787 álmhá ja 6003 nissuna. Sáme tjerdalasjvuohta mierreduváj navti jut sámegeiella lij oassásaste áhkoj/ádjáj, æjgádjij ja/jali ietjas sijddagiella, ja duodden galgaj oassásaste iesj ietjas sábmén adnet (“Majt la dán?”). Gálmhá gatjálvisá gatjálvissijemán lidjin vahágahttemij tjanádum. Gatjálvisájdá gullujin dábdulatjtat, rubbmelattjtat ja sevsalattjtat vahágahttemij, ja da lidjin viettjadum kárttimvædtsagis *The NorVold Abuse Questionnaire*. Gáktu lij tjanádum sunji gut lij vahágahttám gatjádáláduváj tjuovvovasj vejulasj vásstádusáj: «amuk», «iellemguojmme», «famillja, fuolkke» ja «ietjá oahppása». Váj galgajma bessat guoradallat makta vahágahttem lij psykalasj varresvuoda vájvijsa vájkkudam, juogeduvvin oassásaste nielle juohkusij dan milta jus iellemguojmme lij sijájt vahágahttám ja/jali lidjin mánnán vahágahttedum:

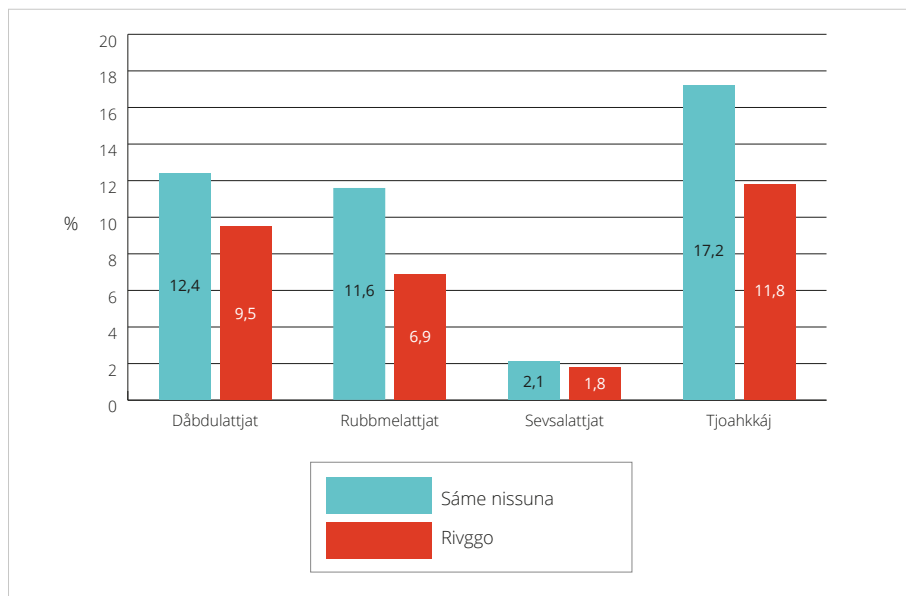
1. Ij vahágahttedum iellemguojmes jalik mánnán
2. Mánnán vahágahttedum, valla ij iellemguojmes
3. Iellemguojmes vahágahttedum, valla ij mánnán
4. Sihke iellemguojmes ja mánnán vahágahttedum

Goavge ja depresjávna symptávmá mihttiduvvin lågev gatjálvisáj ma gáhtjoduvvi Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10). Vásstádusá juohkka gatjálvissaj tjoahkkiduvvin aktisasj gasskamærrásasj skárraj mij vuoset makta vájvástuvvá balujn ja depresjávnajn. Gá lij skárra 1 de ællim dakkir vájve, madi 4 merkaj ednagit vájvástuvvá. Átsádjijma aj manjetramalásj stressasymptávmájt iellemguojme vahágahttema gáktuj, valla da báhtusa e dámma ávddán biejaduvá danen gá vuosedin viek muodugasj gáváv degu goavge/depresjávna vájve (2).

## Iellemguojme vahágahttem SAMINOR 2 guoradallamin

Mijá guoradallama báhtusa vuosedi stuorra ieridisájt sjiervij gaskan; 12,8 % nissunij ja 2,0 % álmhájs diededin lidjin juoktá iellemguojmes vahágahttedum, juogu de dábdulatjtat, rubbmelattjtat ja/jali sevsalattjtat vahágahttedum. Mijá gávnnsa jut nissuna gierddi ienep iellemguojme vahágahttemav gá álmhá hiehpi sihke rijkajgasskasasj ja nasjávnałasj dutkama gávnnsusij (1,5). Valla vájku nissuna ábbálatjtat diededi ienep iellemguojme vahágahttemav, de la dárbbó gáváv vehi tjielggit. Varás dutkam vuoset namálatjtat sæmmi állo álmhá gá nissuna diededi iellemguojme vahágahttemav mij ij la nav alvos, valla dat ij sæmmi álu dáhpáduvá gá nissunijda (5). Esski gá la sáhka alvos, gærddodum iellemguojme vahágahttemis ja sevsalasj iellemguojme vahágahttemis máhttep javllat gávnnu tjielgga ieridisá sjiervij gaskan; sán gut vahágahttá la dalloj ienemusát álmáj ja sán gut vahágahtteduvvá la ienemusát nissun (1). SAMINOR 2 gatjálvissijemán ællim luodjom láhkáj gatjálvisá man duodalasj vahágahttem lij jali man álu lij vahágahttemav vasedam. Dáv birri válldet fárruj boahhte guoradallamijda.

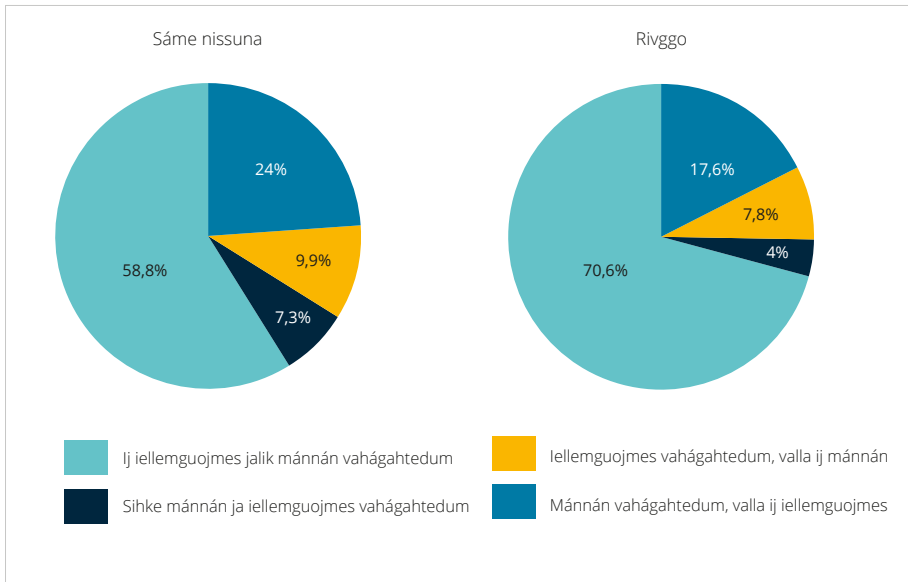
Nissunij gaskan lidjin tjelgga tjerdalasj ieredusá, ienep sáme nissuna gá rivggo diededin sij lidjin dábdulasj ja rubbmelasj iellemguojme vahágahttemav gierddam. Binná nissuna (2 %) diededin sevsalasj iellemguojme vahágahttemav, ja dánna ællim tjerdalasj sieradusá. Álmmáj gaskan lidjin nav gallegattja gudi diededin iesjuhtik vahágahttem slájajt váj ejma buvte juohket tjerdalasjvuoda jali vahágahttema slája milta.



Gávos 1: Galla sáme nissuna ja rivggo diededin emosjonála, fusalasj ja seksuála iellemguojme vahágahttemav. Manjemus nihta vuoset galles diededin iellemguojme vahágahttemav, vájku makkir sládja.

Gávnnu tjelgga aktijvuolta mánnán vahágahteduvvama gaskan ja iellemguojme vahágahttem manjela iellemin, nissunij gaskan gudi mánnán vahágahteduvvin, akta vidádis aj diededij iellemguojme vahágahttemav. Nissunij gaskan gudi ællim mánnán vahágahtedum, dássju akta lágádis diededij iellemguojme vahágahttemav. Danen la iellemguojme vahágahttem guovte gierde dábalappo nissunij gaskan gudi mánnán li vahágahteduvvam gá buohtastahtá nissunijda gudi ælla mánnán vahágahteduvvam. Dav sæmme minsstarav vuojnijma álmmáj gaskan (2,5 % vs. 1,5 %).

Gávos 2 vuoset man dábalasj iellemguojme vahágahttem ja/jali mánnán vahágahtedum la sáme nissunij ja rivggoj gaskan. Madi 70,6 rivggojs ælla mánnán jalik iellemguojmes vahágahtedum, de la dát láhko 58,8 % sáme nissunij gaskan. Sturáp oasse sáme nissunijs diededin lidjin læhkám vahágahttema vádán sihke mánnán ja iellemguojmmen állessjattugin gá buohtastahtá rivggoj (7,3 % vs. 4,0 %) (gávos 2).



Gávos 2: Galla sáme nissuna ja rivggo diededin emosjonála, fusalasj ja seksuála iellemguojme vahágahttemav ja/ jali mánnán vahágahtedum.

Duodden tjielgga sieradussaj sjiervij gaskan mij guosská iellemguojme vahágahttemij de gávnajma aj tjerdalasj sieradusáv; sáme nissuna gierddin ienep dábdulasj ja rubbmelasj iellemguojme vahágahttemav gá rivggo. Sáme nissuna lidjin aj gierddam ienep vahágahttemav mánnán. Soajttá liehket gássjel tjielggit manen gávnnap tjerdalasj sieradusájt iellemguojme vahágahttema gáktuj. Ávddep guoradallamin lip vuosedam vájku gáhtti ietjá faktávrráj gáktuj degu áldar ja áhpadus, de ahtu sáme gierddi ienep vahágahttemav sihke mánnán ja állessjattugin (7). Dáv bierrri moatte láhkáj tjielggit, sihke sjiervveperspektijvan, valla aj sosiála klássa, áskulasj vájkkudus, sámij dárojduhttem ja vil ienep (9). Ij la dávk akta faktávrrá, valla moadda tjoahken ma li sivvan gá sáme nissuna ienep iellemguojme vahágahttemav gierddi gá rivggo. Crenshawa teorijja interseksjonalitiehtha birra ávdet duodden sjiervveperspektijvav galggá mujttet nissun ij dássju sjærvváj gullu, ájnat gullu aj sosiála klássaj ja tjerdalasj juohkusij (11). Crenshaw gávvit gáktu rasistalasj ja stereotijpa gávva afroamerikána nissunij birra máhtti vuojnemahttásin dahkat dav vahágahttemav mav gierddi. Dákkir mekanisma máhtti aj vuojnemahttásin dahkat vahágahttemav mav sáme nissuna gierddi ja vájkkudit váj vahágahttem ij ávdđán lággñiduvá danen gá ballá sáme ájn vil ienebut stigmatiseriduvvi. Sjávodisvuohta ja vuojnemahtesvuohta vas ihkap merkaj vahágahttem dábalattjan sjaddá (12).

Heise bádiij jagen 1998 muhtem tjielggidusmodellajn vahágahttema birra nissunij vuosstij mav WHO la adnuj váldám (1). Dán modellán, mij la Brofenbrennera ávdđánahttemøkologijjalasj modella nali tsieggidum, tjielggiduvvá vahágahttem nissunij vuosstij faktávrrájs *sebrudak-dásen, bájkálasj birrasis, guojmmevuodan ja indivijdalasj faktávrrájs* ma divna nubbe nubbáj

vájkkudi. Sebrudakdáse faktávrá soajtti liehket duola degu gá vahágahtte e heva jalik ávvánis stráffuduvá, gá politijja e heva berusta ja gá vahágahttemalármma ij heva aneduvá. Dán dásásj máhtá garra dárojuhttem ja nuppástibme sámijs biejaduvvat. Dássta soajtti nievres guotto ja dago badjánit bájkálasj birrasin, guojmmevuodan ja juohkka ájnna ulmutjin. Dát histávrálasj nuppástibme sámijs, gánná sáme aneduvvin vuolep dásásattjan, soajttá vájkkudit ienep vahágahttemij. Lahkabirrasa faktávrá máhtti liehket degu alla bargodisvuohta ja rijdo tjerdaslasj juohkusij gaskan. Jut sáme e heva almulasj dievnastusájda luohteda, aktan varresvuoda- ja sosialdievnastusá ja politijja e heva viehkeda, la aj ávddán biejadum, degu politijjarappártán jages 2017 (13). Manjemus jagijt li edna sáme vahágahttemgierdde ietjasa vidjurij birra giehtum mediaj (14). Moaddásij mielas ij la Læstadiána tjoaggulvis, konservatijva ja patriárkalasj áskulasj tjoaggulvis sissnájlasj njuolgadusáj gáktu giehtadallat ulmutjahttemav mij ij dáhk-kiduvá, nuohkásit doarjjum vierregierddijt (14). Dát la de vas, vahágahtedum sámij mielas, merkaham jut vahágahttem ja sevsalasj illastime ælla giehtadaládum jalik diededuvvam. Gá fuolkke ij la doarjju, nárma ma javlli galggá liehket gievrra ja gierddat juohkka dingav, ja goavgge nuppástuvvamis li aj faktávrá ma vahágahtedum sáme nissunijs li ávddán buvtedum (14). Akta faktávrájs mav WHO ávdet guojmmevuodan la patriárkalasj sjiervveroallaminstar ja vuosstálasstem, ietjá bágoj javladum de dákkir “ásaduvvam” sjiervveroallaminsstarav vuosteldit sjaddá risskafaktávrán iellemguojme vahágahttemij. Vájku vahágahttem lahka aktijvuodajn dáhpáduvvá juohkka sosiála dilen, de la ajtu navti jut la ienep vahágahttem sijáj gaskan gejn la unnemus sisboados. Risskafaktávrá aktugasj ulmutja dásen máhtti liehket degu ávdep vahágahttema vásádusá, áldar, bargodisvuohta ja gárevselgaj adno (1).

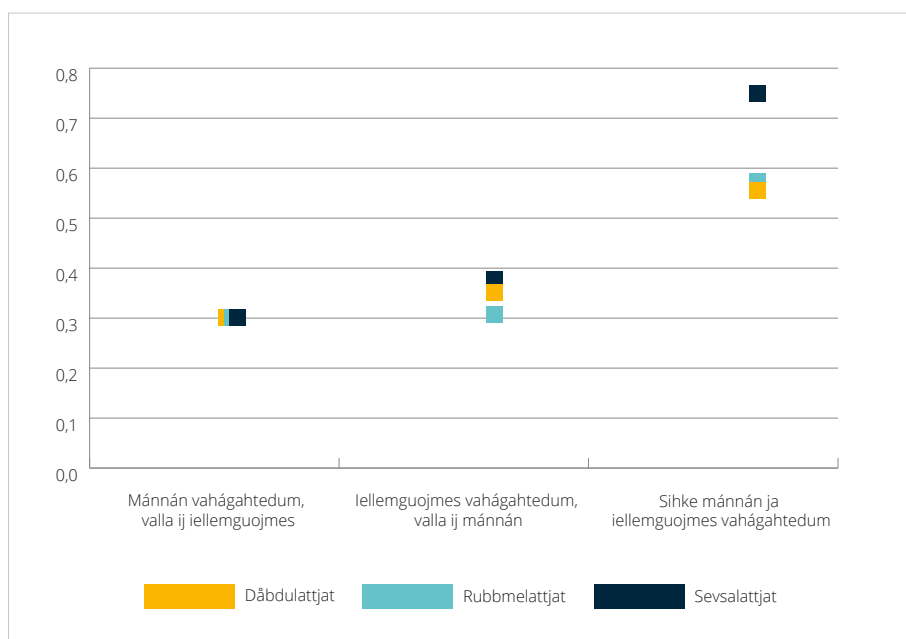
## Iellemguojme vahágahttem ja goavge ja depresjávna symptávmá

Gávnajma tjielgga aktijvuodav iellemguojme vahágahttema ja goavge ja depresjávna symptávmáj gaskan mihttidum HSCL-10-skára baktu, vájku dal makkir tjerdas la (gávos 3). Nissuna gudi ælla gierddam makkirak vahágahttem slájav, mánnán jalik iellemguojmes, la gasskamærrásasj goavgge/depresjávnnáskára birrusij 1,3. Nissuna gudi lidjin mánnán vahágahtedum, valla ij iellemguojmes, la gasskamærrásasj skára mij la suláj 0,3 alep dássta (gávos 3), mij la birrusij sæmme dásen degu nissuna gudi ælla mánnán vahágahtedum, valla gudi li gierddam dábdulasj, rubbmelasj ja sevsalasj iellemguojme vahágahttemav. Nissunijda gudi li vahágahttemav gierddam sihke mánnán ja iellemguojmes li skára ájn alebun; siján la gasskamærrásasj goavgge/depresjávnnáskára mij la 0,5-0,6 alebun skálán gá nissuna gudi ælla mánnán jalik iellemguojmes vahágahtedum. Nissuna gudi lidjin sevsalasj iellemguojme vahágahttemav gierddam, aktan mánnán vahágahtedum, siján lij vargga 0,8 alep skára. Dánna lip válljim vuosedit dásju lágojt gájka nissunij gáktuj tjoahkkáj, danen gá báhtusa sáme nissunij ja rivggoj gaskan lidjin viek muodugattja.

Ep ga vuoseda álmáj báhtusijt, valla gávnajma suláj sæmme lassánimev gasskamærrásasj goavgge/depresjávnnáskáran álmáj gaskan gudi li iellemguojme vahágahttemav gierddam

degu gávnajma nissunij gaskan. Álmmáj gaskan lidjin val nav gallegattja gudi lidjin vahágahtedum váj ij lim vejulasj guoradallat iellemguojme vahágahttema slájajt sierra, jalik sierraláhkáj sámijt ja dáttjajt gehtjadit. Mijá gávnusa tjuovvu ietjá dutkamav mij vuonet iellemguojme vahágahttem la tjanádum rasjep mentála varresvuohtaj vájku dal makkir tjerdas jali sjierves la. Gávnajma aj, ja dat ittjij mijájt alvadahte, jut sij gudi lidjin mánnán vahágahtedum duodden iellemguojme vahágahttemij, lidjin ájn rasjep mentála varresvoda dilen gá sij gudi lidjin dássju iellemguojme vahágahttemav vásedam (gávovs 3). Dát aj tjuovvu ietjá dutkamav mij vuonet gá moaddi vahágahteduvá de danna l viek stuorra negatijva vájkkudusá varresvuohtaj (9).

Dát merkaj vahágahttemav mánáj vuosstij hieredit ja gádodit la viek ájnas sebrudakdahkamus. Gávnnuji moadda teorijja ja modella ma gæhttjali tjielggit gáktu vahágahttem ja symptávmáj ja skihpudagáj ávdđánibme aktan gulluji. Dáv ij la álkke tjielggit, ja moaddi moatte lágásj mekanisma aktan doajmmi avta bále: Sihke nevrobiologijjalasj, psyko-logijjalasj, ulmutjhttema ja sosiála vidjura (1,9).



Gávovs 3: Gasskamaerrásasj lassánibme HSC-10 skáran (skálán mij manná 1=ælla makkirak vájve balujn/depresjávnnájn gitta 4=alvos vájve balujn/depresjávnnájn) nissunij gaskan gudi li gierddam iellemguojme vahágahttemav ja/jali mánnán vahágahtedum gá buohtastahtá nissunij gudi ælla vahágahtedum.

## Tjoahkkájgæsos

Viek stuoráp oasse nissunijs gá álm májs diededi sij li iellemguojme vahágahttemav gierddam. Stuoráp oasse sáme nissunijs gá rivggojs diededin dábdulasj ja rubbmelasj iellemguojme vahágahttemav, madi sevsalasj iellemguojme vahágahttema dáhpádušáj gaskan ællim sieradusá tjerđaj milta. Gá la dábdulasj, rubbmelasj ja/jali sevsalasj iellemguojme vahágahttemav vásedam de la dat álu tjanádum goavggáj/depresjávnnávájvija. Siján gudi lidjin sihke mánnán ja iellemguojmes vahágahttedum lidjin duodalap goavge/depresjávna vájve gá siján gudi diededin dássju iellemguojme vahágahtta, jali li dássju mánnán vahágahttedum. Vájku li sihke sjiervve- ja tjerđalasj sieradusá iellemguojme vahágahttema gáktuj, de la ájtu aktijvuohta iellemguojme vahágahttema ja psykalasj varresvuoda vájvij gaskan sæmme vájku makkir tjerđas jali sjierves la.

## Referánsa

1. Mikton CR, Butchart A, Dahlberg LL, et al. Global Status Report on Violence Prevention 2014. *Am J Prev Med* 2016;50(5):652-9. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.10.007>.
2. Eriksen A, Melhus M, Jacobsen BK, et al. Intimate partner violence among Sami and non Sami- the importance of childhood violence: The SAMINOR 2 questionnaire study. *Scand J Public Health* 2021. <https://doi.org/10.1177/14034948211024481>.
3. Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devrives K, et al. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013. (ISBN 978-92-4-156462-5). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf).
4. Politiet. Nasjonal drapsoversikt 2019. Drap i Norge 2010–2019. [Tilgjengelig fra: <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/drap/drapsoversikt-2019.pdf>].
5. Thoresen S, Hjemdal OK (redaktører). Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Rapport Nr. 1/2014. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress, 2014. (ISBN 978-82-8122-070-6). [Tilgjengelig fra: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold\\_og\\_voldtekt\\_i\\_norge.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf)].
6. Daoud N, Smylie J, Urquia M, et al. The Contribution of Socio-economic Position to the Excesses of Violence and Intimate Partner Violence Among Aboriginal versus Non-Aboriginal Women in Canada. *Can J Public Health* 2013;104(4):e278-e283. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3724>.
7. Eriksen A, Hansen K, Javo C, et al. Emotional, physical and sexual violence among Sami and non-Sami populations in Norway: The SAMINOR 2 questionnaire study. *Scand J Public Health* 2015;43(6):588-96. <https://doi.org/10.1177/1403494815585936>.
8. Eriksen A, Hansen K, Schei B, et al. Childhood violence and mental health among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway: a SAMINOR 2 questionnaire study. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1508320. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1508320>.
9. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373(9657):68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7).



10. Eriksen A. "Breaking the silence": interpersonal violence and health among Sami and non-Sami - a population-based study in Mid- and Northern Norway. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2017. (ISBN 978-82-8378-001-7). <https://hdl.handle.net/10037/11290>.
11. Bredal A, Eggebø H, Eriksen A. Mangfoldsperspektiver i forskning på vold i nære relasjoner, i Bredal A, Eggebø H, Eriksen A (redaktører): Vold i nære relasjoner i et mangfoldig Norge. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020. (ISBN 978-82-02-65228-9). <https://doi.org/10.23865/noasp.99>.
12. Kuokkanen R. Gendered Violence and Politics in Indigenous Communities: The cases of aboriginal people in Canada and the Sámi in Scandinavia. *International Feminist Journal of Politics* 2014;17(2):1-18. <https://doi.org/10.1080/14616742.2014.901816>.
13. Vangen T. Overgrepene i Tysfjord – erfaringer og funn fra politiets etterforskning. Politiet. Nordland politidistrikt, 2017. [Tilgjengelig fra: [https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/sluttrapport-tysfjord\\_endelig.pdf](https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/sluttrapport-tysfjord_endelig.pdf)].
14. Berglund E, Henriksen T, Amdal H, Heatta K. Den mørke hemmeligheten. *Verdens Gang (VG)*. 2016 11.06.2016. [Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/3A5gX/den-moerke-hemmeligheten>].

*Kapittel 9:* <https://doi.org/10.7557/7.6471>

## 9 PARTNERVOLD OG PSYKISKE PLAGER – TIDLIGERE VOLDSUTSATTHET HAR BETYDNING

*Astrid M.A. Eriksen og Marita Melhus*



*Foto: lev dolgachov/Shutterstock.com*

### Sammendrag

Det finnes ingen tidligere studier som har hatt fokus på partner vold i den samiske befolkningen. Vi vet at vold generelt og partner vold spesielt påvirker den psykiske helsen negativt, og det er liten grunn til å tro at det er annerledes i samiske samfunn. Basert på data fra SAMINOR 2 – spørreskjemaundersøkelsen (2012), har vi studert forekomsten av emosjonell, fysisk og seksuell partner vold og sammenhengen mellom partner vold og symptomer på angst og depresjon blant samer og ikke-samer. Vi undersøkte også om de som hadde vært utsatt for både partner vold og vold i barndommen hadde mer alvorligere psykiske

helseplager enn de som kun hadde vært utsatt for vold fra partner, eller kun hadde opplevd vold i barndommen. Resultatene viser at 13 % av kvinnene og 2 % av mennene rapporterte en eller flere typer partnervold (emosjonell, fysisk og/eller seksuell). En betydelig høyere andel samiske kvinner rapporterte om emosjonell og fysisk partnervold sammenlignet med ikke-samiske kvinner. Det var ingen etnisk forskjell blant kvinner i andelen som var utsatt for seksuell partnervold. Studien viser at det er en betydelig sammenheng mellom utsatthet for partnervold og psykiske helseplager, og det var ingen etnisk- eller kjønnsforskjell i denne sammenhengen. Det vil si at vold er like alvorlig for en persons psykiske helse, uansett om man er kvinne eller mann, same eller nordmann. De som rapporterte at de hadde vært utsatt for både vold i barndom og partnervold, hadde mer alvorlige psykiske helseplager enn de som rapporterte partnervold, men ikke vold i barndom.

## Innledning

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har erklært partnervold som et folkehelseproblem som kan påvirke både fysisk og psykisk helse negativt (1). Ingen tidligere studier har fokusert på partnervold i samisk befolkning. Formålet med dette kapitlet er derfor å gi et kunnskapsgrunnlag for omfanget av partnervold blant samiske og ikke-samiske kvinner og menn bosatt i samiske kjerneområder. Vi studerer også sammenhengen mellom partnervold og psykiske helseplager og hvordan vold i barndommen virker inn på dette. Først i kapitlet presenterer vi omfanget av partnervold på verdensbasis og i Norge. Deretter presenterer vi resultater fra SAMINOR 2 – spørreskjemaundersøkelsen. Til slutt blir resultatene diskutert i lys av annen forskning. Dette kapitlet bygger på en artikkel publisert i 2021: «Intimate partner violence and mental health – the importance of childhood violence. The SAMINOR 2 Questionnaire Survey» (2).

## Ulike typer partnervold

I følge WHO inkluderer partnervold psykisk/emosjonell, fysisk og seksuell vold, samt kontrollerende atferd utført av partner (1). Det finnes også andre former for partnervold, og ofte kan de ulike formene opptre samtidig i et voldelig forhold. Noen av de mest vanlige formene for partnervold er:

- *Kontrollerende atferd*: overvåke partners mobil og nettforbindinger, kontrollere atferd, isolere partner fra familie og venner, begrense tilgang til f.eks. helsehjelp.
- *Psykisk/emosjonell vold*: bruk av ord eller stemme som truer, skader, krenker eller kontrollerer andre. Nedverdiggende og ydmykende kommentarer er vanlige former for psykisk vold.
- *Seksuell vold*: alle former for seksuelle krenkelser, berøring, suging, voldtekt, filming osv.
- *Fysisk vold*: f.eks. spark, slag, lugging, biting, kloring, risting, kvelertak, innesperring.
- *Økonomisk vold*: kontroll over den andres økonomi.
- *Latent vold*: Vold som «ligger i luften», en stemning som kontrollerer den voldsutsattes atferd.

I denne studien presenteres omfanget av emosjonell, fysisk og seksuell partnervold.

## Hyppighet av partnervold i Norge og internasjonalt

Forekomsten av partnervold varierer mye på tvers av land og innad i de enkelte land. Det er også stor variasjon i voldsutsatthet på tvers av kjønn, alder, etnisitet, seksuell legning og sosioøkonomisk status (3). Mange studier finner en tydelig kjønnsforskjell i forekomsten av partnervold, men det er viktig å påpeke at noen studier ikke har funnet kjønnsforskjeller, altså at menn rapporterer like mye partnervold som kvinner. Disse studiene peker likevel på en viktig kjønnsforskjell, nemlig at kvinner utsettes for andre former for og grovere partnervold enn menn (1). WHO har identifisert partnervold som den mest vanlige formen for vold mot kvinner; omtrent 30 % av kvinner som har vært/er i et forhold har opplevd fysisk og/eller seksuell vold fra en partner. Mange studier har funnet en sterk sammenheng mellom det å bli utsatt for partnervold og dårlig helse, som f.eks. selvmordstanker, angst og depresjon, post-traumatisk stress, kroniske smerter, bekken-/underlivsmerter, hodepine og økt bruk av helsetjenester. Videre viser en systematisk oversikt fra WHO at 42 % av kvinner som hadde opplevd partnervold hadde fått en fysisk skade (1,3). Det mest vanlige var skade på hode, ansikt og nakke, etterfulgt av muskel-/skjelettskader og skader på kjønnsorgan. Den mest alvorlige konsekvensen av partnervold er selvsagt drap. WHO anslår at 38 % av drap på kvinner begås av en partner/tidligere partner. Tall fra Kripas viser at 56 % av drap på kvinner i Norge i perioden 2010–2019 var begått av nåværende eller tidligere partner (n=63) eller nåværende eller tidligere kjæreste (n=10). Tilsvarende tall for menn var 7 % (4). Norske undersøkelser viser at like mange menn som kvinner rapporterer om mindre alvorlig partnervold (kløpet, klort, lugget, slått med flat hånd) i løpet av livet (5). Derimot rapporterte flere kvinner enn menn å ha blitt utsatt for hyppigere voldsepisoder og alvorlig vold fra partner (sparket, tatt kveletak på, banket opp), kontrollerende atferd og seksuell vold (5).

Det er få studier som har sett på forekomst av partnervold i urbefolkninger, men de som finnes indikerer en høyere forekomst blant urbefolkninger. I Canada rapporterer urfolkskvinner to-tre ganger høyere forekomst av partnervold sammenlignet med majoritetsbefolkningen (6). Norske undersøkelser om partnervold omfatter derimot ikke informasjon om samisk etnisitet, men det er tidligere vist at samene i Norge har en høyere forekomst av vold generelt sammenlignet med majoritetsbefolkningen (7). Spørsmålet er om dette også gjelder for partnervold.

Studien som dette kapitlet presenterer funn fra, er den første som kartlegger ulike former for partnervold blant samer sammenlignet med ikke-samer i Norge. Vi undersøker kjønns- og etniske forskjeller i forekomst av partnervold, samt sammenheng mellom partnervold og psykiske helseplager. Vold i barndom er også knyttet til helseproblemer (8,9), samt at voldsutsatte barn har en høyere risiko for å bli utsatt for partnervold som voksne (9). Det er derfor viktig å se på sammenheng mellom psykiske helseproblemer og det å ha blitt utsatt for både vold i barndommen og partnervold i voksen alder.

## Om studien

Studien er en del av SAMINOR 2 – spørreundersøkelsen fra 2012 (se kapittel 2 for utfyllende informasjon om SAMINOR 2). Utvalget vårt består av 10 790 deltagere i aldersgruppen 18–69 år. Av disse er 4787 menn og 6003 kvinner. Samisk etnisitet ble klassifisert ut fra at samisk ble brukt som hjemmespråk av besteforeldre, foreldre og/eller deltager selv, og i tillegg måtte deltageren regne seg selv som samisk («Hva regner du deg selv som?»). Tre spørsmål i spørreskjemaet var knyttet til voldsutsatthet. Spørsmålene omfattet emosjonell, fysisk og seksuell vold, og de ble hentet fra kartleggingsverktøyet *The NorVold Abuse Questionnaire*. Det ble spurt om relasjonen til voldsutøver med følgende svaralternativer: «fremmed person», «samlivspartner», «familie, slektning» og «andre kjente». For å undersøke sammenhengen mellom voldsutsatthet og psykiske helseplager, ble deltagerne delt inn i fire grupper basert på om de hadde blitt utsatt for partnervold og/eller vold i barndommen:

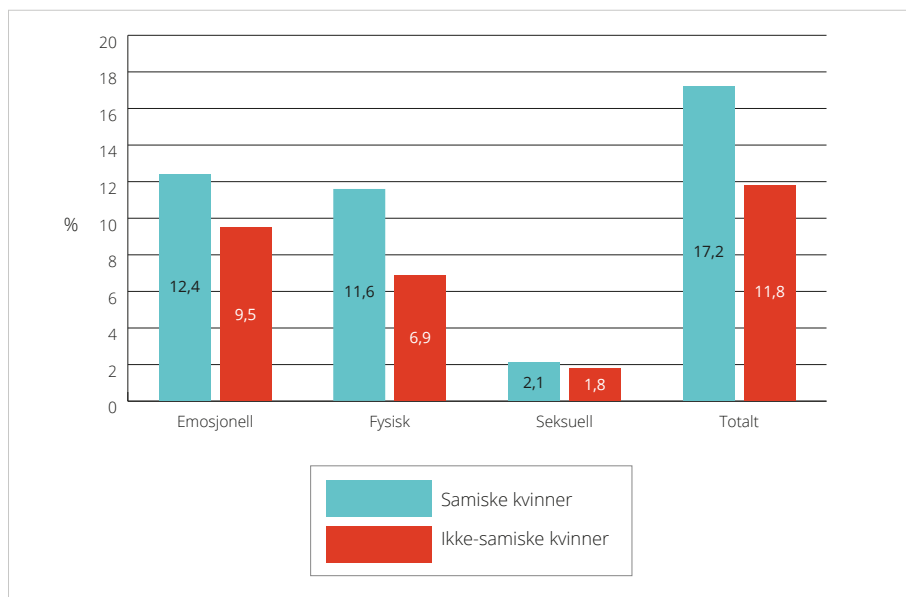
1. Ikke utsatt for verken partnervold eller vold i barndom
2. Utsatt for vold i barndom, men ikke partnervold
3. Utsatt for partnervold, men ikke vold i barndom
4. Utsatt for både partnervold og vold i barndom

Symptomer på angst og depresjon ble målt ved ti spørsmål som kalles Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10). Svaralternativene for hvert spørsmål ble summert til en felles gjennomsnittsskår som angir graden av angst- og depresjonsplager. En skår på 1 betyr at man ikke har slike plager, mens 4 betyr at man har veldig mye plager. Vi studerte også symptomer på posttraumatisk stress i relasjon til partnervold, men disse resultatene presenteres ikke her siden de viste mye av det samme bildet som for angst/depresjonsplager (2).

## Forekomst av partnervold i SAMINOR 2

Resultatene i vår studie viser store kjønnsforskjeller; 12,8 % av kvinnene og 2,0 % av mennene rapporterte at de hadde blitt utsatt for en eller annen form for vold fra sin partner, enten emosjonell, fysisk og/eller seksuell vold. Våre funn om høyere forekomst av partnervold blant kvinner enn blant menn sammenfaller med resultater både fra internasjonal og nasjonal forskning (1,5). Men selv om kvinner generelt rapporterer en høyere forekomst av partnervold, er det behov for å nyansere bildet. Nyere forskning viser nemlig at like mange menn som kvinner rapporterer om den milde formen for partnervold, men at det ikke skjer like ofte som for kvinner (5). Det er når det gjelder den grove, gjentakende partnervolden og seksuell partnervold at vi kan si at det er en klar kjønnsprofil; voldsutøver er da i hovedsak mann og voldsoffer er i hovedsak kvinne (1). Spørreskjemaet i SAMINOR 2 inneholdt dessverre ikke spørsmål om alvorlighetsgraden av volden eller hvor ofte man hadde opplevd vold. Dette er noe som bør inkluderes i framtidig undersøkelse.

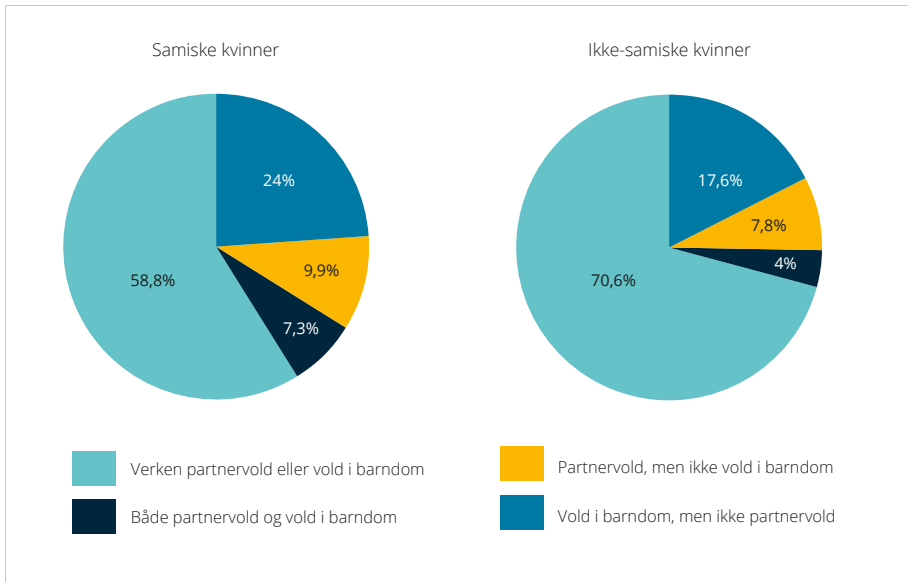
Blant kvinner fant vi klare etniske forskjeller, der en høyere andel samiske enn ikke-samiske kvinner rapporterte at de hadde vært utsatt for emosjonell og fysisk partnervold (figur 1). Det var få kvinner (2 %) som rapporterte om seksuell partnervold, og her var det ingen etnisk forskjell. Blant menn var det så få som rapporterte om de ulike formene for vold, at inndeling etter etnisitet eller type partnervold ikke var mulig.



Figur 1: Andel samiske og ikke-samiske kvinner som rapporterte om emosjonell, fysisk og seksuell partnervold. Siste søyle viser andelen som rapporterte om partnervold, uansett type.

Det er en sterk sammenheng mellom vold i barndom og partnervold senere i livet; blant kvinner som rapporterte om vold i barndom, var det omtrent én av fem som også rapporterte om partnervold, mens det blant kvinner som ikke hadde opplevd vold i barndom, var kun én av 10 som rapporterte om partnervold. Partnervold ser altså ut til å være omtrent dobbelt så vanlig blant kvinner som har blitt utsatt for vold i barndommen enn blant kvinner som ikke har blitt utsatt for vold i barndommen. Det samme mønstret ble funnet blant menn (2,5 % vs. 1,5 %).

Figur 2 viser forekomsten av partnervold og/eller vold i barndommen for samiske og ikke-samiske kvinner. Mens det er 70,6 % av de ikke-samiske kvinnene som verken har vært utsatt for partnervold eller vold i barndommen, er dette tallet 58,8 % for samiske kvinner. En høyere andel samiske kvinner rapporterte om voldsutsatthet både som barn og av en partner i voksen alder sammenlignet med ikke-samiske kvinner (7,3 % vs. 4,0 %) (figur 2).



Figur 2: Andel av samiske og ikke-samiske kvinner som har blitt utsatt for partnervold (emosjonell, fysisk og/eller seksuell) og/eller vold i barndom.

I tillegg til en tydelig kjønnsforskjell i forekomst av partnervold, fant vi altså en etnisk forskjell; samiske kvinner hadde en høyere forekomst av emosjonell og fysisk partnervold enn ikke-samiske kvinner. Samiske kvinner hadde også en høyere forekomst av vold i barndommen. Hvorfor vi finner etniske forskjeller i forekomst av partnervold kan være vanskelig å forklare. I en tidligere studie har vi vist at selv ved å kontrollere for andre faktorer, som alder og utdanning, er fremdeles samer mer voldutsatt både i barndom og som voksen (7). Dette bør ses i lys av mange faktorer, både i et kjønnsperspektiv, men også i lys av sosial klasse, religiøs påvirkning, fornorskningen av samene med mere (9). Det er antakelig ikke én faktor, men summen av flere faktorer som bidrar til at samiske kvinner er mer voldsutsatt fra partner enn ikke-samiske kvinner. Crenshaws teori om interseksjonalitet fremhever at det i tillegg til kjønnsperspektivet må tas høyde for at en kvinne er ikke bare kjønn, men tilhører også en sosial klasse og etnisk gruppe (11). Crenshaw belyser hvordan rasistiske og stereotype forestillinger om afroamerikanere kan usynliggjøre den volden som afroamerikanske kvinner utsettes for. Slike mekanismer kan også usynliggjøre volden samiske kvinner utsettes for og føre til at volden ikke løftes frem i redsel for å ytterligere stigmatisere samer. Taushet og usynliggjøring kan igjen føre til en normalisering av volden (12).

Heise kom i 1998 med en forklaringsmodell på vold mot kvinner som WHO har adoptert (1). I denne modellen, som bygger på Profenbrenners utviklingsøkologiske modell, forklares vold mot kvinner ut fra faktorer på *samfunnsnivå*, *i nærmiljøet*, *i parforholdet* og *individuelle faktorer* som alle påvirkes gjensidig. Faktorer på samfunnsnivå kan f.eks. være lav eller



manglende straff for voldsutøvere, manglende prioritering fra politiets side og for sjelden anvendelse av voldsalarm for voldsutøvere. På dette nivået kan den harde fornorskningen og diskrimineringen av samene plasseres. Dette kan få betydning for negative holdninger og handlinger som kan manifestere seg i nærmiljøet, i parforhold og hos hvert enkelt individ. Denne historiske diskrimineringen av samene, der samene ble regnet som tilhørende en lavere klasse, kan ha ført til økt voldsutsatthet. Faktorer i nærmiljøet kan f.eks. være høy arbeidsledighet og etniske konflikter mellom grupper. Samenes manglende tillit til profesjonelle, samt manglende oppfølging fra helse- og sosialtjenester og politi har også vært fremhevet, f.eks. i en politirapport fra 2017 (13). De senere årene har flere samiske voldsutsatte stått fram i media (14). Mange mener den Læstadianske forsamlingen, en konservativ og patriarkalsk religiøs bevegelse med interne retningslinjer for å håndtere uønsket atferd, ikke har støttet godt nok opp om de voldsutsatte (14). Dette har, ifølge samiske voldsutsatte, hatt betydning for manglende håndtering og varsling av vold og seksuelle overgrep (14). Mangelen på sosial støtte fra storfamilien, norm om å være sterk og tåle alt, og redselen for etnisk diskriminering er også faktorer som har vært fremhevet av voldsutsatte samiske kvinner (14). Én av faktorene som WHO fremhever i parforhold er et patriarkalsk kjønnsrollemønster og opposisjon, altså at det å yte motstand til et «etablert» kjønnsrollemønster er en risikofaktor for partnervold. Selv om vold i nære relasjoner forekommer i alle sosiale lag, er det likevel en sosial gradient i hvilke grupper som er mest voldsutsatt, nemlig at det er høyest forekomst blant de med lavest inntekt. Risikofaktorer på individnivå kan f.eks. være tidligere voldserfaringer, alder, arbeidsledighet og bruk av rusmidler (1).

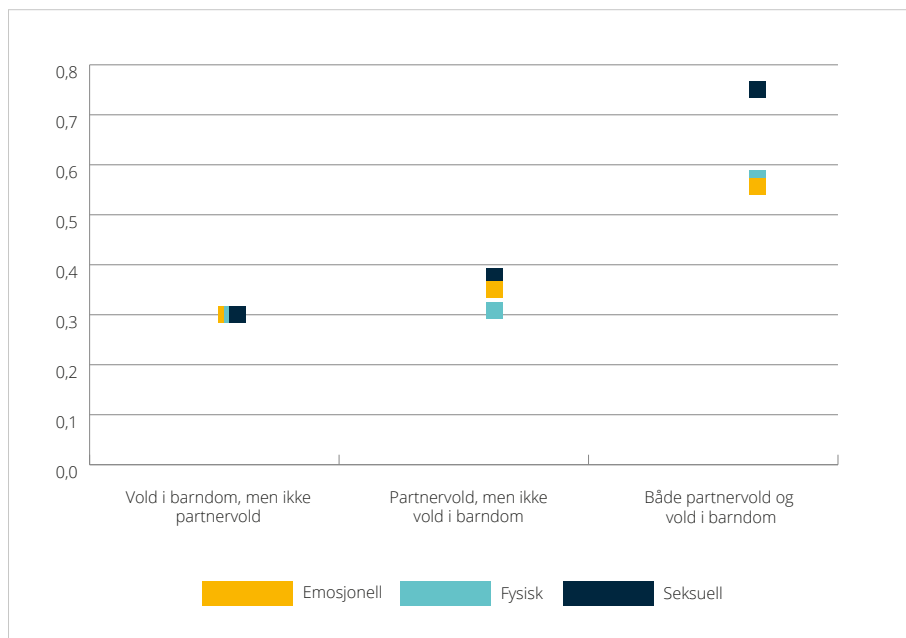
## Sammenhengen mellom partnervold og symptomer på angst og depresjon

Vi fant en sterk sammenheng mellom partnervold og symptomer på angst og depresjon målt med HSCL-10-skår, uavhengig av etnisitet (figur 3). For kvinner som ikke har vært utsatt for noen form for vold, verken i barndom eller av partner, ligger gjennomsnittlig angst/depresjonsskår på omtrent 1,3. Kvinner som hadde vært utsatt for vold i barndommen, men som ikke har vært utsatt for partnervold, har en gjennomsnittsskår som er omtrent 0,3 høyere enn dette (figur 3), som er på nivå med kvinner som ikke har vært utsatt for vold i barndommen, men som har vært utsatt for emosjonell, fysisk eller seksuell partnervold. For kvinner som har vært utsatt for vold både i barndommen og av partner i voksen alder, er skårene enda høyere; de har en gjennomsnittlig angst/depresjonsskår som er 0,5–0,6 høyere på skalaen enn gjennomsnittet for kvinner som verken har blitt utsatt for emosjonell partnervold eller vold i barndommen. Kvinner utsatt for seksuell partnervold, kombinert med vold i barndommen, hadde en nesten 0,8 høyere skår. Vi har her valgt å kun vise tallene for alle kvinner samlet, fordi resultatene for samiske og ikke-samiske kvinner var veldig like.

Vi viser heller ikke resultatene for menn, men vi fant omtrent den samme økningen i gjennomsnittlig angst/depresjonsskår blant menn utsatt for partnervold som vi gjorde for kvinner.

For menn var det imidlertid så få som hadde blitt utsatt for vold at det ikke var mulig å studere de ulike typene partnervold hver for seg, eller gjøre atskilte analyser for samer og ikke-samer. Våre resultater er i tråd med annen forskning som viser at partnervold har sammenheng med dårligere mental helse uansett etnisitet og kjønn (2). Vi fant også, ikke overraskende, at de som hadde opplevd vold som barn i tillegg til partnervold, har enda dårligere mental helse enn de som kun hadde opplevd partnervold (figur 3). Dette er også i tråd med annen forskning som viser at gjentatte voldsopplevelser har store negative helsekonsekvenser (9).

Dette betyr at det å forebygge og bekjempe vold mot barn er en viktig samfunnsoppgave. Det finnes flere teorier og modeller som søker å forklare sammenhengen mellom vold og utviklingen av symptomer og sykdommer. Bildet er omfattende og komplisert, og noen ganger medvirker flere mulige mekanismer samtidig: Både nevrobiologiske, psykologiske, atferdsmessige og sosiale forhold (1,9).



Figur 3: Gjennomsnittlig økning i HSLC-10 skår (på en skala fra 1=ingen angst/depresjonsplager til 4=store angst/depresjonsplager) for kvinner som har vært utsatt for partnervold og/eller vold i barndom sammenlignet med kvinner som ikke har blitt utsatt for vold.

## Oppsummering

En betydelig høyere andel kvinner enn menn rapporterer at de har vært utsatt for partner-vold. En høyere andel av samiske enn ikke-samiske kvinner rapporterte om emosjonell og fysisk partnervold, mens det var ingen etnisk forskjell i forekomsten av seksuell vold. Det å være utsatt for emosjonell, fysisk og/eller seksuell partnervold har en sterk sammenheng med angst/depresjonsplager. Å være utsatt for både vold i barndom og partnervold gir mer alvorlige angst/depresjonsplager enn å være utsatt for kun vold i barndom eller kun partnervold. Selv om det er både etniske forskjeller og kjønnsforskjeller i forekomsten av partnervold, er sammenhengen mellom voldsutsatthet og psykiske helseplager den samme uansett etnisitet og kjønn.



## Referanser

1. Mikton CR, Butchart A, Dahlberg LL, et al. Global Status Report on Violence Prevention 2014. *Am J Prev Med* 2016;50(5):652-9. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.10.007>.
2. Eriksen A, Melhus M, Jacobsen BK, et al. Intimate partner violence among Sami and non Sami- the importance of childhood violence: The SAMINOR 2 questionnaire study. *Scand J Public Health* 2021. <https://doi.org/10.1177/14034948211024481>.
3. Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devrives K, et al. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013. (ISBN 978-92-4-156462-5). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf).
4. Politiet. Nasjonal drapsoversikt 2019. Drap i Norge 2010–2019. [Tilgjengelig fra: <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/drap/drapsoversikt-2019.pdf>].
5. Thoresen S, Hjemdal OK (redaktører). Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. Rapport Nr. 1/2014. Oslo: Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress, 2014. (ISBN 978-82-8122-070-6). [Tilgjengelig fra: [https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold\\_og\\_voldtekt\\_i\\_norge.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf)].
6. Daoud N, Smylie J, Urquia M, et al. The Contribution of Socio-economic Position to the Excesses of Violence and Intimate Partner Violence Among Aboriginal versus Non-Aboriginal Women in Canada. *Can J Public Health* 2013;104(4):e278-e283. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3724>.
7. Eriksen A, Hansen K, Javo C, et al. Emotional, physical and sexual violence among Sami and non-Sami populations in Norway: The SAMINOR 2 questionnaire study. *Scand J Public Health* 2015;43(6):588-96. <https://doi.org/10.1177/1403494815585936>.
8. Eriksen A, Hansen K, Schei B, et al. Childhood violence and mental health among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway: a SAMINOR 2 questionnaire study. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1508320. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1508320>.
9. Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373(9657):68-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7).

10. Eriksen A. "Breaking the silence": interpersonal violence and health among Sami and non-Sami - a population-based study in Mid- and Northern Norway. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2017. (ISBN 978-82-8378-001-7). <https://hdl.handle.net/10037/11290>.
11. Bredal A, Eggebø H, Eriksen A. Mangfoldsperspektiver i forskning på vold i nære relasjoner, i Bredal A, Eggebø H, Eriksen A (redaktører): Vold i nære relasjoner i et mangfoldig Norge. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2020. (ISBN 978-82-02-65228-9). <https://doi.org/10.23865/noasp.99>.
12. Kuokkanen R. Gendered Violence and Politics in Indigenous Communities: The cases of aboriginal people in Canada and the Sámi in Scandinavia. *International Feminist Journal of Politics* 2014;17(2):1-18. <https://doi.org/10.1080/14616742.2014.901816>.
13. Vangen T. Overgrepene i Tysfjord – erfaringer og funn fra politiets etterforskning. Politiet. Nordland politidistrikt, 2017. [Tilgjengelig fra: [https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/sluttrapport-tysfjord\\_endelig.pdf](https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/voldtekt-og-seksuallovbrudd/sluttrapport-tysfjord_endelig.pdf)].
14. Berglund E, Henriksen T, Amdal H, Heatta K. Den mørke hemmeligheten. *Verdens Gang (VG)*. 2016 11.06.2016. [Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/3A5gX/den-moerke-hemmeligheten>].

*Kapittel 9:* <https://doi.org/10.7557/7.6471>



## 10 SYMPTOVMH BYÖPMEDIMSSTURRE- MIDIE JÏH MADTJELESVOETESE JÏJTSE KRÅAHPINE

*Kirsti Kvaløy, Marita Melhus, Anne Silviken jÏh Ann Ragnhild Broderstad*



*Guvvie: Aleksandr Davidov/Mostphotos.com*

### Iktedimmie

Daan beajetje seabradahkesne bijjieleavloe jÏh buajtehksoeete daamtaj gÅåvnesieh jÏh leah dan åvteste vielie jÅåhkesjamme sjÏdteme stoerre bielne årroeijstie. Seamma tÏjjen medija jarngesne åtna åvteguvvie lea skaejlies, aejlies jÏh vervesne årrodh. Gõõkte goerehtimmine dejstie mah lin meatan SAMINOR 2 – klinihkeles goerehtimmesne (2012–2014), ãedtjem utnimh symptovmh goerehtidh byõpmedimssturremasse (Goerehtimmie 1) jÏh mejtie fer vuelege aarvehtse bijjieleavloste naan sÅaarhts ektiedimmiem utni viesjehtåbpoe symptovmigujmie asvese jÏh depresjovnese (Goerehtimmie 2). Mijjieh gaavnimh nyjsenåjjah



gaskemedtien jienebh symptovmh byöpmedimssturremidie utnin goh ålmah. Mahte gaa-jhkesh dovnes mah symptovmh byöpmedimssturremidie reektin, bijjieleavloem utnin jñh dah sãn aaj stuerebe aarvehtsem utnin asvem jñh depresjovnem reektedh. Ij lij naan stoerre joekehtsh saemien jñh daaroen årroji gaskem gosse lea daej ektiedimmiej bijre, men saemieh vielie soelkehtsbyöpmedimmien bijre reektin.

Saemien ålmaj jñh daaroen nyjsenæjjaj gaskem lij vaenebh symptovmh asveste jñh depresjovnese dej gaskem mah bijjieleavloem utnin, men mah jñjtñh vienhtin dah iemie leavloem utnin jallh lin siegkie. Saemien nyjsenæjjide jñh daaroen ålmide idtjimh dagkeres ektiedimmien gaavnh.

## Aalkoe

Gellie luhkie jaepieh buajtehksvoete jñh bijjieleavloeh leah læssanamme abpe veartenisnie. Goh neebnesovveme 4. kapihtelisnie, jienebh healsoe goerehtimmieh dam seamma evtiedimmien Nöörjesne vuesiehtamme. Jalhts buajtehksvoete vääjnoe goh ånnetji tjöödtjestamme dan minngemes luhkiejaepien, annje fer jñjnje buajtehksvoete dovne siejhme årroji luvnie jñh aaj saemien årroji luvnie. Lissine vaahra lea stuerebe fysiske skiemtjelassh åadtjodh, buajtehksvoete aaj ektiedimmien åtna psykiske tsagkesidie jñh stigmatiseeremasse. Buajtehksvoete lea aaj viedteldihkie vueliehkåbpoe sosio-ekonomeles statusinie jñh nåakebe beapmojne. Lissine daate maahta fierhtem indivijdem tjarke behtjedidh, daate aaj healsoe-suerkiem vielie behtjedamme dan åvteste buajtehksvoete lea viedteldihkie gellie jeatjah skiemtjelasshide goh vaajmoe- jñh virreåerieskiemtjelassh, diabetese 2. sårhte jñh kreefte. Daate vihth stuerebe ekonomeles maajsoem seabradahkese sjugnede.

Dihthe mij lea iedtjije lea dihte stoerre veahka bijjieleavloste jñh buajtehksvoeteste seabradahkesne lea dorjeme guktie daate dihte «orre iemie» sjidteme, jñh dan gaavhtan almetjñh dam vielie jååhkesjeh daelie goh aarebi. Seamma tijjen siegkie årrodh vuajnelge goh lyhkesamme jieliedisnie jñh jollebe sosio-ekonomeles statusem utnedh. Tjåanghkan daate maahta domtesh vedtedh mah sinsitnien vööste strijrieh jñjtse kråahpen bijre. Dennie aktene bielesne lea vihkeles almetjidie dah aktem reaktoe vuajnoem jñjtse kråahpestoeredahkste utnieh, juktie maehdedh pryövedh sov leavloem unniedidh jis fer lyövlehke. Dennie mubpene bielesne lea vihkeles dej psykiske healsoen jñh tråjjen gaavhtan dah positijve vuajnoem jñjtse kråahpese utnieh. Jienebh goerehtimmieh leah ektiedimmien vuesiehtamme gaskem vuelieaarvehtsem bijjieleavloste jñh reektemem dovne buerebe jieledekvaliteeteste jñh vaenebe depresjovne. Aaj iedtjije daate sårhts «båajhtoeh goerkese» bijjieleavloste guhkiebasse vääjnoe goh bæetijen aejkien depresjovnen vööste vaarjele (1).

Joekehts sårhts byöpmedimssturremh. Aervede dah itjimiesommes sårhth nöörjen nyjsenæjjaj luvnie aalteredåehkesne 15–44 jaepieh leah: Anoreksije: 0,3 %, bulimije: 2 % jñh bijjiebyöpmedimmievaevjie: 3 % (taalh veedtjesovveme Almetjehealsoleinstiuthteste,

orrestamme 2016). Siejhme ároji luvnie aervede jeenjesh symptovmh utnieh mah leah byöpmedimssturremen bijre, daate sæjhta jiehtedh dej akte dâeriesmoere leavlojne jñh krâahpine mij byöpmedimsmöönsterem baajnehte. Ektiedimmesne byöpmedimssturremigujmie, aervedibie siejhmelaakan symptovmh mah leah viedteldihkie bijjiebyöpmedæmman, sijhtieh daamtajommes nöörjen ároji luvnie árrodh dan ávteste mijjieh daejrebe daate daamtaj lea viedteldihkie buajtehksvoetese.

Daennie kapihtelisnie áehpiedehtebe maam gaavneme göökte joekehts goerehtimmeste. Gåabpegen goerehtimmesne libie daatah nuhtjeme dehtie klinihkeles bieleste SAMINOR 2-goerehtimmeste (lohkh vielie SAMINOR:en bijre 2. kapihtelisnie). Gåabpegen goerehtimmesne saemieh defineerimh goh dah mah jñjtjemse saemine utnieh jñh /jallh saemien maadtoem saarnoejin, jñh lissine saemien gïelemaadtoem utnin (jñjtje jallh unnemes akte eejhtegijstie jallh aahka gon aajja gâetesne saemiesti). Gaajhkh jeatjebh defineerimh goh daaroeh. Gåabpegen goerehtimmesne mijjieh almetjidie juekiejimh álmide jñh nyjsenæjjide jñh saemide jñh daarojde.

## Symptovmh byöpmedimssturremasse (Goerehtimmie 1)

Saemiengïelesne daate goerehtimmie gohtjesávva «Symptovmh byöpmedimssturremidie saemien jñh daaroen ároji luvnie: SAMINOR 2 – klinihkeles goerehtimmie» (2). Mijjieh symptovmide byöpmedimssturremidie vuartasjimh, jñh mah faktovrh mah meehtin byöpmedimssturremidie baajnehtidh dej luvnie mah lin meatan goerehtimmesne. Jalhts gellie aalkoeáålmege dáehkieh jñjnem bijjieleavloem jñh nuelieleavloem utnieh (3), vaenie dotkeme orreme teaman bijre byöpmedimssturremh aalkoeáålmege luvnie. Illedahkh aktede noerhtenöörjen goerehtimmeste noerijste mij dorjesovvi 1994–1995 (Ung i Nordgoerehtimmie), vuesiehtin saemien baarnieh jienebh sáarhts byöpmedimssturremi bijre reektin viertiestamme daaroen baarniejgujmie, mearan saemien niejth vaenebh byöpmedimssturremi bijre reektin goh jeatjah niejth goerehtimmesne (4).

Mij ávteguvvine vuajnelge goh akte attrakijve krâahpe maahta jeerehtidh aktene sosio-kulturelle ektiedimmesne, jñh joekehts árrodh jearohke tjoeleste jñh aalteredáehkeste. Vuesiehtimmien gaavhtan akte goerehtimmie mij saemien, soemen jñh britiske álmah váaroeminie utni, vuesiehti daah joekehts sáarhts nyjsenekráahph lyjhkin – saemien álmah nyjsenæjjah lyjhkin mah lin ánnetji jorpe, mearan soemen jñh britiske álmah buerebe-laakan siegkies nyjsenæjjah lyjhkin (5). Dan ávteste krâahpeávteguvvie maahta sosiokulturelle ektiedimmesne jeerehtidh, maahta aaj joekehts árrodh guktie deadtove lea daam ávteguvviekrâahpem áadtjodh. Vaenebh goerehtimmieh mah leah byöpmedimssturremi jñh tjoeperdimmiej bijre mah leah krâahpestoeredahken jñh hammoen bijre álmaj gaskem goh nyjsenæjjaj gaskem, men goerehtimmieh mah álmah jarngesne átneme stoerre tjoelejoekehtsh vuesiehtieh gusnie byöpmedimssturreme jñh krâahpevuajnoe álmaj luvnie vielie goh nyjsenæjjaj luvnie lea byöpmedimsmöönsteri jñh saavremen bijre, gusnie fokuse

ij äedtjeh bigkedh (6). Dan gaavhtan joekoen vihkele âlmah jih nyjsenæjjah fiereguhtene haeresne goerehtidh.

Dan gâhkese mijjieh daejrebe ij leah naan goerehtimmieh bæjhkohtamme aarebi daan teeman bijre, mah geerve saemieh vâaroeminie âtneme. Dan âvteste lea joekehtsh vuesiehtamme dovne psykiske healsoen sisnjelen jih man jijnje buajtehksvoete mij gââvnese saemien jih daaroen âlmaj jih nyjsenæjjaj luvnie, maahta sán aerviedidh vaahra byöpmedimssturremh âadtjodh aaj lea joekehts.

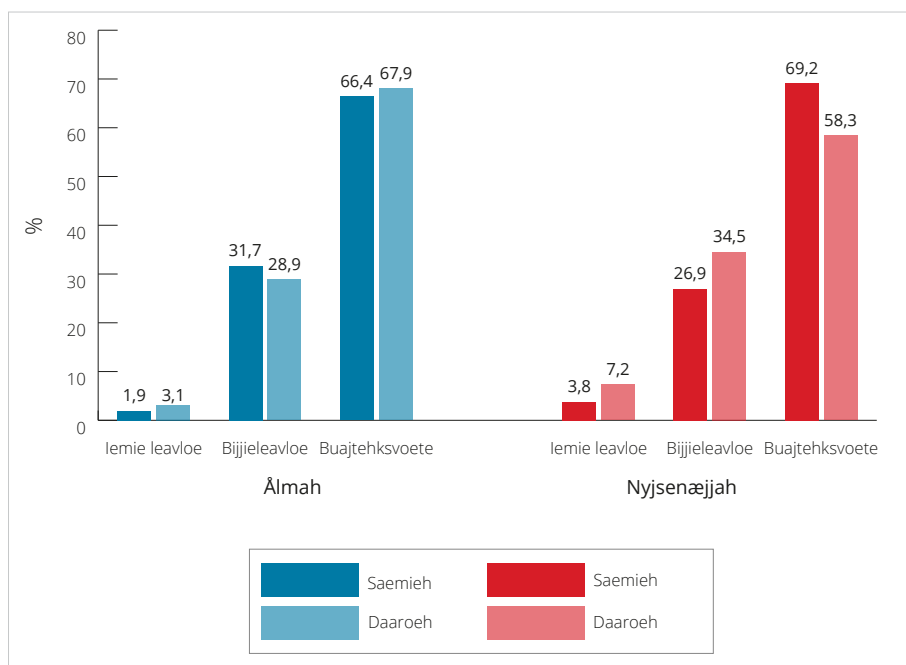
Daennie goerehtimmesne 4389 almetjh meatan utnimh aaltarisnie 40–69 jaepieh mah lin gyhtjelassh vaestiedamme etnisiteeten bijre, 2024 âlmah jih 2365 nyjsenæjjah, mejstie 1811 (41 %) lin saemieh (844 âlmah jih 967 nyjsenæjjah).

Indivijdh symptovmigujmie byöpmedimssturremidie mijjieh daej vjijhte gyhtjelassi mietie defineerimh, mah leah meatan EDS 5-skaalesne (Eating Disturbance Scale): «Man madtjele datne dov byöpmedimsvoetigujmie orreme doh minngemes 4 vâhkoeh?», «Datne soelkehtsinie byöpmedamme doh 4 minngemes vâhkoeh jallh lissie byöpmedamme dan gaavhtan hâjnan jallh ih madtjele domteme?», «Datne skâltoem damteme gosse byöpmedamme doh 4 minngemes vâhkoeh?», «Datne damteme daerpies dutnjien orreme striengkies beapmoevahkah jallh jeatjah beapmoevuekieh fulkedh juktie maetedh giehtjedidh man jijnjem datne byöpmedh?», «Datne damteme datne fer gisse?». Vaestiedassealternatijvh kodah utnin 1 raejeste 7 raajan, gusnie summe skâârem vedti 5 raejeste 35 raajan (jolle taale sæjhta jiehtedh dah mah dejtie 10 % jollemes skââride utnin, definisjovnem âadtjoejin byöpmedimssturremh utnedh. Raaste-aarvoe symptovmide byöpmedimssturremidie biejesovvi taalide  $\geq 19$  âlmide jih  $\geq 23$  nyjsenæjjide. Nyjsenæjjide daate lij akten jeatjah goerehtimmien mietie mij lij nyjsenæjjah HUNT-goerrehimmesne (7).

Kråahpemaasseindekse (KMI) möölesovvi goh tjelkestamme 4. kapihtelisnie. Ööhpehtimmie varjasjamme sjidti gyhtjellasse: «Man gellie jaepieh datne skuvlem vaadtseme?» Lâhkoe jaepijste lij juakasovveme goh «13 jaepieh jallh vielie» (jolle ööhpehtimmienjieptjie) jih «vaenebh goh 13 jaepieh» (vuelege ööhpehtimmienjieptjie). Fysiske darjomh lij jijtje-reektene aktene skaalesne 1 raejeste (joekoen vuelege) 10 raajan (joekoen jolle). Gyhtjelassi gaskem beapmoen bijre gihtjesovvi man daamtaj joekehts sâarhts snacks byöpmede. Veahkan mietie jih man daamtaj iemielaakan snacks byöpmede fierhten aejkien, ryökni man gellie grammh daate sjidti fierhten biejjien. Âllesth veahka snackseste maam byöpmedi lij summe grammeste fierhten biejjien sjokolaadeste, gâahtijste, pearagulleste, peanöodterijstie, jeatjah sâarhts nöödterijstie jih saelhties snacks. Symptovmh asvese/depresjovnese möölesovvin viehkine vijhte gyhtjelassijste mah gohtjesuvvieh Hopkins Symptom Checklist 5, mij lea dearkoesvoeten/sisnjeles bâasarimmien bijre, ahkedh skabroeh jih strâarkan, hâjnan gosse bâetijen aajkan ussjede, strerkies, skuapmah. Mijjieh

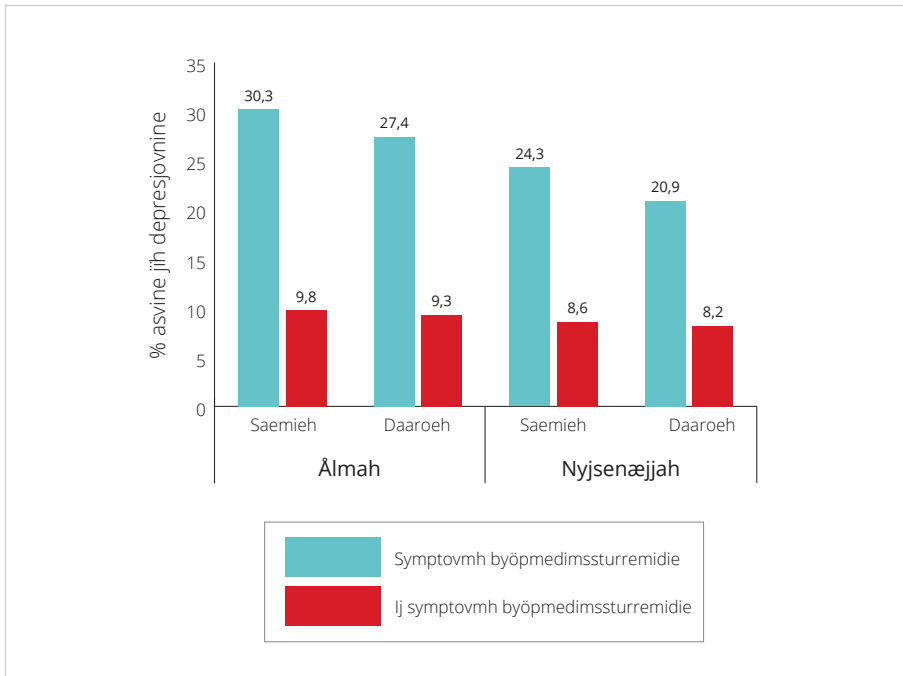
skåårem ryöknedimh aarvoejgumie 1 raejeste (ij naan vaejviah) 5 raajan (jijnjh vaejviah), gusnie mijjiah aarvoeh bijjelen 4 defineerimh goh asve jallh depresjovne.

Mijjiah gaavnimh nyjsenæjjah gaskemedtien jollebe ällesth skåårem utnin symptovmide byöpmedimssturremidie goh älmah, men ij lij naan joekehtse saemiej jih daaroeh gaskem. Men saemieh, dovne älmah jih nyjsenæjjah, jollebe skåårem utnin goh daaroeh, gyhtjelas-sesne soelkehtsbyöpmedimmien bijre. Låhkoe mij symptovmh byöpmedimssturremi bijre reekti jeerehti 10 % raejeste 17 % raajan jearohke tjoeleste jih etnihkeles maadtoste, jih siejhmelaakan lij akte stuerebe låhkoe mij byöpmedimssturremi bijre reekti dej nuerebe aalteredæhkiej luvnie, goh báarasåbpoe aalteredæhkiej luvnie. Symptovmh byöpmedimssturremidie utnedh lij viedteldihkie jollebe KMI:ine. Dej gaskem mah symptovmi bijre reektin byöpmedimssturremidie, mahte gaajhkesh bijjieleavloem jallh buajtehksvoetem utnin (figuvre 1).



Figuvre 1: Joekeedimmie KMI-leavloeklaassijste dej gaskem mah symptovmh byöpmedimssturremidie utnieh.

Dah mah byöpmedimssturremi bijre reektin, 3–4 aejkieh dan stoerre buajhkoesoetem utnin aaj asven jih depresjovnen bijre reektedh, viertiestamme dejgumie mah idtjin symptovmh byöpmedimssturremidie utnieh. Dellie joekehtsidie aaltarisnie jih ööhpehtimmesne dæhkiej gaskem krööhkestamme. Daate lij faamosne dovne älmide jih nyjsenæjjide, ovjearohke etnihkeles ektiedimmeste (figuvre 2).



Figuvre 2: Ektiedimmie symptovmi gaskem asvese/depresjovnese jih byöpmédimssturremesymptovmh, tjoelen jih etnihkeles maadtoen mietie. Gosse alterem jih ööhpehtimmiem krööhkestimh, dæehkieh byöpmédimssturreminie 3–4 æejkieh stuerbe buajhkoesvoetem utnin symptovmi bijre reektedh asvese jih depresjovnese.

Vaenebh fysiske darjomh jih jijnje byöpmédimmie snackseste (vielie goh 37,7 gram/ biejjien) aktem tjëlke positijve ektiedimmiem byöpmédimssturremesymptovmigujmie älmaj luvnie vuesiehti dovne saemien jih daaroen dæehkesne. Seammalaakan ektiedim-mieh aaj vihtesjimh dâahkan daaroen nyjsenæjjah.

## Vuelieaerviedimmie bijjieleavloste lea viedteldihkie asvese jih depresjovnese (Goerehtimmie 2)

Saemiengiesne daate goerehtimmie gohtjesovvi «Vuelieaerviedimmie leavloste ektie-damme asvese jih depresjovnese saemiej jih daaroen gaskem bijjieleavlojne: SAMINOR 2 – klinihkeles goerehtimmie» (8). Dan gâhkese daejrebe daate lea voestes goerehtimmie mij goerehtamme guktie jijtse krâahpestoeredahkese vuartesje, viertiestamme mööleme leavlojne akten jienebe-etnihkeles moenehtsisnie Noerhte-Nöörjesne. Jienebh goerehtim-mieh Leah aarebi vuesiehtamme dovne buajtehksvoete (joekoen nyjsenæjjaj gaskem) (9) jih symptovmh asvese jih depresjovnese lea ännetji jollebe saemien ärröji luvnie viertie-stamme daaroen ärröjigujmie (2,10). Lissine daejrebe kulturelle aspekth maehetih baajneh-tidh guktie datne jijtse krâahpese jih jeatjah krâahpide vuartesjh. Mijjieh sijhtimh dan ävteste goerehtidh mejtie lij akte ektiedimmie gaskem vuelieaerviedimmie jijtse bijjieleavloste,

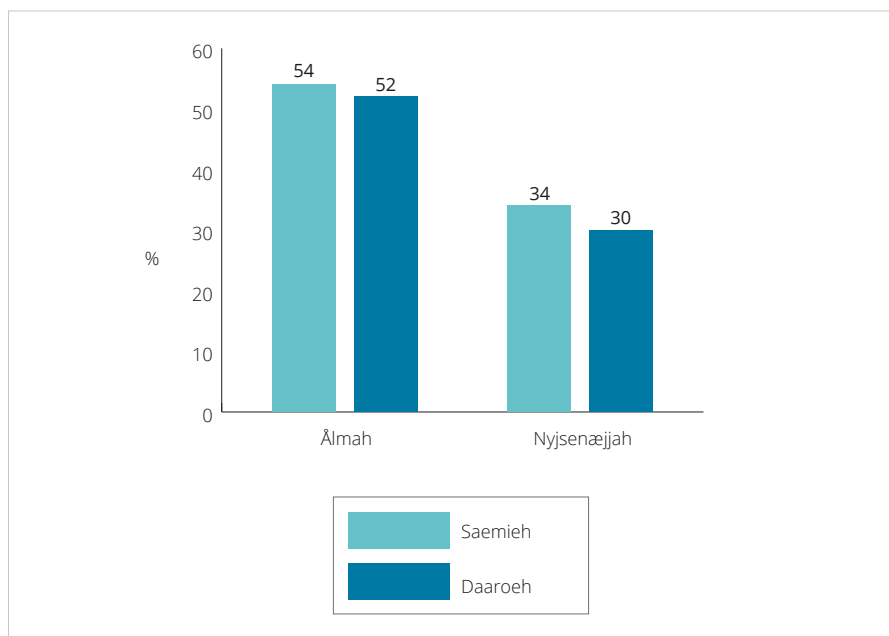
jih psykiske healsoe aalmegi luvnie saemien jih daaroen maadtoste, mah seamma geograafeles dajvine arroejin.

Guktie jijtse kraahpestoeredahkem baajhtoehlaakan toelhkeste mijjeh defineerimh gyhtjeblassen mietie «Guktie jijtje vienhth datne Leah»? vaastoealternatijvigumie: «Aapsen gisse», «Fer gisse», «Sjiehtes», «Aapsen siegkie». Guktie daate vaestiedasse lij akteraeresne almetjen leavloekategorijine KMI:n mietie, moeni mejtie fiereguhten goerkese jijtse kraahpestoeredahkeste lij akteraeresne dej riektes leavloekategorijine.

Mijjeh meatan veeltimh ajve dah mah bijjieleavloem ( $KMI \geq 25$ ) jih buajtehksvoetem ( $KMI \geq 30$ ) utnin daennie goerehtimmesne. Allesth 3266 almetjh lin meatan, mejstie 1393 saemien maadtoste (684 almah jih 709 nysenæjjah) jih 1873 daaroen maadtoste (961 almah jih 912 nysenæjjah). Dah mah jijtjeh vienhtin sijjeh lin sjiehtes, fer siegkie jallh aapsen siegkie, defineerimh goh dah sijjen leavloem vuelieaerviedin. Jis vaestiedin «fer gisse/aapsen gisse», mijjeh dejtie defineerimh goh «reaktoe» goerkesem utnin sijjen leavloste.



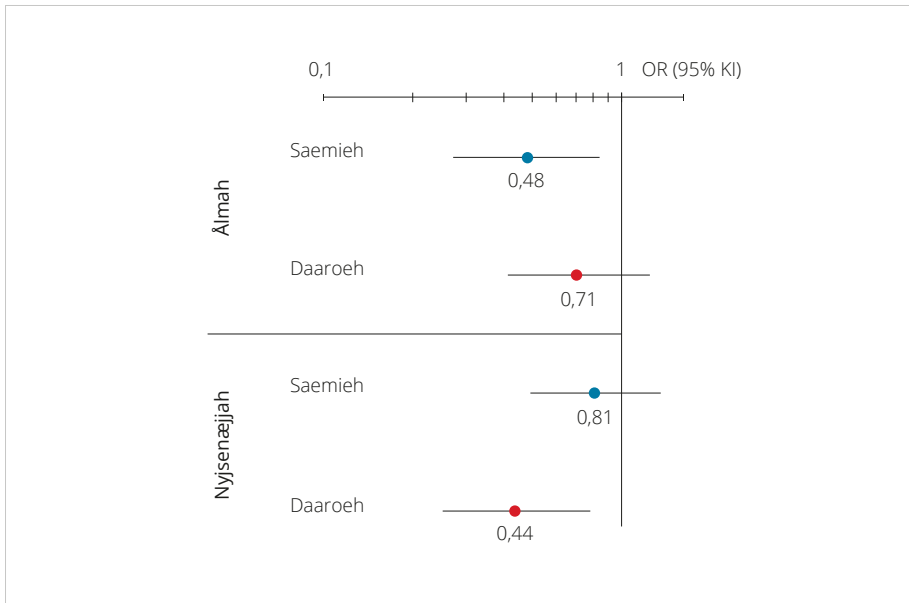
Seammalaakan goh goerehtimmiejgumie jeatjah jillege árrjedáehkiej gaskem, mijjen goerehtimmie vuesiehti láhkoe mij jýtse bijjieleavloem vuelieaerviedi lij stoeer (figuvre 3) jñh láhkoe lij jollebe álmaj gaskem goh nyjsenæjjaj gaskem. Saemien nyjsenæjjah sijjen bijjieleavloem vuelieaerviedin vielie goh daaroen nyjsenæjjah. (34 % vs. 30 %), mearan joekehtse saemien jñh daaroen álmaj gaskem lij unnebe (54 % vs. 52 %). Buajtehksvoetekategoriesne (KMI  $\geq$  30) daate joekehtse lij eantan stuerebe, abpe 16 % saemien nyjsenæjjaj gaskem viertiestamme 7 % dej daaroen nyjsenæjjaj gaskem, jñh 31 % saemien álmaj gaskem vs. 22 % daaroen álmaj gaskem. Gæbpegen etnihkeles dáehkine vuelieaerviedimmie læssani áñnetji aaltarinie jñh lij vueliehkåbpoe dej gaskem mah jollebe ööhpehtimmiem utnin (ööhpehtimmie daamtaj átnasávva goh akte proxy don sosio-ekonomeles statusasse).



Figuvre 3: Láhkoe mij sov kråahpestoeredahkem vuelieaerve de álmaj jñh nyjsenæjjaj gaskem bijjieleavlojne/ buajtehksvoetine (KMI  $\geq$  25) SAMINOR 2-klinihkeles goerehtimmesne.

Saemien álmaj jñh daaroen nyjsenæjjaj gaskem lij vaenebh symptovmh asveste jñh depre-sjovneste dej gaskem mah sijjen bijjieleavloem vuelieaerviedin viertiestamme dejgumie mah sijjen bijjieleavloem jáähkesjin (ovrehte 50 % vueliehkåbpoe, vuesiehtamme figuvresne 4 goh odds ratio (OR)). Saemien nyjsenæjjide jñh daaroen álmide idtjimh naan ektiedimmiem gaavnh. Analysinie mijjiej aalterem, KMI:m, ööhpehtimmiem jñh sivijles-tatusem giehtjedimh.





Figurve 4: Ektiedimmie gaskem vuelieaerviedimmie bijjieleavloste jih symptovmh asvese jih depresjovnese joekedamme tjoesele jih etnihkeles dâahkan. Illedahkh leah vâajnoes goh odds ratio (OR) 95 % konfidenseintervalline. Aarvoeh vuelelen 1,0 aktem negativje ektiedimmiem vuesiehtieh, daate sæjhta jiehtedh dah mah sijjen bijjieleavloem vuelieaerviedieh vaenebh asve/ depresjovnevaejviejh utnieh goh dah mah aktem vielie staeries goerkesem jijtsh bijjieleavloste utnieh. Konfidenseintervallh mah leah aarvoen bijjelen 1,0 ij leah statiske signifiikaante, mij sæjhta jiehtedh ij leah naan joekehtse asvesne/depresjovnevaejvine dej gaskem mah sijjen bijjieleavloem vuelieaerviedieh jih dah mah eah dam darjoeht. Figurvrem aarebi bæjnhkoehhtamme aktene engelske lâhkosne tjoalegisnie: Kvaløy et al. (8), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031810>, © Tjaeljijh, lisensine nuelesne CC BY-NC 4.0

2. goerehtimmesne amma joekehtsh tjoeli gaskem gaavnimh mah lin ektiedimmien bijre gaskem vuelieaerviedimmie bijjieleavloste, jih symptovmh asvese jih depresjovnese saemien jih daaroen almetji gaskem mah lin meatan goerehtimmesne. Joekehtse tjoeli gaskem maam gaavnimh dâehkesne saemijste jih daarojste lij geerve tjelkestidh. Saemiej gaskem maahta sãn ussjedidh daaroedhtemeprosesse, kulturelle âlkoestimmie jih lissiehtamme deadtove konformiteetese gellie boelvi tjirrh, leah maahteme âlmah jih nyjsenæjjah joekehtslaakan baajnehtidh.

Sâemies daejstie gaavnojste mejtie lea daennie kapihtelisnie buerkiestamme, joekehtsh nyjsenæjjaj jih âlmaj gaskem vuesiehtieh byöpmedimssturremi jih krâahpeguvvien bijre, jih daate lea tjoelejoekehtsh mejtie aaj jeatjah goerehtimmine gaavneme. Doh joekehtsh tjoeli gaskem mejtie gaavnimh ektiedimmesne vuelieaerviedimmien gaskem bijjieleavloste jih mentaale healsoste, maehtieh seabradahkem jarkelimmesne speejjeldidh gusnie gaskem jeatjah gellie nyjsenæjjah leah hiejmevoenem laahpeme jih jollebe ööhpehtimmiem vaalteme, mearan âlmah leah baatseme gusnie leah byjjenamme. Naemhtie aaj orreme

jeatjah aalkoeåålmegeseabradahkine. Tjåanghkan daate maahta vuesiehtidh joekehtsh læs-sanieh saemien nyjsenæjjaj jïh ålmaj gaskem mah byöroeh stuerebe fokusem utnedh gosse hööptije råajvarimmieh måjhte.

## Iktedimmie

Ållesth idtjimh naan joekehtsh gaavnh saemien jïh daaroen dæhkien gaskem gosse lea symptovmi bijre byöpmedimssturremidie. Symptovmh byöpmedimssturremidie lin siej-mebe nyjsenæjjaj luvnie goh ålmaj luvnie, jïh doh jeanatjommesh daej symptovmigujmie bijjieleavloem jallh buajtehksvoetem utnin.

Siejhmelaakan lij jienebh ålmah goh nyjsenæjjah mah sijen bijjieleavloem vuelieaerviedin. Saemien ålmaj jïh daaroen nyjsenæjjaj gaskem mah jïjtsh bijjieleavloem vuelieaerviedin, lij vaenebh mah asve- jïh depresjovnesymptovmi bijre reektin viertiestamme dejgujmie mah bijjieleavloem utnin mah vielie veele goerkesem sijen leavloste utnin. Maahta dan åvteste vååjnedh goh dah mah fer lyövleheke jïh Leah matjele sijen kråahpine, buerebe psykiske healsoem utnieh goh dah mah tuhtjeh sijnieh Leah fer gisse.

## Referaansh

1. Thurston IB, Sonnevile KR, Milliren CE, et al. Cross-sectional and prospective examination of weight misperception and depressive symptoms among youth with overweight and obesity. *Prev Sci* 2017;18:152-63. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0714-8>.
2. Kvaløy K, Melhus M, Silviken A, et al. Disordered eating in Sami and non-Sami Norwegian populations: the SAMINOR 2 Clinical Survey. *Public Health Nutrition* 2018;21(6). <https://doi.org/10.1017/S1368980017003597>.
3. Wong CY, Zalilah MS, Chua EY, et al. Double-burden of malnutrition among the indigenous peoples (Orang Asli) of Peninsular Malaysia. *BMC Public Health* 2015;15:680. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2058-x>.
4. Lotten S. Spiseproblemer, psykisk helse og selvbilde blant nordnorsk ungdom. 5. årsoppgave i medisinstudiet. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2003. <https://hdl.handle.net/10037/779>.
5. Swami V, Tovee MJ. Perceptions of female body weight and shape among Indigenous and urban Europeans. *Scand J Psychol* 2007;48:43-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00526.x>.
6. Matsumoto A, Rodgers RF. A review and integrated theoretical model of the development of body image and eating disorders among midlife and aging men. *Clinical Psychology Review* 2020;81:101903. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101903>.
7. Eik-Nes T, Romild U, Guzey I, et al. Women's weight and disordered eating in a large Norwegian community sample: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *BMJ Open* 2015;5:e008125. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008125>.
8. Kvaløy K, Melhus M, Silviken A, et al. Weight underestimation linked to anxiety and depression in a cross-sectional study of overweight individuals in a Sami and non-Sami Norwegian population: the SAMINOR Study. *BMJ Open* 2019;9:e031810. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031810>.

9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. 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. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Eriksen AMA, Hansen KL, Schei B, et al. Childhood violence and mental health among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway: a SAMINOR 2 questionnaire study. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1508320. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1508320>.

*Kapittel 10:* <https://doi.org/10.7557/7.6472>

## 10 SYMPTOMER PÅ SPISEFORSTYRRELSER OG FORNØYDHET MED EGEN KROPP

*Kirsti Kvaløy, Marita Melhus, Anne Silviken og Ann Ragnhild Broderstad*



*Foto: Aleksandr Daydov/Mostphotos.com*

### Sammendrag

I dagens samfunn er overvekt og fedme hyppig forekommende og har derfor blitt mer akseptert i store deler av befolkningen. Samtidig fokuseres det i media på at idealet er å være slank, sunn og i god fysisk form. I to studier av deltakere i SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen (2012–2014), var vi interessert i å studere symptomer på spiseforstyrrelser (Studie 1) og om underestimering av overvekt hadde sammenheng med lavere grad av symptomer på angst og depresjon (Studie 2). Vi fant at kvinner gjennomsnittlig hadde høyere totalskår med hensyn til symptomer på spiseforstyrrelse enn menn. De som rapporterte symptomer på spiseforstyrrelse, var nesten alle overvektige og hadde også høyere sannsynlighet for å rapportere angst og depresjon. Det var ingen betydelige forskjeller

mellom samisk og ikke-samisk befolkning når det gjelder disse sammenhengene, men samer rapporterte mer trøstespising.

Blant samiske menn og ikke-samiske kvinner var det lavere forekomst av symptomer på angst og depresjon blant de som var overvektige, men som selv enten synes de var normalvektige eller tynne. For samiske kvinner og ikke-samiske menn fant vi ingen slik sammenheng.

## Innledning

I flere tiår har fedme og overvekt økt verden over. Som nevnt i kapittel 4, har flere helseundersøkelser vist den samme trenden i Norge. Selv om forekomsten av fedme ser ut til å ha stabilisert seg noe det siste tiåret, er fortsatt nivået for høyt både i befolkningen generelt og også i den samiske befolkningen. I tillegg til økt risiko for fysisk sykdom, relateres fedme også til psykiske vansker og stigmatisering. Fedme er også forbundet med lavere sosioøkonomisk status og dårligere kosthold. I tillegg til at dette kan være en påkjenning for enkeltindividet, har det også ført til økt belastning på helsevesenet fordi fedme er forbundet med økt forekomst av en rekke andre sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og kreft. Dette fører igjen til en økt økonomisk byrde for samfunnet.

Det interessante er at den høye forekomsten av overvekt og fedme i samfunnet har bidratt til at dette har blitt den «nye normalen» og derved akseptert i større grad enn tidligere. Samtidig er det å være slank knyttet til det å være vellykket og ha en høyere sosioøkonomisk status. Til sammen kan dette føre til motstridende følelser relatert til kropp. På den ene siden er det avgjørende for folk å ha en korrekt oppfattelse av sin egen kroppsstørrelse for å kunne prøve å redusere vekten sin hvis de er overvektige. På den andre siden er det viktig for deres psykiske helse og velvære at de har et positivt forhold til kroppen sin. Flere studier har vist en sammenheng mellom underestimert av overvekt og rapportering av både bedre livskvalitet og lavere grad av depresjon. Det er også interessant at denne typen «misoppfattelse» av overvekt på sikt synes å beskytte mot framtidig depresjon (1).

Det finnes ulike former for spiseforstyrrelser. Forekomsten av de mest alvorlige typene blant norske kvinner i aldersgruppen 15–44 år anslås å være: Anoreksi: 0,3 %, bulimi: 2 % og overspisingslidelse: 3 % (tall hentet fra Folkehelseinstituttet, oppdatert 2016). Ellers i befolkningen antas det at mange har symptomer relatert til spiseforstyrrelse, det vil si et problematisk forhold til vekt og kropp som påvirker spisemønster. I sammenheng med spiseforstyrrelser, antar vi generelt at symptomer knyttet til overspising ville være hyppigst forekommende i den norske voksne befolkningen fordi vi vet at dette ofte er relatert til fedme.

I dette kapittelet presenterer vi funn fra to ulike studier. I begge studiene har vi brukt data fra den kliniske delen av SAMINOR 2 (les mer om SAMINOR i kapittel 2). I begge studiene definerte vi samer som de som regnet seg selv som samisk og/eller oppga å ha samisk etnisk

bakgrunn og i tillegg hadde samisk språkbakgrunn (de selv eller minst en av foreldrene eller besteforeldrene snakket samisk hjemme). Alle andre deltakere ble definert som ikke-samiske. I begge studiene delte vi utvalget inn i menn og kvinner, samer og ikke-samer.

## Symptomer på spiseforstyrrelser (Studie 1)

På norsk heter denne studien «Symptomer på spiseforstyrrelser i samisk og ikke-samisk befolkning: SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen» (2). Vi så på forekomsten av symptomer på spiseforstyrrelser og hvilke faktorer som kunne påvirke dette hos deltakerne. På tross av at mange urfolksgrupper har en høy forekomst av både overvekt og undervekt (3), har det vært forsket lite på temaet spiseforstyrrelser blant urfolk. Resultatene fra en nordnorsk studie av ungdommer foretatt i 1994–1995 (Ung i Nord-undersøkelsen), viste at samiske gutter rapporterte høyere forekomst av alle typer spiseproblemer sammenlignet med ikke-samiske gutter, mens samiske jenter rapporterte færre spiseproblemer enn andre jenter i studien (4).

Idealet for hva som ses på som en attraktiv kropp kan variere i en sosiokulturell sammenheng, samt være ulik avhengig av kjønn og aldersgruppe. For eksempel viste en studie basert på samiske, finske og britiske menn at disse foretrakk forskjellige typer kvinnekropper – samiske menn likte kvinner med litt former, mens finske og britiske menn foretrakk slanke damer (5). Fordi kroppsidealet kan variere i en sosiokulturell sammenheng, kan også presset for å oppnå denne ideelle kroppen være forskjellig. Det er færre studier som omhandler spiseforstyrrelser og bekymringer relatert til kroppsstørrelse og form blant menn enn blant kvinner, men studier fokusert på menn viser betydelige kjønnsforskjeller der spiseforstyrrelse og kroppsoppfattelse hos menn i større grad enn blant kvinner dreier seg om spisemønstre og trening med fokus på å bygge muskler (6). Dette gjør at det er spesielt viktig å undersøke menn og kvinner hver for seg.

Så vidt vi vet er det ikke tidligere publisert noen studier på dette temaet basert på samer i voksen alder. Fordi det er vist ulikhet både innen psykisk helse og forekomst av fedme blant samiske og ikke-samiske menn og kvinner, kan det tenkes at risikoen for spiseforstyrrelse også er forskjellig.

I denne studien inkluderte vi 4389 deltakere i alderen 40–69 år som hadde svart på spørsmål knyttet til etnisitet, 2024 menn og 2365 kvinner, hvorav 1811 (41 %) var samer (844 menn og 967 kvinner).

Individer med symptomer på spiseforstyrrelser ble definert ut fra følgende fem spørsmål inkludert i EDS-5-skalaen (Eating Disturbance Scale): «Hvor fornøyd har du vært med spisevanene dine de siste 4 ukene?», «Har du de siste 4 ukene trøstespist eller spist ekstra på grunn av at du har vært nedstemt eller følt deg utilfreds?», «Har du de siste 4 ukene hatt skyldfølelse i forbindelse med spising?», «Har du de siste 4 ukene følt at det er nødvendig

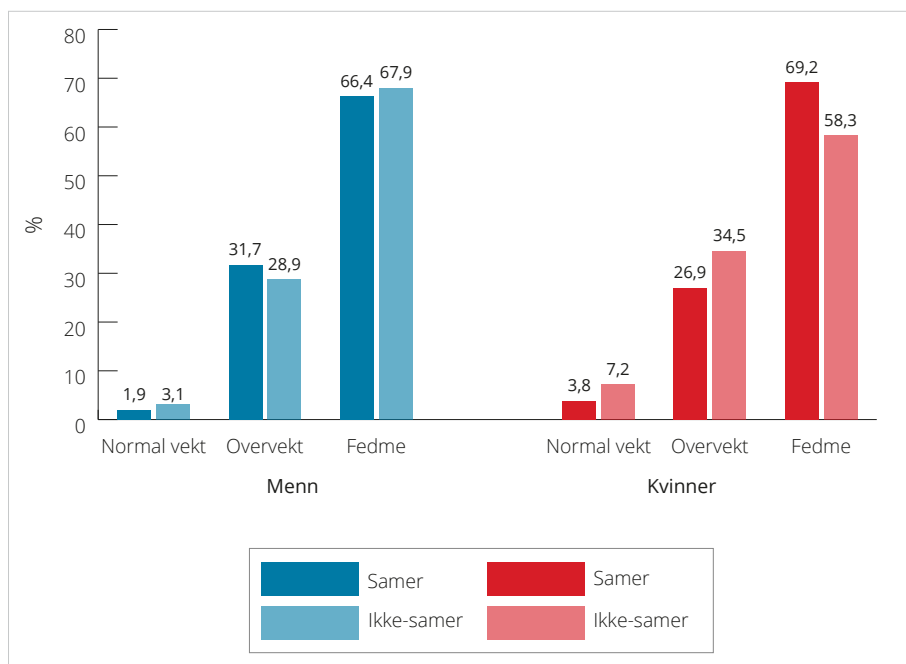




for deg å følge strenge dietter eller andre matritualer for å holde kontroll med hvor mye du spiser?», «Har du følt at du er for tykk?». Svaralternativene var kodet fra 1 til 7 hvor summen ga en skår fra 5 til 35 (et høyt tall betyr at man har et problematisk forhold til mat og kropp). For hvert kjønn separat, ble de som hadde de 10 % høyeste skårene definert til å ha symptomer på spiseforstyrrelser. Grenseverdien for symptomer på spiseforstyrrelser ble satt til  $\geq 19$  for menn og  $\geq 23$  for kvinner. For kvinner var dette i samsvar med en annen studie basert på kvinnelige deltakere i HUNT-undersøkelsen (7).

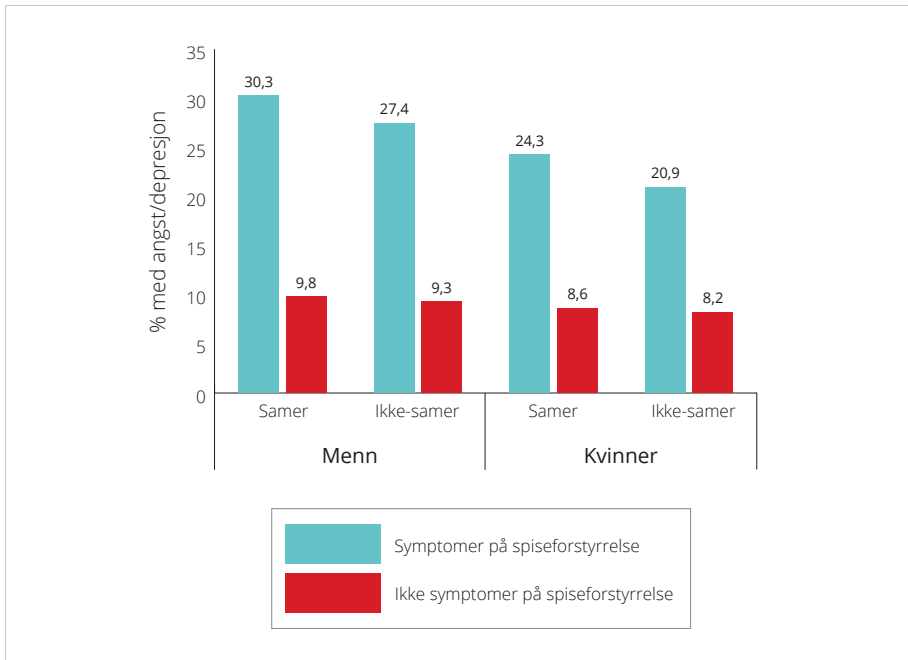
Kroppsmasseindeks (KMI) ble målt som forklart i kapittel 4. Utdanning ble vurdert ved spørsmålet: «Hvor mange års skolegang har du gjennomført?». Antall år ble delt inn i «13 år eller mer» (høyt utdanningsnivå) og «færre enn 13 år» (lavt utdanningsnivå). Fysisk aktivitet var selv-rapportert på en skala fra 1 (veldig lav) til 10 (veldig høy). Blant spørsmål om kosthold ble det spurt om hvor ofte man spiste forskjellige typer snacks. Basert på hvor ofte og mengde man normalt spiser hver gang, ble gram per dag beregnet. Det totale inntaket av snacks baserte seg på summen av antall gram per dag av sjokolade, godteri, potetgull, peanøtter, samt andre typer av nøtter og salte snacks. Symptomer på angst/depresjon ble målt ved fem spørsmål som kalles Hopkins Symptom Checklist 5, som omhandler nervøsitet/indre uro, stadig redd eller engstelig, håpløshet med tanke på fremtiden, bekymret/uroelig, nedtrykt/tungsindig. Vi beregnet en skår med verdier fra 1 (ikke plaget) til 5 (veldig mye plaget), der en verdi på 2 eller høyere ble definert som symptomer på angst eller depresjon.

Vi fant at kvinner i gjennomsnitt hadde høyere totalskår med hensyn til symptomer på spiseforstyrrelse enn menn, men det var ingen forskjell mellom samer og ikke-samer. Derimot skåret samer, både menn og kvinner, høyere enn ikke-samer på spørsmålet om trøstespising. Andelen som rapporterte symptomer på spiseforstyrrelser varierte fra 10 % til 17 % avhengig av kjønn og etnisk bakgrunn, og generelt sett var det større andel som rapporterte spiseforstyrrelser blant de yngre aldersgrupper enn de eldre. Å ha symptomer på spiseforstyrrelser hang sammen med høyere KMI. Blant de som rapporterte symptomer på spiseforstyrrelser, hadde nesten alle overvekt eller fedme (figur 1).



Figur 1: Fordeling av KMI-vektklassene blant de som har symptomer på spiseforstyrrelser.

De som rapporterte spiseforstyrrelsessymptomer hadde 3–4 ganger høyere sannsynlighet for også å rapportere angst og depresjon sammenlignet med de som ikke hadde symptomer på spiseforstyrrelser. Det var da tatt hensyn til forskjeller i alder og utdanning mellom gruppene. Dette gjaldt både menn og kvinner, uavhengig av etnisk tilhørighet (figur 2).



Figur 2: Sammenheng mellom symptomer på angst/depresjon og spiseforstyrrelsessymptomer etter kjønn og etnisk bakgrunn. Da alder og utdanning ble tatt hensyn til, hadde gruppene med spiseforstyrrelse 3–4 ganger høyere sannsynlighet for å rapportere symptomer på angst og depresjon.

Lavere grad av fysisk aktivitet og mye spising av snacks (mer enn 37,7 gram/dag) viste en klar positiv sammenheng med spiseforstyrrelsessymptomer blant menn i både samisk og ikke-samisk gruppe. Tilsvarende sammenhenger ble også observert for gruppen ikke-samiske kvinner.

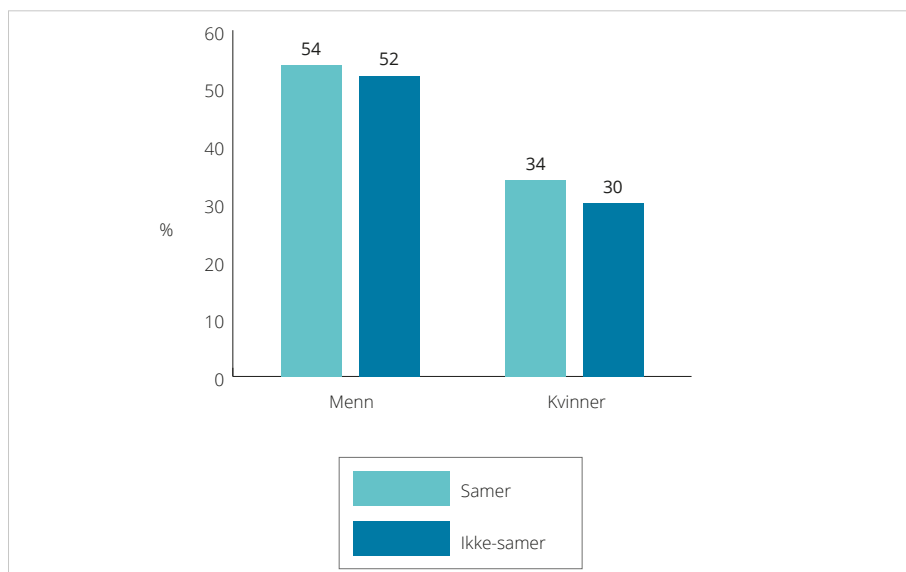
## Underestimering av overvekt er knyttet til angst og depresjon (Studie 2)

På norsk ble denne studien kalt «Underestimering av vekt knyttet til angst og depresjon blant samer og ikke-samer med overvekt: SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen» (8). Så vidt vi vet er dette den første studien som har undersøkt oppfattelsen av egen kroppsstørrelse i samsvar med målt vekt i et fler-etnisk utvalg i Nord-Norge. Flere studier har tidligere vist at forekomsten av både fedme (spesielt blant kvinner) (9) og symptomer på angst og depresjon er noe høyere i samisk befolkning sammenlignet med ikke-samisk befolkning (2,10). I tillegg vet vi at kulturelle aspekter kan påvirke hvordan du oppfatter kroppen din og kropp generelt. Vi ønsket derfor å undersøke om det var en sammenheng mellom underestimering av egen overvekt og psykisk helse blant folk med samisk og ikke-samisk bakgrunn bosatt i de samme geografiske områdene.

Misoppfattelse av egen kroppsstørrelse ble definert ut fra spørsmålet «Hva oppfatter du deg selv som?» med svaralternativene: «Alt for tykk», «For tykk», «Passe», «For tynn», «Alt for tynn». Samsvaret mellom dette svaret og personens vektkategori basert på KMI avgjorde om det var samsvar mellom den enkeltes oppfatning av egen kroppsstørrelse og deres faktiske vektkategori.

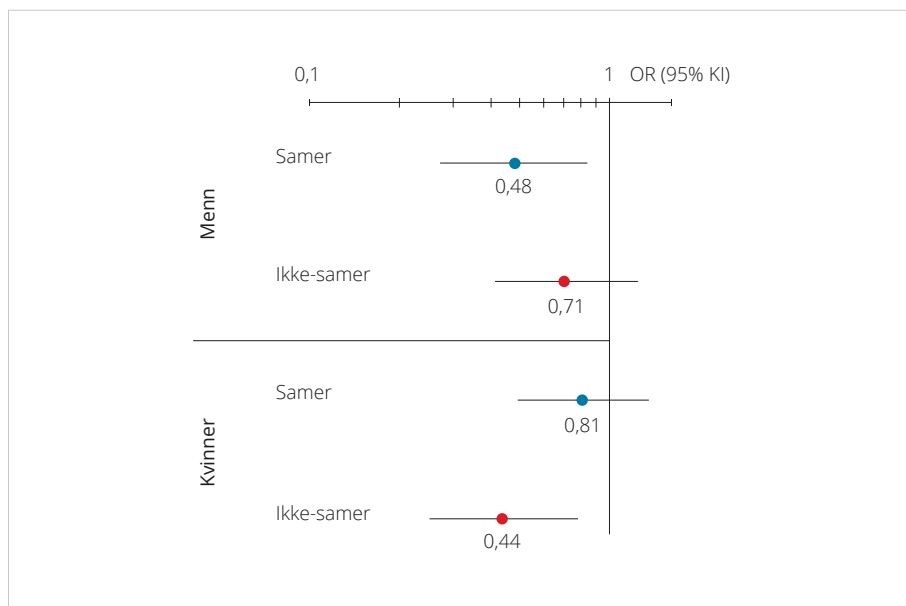
Vi inkluderte kun de med overvekt ( $KMI \geq 25$ ) og fedme ( $KMI \geq 30$ ) i denne studien. Totalt var det 3266 deltakere, hvorav 1393 med samisk bakgrunn (684 menn og 709 kvinner) og 1873 uten samisk bakgrunn (961 menn og 912 kvinner). De som selv mente at de var passe, for tynn eller alt for tynn, ble definert som at de underestimerte vekten sin. Hvis de svarte «for tykk/alt for tykk», ble de definert som å ha «korrekt» oppfattelse av sin vekt.

I likhet med undersøkelser blant andre vestlige befolkninger, viste studien vår at andelen som underestimerte sin egen overvekt var stor (figur 3), og andelen var høyere blant menn enn blant kvinner. Samiske kvinner underestimerte overvekten sin i større grad enn ikke-samiske kvinner (34 % vs. 30 %), mens forskjellen mellom samiske og ikke-samiske menn var mindre (54 % vs. 52 %). I fedmekategorien ( $KMI \geq 30$ ) var denne forskjellen enda større, hele 16 % blant samisk kvinner sammenlignet med 7 % blant ikke-samiske kvinner og 31 % blant samiske menn vs. 22 % blant ikke-samisk menn. I begge de etniske gruppene økte underestimeringen svakt med alderen og var lavere blant dem med høyere utdanning (utdanning er ofte brukt som en proxy for sosioøkonomisk status).



Figur 3: Andelen som underestimerer kroppsstørrelsen sin blant menn og kvinner med overvekt/fedme ( $KMI \geq 25$ ) i SAMINOR 2 – den kliniske undersøkelsen.

Blant samiske menn og ikke-samiske kvinner, var det lavere forekomst av symptomer på angst og depresjon blant de som underestimerte overvekten sin sammenlignet med de som erkjente sin overvekt (om lag 50 % lavere forekomst, illustrert i figur 4 som odds ratio (OR)). For samiske kvinner og ikke-samiske menn fant vi ingen sammenheng. I analysene ble det kontrollert for alder, KMI, utdanning og sivilstatus.



Figur 4: Sammenheng mellom underestimering av overvekt og symptomer på angst og depresjon fordelt på kjønn og etnisk gruppe. Resultatene er vist som odds ratio (OR) med 95% konfidensintervall. Verdier under 1,0 viser en negativ sammenheng, det vil si at de som underestimerer sin overvekt har færre angst/depresjonsplager enn de som har en mer korrekt oppfattelse av egen overvekt. Konfidensintervall som strekker seg over verdien 1,0 er ikke statistisk signifikante, hvilket betyr at det ikke er noen forskjell i angst/depresjonsplager mellom de som underestimerer sin overvekt og de som ikke gjør det. Figuren er tidligere publisert i engelsk utgave i artikkelen: Kvaløy et al. (8), <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031810>, © Forfattere, lisensiert under CC BY-NC 4.0

I Studie 2 fant vi altså kjønnsmessige forskjeller relatert til sammenhengen mellom underestimering av overvekt og symptomer på angst og depresjon blant samiske og ikke-samiske deltakere. Den kjønnsmessige forskjellen påvist i gruppen av samer og ikke-samer var vanskelig å forklare. Blant samer kan det likevel tenkes at fornorskingsprosessen, kulturell marginalisering og økt press på konformitet over mange generasjoner kan ha påvirket menn og kvinner ulikt.

Noen av funnene beskrevet i dette kapittelet viser forskjeller mellom kvinner og menn med hensyn til spiseforstyrrelser og kroppsbylde, og dette er kjønnsforskjeller som også er funnet i andre studier. De kjønnsmessige forskjellene vi fant relatert til sammenhengen mellom

underestimering av overvekt og mental helse kan reflektere et samfunn i forandring hvor blant annet mange kvinner har forlatt hjembygda og tatt høyere utdanning, mens mennene har blitt igjen der de har vokst opp. Dette har også vært en trend i andre urfolkssamfunn. Til sammen kan dette tyde på en voksende grad av forskjeller mellom samiske kvinner og menn som i større grad burde fokuseres på hva gjelder forebyggende tiltak.

## Oppsummering

Totalt sett fant vi ingen forskjeller mellom den samiske og ikke-samiske gruppen hva gjelder symptomer på spiseforstyrrelser. Symptomer på spiseforstyrrelser var vanligere blant kvinner enn menn, og de fleste med disse symptomene hadde overvekt eller fedme.

Generelt var det flere menn enn kvinner som underestimerte overvekten sin. Blant samiske menn og ikke-samiske kvinner som underestimerte sin egen overvekt, var det færre som rapporterte symptomer på angst og depresjon sammenlignet med overvektige som hadde en mer presis oppfattelse av vekten sin. Det kan derfor se ut som at overvektige som er fornøyd med kroppen sin, har bedre psykisk helse enn de som synes de er for tykke.

## Referanser

1. Thurston IB, Sonnevile KR, Milliren CE, et al. Cross-sectional and prospective examination of weight misperception and depressive symptoms among youth with overweight and obesity. *Prev Sci* 2017;18:152-63. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0714-8>.
2. Kvaløy K, Melhus M, Silvikén A, et al. Disordered eating in Sami and non-Sami Norwegian populations: the SAMINOR 2 Clinical Survey. *Public Health Nutrition* 2018;21(6). <https://doi.org/10.1017/S1368980017003597>.
3. Wong CY, Zalilah MS, Chua EY, et al. Double-burden of malnutrition among the indigenous peoples (Orang Asli) of Peninsular Malaysia. *BMC Public Health* 2015;15:680. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2058-x>.
4. Lotten S. Spiseproblemer, psykisk helse og selvbylde blant nordnorsk ungdom. 5. årsoppgave i medisinstudiet. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2003. <https://hdl.handle.net/10037/779>.
5. Swami V, Tovee MJ. Perceptions of female body weight and shape among Indigenous and urban Europeans. *Scand J Psychol* 2007;48:43-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00526.x>.
6. Matsumoto A, Rodgers RF. A review and integrated theoretical model of the development of body image and eating disorders among midlife and aging men. *Clinical Psychology Review* 2020;81:101903. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101903>.
7. Eik-Nes T, Romild U, Guzey I, et al. Women's weight and disordered eating in a large Norwegian community sample: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *BMJ Open* 2015;5:e008125. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008125>.
8. Kvaløy K, Melhus M, Silvikén A, et al. Weight underestimation linked to anxiety and depression in a cross-sectional study of overweight individuals in a Sami and non-Sami Norwegian population: the SAMINOR Study. *BMJ Open* 2019;9:e031810. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031810>.
9. Nystad T, Melhus M, Brustad M, et al. 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. <https://doi.org/10.1177/1403494809354791>.
10. Eriksen AMA, Hansen KL, Schei B, et al. Childhood violence and mental health among indigenous Sami and non-Sami populations in Norway: a SAMINOR 2 questionnaire study. *Int J Circumpolar Health* 2018;77(1):1508320. <https://doi.org/10.1080/22423982.2018.1508320>.



# 11 "MORAŠ LEA LOSSAT. II LEAT DUŠŠO VAJÁLDUHTTIT" – IEŠSORBMEJEDDJIID OAPMAHAČČAT SÁMI GUOVLLUIN

*Anne Cathrine Silviken ja Gro Berntsen*



## Čoahkkáigeassu

Iešsorbmen lea fuopmášahtti servodat- ja álbmotdearvvašvuodaváttisvuohta globálalaččat ja sisriikkalaččat. Iešsorbmen dáhpáhuvvá maiddáí sámi servodagain gos ollu gilit ja bearrašat leat bahuid vahágahtton. Eará sániiguin, Sámis leat ollu oapmahaččat maŋŋá iešsorbmemma. Dát kapihtal čalmmustahttá iešgudetlágán hástalusaid maid oapmahaččat sámi guovlluin vásihit go deaivvadit báikkálaš veahkehanásahusain. Kapihtalis digaštallat hástalusaid čadnon dasa go galgá veahki oažžut smávva servodagažiin ja veahkkeásahusa

váilevaš ipmárdusa. Loahpas problematiseret makkár mearkkašupmi lea máhtus ja ipmárdusa oapmahaččaid dilálašvuoda birra ja dan kultuvrralaš konteavsttas mas son eallá.

## Álggahus

Dán kapihttalis háliidit čalmmustahttit muhtin dain hástalusain maid sámi oapmahaččat iešsorbmemma geažil sáhttet vásihit go deaivvadit veahkehanásahusain. Čállosa vuodđun lea girjekapihtal mii aitto báliid almmuhuvvui girjjis «Nye perspektiver på selvmord – Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd» (1), ja Cappelen Damm Akademisk-lágádusa dohkkehemiin atnit osiid kapihttalis dás.

Oapmahaččat fáhkka ja vuorddekeahhtá jápmima geažil leat, obba lohku, iešgudet mađe duhtavaččat vehkiin maid leat ožžon veahkehanásahusain. Muhto manin lea dárbbalaš erenoamážit čalmmustahttit sámi oapmahaččaid? Juo, danin go mii klinihkalaš barggu čađa, prošeavttain main leat oassálastán, oktan dutkosiin «Manjibáhccit Davvi-Norggas go fáhkka jápmim čuožžila», diehtit ahte sámi oapmahaččat vásihit ahte veahkehanásahusain ii leat doarvái máhttu sámi giela ja kultuvrra mearkkašumis. Okta sámi oapmahaččat dajai dainna lágiin:

– Ii leat diehtu ahte mis leat doaktárat geat ipmirdit sámi dilálašvuodaid, ja geat oidnet dien kultuvrralaš beali, geat ipmirdit olbmuid dárbbuid. Soaitá sáhttit boastut nai ipmirduvvot. Dat gal lea mu stuorámuš ballu, boastut ipmirduvvot. Ferte leat oba surgat, boastut ipmirduvvot kultuvrra ja bajásšaddama dihte, ja de oažžut boastuveahki...

Min sávaldat lea ahte kapihtal sáhtta buktit lasi ipmárdusa sámi oapmahaččaid dilálašvuodas, ja dainna lágiin sáhttit veahkehit sin oažžut veahki maid jerret ja dárbbasit. Ovdal go čilget hástalusaid maid sámi oapmahaččat sáhttet vásihit, de háliidit vuostadajit juoidá «Manjibáhccit Davvi-Norggas go fáhkka jápmim čuožžila»-dutkan birra, iešsorbmenproblematihka birra davviguovlluin ja gii sáhtta ipmirdit dahje árvoštallat iežas oapmahaččat.

## Dutkamuš «Manjibáhccit Davvi-Norggas go fáhkka jápmim čuožžila»

Dutkamuš «Manjibáhccit Davvi-Norggas go fáhkka jápmim čuožžila» («Etterlatte ved brå død i Nord-Norge – Erfaringer med hjelpeapparatet og mestrings i et kulturelt perspektiv») (dán rájes gohčoduvvon oapmahaččaid dutkamuš) (2) lei Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáza dutkan maid Davvi-Norgga universitehtabuohcciviesu RVTS nord (Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) ja álbmotdearvvašvuodainstituhtta čađahedje. Guorahallan válbmanii jagis 2011 ja dan ruhtadii Davvi Dearvvašvuoda dutkanfoanda ja SÁNAG (Sámi našuvnnalaš gealbobálvalus – psyhkalaš dearvvasvuodasuddjen ja sorjjasvuohhta).

Guorahallamis čohkkejedje dieđuid sihke jearahallanskoviiguin ja čieknudanjearahallamiiguin. Dán kapihttalas ovdanbuktit gávdnosiid artihkkaliin mat leat ovdal almmuhuvvon, mat leat kvalitatiiva čieknudanjearahallamiin lađastallojuvvon (3). Lađastallamii čohkkejedje oasseváldiid dan vuodul go orro boaittoealde sámi guovlluin Davvi-Norggas ja go jearahallamis ledje ságastan hástalusain mat ledje čadnon veahki vuostáiváldimii ja/dahje jearramii smávva servodagain. Oktiibuot 17 oapmahačča (12 nissona ja 5 dievddu) ledje oassin lađastallamis. Oasseváldiin lei iešgudetlágán čearddalaš duogáš (n muitala olbmuid logu): sápmelaš (n=7), dáčča/sápmelaš (n=6), dáčča (n=1) ja dáčča/kvena (n=3). Sii orro boaittoealde guovlluin Sis-Finnmárkkus (n=11), riddo- ja vuotnaguovlluin Davvi-Romssas (n=5) ja muhtin máttasámiguovllus Nordlánddas (n=1).

## Iešsorbmen lea duođalaš álbmotdearvašvuodaváttisvuhta davviguovlluin

Obbalaččat leat alla iešsorbmemearit davviguovlluid álbmogis, ja erenoamáš alla meriid leat gávdnan Kanada, Alaska ja Ruonáeatnama eamiálbmogiid gaskkas (1). Leat moanat oktasávuodát daid guovlluid iešsorbmenproblematihkain (4,5). Leat erenomáš stuora mearit nuorra dievdduid gaskkas ja iešsorbmenuohki lea dávjá harken dahje báhčin. Ollu báikkálašservodagat vásihit iešsorbmebáruid, ja lea stuora erohus giliid gaskkas das man ollu iešsorbmemat dáhpáhuvvet. Dan rájes go iešsorbmemearit loktanišgohte davviguovlluin 1960–70-logus, de lea iešsorbme servodatváttisvuhtan eamiálbmogiin oalle ollu čalmmustahtton. Vejolaš čilgehusat struktuvrralaš dásis leat leamašan servodatdílálašvuodát čadnon historjjálaš traumaide, nugo koloniseremii ja assimileremii (dáruiduhttin), ja jođánis ja stuora servodatrievdamat mat čuvvo moderniserema.

Iešsorbme lea leamašan, ja lea ain, duođalaš álbmotdearvašvuodaváttisvuhta davviguovlluin. Goitge leat oalle unnán čalmmustahttán buot etniid, áhčiid, oappáid ja vieljaid, muotáid/goskkiid, ednuid, siesáid, čeziid/egiid, áhkuid ja ádjáid, ustibiid, skuvlaoappáid ja -vieljaid ja bargoustibiid geat leat massán lagas olbmo iešsorbmemis.

*Olbmo jápmin ii leat duššo loahpaheapmi: dat lea maiddái álgaheapmi – sidjiide geat báhcet oapmahažžan. (6, s. 33, min jorgalus)*

## Gii sáhtta lohkkot oapmahažžan?

Alla iešsorbmemearit davviguovlluin dagahit ollu oapmahaččaid. Dábálaččat meroštallet birrasiid 10 oapmahačča juohke iešsorbmemis. Sámi fierpmádagain, maid dávjá čilgejit multipleaksan, leat olbmui dávjá mánga iešgudetlágán relašuvnna gaskaneaset bearraša, saga, ustivuoda bokte, bargoustibin ja miellahttun Sámis. Earet eará daid oktavuodaid dihte sáhttet ollu olbmot vásihit iežaset oapmahažžan ja dáhpáhus sáhtta sidjiide sakka čuochat. Go soames jápmá iešsorbme sámi guovllus, de dávjá stuorabearaš ja muđui sosiála fierpmádat iešgudet ládje doaimagoahá. Sámi servodagain sáhttet dan dihte leat oullugat

geat dárbbášit veahki ja doarjaga veahkehanásahusas. Dávjá lea veahkehanásahusas iežas ipmárdus gii gullá lagamus bearrašii ja de maiddá geasa lea garrasit čuočcan ja gii dárbbáša ráđdeaddima ja veahki, ja dat ii álo heive sámi bearrašiid ja guovlluid vieruide ja vugiide. Veahkkefálaldaga ipmárdus ja vuohki movt lea organiserejuvvon odne sáhtá danin šaddat váilevaš go galgá fállat veahki buohkaide geain vejolaččat sáhtá leat dárbu oázžut doarjaga ja veahki sámi bearrašiin ja guovlluin. Sáhtá danin leat ávkálaš bargat eanet fierpmádat-diđolaččat, ovdamearkka dihte bovdet stuorabearraša ja vaikko vel muđui ge fierpmádaga čeahkkaneapmái oassin čuoovvoleamis.

## Makkár hástalusaiuin deaivvadit sámi oapmahaččat?

Vaikko ollu oapmahaččat obbalaččat ožžot buori doarjaga bearrašisttiset, ustibiinniset ja bargoustibiinniset, de sáhtá oallugiin maid dárbu oázžut ámmátlaš veahki sosiála fierpmádatdoarjaga lassin. Vaikko gelbbolašvuolta heahtedilliin ja traumaduovdagis lea ovdánan ollu mañemus logi jagiin, ja ollu oapmahaččat leat duhtavaččat vehkiin maid ožžot, de vásihit ain ollu sámi oapmahaččat hástalusaid go deaivvadit veahkehanásahusain mañnil go leat massán lagasolbmo iešsorbmemis.

### Hástalusat čadnon veahki vuostáiváldimii smávva servodagažiin

Orrut smávva báikkálašservodagažiin sáhtá mielddisbuktit ahte olbmot dovdet guhtet guimmiideaset priváhta ja ámmátlaš rollain (multipleksa rollat) ja jođášit seamma sosiála fierpmádagain. Dat leat oktavuodát maid oallugat vuosttažettiin vásihit buorren ja sáhttet leat ággan manin háliidit orrut smávva servodagažiin. Muhto dat sáhtá maiddá buktit hástalusaid go heahtedilli deaivida.

Smávva oktavuodát ja multipleksa relašuvnnat dagahit ahte lea stuorát vejolašvuolta ahte ámmátlaš veahkit maiddá vásihit ahte iešsorbmen čuočcá sidjiide. Sámi konteavsttas, mas leat viidábut bearaš- ja sohkačanastumit, lea vel stuorát vejolašvuolta ahte dat maiddá vehkiide čuočcá persovnnalaččat. Oapmahaččaidutkamušas válddahedje moanat oapmahaččat movt lea go «buohkat dovdet buohkaid» ja movt dat sáhtá buktit hástalusaid veahkehanásahussii (3). Okta, gii oappás lei massán, čilgii dan ná:

– Ja mun jáhkán gal ahte orrut smávva birrasis, gos eai leat eará psykiátralaš buohccidivššárat geat sáhttet fitnat guossis, das lea mearkkašupmi. Son oáččui nu vártnuhis rolla, son várra ieš maid šattai oapmahažžan ja de galgai veahkehit min. Dasa lassin lei son mu ustit, ja dan jurddašallen duos dás ain, ahte dovdén ahte mun šadden veahkin. Mun fertejin jeddet su ja leat son gii attii fámuid birgehalla.

Lea stuora vejolašvuolta ahte rolla ustibin ja rolla ámmátlaš veahkin vuostáiváldo guovttelágán vuordámušaiuin oapmahaččaid bealis, go lea sáhka makkár doarjaga ja veahki dat olmmoš sáhtá addit. Go vuordámušat eai ollašuva, de sáhtá vásihuvvot ahte ii

leat ožžon doarjaga dahje veahki maid dárbbáša, dahje nugo ollu oapmahaččat cuigejedje, olmmoš šaddá eahpesihkar maid duodas oáčču, dahje “gii” dat lei gii finai sin luhtte. Dát hástá ahte veahkehanásahusas galgá lea máhttu ja galgá leat diđolaš hástalusas maid multipleaksa relašuvnnat buktet.

Vásáhusat maid oapmahaččat muitalledje guorahallamis vihtanastet ahte vaikko muhtimiid mielas lei dorvvolaš dovdat su gii lei veahkin, de dat maiddái buvtii hástalusaid dalle go oapmahaččain lei sihke ámmátlaš ja priváhta relašuvdna vehkiin. Rollaid seaguheapmi, čadnon multipleaksa rollaide ja relašuvnnaide, sáhtá dagahit ahte oapmahaččat hilgot vuostáiváldimis veahki, daningo eai hálit “almmustahttit” persovnnalaš dilálašvuodaid vehkiide geat maiddái leat bearašlahtut, ránnját dahje ovddeš/dálá bargoustibat (7). Diekkár diliin šaddá dehálaš ahte son guhte fállá veahki čielggada makkár rolla sus lea dilálašvuodas. Dasa lassin ferte čielggaduvvot makkár ágga eahpesihkarvuoda dahje hilguma duohken lea go fállá ámmátlaš veahki dahje doarjaga: leago váilevaš dárbu veahkáii juste dalle, vai háliidit go eará olbmo veahkin?

### Váilevaš luohttámuš veahkehanásahussii

Ohcat ja vuostáiváldit veahki lea dábálaččat hearkkes proseassa, ja heahtediliin sáhtá leat erenoamáš hástaleaddji. Leat ollu bealit main lea mearkkašupmi buori dearvvašvuodačoahkkimis, ja luohttámuš veahkehanásahussii ja veahkáii leat guovddáš áššit dán oktavuodas. Vaikko ollu iešsorbmenoapmahaččat ledje duhtavaččat vehkiin maid vuostáiválde veahkehanásahusas, de čájehii min guorahallan ahte muhtin oapmahaččat eai lean duhtavaččat vehkiin maid vuostáiválde dahje mii sidjiide fállui (3). Okta ášši mii bodii ovdán, lei váilevaš luohttámuš veahkehanásahussii, man vásihedje ahte válddii beare unnán fuola sin erenoamášdárbbuin váttis dilis mas sii ledje, gč. soames eatni:

– Ii, sii eai nagodan jurddašit movt lea massit ovtta iežas lagamuččain. Sii eai nagot jurddašit dan, muhto mis lea iežamet vuogádat, mis leat iežamet njuolggadusat maid doahhtalit ja that’s it.

Oallugiid mielas dáidá dán eatni vásáhus leat oahpis: ahte vásihit veahkehanásahusa unnán máškidin, ja ahte das leat lágat ja njuolggadusat mat menddo sakka stivrejit veahki mii fálllo. Báikkálašservodagain gos leat unnán ássit, gos eai oro nu lahkálaga, gos leat guhkes gaskkat ja lea ráddjejuvnon man olahanmutter ámmátlaš veahki lea, doppe leat sosiála oktavuodát ja ovttasdoaimman man vuodđun lea máškidisvuohka ja iešheanalašvuohka, dájvá leamašan dárbbášlaččat. Kleinman čállá ahte árvvuin ja norpmain maid lea oamastan bearrašisttis ja báikkálašservodagastis (priváhtasfearas) lea stuora mearkkašupmi dasa ahte goas ja gos ohcá veahki ja makkár vuordámušat leat veahkehanásahussii (8). Oapmahaččain sáhttet dakkár ipmárdusa siskkoibealde, go deaivvadit veahkehanásahusain (almmolaš sektoriin), vuosttažettiin leamašan vuordámušat čadnon máškidisvuhtii ja veahkkáivuhtii.

Dilálašvuodas go dárbbasit ámmátlaš veahki, deaivvadit veahkehanásahusain mii buori muddui stivrejuvvo lágaiguin ja njuolggadusaiguin mat muddejit geavaheaddjevuogatvuodaid ja mas sáhtá leat unnán sadji báikkálaš ja individuála heiveheimiide.

Oapmahačcait vásáhusat váilevaš máškidisvuodas sáhtá dasto dulkot dovddaheapmin soabatmeahtunvuodas gaskkal sin iežaset eallinmáilmmi ja vuogádatmáilmmi, maid veahkehanásahus ovddasta. Šaddá deaivvadeapmin, dahje boatkan, gaskkal guokte kultuvrra mat ovddasteaba goabbatlágan árvo- ja norbmavuogádaga. Gullestad čállá ahte dát sáhtá buktit vuoimmehisvuodadovddu servodatstruktuvrraid (veahkehanásahusa) guovdu, maid oapmahaččat vásihit stivrejuvvo eará morálalaš njuolggadusaiguin go sin iežaset (9). Go priváhta eallinmáilmmi ja vuogádatmáilmmi gaskkas šaddá beare stuoris, de sáhtá dat dagahit hedjonan luohttámuša veahkehanásahussii.

Váilevaš oskkáldasvuolta báikkálaš veahkehanásahussii lei maiddá relaterejuvvon vehkiid váilevaš gelbbolašvuhtii heahtedille- ja morašduovdagis. Lassin dasa ahte ohcaledje obbalaččat buoret gelbbolašvuoda das maid oapmahaččat maŋŋil iešsorbme dárbbasit, de ledje moanat sámi oapmahaččat geat cuiggodedje váilevaš sámi kulturgelbbolašvuoda vehkiin (3,7). Koloniserema ja garra dáruiduhttinpolitihka (assimilerema) geažil sáhttet sámi álbmogis ovdánan negatiiva guottut ja eahpeluohttámuš almmolaš instánsaide, nugo veahkehanásahussii, mii lea vuodđuduvvon eanetlohkoálbmoga premissaiguin. Dat mearkkaša ahte vaikko vel leat ge láhkamearriduvvon vuogatvuodát, de leat muhtin sápmelaččat duhtameahttumat veahkehanásahusain go lea sáhka beasatlašvuodas ja bálvalusa kvalitehtas. Dat sáhtá earet eará leat čadnon dasa ahte váilu doarvái gelbbolašvuolta sámi historjjás ja kultuvrras, giellamáhttu, eai dovdda báikkálaš norpmaid ja vieruid, ja váilu buozalmasvuodaipmárdus ja ipmárdus hálddašan- ja buoridanvieruid dáfus. Ovtadássásaš dearvvašvuodafálaldat eaktuda ahte kultursensitivitehta obbalaččat eanet čalmmustahtto ja sápmelaččaid sajádat emiálbmogin ja erenoamážit minoritehtan Norggas dohkkehuvvo.

## Mii oaivilduvvo kulturgelbbolašvuodain ja kulturipmárdusain? Ja manin lea dat dehálaš?

Stordahl sirre kulturgelbbolašvuoda ja kulturipmárdusa (10). Kulturgelbbolašvuoda-doahpaga čilge son ahte lea “gelbbolašvuoda-, doaibman- ja árvoštallanvuoddu maid oažžut reaidun go bajásšaddat muhtin dihto kultuvrras” (10, s.13). Kulturipmárdusa čujuha son ahte lea “ipmárdus mii addá gelbbolašvuoda bargat analyhtalaččat olbmuidgaskasaš problematihkain sihke mánggakultuvrralaš ja ovttakultuvrralaš konteavsttain.” (10, s. 13). Veahkis sáhtá leat kulturgelbbolašvuolta, muhto váilu kulturipmárdus, dahje sáhtá ámmátoahpus bokte váldán alcces ámmátkultuvrra mii ii váldde vuhtii dan báikkálaš kultuvrralaš gelbbolašvuoda. Ámmátlaš oktavuodas lea eaktun ahte vehkiin, lassin kulturgelbbolašvuhtii, galgá leat kulturipmárdus, vai nákkejit atnit gelbbolašvuodaset ulbmilávkkálaš

ja kultursensitiiva vugiin. Čeahci, gii čeahcebis lei massán iešsorbmemis, buktá ovdan maid son vásihii váilevaš kulturgelbbolašvuohtan veahkehanásahasas:

– ... jurddašan ahte dat lea veaháš dan sámevuodas mainna lean bajásšaddan, jus sáhttá gohčodit dan sámi kultuvran, dat hal lea dat ahte galgá ieš birget. Eat siða almmolašvuoda lahka iežamet, ja dainna leat duodas leamašan veaháš eanet nággárat ovdal, ahte dainna birgehallas bearraša siskkobealde. Muhto dán háve han bávkkehii olles bearraš, ja de gal duodas dárbbaseimmet muhtin earáid geat livčče sáhttán min veahkehit. Nu ahte gal mun veaháš hirmahuvven das man heittogit doaimmai, go mun jáhkken dat galggai doaimbat.

Váilevaš kultursensitivitehta sáhttá govviduvvot dán čezzi vásáhusain, gii problematisere “galgá ieš birget”-árvvu. “Birget” dahje “ieš birget” leat guovddáš árvvut sámi mánáidbajásgeassimis, mas mihttu lea birget ruđalaččat, rumašlaččat, psyhkalaččat ja sosiálalaččat. Nymo (11, s. 56) čállá ahte galgá “atnit dan mii lea hálldus ja ávkkástallat dan, vai eallá”. Birgen lea individuála ja kollektiiva árvu mii sáhttá báidnan sihke oapmahaččaid ja su guhte lea báikkálaš veahkki. Vuordámuš ahte galgá ieš birget lea ovtta dáfus hehttehussan oapmahažžii go lea sáhka veahki ohcamis. Nuppe dáfus ges sáhttá dagahit ahte báikkálaš veahkki ii fála dárbbášlaš dearvvašvuodaveahki. Sámi konteavsttas lea dasa lassin árbevirolaččat leamašan norbma ahte priváhta ja tabu áššit galget čovdojuvvot bearraša siskkobealde, juoga mii sáhttá vel eanet nanusmahttit hehttehusa ohcat ja vuostáiváldit dárbbášlaš veahki. Jus veahkis lea doarvái kulturgelbbolašvuohta ja –ipmárdus, sáhttá son leat eambo didolaš báikkálaš norpmaid ja árvvuid birra ja iežas rolla dáfus go deaivvada oapmahaččai-guin, ja dainna lágiin šaddat buoret veahkkin.

## Čoahkkáigeassu

Dutkamat čájehit ahte oapmahaččat maŋŋil iešsorbmemiid ja eará fáhkka ja vuorde-meahttun jápmimiid, ohcalit proaktiiva vehkiid geain lea buorre fágalaš ja kultuvrralaš gelbbolašvuohta (3). Ollu sámi oapmahaččaide mearkaša dat veahkit geain lea gelbbolašvuohta sámi historjjás, eallinoainnus ja árbevieruin, ja geat nákkejit atnit dán gelbbolašvuoda go deaivvadit daiguin geat dárbbášit veahki ja doarjaga ekstrema dilálašvuodas, nu go massit ovtta iežas lagamuččain iešsorbmemii lea ge. Dát lea vuodđogelbbolašvuohta jus galgá nákcet hábmet relašuvnnaid maid siskkobealde vásihit dorvvolažžan muitalit vásáhusaideaset maŋŋil fáhkka jápmima, nugo iešsorbmemma, ilmmá ballat ahte sin boastut ipmirdit ja/dahje eai váldde duodalažžan. Addit buori doarjaga ja veahki oapmahaččaide iešsorbmemma maŋŋil lea dehálaš iešsorbmeneastadeaddji doaimbaidju.





## Referánssat

1. Silviken AC, Berntsen G. Etterlatte ved selvmord i samiske områder. I: Dyregrov K, Sogne-Møller V (red). Nye perspektiver på selvmord – Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021 (ISBN 9788202669195).
2. Silviken A (prosjektleder). «Sorg er tungt. Det er ikke bare å glemme». Rapport fra forskningsprosjektet «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge». Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/420162/Silvikin%2BAnne%2Brapport%2B02%2B2015\\_v5.pdf](https://uit.no/Content/420162/Silvikin%2BAnne%2Brapport%2B02%2B2015_v5.pdf)].
3. Silviken A, Berntsen G, Dyregrov K. Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord-Norge. *Sykepleien Forskning* 2014;9(1):36-42. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0026>.
4. Young TK, Revich B, Soininen L. Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. *Int J Circumpolar Health* 2015;74:27349. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.27349>.
5. Silviken A, Haldorsen T, Kvernmo S. Suicide among indigenous Sami in Arctic Norway, 1970-1998. *Eur J Epidemiol* 2006;21(9):707-713. <https://doi.org/10.1007/s10654-006-9052-7>.
6. Shneidman ES. *Deaths of Man*. Quadrangle: The New York Times Book Co, 1973.
7. Dyregrov K, Berntsen G, Silviken A. The need for and barriers to professional help – a qualitative study of the bereaved in Sami areas. *Suicidology Online* 2014;5:47-58. [Tilgjengelig her: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-ISSUE-5-1.pdf>].
8. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980 (ISBN 9780520045118).
9. Gullestad M. *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, 1989 (ISBN 9788200027829).

10. Stordahl V. Refleksjoner rundt utvikling av en samisk psykiatri. I: Eidheim IH, Stordahl V (red). Kulturmøte og terapi i Sápmi. Kárášjohka: Davvi Girji OS, 1998, s. 11–24 (ISBN 9788273743954).
11. Nymo R. Helseomsorgssystemer i samiske markebygder i Nordre Nordland og Sør-Troms. Praksiser i hverdagslivet. «En ska ikkje gje sæ over og en ska ta tia til hjelp» [Doktorgradsavhandling]. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2011. <https://hdl.handle.net/10037/9096>.

*Kapittel 11:* <https://doi.org/10.7557/7.6473>

# 11 "SORG ER TUNGT. DET ER IKKE BARE Å GLEMME" – ETTERLATTE VED SELVMORD I SAMISKE OMRÅDER

Anne Cathrine Silviken og Gro Berntsen



Foto: Anne Silviken

## Sammendrag

Selv mord er et betydelig samfunns- og folkehelseproblem globalt og nasjonalt. Selvmord forekommer også i samiske samfunn hvor flere bygder og familier er hardt rammet. Det er med andre ord mange etterlatte ved selvmord i Sápmi. Dette kapitlet setter søkelys på ulike utfordringer som etterlatte i samiske områder kan oppleve i møte med det lokale hjelpeapparatet. I kapitlet diskuteres utfordringer knyttet til det å motta hjelp i små samfunn og manglende tillit til hjelpeapparatet. Avslutningsvis problematiseres betydningen av å ha kunnskap og forståelse for etterlattes situasjon og den kulturelle konteksten han eller hun lever i.



## Innledning

I dette kapitlet ønsker vi å belyse noen av de utfordringer som samiske etterlatte ved selvmord kan oppleve i møte med hjelpeapparatet. Teksten er basert på et bokkapittel som nylig ble publisert i boken «Nye perspektiver på selvmord – Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd» (1), og med tillatelse fra forlaget Cappelen Damm Akademisk blir deler av kapitlet gjenbrukt her.

Etterlatte ved brå og uventet død er, generelt sett, i varierende grad fornøyd med hjelpen de har fått fra hjelpeapparatet. Men hvorfor er det nødvendig med et spesielt fokus på samiske etterlatte? Jo, fordi vi gjennom klinisk arbeid, prosjekter vi har tatt del i, inkludert studien «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge», vet at samiske etterlatte opplever at hjelpeapparat ikke har tilstrekkelig kunnskap om betydning av samisk språk og kultur. En samisk etterlatt sa det på denne måten:

– Det er ikke sikkert vi har leger som skjønner seg på samiske forhold, og som ser dette kulturelle, som forstår behovene til folk. Kanskje kan man bli misforstått også. Det er jo min største skrekk liksom, dette med å bli misforstått. Det må jo være helt forferdelig, å bli misforstått på grunn av din kultur og oppvekst, og så få feil hjelp...

Vårt ønske er at kapitlet kan bidra til økt forståelse for samiske etterlattes situasjon, og på den måten kunne bidra til at de får den hjelpen de etterspør og har behov for. Før vi beskriver utfordringene som samiske etterlatte kan oppleve, vil vi først si noe om studien «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge», selvmordsproblematikken i nordområdene og hvem som kan oppfatte eller regne seg som etterlatt.

## Studien «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge»

Studien «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge – Erfaringer med hjelpeapparatet og mestring i et kulturelt perspektiv» (heretter kalt Etterlattestudien) (2) var forankret ved Senter for samisk helseforskning og gjennomført i samarbeid med RVTS nord (Regionalt ressurs-senter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Folkehelseinstituttet. Studien ble ferdigstilt i 2011 og var finansiert av Helse Nord forskningsfond og SANKS (Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus, Finnmarkssykehuset).

I studien ble det samlet inn informasjon både gjennom spørreskjemaer og dybdeintervju. I dette kapitlet presenteres funn fra en tidligere publisert artikkel hvor kvalitative dybdeintervju ble analysert (3). Deltakerne ble inkludert i analysen på bakgrunn av at de bodde i rurale samiske områder i Nord-Norge og at de i intervjuet hadde reflekterte rundt utfordringer knyttet til det å motta og/eller be om hjelp i små samfunn. Til sammen ble 17 etterlatte (12 kvinner og 5 menn) inkludert i analysen. De var i alderen 35–63 år (gjennomsnittsalder 46,5 år) og representerte 11 dødsfall. Deltakerne hadde ulik etnisk bakgrunn

(n angir antall personer): samisk (n=7), norsk/samisk (n=6), norsk (n=1) og norsk/kvensk (n=3). De var bosatt i rurale områder i Indre Finnmark (n=11), kyst- og fjordstrøk i Nord-Troms (n=5) og ett sørsamisk område i Nordland (n=1).

## Selv mord er et alvorlig folkehelseproblem i nordområdene

Det er generelt høye selvmordsrater blant befolkningen i nordområdene, og særlige høye rater er funnet blant urfolk i Canada, Alaska og Grønland (1). Det er flere fellestrekk for selvmordsproblematikken i disse områdene (4,5). Det er særlig høye rater blant unge menn, og selvmordsmetodene er ofte henging og skyting. Mange lokalsamfunn har opplevd selvmordsbølger, og det er stor variasjon mellom bygder med hensyn til forekomst av selvmord. Siden selvmordsratene begynte å stige i nordområdene på 1960–70-tallet, har det vært relativt mye fokus på selvmord som et samfunnsproblem blant urfolk. Mulige forklaringer på strukturelt nivå har vært samfunnsforhold knyttet til historiske traumer som kolonisering og assimilering (fornorsking), samt raske og voldsomme samfunnsendringer som følge av modernisering.

Selv mord har vært, og er fortsatt, et alvorlig folkehelseproblem i nordområdene. Likevel har det vært påfallende lite fokus på alle mødre, fedre, søsken, tanter, onkler, besteforeldre, venner, skolekamerater og kollegaer som har mistet en nærstående i selvmord.

*En persons død er ikke bare en avslutning: det er også en begynnelse – for de etterlatte.* (6, s. 33, vår oversettelse)

## Hvem er det som kan regnes som etterlatt?

Den høye forekomsten av selvmord i nordområdene medfører at det er mange etterlatte. Et vanlig anslag er at det for hvert selvmord er omkring ti etterlatte. I de samiske nettverkene, som ofte beskrives som multiplekse, har man gjerne flere forskjellige relasjoner til hverandre gjennom familie, slekt, vennskap, som arbeidskollegaer og medlemskap i Sápmi. Som følge av blant annet disse forholdene, kan mange personer oppleve seg som etterlatte og være sterkt berørte. Når noen dør i selvmord i samiske områder, vil i mange tilfeller storfamilien og det øvrige sosiale nettverket bli aktivert på ulike måter. I samiske samfunn kan det derfor være mange som har behov for hjelp og støtte fra hjelpeapparatet. Ofte har hjelpeapparatet en forståelse av hvem som tilhører den nærmeste familie og dermed hvem som er sterkt berørt og har behov for bistand og hjelp, som ikke alltid samsvarer med tradisjoner og praksiser i mange samiske familier og områder. Hjelpetilbudets forståelse og slik det er organisert i dag, kan derfor komme til kort når det gjelder å nå ut til og tilby hjelp til alle som potensielt kan ha behov for støtte og hjelp i samiske familier og områder. Det kan derfor være hensiktsmessig å arbeide nettverksorientert i større grad, ved for eksempel å invitere storfamilien og eventuelt øvrig nettverk til samlinger som en del av oppfølgingen.

## Hvilke utfordringer møter samiske etterlatte?

Selv om mange etterlatte generelt sett får god støtte fra sine familier, venner og kollegaer, kan mange også ha behov for profesjonell hjelp som et supplement til sosial nettverksstøtte. På tross av at kompetansen innen krise og traumefeltet har utviklet seg mye de siste ti årene, og mange etterlatte er fornøyde med hjelpen de mottar, opplever fortsatt flere samiske etterlatte utfordringer i møte med hjelpeapparatet etter at de har mistet en nærstående i selvmord.

### Utfordringer knyttet til det å motta hjelp i små samfunn

Det å bo i små lokalsamfunn kan medføre at man kjenner hverandre både i private og profesjonelle roller (multiplekse roller) og beveger seg i de samme sosiale nettverkene. Dette er forhold mange først og fremst opplever som positivt, og kan være grunnen til at de ønsker å bo i små samfunn. Men det kan også by på utfordringer når krisen rammer.

Små forhold og multiplekse relasjoner øker sannsynligheten for at profesjonelle hjelpere også opplever seg som berørte etter selvmord. I en samisk kontekst, med utvidede familie- og slektskapsbånd, er det enda større sannsynlighet for at også helperne er personlig berørt. I Etterlattestudien beskrev flere etterlatte hvordan det at «alle kjenner alle» kan føre til utfordringer for hjelpeapparatet (3). En som hadde mistet en søster, beskrev det slik:

– Og jeg tror nok at det å bo i et lite miljø hvor det ikke er noen andre psykiatriske sykepleiere som kan droppe inn, har betydning. Hun fikk en sånn håpløs rolle, hun ble nok etterlatt selv og så skulle hun hjelpe oss. I tillegg var hun venninnen min, og det tenkte jeg av og til at jeg kjente at jeg ble, hjelper. Jeg måtte trøste henne og være den som ga styrke til å takle det her.

Rollen som venn og rollen som profesjonell hjelper vil høyst sannsynlig møtes med ulike forventninger fra den etterlatte om hvilken støtte og hjelp personen kan bidra med. Når forventningene ikke innfris, kan det oppleves som at en ikke har fått den støtte eller hjelp en har behov for, eller som flere etterlatte påpekte, en blir usikker på hva en egentlig fikk, eller «hvem» det var som kom. Dette fordrer at hjelpeapparatet har kunnskap om og er bevisst på utfordringen multiplekse relasjoner kan by på.

Erfaringene de etterlatte fortalte om i studien, vitner om at selv om noen opplevde det trygt å kjenne helperen, så bød det også på utfordringer når de etterlatte hadde både en profesjonell og en privat relasjon til helperen. Sammenblandingen av roller knyttet til multiplekse roller og relasjoner kan føre til at etterlatte avslår å ta imot hjelp fordi de ikke ønsker å «avsløre» personlige forhold overfor helpere som også er familiemedlemmer, naboer eller tidligere/nåværende kollegaer (7). I slike tilfeller blir det viktig at den som tilbyr hjelp, avklarer hvilken rolle hen har i situasjonen. I tillegg må en få klarhet i hva som ligger bak



en usikkerhet eller et avslag når en tilbyr profesjonell hjelp eller støtte: er det fravær av hjelpebehov på nåværende tidspunkt, eller ønsker man en annen hjelper?

### Manglende tillit til hjelpeapparatet

Det å søke og motta hjelp er generelt sett en sårbar prosess, og i kriser kan det være ekstra utfordrende. Det er mange forhold som har betydning i et godt helseemøte, og tillit til hjelpeapparatet og hjelperen er et sentralt anliggende i denne sammenheng. Selv om mange selvmordsetterlatte var fornøyde med hjelpen de hadde mottatt fra hjelpeapparatet, viste vår studie at noen etterlatte ikke var tilfredse med hjelpen de mottok eller ble tilbudt (3). Et forhold som kom frem, var manglende tillit til et hjelpeapparat som de opplevde tok for lite hensyn til deres særegne behov i den vanskelige situasjonen de var i, jf. en mor:

– Nei, de klarer ikke å tenke på hvordan det er å miste en av sine nærmeste. De klarer ikke å tenke på det, men at vi har vårt system, vi har vårt regelverk å forholde oss til og that's it.

Mange vil kunne kjenne seg igjen i denne morens opplevelse: at hjelpeapparatet oppleves som lite fleksibelt, og hvor det er lover og regelverk som blir altfor styrende for hjelpen som blir tilbudt. I lokalsamfunn med få innbyggere, spredt bosetning, lange avstander og begrenset tilgang til profesjonelle hjelpere, har sosiale fellesskap og samhandling bygd på fleksibilitet og selvstendighet ofte vært nødvendig. I henhold til Kleinman, vil verdier og normer en har tilegnet seg i familien og lokalsamfunnet (privatsfæren) ha stor betydning for når og hvor man søker hjelp, samt hvilke forventninger man har til hjelpeapparatet (8). Etterlatte kan innenfor en slik forståelse, i møtet med hjelpeapparatet (offentlig sektor), først og fremst ha vært preget av forventninger knyttet til fleksibilitet og hjelpsomhet. I en situasjon hvor de har behov for profesjonell hjelp, møter de et hjelpeapparat som i stor grad er styrt av lover og regler som regulerer brukerrettigheter og hvor det kan være lite rom for lokale og individuelle tilpasninger.

Etterlattes opplevelse av manglende fleksibilitet kan dermed fortolkes som uttrykk for en uoverensstemmelse mellom deres egen livsverden og en systemverden, representert ved hjelpeapparatet. Det blir et møte, eller et brudd, mellom to kulturer som representerer ulike verdi- og normsystemer. Ifølge Gullestad kan dette bidra til en følelse av avmakt overfor samfunnsstrukturer (hjelpeapparatet) som de etterlatte opplever styres etter andre moralske regler enn deres egne (9). Når avstanden mellom den private livsverdenen og systemverdenen blir for stor, kan det bidra til en svekket tillit til hjelpeapparatet.

Manglende tiltro til det lokale hjelpeapparatet var også relatert til hjelperes manglende kompetanse på krise- og sorgfeltet. I tillegg til at det ble etterlyst generell bedre kunnskap om hva etterlatte etter selvmord har behov for, var det flere av de samiske etterlatte som pekte

på mangel på samisk kulturkompetanse blant hjelperne (3,7). Som følge av kolonisering og en hard fornorskingspolitikk (assimilering) kan den samiske befolkningen utvikle negative holdninger og mistillit til offentlige instanser, slik som hjelpeapparatet, som er fundert på majoritetsbefolkningens premisser. Dette betyr at på tross av lovbestemte rettigheter, opplever noen samiske pasienter mindre tilfredshet med hjelpeapparatet med hensyn til tilgjengelighet og kvalitet på tjenesten. Dette kan blant annet være knyttet til mangel på tilstrekkelig kunnskap om samisk historie og kultur, språkkompetanse, kjennskap til lokale normer og verdier, samt sykdomsforståelse, mestrings- og helbredelsestradisjoner. Et likeverdig helsetilbud fordrer økt fokus på kultursensitivitet generelt, og anerkjennelse av samenes status som urfolk og minoritet i Norge spesielt.

## Hva menes med kulturkompetanse og kulturforståelse? Og hvorfor er det viktig?

Stordahl skiller mellom kulturkompetanse og kulturforståelse (10). Begrepet kulturkompetanse forklarer hun som «det kunnskaps-, handlings- og vurderingsgrunnlag vi utstyres med ved å vokse opp i en bestemt kultur» (10, s. 13). Med kulturforståelse viser hun til «å ha en innsikt som gir kompetanse i å jobbe analytisk med mellommenneskelig problematikk i flerkulturelle så vel som enkulturelle kontekster» (10, s. 13). Hjelperen kan ha kulturkompetanse, men mangle kulturforståelse, eller gjennom sin profesjonsutdanning ha tilegnet seg en profesjonskultur som overskygger lokal kulturell kompetanse. I en profesjonell sammenheng er det en forutsetning at hjelperne i tillegg til kulturkompetanse har kulturforståelse for å være i stand til å anvende sin kompetanse på en formålstjenlig og kultursensitiv måte. En onkel som hadde mistet sin niese i selvmord, trakk frem det han opplevde som manglende kulturkompetanse i hjelpeapparatet:

– ...jeg tenker at det er litt av det samiske som jeg har vokst opp med, hvis man kan kalle det samisk kultur, det er vel det at man skal klare seg selv. Vi skal ikke ha det her offentlige innpå oss, og det har vi egentlig vært litt mer steil mot før, at det her takler vi i familien. Men den her gangen sprengetes jo hele familien, og da trengte vi virkelig noen andre som kunne ha hjulpet oss. Så jeg ble litt overrasket over hvor dårlig det fungerte, for jeg trodde at det skulle fungere.

Mangel på kultursensitivitet kan illustreres med opplevelsen til onkelen som problematiserte verdien «man skal klare seg selv». «Det å berges» eller «det å klare seg selv» er en sentral verdi i samisk barneoppdragelse, hvor målet er å klare seg økonomisk, fysisk, psykisk og sosialt. Ifølge Nymo (11, s. 56) gjelder det «å bruke det man har til rådighet og kan nyttiggjøre seg, slik at en overlever». Det å klare seg er en individuell og en kollektiv verdi, som både de etterlatte og den lokale hjelperen kan være preget av. Forventningen om at man skal klare seg selv, vil på den ene siden kunne være et hinder for den etterlatte med hensyn til å søke hjelp. På den andre siden kan det føre til at den lokale hjelperen ikke

tilbyr nødvendig helsehjelp. I en samisk kontekst har man i tillegg tradisjonelt hatt en norm om at private og tabubelagte anliggende skal løses innen familien, noe som ytterligere kan bidra til å forsterke hinderet for å søke og motta nødvendig hjelp. Ved å ha tilstrekkelig kulturkompetanse og -forståelse, vil hjelperen kunne ha et bevisst forhold til lokale normer og verdier, samt til sin egen rolle i møte med de etterlatte, og dermed bli en bedre hjelper.

## Oppsummering

Forskning viser at etterlatte etter selvmord, og annen brå og uventet død, etterspør proaktive hjelpere med god faglig og kulturell kunnskap (3). For mange samiske etterlatte vil det bety hjelpere som har kunnskap om samisk historie, livsanskuelse og tradisjoner og evner å bruke denne kunnskapen i møtet med de som trenger hjelp og støtte etter en ekstrem situasjon som det å miste en av sine nære i et selvmord er. Dette er grunnleggende kunnskap for å være i stand til å skape relasjoner hvor det oppleves som trygt å fortelle om sine opplevelser i etterkant av brå død, slik som selvmord, uten å være redd for å føle seg misforstått og/eller ikke tatt på alvor. Å gi god støtte og hjelp til etterlatte ved selvmord er et viktig selvmordsforebyggende tiltak.



## Referanser

1. Silvikén AC, Berntsen G. Etterlatte ved selvmord i samiske områder. I: Dyregrov K, Sogne-Møller V (red). Nye perspektiver på selvmord – Sorgstøtte og forebygging hånd i hånd. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021 (ISBN 9788202669195).
2. Silvikén A (prosjektleder). «Sorg er tungt. Det er ikke bare å glemme». Rapport fra forskningsprosjektet «Etterlatte ved brå død i Nord-Norge». Tromsø: Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet, 2015. [Tilgjengelig fra: [https://uit.no/Content/420162/Silvikin%2BAnne%2Brapport%2B02%2B2015\\_v5.pdf](https://uit.no/Content/420162/Silvikin%2BAnne%2Brapport%2B02%2B2015_v5.pdf)].
3. Silvikén A, Berntsen G, Dyregrov K. Etterlattes erfaringer med lokalt hjelpeapparat i samiske områder i Nord-Norge. *Sykepleien Forskning* 2014;9(1):36-42. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0026>.
4. Young TK, Revich B, Soininen L. Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. *Int J Circumpolar Health* 2015;74:27349. <https://doi.org/10.3402/ijch.v74.27349>.
5. Silvikén A, Haldorsen T, Kvernmo S. Suicide among indigenous Sami in Arctic Norway, 1970-1998. *Eur J Epidemiol* 2006;21(9):707-713. <https://doi.org/10.1007/s10654-006-9052-7>.
6. Shneidman ES. *Deaths of Man*. Quadrangle: The New York Times Book Co, 1973.
7. Dyregrov K, Berntsen G, Silvikén A. The need for and barriers to professional help – a qualitative study of the bereaved in Sami areas. *Suicidology Online* 2014;5:47-58. [Tilgjengelig her: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-ISSUE-5-1.pdf>].
8. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980 (ISBN 9780520045118).
9. Gullestad M. *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget, 1989 (ISBN 9788200027829).



10. Stordahl V. Refleksjoner rundt utvikling av en samisk psykiatri. I: Eidheim IH, Stordahl V (red). Kulturmøte og terapi i Sápmi. Kárášjohka: Davvi Girji OS, 1998, s. 11–24 (ISBN 9788273743954).
11. Nymo R. Helseomsorgssystemer i samiske markebygder i Nordre Nordland og Sør-Troms. Praksiser i hverdagslivet. «En ska ikkje gje sæ over og en ska ta tia til hjelp» [Doktorgradsavhandling]. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2011. <https://hdl.handle.net/10037/9096>.

*Kapittel 11:* <https://doi.org/10.7557/7.6473>

## 12 DEARVAŠVUOĐABÁLVALUSAID GIELALAŠ JA KULTUVRRALAŠ HEIVE- HEAPMI – KOLLEKTIIVA VUOIGAT- VUOHTA, DEARVAŠVUOĐAFÁGALAŠ HÁSTALUS, INDIVIDUÁLA DÁRB BUT

*Inger Dagsvold*



### Čoahkkáigeassu

Norgga sámi álbmogis lea lága bokte nannejuvvon riekti oažžut ovttadássásaš dearvašvuodabálvalusaid mat leat heivehuvvon sihke sin giela ja kultuvrra ektui. Dát doavttergrádaprošeakta lea jearahallamiid bokte guorahallan maid sámi pasieanttat ja terapevttat



geain lea iešgudetlágan etnalaš duogáš oaivvildit makkár mearkkašupmi sámegeiela ja sámi kultuvrras sáhtá leat ja movt dat sáhttet boahitit ovdan psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusa dikšundilálašvuodain Norgga davvisámi guovllu spesialistadearvvašvuodabálvalusas. Bohtosat čjuhit ahte gielalaš ja kultuvrralaš heiveheapmi lea kompleaksa, ja ahte daid heiveheapmi orru gártan ovttaskas terapevttá duohkai. Terapevttat vásihedje ahte dearvvašvuodainstitušuvnnat dávjá eai kárte pasieanttaid gielladárbbuid ovdal go dikšun álgá. Terapevttat fertejedje ieža identifiseret pasieanttaid giela ja fállat sámegeielat bálvalusaid aitto go pasieanttat bohte. Dat attii unnit vejolašvuoda fállat bálvalusa mii lei gielalaččat heivehuvvon. Bohtosat čjuhit ahte guovtgeielat pasieanttat ja terapevttat lonohallet sámegeiela ja dárogeiela gaskkas divššus. Giellaválljemii váikkuhit mánggabealat sosiála ja kultuvrralaš fáktorat.

Váilu diehtu das leatgo váikkuhusat giellalonohallamis dikšuma oktavuodas. Terapevttain geat serve guorahallamii ledje mánga oaivila das mii sámi kultuvra lea, muhto digaštalle hárve pasieanttaid «kultuvrralaš vásáhusaid» bargoustibiiguin. Moadde terapevttá suokkardedje movt iežas ja/dahje dearvvašvuodasuodjalusa kultuvra sáhtá váikkuhit dasa movt sii ipmirdit sámi pasieanttaid vásáhusaid ja muitalemiid. Sii ohcaledje fágalaš digaštallamiid movt láhččet sámi kultuvrii saji oppalaččat, ja adde ovdamearkan konkrehta pasieanttaáššiid. Bohtosat čjuhit ahte dearvvašvuodainstitušuvnnain lea dárbu systemáhtalaččat kártet pasieanttaid giela ja plánet sámegeielat dikšofálaldaga ovdal konsultašuvnna. Bohtosat čjuhit maiddá ahte lea dárbu máhttui movt ja mainna lágiin sáhtá «sámi kultuvrralaš» beliid sajáiduhttet psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusbálvalusaide klinihkalaš relevánta vugiin. Lea dárbu eanet dihtui das movt kollektiiva rivttiid sáhtá ovddidit dearvvašvuoda – ja fuolahusbálvalusan nu ahte váldet vuhtii sámi pasieanttaid individuála dárbbuid.

## Álggahus

Muhtun čielggadeamis 1995:s bođii ovdan ahte sámi álbmoga dearvvašvuodabálvalusat galget váldit vuhtii sámegeiela, sámi kultuvra ja servodateallima. Guorahallan ávžžuha gelbbolašvuodaloktema, fierpmádathuksema ja geahččalit doaimbajuid maiguin siskkilda gielalaš ja kultuvrralaš beliid dearvvašvuodabálvalusas (1,2). Sámegeiela ja sámi kulturgelbbolašvuoda nannen dearvvašvuodabálvalusas lea dan rájes gehččon eaktun dasa movt olaha sámi pasieanttaide ovtadássásaš bálvalusaid (1). Lea dattetge unnán čilgejuvvon makkár sámegeiela ja sámi kultuvra bealit leat siskkilduvvon ja leat doaimmas geavtalaččat sámi pasieanttaid bálvalusfálaldagain.

Dát doavttergrádabargu (3) lea čadahuvvon kvalitatiivva metodain ja lea guorahallan maid sámegeiella ja sámi kultuvra sáhtá mearkkašit ja movt dat sáhtá boahitit ovdan psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusa dikšundilálašvuodain Davvi-Norggas. Datamateriálan leat čiekŋalisjearhállamat čadahuvvon 2012–2013 jagiid logiin sápmelaš ja logiin ii-sápmelaš terapevttain ja njeljiin sámi pasieanttain geain lea čatnašupmi čieža ossodahkii iešgudetge guovllupsykiátralaš dearvvašvuodasuodjalusinstitušuvnnain, Norgga davvisámi guovllu

spesialistadearvvašvuodabálvalusas. Eai terapevttat diehtán guđet pasieanttat oassálaste eaige pasieanttat diehtán guđet terapevttat oassálaste guorahallamis. Oassálastit leat beassan friddja mitalit iežaset jurdagiid, vásáhusaid ja suokkardallamiid das makkár mearkkašupmi sin mielas lea sámegielas ja sámii kultuvrras sámii álbmoga psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusbálvalusain.

## Bohtosat

Bohtosat dán guorahallamis čájehit mánggabeallásaš gova das movt sámegiella ja sámii kultuvra sáhttet boahtit ovdan divššus.

### Guovttegielatvuohta ja giellalonohallan divššus

Oassálastiid gaskkas ledje vihtta terapevtta (sápmelaččat ja ii-sápmelačča) ja golbma sámegielat pasieantta, okta pasieanta humai dárogiela, muhto sus lei sámegielat mánnávuohta. Buohkat atne iežaset guovttegielagin. Muhtumat leat oahppan sámegiela rávisolmmožin. Muhtumiin lei leamaš sámegiella eatnigiellan ja beaivválašgiellan eallenagi ja atne dárogiela nubbingiellan. Muhtumat fas ledje hupman goappaš gielaid bajásšattadettiin, danne go nubbi váhnen lei hupman dárogiela ja nubbi sámegiela. Sihke pasieanttat ja terapevttat oaivvildedje ahte lea dábálaš lonohallat sámegiela ja dárogiela gaskkas, sihke beaivválaš gielas ja divššus. Giellalonohallan sáhtii dáhpáhuvvat ságaid mielde. Muhtun fáttáid hupme dárogillii ja muhtun fáttáid fertii hupmat sámegillii. Nuorra sámegielat ja guovttegielat oassálasti dajai ahte lea buoremus hupmat sámegielat terapevttain go áigu hupmat das movt eallá boazobargin, muhto:

«Go áiggun čilget [sámegielat] eadnásan maid mun dovddan, de in dieđe movt galggaŋ dadjat dan sámegillii. Sámegiella lea rikkis giella, muhto lea álkít hupmat dovdduid birra dárogillii. Beaivegirjji čálán maiddáid dárogillii, dat lea álkít.»

Guovttegielatvuohta sáhtta maiddáid siskkildit giela maid lea massán. Dárogielat pasieanta lei hupman sámegiela ovdal skuvlaagi, ja su sámegielat áhkku lei leamaš dehálaš doarjja traumáhtalaš mánnávuođas. Rávisolmmožin divššus, ražai son hupmat trauma birra ja iežas dovdduid birra dárogillii, mii dál lei áidna giella maid son máhtii. Son dajai ná:

«Sámevuohta lea hui nanus mus [...]. Das lea dahkamuš gielain maid, mun dovddan ahte dárogiella ii leat mu giella, nu ahte lea hui buorre boahtit sámii birrasiidda, [dušše beassat gullat], gos hupmet sámegiela ... nu ahte vaikko hupmá dušše dárogiela, de dat ii soaitte leat dárogiella, dat lea dušše dat ahte eai leat sánit maid dárbaša.»

Terapevttat vásihedje ahte leat váttis ovddalgihtii diehtit makkár giela pasieanttat válljejit ja movt lonohallet gielaid dikšumis. Muhtun terapevta humai telefovnnaš sámegiela

pasieanttain, muhto go pasieanta bodii diibmui, de háliidii son hupmat dárogiela. Eará terapevttat muitaledje ahte sámii pasieanttat sáhttet lonohallat gielaid gaskka divššus; sii sáhttet álgit hupmat sámegiela, muhto de jorgalit dárogillii, ja nuppe guvlui. Go pasieanttat lonuhedje giela, de dahke sii maid dan. Muhtun terapevta dajai:

«...muhtumiiguin lean hupmat dárogiela, vaikko diedán sin hupmat sámegiela, dat lea ártet. Mun dajan ahte sáhte áinnas sámegiela hupmat, muhto go leat álggahan ságastallama ovttá gillii de joatkit áinnas dainna gielain. Muhto go leat dihto fáttát de jorgalit goitge sámegillii.»

Mánnga oassálasti oaivvildedje ahte sámii vierru ahte ii hupmat psyhkkalaš buozalmasvuoda ja dovdduid birra lea váikkuhan sámegiela giellagelbbolašvuhtii: go ii leat hárvánan hupmat dákkár áššiid birra, de ii dovdda daid sámegiela doahpágiid. Okta pasieantaoassálastiin ražai čilget movt son dovddai ja go ávžžuhuvvui «daja dan sámegillii», de vástidii:

«Mun in leat goassege atnán dakkár sániid, sámegillii [...] nu ahte dál in fuobmá sániid maiguin sáhtán čilget dan maid mun dovddan, sámegillii ... dat lei oalle šohkka ... Mun fertejin álgit jurddašit vaikko mu eatnigiella lea sámegiella ...»

Muhtun sámegiela terapevttat oaivvildedje ahte ii leat erohus sámegiel ja dárogiel divššus, earát hástaledje pasieanttaid «dadjat dan sámegillii» ja oaivvildedje ahte «sámegiela hupman rahpá eará ládje [...] ja jurddašit jitnosit [sámegillii] sáhtta leat buorre veahkki.» Sihke pasieanttaid ja terapevttaid muitalusat čájehit mánggabealatvuoda giellaválljemis ja giellalonohallamis.

### Divššu gielalaš heiveheapmi

Gielalaš heiveheapmi siskkilda ahte fáldahkan lea sámegiela dikšu ja mii fas eaktuda dovdat pasieanttaid giela ja giellasávdagaid. Oassálastiterapevttaid čilgemiid mielde, eai lean sin bargobáikkiin rutiinnat pasieanttaid giellaregistreremis, eaige sámegiela terapevta dahje dulkka fállamis. Elektrovnnalaš journálavuogádagas lea vejolaš merket giela, muhto giela merken ii leat bákkolaš. Muhtumin pasieanttat dieđihedje ieža, dahje suohkandoaktáriid čujuheamis bodii ovdan ahte pasieanttat leat sámegiela. Muhtun báikkiin dovde sisaváldinjoavkku bargit pasieanttaid ovdalaččas ja dihte geat hupme sámegiela ja lávejedje mannat sámegiela terapevta luhtte. Terapevttat guorahallamis muitaledje goitge ahte sii dávjjimusat eai diehtán pasieanttaid giela ovdal dikšuma. Terapevttat fertejedje ieža árvvoštallat, galgetgo, ja movt galget fállat pasieanttaide gielalaš heiveheami. Sámegiela terapevttat dadje sii álo kártejit giela. Earát jerre giela birra jus sii oidne oinnolaš, stereotyha «dovdomearkkaid» sámii kultuvrra identitehtas, nugo gávtti dahje dábálaš sámii nama, muhto sáhte «vájálduhttit jearrat jus pasieanta lei eret rittus».



Illustrašuvdna: Iselin C. Finn, UiT.

Eanas terapevttain ii lean rutiidna kártet dahje eai lean kritearat árvvoštallat giellagelbbo-lašvuoda ja gielladárbbu. Muhtun eará terapevttat dikte pasieanttaid ovddasvástádussan leat diedihit jus eai ipmirdan maid terapevttat dadje:

«Lea dehálaš ahte sii [pasieanttat] ožžot ipmárdussii ahte mus leat ráddjehusat, mun in huma sin giela. Nu mii fertet geahččalit gávdnat oktasaš gulahallanvuodu, go mun háliidan geahččalit veahkehit sin ja jus sii háliidit veahki, de sii fertejit veahkehit mu veahkehit sin, jus sii sáhttet. »

Ii oktage oassálasti terapevttain lean geavahan sámeielat dulkka.

Gielalaš heiveheapmi eaktuda maiddá ahte giela ja giellamolsuma mearkkašupmi lea fágafáddá dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusas. Oktasaš vásáhus buohkain, maiddá sámeielat terapevttain lei ahte sis lei dárogielat oahppu, ja dárogiella bargogiellan. Sii čuočuhedje ahte sis ii lean fágalaš sadji sin bargobáikkiin gos sáhtá digaštallat fága (psyhkalaš dearvvašvuodasuodjalusa) sámegillii. Sii eai lean hárvánan digaštallat fága sámegillii, sis váilo sámeielat fágadoahpagat ja fertejedje muhtumin hupmat dárogiela go galge čilget ja muitalit pasieanttaide psyhkalaš váttuin, divššus ja nu. Sámeielat terapevttat diedihedje ahte Journálaš ektui galget journálanotáhtat čállot dárogillii, ja danin šattaše terapevttat ieža jorgalit sámeielat divššus dárogillii, masa sii oaivvildit ii leat biddjon áigi.

Dárogielat terapevta deattuhii mearkkašumi fágalaččat árvvoštallat giellaválljema dikšumis, maiddá dalle go pasieanta ieš vällje hupmat dárogiela iige hálit dulkka. Terapevta dajai: «go pasieanttat leat headis eaige nagot čilget, de lea áibbas lunddolaš ahte besset hupmat

iežaset eatnigiela.» Muhtumat oaivvildedje ahte lea álkit geavahit dárogielat sániid go dávjá gullá ja lohká dávddaid ja dovdduid fáttáid birra dárogielat medias. Muhtumat oaivvildedje ahte sápmelaš pasieanttat hupmet dárogiela divššus danne go «sii leat hárvánan hupmat dárogiela divššus, dan sii leat álo dahkan» ja deattuhii ahte váilevaš sámegeielat dearvašvuodabargit eai atte sámegeielat pasieanttaide molssaevttu.

### Sámi kultuvrra ja kultuvrralaš heiveheapmi divššus

Oasseváldit čilgejedje sámi kultuvrra čujuheaddjin leat orrunbáiki, bargu (boazodoallu ja guolásteapmi), gákti, juoigan, duodji, stuora bearaš, dáruiduhttin ja giellamassin, ja ahte lea sámi kultuvra «hupmat jábmiiguin», «ii hupmat dovdduid ja psyhkalaš dávddaid birra», «birget ieš» ja «ii jearrat veahki». Mánngas deattuhedje goitge ahte oppalaš cealkámušat sámi kultuvrra birra eai dárbbas doallat deaivása ovttaskas olbmo ektui. Oassálastit oaivvildedje ahte vaikko ii hubmojuvvon nu ollu psyhkalaš váttisvuodaid ja dovdduid birra sámi almmolašvuodas, de sápmelaččat bivdet veahki ja hupmet sin váttisvuodaid birra go lea dárbu. Oallugat oaivvildedje goitge ahte sápmelaččat sáhttet hupmat áššiid birra eará ládje go maid terapevta vuordá, ovdamearka dihte praktihkalaš, ja ii dovddolaš váttisvuohatan. Okta pasieanta dajai ahte son fertii rievdadit vuogi movt son hupmá áššiin ja «geavahit eanet fancy sániid» vai oážžu ávkki divššus.

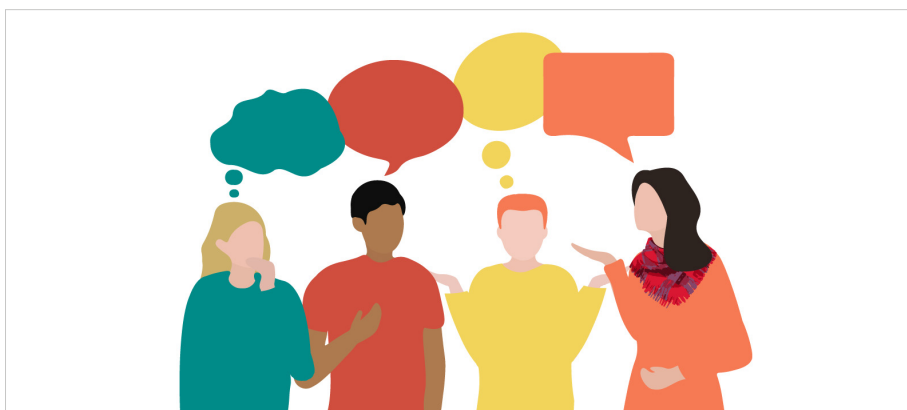
Mánngas oassálasti mielas mielddisbuktá ideála birget ieš ahte muhtun háliida čiegadit ahte sii dárbbasit, ja bivdet veahki psyhkalaš dearvašvuodasuođjalusas. Go psyhkalaš dearvašvuodafálaldat lea ruovttubáikkis, de dat sáhtta leat hástalus. Ahte čiegada dearvašvuodaveahki ohccama lei ovdamearkka dihte mearkkašeaddji muhtumiid giellaválljemii. Sihke pasieanttat ja terapevttat muitaledje ahte vaikko pasieanta vállje hupmat sámegeiela divššus, de sii sáhttet goitge hilgut sámegeiel fálaldaga ja válljet hupmat dárogiela, jus áidna sámegeielat dikšu lea oahpesolmmoš. Guokte sámegeielat pasieantta dán guorahallamis leigga geavahan friddja dikšonválljema ja ohcan dikšuma eará sajis go ruovttubáikkis vai eaba deaivva oahppásiid ja fulkkiid. Nubbi pasieanttain jearahallamis dajai:

«Dovdduid ektui livččii leamaš álkit hupmat muhtumiin gean in dovdda priváhta. Jáhkán ahte livččii leamaš álkit jus livččen orron stuora gávpogis gos ii deaivva [terapevttaid] miehtá. Mu terapevta áigu heaitit, ja go son vuolga, de báhcet dušše oahpesolbmot geat barget terapevtan, dat lea heahin munnje.»

Das ahte ii galggaše hupmat muhtun áššiid birra, ja dáhtus birget ieš, sáhtta nappo leat mearkkašupmi pasieanttaid sámegeielat giellagelbbolašvuhtii, divššu giellaválljemii ja movt meannuda veahki ohcamis.

Terapevttain lei beroštupmi váldit vuhtii sámi kultuvrra, muhto bohtosat čájehedje unnán ovdamearkkaid das movt terapevttat čađahedje kultuvrralaš heiveheami dearvašvuoda-

fálaldahkii. Ovdamearka maid moadde terapevttá namuhedje lei ahte «lea dábalaš sámi kultuvrras hupmat jábmiiguin». Dát terapevttat dadje sii árvvoštalle dearvvašvuodafágalaččat lei go dát odđa ja muosehuhtti vásáhus pasientii, mii dasto árvvoštallui leat psyhkalaš váttu symptomán. Jus dát lei oahpes vásáhus pasientii ovdalaččas ja vásihuvvui doarjjan, de árvvoštalai terapevta ahte «hupmat jábmiiguin» lei kultuvrralaš fenomená. Muhtun terapevttat ipmirdedje dan nu ahte lea dego siskkáldas ságastallan mas jurddašii «maid livčče áhkku dadjan/dahkan», muhtumat fas atne dan dego «váldit valiuma», mii ii leat veahkkin pasieantta váttisvuhtii. Terapevttat digaštalle hárvve bargoustibiiguin pasieanttaid «kultuvrralaš vásáhusaid». Sii váillahedje fágalaš digaštallamiid oppalaš sámi kultuvrralaš heivehemiid ektui, ja adde ovdamearkan konkrehta pasieantadiliid.



*Illustrašuvdna: Iselin C. Finn, UiT.*

## Digaštallan

Dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusa gielalaš ja kultuvrralaš heiveheapmi lea kompleaksa hástalus mii gáibida heiveheami sihke organisatoralaš dásis, dearvvašvuodabargiid dásis ja intervenšuvdna dásis (4). Dat fáttmasta máhtu dearvvašvuoda-, giella-, ja kulturfágas, muhto maiddá servodaga historjjás ja politihkalaš proseassain, ja dasa lassin majoritehta- ja minoritehtaálbmoga gaskavuodain.

Giella, kultuvra ja historjá čatnasit nannosit oktii. Gielalaš heiveheapmi ii leat dušše sámegielat dikšunfálaldat. Dasa guoská maiddá diehtu dáruiduhttima ja giellamassima birra, ja dohkkehit guovttegielatvuoda ja giellalonohallama oassin sámi kultuvrras mii maiddá sáhtta vuhttot divššus. Sápmelaččat, sin giella ja kultuvra šadde gierdat ollu dáruiduhttinpolitihka dihte. Sápmelaččat adnojuvvojedje primitiiva, vuolitdási álbmogin, ja sámegiela ja sámi kultuvrra sadjá galggai boahit dárogiella ja dáčča kultuvra (2). Dáruiduhttinproseassa mielddisbuvttii ahte sámi identitehta definerejuvvui vuolitárvosazžan ja heahpadin.

Oallugat čiegadedje ahte ledje sápmelaččat ja sámegielagat. Ollu dárogielat sápmelaččat ja dáččat geain lea čiegus sámi duogáš hupme sámegiela mánnán. Das lea mearkkašupmi sámi pasieanttaid dikšumii dálá áiggis.

Nu go dát guorahallan čájeha, de ii leat nu álki diehtit gii hupmá sámegiela beaivválaččat dahje geas lea giella measta vajálduvvan mánnávuodagiellan. Bohtosat čájehit ahte sámegielagat sáhttet lonohallat dárogiela ja sámegiela gaskkas divššus, dan mielde geainna hupmet ja man birra hupmet, danin go muhtun fáttát ja kultuvrralaš fenomenaid lea buoret váldit ovdan nuppi gielain go nuppiin (5). Dan sáhtta ipmirdit kombinašuvdnan kultuvrralaš váikkuhusas ja leat guovttegielagin, muhto maiddá sosiála relašuvnnain smávva servodagain. Sáhtta orrut paradoksan ahte sámegielat pasieanttat hilgot sámegielat terapevta ja vudjet baicca ránnjágillái oážžut divššu dárogillii. Ii leat dattetge amas ahte smávva servodagain gos “buohkat dovdet buohkaid” sáhttet sii geat dárbbasit dearvvašvuodaveahki dovdat hástalussan muitalit sensitiiva ja dovddolaš váttis áššiid oahpes terapevtii, go sáhttet terapevta deaivat priváhta oktavuodain maŋŋil (6). Dat sáhtta šaddat beare lahka iige doarvá profeshunála. Earáide sáhtta juste lagasvuohtha, sámegiella ja sámi identitehta addit luottevašvuoda ja dorvvu, nugo dárogielat pasientii dán guorahallamis.

Dearvvašvuoda- ja fuolahusbálvalusa giellalaš ja kultuvrralaš heiveheami gažaldat bidjá maiddá fokusa dearvvašvuodabálvalusa vuogádagaide ja diksoortnegiidda, ja gažaldahkii ahte galget go dat heivehuvvot sámi kultuvrii. Dát bargu ii iskan dikšunstrategiijaid, muhto bohtosiiguin čuožžilit muhtun gažaldagat giellalonohallama ja kultuvrralaš fenomenaid mearkkašumis divššus; Maid mearkkaša ovdamearkka dihte ahte guovttegielat olbmot lonohallet gielaide divššu ságastallamiin, lea go das mearkkašupmi dikšui, ja maid hupmet pasieanttat go lonohallet gielaide? Sáhtta go giellalonohallan leat vuohki movt hálddašit vásáhusaid, dahje addá go dat dárbbaslaš gaskka traumáhtalaš vásáhusaide? Maid mearkkaša dat sidjiide geat leat massán sámegiela go leat vásihan traumaid gillii maid eai šat rávisolmmožin hálddaš? Orru leahkime dárbu eanet dihtui divššu gielas ja giellalonohallamis.

Kultuvrralaš heiveheami ektui, čájehedje mánga oassálasti ahte sámi kultuvrras lea oassin birget ieš ja ahte ii hupmat dovdduid ja dávddaid birra. Movt galget terapevtat ipmirdit ja váldit vuhtii dakkár dadjamašaid sámi kultuvrra birra go deaivvadit sámi pasieanttaiguin? Movt sáhttet sii kultuvrralaččat heivehit divššu? Dán ektui sáhtta ávkálaš suokkardallat maid oaivvildit kultuvrra ja kultuvrralaš heivehemiin. Ovtta álbmogis sáhttet leat kultuvrralaš oktasávuodát, muhto dat eai dárbbas leat guoskevaččat dahje stivrejeddjit juohke pasieantta dárbbuide ja láhttemii. Ii deaivvat ovttain kultuvrrain, muhto ovttain olbmuin gii sáhtta váikkuhuvvon sihke kultuvrras/kultuvrrain ja eará beliin nugo oahpus ja sosiála konteavsttain. Sámi almmolaš ságastallan soaita leat jávoheapme fáttáin nugo psyhkalaš váttisvuodaid ja dávddaid birra. Dat ii mearkkaš ahte sápmelaččat eai dorvvas dearvvašvuodasuođjalussii ja huma movt sis lea dilli. Kultuvrralaš heiveheapmi ii leat doalahit



jávohisvuodakultuvrra, muhto baicca heiveheapmi dasa ahte pasieanta sáhttá meannudit ja hupmat rašes fáttáin maid háliidit, rievttis terapevttain ja rievttis gillii. Bohtosat čujuhit ahte dán guorahallama pasieanttat ieža ordnejedje «kultuvrralaš heiveheami» go válljejedje dikšunbáikki ja go ledje geabbilat divššu giellaválljemis. Dat deattuha sihke dárbbu oahpahit eanet sámegeilat terapevttaid ja eanet dihtui giellalonohallamis divššus.

Eai leat dušše sámi pasieanttat geain lea kultuvra. Dearvvašvuodabargiin lea maiddá persovnnalaš kultuvrralaš duogáš, ja leat váikkuhuvvon dearvvašvuodasuodjalusa kultuvrras mas leat iežas čilgehusmodeallat, iežas giella ja gulahallanideálat. Dearvvašvuodabargit leat oahpuset bokte háhkan mediisinnalaš máhtu das mii leat symptoma, dávda, ja mii lea rievttis dikšu. Mediisinnalaš čilgehusmodealla sáhttá, muhto ii dárbbáš, leat earálágan go pasieantta ipmárdus dilálašvuodas. Dearvvašvuodabálvalus bidjá eavttuid gulahallamii ja ovttasbargui pasieanttain, vugiin mas pasieanta dovda iežas ipmirduvvon ja fuolahuvvon. Lea dárbbu eanet dihtui dearvvašvuodafágalaš árvvoštallamiin das movt pasieanttat vásihit kultuvrralaš fenomenaid.



Gowa: Gabby Baldrace/Mostphotos.com

## Čoahkkáigeassu

Bohtosat čujuhit ahte lea soaittáhagas ožžotgo sámegeilat pasieanttat fállaldaga hupmat sámegeiela divššus, ja orru nu ahte ovddasvástádus fállat heivehuvvon bálvalusaid lea guht-ege terapevtta duohken.

Dát guorahallan deattuha ahte dearvvašvuodainstitušuvnnain lea dárbu systemáhtalaččat kártet ja dokumenteret pasieanttaid giellagelbbolašvuoda ja gielladárbbu, ja ahte dat pláne-jit gielalaš heivehemiid ovdal konsultašuvnnaid.



Illustrašuvdna: Iselin C. Finn, UIT.

Bohtosat čájehit muhtun beliid guovttegielatvuodas. Eanas sámegeilat sápmelaččat máhttet dárogiela lassin sámegeillii. Dat ii ábut ipmirduvvot danin ahte sápmelaččain ii leat dárbu sámegeilat dearvvašvuodabálvalussii. Baicca orru čájeheame ahte ollu pasieanttaide sáhtttá leat ávkin go dearvvašvuodainstitušuvnnain ja dearvvašvuodabargiin lea máhttu gielas, giellamassimis ja giellalohohallamis. Dat lea maddái dehálaš muitit ahte sápmelaččat geat máhttet bures dárogiela sáhttet massit dárogielmáhttu šohkas, heahtediliin, buozalmasvuodain ja bákčasiid dihte (7). Dan dihte ii sáhte deattuhit doarvái ahte dearvvašvuoda-bálvalusaid ferte fállat sámegeillii sámegeiela pasieanttaide vai sii galget ipmirdit, ipmirduvvot, oažžut rievtes diagnosa ja rievtes divššu. Sámi pasieanttaid dearvvašvuodafáallaldaga

vuolggasadjin ferte álo leat sámegiela duogáža kárten ja fálaldat sámegielat dikšui. Muhto de lea ovttaskas pasieantta duohken válljet makkár giela dahje gielaid sii dárbbasit dahje háliidit geavahit deaivvadeamis dearvvašvuodasuodjalusain.

Ollislaččat čujuhit bohtosat ahte divššu heiveheapmi sámegiela ja sámi kultuvrra ektui lea kompleaksa ja unnán konkretiserejuvvon. Dát guorahallan lea ila unni čuoččuhit ahte bálvalusat eai leat ovtadássásaččat, muhto guorahallan čujuha ahte dearvvašvuodábálvalusaid heiveheapmi ferte dáhpáhuvvat mángga dásis ja ahte lea dárbu eanet dihtui dán suorggis. Orru dárbu fágaraštildeddji ja mánggabealat dutkamii go galgá guorahallat maid mearkaša čađahit gielalaš ja kultuvrralaš heiveheami.

Liegga giitosat sidjiide geat oassálaste dán guorahallamis ja mu bagadalliide. Dii lehpēt oahpahan munnje nu ollu. Giitu ruhtadeami ovddas Finnmárkku buohcciviessu, SÁNAG ja Davvi Dearvvašvuohhta.

## Referánssat

1. NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Statens forvaltningstjenester, 1995. [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1995-6/id139873/>].
2. NOU 2016:18 Hjertespråket. Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.Informasjonsforvaltning, 2016. [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-18/id2515222/>].
3. Dagsvold I. Cultural adaption of mental health services to the Sami: a qualitative study on the incorporation of Sami language and culture into mental health services [Doktorgradsavhandling]. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2019. (ISBN 9788275896467). <https://hdl.handle.net/10037/16468>.
4. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psychiatry* 2012;49(2):149-64. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>.
5. Fishman JA. Who Speaks What Language to Whom and When? *La Linguistique* 1965;1(2):67-88. [Tilgjengelig fra: <https://www.jstor.org/stable/30248773>].
6. Kemi RR. Om å være profesjonell i lokalsamfunn. I: Eidheim H, Stordahl V (red). *Kulturmøte og terapi i Sápmi*. Karasjok: Davvi Girji, 1998, s. 107-125. (ISBN 978-82-7374-395-0).
7. Hedlund M, Moe A. "De forstår ikke hva som er viktig for oss": helsetjenester og sør-samer. *Steinkjer: Nord-Trøndelagsforskning*, 2000. [Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/2444863>].

*Kapittel 12: <https://doi.org/10.7557/7.6474>*

## 12 SPRÅKLIG OG KULTURELL TILRETTE- LEGGING AV HELSETJENESTER – KOLLEKTIV RETTIGHET, HELSEFAGLIG UTFORDRING, INDIVIDUELLE BEHOV

*Inger Dagsvold*



### Sammendrag

Den samiske befolkningen i Norge har en lovfestet rett til å motta likeverdige helsetjenester som er tilpasset deres språk og kultur. Dette doktorgradsprosjektet har gjennom intervjuer utforsket hva samiske pasienter og terapeuter med ulik etnisk bakgrunn mener at samisk språk og kultur kan bety og hvordan det kommer til uttrykk i en behandlingssituasjon i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i det nordsamiske området i Norge. Resultatene

indikerer at språklig og kulturell tilrettelegging er komplekst, men at denne tilretteleggingen i stor grad synes å være overlatt til den enkelte terapeut. Terapeutene erfarte at helseinstitusjonene ofte ikke kartlegger pasientenes språk før terapistart. Terapeutene måtte selv identifisere pasientenes språk og etablere et tilbud om samiskspråklige tjenester først når pasienten sto i døra. Dette reduserer muligheten til å gi språklig tilrettelagte tjenester. Resultatene indikerer at tospråklige pasienter og terapeuter veksler mellom samisk og norsk språk i terapi. Språkvalg påvirkes av en kompleksitet av sosiale og kulturelle faktorer.

Det mangler kunnskap om hvorvidt språkveksling i terapi har betydning. Terapeutene i studien hadde mange oppfatninger om hva samisk kultur er, men diskuterte sjelden pasienters «kulturelle opplevelser» med kollegaer. Noen få terapeuter reflekterte over hvordan egen og/eller helsevesenets kultur kan prege deres forståelse av samiske pasienters opplevelser og fortellinger. De etterlyste faglige diskusjoner rundt tilrettelegging i forhold til samisk kultur generelt, og relatert til konkrete pasienttilfeller spesielt. Resultatene indikerer at det er behov for at helseinstitusjoner systematisk kartlegger pasienters språk og planlegger et samiskspråklig behandlingstilbud før konsultasjonene. Resultatene indikerer også et behov for kunnskap om, og hvordan, «samisk kulturelle» aspekter kan innarbeides i psykisk helsevern på en klinisk relevant måte. Det er behov for mer kunnskap om hvordan kollektive rettigheter kan utvikles til gode helse- og omsorgstjenester som ivaretar samiske pasienters individuelle behov.

## Innledning

En utredning konkluderte i 1995 med at helsetjenester til samisk befolkning skal ta hensyn til samisk språk, kultur og samfunnsliv. Utredningen anbefaler kompetanseheving, nettverksbygging og utprøving av tiltak for å innarbeide språklige og kulturelle aspekter i helsetjenesten (1,2). Styrking av samisk språk- og kulturkompetanse i helsetjenesten er siden ansett som en forutsetning for likeverdige tjenester til samiske pasienter (1). Det er imidlertid lite beskrevet hvordan aspekter ved samisk språk og kultur er innarbeidet og utøves i tjenestetilbudet til samiske pasienter i praksis.

Dette doktorgradsarbeidet (3) ble gjennomført med kvalitativ metode og har utforsket hva samisk språk og kultur kan bety og hvordan det kommer til uttrykk i en behandlingssituasjon i psykisk helsevern i Nord-Norge. Datamaterialet består av dybdeintervjuer gjennomført i 2012–2013 med 10 samiske og 10 ikke-samiske terapeuter og 4 samiske pasienter tilknyttet 7 enheter på ulike distriktpsikiatriske helseverninstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten i det nordsamiske området i Norge. Terapeutene visste ikke hvilke pasienter som deltok, og motsatt. Deltakerne har fått fortelle fritt om sine tanker, erfaringer og refleksjoner om hva de mener samisk språk og kultur kan bety i psykisk helseverntjenester til samisk befolkning.

## Resultater

Resultatene fra denne studien viser et nyansert bilde av hvordan samisk språk og kultur kan utspille seg i terapi.

### Tospråklighet og språkveksling i terapi

Blant deltakerne var fem terapeuter (samiske og ikke-samiske) og tre pasienter samisktalende, og en pasient snakket norsk, men hadde en samiskspråklig barndom. Alle regnet seg som tospråklige. Noen hadde lært seg samisk i voksen alder. Noen hadde hatt samisk som morsmål og dagligspråk hele livet og regnet norsk som sitt andrespråk. Andre hadde snakket begge språkene i oppveksten fordi de hadde foreldre hvor én snakket norsk og den andre samisk. Både pasienter og terapeuter mente det er vanlig å veksle mellom samisk og norsk språk, både til daglig og i terapi. Språkveksling kunne inntre etter hva man snakket om. Noen tema snakkes om på norsk, andre tema må man snakke om på samisk. En ung samisktalende og tospråklig deltaker sa at det er best å snakke med en samisktalende terapeut for å snakke om det å leve som reindrifstøver, men:

«Når jeg skal begynne å forklare til [sin samisktalende] mamma om hva jeg føler, så vet jeg ikke hvordan jeg skal si det på samisk. Samisk er et rikt språk, men det er lettere å snakke om følelser på norsk. Dagboka skriver jeg også på norsk, det er enklere.»

Tospråklighet kan også omfatte et tapt språk. Den norskspråklige pasienten hadde snakket samisk i førskolealder, og den samiskspråklige bestemora hadde vært en viktig støtte i en traumatisk barndomstid. Som voksen, i terapi, slet hun med å snakke om traumet og sine følelser på norsk, som nå var det eneste språket hun kunne. Hun sa dette:

«Det der samiske er veldig sterkt i meg [...]. Det har med språket også å gjøre, jeg føler at norsk er ikke mitt språk, så det er veldig godt å komme i samiske miljøer, [bare kunne lytte], hvor det snakkes samisk ... så selv om man snakker bare norsk, så er det kanskje ikke norsk, det er bare det at man har ikke de ordene man trenger.»

Terapeutene erfarte at det var vanskelig å forutsi pasientenes språkvalg og språkveksling i terapi. En terapeut snakket samisk med pasienten på telefonen, men da pasienten kom til timen, ville han snakke norsk. Andre terapeuter fortalte at samiske pasienter kan veksle mellom språkene underveis i terapien; de kan starte å snakke samisk, men slår over til norsk, og motsatt. Når pasienten bytta språk, så gjorde de det også. En terapeut sa:



«... noen har jeg snakket norsk med, selv om jeg vet at de snakker samisk, det er rart. Jeg sier at vi kan godt snakke samisk, men når de har innleda en samtale på et språk så fortsetter vi gjerne på det språket. Men når det er visse tema så slår vi over på samisk likevel.»

Flere deltakere mente at en samisk norm om å ikke snakke om psykisk sykdom og følelser har betydning for samisk språkkompetanse: fordi når man ikke er vant til å snakke om slike ting, så kjenner man ikke begrepene på samisk. En av pasientdeltakerne slet med å forklare hvordan han følte det, og da han fikk en oppfordring om å «si det på samisk», sa han dette:

«Jeg har aldri brukt sånne ord, på samisk [...] så pr. nå så kommer jeg ikke på ord som skal kunne beskrive det jeg føler, på samisk ... det kom som et sjokk ... Jeg måtte begynne å tenke, selv om morsmålet er samisk ...»

Noen samisktalende terapeuter mente det ikke var forskjell på å ha terapi på samisk eller norsk, andre oppfordret pasientene om å «si det på samisk» og mente at «å snakke samisk åpner opp på en annen måte [...] og det å tenke høyt [på samisk] kan være en god hjelp.» Fortellingene til både pasienter og terapeuter viser et mangfold i språkvalg og språkveksling.

### Språklig tilrettelegging av terapi

Språklig tilrettelegging innebærer et tilbud om samiskspråklig terapi og avhenger av kjennskap til pasientenes språk og språkønsker. Ifølge terapeutene som deltok i studien, hadde ingen av deres arbeidsplasser rutiner for å registrere pasientenes språk, eller tilby samisktalende terapeut eller tolk. Det elektroniske journalsystemet har en rubrikk for å registrere språk, men registrering var ikke obligatorisk. Iblant ga pasientene selv beskjed, eller det sto i henvisninger fra kommunelegen at pasienten var samiskspråklig. Noen steder kjente de ansatte i inntaksteamet pasientene fra før og visste hvem som snakket samisk og pleide å gå til en samiskspråklig terapeut. Terapeutene i studien sa imidlertid at de som oftest ikke hadde kjennskap til pasientenes språk før terapistart. Terapeutene måtte selv vurdere om, og hvordan, de skulle gi pasientene tilbud om språklig tilrettelegging. Samisktalende terapeuter sa de alltid kartla språk. Andre spurte om språk hvis de så synlige, stereotype «kjennetegn» på samisk kulturell identitet, slik som kofte eller et typisk samisk navn, men kunne «glemme å spørre når pasienten er fra kysten».



Illustrasjon: Iselin C. Finn, UiT.

De fleste terapeutene hadde imidlertid ingen rutine for kartlegging eller kriterier for å vurdere språkkompetanse og språkbehov. Enkelte andre terapeuter overlot ansvaret til pasienten å si ifra hvis de ikke forstod hva terapeuten sa:

«Det er viktig å gi dem [pasientene] forståelsen av at jeg har noen begrensninger, jeg snakker ikke deres språk. Så vi må prøve å finne en felles plattform, for jeg vil gjerne prøve å hjelpe dem og hvis de vil ha hjelp, så må de hjelpe meg å hjelpe dem kan man si, hvis de kan.»

Ingen av de deltagende terapeutene hadde brukt samisk tolk.

Språklig tilrettelegging forutsetter også at betydningen av språk og språkveksling er et fagtema i helse- og omsorgstjenestene. En felles erfaring for alle, også de samiskspråklige terapeutene, var at de var utdannet på norsk, og norsk er arbeidsspråket. De hevdet at de ikke hadde faglige fora på sine arbeidsteder hvor de kunne diskutere fag (psykisk helsevern) på samisk. De var ikke vant til å diskutere fag på samisk, de manglet samiske faguttrykk og måtte iblant snakke norsk for å forklare og informere pasienter om psykiske lidelser, behandling o.l. De samisktalende terapeutene oppga at journalnotat i henhold til Journalloven må føres på norsk, og at en eventuell oversetting av samisktalende terapi til norsk måtte gjøres av den enkelte terapeut, noe de mener det ikke er avsatt tid til.

En norskspråklig terapeut understreket betydningen av å gjøre en faglig vurdering av språkvalg i terapi, også når pasientene selv velger å snakke norsk og ikke vil ha tolk. Terapeuten sa: «når pasienter er i krise og ikke klarer å forklare seg, er det helt naturlig at man må få

snakke sitt morsmål.» Noen mente at det er lettere å bruke de norske ordene fordi man ofte hører og leser om tema som sykdom og følelser i norske media. Andre mente at samiske pasienter snakker norsk i terapi fordi «de er vant til å snakke norsk med behandlere, de har alltid gjort det» og påpekte at mangelen på samisktalende helsepersonell ikke gir samisktalende pasienter noe valg.

### Samisk kultur og kulturell tilrettelegging av terapi

Deltakerne refererte til samisk kultur som beskrivelser av bosted, yrke (reindrift og fiskeri), kofte, joik, samisk håndverk (duodji), storfamilien, fornorskning og språktap, og at det er samisk kultur å «snakke med døde», «ikke snakke om følelser og psykisk sykdom», «klare seg selv» og «ikke be om hjelp». Flere påpekte imidlertid at generelle utsagn om samisk kultur ikke nødvendigvis stemmer i møte med det enkelte menneske. Deltakerne mente at selv om det ikke snakkes så mye om psykiske problemer og følelser i den samiske offentligheten, så oppsøker samer hjelp og snakker om sine problemer når de får behov for det. Flere mente imidlertid at samer kan snakke om ting på en annen måte enn terapeuter forventer, for eksempel om et praktisk, og ikke følelsesmessig, problem. En pasient sa at hun måtte endre måten å snakke om ting på og «bruke mer fancy ord» for å ha nytte av terapien.

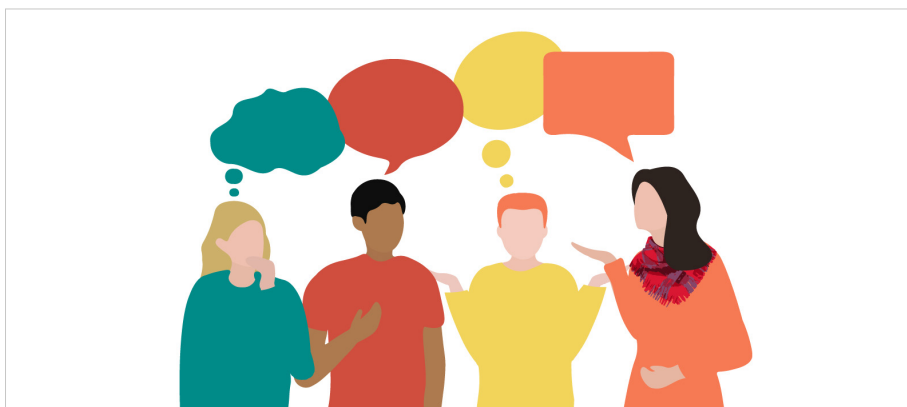
Ifølge flere deltakere så medfører idealet om å klare seg selv at noen ønsker å skjule at de trenger, og oppsøker, hjelp fra psykisk helsevern. Det gir utfordringer når det psykiske helsetilbudet er lokalisert i hjembygda. Ønsket om å skjule hjelpsøkingen hadde for eksempel betydning for språkvalget for noen. Både pasienter og terapeuter fortalte at selv om pasienten kan foretrekke å snakke samisk i terapi, så kan de likevel avslå det samiskspråklige tilbudet og velge å snakke norsk hvis den eneste samisktalende terapeuten er en bekjent. To av de samisktalende pasientene i denne studien hadde benyttet seg av fritt behandlingsvalg og søkt behandling et annet sted enn på hjemstedet for ikke å treffe på bekjente og slektninger. En av de intervjuede pasientene sa:

«Følelsesmessig hadde det vært enklere å snakke med noen jeg ikke kjenner privat. Jeg tror det hadde vært lettere hvis jeg hadde bodd i en stor by hvor du ikke treffer [terapeutene] overalt. Terapeuten min skal slutte, og når han drar, så er det bare kjentfolk igjen som jobber som terapeuter, det er krise for meg.»

Det å ikke skulle snakke om et tema, og et ønske om å klare seg selv, kan altså ha betydning for pasientenes samiske språkkompetanse om temaet, språkvalg for terapien og hjelpsøkningsadferd.

Terapeutene var opptatt av å ta hensyn til samisk kultur, men resultatene viste få eksempler på hvordan terapeutene gjennomførte en kulturell tilrettelegging av helsetilbudet. Et eksempel som noen få terapeuter nevnte, var at «det er vanlig i samisk kultur å snakke med døde».

Disse terapeuter sa de gjorde en helsefaglig vurdering av om dette var nytt og en plagsom opplevelse for pasienten, hvilket da ble vurdert som et symptom på psykisk lidelse. Hvis dette var en kjent opplevelse for pasienten fra tidligere og det opplevdes som en støtte, vurderte terapeutene at det «å snakke med døde» var et kulturelt fenomen. Noen terapeuter forsto dette mer som det å ha en indre dialog hvor de tenkte «hva ville bestemor sagt/gjort», mens andre anså det som «å ta en valium», som ikke hjelper på det som er problematisk for pasienten. Terapeutene diskuterte sjelden pasienters «kulturelle opplevelser» med kollegaer. De etterlyste faglige diskusjoner rundt tilrettelegging i forhold til samisk kultur generelt, og relatert til konkrete pasienttilfeller spesielt.



Illustrasjon: Iselin C. Finn, UiT.

## Diskusjon

Språklig og kulturell tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester er en kompleks utfordring som krever tilrettelegging både på organisatorisk nivå, helsepersonellnivå og intervensjonsnivå (4). Det involverer kunnskap om helse-, språk- og kulturfag, men også om historie og politiske prosesser i et samfunn, inkludert forholdet mellom majoritets- og minoritetsbefolkningen.

Språk, kultur og historie henger tett sammen. Språklig tilrettelegging handler ikke bare om et samiskspråklig terapitilbud. Det handler også om å ha kunnskap om fornorskning og språktap, og å anerkjenne tospråklighet og språkveksling som en del av samisk kultur som også kan komme til syne i terapi. Samene og deres språk og kultur fikk hard medfart under fornorskningspolitikken. Samene ble ansett som et primitivt, laverestående folkeslag, og samisk språk og kultur skulle erstattes med det norske (2). Fornorskingsprosessen medførte at samisk identitet ble definert som mindreverdig og skamfullt. Mange skjulte at de var samer og samiskspråklige. Mange norskspråklige samer og nordmenn med skjult samisk

bakgrunn snakket imidlertid samisk i barndommen. Dette har betydning ved behandling av samiske pasienter den dag i dag.

Som denne studien viser, er det ikke så lett å vite hvem som snakker samisk til daglig eller som har det som et nesten glemt barndomsspråk. Resultatene viser at samiskspråklige kan veksle mellom norsk og samisk språk i terapi, avhengig av hvem man snakker med og hva man snakker om, fordi noen tema og kulturelle fenomener håndteres bedre på det ene språket enn på det andre (5). Dette kan forstås som en kombinasjon av kulturell påvirkning og det å være tospråklig, men også av sosiale relasjoner i små samfunn. Det kan virke som et paradoks at samisktalende pasienter velger å takke nei til å gå til en samiskspråklig terapeut og heller kjører til nabobygda for å motta behandling på norsk. Det er imidlertid ikke uvanlig at i små samfunn hvor "alle kjenner alle" kan de som trenger helsehjelp finne det utfordrende å fortelle om sensitive og følelsesmessig vanskelige ting til en terapeut som er en bekjent, for så å møte terapeuten privat senere (6). Det kan bli for nært og ikke profesjonelt nok. For andre kan nettopp nærhet og samisk språk og identitet være tillitsskapende og trygt, som for den norsktalende pasienten i denne studien.

Spørsmålet om språklig og kulturell tilrettelegging av helse- og omsorgstjenester retter også fokus mot helsetjenestens systemer og behandlingsopplegg, og spørsmålet om de skal tilpasses til samisk kultur. Denne studien utforsket ikke behandlingsstrategier, men resultatene reiser en rekke spørsmål om betydningen av språk, språkveksling og kulturelle fenomener i terapi: Hva betyr det for eksempel at tospråklige personer bytter språk i terapisaftalene, har det betydning for terapien, og hva snakker pasientene om når de bytter språk? Kan språkvekslingen være en måte å bearbeide opplevelser på, eller skaper det en nødvendig distanse til traumatiske erfaringer? Hva betyr det for de som mistet det samiske språket å ha erfart traumer på et språk man ikke lenger behersker som voksen? Det synes å være behov for mer kunnskap om språk og språkveksling i terapi.

Når det gjelder kulturell tilrettelegging, viste flere av deltakerne til at det er samisk kultur å klare seg selv og ikke snakker om følelser og sykdom. Hvordan skal terapeuter forstå og forholde seg til slike utsagn om samisk kultur i møte med en samisk pasient? Hvordan kan de kulturelt tilrettelegge terapien? Her kan det være nyttig å reflektere over hva man mener med kultur og kulturell tilrettelegging. Det kan nok være noen fellestrekk ved kulturen i en folkegruppe, men disse er ikke nødvendigvis aktuelle eller styrende for hver enkelt pasients behov eller adferd. Man møter altså ikke en kultur, men et menneske som kan være påvirket av både kultur(er) og andre aspekter som for eksempel utdanning og sosial kontekst. Det kan godt være at den offentlige samiske samtalen har vært taus om tema som psykiske problemer og sykdom. Det betyr ikke at samer ikke oppsøker helsevesenet og snakker om hvordan de har det. Kulturell tilrettelegging er ikke å videreføre taushetskulturen, men heller å tilrettelegge slik at pasientene kan bearbeide og snakke om sensitive tema som de

selv ønsker, med den rette terapeuten og på rett språk. Resultatene indikerer at pasientene i denne studien selv sørget for en «kulturell tilrettelegging» ved å velge behandlingssted og være fleksibel i valg av språk i terapien. Dette understreker både behovet for å utdanne flere samiskspråklige terapeuter og for mer kunnskap om språkveksling i terapi.

Det er for øvrig ikke bare de samiske pasientene som har kultur. Helsepersonell har også en personlig kulturell bakgrunn, og er påvirket av helsevesenets kultur som har egne forklaringsmodeller, eget språk og kommunikasjonsidealer. Helsepersonell har gjennom sin utdanning tilegnet seg en medisinsk kunnskap om hva som er et symptom, en sykdom, og hva som er den rette behandling. Den medisinske forklaringsmodellen kan, men trenger ikke, være forskjellig fra pasientens forståelse av sin situasjon. Helsevesenet legger premissene for kommunikasjon og samhandling med pasientene på en måte hvor pasientene føler seg forstått og ivaretatt. Det er behov for mer kunnskap om helsefaglige vurderinger av pasienters opplevelser av kulturelle fenomener.

## Oppsummering

Resultatene indikerer at det er tilfeldig om samisktalende pasienter får tilbud om å snakke samisk i terapi, og det synes som at ansvaret for å tilby tilrettelagte tjenester er overlatt til den enkelte terapeut.

Denne studien understreker behovet for at helseinstitusjonene systematisk kartlegger og dokumenterer pasientenes språkkompetanse og språkbehov, og planlegger språklig tilrettelegging før konsultasjonen inntreffer.





Illustrasjon: Iselin C. Finn, UiT.

Resultatene viser noen aspekter ved å være tospråklig. De fleste samiskspråklige samer behersker norsk i tillegg til samisk. Dette må ikke forstås som at samer ikke har behov for helse-tjenester på samisk. Tvert imot, mye tyder på at flere pasienter kan ha nytte av at helseinstitu-sjoner og helsepersonell har kunnskap om språk, språktap og språkveksling. Det er også viktig å huske at samer som behersker godt norsk til vanlig kan miste norskkompetansen ved sjokk, krise, sykdom og smerte (7). Det kan derfor ikke understrekes nok at helsetjenester må tilbys på samisk språk til samisktalende pasienter for at de skal forstå, bli forstått, få rett diagnose og korrekt behandling. Kartlegging av samiskspråklig bakgrunn og tilbud om samiskspråklig terapi må alltid være utgangspunktet i helsetilbudet til samiske pasienter. Men så er det opp til den enkelte pasient å velge hvilke(t) språk de må, eller vil, bruke i møte med helsevesenet.

Samlet sett indikerer resultatene at tilrettelegging av terapi i forhold til samisk språk og kultur er komplekst og lite konkretisert. Denne studien er for liten til å konkludere med at tjenestene ikke er likeverdige, men studien peker på at tilrettelegging av helsetjenester må skje på flere nivå og at det er behov for mer kunnskap om dette feltet. Det synes å være behov for tverrfaglig og flerspråklig forskning på betydningen og gjennomføring av språklig og kulturell tilrettelegging.

En varm takk til de som deltok i denne studien og til mine veiledere. Dere har lært meg så mye. Takk for finansiering fra Finnmarkssykehuset, SANKS og Helse Nord.



## Referanser

1. NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Statens forvaltningstjenester, 1995. [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1995-6/id139873/>].
2. NOU 2016:18 Hjertespråket. Forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon.Informasjonsforvaltning, 2016. [Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-18/id2515222/>].
3. Dagsvold I. Cultural adaption of mental health services to the Sami: a qualitative study on the incorporation of Sami language and culture into mental health services [Doktorgradsavhandling]. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet, 2019. (ISBN 9788275896467). <https://hdl.handle.net/10037/16468>.
4. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. *Transcult Psychiatry* 2012;49(2):149-64. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>.
5. Fishman JA. Who Speaks What Language to Whom and When? *La Linguistique* 1965;1(2):67-88. [Tilgjengelig fra: <https://www.jstor.org/stable/30248773>].
6. Kemi RR. Om å være profesjonell i lokalsamfunn. I: Eidheim H, Stordahl V (red). *Kulturmøte og terapi i Sápmi*. Karasjok: Davvi Girji, 1998, s. 107-125. (ISBN 978-82-7374-395-0).
7. Hedlund M, Moe A. "De forstår ikke hva som er viktig for oss": helsetjenester og sør-samer. *Steinkjer: Nord-Trøndelagsforskning*, 2000. [Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/2444863>].

*Kapittel 12: <https://doi.org/10.7557/7.6474>*





HEELSEGE  
VARRUDAGÁ  
DEARVUOĐAT  
HILSNINGER



## Heelsege Saemiedigkiepresideenteste Aili Keskitalo Saemien healsoedotkemejarngen 20-jaepienheevetimmien sjiekenisnie

Saemien healsoedotkemejarnge UiT Nöörjen arktiske universiteetesne tseegkesovvi 2001, jñh dan ávtteste 20 jaepieh illie daan jaepien. Gosse Saemien healsoedotkemejarnge tseegkesovvi vaenie daajroem saemien áálmegen healsoetsiehkien bijre utnimh. Jarng lea daejnie 20 jaepine dotkemebaseereme daajroem buakteme healsoen jñh jieledetsiehkij bijre saemien árhoji luvnie - akte barkoe maam Saemiedigkie buaresje. Daate daajroe lea vihkele saemien almetjehealson gaavhtan, jñh evtiedimmien gaavhtan dienesjefaalenasseste saemien árhoejidie. Daamtaj dokumenteereme daajroen mietie gihtjesávva jñh átnasávva gosse edtja politihkeles sjæjsjalimmieh vaeltedh jñh tjírrehtidh, dovne Saemiedigkesne jñh staateles áejvieladtji luvnie. Dijjeh lidie 20 jaepiej tjírreh maahtoem tseegkeme saemien seabradahken bijre mij hijven váaromem vadta reaktoe veeljemh darjodh.

Dokumenteereme daajroe mijjem goh Saemiedigkie áelede, jñh goh saemien politihkerh, gaavnoeh dotkemistie itjmieslaakan vaeltedh, jñh barkedh ihke saemiej healsoe- jñh tryjjesvoetefaalenash ahkedh buerebe sjædta. Dokumenteereme daajroe saemien seabradahken bijre lea eevre daerpies jis edtja mijjen seabradahkh guhkiebasse evtiedidh, jñh dan sjiekenisnie Saemien healsoedotkemejarngje joekoen jijnjem buakteme.

Heevetimmien sjiekenisnie daam gærjetjem bæjhkohte healsoen jñh jieledetsiehkij bijre saemien árhoji luvnie. Illedahkh dotkemistie bæjhkohtidh populærvitenskapeles hammosne viehkehte guktie siejhme almetjh daajroem dotkemistie áadtjoeh. Dotkeme saemijste lea joekehtslaakan dorjesovveme tijje doekoe, jñh ij iktesth seamma stoerre áákteminie. Dan gaavhtan gellie saemieh leah jueriedihks dotkijidie jñh dotkemasse. Jeenjesh aaj onterdieh maam illedahke dotkemistie saemiej bijre vuesehte. Saemiedigkie sæjhta dan ávtteste Saemien healsoedotkemejarngem garmerdidh mij dotkemem bæjhkohte man bijre siejhme almetjh maehtieh daajroem áadtjodh jñh maam guarkoeh, daennie ektiedimmesne saemien árhojh. Gosse gærjetje aaj lea jieniebinie saemien gieline, lissine nöörjen, dellie aaj aelhkebe sjædta dam nuhtjedh. Dihte viehkehte saemien faagegieline nænnoestidh healsoedajremen sisnjelen.

Sijhtem dijjem jijnjem læhkohtidh heevetimmie. Saemiedigkie vaajtele vielie dotkeme dorjesávva jñh mijjeh vielie dokumenteereme daajroem áadtjobe ovmesse tsiehkij bijre mah leah saemiej healsoen bijre jñh saemien seabradahken bijre. Saemiedigkien bieleste sijhtebe dijjen barkoen ávtteste gijhtedh, jñh dijjem læhkohtibie dejnie guhkiebasse barkojne dotkeminie jñh daajroevtiedimmie – joekoen barkoe dejnie gáalmadinie SAMINOR-goerhtimmie maam daelie soejkesjeminie.



## Sámedikkepresidenta Aili Keskitalo varrudahka Sáme varresvuodadutkama guovdátja 20-jage ávvudallama aktijvuodan

Sáme varresvuodadutkama guovdásj UiT:an Norggá arktalasj universitehtan ásaduváj jagen 2001, dajnas la dá jage 20-jage ávvudallam. Dalloj gá Sáme varresvuodadutkama guovdásj ásaduváj, diedijma binnáv sáme álmuga varresvuoda birra. Guovdásj la 20 jage nalluj dutkamvuodo máhtudagáj oassálasstám sáme álmuga varresvuoda- ja iellemdile birra – barggo mav Sámedigge rámppu. Dát máhtudahka l riek ájnas sáme álmukvarresvuohat ja sáme álmuga dievnastusfálaldagáj ávddánahttemij. Duodastuvvam máhtto áhtsáluvvá ja aneduvvá politihkalasj mærrádusáj mierredimen ja tjadádimen, sihke Sámedikken ja ietjá guovdásj oajválattjajn. Dij lihpit 20 jage nalluj máhtov lasedam sáme sebrudagá birra mij buorre vuodov vaddá riekta válljimijda.

Duodastuvvam máhtto vælloggissan dahká mijáv, Sámediggen ja sáme politihkkárin, válldep dutkambáhtusijt duodalattjan ja barggap dan nali varresvuoda- ja álkkádusfálaldagá sámijda manenagi buorráni. Duodastuvvam máhtto sáme sebrudagá birra la ækton mijá sebrudagáj vijddásapávdánahttemij, ja daggu la Sáme varresvuodadutkama guovdásj oassálasstám viek stuor ásijn.

Ávvudallama aktijvuodan almoduvvá dát girjásj sáme álmuga varresvuoda ja iellemvuoge birra. Gá dutkambáhtusijt almot sahtediedalasj hámen, de álkket dutkambáhtusijt sahtealmatijjda. Sámiht lip dutkam moatte láhkáj ájgij tjadá, ij agev nav vuogas vuogij. Dat la vájkkudam jut oasse sámijis iehpedi dutkijt ja dutkamijt. Moaddása imájdalli aj makkir báhtusa dutkamijn li. Sámedigge ájggu danen Sáme varresvuodadutkama guovdásj rámppot, gá dutkamijt almodi dakkár hámen ma li gehtjadibmáj ja dádjadahtte sahtealmatijjda, dán aktijvuodan sáme álmugij. Jut girjásj almoduvvá moatte sámeigiellaj ja dárogiellaj duodden, la aj ájnas dutkambáhtusij gehtjadime hárráj. Dat la viehkken nannimin sámeigiellav fáhkagiellan varresvuodadiehtaga suorgen.

Sávav didijj gájk vuorbev ávvudallamijn. Sámedigge sávva ienebu dutkaduvvá ja jut oadtjop ienep duodastuvvam máhtov iesjguhtik dilijda ma sáme varresvuohat guoski, ja ietján sáme álmugij. Sámedikke bieles gijtváv dijáv ratjástime ávdás, ja sávav vuorbev vijddásap dutkam- ja máhttoávdánahttembargujn – sierralágásj goalmát SAMINOR-guoradallama bargujn mij dálla plániduvvá.



## Sámediggepresideantta Aili Keskitalo dearvuodát Sámi dearvašvuodadutkama guovddáža 20-jagi ávvudeami oktavuodas

Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš UiT Norgga árktalaš universitehtas áshuvvui jagis 2001, ja ávvuda dasto 20 jagi dán jagi. Dalle go Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš áshuvvui, didiimet unnán sámi álbmoga dearvašvuodadilálašvuoda birra. Guovddáš lea 20 jagi veahkehan dutkanvuodtgelbbolašvuodain sámi álbmoga dearvašvuoda ja eallinlági birra – bargu maid Sámediggi árvvusatná. Dát gelbbolašvuodta lea hirbmat dehálaš sámi álbmotdearvašvuhtii ja sámi álbmoga bálvalusfálaldagaid ovddideapmái.

Duodaštuvvon máhttu ohcaluvvo ja geavahuvvo politihkalaš mearrádusaid mearrideamis ja čadaheamis, sihke Sámedikkis ja eará guovddáš eiseválddiin. Dii lehpet 20 jagi huksen máhttu sámi servodaga birra mii addá buori vuodu rievttis válljemiidda. Duodaštuvvon máhttu geatnegahtá min, Sámediggin ja sámi politihkkárin, váldit dutkangávdnosiid duodalažžan ja bargat dan nala ahte dearvašvuoda- ja čálgofálaldagat sámiide dadistaga buorránit. Duodaštuvvon máhttu sámi servodaga birra lea eaktun min servodagaid viidásetovddideapmái, ja dakko lea Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš veahkehan sakka.

Ávvudeami oktavuodas almmuhuvvo dát gihpa sámi álbmoga dearvašvuoda ja eallinlági birra. Go almmuha dutkanbohtosiid populearadieđalaš hámis, šaddá dutkan álkit gávdnat eatnasiidda. Sámiid leat dutkan mángga ládje áiggiid mielde, ii ge álo nu vuogas vugiiguin. Dat lea dagahan ahte ollu sámit eahpidit dutkiid ja dutkamiid. Mángasat imaštallet maiddái makkár bohtosat dutkamiin leat. Sámediggi áigu danin rámidit Sámi dearvašvuodadutkama guovddáža, go almmuha dutkamiid dakkár hámis mat leat gávdnamis ja ipmirdahtti dábálaš olbmuide, dán oktavuodas sámi álbmogii. Dat ahte gihpa almmuhuvvo mángga sámegeillii dárogiela lassin, lea maiddái dehálaš dutkanbohtosiid olaheapmái. Dat lea veahkkinnanneme sámegeiela fágagiellan dearvašvuodadiehtaga suorggis.

Mun sávan didjiide hui ollu lihku ávvudemiin. Sámediggi sávvá ahte dutkojuvvo eanet ja ahte mii oazžut eanet duodaštuvvon máhttu iešguđet diliin mat gusket sámiid dearvašvuhtii, ja mudui sámi álbmogii. Sámedikki bealis giittit din ángirusšama ovddas, ja sávvat lihku viidásit dutkan- ja máhttoovddidanbargguin – erenoamážit goalmmát SAMINOR-iskkadeami bargguin mii dál plánejuvvo.



## Hilsen fra Sametingspresident Aili Keskitalo i anledning Senter for samisk helseforskning 20-års jubileum

Senter for samisk helseforskning ved UiT Norges arktiske universitet ble etablert i 2001, og fyller dermed 20 år i år. Da Senter for samisk helseforskning ble opprettet visste vi lite om helsetilstanden til det samiske folk. Senteret har gjennom 20 år bidratt med forskningsbasert kunnskap om helse og levekår hos den samiske befolkningen – et arbeid Sametinget setter stor pris på. Denne kunnskapen er svært viktig for samisk folkehelse, og for utvikling av tjenestetilbud til det samiske folk.

Dokumentert kunnskap etterspørres og brukes når politiske beslutninger skal tas og gjennomføres både i Sametinget og hos sentrale myndigheter. Dere har gjennom 20 år bygd opp en kompetanse om det samiske samfunnet som gir et godt grunnlag for riktige valg. Dokumentert kunnskap forplikter oss som Sameting, og som samiske politikere til å ta forskningsfunn på alvor, og arbeide for at helse- og velferdstilbud til samer stadig forbedres. Dokumentert kunnskap om det samiske samfunnet er en forutsetning for videreutvikling av våre samfunn, og i den sammenhengen har Senter for samisk helseforskning bidratt i stor grad.

I anledning jubileumet utgis dette heftet om helse og levekår hos den samiske befolkning. Å publisere forskningsresultater i populærvitenskapelig form gjør at forskningen blir mer tilgjengelig for folk flest. Forskning av samer har gjennom tidene foregått på ulike vis, og ikke alltid like respektfullt. Dette har ført til at mange samer er skeptiske til forskere og forskningen. Mange lurer også på hva resultatet av forskning om samer viser. Sametinget vil derfor berømme Senter for samisk helseforskning for å publisere forskning i en form som er tilgjengelig og forståelig for vanlige folk, i dette tilfellet den samiske befolkning. At heftet utgis på flere av de samiske språk, i tillegg til norsk, er også viktig for tilgjengeligheten. Det bidrar til å styrke samisk som fagspråk innen helsevitenskapen.

Jeg vil ønske dere masse til lykke med jubileumet. Sametinget har et ønske om at det forskes mer og at vi får mer dokumentert kunnskap om ulike forhold som angår samers helse, og det samiske samfunnet for øvrig. Fra Sametingets side vil vi takke for deres innsats, og vi ønsker dere lykke til med det videre arbeidet med forskning og kunnskapsutvikling – spesielt arbeidet med den tredje SAMINOR-undersøkelsen som nå er under planlegging.



## Heelsege Saemien healsoedotkemejarngese 20-jaepienheevetimmien sjiekenisnie

*Almetjehealsoeinstituhte Saemien healsoedotkemejarngem 20-jaepienheevetimmine læhkohte!*

Saemien healsoedotkemejarnges lea vihkales daajroem buakteme healsoen jih jielede-  
tsiehkies bijre saemien årroji luvnie Nöörjesne, gaskem jeatjah dåaresthfaageles dotkemen  
jih analysi tjirrh daatijste healsoe- jih jielede-  
tsiehkieskiegoerehtimmeste SAMINOR. Daate  
daajroe lea vihkele orreme jih sæjhta vihkele årrodh dan hööptije almetjehealsoebarkose,  
dovne nasjonaale jih voenges.

Almetjehealsoeinstituhte lea Saemien healsoedotkemejarngine laavenjosteme dovne dotke-  
men jih daajroebievnenen tjirrh, jih illedahk SAMINOR 1 jih 2-goerehtimmijste leah  
meatan vaeljehke kapihtelinie Almetjehealsoereektehtsisnie. Almetjehealsoereektehtse  
healsoetsiehkies Nöörjesne buerkeste viehkine daatijste healsoeregisterijstie, healsoe-  
goerehtimmijste, reektehtsijstie jih dotkemebæjhkoehtimmijste, jih SAMINOR lea vihke-  
les gaaltijnie orreme daan barkose.

Almetjehealsoeinstituhte hijven laavenjostoen åvteste gæjhta. Mijjies orre laavenjostoenue-  
pide aavoedibie, jih Saemien healsoedotkemejarngen guhkiesbasse barkojne læhkohtibie!

*Jijnjh heelsegh*

*Camilla Stoltenberg*

*Direktöore, Almetjehealsoeinstituhte*

## Hilsen til Senter for samisk helseforskning i anledning senterets 20-årsjubileum


*Folkehelseinstituttet gratulerer Senter for samisk helseforskning med 20-årsjubileet!*

Senter for samisk helseforskning har bidratt med viktig kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkningen i Norge, blant annet gjennom tverrfaglig forskning og analyser av data fra helse-og levekårsundersøkelsen SAMINOR. Denne kunnskapen har vært og vil framover være viktig for det forebyggende folkehelsearbeidet både nasjonalt og lokalt.

Folkehelseinstituttet har samarbeidet med Senter for samisk helseforskning både gjennom forskning og kunnskapsformidling, og resultater fra SAMINOR 1 og 2 inngår i utvalgte kapitler i Folkehelse rapporten. Folkehelse rapporten beskriver helsetilstanden i Norge ved hjelp av data fra helseregistre, helseundersøkelser, rapporter og forskningspublikasjoner, og SAMINOR har vært en viktig kilde til dette arbeidet.

Folkehelseinstituttet takker for fint samarbeid. Vi ser fram til nye muligheter for samarbeid, og ønsker lykke til med det videre arbeidet i Senter for samisk helseforskning!

Vennlig hilsen



*Camilla Stoltenberg  
Direktør, Folkehelseinstituttet*



## Jijnjh laškoeh 20-jaepienheevetimmine Saemien healsoedotkemejarnge.

Saemien healsoedotkemejarnge lea dotkemebaseereme daajroem jieledetsiehkij bijre saemien årroji luvnie buakteme göökteluhkie jaepieh. Jarnge gellie dotkemeprosjekth átna jñh átneme, jñh manne sijhtem joekoen SAMINOR-goerehtimmiem neebnedh.

SAMINOR lea viehkietamme guktie mijjeh lissiehtamme daajroem áádtjeme saemien årroji bijre – SAMINOR 1 jñh 2-goerehtimmieh lea vihkeles daatah vadteme barkosne seamma-vyörtogs healsoe- jñh hoksedienesjigujmie saemien årroejidie.

Sjollehke vuejnedh SAMINOR 3-goerehtimmie lea aalkeme – daate vuesehte jarnge systeemen mietie, guhkiebasse jñh ulmien vööste barka.

Gæjhtoe dan vihkeles barkoen ávteste dijjiel darjode jñh lidie dorjeme. Manne aavodem meatan fulkedh dennie vihkeles barkosne maam dijjiel jarngesne darjode.

*Jijnjh heelsegh,  
Bjørn Guldvog  
Healsoedirektööre, Healsoedirektoraate*

## Gratulerer så mye med 20-års jubileet til Senter for samisk helseforskning!

Senter for samisk helseforskning har bidratt med forskningsbasert kunnskap om levekår blant den samiske befolkningen i to tiår. Senteret har og har hatt mange forskningsprosjekter og jeg vil særlig trekke frem SAMINOR undersøkelsen.

SAMINOR har bidratt til at vi har fått økt kunnskap om den samiske befolkningen – SAMINOR 1 og 2 undersøkelsen har bidratt til viktig datagrunnlag i arbeidet med likeverdige helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen.

Det er gledelig å se at SAMINOR 3 undersøkelsen er igangsatt – dette viser at senteret jobber systematisk, langsiktig og målrettet.

Takk for det viktige arbeidet dere gjør og har gjort. Jeg ser frem til å følge med på det videre arbeidet dere gjør ved senteret.

*Beste hilsen,  
Bjørn Guldvog  
Helsedirektør, Helsedirektoratet*



## Buorep sáme varresvuoda ávdediddje

20 jage la Sáme varresvuodadutkama guovdásj midjij vaddám ienep diedojt sáme álmuga varresvuoda birra. Dat la læhkám viehkken váj siján uddni la buorep varresvuodafálaldahka.

Guovdátja ásadime vuodoájádus lij jus galggá varresvuodavájvijt hieredit, de dárbahip diehtet makta skihpudagá oabllu ja daj risskafaktávrájt. Buorep statistihkalasj máhtujn varresvuoda ja iellemdile birra bessap tjuovvolit varresvuoda rievddamijt ja hástalusájt

Diedon galggá sámijn sæmmi buorre varresvuodafálaldahka gá divna iehtjáda. Jus dav galggá nahkat de varresvuodafálaldahka ij galga dássju medisinnafágalattjat buorak, valla galggá aj fálaldahka gánná sihke sáme giella ja kultuvrra aneduvvi ja dádjaduvvi.

Ráddidus berus gæhttjamis áhpadasáv dutkama siegen. Árabut dán jage sáavaduvvin vuostasj studenta buoris boahtem sáme skihppiisujto bachelorohppuj Sáme allaskávlán Guovdageaidnun. Áhpadasán galggi aj sierra nasjonála njuolgadusá ma galggi járggá-luvvat sihke nuortta-, oarjje- ja julevsámeigiellaj. Navti galggi kandidáhtajn máhtudagá gá áhpadasájn álliji ma sáme pasientaj sierralágásj dárbojt várajda válldi, duodden dábálasj nasjonála ja europealasj loahppamáhtudagá gájbbádusájda. Váj nanni berustimev sáme perspektijvas varresvuoda- ja sosialfágalasj vuodoáhpadasájn, de lip sadjáj oadtjum nasjonála máhtudakgájbbádusájt sáme riektáj birra kultuvrraj ja giellaj tjanádum.

Duodden lip rievddadahttjám guhkesájggásasj plánav dutkama ja alep oahpo vuoksuj. Dát la ájnas danen gá sebrudahka galggá ednagit málssot boahte jagij nalluj, sæmmi báttá gá ælla desti sæmmi állo rudá. De hæhttup ájn tjiempebun sjaddat konkrehalattjat vuosedit gáktu máhtudagá ma li dutkama nali tsieggidum viehkedi sebrudakhástalusájt tjoavddet.

Álkke l dáv tjanástagáv vuojnnet dán bargon mav Sáme varresvuodadutkama guovdásj la dahkam. Sijá báhtusij dagi lijma diehtet viehka binnep sáme varresvuoda vájvij birra ja gáktu máhttep dajda validit. Guovdátja dutkam la læhkám viek ájnas váj bæssá diehtet sáme álmukvarresvuoda birra ja jáhkedahte la viehkedam hekkajt gádjot.

Vuorbbe vuostasj 20 jagij ja tjuovvus vuorbbe boahte jagijda!

*Dutkam- ja alep oahpo minisstara Henrik Asheim (H/O) baktu.*



## En pådriver for bedre samisk helse

I 20 år har Senter for samiske helseforskning gitt oss mer kunnskap om helse i den samiske befolkningen. Det har bidratt til at de i dag har et bedre helsetilbud.

Selve kongstanken bak opprettelsen av senteret var at for å kunne forebygge helseproblemer, så trenger vi kunnskap om utbredelsen av og risikofaktorer for sykdommer. Gjennom bedre statistisk kunnskap om helse og levekår kan vi følge med på endringer i helsen og helseutfordringer.

Det er en selvfølge at samer skal ha tilgang til et like godt helsetilbud som alle andre. For å få til det må helsetilbudet ikke bare være like godt medisinskfaglig, men det må være et tilbud hvor både samisk språk og kultur brukes og forstås.

Regjeringen er opptatt av å se utdanning i tydelig sammenheng med forskning. Tidligere i år ble de første studentene ønsket velkommen til bachelorprogrammet i samisk sykepleie ved Samisk høyskole i Kautokeino. Utdanningen skal også få egen nasjonal retningslinje som skal oversettes til både nord-, sør- og lulesamisk. Den skal sikre kandidatene en sluttkompetanse som ivaretar samiske pasienters særlige behov, i tillegg til de samme nasjonale og europeiske kravene for sluttkompetanse. For å styrke oppmerksomheten om det samiske perspektivet i de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene, har vi innført nasjonale kompetansekrav om samiske rettigheter knyttet til kultur og språk.

Vi er i tillegg i gang med revidering av langtidsplanen for forskning og høyere utdanning. Arbeidet er viktig fordi samfunnet skal gjennom store omstillinger i årene som kommer, samtidig som det økonomiske handlingsrommet vil bli mindre. Da må vi bli enda bedre til å vise konkret hvordan forskningsbasert kunnskap bidrar til å løse samfunnsutfordringene.

Den koblingen er lett å se i det arbeidet som Senter for samisk helseforskning har gjort. Uten deres resultater ville vi visst langt mindre om samiske helseplager og hvordan vi kan ta tak i dem. Senterets forskning har vært helt avgjørende for å få vite mer om samisk folkehelse og har med høy sannsynlighet bidratt til å redde liv.

Gratulerer med de 20 første årene og lykke til med de neste!

*Av forsknings- og høyere utdanningsminister Henrik Asheim (H)*





## Varrudagá Sáme varresvuodadutkama guovdátja 20-jage ávvudallamijda Varresvuoda- ja huksodepartementa stáhttatjálles Anne Grethe Erlandsen.

Edna vuorbbe 20-jage ávvudallamij!

Mij lip vuorbálatnja Vuonan, - miján la Sáme varresvuodadutkama guovdásj. Alvaduváv dájmas mij dagáduvvá, ja mij la dáhpáduvvam guovdátjin dáj mañemus guoktalák jage. Guovdátja sadje Sebrudakmedisijna instituhtan UiT Vuona arktalasj universitehtan, duodas guovdátja oajvvedahkamusáv mij la dutkat sáme álmuga varresvuodav ja iellemdilev. Sidáv rámmpot guovdátjav gá ávddánahtta ja oablot mávsulasj máhtudagájt sihke rijkja dásen ja rijkaj gaskan.

Guovdátja dutkam la vuosedam edna varresvuoda hásstalusájt sáme álmugin, ja la guoradallam gáktu sivá aktan doajmmi. Dutkama báhtusa li ájnna gá galggá avtaárvvusaj, máhtudakvuododum varresvuoda- ja huksodievnastusájt ávddánahttet sáme álmugij. Dutkambáhtusa aneduvvi sihke bájkálasj, nasjonála ja rijkajgasskasaj birrašijs.

Máhtudahka mav guovdásj ávddánbuktá, máhtta viehkken varresvuoda máhtudagáv lápptitjit sáme álmugin. Gp varresvuoda- ja huksodievnastusá galggi diedoijt vaddet ja guládallat sihke aktugasj ulmuttjij ja álles álmugij, de gájbbeduvvá dábddá vuosstáj-vállde gielav ja kultuvrav. Máhtudagá Sáme varresvuodadutkama guovdátjis li viek ájnna gá galggap barggat buoredimijn guládallamav varresvuoda- ja huksodievnastusáj ja sáme pasientaj gaskan. Duodden lápptip varresvuodamáhtudagáv sáme álmugin ja sidjij báhti ienep oahppam- ja bierggimdievnastusájt gieda ávddáj.

Guovdátja moadda dájmaj ja dutkama gaskan, sidáv sierraláhkáj rámmpot stuorra álmuk-guoradallamav SAMINOR mij midjij vaddá ájnas máhtudagájt varresvuoda- ja ielldilij birra sáme ja dáttja álmugin nuorttan. Gá guovdásj juogat báhtusijt suohkanij ma li oassálasstám guoradallamij vaddá viek mávsulasj máhtudagájt majt suohkana dárbaži gá galggi ietjasa dievnastusájt ávddánahttet, ja la viehkken hieredime ja álmukvarresvuodav ávdedime. Boahte guoradallama, majt lip dálla pláminin, galggi sisadnet sihke nuortta-, julev- ja oarjjelsáme guovlojt. Addnij oassálasstem la guovdásj ássjen gá guoradallamav pláni ja tjadát. Ávvudaláv báhtusijda ja sávav edna vuorbep barggjuj ávddálijguovlluj.



## En hilsen til Senter for samisk helseforskning i anledning senterets 20-årsjubileum fra statssekretær Anne Grethe Erlandsen i Helse- og omsorgsdepartementet.

Gratulerer så mye med 20-årsjubileumet!

Vi er heldige i Norge, - vi har et Senter for samisk helseforskning. Jeg er imponert over aktiviteten som foregår, og som har foregått ved senteret i disse tjue årene. Senterets forankring ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet, underbygger senterets hovedoppgave som er å drive forskning med fokus på helse og levekår i den samiske befolkningen. Jeg vil gi senteret honnør for å utvikle og spre verdifull kunnskap både nasjonalt og internasjonalt.

Forskningen ved senteret har påvist flere helseutfordringer i den samiske befolkningen, og har gjennomført studier om årsakssammenhenger. Resultatene fra forskningen har stor betydning for utviklingen av likeverdige, kunnskapsbaserte helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. Forskningsresultatene benyttes både av lokale, nasjonale og internasjonale miljøer.

Den kunnskapen som senteret bringer fram, kan bidra til å øke helsekompetansen i den samiske befolkningen. Når helse- og omsorgstjenestene skal gi informasjon og ha dialog, både med enkeltpersoner og befolkningen, forutsettes det kjennskap til mottakers språk og kultur. Kunnskap fra Senter for samisk helseforskning er svært viktig som grunnlag i arbeidet med å forbedre kommunikasjonen mellom helse- og omsorgstjenestene og samiske pasienter. I tillegg hever det helsekompetansen i den samiske befolkningen og vil gjøre lærings- og mestringstjenester mer tilgjengelige for samiske pasienter.

Blant de mange aktivitetene og forskningen ved senteret, vil jeg særlig berømme den store befolkningsundersøkelsen SAMINOR som gir oss viktig kunnskap om helse- og levekår i den samiske og nordnorske distriktsbefolkning. Senterets formidling av resultatene til kommunene som har deltatt i undersøkelsen gir verdifull kunnskap som kommunene trenger i utviklingen av tjenestene, og bidrar til å forebygge og fremme folkehelse. Kommende undersøkelse, som er under planlegging, skal inkludere både nord-, lule- og sørsamiske områder. Brukermedvirkning er et sentralt element i planlegging og gjennomføring av undersøkelsen. Jeg gleder meg til resultatene og ønsker lykke til med det videre arbeidet.

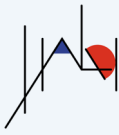


## Saemien healsoedotkemejarngese 20-jaepienheevehtimmien sjiekenisnie

Jijnjh lahkoeh jarngen 20 jaepiejgumie dotkemebaseereme daajrojne mij joekoen vihkele orreme voenges, nasjonaale jñh gaskenasjonaale sijjesne. Dijjen dotkeme lea ahkedh njue-niehkisnie aktene varke sjïdtije suerkesne gusnie saemien, aalkoeaålmegi jñh arktiske healsoem nænnoes vuekiejgumie ektede, dovne kvantitatijve jñh kvalitatijve dotkemisnie. Dijjen vuekie daajroem bäästede vedtedh årroejidie jñh dejtie mah sjæjsjalimmide vaeltieh jñh meatan orreme, lea joekoen åajvoeh orreme. Mijjieh geerjene mijjen eadtjohke laaven-jostoen åvteste, jñh aavoedibie dam jærhkedh jñh evtiedidh juktie dam stoerre raejkiem faatoes daajrojne dievhtedh.

Mijjen vaajmoen læhkoehimmieh bætijen aajkan!

*HALDI-goerehtimmien åvteste,  
Per Axelsson jñh Christina Storm Mienna*



## Till SSHF med anledning av centrets 20 års jubileum

Stort grattis till 20 år av bidrag till forskningsbaserad kunskap som haft stor betydelse lokalt, nationellt och internationellt. Er forskning ligger regelbundet i framkant i ett snabbt växande fält där samisk, urfolks och arktisk hälsa förenas med robusta metoder inom både kvantitativ och kvalitativ forskning. Ert sätt att ge kunskapen tillbaka till den befolkning och lokala beslutsfattare som varit med är fortsatt föredömlig. Vi är glada till vårt pågående samarbete och ser fram mot att fortsätta och utveckla det för att fylla en betydande kunskapslucka.

Våra varmaste lyckönskningar inför framtiden!

*För HALDI-studien,  
Per Axelsson och Christina Storm Mienna*



## Dearvuodat Sámi dearvašvuodadutkama guovddáži

Davvidearvvašvuotta GDÁ sávvá lihku Sámi dearvašvuodadutkama guovddáži 20-jagi ávvudemiin!

Giitu dehálaš barggus maid lehpet bargan dán 20 jagis. Midjiide Davvidearvvašvuotta GDÁ bealis lea dutkan- ja máhttoovdánahttin dehálaš vai galgat sáhttit addit buori dearvašvuodabálvalusa álbmogii davvin. Mii dárbašit máhtu olles álbmoga birra ja Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš lea buktán dehálaš dieđuid sihke Norgga eamiálbmogis ja álbmogis muđui min máŋggakultuvrralaš duovdagis.

Davvidearvvašvuotta GDÁ bealis háliidit addit ovttdássásaš dearvašvuodabálvalusa sámi álbmogii ja ovttas eará regiovnnaš dearvašvuodadoaimmahagaiguin ja Sámedikkiin leat mii ráhkadan strategiijadokumeantta «Spesialistadearvašvuodabálvalusat sámi álbmogii». Barggadettiin dainna dokumeanttain lehpet dii oassálastán máhtuineattet ja gelbbolašvuodaineattet, ja das leat mii hui giitevaččat.

Sávvat didjiide lihku ain ovddasguvlui ja erenomážit dehálaš bargguineattet ođđa álbmotiskkademiin – SAMINOR 3. Davvidearvvašvuotta GDÁ atná dehálažžan ahte mii leat ovddastuvvon stivrenjoavkkus, daningo ođđa dutkan lea dárbašlaš ovdánahttit nu buori go vejolaš ja dutkanvuodot dearvašvuodafálaldaga sámi álbmogii. Mii illudit joatkit buori ovttasbarggu dinguin.

*Buoremus dearvuodaiguin*

*Renate Larsen, stivrajođiheaddji*

*Cecilie Daae, hálddašeaddji direkttevrá*

## Hilsning til Senter for samisk helseforskning

Helse Nord RHF gratulerer Senter for samisk helseforskning med 20 årsjubileum!

Takk for den viktige jobben dere har utført disse 20 år. For oss i Helse Nord er forsknings- og kunnskapsutvikling viktig for at vi skal kunne gi et godt tjenestetilbud til befolkningen i nord. Vi trenger kunnskap om hele befolkningen og Senter for samisk helseforskning har bidratt med viktige data både om Norges urbefolkning og befolkningen for øvrig i vårt flerkulturelle landskap.

I Helse Nord er vi opptatt av å kunne gi et likeverdig tjenestetilbud til den samiske befolkningen og i samarbeid med de andre regionale helseforetakene og Sametinget har vi utarbeidet strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen». I arbeidet med dette dokumentet har dere deltatt med deres kunnskap og kompetanse, noe vi er svært takknemlig for.

Vi ønsker dere lykke til videre og spesielt med det viktige arbeidet med en ny befolkningsundersøkelse – SAMINOR 3. Helse Nord RHF ser det som viktig at vi er representert i styringsgruppen fordi ny forskning er nødvendig for å videreutvikle et best mulig og kunnskapsbasert helsetjenestetilbud til den samiske befolkningen. Vi ser frem til et fortsatt godt samarbeid med dere.

*Beste hilsen fra*

*Renate Larsen, styreleder*

*Cecilie Daae, administrerende direktør*



## Varrudagá ruonáednama Center for fokesundhetas

Gijttolisvuodajn ja vuollegisvuodajn rámmipop UiT Vuona arktalasj universitehta Sáme varresvuodadutkama guovdátjav sijá 20-jage ávvudallama aktijvuodan. Maŋemus 20 jagij tjadá la miján læhkám lahka aktisasj barggo sáme ja Ruonáednama álmukvarresvuoda dutkambirrasij gaskan, ja álmukguoradallamij barggo Arktisan li mijájt aktij buktám. Maŋemus 20 jage nalluj la dutkam aj rievddam dan láhkáj váj la ienep dutkam mij bohtá Arktisa iemeálmugij ietjas sávdusájs ja dárbojs. Dán ávddánahttemin la ásadibme ja barggo SAMINOR ja Sáme varresvuodadutkama guovdátja dutkam ietján læhkám viek guovdátjin gá iemeálmugij álmukvarresvuoha la vuoroduvvam, sierraláhkáj Skádasasuollun.

Persávnálettjat la aj munji læhkám hávsske opponierit Astrid Eriksena ph.d.-bargov vahágahttema ja illastimij birra, mij lij SAMINOR II dutkamfáddagin. Dán bargo baktu besajma unnin gehtjadit tabuássjev, mav lij viek duosstel válddet fárruj álmukguoradallamij. Ja sæmmi láhkáj la ássje aj gullum Ruonáednamin, danen gá vásáduhá vahágahttemis ja illastimes máhtti ednagit vájkkudit aktugasj ulmutja soappsomij ja varresvuohatj oanegis ja guhkes ájggáj. Dát buojkulvis viek buoragit vuoset gáktu Sáme varresvuodadutkama guovdásj jagij tjadá la tjielggasit vájkkudam sebrudahkaj ietjas birra.

Boahte jagijda ávvudallap tjuovvot SAMINOR III ja moadda ietjá geldulasj prosjevtajt, gá miján la máj edna fágalasj aktijvuoha arktalasj álmukvarresvuoda vuoksjuj.

Sávvap edna vuorbev bæjvváj ja sávvap gájk buorev boahte ájggjda.

*Vájmulasj varrudagá*

*Christina Viskum Lytken Larsen*

*Jádediddje, Center for Folkesundhed i Grønland - Statens Institut for Folkesundhed,*

*Syddansk Universitet*

*Jádediddje, Circumpolar Health Research Network*



## Center for folkesundhed i Grønland

Det er med stor respekt og ydmyghed, at vi nu hylder Senter for samisk helseforskning ved UiT Norges arktiske universitet, i anledningen af centerets 20-års jubilæum. Vi har igennem de sidste 20 år haft et nært samarbejde imellem det samiske og det grønlandske forskningsmiljø inden for folkesundhedsvidenskab, og arbejdet med befolkningsundersøgelser i Arktis har bragt os sammen. Over de sidste 20 år har også forskningsscenen ændret sig med mere forskning, som udspringer af ønsker og behov blandt de oprindelige befolkninger i Arktis. I denne udvikling har etableringen af og arbejdet med SAMINOR og den øvrige forskning ved Senter for samisk helseforskning spillet en afgørende rolle og sat folkesundheden blandt de oprindelige befolkninger på dagsorden – ikke mindst i Skandinavien.

Jeg har personligt haft fornøjelsen af også at opponere på Astrid Eriksens ph.d.-afhandling omkring vold og overgrep, der indgik som et forskningsemne i SAMINOR II. Dette arbejde gav indblik i et tabubelagt emne, som det var modigt at medtage i en befolkningsundersøgelse. Og som vi på lignende vis har medvirket til at sætte på dagsordenen i Grønland, fordi oplevelser med vold og overgreb har store konsekvenser for den enkeltes trivsel og sundhed både på kort og lang sigt. Dette eksempel viser på glimrende vis, hvordan Senter for samisk helseforskning igennem årene har sat sit tydelige præg.

I de kommende år ser vi frem til at følge arbejde med SAMINOR III og mange andre spændende projekter, hvor vi deler et stort fagligt fællesskab omkring den arktiske folkesundhed.

Vi gratulerer på dagen og ønsker jer alt det bedste fremover.

*De bedste hilsner*

*Christina Viskum Lytken Larsen*

*Leder af Center for Folkesundhed i Grønland - Statens Institut for Folkesundhed,  
Syddansk Universitet*

*Formand for Circumpolar Health Research Network*



## KS Saemien healsoedotkemejarngem læhkohte 20-jaepienheevetimmine!

Vuajnalgidh, feerhmesovvedh jih aarvoem åadtjodh Leah eevre vihkele gaajhkide almetjidie. Jis ih daajroem almetjen bijre utnieh maam gaavnedh, dellie aelhkie biévnesd dan bijre dassedh mij joekoen vihkele dan mábpan. Saaht guktie almetjh gaavnedieh, dle vâarome lea ektie giële jih kulturelle maadtoem ååktedh. Eevre jarngesne dihte onne gyhtjelasse «mij vihkele dutnjien?»

Goh tjieltesuerkien organisasjovne jih evtiedimmiegiejmie, KS veanhtede tjielth huksieh dej årrojh seammavyörtegs dienesjh åadtjoeh dan voenges daajroen mietie, jih politihkeles jih faageles goerkesen tjirrh. Daajroe saemien årroji bijre lea dan åvteste eevre vihkele.

KS jih Saemiedigkie laavenjostoelatjkoem tseegkin goeven 2019. Ulmie lea latjkoe edtja gaskesadtemem jih nuepide nænnoestidh ektesne barkedh ektie ulmiej vööste, juktie dienesjefaalenassem saemien årrojiedie evtiedidh. KS gegkeste daate viermie sæjhta tjiektide nuepiem vedtedh hijven vuekieh ektesne gaavnedh, juktie saemien giëlth jih kultuvrem nænnoestidh. Akte dejstie vihkielommes barkoesuerkijste latjkosne lea viermieh tseegkedh tjiektide saemien gielereeremedajvesne. Daate viermie tseegkesovvi gålkoen dæjman, jih healsoe sæjhta akte dejstie suerkijste årrodh mejnie edtja barkedh.

Saemien healsoedotkemejarnge vihkeles barkoem dorje sov dotkeminie mah Leah tjieltesuerkien vööste. Dotkeme akte dâarjoe tjiekti soejkesje- jih dienesjeevtiedimmesne, guktie dihte maahta sjugniehtovvedh hijven saetniesvoetevâaroemisnie. Seamma tijjen sijhtebe tjierstedidh man vihkele lea tjiektth meatan vaaltasuvvieh aareh, guktie maehetieh meatan årrodh lahtestimieh vedtedh barkose. Gosse Saemien healsoedotkemejarnge edtja gålmadinie SAMINOR-goerehtimmine aelkedh daelie, dellie haestebe gaajhkh sjyöhtehke tjiektth meatan årrodh desnie.

KS sæjhta saemien åålmegen healsoe- jih hoksedienesjh biejjieöörnegasse biejedh, gaskem jeatjah barkoen tjirrh skiemtjijeevtiedimmine jih etihkeles maahtoelutnjeminie tjiektth healsoe- jih hoksedienesjinie. Etihkegietegærja Refleksjovne, organisasjovne, stuvreme lea åejviedirrege barkose Laavenjostoe etihkeles maahtoelutnjemen bijre KS:sne. Gietegærja noerhtesaemien giëlesne. Etihkebarkoen gærjetje, dihte onne etihkeviehkie vuekiejgumie jih dirregigumie praksiseihke etihkeles ussjedadtemasse, lea noerhtesaemien giëlesne jih varke aaj julev- jih åarjelsaemien giëlesne båata.

Mijjieh Saemien healsoedotkemejarngem 20-jaepienheevetimmine læhkoehetie!

*Åse Laila Snåre, KS*

## KS gratulerer Senter for samisk helseforskning med 20 årsjubileet!

Det å bli sett, inkludert og verdsatt er helt avgjørende for alle mennesker. Mangler du kunnskap om mennesket du møter, så er det lett å gå glipp av informasjon om det som virkelig betyr noe for den andre. Uansett hvor mennesker møtes, så er fundamentet felles språk og respekt for kulturell bakgrunn. Helt sentralt er det lille spørsmålet «hva er viktig for deg?»

Som kommunesektorens organisasjon og utviklingspartner så forventer KS at kommunene sikrer innbyggerne likeverdige tjenester ut fra lokal kunnskap og gjennom politisk og faglig skjønn. Kunnskap om den samiske befolkningen er derfor avgjørende.

En samarbeidsavtale mellom KS og Sametinget ble inngått i desember 2019. Målet er at avtalen skal styrke dialogen og mulighetene for å jobbe sammen mot felles mål for å utvikle tjenestetilbudet til den samiske befolkningen. KS håper at dette nettverket vil gi kommunene en mulighet til å finne gode løsninger sammen for å styrke samisk språk og kultur. Ett av de sentrale arbeidsområdene i avtalen er etablering av nettverk for kommuner i samisk språkforvaltningsområde. Dette nettverket ble etablert i november i fjor, og helse vil være ett av områdene det skal arbeides med.

Senter for samisk helseforskning gjør en viktig jobb ved å drive med forskning som er rettet mot kommunesektoren. Forskningen er en støtte i kommunenes plan- og tjenesteutvikling, slik at denne kan skje basert på et godt faktagrunnlag. Samtidig vil vi peke på betydningen av at kommunene involveres i en tidlig fase, slik at de kan være med på å gi innspill til arbeidet. Når Senter for samisk helseforskning nå skal i gang med den tredje SAMINOR-undersøkelsen, så oppfordrer vi alle de aktuelle kommunene om å delta i denne.

KS ønsker å sette samiske folks helse- og omsorgstjenester på dagsorden, blant annet gjennom arbeidet med pasientforløp og etisk kompetanseheving i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Etikkhåndboka Refleksjon, organisasjon, ledelse er hovedverktøyet til satsingen Samarbeid om etisk kompetanseheving i KS. Denne er tilgjengelig på nord-samisk. Etikksatsingens hefte, den lille etikkveilederen med metoder og verktøy for praksisnær etisk refleksjon, er tilgjengelig på nord-samisk og snart også på lule- og sørsamisk.

Vi gratulerer Senter for samisk helseforskning med 20 årsjubileet!

Åse Laila Snåre, KS



## Sáme varresvuodadutkama guovdásj 20 jage - varrudagá Nordlándá fylkkasuohkanis

Nordlándda la moattebelak sáme fylkka oarjjelsáme, julevsáme, nuorttasáme, ubbmemsáme ja bihtámsáme álm mugijn. Dát moattebelakvuohta la álles fylkkaj boannudahkan. Nordlándá fylkkasuohkanij la ájnas jut gájka viesáda viessu sebradahte, jasska, bivnos ja varresvuodaávdástiddje lahkabirrasijn. Gájkajda galggi fáladuvvat avtaárvulasj varresvuohta- ja sosialdievnastusá. Dát galggá guoskat gájka áldarjuohkusijda, varresvuodadievnastusá gájka dásijda, ja sihke mijá mentála ja fusalasj varresvuohtaj. Jus dáv ulmev galggá jávsádit, de la ájnas buorre máhtudagáj.

SAMINOR-guoradallamij baktu lip oadtjum varás máhtudagájt sáme álm muga varresvuoda ja iellemdile birra, ja dat la læhkám ájnas mijá varresvuodapolitihkalasj vuorodimijda. Vuorddep SAMINOR 3 báhtusij, ja Nordlándá fylkkasuohkan la ávon gá bessap dáv dutkamav doarjjet aktan SSHF, Råmså ja Finnmark fylkkasuohkanijn ja Álm mukvarresvuodainstituhtajn. Nordlándá álm mukvarresvuoda guoradallam 2020:n lij nágin moduvlla sámij ja guojnaj/vuonasuobmelattaj birra, mav SSHF lij dahkam. Dán bargo tjadá oahpásmuváj Nordlándá fylkkasuohkan SSHF:a nanos vuorodibmáj sáme varresvuodadutkama etalasj njuolgadusájs. SSHF:an la viek mávsulasj máhtudahka Sáme varresvuoda, dábij, histávra ja sosiála vidjurij birra, mij la állu guovdátjin váj sij gudi dákkir guoradallamijda oassálassti galggi dábdát dat dutkam masi sij gáhtjoduvvi fárruj oassálastátjit, la kultuvralattjat jasska. Sihtap álles vájmos giittet gájkaj gudi viehkeidin dav vuogas rappártá gárvedibmáj moduvla báhtusij milta, ja sihtap aj giittet gájkaj gudi SSHF bieles barggin guoradallamijn.

SAMINOR-guoradallama, fylkaj álm mukvarresvuodaguoradallama ja ietjá dutkambáhtusa li viek ájnasa gá galggá sebrudagájt ja dievnastusájt ávdánahttet mijá fylkan ja mijá riikkaosasen. Sávvap ávdáljguovlluj bessap ájn inebut barggat dutkambirrasij siegen nuorttan. Aktan máhttep áttjudit máhtudagájt gáktu buoremus láhkáj luluj ávdedit varresvuodav ja soapptomav nuorttalijvuona sebrudagájn. Jut álm muk oassálasstá la viek ájnas jus galggi vuogas prosessa ja dájma ma dæjvvi. Miján li moadda aktisasj hásstalusá nuorttan, valla gájkin ienemusát moadda vejulasjvuoda!

Sávvap Sáme varresvuodadutkama guovdátijj edna vuorbev 20-jage ávvudallama aktijvuodan, ja didijj sávvap gájka vuorbev ájnas bargoj ávdáljguovlluj! Læhko! Vuorbbe! Lihkku! Lihkuos! Vuárre!

*Kari Anne Bøkestad Andreassen, Nordlándá fylkkasuohkana oajvve*

## Senter for samisk helseforskning 20 år – jubileumshilsen fra Nordland fylkeskommune

Nordland er et mangfoldig samisk fylke med sørsamisk, lulesamisk, nordsamisk, umesamisk og pitesamisk befolkning. Dette er et mangfold som er en stor rikdom for hele fylket. For Nordland fylkeskommune er det viktig at alle innbyggere lever i inkluderende, trygge, attraktive og helsefremmende nærmiljø. Det skal tilbys likeverdige helse- og sosialtjenester til alle. Dette skal gjelde for alle aldersgrupper, på alle nivå i helsetjenesten, og skal gjelde både vår mentale og fysiske helse. For å nå dette målet, er det nødvendig med god kunnskap.

SAMINOR-undersøkelsene har gitt oss oppdatert kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkningen, og dette har vært viktig for prioriteringer innen helsepolitikken vår. Vi ser frem til resultatene av SAMINOR 3, og Nordland Fylkeskommune er takknemlig for å kunne bidra inn i dette forskningsarbeidet sammen med SSHF, Troms og Finnmark fylkeskommune og Folkehelseinstituttet. Folkehelseundersøkelsen i Nordland 2020 inneholdt en modul om samisk og kvensk/norskfinsk befolkning, utarbeidet av SSHF. Gjennom dette arbeidet opplevde Nordland fylkeskommune SSHF sitt sterke fokus på de etiske retningslinjene for samisk helseforskning. SSHF har en uvurderlig kunnskap om helse, tradisjoner, historie, kultur og sosiale forhold i Sápmi, noe som er avgjørende for at deltakere i studier skal oppleve at forskningen de inviteres til å delta i, er kulturell trygg. Vi vil gjerne få rette en stor takk til alle som bidro til utarbeidelse av den flotte rapporten på bakgrunn av modulen, og vi vil også takke alle som bidrar inn i undersøkelsene i regi av SSHF.

Resultatene fra SAMINOR-undersøkelsene, fylkeshelseundersøkelsene i samisk befolkning og andre forskningsfunn, er viktige bidrag til god samfunns- og tjenesteutvikling i vårt fylke og i vår landsdel. Vi håper at vi i fremtiden kan styrke samarbeidet mellom kompetansemiljøene i nord ytterligere. Sammen kan vi bidra til å frembringe kunnskap om hvordan helse og trivsel best fremmes i nordnorske samfunn. Medvirkning fra befolkningen er avgjørende for gode prosesser og treffsikre tiltak. Vi har mange felles utfordringer i nord, og ikke minst mange muligheter!

Vi gratulerer Senter for samisk helseforskning med 20-årsjubileet, og ønsker dere alt godt i det videre viktige arbeidet! Læhkoe! Vuorbbe! Lihkku! Lihkuos! Vuärrbe!

*Kari Anne Bøkestad Andreassen, Fylkesordfører Nordland fylkeskommune*



## Sámi klinihkka háliida dáinna sávvat Sámi dearvaš- vuodadutkama guovddáži lihkku 20-jagi ávvudemiin!

Ásahus lea leamašan dehálažžan sámi pasieanttaid dearvvašvuodadili čalmmustahttima ovddideamis.

Máhttovuodot medisiidna galgá leat vuodđun dearvvašvuodabálvalusaide maid addit pasieant-  
taidasamet. Dán máhtu lea Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáš bures jo huksegohtán.

Diehtit ain unnán sámi pasieanttaid dearvvašvuodas, spesifihkka buozalmasvuodagovain  
ja mii dábalašvuhta lea sámi pasieanttain. Oassi sivas lea leamaš iešguđet dását váilevaš  
motivašuvdna dutkat dán duovdaga dahje vuosteháhkku dán dutkamii. Eará lea ahte lánkaása-  
hus lea leamašan hehttehussan dutkanbargguide main árvoštallá dearvvašvuoda čadnon  
čearddalašvuhtii.

Sámi klinihkka oaidná dehálažžan háhkat kvalitehtasihkkaraston máhtu vai dearv-  
vašvuodaieiseválddit sáhttet oazžut stivrendieđuid main maiddái sámi pasieanttaid dárbbut  
ovdanbohtet. Dainna lágiin sáhtta váfistit jođihanfámu mii ferte leat sajis hukset ovttáár-  
vosaš dearvvašvuodabálvalusa sámi pasieanttaide.

Sávvat Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáži lihkku boahpte 20 jahkái ja illudit joatkevaš  
ovttasbargui.

*Med vennlig hilsen – Dearvvuodaiguin – Jijnjh heelsegh – Varrudagàj*

*Amund Peder Teigmo*

*Klinihkkahoavda, Sámi klinihkka*



## Sámi klinihkka vil med dette gratulere Senter for samisk helseforskning med 20-års jubileet!

Institusjonen har vært viktig for å fremme synliggjøring av samiske pasienters helseforhold.

Kunnskapsbasert medisin skal være basis for de helsetjenester vi yter våre pasienter. Denne kunnskapen er Senter for samisk helseforskning godt i gang med å bygge opp.

Vi vet fortsatt lite om samiske pasienters helse, spesifikke sykdomsbilder og hva som er normalitet hos samiske pasienter. En del av årsaken har vært ulike grader av manglende motivasjon for forskning på området eller motstand mot denne forskningen. En annen at lovverket har vært til hinder for forskning hvor man vurderer helse knyttet til etnisitet.

Sámi klinihkka ser viktigheten av at man skaffer til veie kvalitetssikret viten slik at helsemyndighetene kan få styringsdata hvor også samiske pasienters behov fremgår. På denne måten kan man sikre de beveggrunner som må til for å bygge opp likeverdige helsetjenester for samiske pasienter.

Vi ønsker Senter for samisk helseforskning til lykke med de neste 20 år og vi ser frem til det videre samarbeidet.

*Med vennlig hilsen – Dearvvuodaiguin – Jijnjh heelsegh – Varrudagàj  
Amund Peder Teigmo  
Klinikkjef, Sámi klinihkka*





## Ráhkis Sámi dearvašvuodadutkama guovddáža bargit. Sávan lihku ávvojahká!

20 jagis lea Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš háhkan erenomáš gelbbolašvuoda davvi-guovlu birra ja riikkaidgaskasaš ovttasbarggus. Eamiálbmotoaidnu leamašan ja lea guovddá-žis dutkamis. SAMINOR 1 ja 2 iskkademiin leppet dii kárten sápmelaččaid ja davvinorgga álbmoga dearvašvuodahástalusaid ja eallindilálašvuodaid. Ii leat ge eahpideames ahte SAMINOR lea čielga ávkeárvu álbmogii guovlluin gos iskkadeapmi lea čadahuvvon ja sámi álbmogii. Guovddáš lea sávgár go lea sáhka gaskkustit dutkama ruovttoluotta álbmogii iešgudet gillii.

Romssa ja Finnmárkku fylkkagildii lea guovddáš dehálaš ovttasbargoguoibmi. Mii beroštat ahte guovlu galgá nannosit sajáiduvvan min historjái, min oktasaš kulturárbbái ja mángga-kultuvrralaš erenomášvuhtii. Sámi ja kvena gielas, kultuvrras ja gullelašvuodas lea guodde-vaš sadii servvodateallimis min guovllus. Deháleamos resursa davviguovlluin leat ge olbmot geat ášset dáppe, ja buolvvaid mielde leat ovdánahtán ovttasbarggu rastá riikkarájiid gaskal Norgga, Ruota, Suoma ja Ruošša.

Lea dárbu máhtolašvuodabirrasii guovddážis vai lea vejolašvuolta ovdánahttit buori álbmot-dearvašvuoda guovllus. Ovttas Sámi dearvašvuodadutkama guovddážiin ja UIT Norgga árktalaš universitehtain ovdánahtii ja čadahii fylkkagiella vuosttaš álbmotdearvašvuoda-iskkadeami Romssas ja Finnmárkkus 2019:s. Dat lea dagahan erenomáš máhttooppalašgova dearvašvuodas, eallindilálašvuodain ja kultuvrras min mánggačearddalaš servvodagas dáppe davvin. Dasa lassin vel váikkuhan nannet máhtolašvuoda sámi, kvena ja dárosuop-melaš álbmoga birra, mii lea ge hui dehálaš fylkkagildii. SAMINOR 3 lea justa álggahuvvon ja boahtá buktit midjiide lassi máhtolašvuoda mii guoská dearvašvuhtii ja sivvadilálašvuhtii. Fylkkagiella galgá váikkuhit riikaoasi servvodatovdánahttimii ja boahtá geavahit boahte-áiggedidolaš dutkama maid guovddáš čadaha. Illudan viidásit ovttasbargui iskkademiin. Šaddá gelddolaš.

Giitu buohkaide geat 20 jagi leat váikkuhan guovddáža ovdáneapmái ja dutkamii. Mii sávvat didjiide buori ávvudeami ja čalmmusteami ávvudeami miehtá 2021. Dii ánsásšehpet stuorra natiónalalaš ja internatióнала dohkkeheami! Sávan lihkku fas, ja lihku viidásit dainna dehálaš barguin nannet máhtolašvuoda min guovllu álbmoga birra.

*Romssa ja Finnmárkku fylkkagieldda ovdas*

*Anne Toril Eriksen Balto, Plána, ekonomija ja kultuvrra fylkkaráđđi*



## Kjære alle ansatte i Senter for samisk helseforskning. Gratulerer med jubileumsåret!

I løpet av 20 år har Senter for samisk helseforskning opparbeidet en unik kompetanse på nord-områdene og internasjonalt samarbeid. Urfolksperspektivet har stått og står sentralt i forskningen. Gjennom undersøkelsene SAMINOR 1 og 2 har dere kartlagt helseutfordringene og levekår for den samiske og nordnorske befolkningen. At SAMINOR har en klar nytteverdi for befolkningen i de undersøkte områdene og for det samiske folk er det liten tvil om. Senteret er et forbilde når det gjelder å formidle forskning tilbake til befolkningen på ulike språk.

For Troms og Finnmark fylkeskommune er senteret en viktig samarbeidspart. Vi er opptatt av at regionen skal stå sterkt forankret i vår historie, felles kulturarv og flerkulturelle særpreget. Samisk og kvensk språk, kultur og identitet har en bærende posisjon i samfunnslivet i regionen. Den viktigste ressursen i nordområdene er folkene som bor her, og i generasjoner er det utviklet et samarbeid på tvers av landegrensene mellom Norge, Sverige, Finland og Russland.

Det er behov for kunnskapsmiljøet ved senteret for å kunne utvikle et godt folkehelsearbeid i regionen. Sammen med Senter for samisk helseforskning og UiT Norges arktiske universitet utviklet og gjennomførte fylkeskommunen den første folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark i 2019. Den har bidratt med en unik kunnskapsoversikt over helse, levekår og kultur i vårt fleretniske samfunn her i nord. Ikke minst bidro den med økt kunnskap om samisk, kvensk og norskfinsk befolkning, noe som er svært viktig for fylkeskommunen. SAMINOR 3 er i startgropen og vil gi oss mer utfyllende kunnskap knyttet til helse og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal bidra til samfunnsutviklingen i landsdelen og vil dra nytte av den fremtidsrettede forskningen som senteret utfører. Vi ser fram til videre samarbeid om undersøkelsen. Det blir spennende.

Takk til alle som gjennom 20 år har bidratt til å utvikle senteret og forskningen. Vi ønsker dere god feiring og markering av jubileet gjennom hele 2021. Dere fortjener en stor anerkjennelse nasjonalt og internasjonalt! Gratulerer igjen, og lykke til videre med det viktige arbeidet for å styrke kunnskapen om befolkningen i vår region.

*På vegne av Troms og Finnmark fylkeskommune*

*Anne Toril Eriksen Balto, fylkesråd for plan, økonomi og kultur*

## Sávan lihku ávvojahkái!

Álo lea hávski čalmmustahttit ávvudemiid, muhto muhtin ávvudeamit mearkašit eambo go earát. Beassat ávvudit Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáža ii namalassii leat duššo hávskes boddu, muhto hui dehálaš čalmmustahttin.

Duogáš Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáža ásaheapmái lei dárbu oazžut eanet máhtu sápmelaččaid dearvvašvuodas ja eallindilis Norggas. Dat lei oainnat váilevaš norgga dearvvašvuodadutkamis, ja danin lei hui dehálaš mearrádus ásaheit sierra guovddáža dutkat juste dan. Guovddáš lea 20 jagi áigodagas buktán dutkanvuđot dieđuid eallindiliin ja rumašlaš ja mentála dearvvašvuodas, ja váldodeaddu lea leamaš sámi álbmoga guovdu. Jagiid badjel leat moanat doavttergrádat čadahuvvon guovddáža iežas dutkangávdnosiid vuodul, mii iešalddis dovddaha alla fágalaš dási mii lea huksejuvvon dárkilis ángiruššamiin dan 20 jagis mat leat vássán.

Lea leamašan buorre ovttasbargu fylkasuohkana ja Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáža gaskkas, ja Romssa ja Finnmárkku fylkasuohkan lea maid juolludan ruđalaš doarjaga SAMINOR 3-dutkanprošektii, danin go fylkasuohkan oaivvilda leat dehálažžan háhkat dutkanvuđot dieđuid min riikkaoasi iešguđetlágán čearddalaš joavkkuid birra. SAMINOR 1 ja 2 leat addán servvodahkii áigeguovdilis dieđuid sámi ja dáčča álbmoga birra geat ásetti riika boaittobealsuohkaniin, sin buozalmasvuodaid lávdamis, dearvvašvuodaindikáhtoriin ja sin eallindili birra. SAMINOR váldomihhtomearri lea válddahit Norgga eamiálbmoga dearvvašvuodadili, danin leat jearaldagat čearddalašvuodas ja gullevašvuodas áibbas guovddážiis. Riikkaidgaskasaččat lea beroštupmi loktaneame álbmotiskkkadeapmái mii sáhtá addit čieknudeaddji dieđuid Norgga eamiálbmogis ja seammás addit seamma dárkilis dieđuid muđui ge álbmoga birra mii orru seamma geográfalaš guovlluin. SAMINOR adno áidnalunddogin globála oktavuodas.

Munnje, fylkasátnejođiheaddjin, lea maidái ágga loktet ovdan dehálaš beali guovddáža barggus – ahte álo leat deattuhan máhcahit dutkangávdnosiid álbmogii ja servvodahkii masa gustojit. Dat lea hirkmat dehálaš, ja danin illudahtá mu go galgá almmuhuvvot ávvo-girjjáš mas fátmastit buot golbma sámegeala.

Sávan lihku ávvudemiin ja daiguin bohtosiiguin maid leppet olahan dán vuosttaš 20-jagis. Illudit čuovvut din viidáseappot, ja ain joatkit buori ovttasbarggu Romssa ja Finnmárkku fylkasuohkaniin.

*Buoremus dearvvuodáiguin Ivar B. Prestbakmo  
Romssa ja Finnmárkku fylkasátnejođiheaddji*



## Gratulerer med jubileumsåret!

Det er alltid gledelig å markere jubileer, men noen markeringer føles sterkere enn andre. Det å kunne feire jubileum for Senter for samisk helseforskning er nemlig ikke bare en gledelig anledning, men en svært viktig markering.

Bakgrunnen for opprettelsen av Senter for samisk helseforskning var behovet for mer kunnskap om samers helse og levekår i Norge. For det var en mangel i norsk helseforskning, og derfor var det en svært viktig beslutning å opprette et eget senter for å forske på nettopp dette. Senteret har gjennom 20 år bidratt med forskningsbasert kunnskap om levekår og kroppslig og mental helse med hovedvekt på den samiske befolkningen. Opp gjennom årene har det vært avlagt flere doktorgrader på senteret basert på egne forskningsfunn, noe som understreker den høye faglige kvaliteten som er bygget møysommelig opp gjennom de 20 årene som er gått.

Det har vært et godt samarbeid mellom fylkeskommunen og Senter for samisk helseforskning, og Troms og Finnmark fylkeskommune har også bevilget økonomisk støtte til forskningsprosjektet SAMINOR 3. Fordi fylkeskommunen mener det er viktig å skaffe forskningsbasert kunnskap om de ulike etniske gruppene i vår landsdel. SAMINOR 1 og 2 har gitt samfunnet oppdatert kunnskap om utbredelse av sykdommer, helseindikatorer og levekår for samisk og norsk befolkning i distriktskommuner i landsdelen. Hovedmålsettingen for SAMINOR er å beskrive helsesituasjonen for Norges urfolk, derfor er spørsmålene om etnisitet og tilhørighet helt sentrale. Internasjonalt er det økende interesse for befolkningsstudier som kan gi utdypende informasjon om Norges urfolk og samtidig gi like grundig informasjon med resten av befolkningen bosatt i de samme geografiske områdene. SAMINOR ansees som unik i global sammenheng.

For meg som fylkesordfører er det også grunn til å understreke en viktig side ved arbeidet ved senteret – at det alltid har vektlagt formidling av forskningsfunn tilbake til befolkningen og samfunnet de gjelder. Viktigheten av dette er stor, og derfor gleder det meg at det skal gis ut et jubileumshefte som inkluderer alle de tre samiske språk.

Gratulerer med jubileet og de resultater dere har oppnådd i de 20 første årene. Vi ser fram til fortsettelsen, og til fortsatt godt samarbeid med Troms og Finnmark fylkeskommune.

*Beste hilsen Ivar B. Prestbakmo*  
*Fylkesordfører i Troms og Finnmark*



## Ráhkis Sámi dearvvaš- vuodadutkama guovddáš, lihkku 20-jagi ávvudemiin!

Sámi dutkan lea vuoruhuvvan suorgi UiT Norgga árkntalaš universitehtas ja lei okta ággan manin vuodđuduvvui universitehta Davvi-Norgii eanet go 50 jagi áigi. Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáša ásaheami initierii ja ruhtadii Dearvvašvuoda- ja fuolahusdepartemeanta ja Dearvvašvuodadirektoráhtta, ja dat lea leamašan dehálaš buvttus universitehta dutkamii. Duogáš guovddáša ásaheapmái lei dárbu eanet dieđuide sápmelaččaid dearvvašvuodas ja eallindilis Norggas.

Guovddáš lea váldán badjelasas stuora barggu čohkket ja gaskkustit dutkanvudot dieđuid dearvvašvuoda ja eallindili birra, erenoamážit sámi álbmogis, muhto maiddá obbalaččat dan mánggačearddalaš álbmoga birra davvin. Ja dat lea dáhpáhuvvan guovddáša guokte stuora álbmotiskadeami bokte: SAMINOR ja Giliin gávpogiidda. SAMINOR, guovddáša deháleamos dutkanprošeakta, lea čađahuvvon guvttiin iskkademiin ja dál leat bargamin goalmamádiin. Dasa lassin leat guokte eará dutkanprošeavtta jođus guovddášis: SLiCA ja Bohccobiergu biebmoávnasin, ja guokte prošeavtta leat loahpahuvvon. Guovddáš oazžu vuodđodoarjagis Dearvvašvuoda- ja fuolahusdepartemeanttas, muhto guovddáš lea maiddá čájehan ahte lea nanus ja das lea buorre johttu ja ovdáneapmi. Earet eará leat ollu prošeavttat ruhtaduvvon olggobealde gálduin.

Guovddáš lea njunušbargguinis doaimmahit stuora álbmotiskademiid main váldofokuis lea eamiálmot ja dearvvašvuodafáddá, buktán ávkkálaš ja dehálaš dutkamušaid sihke sisriikkalaččat ja riikkaidgaskasaččat. Go guovddáš maiddá deattuha fágarasttildeaddji dutkama, de guorrasa dat oalát UiT áigumušaide ja mihttomeriide ja dat bovde govda ovtasbargui universitehta bokte. Sámi dearvvašvuodadutkama guovddáš lea maiddá leamašan sáitenjuollan iežaset dutkanbargguid gaskkusteamis ruovttoluotta báikkálašservodagaide ja suohkaniidda gos duktan lea dahkkon, ja dan lea dahkan ollu dieđalaš artihkkaliiguin, popularadieđalaš almmuhemiiguin, álbmotčoahkkimiiguin ja gulahallančoahkkimiiguin suohkaniiguin, ásahusaiguin ja fylkkaiguin. Dat lea dehálaš bargu maid UiT Norgga árkntalaš universitehta atná árvvus.

Sávvat didjiide lihkku dainna 20 jagiin ja lihkku ain boahhtevaš bargguideattetguin.

*Dearvvuodáiguin*

*Anne Husebekk, rektor ja Jørgen Fosslund, universitehtadirektevra*

## Kjære Senter for samisk helseforskning, gratulerer med 20-årsjubileet!

Samisk forskning er et prioritert område ved UiT Norges arktiske universitet og var et av grunnlagene for etableringen av et universitet i Nord-Norge for mer enn 50 år siden. Etableringen av Senter for samisk helseforskning ble initiert og finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, og har vært et viktig bidrag til universitetets forskningsportefølje. Bakgrunnen for opprettelsen av senteret var behovet for mer kunnskap om samers helse og levekår i Norge.

Senteret har påtatt seg en stor oppgave med å samle inn og formidle forskningsbasert kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkningen spesielt, men også i den multi-etniske befolkningen i nord generelt. Dette takket være senterets to store befolkningsundersøkelser: SAMINOR og Fra bygd til by. SAMINOR, som er senterets viktigste forskningsprosjekt, har gjennomført to undersøkelser og er i gang med å planlegge et tredje. I tillegg pågår det to andre forskningsprosjekter ved senteret; SLICA og Reinkjøtt som næringsmiddel, og to prosjekter er avsluttet. Senteret får sin grunnfinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet, men har vist seg å ha en sterk ryggrad og egen fremdrift. Blant annet er flere av prosjektene finansiert eksternt.

Senteret har bidratt med banebrytende forskning både nasjonalt og internasjonalt gjennom sitt pionerarbeid med å drive store befolkningsundersøkelser med urfolk og helsetema som hovedfokus. At senteret også vektlegger tverrfaglig forskning, er noe som er helt i tråd med UiTs ambisjoner og målsettinger og som inviterer til bredt samarbeid i regi av universitetet. Senter for samisk helseforskning har også vært en spydspiss når det gjelder å formidle sitt forskningsarbeid tilbake til lokalsamfunnet og kommunene hvor forskningen er gjort, gjennom en rekke vitenskapelige artikler, populærvitenskapelige publikasjoner, folkemøter og dialogmøter med kommuner, institusjoner og fylker. Dette er viktig arbeid som UiT Norges arktiske universitet verdsetter.

Vi vil ønske dere til lykke med de 20 årene, og lykke til med det videre fremtidige arbeidet deres.

*Vennlig hilsen*

*Anne Husebekk, rektor og Jørgen Fosslund, universitetsdirektør*





TJAELIJH

TJÁLLE

ČÁLLIT

FORFATTERE





### Tonje Braaten

Tonje Braaten lea statistihkera j̄ih voestesamanuensise epidemiologijasne j̄ih biostatistikhesne Seabradahkemedisijnen Instituhtesne, UiT N  rjen arktiske universiteete. Dihte uvtemes ektiedimmiem  tna  rrojegoerht emman «Kvinner og kreft» j̄ih lea meatan orreme gelline goerhtimmine kreeftevaahran b̄ijre j̄ih man vihkeles jieledevuekie, reproduktijve historvrije j̄ih beapmoe lea. Tonje joekoen stoerre  edtjem  tna sosijaale joekehtsijstie skiemtjelasveaahresne j̄ih jaemedevaahresne jieledeh t̄jirrh j̄ih boelvi t̄jirrh. Dihte aaj ph.d-studeenth bihkedamme goerhtimmine vaajmoe- j̄ih virre erieskiemtjelasijste SAMINOR:esne.



### Bjarne K. Jacobsen

Bjarne K. Jacobsen lea professovre epidemiologijasne Seabradahkemedisijnen Instituhtesne, UiT arktiske universiteetesne, j̄ih lea 1981 raejeste dotkeminie giehtelamme saaserimmiem j̄ih faantoej b̄ijre gellide ovmesse kronihkeles skiemtjelasside, uvtemes vaajmoe-virre erieskiemtjelassh. Bjarne ektiedimmiem  tneme Saemien healsoedotkemejargesne aktem boelhkem. 4. kapihtele leavloen j̄ih b̄ijjieleavloen b̄ijre lea s emiesmearan altese dotkeme leavloeevtiedimmiem b̄ijre SAMINOR:esne j̄ih Troms -goerhtimmesne.



### Kirsti Kval y

Kirsti Kval y lea dotkije Saemien healsoedotkemejargesne, j̄ih professovre epidemiologijasne HUNT dotkemejargesne/Seabradahkemedisijnen j̄ih skiemtjesujhtemen Instituhtesne, NTNU. Dihte voestesiereste molekyl rbiologe /genetihkera. Dotkemefokuse doh minngemes 15 jaepieh lea  rrojebaseereme healsoedotkemen b̄ijre orreme, uvtemes buajtehksoete j̄ih d ariesmoerh leavloen b̄ijre dovne noeri j̄ih geerve almetji luvnie.



### Vilde Lehne Michalsen

Vilde Lehne Michalsen lea reakadamme j̄ih byjjenamme And yenesne Vester lesne. Dihte   hpehtimmiem  tna goh d aktere j̄ih daelie d aktarinie barka spesialiseeremisnie klinihkeles farmakologijasne. Tjaktjen 2021 edtja graadese ph.d healsoevitenskapesne UiT N  rjen arktiske Universiteetesne disputeerhd. D akteregraade lea metabovlen syndromen j̄ih buajtehksoeten b̄ijre gusnie SAMINOR-daatah Leah v arome.



### Skait Erna Anne-Ravdna, gástaduvvam Ann Ragnhild Broderstad

Skait Erna Anne-Ravdna, gástaduvvam Ann Ragnhild Broderstad, la dáktár ja sujna la dáktárgráda epidemiologijjan. Ann Ragnhild la sismedisijna ja varraskihpudagáj sierratjiehppe. Sån barggá uddni fágalaš jádediddjen Sáme varresvuodadutkama guovdátjin, Varresvuodadiedalaš fakultiehtan, UiT Vuona arktalaš universitiehtan. Duodden barggá oajvvedáktárin Nuortta-Vuona universitiehttaskihppijvieson, Harstad. Ann Ragnhild la guovte stuorra álmukguoradallamij dutkamjádediddje, Varresvuoha- ja ielldilleguoradallam SAMINOR ja Fra bygd til by. Barggá moatte riikajgasskasasaj dutkij siegen Sverigis, Ádá Zealandas, Australias, Canadas, Ruonáednamis/Danmárkos ja USA:as ja la læhkám sebrulaš Arctic Human Health Research Group Arktalaš ráde vuolen ájggudagán 2008–2018. Ann Ragnhild la oassen Healthy Choices jádediddje juohkuis, NFR-ruhtaduvvam prosjækta masi gulluji moadda stuorra álmukguoradallama, daj gaskan aj SAMINOR.



### Astrid M. A. Eriksen

Astrid M. A. Eriksen la álgos skihppijsuhtár ja sujna I epidemiologijja dáktárgráda UiT Vuona arktalaš universitiehtas. Sån barggá Sáme varresvuodadutkama guovdátja postdáktárin ja OsloMet – Storbyuniversitetet vuostasjamañuanssan. Astrid barggá varresvuodadutkamijn mij dáttot vahágahttemav ja seksuálasaj illastimijt sáme sebrudagájn.



### Marita Melhus

Marita Melhus la statistihkár ja barggá seniorinsjenieran Sáme varresvuodadutkama guovdátjin, UiT Vuona arktalaš universitiehtan. Sån vásstet SAMINOR ja Fra bygd til by dáhtábásaj ávdás ja viehket dutkijt statistihkalaš analijsaj ja programmierimijn. Marita la guojmmejtjällen edna artihkkalijn ja rapártájn maj sisadno la Vuona biele sámij varresvuoda dille.



## Ali Naseribafrouei

Ali Naseribafrouei la riegádam ja bajássjaddam Iranan ja lágáj medisijnav Teheran Universitietan (1997-2005) Ali bargaj dáktárin ja dutken Iranan 6 jage. Váldij bioteknologiija masterav Høyskolen i Innlandet:in ja epidemiologiija dáktárgrádiv UiT Vuona arktalaj universitietan. Madi studierij UiT:an, de Ali bargaj Sáme varresvuodadutkama guovdátjin. Suv dáktárgráda lij diabetes mellitus ja makta dat gávnnu sámij ja dáttjaj gaskan Vuonan. Sån disputierij jagen 2019. Dálle barggá Ali dáktárin Leksvijkán, Sisņep Fosena suohkanin.



### Gro Berntsen

Gro Berntsen lea mánáidsuodjaluspedagoga ja sosiálaantropologa ja lea bargan erenoamáškonsuleantan Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)-ásahusa davvi regiovnas. Su váldobargoguovllut leat leamašan iešsoardimiid eastadeapmi ja ovtadássásaš bálvalusat sámi álbmogii. Gro lea oassálastán moanat iešsoardineastadanprošeavttain Davvi-Norggas ja oassálastán prošeavttas gos leat dutkan oapmahaččaid dili mannjá fáhkka ja vuorddekeahkes jápmma sámi guovlluin Norggas.



### Inger Dagsvold

Inger Dagsvold lea ámmát buohccidivššár geas lea erenoamáš-oahppu borasdávdadivššus. Kapihtal 12 vuodđun lea su doavttergráda jagis 2019 man fáddán lei gielalaš ja kultuvrralaš heiveheapmi dearvvašvuodabálvalusain sámi álbmogii. Inger bargá Sámi dearvvašvuodadutkama guovddázis. Son lea SAMINOR 3 vuosttaš oasi prošeaktajodiheadji, mii lea kvalitatiiva jearahallan-iskkadeapmi mii guorahallá maid mánggačearddalaš álbmot davvin oaivvilda dearvvašvuoda- ja eallindilleiskkadeapmi sin guovllus galggašii fátmmastit.



### Rune Hermansen

Rune Hermansenis lea duogáš sismediisiinnas ja váibmospesialistan. Manemus guokte jagi lea bargan veahkkefylkadoavttirin Romssas ja Finnmárkkus. Rune lea doavttergrádabarggustis, man vuodđun ledje dáhtat Finnmárkkus, geahčadan oktavuoda gaskkal rumašlaš lihkadeami, váibmo- ja varrasuotnavigiid riskabeliid ja jápmima Finnmárkku čearddalaš joavkkuin. Kapihtal 5 rumašlaš lihkadeami birra lea buori muddui huksejuvvon su doavttergrádas.



## Anne Silviken

Anne Silvikenis lea liigevirgi dutkin Sámi dearvvašvuodadutkama guovddážiis, UiT Norgga árktalaš universitehtas. Son bargá beaivválaččat dutkin ja psykologaspecialistan Sámi našuvnnalaš gealbo-bálvalusas – psyhkalaš dearvvasvuodasuddjen ja sorjjasvuohta (Sámi klinihkka, Finnmárkku buohcciviessu), ja lea maid bagadalli Vivat – iešsoardineastadeami (UNN) joavkkus. Anne lea bargan iešsoardin-problematihkain sámi álbmogis klinihkalaš barggus, dutkamis ja eastadeami bokte. Su doavttergrádabargu čalmmustahtii Davvi-Norgga sápmelaččaid iešsoardinmeanuid, ja son lea maddái dutkan oapmahaččaid dili go fáhkka jápmin čuožžila sámi guovlluin.



## Fimbenáilluánte- ja Gárenniillasmáhteristena-Susánna

Fimbenáilluánte- ja Gárenniillasmáhteristena-Susánna, lea bargan guovddážiis 2015 rájes. Ovdal go álggii guovddážiin lea son bargan 12 jagi bio-inšenevran ja čállán masterbarggu álbmotdearvvašvuodadiehtagis mas geavahii dáhtaid SAMINOR iskkadeamis. Guovvamánus 2021 nákkáhallai son doavttirbarggunis mas lei fáddá riskafáktorat ja riskka váibmo- ja varrasuotnavigiide, ja 6. kapihttalis muitala gávdnosiid dan barggus. Su diedalaš barggut leat almmuhuvvon Susánna Ragnhild Andersdatter Siri nama vuodul. Otne son bargá guovddážiis seniorinšenevra virggis gos goziha ja ovddida bargguid gullevaččat varraisikkosiidda mat leat vurkejuvvon SAMINOR biobánkui.





### Gro Berntsen

Gro Berntsen er barnevernspedagog og sosialantropolog og har arbeidet som spesialkonsulent ved Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), region nord. Hennes hovedarbeidsområder har vært forebygging av selvmord og likeverdige tjenester til samisk befolkning. Gro har deltatt i flere selvmordsforebyggende prosjekt i Nord-Norge, og i forskning på etterlatte ved brå og uventet død i samiske områder i Norge.



### Tonje Braaten

Tonje Braaten er statistiker og førsteamanuensis i epidemiologi og biostatistikk ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. Hun er primært tilknyttet befolkningsundersøkelsen «Kvinner og kreft» og har vært involvert i mange studier av risiko for kreft og betydningen av livsstil, reproduktiv historie og kosthold. Tonje er særlig opptatt av sosiale forskjeller i risiko for sykdom og død gjennom livsløpet og over generasjoner. Hun har også veiledet ph.d.-studenter i studier av hjerte- og karsykdom i SAMINOR.



### Skait Erna Anne-Ravdna, døpt Ann Ragnhild Broderstad

Skait Erna Anne-Ravdna, døpt Ann Ragnhild Broderstad, er utdannet lege og har doktorgrad innenfor epidemiologi. Ann Ragnhild er spesialist i indremedisin og blodsykdommer. Hun jobber i dag som faglig leder ved Senter for samisk helseforskning, Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. I tillegg jobber hun som overlege ved Universitetssykehuset Nord Norge, Harstad. Ann Ragnhild er forskningsleder for to store befolkningsundersøkelser, Helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR og Fra bygd til by. Hun jobber i nært samarbeid med flere internasjonale forskere i Sverige, New Zealand, Australia, Canada, Grønland/Danmark og USA og har vært medlem i Arctic Human Health Research Group under Arktisk råd i perioden 2008–2018. Ann Ragnhild er en del av ledergruppen i Healthy Choices, et NFR-finansiert prosjekt som inkluderer mange store befolkningsstudier, inkludert SAMINOR.



### Inger Dagsvold

Inger Dagsvold er utdannet sykepleier med spesialutdanning innen kreftsykepleie. Kapittel 12 er basert på hennes doktorgrad fra 2019 hvor tema var språklig og kulturell tilrettelegging av helse-tjenester til samisk befolkning. Inger arbeider ved Senter for samisk helseforskning. Hun er prosjektleder for den første delen av SAMINOR 3, som er en kvalitativ intervjuundersøkelse som utforsker hva den fleretniske befolkningen i nord mener en helse- og levekårsundersøkelse i deres område bør omhandle.



### Astrid M. A. Eriksen

Astrid M. A. Eriksen har bakgrunn som sykepleier og har en doktorgrad i epidemiologi fra UiT Norges arktiske universitet. Hun jobber som postdoktor ved Senter for samisk helseforskning og som førsteamanuensis ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Astrid jobber med helseforskning med hovedfokus på vold og seksuelle overgrep i samiske samfunn.



### Rune Hermansen

Rune Hermansen har bakgrunn som indremedisiner og hjertespesialist. De to siste årene har han jobbet som assisterende fylkeslege i Troms og Finnmark. Rune har i sitt doktorgradsarbeid basert på data fra Finnmark, sett på sammenhengen mellom fysisk aktivitet, risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og død i etniske grupper i Finnmark. Kapittel 5 om fysisk aktivitet bygger i stor grad på hans doktorgradsarbeid.



### Bjarne K. Jacobsen

Bjarne K. Jacobsen er professor i epidemiologi ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, og har siden 1981 arbeidet med forskning omkring utbredelse og årsaker til en rekke ulike kroniske sykdommer med noe vekt på hjerte-karsykdommer. Bjarne har i en periode vært tilknyttet Senter for samisk helseforskning. Kapittel 4 om vekt og overvekt bygger i noen grad på hans forskning på vektutviklingen i SAMINOR og Tromsøundersøkelsen.



### Kirsti Kvaløy

Kirsti Kvaløy er forsker ved Senter for samisk helseforskning, samt professor i epidemiologi ved HUNT forskningscenter/Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU. Hun er opprinnelig molekylærbiolog/genetiker. Forskningsfokuset har de siste 15 årene dreiet seg om populasjonsbasert helseforskning med vekt på fedme og problematikk rundt vekt blant både ungdommer og voksne.



### Marita Melhus

Marita Melhus er utdannet statistiker og ansatt som senioringeniør ved Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet. Hun er databaseansvarlig for SAMINOR og fra bygd til by og bistår forskere med statistiske analyser og programmering. Marita er medforfatter på en rekke artikler og rapporter som omhandler helsesituasjonen til samene i Norge.



### Vilde Lehne Michalsen

Vilde Lehne Michalsen er født og oppvokst på Andøya i Vesterålen. Hun er utdannet lege og arbeider for tiden som lege i spesialisering i klinisk farmakologi. Høsten 2021 disputerer hun for graden ph.d. i helsevitenskap ved UiT Norges arktiske Universitet. Doktorgraden omhandler metabolsk syndrom og fedme med utgangspunkt i SAMINOR-data.



### Ali Naseribafrouei

Ali Naseribafrouei er født og oppvokst i Iran og studerte medisin ved Teheran Universitet (1997-2005). Ali jobbet som allmennlege og forsker i Iran i 6 år. Han tok master i bioteknologi ved Høyskolen i Innlandet og doktorgrad i epidemiologi ved UiT Norges Arktiske Universitet. I løpet av sitt studium på UiT, jobbet Ali på Senter for Samisk Helseforskning. Hans doktorgrad omhandlet utbredelsen og forekomst av diabetes mellitus blant samer og ikke-samer bosatt i Norge. Han disputerte i 2019. Ali jobber nå som fastlege i Leksvik, Indre Fosen kommune.



### Anne Silviken

Anne Silviken har bistilling som forsker ved Senter for samisk helseforskning, UiT Norges arktiske universitet. Hun arbeider til daglig som forsker og psykologspesialist ved Samisk nasjonal kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (Sámi klinihkka, Finnmarkssykehuset), samt inngår i veilederteamet til Vivat – selvmordsforebygging (UNN). Anne har arbeidet med selvmordsproblematikk i samisk befolkning gjennom klinisk arbeid, forskning og forebygging. Doktorgradsarbeidet hadde fokus på selvmordsatferd blant samer i Nord-Norge, og hun har også forsket på etterlatte ved brå død i samiske områder.



### Fimbenáilluántte-Susánna og Gárenniillasmáhteristena-Susánna

Fimbenáilluántte- og Gárenniillasmáhteristena-Susánna, har vært ansatt ved senteret fra 2015. Før hun begynte på senteret, har hun jobbet som bioingeniør i 12 år og har tatt mastergrad i folkehelsevitenskap hvor hun brukte SAMINOR data. I februar 2021 disputerte hun om emnet risikofaktorer og risiko for hjerte- og karsykdommer, og i kapittel 6 om hjerte- og karsykdommer fremkommer resultater fra doktorgraden. Hennes vitenskapelige bidrag er publisert ved navnet Susanna Ragnhild Andersdatter Siri. Ved senteret jobber hun nå som senioringeniør med ansvar for biobankdelen til SAMINOR hvor alle blodprøvene er lagret.

# REGISTER

## Bildekreditering portrettfoto, kronologisk rekkefølge.

### Hilsninger

- Aili Keskitalo, side 304. Foto: Christina Gjertsen
- Camilla Stoltenberg, side 308. Foto: Marius Tharaldsen
- Bjørn Guldvog, side 310. Foto: Rebecca Ravneberg/Helsedirektoratet
- Henrik Asheim, side 312. Foto: Hans Kristian Thorbjørnsen/Høyre
- Anne Grethe Erlandsen, side 314. Foto: Trine Rasmussen
- Per Axelsson, side 316. Foto: Per Melander/Umeå universitet
- Christina Storm Mienna, side 316. Foto: Per Melander/Umeå universitet
- Renate Larsen, side 318. Foto: Kenneth Lauritsen/Helse Nord
- Cecilie Daae, side 318. Foto: Ukjent
- Christina Viksum Lytken Larsen, side 320. Foto: Privat
- Åse Laila Snåre, side 322. Foto: Ukjent
- Kari Anne Bøkestad Andreassen, side 324. Foto: Stortinget
- Amund Peder Teigmo, side 326. Foto: Eirik Palm/Finmarkssykehuset
- Anne Torill Eriksen Balto, side 328. Foto: Lars Åke Andersen
- Anne Husebekk, side 332. Foto: David Jensen, UiT
- Jørgen Fosslund, side 332. Foto: David Jensen, UiT

### Forfattere

- Tonje Braaten, side 337. Foto: UiT
- Bjarne K. Jacobsen, side 337. Foto: UiT
- Kirsti Kvaløy, side 337. Foto: Fotograf Hattrem
- Vilde Lehne Michalsen, side 337. Foto: Privat
- Ann Ragnhild Broderstad, side 338. Foto: Jonatan Ottesen, UiT
- Astrid M. A. Eriksen, side 338. Foto: Privat
- Marita Melhus, side 338. Foto: Privat
- Ali Naseribafrouei, side 339. Foto: Ukjent
- Gro Bertnsen, side 340. Foto: Erling Ravna
- Inger Dagsvold, side 340. Foto: UiT
- Rune Hermansen, side 340. Foto: Anita Hermansen
- Anne Silviken, side 341. Foto: Erling Ravna
- Fimbenálluántte- og Gárenniillasmáhteristena-Susánna, side 341. Foto: Ánte Siri









## Guktie mijjine?

Saemien healsoedokemejarnge UiT Nöörjen arktiske universiteetesne 20 jaepieh aavode jih dan sjiakenisnie daam heevehtimmiegærjam bæjhkohte. Gærjan lea 12 populærvitenskapeles kapihtelh mah tjoevkesem biejjeh healseose jih jieleedetsiehkide mijjen gellienkulturelle seabradahkesne Saepmesne.

## Gåktu viedjep?

UiT Vuona arktalaš universitehta Sáme varresvuodadutkama guovdásj ávvudallá 20 jage ja danen dáv ávvudallamgirjev almodip. Girjen li 12 populerradiedalasj kapihttala ma gávvidi varresvuodav ja iellemvidjurijt mijjá moattekultuvralasj Sámen.

## Movt mii veadjit?

Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš UiT Norgga árktalaš universitehtas ávvuda 20 jagi ja almmuha dan oktavuođas dán ávogirjji. Girjjiis leat 12 populæradieđalaš kapihttala mat oainnusmahttet dearvašvuođa ja eallindili min mánggakultuvrralaš servvodagas Sámis.

## Hvordan har vi det?

Senter for samisk helseforskning ved UiT Norges arktiske universitet feirer 20 år og utgir i den forbindelse denne jubileumboka. Boka inneholder 12 populærvitenskapelige kapitler som belyser helse og levekår i vårt flerkulturelle samfunn i Sápmi.



**UiT Norgga árktalaš universitehta**

Sámi dearvašvuodadutkama guovddáš  
Senter for samisk helseforskning  
ISBN 978-82-996789-2-6

