

Hur ser en god demensvård ut ur ett urfolksperspektiv?

Katarina Nägga

Katarina Nägga, docent, överläkare, Medicinska och geriatriska akutkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping. Institutionen för hälsa, medicin och vård, Linköpings Universitet. E-post: katarina.nagga@liu.se

Det är lagstadgat att vård ska erbjudas på lika villkor i Sverige men trots det är vård- och omvårdnadsinsatser utifrån samiskt perspektiv ett eftersatt och ojämnt område. En grundförutsättning för att kunna bedriva jämlik vård är kunskap om hur behovet av vård ser ut. I urfolkskulturer kan förståelsen för och uttrycket av demenssymtom vara annorlunda vilket medför att särskild hänsyn kan behöva tas till kultur och livsstil. Tidigare studier har visat på vissa skillnader i sjukdomsförekomst mellan samer och referenspopulationen men överlag saknas det uppdaterad kunskap om samisk hälsa. Vad gäller andra urfolk så finns studier som visar på en ökad förekomst av demens jämfört med majoritetsbefolkningar. Data omfattande förekomst av demenssjukdom och dess riskfaktorer i samisk befolkning saknas helt idag.

The basis for equal health care is knowledge about the needs for different groups in the society. In Sweden it is statutory that health care and health services must be equal. However, Sami people's health care needs are substantially overlooked in research as well as in policy. As the understanding and also expression of dementia symptoms might be different among Indigenous peoples, states need to address how culture and lifestyle might affect health services provided for Indigenous people. There are for instance, studies regarding Indigenous peoples that show an increased prevalence of dementia compared with the majority populations. Still in Sweden, we lack data on dementia prevalence and its risk factors in the Sami population. Previous and dated studies have shown some differences in prevalence of diseases between the Sami people and the reference population but in general there is a lack of updated knowledge on Sami people's health and it is particularly visible in the field of research covering the elderly and dementia.

Introduktion

Demens, eller det mer moderna begreppet kognitiv sjukdom, är en av de stora folksjukdomarna i Sverige där 130 000 – 150 000 personer av befolkningen uppges vara drabbade samtidigt som 20 000 – 25 000 personer insjuknar årligen (1). Hög ålder är den starkaste riskfaktorn för att insjukna i demens och med en ökande åldrad befolkning så ökar även andelen personer med demens (2). Demenssjukdom innebär en nedsättning inom en eller flera kognitiva domäner som omfattar uppmärksamhet, inläring och minne, perceptuell-motorisk förmåga, exekutiva förmågor eller social kognition och som resulterar i en försämrad förmåga att klara vardagsaktiviteter (3). Varefter tillståndet fortskrider så förlorar personen sin autonomi och blir allt mer beroende av omgivningen för att klara av sitt vardagsliv.

I Sverige är det lagstadgat att vård ska erbjudas på lika villkor (3 kap, 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL). De första nationella riktlinjerna för demensvård i Sverige kom 2010 (4) vilket gav förutsättningar för en mer enhetlig vård av personer med demens i landet (5). Det blev dock tydligt att det krävdes en satsning av resurser för att kunna nå en förbättring av vården där samverkan mellan olika vårdgivare är nödvändig. Detta behövs för att den enskilde personen ska kunna erhålla ett gott omhändertagande under hela förloppet, från tidig diagnostik till ökade behov av insatser från kommun i form av exempelvis hemtjänst, dagvård, särskilt boende.

I begreppet jämlik vård innefattas lika vård och behandling oavsett olika individuella egenskaper där etnisk tillhörighet är inkluderad (6). Samerna erkändes 1977 som ett urfolk i Sveriges riksdag och är sedan 2011 inskrivna som ett folk i Sveriges grundlag. Trots detta är demensvården utifrån ett samiskt perspektiv idag både eftersatt och ojämlig. En grundförutsättning för att kunna bedriva jämlik vård är att känna till hur behovet av vård och omsorg ser ut för samerna som urfolk och här finns i dagsläget ett tydligt kunskapsgap i Sverige.

En god demensvård startar med diagnos

Vid misstänkt demenssjukdom bör alltid en utredning göras för att en korrekt diagnos ska kunna ställas. Utredningen omfattas av en noggrann sjukdomshistoria och läkarundersökning samt blodprovstagning för att utesluta andra tillstånd som skulle kunna förklara de symtom som finns. I utredningen ingår även testning av minne och övriga kognitiva funktioner samt röntgenundersökning av hjärnan. I de allra flesta fall utförs detta inom primärvården men en utvidgad utredning kan dock behövas i en del fall, vilken kan ske på en specialistmottagning, ofta kallad minnesmottagning. Lokala vårdprogram för demenssjukdom finns numera inom samtliga sjukvårdsregioner och de utgår från de nationella riktlinjerna (1).

Först när diagnosen är fastställd kan medicinsk behandling samt andra vård- och omvårdnadsinsatser planeras och genomföras. I urfolkskulturer som den samiska kan förståelsen av demens vara annorlunda. Typiska symtom vid demens kan misstolkas och inte uppfattas som relaterade till ett sjukdomstillstånd. Sedvanliga rutiner och riktlinjer för utredning, diagnostik och olika vård- och omsorgsinsatser kan vara verkningslösa utan nödvändig kulturanpassning (7).

I de nationella riktlinjerna förespråkas personcentrerad vård och omsorg vilket innebär att personen och inte diagnosen sätts i fokus (1). Vidare förespråkas att personal inom vård- och omsorgsorganisationerna ska sträva efter att förstå vad som är bäst för personen utifrån dennes perspektiv, värna om personens möjlighet till självbestämmande samt att försöka möta personen i dennes upplevelse av omgivningen. För detta kan olika metoder användas men en central del bör vara att ha kunskap om- och förståelse för olika kulturella bakgrunder och möjlighet att säkerställa personal som både förstår och pratar samma språk som personen själv gör.

En personcentrerad vård och omsorg innefattar även delaktighet vilket även detta är lagstadgat. Patientsäkerhetslagen anger tydligt att vård och behandling ska genomföras i samråd med personen, så långt det är möjligt (5 kap. 1 § patientlagen, 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Likaså anges i Socialtjänstlagen (SoL) att socialtjänstens verksamhet ska utgå från individernas självbestämmanderätt och integritet (1 kap. 1 § SoL) och att insatser ska utformas tillsammans med personen (3 kap. 5 § SoL). För att nå en sådan delaktighet ställs krav på såväl tid som engagemang och kompetens hos personal som ska utföra vården.

Således finns lagar och riktlinjer som anger att en jämlik och individanpassad vård ska erbjudas till samtliga medborgare som har behov därav, men i dagsläget lever hälso- och sjukvården i Sverige inte upp till detta. Exempelvis har det rapporterats om nedskärningar och brister inom äldreomsorgen där många av de mest utsatta äldre individerna drabbats som en följd. Inte minst har effekter av covid-19 pandemin tydligt belyst dessa brister i en aktuell rapport (8).

Samisk hälsa

Var kommer då urfolksperspektivet in? Sveriges urfolk, samerna utgör en heterogen grupp i samhället och det saknas idag aktuell kunskap om både hälsoläge och levnadsvillkor hos gruppen (9). Det finns idag mellan 20 000-40 000 samer i Sverige (10). Då det är otillåtet att registrera etnicitet finns det inte någon exakt statistik att tillgå utöver detta breda spann vad gäller personer tillhörande den samiska befolkningen. Detta medför även svårigheter att studera det aktuella hälsoläget då samer inte kan särskiljas som grupp (11).

Äldre studier om samisk hälsa omfattar i huvudsak svenska registerdata från 1960-2002 och täcker inte hela populationen. Vidare har man i huvudsak foku-

serat på förekomst av hjärt-kärlsjukdom och cancer (12). Tidigare studier har dock kunnat visa på en ökad förekomst av stroke (13) samt även högre dödlighet i cerebrovasculära sjukdomar hos samer jämfört med referenspopulationen (14). Resultat från den norska studien SAMINOR visar på en något högre prevalens av diabetes (15, 16) samt att kärlkramp verkar mer vanligt förekommande hos samer än hos icke-samer (17). Det finns således indikationer på vissa olikheter i hjärt-kärlsjukdom mellan samer och icke-samer men även skillnader inom den samiska gruppen som sannolikt kan relateras till bl.a. kön och sysselsättning (18).

Vad gäller förekomst av olika neurodegenerativa tillstånd såsom Alzheimers sjukdom och andra demenstillstånd saknas helt kunskap. Vid en sökning i etablerade forskningsdatabaser så framkommer få träffar. Det finns dock glädjande nog i viss utsträckning omvårdnadsforskning där man har studerat betydelsen av bland annat traditionell mat (19) eller jojk (20) för välbefinnande hos samiska personer med demens.

Studier omfattande andra urfolk har beskrivit en variation mellan 0,5% and 27% i prevalens av demens (21, 22). Det är vanligare med tidig debut av demens och det är också en högre mortalitet efter diagnos jämfört med majoritetsbefolkning, vilket kan tala för en ökad vulnerabilitet för demens hos urfolk (21). Denna typ av studier, med samisk befolkning, saknas helt.

Studier avseende riskfaktorer för demens som innefattar hjärt-kärlsjukdomar har visat sig vara mer vanligt hos urfolk internationellt. En ny översiktsartikel lyfter fram studier från Canada och Australien där man funnit en oproportionerligt hög förekomst av hjärt-kärlsjukdom vilket skulle kunna förklarar varför sådan sjukdom identifierats som en huvudsaklig riskfaktor för Alzheimer demens, tillsammans med låg utbildningsnivå. Det framgår att majoriteten av riskfaktorerna är modifierbara men att den genetiska faktorn ofta lyfts fram vid tolkning av studieresultaten. Detta kan i sig innebära att man underlåter att se betydelsen av intervention mot påverkbara riskfaktorer (23). Huruvida risk- och skyddade faktorer för demens skiljer sig åt mellan samer och icke-samer är inte sedan tidigare studerat.

Utmaningar vid vård av samiska personer med kognitiva sjukdomar/demens

En god demensvård startar med att engagera såväl patient som närstående i vad som behöver göras i en utredning och varför detta är viktigt. Utan en korrekt diagnos kan inte rätt läkemedel och annan behandling erbjudas och genomföras. Diagnosen är startskottet till den fortsatta och mångåriga resan genom sjukdomens olika stadier med allt vad detta kan innebära såsom behov av ökade vård- och omsorgsinsatser samt stöd till såväl personen som är sjukdomsdrabbad som till närstående och vårdgivare. I dagsläget saknas specifika riktlinjer för hur perso-

ner med samisk bakgrund ska utredas då misstanke om kognitiv sjukdom uppstår.

Resultat från en norsk avhandling har visat på att samer traditionellt inte pratar om hälsa och sjukdom öppet utan på ett mer indirekt sätt. Det är också vanligt att metaforer används när tecken på sjukdom ska förmedlas och även icke-verbal kommunikation kan vara annorlunda. Avhandlingen visade också på att samer kan uppfatta norska sjukdomsbegrepp som dömande (24) vilket inte främjar förtroendet för vårdgivare.

En annan utmaning kan vara språket. Många äldre samer som har gått i nomadskola har, då all undervisning bedrevs på svenska, inte fått lära sig att läsa och skriva på sitt samiska modersmål. Det kan tyckas okomplicerat då personen kan intervjuas på svenska och tester av de kognitiva förmågorna också kan genomföras på svenska. Dock vet vi att de språkliga förmågorna påverkas negativt relativt tidigt i utveckling av Alzheimers sjukdom, den vanligaste kognitiva sjukdomen (25), vilket kan innebära svårigheter att förstå och uttrycka sig på svenska. I mer framskridet förlopp kan personen helt övergå till att prata sitt modersmål då det sker en förlust av det senare lärda andraspråket, i detta fall svenskan. Hälso- och sjukvården bör därför kunna erbjuda utredning på samiska vilket innebär dels behov av personal som är samisktalande, dels frågeformulär och kognitiva tester som är översatta till samiska. Utöver detta behöver hänsyn tas till att anpassa de kognitiva testerna så att de kan användas av målgruppen. Ett exempel är det vanligt förekommande testet Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (26) där det vid undersökning av de språkliga förmågorna ingår benämning av tre avbildade djur. Dessa djur är ett lejon, en noshörning och en dromedar, djur som över huvud taget inte finns med i det äldre samiska språket. Om den som administrerar testet inte känner till det så kan den testade personen alltså verka missa helt på att kunna benämna ord vilket drar ner testresultaten på ett missvisande sätt. I en pågående översättning av MoCA till syd-, lule- och nordsamiska som sker i samarbete med Kunskapsnätverket för samisk hälsa, kommer andra mer lämpliga djur att avbildas för att testet ska bli rättvisande. Detta är ett relativt enkelt exempel på en kulturanpassning som krävs för att kunna erbjuda en reliabel kognitiv testning på samiska.

I dagsläget finns även två andra kognitiva tester Mini-Mental State Examination (MMSE) (27) och Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) (28) översatt till nordsamiska av det norska kompetenscentret Aldring og helse. Testerna kan laddas ner från <https://www.aldringoghelse.no>. Via Kunskapsnätverket för samisk hälsa i Sverige pågår även översättning av RUDAS med manualer och även det välkända frågeformuläret ”Neurokognitiv symtomenkät” (29, 30) till tre av de olika samiska språken: syd-, lule- och nordsamiska. Detta får ses som ett första steg att kunna erbjuda kognitiv testning på samiska till personer som önskar eller är i behov av det. Det är dock lätt att inse

att vägen är lång innan hälso- och sjukvården kan erbjuda den personcentrerade vård och omsorg som förespråkas till den samiska befolkningen i Sverige. De första stegen är dock tagna och det finns goda ansatser att jobba vidare med området. Ett sådant steg är den antagna ”Strategi för samisk hälsa – en hälso- och sjukvård som bidrar till en god hälsa och en vård på lika villkor för samer 2020–2030”. Strategin har som målsättning en kulturellt anpassad och jämlik vård för samer där äldres hälsa och geriatrik är prioriterade områden (<https://www.sametinget.se/149573>).

Nordisk samverkan

Den första nordiska konferensen om urfolk och demens gick av stapeln i Östersund hösten 2018. De nordiska urfolken innefattar även inuiter men dessa berörs inte av denna artikel. Vid konferensen konstaterades att det saknas såväl forskning om, som kunskap om förekomst av demens hos samer och hur samer med demens har det. Vidare konstaterades att det finns brister i hur man förebygger, behandlar och ger anpassad vård till urfolkspersoner med kognitiv sjukdom. Vid konferensen genomfördes workshops som resulterade i en sammanfattning av fyra aktuella utmaningar; 1/ ”Brist på kunskap om rättigheter och vad de innebär, hos kommuner och rättighetsinnehavare”, 2/ ”Brist på språk- och kulturkompetens i kommunerna”, 3/ ”Brist på verktyg i det dagliga arbetet och verktyg för att utveckla verksamheten” samt 4/ ”Behov av ett nordiskt samarbete kring urfolk och demens” (7). För att kunna arbeta vidare med dessa frågor på ett gemensamt och systematiskt sätt bildades därefter under 2019 ett temanätverk för Urfolk och demens vid Nordens välfärdscenter. Temanätverket har representanter från Sverige, Norge, Finland och Grönland.

På norsk sida har man kommit längre än övriga delar av det traditionellt samiska området – Sápmi som omfattar delar av Sverige, Finland, Norge och Kolahalvön i Ryssland. Som exempel kan nämnas att man nyligen gett ut en uppdaterad handbok i demensutredning som innehåller ett kapitel som utslutande handlar om demensutredning av samiska personer. Handboken finns även att ladda ner digitalt och kan vara till stor hjälp även i Sverige (<https://www.aldringoghelse.no/ny-handbok-om-utvidet-demensutredning/>). Målsättningen bör dock vara att även de svenska riktlinjerna för demensvård även ska innehålla riktlinjer specifikt avsedda för samiska personer.

HALDI – pågående studie om samisk hälsa

För att täcka det stora kunskapsgapet pågår nu studien HALDI– Health and living conditions in Sápmi. En första delstudie omfattande elva fokusgruppsintervjuer från olika områden av Sápmi är redan utförd och huvudresultaten är

nyligen publicerade i en rapport (31). Syftet med studien var att skapa kunskap om samiska personers inställning till hälsa, sjukvård och forskning om samisk hälsa. Ett antal områden framkom som viktiga och de som gäller hälsoforskning har lyfts in i HALDI-studien. Av dessa områden kan nämnas skyddsfaktorer som strategi för hälsa där bland annat att vistas i naturen och upplevelser av andlighet ansågs ha stor vikt för god hälsa. Vidare framkom tydligt en misstro mot forskning till viss del baserat på historiska händelser men även på rädsla att förekomma i register som skulle kunna användas för fel syften. Resultaten pekar tydligt på att forskning om samisk hälsa behöver vara etisk och kulturanpassad. Till exempel ansågs att etnicitet ska utgå från själv-identifiering dvs. att personen själv får välja att svara på frågan om hen är same eller inte (31). Detta tillvägagångssätt är implementerat i HALDI.

Den nu pågående studien består av en enkätundersökning men även av en klinisk hälsoundersökning. Enkätundersökningen avslutades i juni 2021 och resultaten bearbetas i skrivande stund. Den kliniska delen av studien har tyvärr har blivit försenad på grund av Covid-19 pandemin men den planeras att kunna genomföras under våren 2022. HALDI har ett nära samarbete med den norska syster-studien SAMINOR som framgångsrikt har studerat hälsa i en multietnisk befolkning, inkluderande den samiska och där man är föregångare till den numera internationellt rekommenderade metoden med etnisk själv-identifiering (32). Till skillnad från tidigare gjorda SAMINOR-studier täcker HALDI även in äldreområdet med bland annat undersökning av kognitiv förmåga hos personer >70 år och även frågor som omfattar de kognitiva och neurodegenerativa sjukdomarna.

HALDI har erhållit ett kollektivt samtycke från Sametinget i Sverige samt även förankrats med kommunledning och invånare i Jokkmokk. Resultat från HALDI i kombination med de hälso- och sjukvårdsregister som finns i Sverige innebär en unik möjlighet att skapa en stark plattform för att bygga upp ny kunskap som innebär ett mervärde vid planering och anpassning av personcentrerad vård även för personer med samisk bakgrund. Inte minst vad gäller äldreområdet och det kognitiva sjukdomsområdet.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Socialstyrelsen; 2017.
2. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering. Vård av personer med demenssjukdom - vad vet vi idag? ; 2007.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington VA, USA; 2013.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdomar. Stockholm; 2010.

5. Nägga K, Minthon L, Eriksdotter M. Modern demensvård på gång tack vare nationella riktlinjer. *Läkartidningen*. 2013;110:(43-44).
6. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för god vård: hälso-och sjukvårdsövergripande indikatorer: indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Stockholm; 2009.
7. Krangnes LR. *Urfolk och demens i Norden*. Stockholm: Nordens välfärdscenter; 2019.
8. Huupponen M. *Pandemi på äldreboendet - En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin: Kommunal*; 2020.
9. Storm Mienna C, Axelsson P. Somatic health in the Indigenous Sami population - a systematic review. *Int J Circumpolar Health*. 2019;78(1):1638195.
10. Sametinget. *Samerna i Sverige 2021* [updated 2021-06-28].
11. Axelsson P. Urfolkshälsa: utmanande och svårfångad. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2015;92(6):726-35.
12. Sjölander P, Edin-Liljegren A, Daerga L, Fjellgren P. Samernas hälsosituation i Sverige - en kunskapsöversikt. *Södra Lapplands forskningsenhet*; 2009.
13. 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.
14. Hassler S, Johansson R, Sjölander P, Gronberg H, Damber L. Causes of death in the Sami population of Sweden, 1961-2000. *Int J Epidemiol*. 2005;34(3):623-9.
15. Naseribafrouei A, Eliassen BM, Melhus M, Broderstad AR. 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.
16. Naseribafrouei A, Eliassen BM, Melhus M, Svartberg J, Broderstad AR. The prevalence of diabetes mellitus among Sami and non-Sami inhabitants of Northern Norway - the SAMINOR 1 Survey (2003-2004) and the SAMINOR 2 Clinical Survey (2012-2014). *Rural Remote Health*. 2018;18(4):4623.
17. Eliassen BM, Graff-Iversen S, Melhus M, Lochen ML, Broderstad AR. Ethnic difference in the prevalence of angina pectoris in Sami and non-Sami populations: the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health*. 2014;73.
18. Edin-Liljegren A, Hassler S, Sjölander P, Daerga L. Risk factors for cardiovascular diseases among Swedish Sami--a controlled cohort study. *Int J Circumpolar Health*. 2004;63 Suppl 2:292-7.
19. Hanssen I, Kuven BM. Moments of joy and delight: the meaning of traditional food in dementia care. *J Clin Nurs*. 2016;25(5-6):866-74.
20. Hämäläinen S, Musial F, Graff O, Schirmer H, Salamonsen A, Mehus G. The art of yoik in care: Sami caregivers' experiences in dementia in Northern Norway. *Nordic journal of arts, culture and health* 2020;2(1):22-37.
21. de Souza-Talarico JN, de Carvalho AP, Brucki SM, Nitrini R, Ferretti-Rebustini RE. Dementia and Cognitive Impairment Prevalence and Associated Factors in Indigenous Populations: A Systematic Review. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2016;30(3):281-7.
22. Warren LA, Shi Q, Young K, Borenstein A, Martiniuk A. Prevalence and incidence of dementia among indigenous populations: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(12):1959-70.

tema

23. Walker JD, Spiro G, Loewen K, Jacklin K. Alzheimer's Disease and Related Dementia in Indigenous Populations: A Systematic Review of Risk Factors. *J Alzheimers Dis.* 2020;78(4):1439-51.
24. Bongo BA. Samer snakker ikke om helse og sykdom. Samisk forståelsehorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur: Universitetet i Tromsø UIT; 2012.
25. Marcusson J, Blennow K, Skoog I, Wallin A. Alzheimers sjukdom och andra kognitiva sjukdomar. 3 ed: Liber; 2011.
26. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(4):695-9.
27. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-98.
28. Storey JE, Rowland JT, Basic D, Conforti DA, Dickson HG. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS): a multicultural cognitive assessment scale. *Int Psychogeriatr.* 2004;16(1):13-31.
29. Åstrand R, Rolstad S, Wallin A. Cognitive Impairment Questionnaire (CIMP-QUEST): reported topographic symptoms in MCI and dementia. *Acta Neurol Scand.* 2010;121(6):384-91.
30. Åstrand R. Neurokognitiv/Psykogeriatrisk Symtomenkät. Ett validerat instrument för heteroanamnes och symtomanalys vid demensutredning. *Nordisk geriatrik / i vården* 2010;1(4):34-7.
31. Storm Mienna C, Omma L & Axelsson P. (2021). Fokus på hälsa och hälsoforskning i Sápmi – resultat från elva samiska fokusgrupper. *Skrifter från Centrum för samisk forskning nr 29.* ISSN: 1651-5455. ISBN: 978-91-7855-662-5 (digital). URN: urn:nbn:se:umu:diva-188745. Umeå universitet.
32. 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.