

Sosy Indian – ingen hindring

Han heter Unni. At det er et jentenavn her i landet, lærte han i barnehagen. Nå er lille Unni blitt stor. Han representerer 1,2 millioner medisinstudenter og vanker i WHO.

– Seks år på medisinstudiet former en som menneske, sier Unni.

Han har bare gått fire av dem foreløpig, men med to års permisjon. Han er blitt formet. På ungdomsskolen og videregående var han aldri tillitsvalgt, og han likte ikke å snakke foran klassen. Nå representerer han den internasjonale medisinstudentforeningen (IFMSA) i Verdens helseorganisasjon (WHO) og taler over en million medisinstudenters sak foran hundrevis av delegater i Genève. Ikke helt uten nerver.

– Første gang var i januar, på WHO's styremøte. Jeg var ganske nervøs. Vi som ikke er delegater, får snakke etter at alle medlemsstatene har talt. Man blir ropt opp og så må man komme til talerstolen, si det man har å si og så løpe ut av salen. Heldigvis så jeg rett på den norske delegasjonen mens jeg snakket, og de fulgte i alle fall med.

Indiske forventninger

Unni Gopinathan føler seg like mye indisk som norsk, selv om han er vokst opp på Mortensrud i Oslo. Foreldrene hans er fra Kerala i Sør-India, og faren var blant de første dataingeniørene som ble rekruttert til Norge. De dro tilbake til Kerala en snartur sommeren 1986 slik at moren kunne føde i hjemlige omgivelser, og sønnen fikk lære morsmålet malayalam. To år før Unni ble skolegutt, skjønte de at de kom til å bli i Norge, så de kunne like godt lære ham norsk også. Foreldrenes bakgrunn er hovedårsaken til at han begynte på medisinstudiet.

Det var ikke noe press, altså, men jeg visste jo hva forventningene var. Jeg var mest interessert i statsvitenskap og politikk, men fant ut at jeg kanskje kunne kombinere dette med noe helsesrelatert.

– Hvor kom interessen for global helse fra?
– Jeg visste ikke hva global helse var da jeg begynte på medisinstudiet, men etter ett år ble jeg valgt inn i IFMSA Oslos lokale styre og fikk være med på et møte i Mexico i 2008. Der ble jeg kjent med hvordan man kan se helse fra helt andre perspektiver – ikke bare enkeltpasienter og deres sym-

ptomer og diagnoser, men også i større sammenhenger som levekår og levetilstand. Så slo Norsk medisinstudentforening seg sammen med IFMSA Norge, og jeg fikk bli internasjonalt ansvarlig for den nye, sammenslåtte foreningen. Etter dette har interessen bare økt, forteller han.

Vi møtes utenfor Kunnskapscenterets lokaler i Oslo, i nydelig høstsol. Det hele starter litt brått, med en fotosesjon med en representant fra SCANPIX.

– Jeg er ikke helt vant til dette her, sier han brydd når fotografen roper: «Ikke se så alvorlig ut, da!»

Unni Gopinathan er en snill gutt. Det sier venninnene hans. Han gjør tydeligvis inntrykk på damene, for det er tre kvinnelige medstudenter som tipset oss om at han

«Et kjennetegn ved indiske familier er at de vil at minst ett av barna skal studere medisin»

burde portrettintervjues, og av referansepersonene han selv oppgir, er tre av fire kvinner. Kjæresten, som var leder for IFMSA Sverige, gjorde han inntrykk på i Tunisia, på et internasjonalt studentmøte.

Determinanter og sånn

Han ønsker først og fremst å snakke fag og politikk. Global helse. Sosiale helsedeterminanter, ungdomshelse og helsepersonellkrisen. Mangler ved medisinstudiet. Samhandlingsreformen. Og han prøver å trekke opp de store linjene. Først må han forklare hva global helse egentlig er.

– «Global helse» er et veldig vidt begrep. Utfordringen er å skille det fra begreper

som «folkehelse» og «internasjonal helse». Internasjonal helse omfatter gjerne trope-sykdommer og andre sykdommer det finnes mest av i land langt herfra. I folkehelsen ser man på mønstre av sykdommer i befolkningen og legger opp til preventive tiltak. Global helse vil jeg si er en kombinasjon av disse to, men man legger til begreper som globalt samarbeid og rettferdighet. Tverrfagligheten er også noe som er spesielt med global helse – det er ikke noe bare leger og annet helsepersonell jobber med, også folk fra jus, økonomi og statsvitenskap deltar.

– Er det litt in? Global helse, mener jeg?
– Ja, det er det. Én årsak er millenniumsmålene, som har skapt oppmerksomhet og engasjement. Dessuten har Norge engasjert seg sterkt for global helse. Utenriksminister Jonas Gahr Støre, for eksempel, er opptatt av å koble utenrikspolitikken med global helse. Statsminister Jens Stoltenberg har vært pådriver for den globale vaksinealliansen (GAVI), og helsedirektør Bjørn-Inge Larsen sitter i WHO's globale styre de neste tre årene. Det er en økende interesse blant norske studenter, og det blir mer og mer kjent at vi i Oslo og andre deler av landet har helseutfordringer som er lik dem man har i mange andre land, det er bare ulike dimensjoner. Forskjellene mellom øst og vest, for eksempel. I Oslo har folk på vestkanten ti år lengre forventet levealder enn folk på østkanten. I Glasgow i Skottland er det nesten 30 års forskjell i forventet levealder mellom bydelene Calton og Lenzie. Da er det noe som er galt i samfunnet. Når det finnes måter å løse det på, er det urettferdig at det ikke blir gjort, sier Unni.

Formes under medisinstudiet

Rettferdighetssansen hans tror han oppsto i India. Kerala er en relativt fattig stat, selv i indisk sammenheng, men med en godt utdannet befolkning med universell tilgang til grunnleggende tjenester er levealderen og barnedødeligheten på lik linje med tilsvarende i de fleste vestlige land. En togtur



Unni Gopinathan. Foto Gorm Kallestad/SCANPIX

Unni Gopinathan

Født 10.6. 1986

- Medisinstudent ved Universitetet i Oslo fra 2006
- Internasjonalt ansvarlig i Norsk medisinstudentforening i 2009 og 2010
- Liaison Officer to the World Health Organization (WHO) at International Federation of Medical Students' Associations (IFMSA) 2010/11
- Duke University Global Health Fellow og hospitant i WHO sommeren 2011
- Forskerlinjestudent, Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus
- Tilknyttet Norsk kunnskapssenter for helsetjenesten, Enhet for global helse
- Jobber deltid ved Norsk pasientskadeerstatning

fra Kerala til en hvilken som helst av nabo-statene er en togtur til en helt annen verden.

– Det er for meg helt uforståelig, og helt unødvendig, sier Unni.

Eksempelene over forklarer begrepet sosiale helsedeterminanter. Det hjelper ikke om du lever i et rikt land hvis forholdene du lever under, gjør deg mer sårbar for sykdom. De sosiale helsedeterminantene bidrar til ulikheter i et samfunn. Den engasjerte medisinstudenten er ikke imponert over den plass dette har i medisinstudiet.

– Som lege møter du pasienter fra ulike deler av samfunnet. Derfor er det rart at vi ikke lærer mer om årsaken til disse forskjellene og hva vi som leger kan gjøre for å utjevne dem. Denne kunnskapen bør komme som små drypp gjennom hele studietiden, slik at den er integrert når vi skal vurdere en pasient og bestemme behandling og oppfølging. Et lite kurs på slutten hjelper ikke, da er vi allerede formet til å tenke på en bestemt måte.

– Innsatslikhet kontra resultatlikhet – hva er svaret, mener du?

– Jeg mener man bør strebe etter resultatlikhet, for eksempel at man som lege gjør en ekstra innsats for pasienten som ikke forstår det du prøver å formidle, en ekstra konsultasjon eller mer tid til å få innsikt i pasientens hverdag.

Studier har vist at pasienter med høyere sosioøkonomisk status får flere prøver tatt og mer diagnostikk utført, fordi de krever mer av legen. Dette lærer vi for lite om i medisinstudiet. Når vi først får forelesninger om det, er det enten for sent eller for tidlig til at vi klarer å oppfatte hvorfor dette kan være viktig for utøvelse av medisinsk praksis. Når man i Norge går ut og sier at det er viktig å sikre god helse, er det av betydning at vi klarer å gjøre det her hjemme også. Så du ser at jeg hele tiden prøver å linke det som skjer her hjemme med det som skjer der ute, smiler Unni.

Paradigmeskifte

Helsedirektoratets nestor innen det globale helsearbeidet, Harald Siem, kjenner Unni fra hans engasjement i WHO. Han sier det har vært et paradigmeskifte i vårt forhold til den tredje verden og vil gjerne at Unni forklarer dette nærmere.

– Jeg har vært veldig inspirert av professor Hans Rosling i Sverige, som med fascinerende statistiske figurer viser hvordan verden har forandret seg de siste 50 årene. Begreper som «den tredje verden» og «utviklingsland» og «industriland» ble laget for 50 år siden og er gått ut på dato. Paradigmeskiftet har allerede skjedd, men det er først nå vi begynner å forstå det. Man ser at land som Kina, Brasil og India har større innflytelse på storpolitikken enn før og er i stor vekst. Brasil har gjort store fremskritt innenfor helse og har mye å lære bort, både til oss og til andre lavinntekts- og mellominntektsland. I Afrika er Rwanda, Etiopia og flere blant de land i verden som har størst økonomisk vekst. Studenter fra mange av landene som er med i IFMSA, som i mediene karakteriseres som fattige «utviklingsland», utvikler prosjekter og organiserer opplysnings- og folkehelsearbeid i hjemlandet. De har kunnskap å dele som er viktig for oss. Vi og mange lavinntekts- og mellominntektsland kan for eksempel dra nytte av hvordan man organiserer helsetjenester i min stat.

– Du sier «min stat»?

Unni ler. – Folk spør ofte hvilket land jeg føler mest tilknytning til. Jeg klarer ikke å velge mellom Norge og Kerala. Bortsett fra foreldrene mine og broren min har jeg all min familie der, jeg er født der, snakker språket og reiser ofte dit.

Hva utdannes vi til?

Vervet som Liaison Officer to the World Health Organization at International Federation of Medical Students' Associations tar mye tid, og Unni har derfor tatt ett års permisjon fra medisinstudiet. Han reiser ofte til Genève, men mye foregår også via e-post og skype. Jobben hans går blant annet ut på å organisere muligheter for studenter verden over til å hospitere i WHO, delta på WHOs møter og arbeidsgrupper og jobbe for å påvirke og bidra til politikken som utformes. Han har forberedt IFMSAs deltakelse i Verdens helseforsamling, som fant sted i mai, og i verdenskonferansen om sosiale ulikheter i helse, som foregår i Rio de Janeiro i oktober. Han har bidratt til utformingen av WHOs manual for innføring av pasientsikkerhet i den helsefaglige utdanningen og har opprettet tett samarbeid med WHOs avdeling for klima og helse. Sammen med medstudent Johanne Helene Iversen fra organisasjonen Universities Allied for Essential Medicines har han også argumentert overfor en ekspertgruppe i

WHO for mer rettfærdige mekanismer for patentering av offentlig finansiert forskning.

I tillegg til sosiale helse-determinanter og ungdomshelse, som henger tett sammen, er helsepersonellkrisen en kjernesak. WHO beregnet i 2006 at det mangler 4,2 millioner helsearbeidere. Dette rammer spesielt de fattigste landene. Hjerneflukten må stanses.

– Vi blir utdannet i landet vi bor i, men det er en kjensgjerning at mange ser seg nødt til å ta seg jobb i et annet land. Det handler om å skape bedre arbeidsforhold der man bor samt at utdanningen er tilpasset de forholdene man skal jobbe under. Det sistnevnte gjelder også i Norge – vi utdannes for det meste i sykehus, men samhandlingsreformen tilsier at de fleste av oss bør jobbe som allmennpraktikere, helst i et lite lokalsamfunn. Det er altså en global utfordring, sier Unni.

Gjennom hele intervjuet påpeker han mangler ved medisinstudiet. Misforstå ham rett, mye er bra også.

– Vi utdannes til å bli gode leger, men når samfunnet er i endring, bør de medisinske fakultetene respondere raskere enn med reformer hvert 20. år. Mange universiteter har vært mye flinkere til dette enn våre. Utviklingen med global helse er noe de medisinske fakultetene bør ta på større alvor. Men det går ikke bare på global helse, faglig og klinisk blir vi nok ikke tilstrekkelig undervist i viktige fag som akuttmedisin og ortopedi heller.

– Blir det lagt til rette for engasjement?

– Ja, det synes jeg. Vi i Oslo har en fleksibel timeplan, og klinikerne som har undervisning med oss, er også fleksible. Men å kombinere studiet med større verv blir veldig utfordrende, derfor tok jeg permisjon dette året.

God veiledning – alfa og omega

Unni har hatt et års permisjon tidligere også, som forskerlinjestudent i 2009. Forskningen på meningokokksepsis pågår fremdeles, om enn noe redusert.

– Jeg har ikke prioritert forskningen så mye som jeg burde. Hvis veilederne mine leser dette, nikker de nok iherdig, ler han. – Men jeg er veldig glad for forskningsprosjektet, mest på grunn av den faglige veiledningen. Den har vært svært givende og har bidratt til at jeg fortsatt har interesse for forskning. Det er utrolig viktig at både forelesere og forskere er tilgjengelige for veiledning av studentene, det kan utgjøre forskjellen mellom å legge inn en ekstra innsats eller å gi opp. Jeg kunne ikke fått bedre veiledning. – Er det begynnelsen på en doktorgrad?

– Jeg håper det.

Det er ikke tilfeldig at vi sitter på Kunnskapsenteret, nærmere bestemt i Global Health Unit. Interessen for global helse gjorde at Unni ville forske litt på det også, og her har han tatt på seg å oppsummere

kunnskap om sju større nasjonale programmer om «task shifting». India, Brasil, Etiopia, Malawi, Venezuela og Tanzania har implementert dette som strategi for å øke antallet helsearbeidere i landet.

– «Task shifting» er en mulig løsning på helsepersonellkrisen ved at man i tillegg til å utdanne vanlig helsepersonell (leger og sykepleiere) også utdanner helsepersonell med ett til to-tre års opplæring i å utføre spesifikke oppgaver, for eksempel vaksiner og keisersnitt. Vi gjør en kasusstudie for å se hvilke faktorer som bidrar til suksess og hvilke som gir fiasko når man implementerer store nasjonale programmer.

Sosy Indian

Unni Gopinathan har mange baller i luften, men finner likevel tid til fritid. Vel å merke skulle den store vennegjengen – kompisene og venninnene fra oppveksten på Mortensrud og Nordstrand – gjerne sett mer til ham. Men de klager ikke, og de takler all praten om global helse når de først ser ham.

– Det er to ting jeg liker veldig godt: global helse og fotball.

– Å se på eller å spille?

– Begge deler. Jeg spiller litt på bedriftsidrettslaget til en kompis. Nå og da henter han inn oss gamle travere som var gode før. Jeg har prøvd meg på dans også, som capoeira, breaking og salsa, men jeg må alltid gi opp fordi jeg går glipp av for mange timer, sier han oppgitt.

Dagen før vi skal møtes får jeg e-post om at han har mistet mobilen sin. Det er visst ikke første gang. Han gir opp å forsvare seg mot vennenes beskyldninger om at han er distré. Det er vel ikke uten grunn at de på videregående ga ham navnet Sosy Indian. – Apropos navn, hvordan var det å vokse opp som gutt og hete Unni?

– Jeg husker det var et sjokk da jeg i sandkassen i barnehagen fikk vite at det var et jentenavn. Jeg har havnet på jenterom på leirskole, og de forventet en jente da jeg dukket opp på sesjon. Men det har ikke budt på de store problemene, og nå humrer jeg bare når det står ms foran navnet mitt på flybilletten.

Det blir snart slutt på all denne flygingen. En liten stund. Etter to års permisjon skal han nå, når IFMSA-vervet går ut, konsentrere seg om å fullføre studiet.

– Jeg tror det er sunt med noen år i klinisk praksis først, men på sikt vil jeg jobbe med global helse. Miljøet i Norge har vært veldig inkluderende, så kanskje det kan bli i Helsedirektoratet, Kunnskapsenteret eller ved et av universitetene. Kanskje kan det også bli et opphold i utlandet eller noe arbeid hjemme. I Kerala, altså.

Eline Feiring

eline.feiring@legeforeningen.no
Tidsskriftet