

Glimt fra The East Coast, New Zealand

AV ERLING EGENÆS



Bakgrunn

En norsk allmennlege som etter noen år i samme praksis fortsatt trives godt, men som allikevel fant tiden moden for å prøve allmennlegelivet i et fremmed miljø. Min kjære kone Margit ville også være med.

Det måtte være et sted hvor folk stort sett skjønner hva jeg sier, dvs. er engelsktalende, og hvor jeg kunne gjøre en viss nytte for meg. Jeg kontaktet via www et tilfeldig vikarbyrå i Salt Lake City og av litt uklare grunner havnet vi oppunder East Cape i New Zealand. Vi skal være her et års tid.

Hvor?

New Zealand er noen store og små øyer som ligger drøyt 1000 km øst for Australia. New Zealand var så vidt man vet, inntil ca år 1000 e.kr. et mennesketomt delområde av det ensomme kontinentet Gondwanaland som delte seg opp i Australia, Antarktis og New Zealand noen millioner år tidligere.



Erling Egenæs

Født 1951. Cand med. Århus, Danmark 1978. Turnus Namsos 78-79, Verneplikt Ørland Flystasjon/330 skvadronen 79-80, Gjøvik Sykehus rtg. 80-83. Skreia legesenter mai 1983-feb.2008. Medlem kontrollkomisjon SI Reinvoll 1997-2007. Ngati Porou Hauora mars 2008— dd. Bor på Starum, Østre Toten. Tillitsvalgtarbeid lokalt, i fylkesavdeling og regionsutvalg Helse Øst.

På tusentallet kom de første menneskene. Disse var polynesiere som seilte over havet i store kanoer. De kom fra tropene langt ute i nordøst, øyer som de selv nå omtaler som sagnlandet Hawaiki. Den neste bosettingsbølgen begynte etter 1769 da James Cooks skip kom innom. De første beboerne kalte seg etter hvert Maori (normale) og innvandrerne kalte de Pakeha (utlendinger/fremmede). Siden har det vært en kronglete utvikling med kriger og etter hvert traktater som har definert forholdet mellom Maori og Pakeha. Maorier har i mange år ment at de har vært for dårlig behandlet; mistet land, innflytelse og rettigheter, noe mange Pakehaer etter hvert har gitt dem litt rett i. Språket og kulturen var delvis forbudt i mange år. Disse har nå fått en viss renessanse, men det lever et betydelig sinne i deler av befolkningen. Spesielt de som ikke trives så godt i, eller mestrer, den nye verdensorden, har lett for å ta det ut i aggresjon, rusbruk, vold og vinningskriminalitet. Dette fører ofte til et betydelig press på familiestrukturen, til omsorgssvikt og senket sosial status. Dette bildet er slett ikke entydig, svært mange maorier gjør en veldig god samfunnsinnsats og sørger for gode liv for seg og sine.

Det moderne New Zealand er allikevel et samfunn dominert av europeere og deres kultur. Små deler av landet er imidlertid annerledes. På den østligste kysten av North Island, opp mot East Cape definerer 90 prosent av innbyggerne seg som New Zealand-maori. Dette er et svært tynt befolket kystlandskap med sauer, kveg og griser på jordene og villsvin og hare i skogene. Menneskene opprettholder mange samfunnsdvaner som har vært med fra Polynesia. Whanauen, storfamilien spiller en meget aktiv rolle.



Maraene; forsamlingshusene hvor forfedrenes ånder fortsatt æres, er rammen om alle store og små begivenheter som 21-årsdager, brylluper, tredagers begravelser, helseopplysningsmøter, politiske møter etc. Samfunnet er patriarkalsk; de eldre mennene har mest talerett og innflytelse, men de voksne kvinnene er ryggraden som tar hånd om alt i hjemmet og mye i lokalsamfunnet og som passer mokopuna (barnebarna) når far er i Auckland eller Australia på jobb, og mor er her eller der. De gamle mennene tar ansvaret tungt, og de har ofte mange bekymringer spesielt for unge menn på ville veier, eller for unge familier som reiser vekk. De eldre kvinnene lar mennene stå i lyset, men styrer med fast hånd og stort hjerte, når de synes han mister grepet. Store avgjørelser tas ofte i familiemøter. Nettverksmøtetankegangen i moderne psykiatri sies å stamme herfra. Kvinner reiser ofte hjem for å stelle/pleie mor eller far når det trengs. Barneflokkene er store; 30-åringer med sju barn er ikke sensasjonelt. (Men krevende for GP'en når alle er syke og derfor er med inn på kontoret samtidig.) Kjerne-familieene er ustabile. Familieøkonomien er svak.

Det er lite arbeid å få på Kysten; tømmerfirmaer, saue- og kvegfarmer, helsetjenesten, veivedlikeholdsfirmar er de viktigste arbeidsgiverne. Kystfiske og jakt skaffer mange mye av det proteinet de får. WINZ, Work and Income NZ (dvs. NAV), er vel den som forsørger de fleste.

Moderne, motorisert turisme kolliderer med de fleste maoriens dypt alvorlige ansvarsfølelse for naturen. Maoriens lokale stammestyre her på kysten har forbudt; eller som de kaller det, lagt tapu på, bruk av jetbåter på elvene, jetski på

kysten, turistetablissemeter av en viss størrelse i småbyene etc. Det er mye som er tabubelagt på denne måten. Naturen er delvis hellig. Økofilosofien er ikke langt vekk. Det er stille og fredelig overalt på sjø og land her på maoriens East Coast.

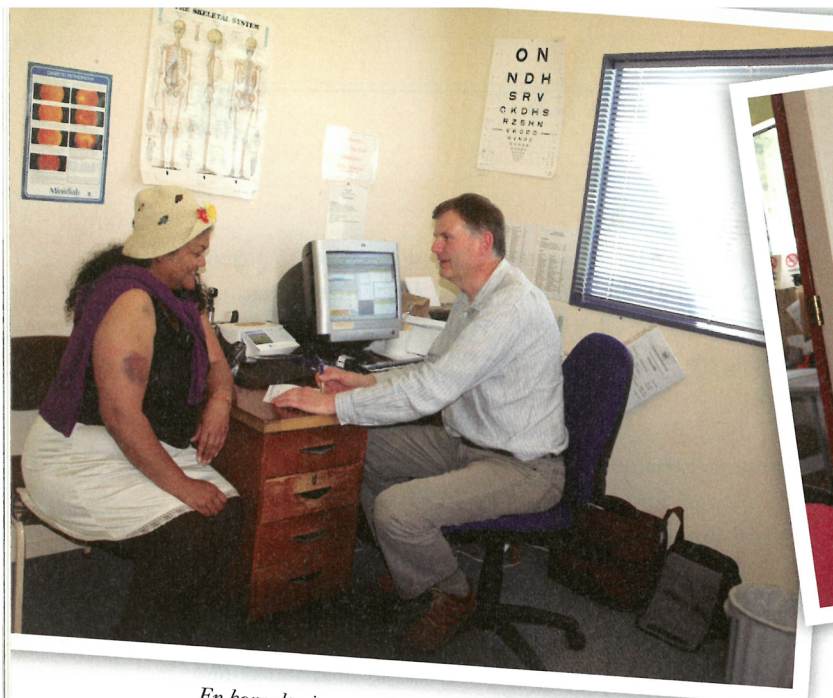
Primærhelsetjenesten i resten av New Zealand vet jeg lite om, men på East Coast er det Ngati Porou Hauora, NPH (Ngati Porou stammens helseorganisasjon) som har kontrakt med staten om å levere en total pakke inkluderende akutt-tjeneste på legevaktsentral og et primærsykehus med fødestue og sykehjemsavdeling, foruten seks Community Health Centres på kysten og to i Gisborne, med 28 000 innbyggere, i sør. På kysten dekker de seks klinikkene til NPH ca 5000 mennesker dvs. nesten alle som bor der. NPH er en organisasjon eid og drevet av maori for maori (og for andre innbyggere) som registrerer seg. East Coast er definert som et område med spesielt store problemer med helse og sosiale forhold. Det er mye grunnet isolasjon og svakt næringsliv. Helsetjenesten inkludert de fleste medisinerne er derfor stort sett gratis.

The Community Health Centres / klinikkene er organisert som en komplett, integrert primærhelsetjeneste med følgende hovedpersoner:

- RESEPSJONISTEN er daglig leder og administrator.
- CLINIC NURSEN er sykepleier, oftest med paramedic opplæring; kan håndtere temmelig seriøs akuttmedisin og er i tillegg vaksinatør og spedbarn-barnekontrollør, blodprøvetaker, sårskifter, cervixcytologitaker, diabeteskontakt, INR oppfølger og deltar også som samarbeidspartner i legens dagligliv på jobben.

Maraen i Whangara.





En konsultasjon med Sophie i Te Araroa.



Clinic nurse Julia.

- **COMMUNITY HEALTH NURSEN** er hjemmesykepleien og tar rett som det er med seg legen på hjemmebesøk. Hun driver oppfølging av mange alvorlig syke kronikere og må også trå til ved ulykker og akutt sykdom både innenfor og utenfor arbeidstid. Det er opp til 100 km fra for eksempel farmene i Waikura Valley til den stasjonære legevakta i Te Puia Springs.
- **KAI-AWHINAEN** har samfunnskontakt og helseopplysning som arbeidsfelt. Mye av hennes arbeid gjøres i de forskjellige maraene, ofte i samarbeid med frivillige organisasjoner. Hun er også ofte utdannet Quit Coach; røykeslutthjelper og har som sådan egne klienter.
- **GENERAL PRACTITIONEREN (GP)** gjør vanlig allmennpraktikerjobb og blir møtt med respekt og forventning om ganske bred kompetanse.

Dette er kjernetroppene. I tillegg er det stadige besøk av jordmor og counsellor/sosialrådgiver.

En vanlig dag på GP-jobben i Te Araroa

Antallet konsultasjoner varierer fra 12 til 28 daglig.

VANLIGE OPPGAVER:

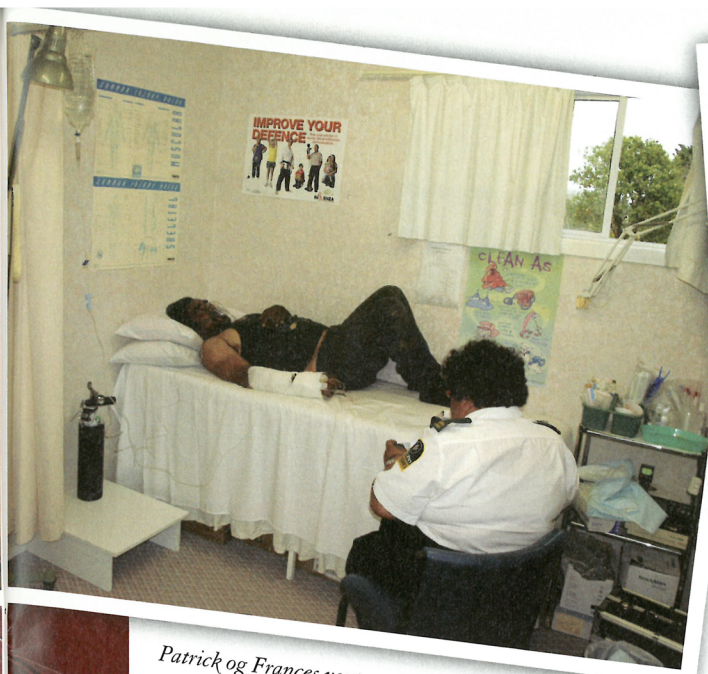
- Femåring med 50 kløende avlange papler; scabies norvegicus. Vanlig tilstand.
- Fireåring med massive eksemplager, infisert med mye væsning i hodebunnen samtidig ganske bra regulert astma.
- 44-årig kvinne med venstresidig hemiplegi trenger erklæring til WINZ om uføreytelser. Hemiplegien fikk hun som 35-åring etter massiv familievold.
- 44-årig mann. Akutt urinsyregikt i venstre kne.
- 46-årig kvinne DM type 2. BMI 27. HbA1C: 7,0. Har med notisboka med alle egenmålingene sine, mange og fine. Flink, får ros og er godt fornøyd.
- 62-årig mann. Kontroll. Hjertesvikt/Mitralklaffeskade etter giktfeber. Godt kompensert.
- 46-årig kvinne trenger attest til WINZ. Kroniske ryggsmarter og gonarthrose.

- 26-årig mann skadet kne i rugbykamp for tre dager siden. Uttalt hydrops.
- 32-årig mann. Symelding pga sekvele etter ankelskade i tømmerkogen.
- 38-årig mann. Akutt urinsyregikt i ankel.
- 44-årig mann har diabetes type 2 og er ikke helt glad for det. Tom for medisin i to uker. Bruker for mye øl, synes han. Vil ikke drive med egenmåling.
- 64-årig kvinne med tre mokopuna på slep. Hun skal måle BT og få medisinene sine. To av barna har utbredt eksem og trenger kremer. Et barn har astma og trenger inhalatorer og spacer, de har glemt medisinene i Auckland. Pleier å bruke steroidinhalator hver dag; flink til det.
- 38-årig mann, kastet av hesten under villsvinjakt for tre dager siden, slo hodet og ryggen. Måtte gå tre timer hjem. Vondt å puste, blitt verre.
- 52-årig kvinne, diabetes kontroll BMI: 35. BT: 120/70. HbA1c: 14,2.
- 58-årig kvinne, hostet i tre uker, grønt ekspektorat. Kronisk bærer av hepatitt B.

I tillegg til pasientene er det ofte enkelte små rådslagninger med en av sykepleierne som ringer fra en av de andre klinikene eller fra et hjemmebesøk hvor de ofte håndterer svært syke mennesker, typiske eksempler: KOLS med kontinuerlig bruk av oksygenkonsentrator, hjertesvikt eller terminal cancer. Kompetansen er høy og innsatsen og engasjementet er imponerende og inspirerende. De synes åpenbart det er helt greit å konferere med «doc» om det meste. Innstillingen er at vi driver denne tjenesten sammen «for our community» og teamfølelsen er sterk.

Jeg har jobbet som GP i NPH fra primo mars 2008. For det meste har de to nordligste helseklinikkene vært mitt ansvarsområde:

- **MATAKAOA KLINIKKEN** (1000 pasienter) i Te Araroa er 70 km fra legevaktsentralen i Te Puia Springs og derfra



Patrick og Frances venter på helikopteret etter økseangrepet.



Te Araroa-teamet.

er det 100 km sørover til det ordentlige sykehuset i Gisborne.

- **TIKITIKI-KLINIKKEN** (490 pasienter) er 30 km nord for Te Puia Springs.

Avstandene/reisetidene er en viktig arbeidsmiljøfaktor her. Vinterstid i juli–august kan tropiske sykkloner vaske bort korte deler av hovedveien i noen få dager av gangen. Da må kysten klare seg selv. Syketransport er tidkrevende og omstendelig, ambulansetjenesten har engasjerte og dyktige ansatte, men bilene er enmannsbetjente, og det er ofte krevende å finne en tilgjengelig og kompetent ledsager dvs. sykepleier til den lange turen til Gisborne. Rød respons betyr helikopter.

Et par observasjoner

KREFT

Det er ofte nokså liten interesse for å dra på sykehus og en del kreftpasienter ønsker ikke å ta imot behandling. Jeg har diskutert dette med to som har cancer mamma og en mann med cancer pulm. Alle tre har åpenbare svulster, er foreløpig symptomfrie, er primærdiagnostisert av onkologer som har gitt sine råd, men etter dette har de valgt å ikke gå videre med behandlingen. De er forøvrig friske folk i 40–50 åra. Temmelig annerledes problematikk enn vi er vant til hjemme. Slikt krever diplomati og tålmodighet av en vestlig GP. Må unngå å presse for mye, men har kanskje klart å påvirke litt; tamoxifen er blitt akseptert.

GIKT OG HELSEOPPLYSNING

I befolkningen i en bydel i Auckland er prevalensen av urinsyre gikt nøyaktig ti ganger så stor hos Maorier som den er hos bydelens Pakehaer. Jeg har i mitt liv som allmennpraktiker i Norge bare sett en håndfull ordentlige urinsyre giktutbrudd. Til og med kjøttetende øldrikkere går fri. I befolkningen her nede ser jeg mange podagraanfall hver uke. Spesielt relativt unge, 30–50-årige, menn kan være invalidisert med destruktive artritt i hender og føtter.

Man har begynt å kunne kartlegge genene som reduserer maoriernes uratnedbryting og utskillelse; URAT1 og GLUT9 kalles visstnok noen av de mistenkte.

Jeg opplever nesten daglig at mennesker med denne genetiske sykdommen føler at de har hele skylden selv. De beklager at de spiser sjømat og kjøtt og drikker øl og lever som de gjør. Vi andre vet jo at europeernes livsstil ligner mye på maorinaboenes, men at genetikken her har vært på europeernes side.

Hva har jeg opplevd

- At maorier ligner mye på totninger og trøndere og andre landsens folk.
- At også personer med imponerende tatoveringer fort kan fortone seg som folk flest.
- At det er interessant å foreta en (om enn midlertidig) migrasjonsprosess til et sted hvor Norge er omtrent like velkjent som Georgia og hvor jeg av myndighetene primært ble behandlet som en delvis uønsket innvandrere.
- At vanlig norsk allmennpraktikererfaring er nyttig bagasje å ha med seg ut i verden.
- At det kan være sunt (og morsomt) å befinne seg lengre nede i hierarkiet igjen.
- At det er moro å lære maorikvinner å bake surdeigsbrød, og så til og med i maraen da.
- At det er forskjell på å drive allmennpraksis der somatisk sykdom og ikke hvordan folk føler seg, dominerer.
- At det er en ære å bli tatt imot med stor varme og tillit av mennesker med til dels temmelig mye vanskeligere utgangspunkt enn mitt.
- At en primærhelsetjeneste som er godt sammensnekret og som har god kontakt med lokalsamfunnet sitt, er et godt arbeidsmiljø for en doctor.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
erlinge51@hotmail.com