Stafettpinneholderen

En norsk forsker jobber jevnt og trutt for å stoppe en neglisjert tropesykdom. Hun får penger fra Bill & Melinda Gates Foundation, er intervjuet i The New York Times og pendler mellom et kontor i kjelleren på Ullevål og landsbyliv i Sør-Afrika. Eyrun Kjetland er en av verdens fremste eksperter på schistosomiasis.

«Det er oppsiktsvekkende at et norskledet forskningsprosjekt får hovedoppslaget i The New York Times,» skriver professor Myrvang i en e-post. Kollegene på infeksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo universitetssykehus, Ullevål, er tydelig stolte. Eyrun Kjetland holder til på et lite dobbeltkontor i kjelleren på sykehuset og har sterk tilhørighet til avdelingen.

– Jeg har vært tilknyttet Infeksjonsavdelingen ved Oslo universitetssykehus siden 1996. Kompetansesenteret for import- og tropesykdommer, hvor jeg nå er postdoktor, ble opprettet etter hvert.

Kjetland er kanskje lite kjent i Norge, men hun er blitt en internasjonal størrelse innen tropesykdommen schistosomiasis. Hun snakker Haugesunds-dialekt iblandet mange engelske ord og uttrykk.

– Hvor kommer du fra?

– Det er kanskje det vanskeligste spørsmålet, ler hun. – Min nasjonalitet er norsk. Min hjemfølelse er, tja, litt så som så. Jeg har tysk mor og norsk far. Jeg vokste opp på Island, i Sverige, i Tanzania og i Sør-Afrika og kom til Norge da jeg var 17 år. Jeg har gått på dansk, svensk og engelsk skole. Jeg gikk rett inn tredje klasse på videregående skole og fikk karakteren 2 i norsk, humrer hun.

– Hvorfor flyttet dere så mye rundt?

– Foreldrene mine var misjonærer. Faren min er lege.

Kollegaen kommer, det smale dobbeltkontoret blir litt fullt og vi flytter oss til biblioteket.

– Du har en spennende bakgrunn.

– Den var nesten litt for spennende. Jeg husker godt at vi var i Norge noen måneder da jeg gikk på ungdomsskolen. Søsteren min og jeg hadde tre sett med klær som kunne brukes i norsk klima, og klærne var helt like. Vi gikk i sjuende og åttende klasse. Vi hadde vide terylenbukser, de andre hadde trange olabukser. Den hjemmesydd kjolen brukte vi bare én gang. Det var ganske tøft. I ettertid tenker jeg at det at jeg skilte meg ut, har gjort at jeg tåler en del.

– Nå har du base i Oslo?

– Jeg er halve året i Oslo som kliniker og halve året i Sør-Afrika som forsker.

– Du har fem stebarn?

– Jeg giftet meg med en mann som har fem barn. Jeg er heldig på den måten. Nå er den yngste 18 år, så alle er i grunnen blitt store.

– Hvordan er det å leve med deg som bor i to verdensdeler?

– Jeg har kjent ham lenge – han var en av de første jeg ble kjent med da jeg flyttet til Norge, så han visste hva han gikk til. Jeg kommer til Norge annethvert år til jul. Han kommer til Sør-Afrika annethvert

«Når man gjør en tverrsnittsstudie, vet man ikke hva som er høna og hva som er egget»

år til jul og tar ofte med noen av barna.

Vi snakker på Skype, og så er vi trygge på hverandre. Han er kanskje ikke helt A4, han heller – han er musiker med åpent sinn og stor toleranse.

Blyforgiftet

– Hvorfor ble du lege?

– Jeg ble lege fordi jeg var pasient da jeg var fem år gammel. Jeg var innlagt med blyforgiftning.

– Så uvanlig.

– Jeg hadde bare spist noe maling. De trodde i alle fall at det var blyforgiftning. Jeg fikk lyst til å bli lege. Det har «stuck with me» siden.

– Hvorfor begynte du å forske?

– Det var ikke planlagt. Jeg fikk spørsmålet da jeg jobbet med midlertidig lisens på avdelingen og svarte at det kunne jeg tenke meg hvis det var klinisk rettet og i Afrika.

– Hvorfor ville du jobbe i Afrika?

– Jeg ville hjem.

– Så hjemme er aller mest Afrika?

– Det er noe med å bruke byggsteinene som jeg hadde fått tidligere i livet. Jeg er flerkulturell. Det er fint å kunne bruke det i mitt arbeid som infeksjonsmedisiner. Her møter vi ofte mennesker med flerkulturell bakgrunn. Vi har pasienter som ikke kommer til tiden, som ikke tar pillene sine, som deler dem med andre og som har tusen hensyn å ta som vi ikke kjenner til. Flesteparten har hjertet sitt i et annet land. De bor så billig de kan her og sender det de makter å unnvære til hjemlandet. De tar seg av foreldre, søsken, onkler og tanter. I Norge er de utsendt på vegne av hele sin slekt, «the one who got the opportunity». Jeg kan kjenne litt av den samme følelsen. Jeg har fått gratis utdanning og synes jeg har vært heldig.

Eyrun fryser lett i Norge, men varmen fra menneskene rundt henne er viktig for forskeren.

– Klimaet har litt å si, det er godt og varmt i Sør-Afrika, men jeg merker godt at det er stor forskjell på samfunnene. I Norge synes jeg det er vanskelig å takle mennesker jeg ikke kjenner, dem man møter på bussen og i storsamfunnet.

– Hvordan da?

– Jeg opplever dem som veldig kalde. Men Oslo er blitt bedre siden jeg kom hit første gang, understreker hun. – Nå hilser folk på supermarkedet. Den gang kunne du gå på butikken uten at damen i kassen møtte øynene dine. Det er stille på bussen. Jeg må ha energi for å gå ut i samfunnet i Norge. I et annet land får jeg energi av å gå ut. Skal du gå på bussen her, vet du at noen kommer til å dytte deg litt. Ingen holder døren for deg. Jeg er vokst opp i et samfunn hvor folk sier «bless you» hvis du nyser. Det er så stille her. Det er ikke noen refleksjon av deg i de menneskene du har rundt deg. Det synes jeg det er vanskelig å forholde seg til. Men sykehusmiljøet er flott, det er varmt og menneskelig. På gaten i Oslo kolliderer folk med deg uten å si unnskyld.

Hun synes det er blitt lettere å forholde seg til den norske væremåten etter hvert.

– Når noen skumpet borti meg nå, tenker jeg at det bare er «en nordmann». Det er ikke sikkert han er sur, og det er ikke noe med meg. «It's just the Norwegian way.»

Foto: NTB scanpix

Eyrun Flörecke Kjetland

Født 21. juni 1964

- Cand.med. Universitetet i Oslo 1993
- Ph.d. Universitetet i Oslo 2006
- Postdoktor ved Kompetansesenter for import- og tropesykdommer, Oslo universitetssykehus fra 2006
- Lege i spesialisering i indremedisin, innimellom bussjåfør
- Har gjort feltarbeid i Malawi, Zimbabwe, Sør-Afrika og på Madagaskar
- Gift med musiker Tom Roger Aadland

«Schisto»

– Hvorfor valgte du å forske på tropesykdommer?

– Det var litt tilfeldig. En foredragsholder lette etter en forsker som kunne gjøre klinisk undersøkelse for gynekologisk schistosomiasis – og vi var på utkikk etter et prosjekt. I en pilotstudie i Malawi fant vi at gynekologisk schistosomiasis var mye vanligere enn vi hadde trodd. Etter artikkel-skriving og turnustjeneste var det noen i Zimbabwe som ønsket at vi ble med på et større prosjekt.

Det er ikke så mye oppmerksomhet rundt schistosomiasis, bare kalt «schisto» av dem som jobber med det.

– Sykdommen ble oppdaget i 1899, og først 90 år senere kom den første større befolkningsundersøkelsen om gynekologiske skader. Infeksjonsmedisineren Hermann Feldmeier tenkte med én gang at det kunne være en risikofaktor for hiv.

– Hva holder du på med nå?

– Vi har en større studie gående i Sør-Afrika. Da vi undersøkte kvinner i Zimbabwe, avdekket vi forhold som var veldig skremmende – genital schistosomiasis var assosiert med hiv. Når man gjør en tverrsnittsstudie, vet man ikke hva som er høna

og hva som er egget. Vi tror at schisto kom først. Det andre funnet som sjokkerte meg som kliniker ute i bushen, var at behandlingen ikke virket. Etter tre måneder var lesjonene fortsatt der. Var det noe galt med medisinene?

Hun fortsetter: – Jeg økte doseringen til det høyeste jeg hadde hørt om og så kvinnene igjen flere ganger, noen få gjennom fem år. Lesjonene var uendret. Jeg tegnet, fotograferte og dobbeltsjekket og gikk en god del runder i Europa og USA for å forsøke å finne alternative behandlingsmåter. Det som var klart, var at ormen var død. Urinschisto forsvant, men skadene var der fremdeles. Det eneste som fantes var kirurgiske løsninger, men det er ikke noen holdbar løsning i et utviklingsland. Jeg måtte reise tilbake til landsbyen og fortelle kvinnene at jeg ikke visste hvordan jeg skulle behandle det. En kvinne i en av gruppene jeg holdt, lente seg over mot meg, klappet meg på låret og sa: «Don't worry doctor, we have bigger problems than this one.»

Hun slår ut med armene. – Det er jo så sant. Vi kommer med våre ideer om hva som er viktig og hva som ikke er det.

– Hvordan er det å forske i Afrika?

– Hverdagen er kaotisk, ikke strømlinjeformet, og man må ta det som det kommer.
– Det er kanskje sensitivt å forske på gynekologiske problemstillinger?

– Da jeg ga opp å behandle voksne, begynte jeg å se på behandling av barn og unge. Det er et minefelt: barn, hiv og gynekologi. Vi gjorde en undersøkelse av 10–12-åringer, og de har gynekologiske symptomer før de er seksuelt aktive. Man må forberede samfunnet på at man kommer med denne problemstillingen, sier hun.

– Misbrukspotensialet må minskes. Vi har kun kvinnelige ansatte – sjåfører, intervjueere og prøvetakere. Det har vært ordentlig vanskelig å få til dette. Det er også en gruppe noe eldre jenter som får tilbud om gynekologisk undersøkelse. Mange har vært utsatt for seksuelle overgrep og har traumer. Sør-Afrika er et av landene i verden hvor det begås flest voldtekter. Vi har måttet drille personalet mye på forhånd. Folk skal ha gode møter med helsevesen og helseforskning. Vi skal ikke legge igjen noen negative spor i samfunnet.
– Dere kan bli nødt til å gi vanskelige beskjeder når dere tester for hiv?

– Det gjør vi, og det betyr at vi ikke kan slippe tak i et menneske uten å ha en plan. Vi på klinikken hadde alliert oss med en nabo-institusjon som skulle følge opp dem som fikk påvist hiv. Dette viste seg å være en massiv jobb. Det er 2 000 tenåringer inkludert i studien, og 25 % er hivpositive. De er fortsatt i skolealder. Vi hadde gjettest på 8 %. Naboklinikken taklet ikke mengden. Nå har vi fått inn egne hivrådgivere som følger opp disse jentene.
– Får de medisiner?

– Ja, i Sør-Afrika er det satt i gang anti-retroviral behandling. I Zimbabwe var det ikke tilgang på medikamenter den gang, det var forferdelig.

– Du bestiller gatekjøkkenmat til klinikken?

– Når man jobber med barn og tenåringer, kan man ikke gi penger, men man kan gi dem noe de nyter godt av der og da. Vi har valgt å ha ballspill, musikk og videoer, og vi bestiller mat. Vi prøver å gi dem gode opplevelser.

– Hva håper du å oppnå med forskningen?

– Vi ønsker å få det avklart om schistosomiasis gjør deg mer sårbar for hiv. Det er ingen lett måte å gjøre dette på, for vi kan ikke ha randomiserte, kontrollerte forsøk med placebo. Det andre er å kartlegge hvor mye plager genital schistosomiasis gir kvinner, og hvordan det best skal behandles.

Gates

– Schistosomiasis er en såkalt neglisjert tropesykdom. Hvorfor det?

– Den har ikke høy dødelighet, og de verste urogenitale symptomene er hos 10–15-åringer, en alder der slike symptomer er særlig tabubelagt. Dessuten er det mer normalt enn det motsatte. Alle tisser rødt. Det er dessuten vanskelig å forske på det. Du må ut på landsbygda og gjøre gynekologiske undersøkelser. Du trenger auto-klav, strøm og sterkt lys.

– Hvorfor er det viktig å undersøke dette?

– Vi tror at schistosomiasis kan gjøre kvinner sårbare for hiv, og vi vet at mange har genitale plager.

– Hvor mange rammer det?

– Det er 250 millioner som har schistosomiasis.

«Vi skal ikke legge igjen noen negative spor i samfunnet»

– De får parasitten når de bader i infisert ferskvann. Får de det ikke bare på nytt etter behandlingen?

– Jo, individuell behandling er ikke måten å løse problemet på. Man må jobbe med samfunnet. Verdens helseorganisasjon har lagt opp et løp hvor behandlingshyppigheten avhenger av forekomsten i området. Dette må man gjøre i flere år for senke transmisjonsraten.

– Du er blitt omtalt i The New York Times, du har fått penger fra Bill & Melinda Gates Foundation. Hvordan har du lyktes så godt?

– Vel, den andre siden av medaljen er at vi er helt tomme for penger igjen. Dette halvåret har vært tøft økonomisk. Det er et dyrt prosjekt, og vi har faktisk ikke midler i disse dager. Så man kan si «har lyktes», men det er jo bare til en viss grad. Prosjekter får nesten aldri midler for lengre perioder enn kanskje fire år. Det å få penger fra Gates-stiftelsen var beinhardt arbeid. Man må holde foredrag der de oppholder seg, svare på henvendelser i ferien, på fritiden eller på natten. Sosialdemokratisk arbeidstid gjelder ikke i USA. Man må være på få hev og holde ut alle rundene.

Hun fortsetter: – Vi fikk korte frister.

Gundersen satt på fjellet med solcellepanel og skrev, jeg satt i Oslo, Vennervald satt i København og Taylor i Sør-Afrika. Alt foregikk i fellesferien, vi måtte levere i august. Å skrive en søknad tar måneder. Gates-stiftelsen dekker bare lokale kostnader i Sør-Afrika, så forskerne har fått midler fra Forskningsrådet og EU og mange små stipender. Det er mange idealister, mange mennesker som bidrar til dette prosjektet. Vi er åtte institusjoner som jobber sammen.

– Det er du som leder hele prosjektet. Er det tyngende?

– Nei, det er det ikke. Jeg sørger alltid for at jeg har pasientkontakt. I år holdt jeg i gjennomsnitt to foredrag per dag fra januar til mars. Jeg møter mange flotte mennesker som står på for Landsby-Afrika.

– Er det noe annet som gir deg påfyll?

– Musikk. Jeg er glad i Bob Dylan og mye annet. Jeg får påfyll hjemme.

– Hvor er hjemme?

– Hos min mann.

Pliktfølelsen

– Hva håper du å kunne utrette?

– Noe av det som kommer med u-landsforskning, er at man drar andre med seg. Du formidler det du kan. Alle som er involvert i prosjektet, må være med på en eller annen form for undervisning. Norske studenter som blir med, får et innblikk i hvordan det er å leve litt mer på kanten av stupet. Nordmenn lever veldig trygt. Jeg håper at det kommer noen mennesker ut av dette prosjektet som har lyst til å forske mer i u-land og som har drivkraft til å ta imot stafett-pinnen når den tid kommer. Dessuten er det noe med å skjenke inn i marginen at vi lever i et globalt samfunn.

Hun er opptatt av ansvar.

– Når man har tatt doktorgraden, er det kanskje noen som føler seg litt ferdige etterpå. Vi har ansvar for at kunnskapen vi har samlet inn, kommer til riktig sted. Som u-landsforsker har du et særlig ansvar for å overføre din kunnskap til storsamfunnet. Du må fortelle om hva du har funnet, du må informere Verdens helseorganisasjon. Det er en viktig plikt. Det er mye god forskning som ligger på hyllen. Det er ikke etisk riktig å la viktig kunnskap støve ned.

Marit Tveito

marit.tveito@me.com
Alderspsykiatrisk avdeling
Diakonhjemmet Sykehus