

”Helseomsorgssystemer i samiske markebygder i Nordre Nordland og Sør - Troms. Praksiser i hverdagslivet”.

” En ska ikke gje sæ over og en ska ta tida til hjelp”

Takk for at Æ ble invitert til å komme hit og si noe. Dette foredraget baserer seg på min doktorgradsavhandling med samme tittel som topic på dette foredraget.

Historisk tilbakeblikk og plassering av markebygdene.

Markebygdene i Nordre Nordland og Sør- Troms er en del av de samiske områder i Norge og utgjør en egen ”indre region”. Til den gamle Hålogalandsregionen hørte områdene Ofoten, Trondenes og Astafjord. Det skjedde tidlig kirkebygging i regionen, ikke minst som markering av norsk suverenitet. Det er skrevet mye om Hålogaland og Håløygene. Olav Tryggvason var, i følge Snorre Sturlason, på en ”kristnings- og skattereise” like før år 1000, blant annet til Trondenes og Bjarkøy. Folk ble døpt med makt. Det ble starten på misjonering mot samene som pågikk i nesten 1000 år. Kristningen kom i organiserte former på 1700-tallet.

Veidekulturen og reinnomadismen er viktige deler av historia (Minde 1997, Andersen, 2002), men den nære historia er først og fremst knytta til en BOFAST kultur.

Fornorskning og modernisering

Fornorskning har gått ut over samisk språk og kultur, men kan ikke ta hele ansvaret. Flere bl.a Anton Hoëm (2007) har poengtert at moderniseringsbølgen som strømmet over Nord Norge har hjulpet til. I stedet for at kulturen er fornorsket bort , så har det skjedd en nyfigurering, Rossvær (1998) har vist hvordan det skjer en nyfigurering som ikke erstatter det bestående, men er en nyskapende prosess i tilpasning til nye tider. Kultur utvikler seg, er ikke statisk.

Meg selv

Som kvalitativ forsker må en jo posisjonere seg selv fordi forskerens forståelses- og erfaringsbakgrunn har betydning for dataproduksjon. Oppblomstringa av samisk kultur, språk og samfunnsliv fra 1970-årene og fram mot våre dager er en viktig del av min egen livsreise og er en drivkraft for arbeidet mitt og har også påvirket min sykepleieutøvelse.

Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge (NOU:1995:6) slo fast at det var gjort lite forsknings- og utredningsarbeid om samenes helse og sykdomssituasjon og den rettet oppmerksomhet mot regionale variasjoner blant samene.

Utredning om etnisk medisin fra 1999, ved Universitetet i Tromsø, som kan sees som forløperen til Senter for samisk helseforskning, slo fast at et viktig forskningsspørsmål var identitet. Utredningen diskuterte om skifte av identitet fra samisk til norsk kunne være en medvirkende årsak til dårlig helse. (Æ SITE):

”..den delen av befolkningen med samisk bakgrunn som har skiftet identitet. For dette identitetsskiftet kan være ledsaget av bestemte lidelser som setter oss på sporet av hvordan majoritetsundertrykkelse kan avstedkomme helsemessige mønster” (s.28).

Ut fra min erfaring som markebygding syntes æ at begrepene ”**skifte identitet**” og ”**samiskhet bakgrunn**” var problematisk.

Som markebygding har Æ opplevd et engasjement for å skape meningsfulle liv. Æ visste at det eksisterte optimisme og mangfold i bygdene, og kjente at det var riktig å konsentrere mæ om noe anna enn å fordype sæ i «tap av samisk identitet». Æ ville forsøke å få fram hverdagslivets praksiser som gjaldt helse – og sykdomshåndtering i markebygdene .

Doktorgradens overordnede problemstilling ble da å finne ut hvordan markebygdingene har ordnet seg og ordner seg i dagliglivet, med *fokus på helse - og sykdomsutfordringer og spørre om forestillinger om helse og sykdom er medvirkende for valg av løsninger.*

Dataproduksjon

Prosjektet ble forelagt Regional Komité for medisinsk forskningsetikk og innmeldt til Norsk Samfunnsfaglig datatjeneste. Æ gjennomførte feltstudier i korte økter, på flere arenaer, med direkte og deltakende observasjoner med intervju og samtaler. Deltakerene kom fra ulike arenaer i undersøkelsesfeltet:

- 1) Narvik og Harstad lokalsykehus; medisinske og kirurgiske sengeposter
- 2) Helsetreff på Várdobáiki samisk kultursenter
- 3) Hjemmene til deltakerene.
- 4) En arena har vært et sykehjem i en kommune, gjennom intervju av en mann som har opplevd å ha mor si som pasient der.
- 5) For å komplettere undersøkelsen har Æ brukt empiri fra hovedfagsarbeidet mitt

Arena 1 (sykehusene) fikk mindre betydning enn tiltenkt, på grunn av rekrutteringsproblemer. Arena 2 (Helsetreff på Várdobáiki) ble sentral både for observasjon og som rekrutteringsbase for arena 3 (markebygdiske hjem).

Deltakere og oppslutning

Deltakerene på sykehusene består av tilfeldig valgte voksne mennesker, over 18 år, født, oppvokst, med bosted i ei samisk markebygd, i nedslagsfeltet for de nevnte lokalsykehus, og innlagt i en avgrenset periode.

På VB helsetreff var deltakerne på forhånd informert at det skulle foregå forskning. Deltakerne er observert anonymt. Det betyr at alle som har deltatt på treffene der Æ var til stede, er observert og handlinger og utsagn kan være med i empirisk materiale uten at hver enkelt deltaker har gitt sitt samtykke. Et strategisk utvalg ble så plukket ut for intervju. Ingen av de forespurte responderte uten purring. I avhandlinga redegjør Æ for mulige barrierer i mellom prosjekt og forespurte.

Datamaterialet består av feltnotater og transkriberte intervju. Æ brukte båndopptaker ved de fleste samtaler. Intervjuutsagnene presenteres i form av

sitater, også på samisk. Samisk er oversatt til norsk av Marit Einejord. Beretningene handler om det van Manen (2007), kaller for *levd erfaring*. Levd erfaring er vanskelig å fange i begrepsmessige abstraksjoner, framholder han.

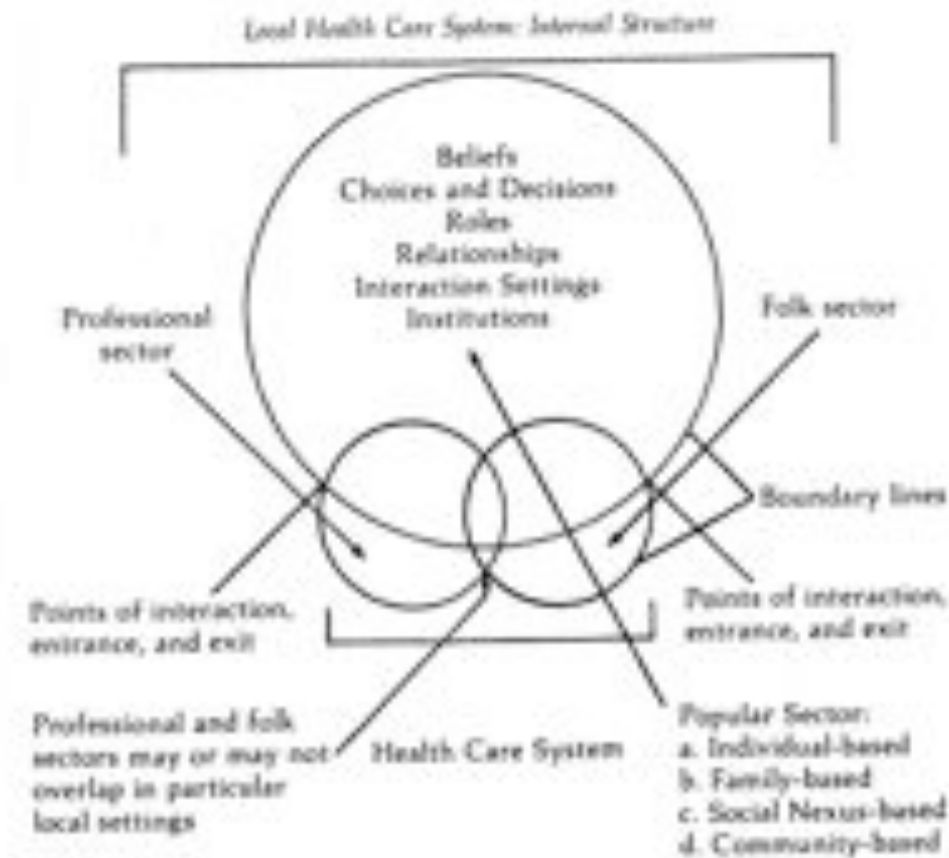
Lese seg opp for å sette i gang

Æ måtte ha teorier som kunne lede meg på rett vei, trengte redskapa i å løfte fram lokale kulturtrekk i markebygdene og å knytte dem til levemåter og tenkning i andre samiske områder, og også forsøke å forankre trekk ved markebygdingenes hverdagsliv til *andre urfolks skikker og levemåter*. I en samisk/norsk relevanstenkning ville deltakernes utsagn og væremåter blitt analysert på en annen måte. Markebygdinger har erfart at deres måter å gjøre ting på ikke har blitt sett på som stuerene. Andre urfolk har gjort liknende erfaringer (Smith, 1999).

Helseomsorgssystem

Da Æ trengte modell for helseomsorgssystem ble Arthur Kleinman (1980) sin studie fra Taiwan valgt, fordi de tre sektorene som utgjør hans modell, meine Æ passe inn i livet i markebygdene.

Modellen består av flere delsystemer.



Æ har søkt å oversette sektorbetegnelsene slik at de blir tilfredsstillende for konteksten de skal brukes i: det vil si "inne i markebygdene".

(1) *Legfolkssektoren* omfatter individet i relasjon til familien, det sosiale nettverket og det lokale samfunn.

(2) *Profesjonssektoren* er det offisielle systemet, med autoriserte fagfolk og lovverk. I Kina og India finnes det profesjonaliserte medisinske systemer med integrerte folkelige praksiser.

(3) Den tredje sektor er *folkemedisinsk sektor*. I samfunn med levende folkemedisinske tradisjoner, kan en anta at profesjonssektoren tilpasses og preges av den. Sektorene har interaksjonspunkter og påvirkes gjensidig av hverandre. Påvirkningen er avhengig hvor i verden en er.

Kosmologi eller verdener

Æ fant det nødvendig å føre inn *kosmologi* som er studiet av og teorier om universet i sin helhet. Vanligvis skiller man mellom flere typer kosmologier:

Fysiske kosmologier er preget av naturvitenskapens verdensbilde og søker etter presise vitenskapelige forklaringer på fenomener i våre omgivelser.

Religiøse kosmologier definerer gjerne menneskets plass i verden og dets forhold til Gud.

Metafysiske kosmologier nærmer seg en forståelse av verden gjennom grunnleggende filosofiske spørsmål til hvordan verden er innrettet.

Urfolksfilosofi og verdener

I urfolksfilosofi tenkes det i *verdener*: Den *fysiske verden* omfatter jorda og alt levende, den *menneskelige verden* er mennesker, kunnskaper, relasjoner og praksis, mens den *sakrale verden* omfatter det åndelige og omsorgen for det levende og kulturens tradisjoner. Æ bygger her på Dennis Foley fra 2005. Maoriforsker Linda Tuhiwai Smith (1999:74) framholder at **Urfolkstenkning inneholder spirituelle relasjoner til universet, til landskap og til steiner og klipper, til insekter, og til andre ting, sett og usett, og er vanskelig å ta inn over seg for vestlig vitenskapsbasert vitenskap.**

Den fysiske verden i urfolksfilosofi og den fysiske (vitenskapelige) kosmologi kan til en viss grad overlappe hverandre.

Den folkemedisinske helse og sykdoms forståelse

Tanker omkring helse og sykdom er influert av kosmologier/verdener og det influerer for hvilken hjelp som søkes. Innenfor folkemedisinsk tradisjon forstås utbrudd av sykdom som noe galt hos det enkelte mennesket eller i dets omgivelser (Mathisen, 2000, Helman, 2007). Forklaringene av helse og fravær av sykdom i denne forståelsen går ut på å opprettholde *balanser*.

Biomedisinsk helse- og sykdoms forståelse

En biomedisinsk forståelse reduserer helse til fravær av sykdom. I dette perspektivet anses menneskekroppen som en maskin. ”Maskinmodellen” følger ”reparasjonsmedisinens” tenkning hvor medisinsk behandling går ut på å reparere feil i maskinen

Synet på helse og sykdom redusert til kroppsmaskineriet, er et reduksjonistisk menneskesyn.

Eksempel på sykdomsforståelse i markebygda

Æ spør en deltaker om han vet noe om årelating eller *vara luoitit*.

Deltaker: ”*Ja. Det va mot hodepine og gikt og smerter Folk som hadde ryggsmarter. De kunne være så dårlig at de måtte støttes inn til(..)(navngir årelater i nærmiljøet). Men når de va ferdig kunne de sjøl gå rak i ryggen ut der i fra*”. Han forteller også at mot hodepine måtte en årelate på håndbaken.

Ved årelating, som er en folkemedisinsk tradisjon, er det blodet som har fokus. Men også annen kroppsvæske kan samle seg opp lokalt i muskulaturen og gi smerter. Fra samme deltaker som snakket om kopping *-guhppet*

:

”.....*Men koppinga va nå anna, for det va kroppsvæske. Det va snakk om at det samle sæ væske i kroppen, i muskelvevet eller under huden. Og at det va en sånn kald væske som ikkje va så bra. Det va om å gjøre å få den ut for da ville det ha innvirkning på muskulaturen*”.

Deltakeren skiller mellom *blod* og annen *kroppsvæske*. Med annen kroppsvæske menes antakelig vevsvæske. Deltakerne tenker at det er ubalanse mellom og i kroppsvæskene. Det syke må hentes ut. De viser en kunnskap forenlig med at blodåresystemet danner et nettverk som står i forbindelse med punkter på kroppen. En forståelse om at punkter på kroppens vener står i forbindelse med forskjellige organer og deres fysiologi, likner på kunnskapen om

meridiannettverket i kinesisk medisin. Det er nærliggende å tenke at årelating i markebygdene kan forstås i et slikt kunnskapssystem. Meridianer i kinesisk medisin er energilinjer langs kroppen som er nøyaktig kartlagt og beskrevet (Legge, 1999).

Men markebygdingene opplever også at det ikke er helt stuerent å stø seg til tradisjonsmedisinsk tenkning. Æ e interessert å få vite om det eksistere goodwill fra den moderne medisins utøvere for bruk av tradisjonsmedisin:

En tradisjonsmedisiner forteller om en mann som han har kurert, ytt førstehjelp til, og så rådet til å oppsøke lege.

”.... det e mange som fortell til legen sin. For æ vet et tilfelle der en hadde saga sæ så forferdelig og blødde. Så va det til legen, men først va det nu å få stoppa blodet. Og så fór han til legen. Og legen spurte: Har du blødd mykje? Nei, naboen stoppa det.

Legen spurte: Har du hatt mykje verk? Nei, naboen tok det bort.

Trur dåkker ennu på sånt, sa legen. ”

Legen viser her en stigmatiserende holdning overfor markebygdingene. Han kunne i det minste ha spurt « Trur du på sånt ?»

Helsetreffene- en arena for fortellinger, meningsutvekslinger og humor

”Fortellinger, humor og taushet”

I markbygdene kan det sees som et gode å være slagferdig og ikke la seg målbinde. Det skjer forhandlinger innenfor en sterk muntlig tradisjon. Et eks.: Prosjektledelsen på helsetreffene satset på å servere helsevennlig mat (mat med lite sukker og fett). En av deltakerne oppdaget at det likevel var satt sukkerbiter fram og spurte « *E sukkeret no blitt helsevennlig*»? De andre lo. Prosjektlederen lot deltakerne ha den lille moroa.

En gang var tema for dagen *beinskjørhet og behandling* og foredragsholder framholder at det er genetiske forskjeller i forhold til sykdommens utbrudd; hvite er mer utsatt enn mørkhudete, kroppslengde har noe

å si, i og med at lange mennesker er mer utsatt enn små mennesker, mens slanke mennesker er mer utsatt enn lubne.

Det ble ordentlig latter da en av deltakerne sa: ”*Endelig er det godt å være liten og tjukk*”.

En deltaker på et helsetreff hvor middagsretten var *gumbá* (blodklubb), er en eldre mann som har erfart at legen ved en konsultasjon syntes han hadde ”*for mye blod*”. Han forteller at han sa til legen på kontoret hans:

” *den gamle maten ga ”mykje blod. Du kan takke den samiske maten for det, vi spis blodklubb to ganga i uka og veit dokker æ bydde dokteren blodklubb. Sa æ kvinne ta med neste gang i ei spainn. Men doktern takka nei*”.

Det ble laget show av de minste ting og det bidro til en lun samværsform på helsetreffene.

For noen var taushet å foretrekke. Æ observerte at i munterheten satt noen tause. Ved samtaler med noen av disse kom det fram at en ikke skulle prate om alt. Det kan være en dyd å tie om visse forhold. Eller ble det kommunisert ved hjelpa av metaforer eller ved å gå «rundt grøten».

Når en mann skal beskrive allergi

Fortellingene om å spille helsevesenets aktører ut på sidelinja kan også stå som eksempel på dekolonisering.

Sentrale momenter i analysen

1): Være på den sikre sida

Opprettholde balanser, deltakerene var opptatt av å leve i fred og fordragelighet med hverandre og å yte hjelp. De handler på begge ”berå” og kompletterer gjerne legemedisinen med folkemedisin og med bønner til Gud.

2): Friheten - høgt oppe i landskapet

Markebygdene med landskap har hatt skjermende grenser mot ytre press. Natur og landskap har skaffet mat, emner til bruksgjenstander og redskaper, gitt rekreasjon, fungert som værmelding og også gitt ”terapi” mot onde tanker.

”Han har nu fortalt mæ at han har sett ulda/underjordiske. Men ikkje no de siste åran. Og da sei han at det tyde på at han har fått det godt i dag. Etter som han har forklart mæ så va de ikkje farlig, men heller motsatt. At de ville hjelpe han. Ja, han sa jo det at han kunne sitte i fleire tima oppe fjellet. Og sitte og prate med dem. Og det va hannes trøst. Det va godt og få ut stygge tanka”.

Han var fortrolig med dem.

Denne mannen fant, som barn, sin *Skybert* eller *bamse* i naturen. Kultur åpnet for muligheter. Hvordan ville en terapeut ha handlet?

3)Tankene fikk de eie, og de lot seg ikke dupere

Det er langt fra Oslo til markebygdene. Avstanden har beskyttet urfolkstenkning. Mange offentlige aktører på mesonivå har sett gjennom fingrene at markebygdingene praktiserte i tråd med sin tenkning selv om det brøt med offentlig praksis og moderne vitenskap. Fornorskning og modernisering fikk forsinkelser. Det gjelder herredsagronomer, prest, enkelte leger.

Informanten:

En dyrlege opplevdes imidlertid som vrang

”Vi dreiv jo på med sau og kyr eller dyr, då var det ei ku, så sku kalve, eiller så visste det sæ at kalven var for stor, og blei ligganes for lenge inne, så visste det sæ.....(kona skyter inn at den klarte ikke å stå). Kua blei då ligganes og æ måtte få naboen tel hjelp for å reise henne.

Dette er en fortelling fra et samisk småbruk i ei markebygd. Det oppstår komplikasjoner under kalving, kua plages med å få ut kalven slik at kalvingen tar lang tid. Etter kalvingen er kua sliten og legger seg ned. Kua ville ikke stå.

Dyrlegen ble kontaktet og blir bedt om å komme til markebygda. Han gjorde det og informanten forteller videre:

”så sei han (dyrlegen) denkua kainn ikkje, leve , du må...”

Informanten fortsetter:

”Då va det no ikkje gatelys her Det va bekmørkna og æ tok skien og gikk tel læsar...., hainn sa. Æ kainn ikkje være med dæ i dag, men æ ska lese på svart uillgarn, og dein ska du bette på venstrefoten i gruinnen, og men det e evig saint (lot garnet være på til det falt av). Og så kom våren og då va æ på veien attmed... Då kom dyrlegen og sa, men du hadde ei ku. Dein står som..., dein har det gjevt i fjøset. Det e ikkje mulig, sei han, det går ikkje an. Ja, så sei æ du får berre gå og se i fjøset og kua står der.”

Johannes Brateng kurerte også dyr (Mathisen 89). Og ved å kurere dyr

4)Nødvendig ”å koke suppe” på slektskap

Slektskap har vært en bærebjelke for å klare seg i markebygdssamfunnene. Det gjelder både familie, nær og fjern slekt, nabo og bygdefellesskap. Slektskapsforhold kan ligge i dvale men aktiviseres ved behov. Nye kontakter etableres også mens de er pasienter på sykehus. Det samiske begrepet *verdde som* kan oversettes til *venn* eller *gjestevenn* er et kulturfenomen som jeg fant ut noen ganger ble aktivisert. En mann som lå på sykehus fortalte:

”Ja, æ veit ikkje egentlig så eksakt, men at vi hadde saker og ting..., men en liten episode i frå, æ fikk jo tuill med (.....)¹ då låg æ på sykehus, og då fekk æ en romkompis som æ ikkje vesste va millionær då, og vi prata. Vi låg i tre døgn og vi prata, om løst og fast. Det va en lett og omgjengelig kar på aille måta og selv dein dag i dag ringe han mæ og æ ringe tel han..., og akkurat no for øyeblikket e han i (...), kver gong han e i (...) så skriv han et kort tel mæ, tenk dæ en millionær, men du ser ikkje på han, ka du trur det huse hannes og hytta bort i (....) og så har de ei hytta bort med (.....). Det pussige e vi skulle selge ei campingvogn..., altså dein her millionæren hadde vært i Tyskland og heinta campingvogn,

¹ Jeg kamuflerer lidelsen av anonymitetshensyn.

men så syntes han dein va for stor og så sku han skifte den og då fikk æ salg på våres vogn».

Det ble lite snakk om sykdommen, men det eksistere en god helsefremming under sykehus oppholdet

Birgejupmi – tenkning om birget, å berges – et praksissystem

Det finnes rikholdige folkemedisinske tradisjoner som forvaltes i legfolksektoren hvor behandlerne viser praksiser innenfor flere ”medisinske” områder. Mange er kristne og bruker bønner. Praksiser er tilpasset den nye tid og ny viten tas inn slik at *læsarn* eller *kurerarn* vurderer situasjonene. Det profesjonelle helsevesenet synes likevel ikke å være klare for samhandlinger med markebygdingenes praksiser annet enn gjennom markebygdingenes fortellinger. Dog er det nivåforskjeller. På kommunale plan er det større oppmykning enn på lokalsykehusnivå. Daglige samhandlinger med helsevesenet, blant annet i hjemmene til markebygdingene endrer på sikt innstillinger. Leger lokalt møter pasienter som har konsultert folkemedisiner før legebesøket og forholder seg til det, kanskje med en sleivbemerkning. I møter mellom kosmologier/verdener ”krever” den vitenskapsbaserte forrang.

Birget som har gått som en rød tråd gjennom avhandlingen, først som en praksismodell har trådt fram som et system.

Tradisjonene i markebygdene inneholder kunnskap som hviler på en tenkning som har plass i ulike kosmologier/verdener. Mange markebygdinge supplerer medisinsk behandling og gir offentlig omsorg *hjemlig mening* med praksiser fra legfolkssektoren. Problemer og utfordringer møtes både med her og nå - løsninger og med mer langsiktige planer. Samlet sett er dette en *birgejupmi* - tenkning, det vil si at en streber etter å ha tilstrekkelig med løsninger til sitt hverdagsliv.

Videre implikasjoner

Samisk språk, kofte og andre kulturytringer er løftet fram fra stigmatisert kontekst til en offentlig samisk/norsk kontekst, fra ”backstage” til ”frontstage”. Reportasjer i anledning dronning og kongebesøket i Sør- Troms våren 2011 viste det. Da kong Olav åpna Tjeldsundbrua i 1967 var det ikke en samekofte å se.

Likevel, det ligger en utfordring i anerkjennelse av tradisjonelle praksiser og behandlinger som læsing, løfte de fram fra ”backstage”. Helsetreffene på Várdobáiki er sentrale for fellesskap, for ivaretagelse og styrking av tradisjonskunnskap og identitetsstyrkende for eldre samer. De fremmer også samarbeid med aktører fra offentlig helsevesen.

En nyfigurering har bidratt til å fremme helse blant annet ved at mottoene ”å ikkje overgi sæ” og å ”ta tida til hjelp” står sentralt i markebygdingenes tenkning. Når livet byr på utfordringer, så tenker de ut løsninger. Når sykdom oppstår, så er en heller ikke rådløs. Det søkes behandling som en har tro på og som er tilgjengelig, noe som betyr at en vurderer om det finnes forsvarlige tilbud i legfolkssektoren eller i den folkemedisinske sektor. En låser seg ikke fast til en måte å gjøre det på, men ser etter muligheter. Humor hjelper.

Litteratur

- Andersen, Oddmund (2002): *Flyttefolk og bofaste. En studie av samisk bosetting i Sør-Troms og Nordland*. Avhandling til graden doctor artium. Institutt for arkeologi. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Foley, Dennis (2005/2006): Indigenous Standpoint Theory. An Acceptable Academic Process for Indigenous Academics. *International Journal of the Humanities*, 3 (8). Melbourne Australia
- Helman, Cecil G (2007 [1984]): *Culture, Health and Illness*. Hodder Arnold, London.
- Hoém, Anton (2007): *Fra noaidens verden til forskerens. Misjon, kunnskap og modernisering i sameland 1715-2007*. Institutt for sammenlignende kulturforskning. Novus Forlag, Oslo.

Kleinman, Arthur (1980): *Patient and healers in Context of Culture. An exploration of the Borderland between Antropology, Medicine and Psychiatry*. University of California Press, London.
 Legge, David (1999): *Acupuncture points and meridians*. Sydney College Press, Sydney.

Mathisen, Stein Roar (1989 b): Faith Healing and concepts of Illness. An example from Northern Norway . Temenos Studies in Comparative Religion presented by Scholars in Denmark, Finland, Norway and Sweden Vol. 25/1989. Akateeminen Kirjakauppa (Academic Bookstore) Helsinki.

Mathisen, Stein. Roar (2000): Folkemedisinen i Nord-Norge. Kulturelt fellesskap og *etniske kilder* I: Altern, Inger & Gunn-Tove Minde (seminar holdt i 1998) (red.). *Samisk folkemedisin i dagens Norge*. Tromsø, Senter for samiske studier/Sámi dutkamiid guovddás, Universitetet i Tromsø.

Minde, Henry (1997): Diktning og historie om samene på Stuoranjarga. Rapport II Skoddebergprosjektet, *Dieđut 5/2000*, Sámi Instituhtta / Sámi dutkamiid guovddaš, Universitetet i Tromsø

NOU 1995:6: *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge*. Statens Forvaltningstjeneste, Oslo.

NOU 1995:6: *Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge*. Statens Forvaltningstjeneste, Oslo.

Rossvær, Viggo (1998): Ruinlandskap og modernitet, Spartacus Forlag, Oslo.

Smith, Linda Tuhiwai (1999): *Decolonizing Methodologies. Research and Indigenous Peoples*. London/New York. Dunedin: Zed Books. University of Otago Press.

Utredning om etnisk medisin ved Universitetet i Tromsø (1999): Internettadresse: http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Samisk_helseforskning/Utredning_om_etnisk_medisin.pdf. Lest 09.11 2014.

Van Manen, Max (2007): *Researching, Lived Experience Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. The Althouse Press Winnipeg, Manitoba, Canada