

NORTHERN M

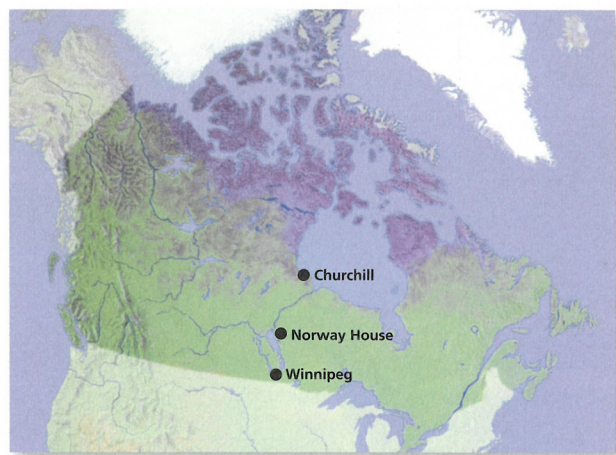
— et pionersenter innen urfolksmedisin!

AV HELEN BRANDSTORP

I 33 år har man i Winnipeg i Canada drevet foregangsarbeid blant indianske folk og inuitter (eskimoer). De tre søylene i virksomheten har vært at alle legene skal drive både klinisk arbeid, undervisning og forskning. Oppgavene er store og kravene til legene likeså. Behovet er tydelig overalt i landet. De som bor på gata og i fengslene er i stor grad indianere.

Utposten har besøkt Winnipeg. Byen midt på det amerikanske kontinentet, sør i provinsen Manitoba. Dette er kornkammeret i Canada. Det er byen med gamle hippier, med historiske arbeiderstreiker og suffragetter. Dette er byen Winni the Pooh kommer fra (Ole Brum på norsk) og hvor en islandsk ætting fant opp nødnummeret og «call 911». Byen har vokst seg stor på stedet der cree-, ojibway- og assiniboine-folkene i 6–7000 år hadde møttes om våren for byttehandel, seremonier og sosial omgang. Den historiske bevisstheten er varierende, rasismen stor. Vi begynner med en sosialhistorisk oppsummering for å forstå helseproblematikken bedre.

Canada og Norge er begge land med høy levestandard og et velutviklet offentlig helsevesen. Faktisk har begge land ligget som nr en på en levestandard rangering lenge, mye takket være oljepenger både her og der. På begge sider av Nord-Atlanteren er det spredt befolkning. Canada er nå verdens største land i utstrekning, men har bare 31,2 millioner innbyggere. Begge land har urbefolkning og barsk, urørt natur. Mye er imidlertid svært forskjellig. Canada består i dag av folk fra alle verdens hjørner, virkelig en tverrkulturell smeltedigel. Før europeerne kom var kanata (cree indiansk for hellig land) befolket av forskjellige indianske folk og in-



uitter. Fra 1600-tallet kom altså immigrantene, først få, så flere og flere. De ble ønsket velkommen til «Turtle Island» (navn etter skapelsesberetningen der en foretsilte seg at hele Nord-Amerika ble dannet på ryggen til en skilpadde).

Aller først kom pelshandlerene og etablerte steder som Churchill og Norway House. Gjestene senere på 1800–1900-tallet kom for å bli. Bit for bit dyrket de opp landet, etablerte kvegdrift og fordrev de opprinnelige brukerne av ressursene. Riktig nok skjedde det med mindre blodspillelse enn lenger sør, men selve livsgrunnlaget for mat, klær og spirituelt liv ble revet vekk. Bisonen ble nedslaktet i millionvis, – «The medicine that walks». Indianerne sultet, manglet klær. De ble altså fordrevet fra områdene de kjente, hvor de fant sine naturlige medisiner, hadde åndelige relasjoner og ellers kunne klare seg i. Indianerne ble syke, døde i stort antall og fattigdommen slo kraftig rot. Reservater ble opprettet, avtaler (Treaties) inngått, – alt i lyset av at europeerne mente indianerne var annenrangs skapninger.

Nye sykdommer på kontinentet tok mange liv, dels pga nye europeiske smitteagens, men mest pga fattigdommen. De ble sett på som tegn på at indianerne var en svakere rase. Raseforskning var det store på begynnelsen av 1900-tallet.

EDICAL UNIT

Europeerne var de mest utviklede av alle raser med lys hud farge, skalleform osv. og deres suverenitet legitimerte at de kunne ta styring der de kom. Da ville det gå alle godt. Kirkesamfunn hang seg på i sin misjonsiver. Til den fruktbare prærien kom det svært mange islendinger, folk fra Øst-Europa og også noen fra Skandinavia. De store innsjøene hadde fisk og korndyrking var enkelt i det flate landskapet. Nord-områdene i Canada er kalde og inuittene fikk være mer i fred. De har derfor beholdt mye mer av sitt levesett og landområder. I dag har de sogar fått en form for selvstendighet i territoriet Nunavut.

Fra venstre: Josef Kanfert, Nichole Riese, Bruce Martin, Amy Crate, Renee J. Barclay. Senterets logo er kariboen, en større utgave av vårt reinsdyr.

Vi kjenner historien videre med internatskoler og reservativ for indianerne. Eget språk, kultur og åndelig liv var forbudt for skolebarna langt hjemme fra. Foreldrene sine så de kanskje en gang i året. Alt de kjente fra før de ble skolemodne, alt foreldrene stod for, var mindreverdig. Eget initiativ ble ikke premiert. Å passivt følge det nye systemet var måten å overleve på. Kanskje ble fengselslivet, som ofte fulgte i voksen alder, derfor lett å klare? Foreldreoppgaver blir vanskelig uten egne erfaringer med foreldre. Man ser i dag selvfølelse – og identitetsproblematikk. Rus og andre fluktvæier er et kjempestort problem.

Hva gjør helsevesenet som får alt dette i fanget? På universitetet i Winnipeg er det et godt eksempel. Der finner vi J. A. Hildes Northern Medical Unit. Senteret ble etablert





Thunderbird House, downtown i Winnipeg. Huset er rundt og fungerer som møteplass, et sted for seremonier og «healing».

tidlig, allerede i 1970. Legen Jack A. Hildes ville skaffe helsehjelp til øde og isolerte distrikter i Manitoba, spesielt til reservatene. Dr. Hildes var egentlig forsker i fysiologi og lungemedisin, men han lot seg engasjere av den dårlige helsetilstanden han så blant landets fattigste. Tuberkulose var et stort problem pga dårlig ernæring, elendige hus og trangboddhet. Helsetilbudet var også skralt, tross altså offentlig helsevesen.

Dr. Hildes klare idé var at arbeidet måtte ha tre ben å stå på: klinisk arbeid, undervisning og forskning. De bena står fremdeles støtt i dag. Armene ut fra senteret strekker seg i mange retninger: til det medisinske fakultetet, andre universitetssykehus, sosialt arbeid i regionene, tannlegefakultetet, det farmasøytiske fakultet, sykepleierfakultetet, School of Medical Rehabilitation og det store biblioteket på universitetssykehuset i Winnipeg.

Avkom har senteret også fått: Centre for Aboriginal Health Research, et forskningssenter på universitetssykehuset i Winnipeg. Og selve senteret er selv en del av Department of Community Health Sciences.

Arbeidet har pågått i 33 år og er derfor et pionersenter i verdensammenheng. Forskning herfra er kjent også i Norge. I «NOU 199:6, Plan for helse – og sosialtjenester til den sa-

miske befolkning i Norge» er forskning fra Winnipeg-miljøet tatt med. Problemer rundt kommunikasjon, bruk av tolk og etikken rundt dette har de jobbet med i 20 år. Forumet International Union for Circumpolar Health er et sted der forskere fra Norge møter sine kolleger fra andre steder i verden, deriblant Winnipeg. Siste møte var i Harstad i 2000, det neste på Grønland.

Problemene Jack Hildes så for 30 år siden har imidlertid endret seg noe, men fremdeles er fattigdommen stor, spesielt litt nordover, når avstanden til byene øker. Leder for senteret Dr. Bruce Martin forteller om stadig mangel på sunn mat, på trygghet. Folk bor i hus bygget rett på marka med bare tregulv, de bor trangt og fuktig. Muggsoppen flourer, de mangler ofte innlagt vann og må bruke utedoen tross streng kulde om vinteren. Mange steder er det bare vei om vinteren, på sne og is. Sniffing og alkoholismen gjør ting mye verre og en forstår at løsninger må komme fra statlige strukturendringer.

Mer håndgripelig for helsepersonellet er det en ser av de kroniske sykdommene. Uhåndgripelig er de epidemiske formene sykdommene har. Av de dårlige boforholdene kan man forstå at *Helicobacter Pylori* er utbredt. Barna smittes allerede som ettåringer og 97 prosent er smittet i en alder av 12 år. Diabetes er et stort problem pga dårlig kosthold,

liten fysisk aktivitet og muligens dårlig ernæring i foster/spedbarnstadiet. I de nordøstlige reservatene har en funnet at 50 prosent av de over 50 år har diabetes!

Inuittene lengst nord har mindre diabetes, men her er fremdeles respirasjonssykdommer ett stort problem, som tuberkulose. Suicidproblematikken er kjent spesielt her, men mindre kjent er kanskje at populasjonen er så ung. Omtrent 50 prosent er under 20 år lengst nord, i Nunavut.

Helsehjelpen til alle disse områdene med stor oversykelighet er organisert annerledes enn i Norge. Urettferdig system, tenker en norsk allmennpraktiker som selv bor i nordlig distrikt. I Canada er det sykepleiere som bor på reservatene og andre nordlige, litt isolerte områder. De har varierende og stadig mindre utdanning. Leger kommer flygende til «the nursing stations» med varierende frekvens. Allmennpraktikere kommer kanskje hver annen uke, mens spesialister flyr sjeldnere ut. Der treffer spesialistene pasienter som de eventuelt kan se igjen på sin egen avdeling på sykehuset i Winnipeg. De små allmennlegestyrte sykehusene i Norway House, Hougson og i Churchill får også besøk. Northern Medical Unit forsyner 18 samfunn i Manitoba og åtte i Kivalliq regionen i Nunavut med helsehjelp. Forskningen til senteret reflekterer det legene ute finner ut at det må forskes på: diabetes, *Helicobacter Pylori*, palliativ medisin for indianere. Undervisningen skjer både desentralisert i distriktene og i Winnipeg. Nær-TV er et vanlig medium for folkeundervisningen lokalt på reservatene.

Allmennleger og studenter tilbys dessuten kortere engasjement og opphold i de fjernt liggende områdene. Allmennlegene kan lære seg distriktsmedisin og urfolksmedisin i sitt spesialiseringsprogram, mens studentene får en tidlig eksotisk opplevelse. Sommerprogrammet for studentene er ti uker langt og populært. Northern Medical Unit tror på å bevisstgjøre de som skal bli morgendagens leger.

Vi traff mange mennesker og ble tatt med flere steder på vårt besøk i sommer. En kort presentasjon av menneskene bak noe av arbeidet får avslutte denne oppsummeringen fra Winnipeg.

Leder Dr. Bruce Martin har selv jobbet i mange år i et isolert reservat, og er opptatt av kommunikasjon. Når vanskelig informasjon skal deles, kanskje om dødelig sykdom, hvem snakker man da med? Hvordan sier man ting, når og på hvilket språk? Han viser til en rettssak som gikk helt til høyesterett der feilbehandling oppstod pga en misforståelse da tolken brukte feil dialekt.

Seniorforsker og professor Joseph M. Kaufert er opptatt av autonomi. Han er også knyttet til Department of Anthropology og Centre for Aboriginal health

Research. Hva betyr informert samtykke for en pasient som er så mye mer familie- og nærsamfunnsorientert enn oss. Hvem tar de viktige beslutningene her? Hvordan kan vi være kultursensitive og la deres legende prosesser gå slik de bør? Minst mulig grad av destruktive misforståelser er målet. God tolketjeneste er en nøkkel. Den må være utdannet og helst fra den aktuelle stammen eller det aktuelle folket.

Dr. Nichole Riese er også forsker med doktorgrad på indianerpasienters opplevelser på sykehus. Hun har jobbet i mange forskjellige urfolksområder, flyr fremdeles ut og har mye å fortelle. Utposten fikk en dobbelttime med henne og vi presenterer hennes erfaringer i et senere nummer.

Legestudenten Amy Crate hadde sommerjobb på senteret. Hun hadde fått plass på universitetet gjennom et eget program; ACCESS. Hun har vokst opp på indianerreservatet Fisher River og er datter av maratonløperen Grenwill Crate. Hun klarer seg godt med ett ben i hver kultur og kan sikkert bli en viktig ressurs for tverrkulturell forståelse blant medstudentene sine. Det var grunnleggeren selv som fikk til ACCESS slik at indianerne selv kunne utdannes og så hjelpe sine egne.

Renee J. Barclay er PR- medarbeider. Hvordan kan man ellers skaffe interesse, inspirere helsepersonell og få tak i penger til arbeidet!?



*Bruce Martin,
engasjert leder av
Northern Medical
Unit.*