

Fra kirurgi i New Dehli til samfunnsmedisin i Oslo

– 37 % av innvandrerkvinnene fra det indiske subkontinent i Oslo har type 2-diabetes, men det er HIV/AIDS og omskjæring som får oppmerksomhet når i innvandreres helse settes på dagsorden. Bernadette Kumar, indisk kirurg og doktorgradsstipendiat ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitet i Oslo, sukker oppgitt. Det er på tide å våkne, mener hun.

Hun har selv et særdeles våkent blikk på problemet, via sitt doktorgradsarbeid på innvandrerdelen av HUBRO-prosjektet. Dette er et storbyprosjekt om livsstil og levekår i regi av Universitetet i Oslo, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Oslo kommune.

Bernadette Kumar er opptatt av det metabolske syndrom og hvordan migrasjon har påvirket kosthold og livsstil hos innvandrere i Norge. Undersøkelsen er enestående i Norden, og setter søkelys på diabetes og hjerte- og karsykdommer. Innsamlingen av data skal være avsluttet til sommeren.

Sjokktall om diabetes

At enkelte innvandrergrupper er utsatt for å utvikle diabetes, er velkjent, men ikke desto mindre er det all grunn for norske helsemyndigheter å være bekymret, mener Kumar.

– Diabetes blant innvandrere fra det indiske subkontinent i Norge er et økende problem. En undersøkelse på Romsås viser at 37 % av innvandrerkvinnene fra dette området har diabetes, mens tallet er noe lavere for menn. Dette ser man også i allmennlegepraksis, sier Kumar og refererer til doktor Faiza Busharat ved Torshov helsecenter, som i løpet av to måneder registrerte 43 nye tilfeller av diabetes. – Dette er de rene sjokktall, mener hun.

Til sammenlikning oppgav 4 % av etniske nordmenn i en undersøkelse blant etniske nordmenn i Oslo-bydelene Romsås og Furuset at de har type 2-diabetes (1). – Hva skyldes denne enorme forskjellen mellom innvandrere og etniske nordmenn?

– Vi vet ikke, men vi håper at undersøkelsen vil gi oss svar på det og at dataene vil si noe om prevalensen. Vi antar at økende omfang av diabetes blant innvandrere skyldes forandring i livsstil som omfatter så vel kosthold som fysisk aktivitet. Vi vet lite om eventuell forforskning som



Indiske Bernadette Kumar tar doktorgrad på kostholdet til innvandrere fra det indiske subkontinent i Oslo. – Omfanget av diabetes er sjokkerende høyt, sier hun. Foto I. Høie

innvandreres kosthold har vært gjennom, og vil forsøke å beskrive den. Vår hypotese er at migrasjonen har forverret kosten. Vi vet for eksempel at pizza og cola er svært utbredt blant innvandrere. Vi vet også at innvandrere har plukket opp at fisk er bra, men i stedet for å velge kokt torsk, velger de fiskepinner, sier Kumar.

Sett i lys av diabetestallene, synes Bernadette Kumar at HIV/AIDS og omskjæring får uforholdsmessig stor oppmerksomhet når innvandrerhelse står på dagsorden.

– Det er utviklingen av diabetes som vil koste det norske helsevesenet store sum-

mer. Endringene skjer fort, og vi må være observante og intervenere nå. Forebyggende arbeid er svært viktig, påpeker hun.

Som medlem i Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, har Bernadette Kumar vært med på å lage en brosjyre til hjelp for innvandrere med diabetes, som skal sendes til alle legekontor. Brosjyren er på urdu og norsk, en pedagogisk utformet fortelling om hverdagen til Razia, en ung mor med diabetes. Bernadette Kumar har selv utarbeidet forslag til diabetesvennlige retter til innvandrere.

– Innvandrere sier til meg: Vi vet ikke hvordan vi kan forandre kostholdet vårt. Det må vi vise dem, og det er formålet med brosjyren, sier hun.

Mangslungen tjeneste

Spranget fra kirurgi i India til samfunnsmedisin i Norge er stort. Bernadette Kumar har fulgt hjertet, faglig så vel som privat. Kolleger ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin omtaler henne som sosialt lim, en dynamisk kruttønne, kunnskapsrik, en personlighet av de sjeldne. Språkmektig er hun også; i tillegg til morsmålet hindi og engelsk, behersker hun både kinesisk, arabisk, urdu og norsk. Språkene har hun tilegnet

seg gjennom arbeid i ulike land, for veien fra fødebyen New Dehli til Oslo har langt fra vært rettlinjet.

17 år gammel tok hun fatt på medisinstudier i New Dehli. Som den beste i sitt kull, ville hun spesialisere seg i kirurgi, som også i India er høyt oppe på den medisinske rangstigen. Universitetet sa nei. Dette var ikke noe for kvinner, som skulle gifte seg og få barn. Men den unge legen lot seg ikke vippe av pinnen. Hun anket avgjørelsen og vant. Det ble en prinsippsak for henne, men lett var det ikke å være eneste kvinne blant kirurger in spe.

– Jeg gråt hver dag, og mistet lysten på kirurgi. Jeg liker mennesker, og i kirurgien kom jeg bort fra det, minnes hun.

36-åringen har en karriere i internasjonalt helsearbeid som kan ta pusten fra noen hver. Hun har vært på farten i Kenya, Sudan, Somalia, i Palestina, Nord-Korea og i Kina. Men for en som er opptatt av internasjonal helse, faller det naturlig å ha hele verden som arbeidsplass.

Tilfeldigheter brakte henne til det krigsrammede Sudan i 1989, hvor det var behov for en kirurg. Hun opererte i bushen i tre måneder som hun kaller de lykkeligste i sitt liv. Men oppholdet var dramatisk. Hun ble fanget av geriljaen, og måtte reddes ut av FN-mannskaper. FN tilbød henne arbeid som helseoffiser, først i Kenya og Sudan, dernest i Somalia. Hun har jobbet som kirurg og med samfunnsmedisinske oppgaver, stort sett knyttet til helse og ernæring, kvinner og barn. Ofte har hun jobbet med livet som innsats.

– Var du aldri redd?

– Nei, jeg har min hinduifilosofi i bakgrunnen som sier at når din tid for å dø er kommet, så kan du ikke hindre det. Det var alltid en engel som passet på meg, smiler hun.

I Kenya traff hun sin norske ektemann, ansatt ved ambassaden i Nairobi. Da han ble sendt til Israel, kjedet hun seg som diplomattfrue et par måneder, før hun ble oppslukt av helsefremmende arbeid blant kvinner og barn i de palestinske områdene, på oppdrag fra UNICEF.

– Se etter det som er felles

– Hva er internasjonal helse?

– Det er en form for samfunnsmedisin i internasjonal forstand, svarer Kumar.

Stikkord er helsepolitikk, organisering av forebyggende arbeid, prosesser i samfunnet og endringer i helsemønsteret, epidemiologi. Internasjonal helse knytter seg gjerne til u-land og forholder seg til FNs organer, dekreter og policy.

– For meg er det viktig å prøve å finne frem til hva de ulike nasjoner har felles, fremfor å se etter det som skiller. Utveksling av erfaringer og lærdom fra prosesser i forskjellig land er viktig, særlig når landegrensene er mer åpne. Smitte kjenner ingen landegrenser, derfor er det viktig at leger og helsemyndigheter har en kollektiv tankegang om dette, synes Kumar.

Det var infeksjonssykdommer og frykt for smitte, gjerne brakt med av sjømenn, som dannet opptakten til utvikling av internasjonal helse på 1800-tallet. Myndigheter landene imellom så et felles behov i å redusere spredning av infeksjonssykdommer. Gjennom FN og Verdens helseorganisasjon fikk man senere en felles forståelse og regelverk for håndtering av infeksjonssykdommer. Med årene er internasjonal helse utvidet til å favne mer enn infeksjonssykdommer.

— fakta —

– Bernadette Kumar, født 18. september 1965 i New Dehli, India

– Utdannet lege 1988 ved St. Johns Medical College Bangalore, New Dehli, India

– 1995–97 konsulent for UNICEF på Vestbredden og i Gaza

– 1996–97 teknisk veileder for NORAD i Palestina

– 1998–2000 i Kina på oppdrag for Verdensbanken, Verdens matvareprogram, UNICEF og Verdens helseorganisasjon

– Nå er vi også opptatt av helsesystemer og livsstilssykdommer som kreft og hjerte- og karsykdommer som også er i fremvekst i u-land. Vi snakker ikke bare om å hindre dødelighet, men også om utvikling og beskyttelse. Menneskerettigheter inngår i internasjonal helse, og det er ikke lenger snakk om bare å gi bistand, men vel så mye om å bygge opp kompetanse og utveksle erfaringer. Det er et spørsmål om hva de kan lære og hva vi kan lære. Gjensidigheten gjør arbeidet mer fruktbart, mener Kumar.

Lærdom fra Kina

Fra 1997 til 2000 arbeidet Bernadette Kumar i Kina, på oppdrag fra UNICEF, Verdens helseorganisasjon og Verdensbanken. Til tross for at Kina aldri figurerer i oversikten over land Norge gjerne sammenlikner seg med, ser hun paralleller som innbyr til utveksling av erfaringer og gjensidig høsting av lærdom. Målet for UNICEF-oppgavet, et mor-barn-prosjekt, var å redusere dødelighet. I tillegg ønsket man å minske fattigdom gjennom behovsprøvd fordeling av goder.

– Sosiale ulikheter er en økende utfordring i Norge, og også i Kina er sosiale ulikheter i rask fremmarsj. Å få gehør for behovsprøving i den tidligere kommuniststaten, var en stor utfordring, men ved å vise kinesiske myndigheter at det virker ved å vise til Norge, tar de til seg lærdommen. Men Norge har også mye å lære fra land som har hatt sosiale ulikheter i årevis. Land med færre ressurser enn Norge må være kreative i forhold til hvordan de kan bruke ressursene for å få mest mulig ut av hver krone, sier Kumar.

Hun henter et eksempel fra sitt opphold i Sudan. Malaria var et stort problem, det var også alvorlige slangebitt. Men budsjettet for innkjøp av medisiner var snaut, og man var nødt til å prioritere: Kjøpte man medisiner mot malaria, kunne man redde 100 pasienter, mot slangebitt én. Valget gav seg selv.

– Noen ganger må vi ha positiv diskriminering, kommenterer Kumar.

Kina er landet som fremfor noe annet benytter seg av alternativ medisin. Kumar synes det er interessant å se hvordan kineserne har integrert alternativ medisin med skolemedisin, og synes norske leger har mye å lære i så måte.

– Man har to medisinske skoler, vestlig og alternativ, og de praktiseres ved samme sykehus. Det interessante er at det er den kinesiske befolkningen som har valgt hvordan man skal prioritere mellom de to skolene. Man ser at ved hjerteinfarkt eller astma, benytter kinesere vestlig medisin. Men ved enkle og ved kroniske sykdommer, velger de alternativ medisin. Alle kinesere vet at man aldri går til en vestlig skolet lege med forkjølelse, ut fra lærdom nedarvet gjennom generasjoner. Jeg er vestlig utdannet lege, men med min indiske bakgrunn er det naturlig for meg å sende pasienter til alternativ behandler når jeg ikke kan hjelpe selv, sier Kumar.

Hun synes norske leger med fordel kan få et mer åpent syn på alternativ behandling.

– Se på det som et supplement. Bruk av alternativ medisin gir mindre belastning på legene, og det er billigere for staten. Til gjengjeld kan Norge bidra med forskning på dette området. Vi mangler en god dialog om alternativ medisin, mener Kumar og setter sin lit til medisinstudentene. Holdningsendringer starter der!

– Ingrid M. Høie, Tidsskriftet
ingrid.hoie@legeforeningen.no

Litteratur

1. Sundar T. Trimglede skal knekke nymotens velstandsfedme. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2545.