

Finnmarks helsehistorie gjennom 150 år

*5. årsoppgave
- i medisinstudiet ved
Universitetet i Tromsø*

Tromsø 14.09.10

Student: Maiken Julianne Brevik, MK-05

Veileder: Inger Njølstad ISM Tromsø

Innhold

Resymè	side 3
Introduksjon	side 4
Metode	side 6
Finnmark i dag	side 7
Finnmark på 1800-1900 - tallet	side 8
Den finske innvandringen	side 9
Den samiske befolkningen	side 9
Tuberkulosen	side 10
Andre verdenskrig	side 13
Skjermbildefotoferingen	side 18
Hjerte og karsykdommer i fokus	side 19
Forsdahl-Barker hypotesen	side 23
Andre helsemessige utfordringer i dagens Finnmark	side 25
Avslutning	side 28
Figurer	side 29
Kilder	side 32

Resymè

Dette er en samfunnsmedisinsk historisk litteraturstudie som omhandler Finnmark. Problemstillingen er følgende; Hvilke helsemessige utfordringer har dominert i Finnmark fra 1850 og til i dag? Mye av litteraturen jeg har brukt kommer fra ISMs utgivelser (Universitetet i Tromsø). Har ellers brukt internett for å finne frem til artikler og lignende. Oppgaven tar for seg de ulike epokene som Finnmark har vært igjennom i en helsemessig synsvinkel. På 1800-tallet rådet fattigdom og dårlig helse grunnet lite mat og dårlige levekår. I begynnelsen av 1900-tallet slo tuberkulosen til i en allerede svekket Finnmarksbefolkning. Man hadde ikke medisiner mot tuberkulose på denne tiden og sykdommen krevde mange menneskeliv, og dødeligheten på landsbasis var størst i Finnmark. 1939 begynte andre verdenskrig og ingen annen landsdel ble hardere rammet enn Finnmark. Okkupasjon, og bombing ble en del av hverdagen. Krigens dramatiske slutt med brent jord taktikk, tvangsevakuering og flukt satte sine spor i mange. Etter krigen blusset tuberkulosen opp igjen og selv om man hadde skjernbildefotofering og medisiner så fikk man ikke dette under kontroll i Finnmark før ti år senere enn resten av landet. Så vokste en ny gruppe sykdommer frem – hjerte og karsykdommene. Finnmark igjen øverst på dødelighetstatistikken. Høyt kolesterol og mye kokmalt kaffe syntes å være noe av årsaken, men sannsynligvis ikke hele sannheten. Kunne det være en sammenheng mellom de kår finnmarkingene har levd under og utvikling av sykdom senere i livet? Dette mente distriktslege i Sør-Varanger Anders Forsdahl og hans teori er støttet av mange. Til slutt vil jeg rette blikket fremover og drøfte mulige utfordringer i fremtiden, og da tenker jeg mest på infeksjonssykdommer. Med økt ferdsel over verdens landegrensener vil man kunne se en endring i befolkningens sykdomsbilde.

Introduksjon

Min 5. års oppgave handler om Finnmark, særlig Øst-Finnmark, og befolkningens helse gjennom 150 år. Jeg vil fokusere på de helsemessige utfordringer som har vært dominerende fra midten av 1850-tallet og frem til i dag. Grunnen til at jeg har spesiell interesse av «helsehistorien» til menneskene i Øst-Finnmark er at jeg er født og oppvokst her. Jeg planlegger å etablere meg som kommunelege i Vadsø, og for meg er det viktig å inneha en viss kunnskap om lokal historie. Gjennom de årlige medisinalberetninger skrevet av distriktsleger har man fått verdifulle beskrivelser av medisinske, sosiale og hygieniske forhold i Finnmark. Fra 1850-tallet var legedekningen stor nok til å dekke mesteparten av fylket slik at man på bakgrunn av dette har opplysninger om levekårene i Finnmark generelt. Finnmark har vært sterkt preget av fattigdom og dårlige levekår, og hvordan dette påvirker menneskenes helse er noe jeg vil gå inn på.

Når man skriver en oppgave som omhandler Finnmarks historie kommer man ikke utenom det som skjedde mellom 1939 og 1945 – andre verdenskrig. Jeg vil beskrive i hovedtrekk hvordan Finnmark ble rammet og diskutere hvordan dette kan ha hatt helsemessige konsekvenser for befolkningen.

Ellers har Finnmark vært et yndet fokus for diverse forskning. Det hele begynte med tuberkulosens herjinger på 1900 tallet. Tuberkulose og andre infeksjonssykdommer var de viktigste dødsårsaker i Norge de første tiår av 1900-tallet. (1) I Finnmark var forholdene enda verre enn i landet for øvrig. Statens Skjermbildefotografering (siden Statens Helseundersøkelser) ble opprettet i 1947 for å kartlegge utbredelsen av tuberkulose i Norge, og finne dem som var blitt smittet slik at de kunne bli behandlet og dermed hindre videre spredning av sykdommen. Dette krevde en masse ressurser og da tuberkulosen slapp taket i Finnmark på 1970-tallet, dog 10 år senere enn resten av landet, besluttet man ikke å legge ned institusjonen. Helt siden 1960-tallet da man begynte å registrere dødelighet og dødsårsaker i de ulike

fylkene i Norge har Finnmark ligget på toppen. Særlig har hjerte- og karsykdommer vist seg å være en fremtredende årsak. Grunnen til dette var uvisst og dermed tok Statens Skjermbildefotografering fatt på en ny oppgave; å kartlegge risikofaktorer for hjerte-karsykdommer og prøve å finne en forklaring på den høye dødeligheten. Fremdeles ser man en forskjell mellom Finnmark og andre fylker i Norge men forskjellen er dog ikke så stor som den var før. Kunnskap om hjerte- og karsykdommer og intervensjoner med hensyn til livsstilsfaktorer blant mennesker i Finnmark har muligens bidratt til dette.

Sammen med Fylkeslegen i Finnmark og Universitetet i Tromsø har Statens Helseundersøkelser gjennomført i alt sju store befolkningsundersøkelser i Finnmark og den første startet i mars 1974. (2) Dette er blitt en unik kohortstudie som har gjort det mulig å se på utviklingen av helsesituasjonen i Finnmark over flere tiår. Finnmarksundersøkelsene har vært opphav til flere doktorgrader og forskningsarbeid. Intervensjoner har vært gjennomført og resultatene kunne analyseres i resultatene i påfølgende undersøkelser. Finnmarksundersøkelsene har vært viktige for å belyse helsesituasjonen i Finnmark, da fylket til tider har vært på topp i Europa når det gjelder dødelighet av hjertekarsykdommer, og disse studiene har vært vesentlige i arbeidet med å redusere insidensen av disse sykdommene.

De to sykdommene /sykdomsgruppene som har påvirket sykkeligheten og dødeligheten mest i Finnmark de siste 100 år, er tuberkulose og hjerte- og karsykdommer. Tuberkulosen rammet befolkningen i Finnmark i hovedsak før, under og like etter andre verdenskrig, mens ischemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt, angina) og hjerneslag økte dramatisk i etterkrigsårene og nådde sin topp tidlig på 1970-tallet.

Problemstillingen for oppgaven blir altså: ***Hvilke helsemessige utfordringer har dominert i Finnmark fra 1850 og til i dag?***

Metode

Dette er en litteraturstudie hvor mye av kildene kommer fra ISM skriftserie fra Universitetet i Tromsø. I ettertid ser jeg at store deler av oppgaven baserer seg på avdøde distriktslege og senere professor i allmennmedisin Anders Forsdahl sitt arbeid gjennom hans karriere som lege i Sør-Varanger. Mange av de skriftseriene fra ISM som jeg har brukt har han forfattet, deriblant en samling av medisinalberetninger som legene i Finnmark har skrevet helt siden 1800 tallet. Forsdahl laget en egen utgivelse for medisinalberetningene fra Sør-Varanger og jeg ble oppmerksom på denne via min veileder i 5. års allmennpraksis som jeg hadde i denne kommunen, Harald Sunde. Ellers har jeg brukt ISM skriftserien om Finnmarksundersøkelsene som er gitt ut i flere utgaver av ulike forfattere deriblant Inger Njølstad, Beate Lupton, Rune Hermansen, Anders Forsdahl med flere. I tillegg har jeg benyttet en del artikler fra Tidsskriftet for Den norske legeforening om både hjerte og karsykdommer og tuberkulose, samt British Medical Journal hvor forfatterne har vært blant andre Kjell Bjartveit. Jeg har også brukt internett en del for å finne kilder. Da har jeg brukt Google og Wikipedia samt Pubmed som søkemotorer. Ord som jeg har søkt på er ”Finnmarksundersøkelsene”, ”tuberkulose”, ”andre verdenskrig i Finnmark” og ”Forsdahl Barker”. I tillegg har hjemmesidene til Helse Finnmark, NAV, Statistisk Sentralbyrå og Norsk Folkehelseinstitutt vært flittig brukt. Hva krigen angår har mye blitt meg fortalt gjennom min oppvekst i Vadsø av besteforeldre/oldeforeldre og andre bekjente. Gjennom sommerjobber i eldreomsorgen får man høre mange historier. I tillegg har jeg tatt med noen av forfatter og lærer Grete Haagenruds synspunkter som blir belyst gjennom et intervju med henne utført av en skoleelev. Hun vokste opp i Vadsø under andre verdenskrig og har på bakgrunn av sine opplevelser laget en barnebokserie, ”Sofie og Katrine”, som handler om den tøffe men også spennende oppveksten i et krigsherjet Finnmark.

Finnmark i dag

Finmark fylke er landets største i antall kvadratkilometer, med store avstander mellom de 19 kommunene. Fylkets befolkning er flerspråklig og flerkulturell med samer, kvener, nordmenn og en andel russere. Det bor i overkant av 70 000 mennesker i Finnmark. (3) Fylket har to somatiske sykehus, ett i Kirkenes og ett i Hammerfest. Ellers er det mindre helsesentre, legekontor og sykestuer rundt om i fylkets kommuner. Det er i tillegg spesialistpoliklinikk i Alta og spesialistlegesenter i Karasjok. Det er tre sentre for psykisk helsevern og de ligger i Tana, Alta og Lakselv. I følge NAV har Finnmark ca 90 fastlegejemler (4). I følge fylkeslege Karin Straume er det i tillegg er det 24 turnusplasser i kommunehelsetjenesten og 32 turnusplasser i spesialisthelsetjenesten.

Finnmark på 1800-1900 tallet

Levekår

Distriktslege/fylkeslege i Sør-Varanger Dr. Wessel beskriver i sine medisinalberetninger i 1903 (5) en kamp om tilværelsen med intens innhøsting av det naturen hadde å by på om sommeren/høsten og det å forsøke å få maten til å strekke til hele vinteren. Mange mislyktes med dette. Den aller viktigste næringskilden for menneskene i Finnmark på denne tiden var fisk. Fisk er næringsrik og sunn mat men også viktig for byttehandel av mel med russerne, særlig for menneskene i Øst-Finnmark. Mel var en viktig del av kosten men tilgangen var altså totalt avhengig av fiskeutbyttet. Når man leser medisinalberetningene skrevet av distriktsleger kan man se at fiskeutbyttet var langt fra stabilt. (5) Enkelte år var gode fiskeår og med dette fulgte bedre levekår. Da var det nok fint å bo i Finnmark med god tilgang på mat, utbedring av hus og anskaffelse av nye redskaper som gjorde arbeid lettere. Den allmenne helsen ble bedre, ikke bare fordi folk slapp å sulte, men de hygieniske forhold ble utbedret. Denne lykken var kortvarig, men kom og gikk. I mellomtiden kunne det gå år før fiskelykken slo til. Denne totale avhengigheten av et fiske som kunne svinge så voldsomt preger befolkningen den dag i dag, og selv har jeg blitt fortalt om at fiskelykken ikke kommer før syv år med uår. Da var det at kampen om tilværelsen satt inn for fullt. Ikke hadde de fisk og derav manglet de mel. Det viktigste fisket var om våren, men sommer og høstfiske var også avgjørende. Kun de aller rikeste hadde råd til å skaffe seg reinkjøtt om vinteren på grunn av de skyhøye prisene. Det folk hadde å falle tilbake på var kyrne og deres produksjon av melk. Men også her rådet sulten. En utsultet ku produserer ikke melk, men det aller verste var at mange opplevde at deres storfe døde av sult. Hungersnøden stod da for døren. Enkelte år klarte man ikke å få maten til å strekke til lengre enn til nyttår. Foreldre sultet så deres barn skulle få mat. Wessel skriver i sine medisinalberetninger at forholdene var så elendig at folket sannsynligvis hadde sultet i hjel hadde det ikke vært for nødhjelpen som kom fra sør i landet. (6) Levekårene Wessel beskriver i Sør-Varanger kommune var ikke noe annerledes enn

fylket forøvrig. Epidemier av flere farlige smittsomme sykdommer utviklet seg og mange døde av kopper, tyfoidfieber, flekktyfus og febris recurrens. Slike forhold kan man sammenligne med flere av dagens utviklingsland.

Den finske innvandringen:

Innvandringen begynte på 1800 tallet men den største bølgen kom i 1860 da det var økende hungersnød i Finland. I 1867 kom frosten allerede 3. september til Finland og ødela det lille de hadde av poteter etc å leve av. Det året døde det ca 90 000 flere mennesker enn det ble født i Finland. Tyfoidfieber, febris recurrens, flekktyfus, kopper og sult alene tok livet av veldig mange. Mange forlot hus og hjem i store flokker og kom til Finnmark, kjørende etter rein, på ski og til fots, for å prøve lykken som fiskere. I gode fiskeår var det behov for arbeidskraft for å høste av havets rikdommer, og det var da lett å slå seg ned i Finnmark. Inntil finlenderne fikk seg egen eiendom og hus måtte de bo hos venner og bekjente, noe som førte til langvarig overbefolkning av husstandene. Men etter hvert som fiskeutbyttet svingte så man at denne store innvandringen gikk ut over befolkningen som allerede var bosatt i Finnmark og det ble vanskeligere å få seg hus og arbeide. Den store innvandringen opphørte i 1870 samtidig som forholdene i Finland bedret seg. (7)

Fra nå av kunne man dele befolkningen i Finnmark inn i tre; finsk-ættede eller kvener som man også kaller denne gruppen, samiske og norsk-ættede. I år 1900 bodde det 33 000 mennesker i Finnmark, hvor 55% var etnisk norsk, 29 % var samisk og 16 % var av finsk ætt. (2)

Den samiske befolkningen

Den samiske befolkningen i Finnmark har størst representasjon i den midtre/vestlige delen av fylket. Mennesker av finsk avstamming finnes over alt i Finnmark, men er høyest representert i østfylket. Tidligere delte man den samiske befolkningen grovt etter hva de drev med (sjøsamer, elve- og innsjøsamer, skogssamer og fjellsamer), men dette har man gått mer bort fra

i dag. Sentralt i samisk tradisjon står naturen, jakt, fiske og reindrift. Reindrifsamene levde som nomader og forflyttet seg mange kilometer mellom dyrenes sommerbeite og vinterbeite. På denne måten hadde de ikke hus men bodde i gammer. Samenes religion er fra gammelt sjamanistisk. Dette vil si at den som var sjaman var bindeleddet mellom den menneskelige og den åndelige verden. Mye dreide seg om naturen og jakt og fiskelykke. Gjennom en tromme kunne sjamanen spå hvordan disse forhold ville bli i fremtiden. Ellers hadde de flere guder som representerte forskjellige områder. Eksempler er *Dearpmis*, himmelens gud som rådet over været, *Leaibolmmái* som var jaktens gud og *Máttaráhkká* som skapte kropp til barnesjelen når den ble født. I dag er det kristendommen som dominerer blant samer i Finnmark, men den gamle tradisjon og tro har en plass i de samiske hjerter. I dag er det kun et fåtall som lever på den tradisjonelle samiske måten. Det samiske folk er i stor grad integrert i det norske samfunn. Derfor er det viktig for mange å bevare den samiske kultur med sang (joik), klesdrakter og ikke minst det samiske språk. (8)

Tuberkulosen

Tuberkulose er en bakteriell infeksjon som spres via kontakt/dråpesmitte. Tuberkulose er forårsaket av bakteriene *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum* eller *Mycobacterium bovis*. Bakteriene kan slå seg ned hvor som helst i kroppen, men oftest affiseres lungene. Tuberkulose er en fryktet sykdom som i forrige århundre tok livet av hundretusener av mennesker i Norge. På folkemunne ble sykdommen før i tiden kalt *tæring* som jo er en passende beskrivelse med hoste, oppspytt, feber og stadig svekkelse av allmenntilstanden som vanlige symptomer. Til slutt dør pasienten helt "hentæret" etter kanskje måneder/år med sykdom (9)

Mikroorganismene som forårsaker sykdommen ble oppdaget av Robert Koch i 1882 men det tok mange år før man utviklet de antibakterielle medisiner som i dag finnes. Før dette ble mennesker som fikk sykdommen innlagt på tuberkulosehjem eller sanatorier. I Finnmark ble syv slike sanatorier etablert. I tillegg brukte man metoden blåsing for å bekjempe

sykdommen. Dette gikk ut på at man blåste luft inn i hulrommet i brystkassen ved hjelp av en hul nål som ble stukket inn i brystveggen. Sykt lungevev klappet lettere sammen enn friskt, og på denne måten kunne den betente lungene få ro til å hele. Man mente også at dette begrenset smitten. (10)

I 1921 ble det utviklet en vaksine mot tuberkulose, BCG som gir rundt 80 % beskyttelse mot sykdommen. Denne vaksinen var en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet fra 1947 til 2009, men er nå tatt bort og tilbys til barn av risikogrupper. I dag diagnostiseres det ca 300 nye tilfeller av tuberkulose årlig i Norge, men dette skyldes den store innvandringen av mennesker som kommer fra høyendemiske land. (9)

På begynnelsen 1900-tallet slo tuberkulosen til for fullt og herjet blant en allerede svekket Finnmarks-befolkning. Dødeligheten av sykdommen var spesielt høy i Finnmark, og på grunn av elendige kår som folk flest i Finnmark levde under gjorde dette virkelig forholdene vanskelige for dem. Fra begynnelsen av 1900-tallet og helt frem til 1950-årene var tuberkulosedødeligheten i Finnmark om lag dobbelt så høy som i resten av landet. (2) Figur 1 illustrerer dette.

På grunn av den fattigdom som rådet i Finnmark ble tuberkulosebekjempelsen et nasjonalt anliggende. I 1914 startet det nasjonale arbeidet for bekjempelse av tuberkulose i Finnmark. Før medisinenes tid var institusjoner for isolering og sanering av tuberkulose, altså sanatorier, strategien for å bekjempe sykdommen. I Finnmark ble i alt sju sanatorier opprettet, og disse ble drevet av den norske stat, noe som ikke var tilfellet i landet for øvrig da man ellers drev sanatoriene med lokale midler. Man trodde at klar og kald luft, rikelig med mat og hvile ville tilhele lungene og stanse tæringen. Pasientene ble lagt ut på luftebalkonger i sengene sine for å få tilstrekkelig med frisk luft. Å bli innlagt på et sanatorium var ikke lett for dem det gjaldt. Der rådet streng disiplin og sanatoriene ble bygget avsides pga strenge krav om isolering. Som innlagt

kunne man måtte tilbringe alt fra 6 måneder til år på institusjon. Dette var en vanskelig opplevelse for mange og de følte seg ofte alene og utenfor. (2)

Det som ble spesielt med tuberkulosebekjempelsen i Finnmark var dels det nasjonale engasjementet, men også den politiske innvirkning den hadde - ikke bare på minoritetene som levde her, men også folket som helhet. Synet på Finnmark som et usivilisert samfunn med generell uvitenhet og dårlig hygiene satte sitt preg på tuberkulosebekjempelsen i landsdelen. Man mente at den høye dødeligheten i Finnmark delvis skyldtes at befolkningen i mindre grad enn resten av landet var sivilisert med lavere hygieniske standarder og elendige boforhold. Mange hadde en forestilling om at samene var den mest utsatte gruppen for tuberkelbasillen, ikke bare med bakgrunn i dødelighetsstatistikk, men man hadde også meninger om at den samiske primitive kultur sørget for dette. Som et ledd i den nasjonale bekjempelsen av tuberkulose ble det altså innført en siviliseringsstrategi i Finnmark med blant annet en statlig finansiert boligreform hvor man skulle erstatte gammene og dårlige trehus med mer hygieniske boliger. Utbedringer av skoler og internater samt undervisning i norsk og hygiene ble gjennomført. En fornorskningpolitikk ble satt ut i livet og størsteparten av informasjon om tuberkulose ble gitt på norsk. Tuberkulosebekjempelsen ble på denne måten en slags sikring av den norske kultur og et ledd i integreringspolitikken. Man kan spørre seg om denne fremgangsmåten var riktig måte å gå frem på i forhold til å bekjempe sykdommen blant den samiske befolkning. (2)

I følge medisinalberetninger fra 1929 antok man at Vadsø hadde den største dødeligheten av tuberkulose i hele fylket. (5) I perioden 1900-1909 var dødeligheten på topp med 4,3 ‰. I samme medisinalberetning kommer det frem at legen har gjort undersøkelser på alle distriktets skolebarn for å kartlegge utbredelsen av tuberkulose blant denne gruppen. Dette ble gjort ved hjelp av Pirquets hudreaksjon. Ved Vadsø bys folkeskole ble 314 barn testet og 42 prosent hadde positiv hudreaksjon etter 48 timer. Dette arbeidet gjorde det mulig for distriktslegen å drive smittesporing og prøve å begrense tuberkulosens spredning. Dette kapitlet i Finnmarks historie er dystert.

Mange barn i Finnmark bodde på internatskoler, og sov tett og mange ganger flere i samme seng. Som et eksempel vil jeg trekke frem beretninger som distriktslege Gjessing i Talvik (kommune som nå er sammenslått med Alta kommune) skrev i 1923/24. De beskriver et uttalt utbrudd av tuberkulose blant barna som bodde ved Talviks internatskole. Han kunne på et sykebesøk klinisk påvise at 25 % av barna hadde tuberkulose. Kommunen hadde ikke råd til å legge barna inn på Talvik barnekoloni (tuberkulosehjem) så han gjorde det han kunne for å hjelpe disse barna med å innføre enkelt sengsprotokoll og skjerpe hygien. (5)

Andre verdenskrig

Finnmark, og særlig Øst-Finnmark ble hardt rammet under andre verdenskrig. Fylket ble ansett som et viktig militært område for nazistene og ble tidlig okkupert. Ikke i noen andre fylker i Norge var det stasjonert så mange tyske soldater som her under krigen. De overtok kystlinjen og langs norskekysten gikk konvoier med utstyr og soldater. Nordmennene her ble tvunget i arbeide for tyskerne. Alt fra snømåking til bygging av veier måtte de gjøre. Dersom man nektet ble man sendt i fangeleir. Det var en fangeleir i Sør-Varanger som arbeidsnektere fra Øst-Finnmark ble sendt til. (blitt fortalt) Allerede i 1942 begynte Russerne og andre allierte sitt forsøk på å stanse trafikken langs kysten av Norge, og gjentatte bombing av strategiske mål preget deres krigføring. Vadsø, Vardø og Kirkenes ble utsatt for flere bombeangrep under andre verdenskrig. Finnmark var også et viktig militært strategisk område for russerne og de hadde mange menn, partisanere, utplassert rundt omkring i fylket for å observere og rapportere Sovjet om tyskernes trekk. De bodde i huler med primitivt utstyr, og man kan besøke flere av hulene den dag i dag. (11)

Kirkenes ble bombet igjen og igjen i tre år. Byen var viktig for tyskerne med sin plassering nær russisk grense og på toppen av norsk kystlinje. De allierte gjorde hva de kunne for å stoppe Hitlers planer om et angrep mot Sovjet. I

denne perioden opplevde befolkningen 328 bombeangrep i Kirkenes. (5) Dette gjør byen til en av de mest bombede byene i Europa under andre verdenskrig. Men også Vadsø og Vardø hadde viktige bombemål for de allierte. Tyskerne var godt etablert også i disse kystbyene og tusenvis av flyalarmerte ulte over byene i løpet av krigsårene. Da var det for befolkningen å slippe alt de hadde i hendene og springe til nærmeste bomberom. (11)

Brent jords taktikk er en militær taktikk hvor man ødelegger alt som kan brukes av fienden og selv rykker fremover eller trekker seg ut av et område. (12) Denne taktikken benyttet tyskerne seg av i Finnmark da de ble presset av russerne til å trekke seg tilbake. Den 24. oktober 1944 sto den røde armè i utkanten av Kirkenes og Hitler gav ordre om tvangsevakuering og den brente jords taktikk. Menneskene ble hentet i lastebiler og husene deres ble satt fyr på og brent til grunnen. Kaianlegg, båter, lyktestolper og annen infrastruktur ble totalt ødelagt. Finnmarkingene mistet alt de eide. Ca 50 000 mennesker ble tvangsevakuert fra Nord-Troms og Finnmark høsten 1944. Mange mennesker nektet å la seg tvinge vekk fra hjemplassen sin, og flyktet til fjells. Tyskerne var klar over at mange rømte til fjells, og soldater ble sendt i leting etter dem. Dersom de ble funnet ble de tvunget til å reise. Dette gikk ikke fredelig for seg. De som klare å holde seg skjult overvintret. En tilværelse av samhold og håp men også angst, sult og sykdommer preget folket. De visste godt hva som ville skje dem om de ble oppdaget av tyskerne som saumfarte områdene for å finne folk som rømte. I alt 25 000 mennesker flyktet fra Hitlers tvangsevakuering. De fleste bodde i huler på fjellet, derav kallenavnet huleboere. (11) Dyr og mennesker bodde sammen, og de levde av det de hadde med seg. Noen hadde planlagt denne flukten og hadde gjemt unna proviant og utstyr på fjellet før de rømte. Gjennom min oppvekst i Vadsø har jeg hørt mange historier om dette. Alt fra barn til eldre bodde i huler. Barn ble født, men barn døde også her. Eldre mennesker døde av sykdommer. Folket måtte stadig forflytte seg på grunn av at man var redde for tyskerne. Barn kan fortelle om tausheten og voksne beskriver den uutgrunnelige angsten de følte.

Hvordan kan slike traumatiske opplevelser som krig, okkupasjon, tvangsevakuering, mat- og klesrasjonering og det å miste alt man eier virke inn på helsen? At dette er en enorm psykisk belastning har man ingen vanskeligheter med å forstå. Redselen som man følte for hver flyalarm som gikk av og man måtte rømme ned i et bomberom, for hver gang man hørte et fly som svevde over byen med bomber som last, for hver eksplosjon og for hvert hus som brant ned med alt innhold. Man kan ikke engang forestille seg hvordan det kunne være å leve under slike forhold.

Lærer og forfatter Grete Haagenrud som selv var barn under krigen beskriver gjennom sine bøker om Sofie og Katrine hvordan det var å leve under krigens forhold. Hun sier i et intervju at hver gang hun ser bilder fra krigsherjede land og mennesker på flukt kommer alt tilbake til henne. Hun ble sammen med mange andre tvangsevakuert og ble hentet i lastebil og måtte være vitne til at huset deres brant ned. Hun beskriver følelsen av å være flyktning i eget hjemland og det å grue seg til å komme tilbake fordi man vet at det som venter en er ikke hva man forlot. Alt man hadde slitt og kavet for var brent til grunnen. Men da freden kom ville finnmarkingene hjem, de skulle bygge opp alt som var blitt ødelagt og starte på nytt. (13)

Krigsårenes medisinalberetninger

For å få belyse objektivt den generelle helse hos menneskene i Finnmark under andre verdenskrig bruker jeg medisinalberetningene til Isak Forsdahl som var distriktslege i Sør-Varanger under krigen. (6) I krigens første år var helsen i befolkningen god og særlig i sommermånedene. Når det gjaldt sykdommer og epidemier var det tuberkulosen som dominerte, men tallene på sykdomstilfeller var synkende jamført med tidligere år. Ellers var det mye pneumoni og influensa det året. Vaksinasjon mot kopper ble utført. Under krigen var mattilgangen dårlig, og kommunene var nødt til å rasjonere maten. Det første året av krigen merket man ikke annet enn melkemangel på slutten av året. Det som var av melk ble gitt til barn og syke. Men rasjonering og matmangel skulle menneskene i Finnmark merke mer til dette de neste årene. Folkehelsen ble påvirket av en rekke ting som

krigen forårsaket. Redusert kommunikasjon, forsyninger og tilstrømning av arbeidere gjorde at forholdene forverret seg. Melkemangelen ble nærmest total de neste krigsårene, og fisk og grønnsaker var det dårlig med. (6)

Mennesker kom til Sør-Varanger under krigen for å skaffe seg arbeid, og man antok at med dem kom smittsomme sykdommer som syfilis og gonorrhoe. Derfor ble det avgjort at alle som ble ansatt i tysk vernemakt skulle framvise legeattest om at de ikke bar på noen smittsom sykdom. Det var ingen nybygging av hus under krigen og Sør-Varanger var overbefolket. Dette gjorde det var ekstra mange tilfeller av gastroenteritter, skabb og lus. Også tilgang på såpe og midler mot scabies og lus var dårlig slik at det var vanskelig å bli kvitt disse utøplagene. (6)

Under krigen steg selvfølgelig statistikken for antall unaturlige dødsfall. I følge medisinalberetningene ble det rapportert om 81 voldsomme og unaturlige dødsfall i Sør-Varanger - i løpet av krigen, hvorav en stor andel skyldtes flyangrep og krigsskipsforlis. (6)

Det var dårlig kapasitet på Kirkenes sykehus med 25 senger og det var legemangel. Pga dårlige forbindelser og kommunikasjon med Vadsø sykehus, som ble brukt mye før krigen, var det vanskelig å få mennesker innlagt der. Det var altså en enorm mangel på sykehusplasser da befolkningstallet i Sør-Varanger var på 10 000 mennesker. Det ble vanskeligere og vanskeligere på få tak i medisiner grunnet dårlige forbindelser, og etter at Kirkenes apotek brant ned den med all sin varebeholdning den 25. november 1942 var tilgangen særdeles dårlig. (6)

Krigen herjinger gav psykiske påkjenninger til befolkningen, men ikke nok med det, flere alvorlige epidemier brøt ut, og med den dårlige legedekningen og få sykehusplasser var det vanskelig å avverge spredning av sykdommer. Det første tilfellet av difteri ble oppdaget vinteren 1943. Man hadde dårlig med isolasjonsplasser for de syke, og dette året var det hyppige flyalarmer som gjorde at de syke titt og ofte var nødt til å søke tilflukt blant friske mennesker i bomberom. Fra januar 1943 til februar 1944

var 266 mennesker syke av difteri. 12 av pasientene døde og mange fikk sekveler med pareser og liv ødelagt i arbeidsfør forstand. Som en del av bekjempelsen vaksinerte man befolkningen mot difteri, dette arbeidet begynte i februar 1943 hvor man prioriterte å få barna vaksinert. På slutten av året 1943 gikk man ut fra at hele befolkningen under 50 år var vaksinert. (6)

Tyfus brøt også ut i Sør-Varanger med et offisielt tall på 269 smittede. Dette tallet mente man var for lavt fordi sykdomsbildet kunne variere fra lett diaré til alvorlig tyfus med tarmlødnings. Denne epidemien var ressurskrevende. De syke måtte isoleres og vaksinasjon av befolkningen ble igangsatt. Skoler, privathus og brakker ble brukt som isolasjonsplasser. Tyskerne var med i arbeidet om å stoppe sykdommen og bidro med medisiner, transport og bemanning. Kun én pasient døde av tyfus. Man antok at tyfus-utbruddet skyldtes forurensing av byens drikkevann. (6)

Tuberkulosearbeidet ble tilsidesatt under krigen grunnet dårlig kapasitet for legene. Det var mye annet å henge fingrene i. De siste krigsårene førte med seg en økning i antall tilfeller tuberkulose. Kontroller og undersøkelser kunne ikke utføres systematisk. Dette var et tungt kapittel for Forsdahl, som hadde kommet godt i gang med arbeidet for å bekjempe tuberkulosen før krigen brøt ut. (6)

Økningen i tuberkulose kan lett tolkes som en direkte konsekvens av krigen. Det er det mange holdepunkter for å mene. Ikke hadde man leger nok, heller ikke sykehussenger/isolasjonsmuligheter. Mennesker bodde tett som en direkte konsekvens av krigen med tilflytting av arbeidere og soldater og ingen oppføring av flere hus. Som nevnt måtte man stadig flykte i bomberom, og friske mennesker hadde ofte omgang med syke. Man hadde ikke bare dårlig tilgang på medisiner men også mat. En befolkning med dårlig ernæring er mer mottakelig for sykdommer. Man rasjonerte også på hygienemidler som såpe, og god hygiene er jo alfa og omega for bekjempelse av smittsomme sykdommer.

Etter krigen

De påfølgende medisinalberetninger fra Sør-Varanger mangler i ISM utgivelsen, antakelig grunnet krigens dramatiske slutt. Neste medisinalberetning er fra 1949. Her beskriver man sunnhetstilstanden blant befolkningen i Sør-Varanger som god, men man ser tydelig hvordan krigen har satt sine spor i befolkningen. En betydelig øking av psykisk sykdom rapporteres, og 17 mennesker ble erklært sinnssyke dette året. (6)

Folk vendte tilbake etter tyskernes kapitulasjon våren 1945. Jeg har blitt fortalt at de som rømte til fjells hadde folk på utkikkspost som fulgte tyskernes trekk. Der de lå gjemt kunne de mange ganger befinne seg så nære tyskerne at hadde de hatt våpen, kunne de lett ha skutt dem. Men våpnene hadde tyskerne beslaglagt allerede i begynnelsen av krigen. På denne måten fikk lokalbefolkningen med seg tyskernes kapitulasjon og visste når det var trygt å vende tilbake. Man begynte så det tunge arbeidet med å på ny danne et sivilisert samfunn i Finnmark. Det viktigste i første fase var selvfølgelig å skaffe husly. Den varige gjenreisningen av Finnmark ble et langt prosjekt som startet for fullt i 1947 og varte i 8-9 år. (14)

Man bygget hus og kostholdet ble gradvis bedre. For eksempel begynte nå pasteurisering av melk. (6)

I årene like etter krigen var det igjen tuberkulose som dominerte som helsemessig utfordring. Etter krigen endret man strategien for bekjempelse av tuberkulose i Finnmark. Tuberkulintesting og BCG vaksinerings ble innført sammen med Statens skjermbildefotograferings innsats med å oppdage tuberkulose i et tidlig stadium hos befolkningen. (6)

Skjermbildefotograferingen

Skjermbildefotograferingen med Kjell Bjartveit i spissen var en landsomfattende screeningundersøkelse hvor man tok bilder av folks lunger for å se etter fortetninger som kunne samsvare med tuberkulose.

Representanter for institusjonen reiste land og strand rundt i buss eller båt for å jobbe. Årlig ble 300 000 nordmenn fotografert. (15)

Finnmark var som tidligere nevnt overrepresentert med tuberkulose og dødelighet på grunn av sykdommen, men ikke nok med det. Tuberkulosens herjinger slapp taket flere år senere enn i resten av landet. I 1960 hadde man fått god kontroll med sykdommen på landsbasis, men dette var ikke tilfelle i Finnmark. Man fant for eksempel 26 nye tilfeller i Kautokeino blant de 1800 innbyggerne der. Tuberkulosen var altså enda ikke under kontroll i Finnmark og derfor fortsatte Statens skjermbildefotografering sitt arbeid i her. I begynnelsen av 1970-årene var endelig tuberkulosens herjinger forbi også i Finnmark. (5)

Hjerte og karsykdommer i fokus

Det ble besluttet at Statens skjermbildefotografering skulle avsette sitt arbeid med tuberkulose. Men på 1960-tallet fikk man for første gang fylkesvis statistikk over dødsårsaker. Dødelighetsstatistikken viste store fylkesvise forskjeller i hjerte- og kardødeligheten. Finnmark toppet statistikken med en betydelig høyere dødelighet enn landsgjennomsnittet.

(1) I stedet for å legge ned institusjonen tok Statens skjermbildefotografering fatt på en ny oppgave; kartlegging av risikofaktorer for hjerte- karsykdommer. I dette arbeidet ble Finnmark et prioritert fylke. I tråd med omleggingen av arbeidsoppgaver skiftet institusjonen navn til Statens helseundersøkelser. En nær samarbeidspartner i dette prosjektet var Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø, som nettopp hadde startet sin virksomhet. Det ble besluttet at fylkesundersøkelsen skulle starte i Finnmark (1974/75) og fortsette i Sogn og Fjordane (1975/76) og Oppland (1975/76). Undersøkelsen startet 11. mars i 1974 på Masi skole. Arbeidet ble fordelt mellom Statens skjermbildefotografering, distriktshelsetjenesten og Universitetet i Tromsø. Statens skjermbildefotografering skulle stå for screeningsundersøkelsene og registrering av resultat. Distriktshelsetjenesten skulle hjelpe til med å få et godt oppmøte og løse praktiske problemer som kunne dukke opp underveis.

En av de største oppgavene var å følge opp de som skulle vise seg å ha en høy risikoprofil. Universitetet i Tromsø skulle ha hovedansvar for den vitenskapelige bearbeidingen av resultatet. (16)

Undersøkelsene viste det man allerede var klar over, men at dødeligheten av hjerte- og karsykdommer i Finnmark var blant de høyeste i Europa kunne man ikke akseptere. For menn var derfor forventet levealder redusert med 3,3 år i forhold til landsgjennomsnittet. For kvinner var den redusert med 1,6 år. Man så en klar gradient fra nord til sør når man sammenlignet resultatene med Sogn og Fjordane og Oppland. (16) Hvorfor var det slik?

Når man vurderte risikofaktorer kunne man se at enkelte ting utmerket seg. Det viste seg at serum kolesterol var høyere i Finnmark enn de andre fylkene. Hos menn i alderen 45-49 år var gjennomsnittet i Finnmark på 7,73 mmol/l, mens i Sogn og Fjordane og Oppland var den henholdsvis 6,95 og 6,97 mmol/l. I tillegg kunne man se at Finnmarkingene røykte langt mer enn de andre to fylkene. Det ble konkludert med at forskjellen i kolesterol og røyking var tilstrekkelig for å forklare forskjellen i prevalens og dødelighet av hjerte- karsykdommer mellom fylkene. (16) Det store spørsmålet ble da hvorfor har Finnmarkinger et høyere kolesterolnivå enn befolkningen i landet for øvrig?

Kaffe

En mulig sammenheng kunne man se på kaffekonsumet. Man fant ut at Finnmarkingene drakk betydelig mer kaffe enn folk i de to andre fylkene. Selv om man justerte for både røykevaner og alder kunne man se at det var en sammenheng mellom høye kolesterolverdier og høyt inntak av kaffe. Finnmarkinger har drukket mye kaffe i alle år og vært en viktig del av livet til folk flest. 32 prosent av mennene og 20 prosent av kvinnene svarte på den tredje undersøkelsen at de drakk ni kopper eller mer i løpet av en dag. Man så at de som drakk slike mengder kaffe hver dag hadde en kolesterolkonsentrasjon i blodet som var 0,76 mmol/liter høyere enn kontrollgruppa, altså de som drakk lite kaffe. (17)

Det har kommet frem av Finnmarksundersøkelsene at det ikke bare var det høye kaffekonsumet som skilte Sør-Norges fra Finnmarks kaffevaner. Tilberedningsvaner var også forskjellig. Hele 81 prosent av kaffedrikkene oppga at de brukte kokekaffe. I Sogn og fjordane var denne prosentandelen nede i 11 for menn og 12 for kvinner i 1985-87. Måten man tilbereder kaffen på er av interesse fordi kokekaffe inneholder mye kolesterol og vil kunne bidra til en økning av serumlipider. Dersom man trakter kaffen (filterkaffe) vil fettene filtreres ut og kolesterolbidraget reduseres og dette vil kunne medvirke til en reduksjon i hjerte- karsykdommer. (18)

Arv

Når man skal utrede en pasient i forhold til risiko for hjerte og karsykdommer spør man om noen i familien har hatt hjertesykdom eller slag. Man vet at hjerte- og karsykdommer har økt forekomst i visse familier. Det viser seg at dersom en person har førstegradsslekting har gjennomgått hjerteinfarkt vil risikoen for at han/hun også utvikler dette være økt. Man har forsøkt å finne en forklaring på dette med hensyn på risikofaktorer som blodlipider og blodtrykk. Er det dette som er ”nedarvet” eller er det noe annet som er forklaringen?

I et arbeid fra Tromsø-undersøkelsen ble den familiære disposisjonen for utvikling av hjerte- karsykdommer beskrevet. Det viste seg her at de som hadde en positiv familiehistorie ikke hadde betydelig forhøyede risikofaktor nivåer. Man arver altså ikke høye kolesterolverdier.

Denne konklusjonen ble prøvet i den første Finnmarksundersøkelsene. Konklusjonen var i stor grad sammenfallende med resultatet fra Tromsø, og det er altså noe annet enn de tradisjonelle risikofaktorene som er forklaringen på den økte risikoen for utvikling av sykdom innen familier med positiv anamnese for hjerte- og karsykdommer. (18)

Arver man rett og slett disponering for å få hjerte- og karsykdommer, og at utvikling av sykdommer i stor grad er uavhengig av de kjente risikofaktorer? Dette er et spørsmål som man ikke helt vet svaret på, og det er en heftig samfunnsdebatt i disse dager som handler om betydning av arv

og miljø. Hvilket av disse som har det største bidraget i forhold til utvikling av sykdom strides de lærde om og er et tema som jeg ikke kommer til å gå videre inn på her.

Etnisitet

I Finnmark er det som kjent tre etniske grupper; samene, kvenene (de med finsk avstamning) og de etnisk norske. Jeg har under min oppvekst alltid vært av den oppfatning av at de med finsk avstamning har mer hjerte og karsykdommer enn samer. Man snakket om at den samiske befolkningen levde sunnere med reindriften som ga mye fysisk aktivitet og at reinkjøtt er sunn kost. I begynnelsen av Finnmarksstudiene så det ut som om at nettopp dette var tilfelle. Den samiske befolkningen hadde en lavere serumkolesterolverdi. Men dette jevnet seg ut. Man konkluderte med at dette skyldtes at økning i risikofaktornivåer kom tregere hos etnisk samiske enn etnisk norske eller finske. I Inger Njølstads doktorgradsavhandling fra 1998 om risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer har hun skrevet et avsnitt om etnisitet. (1) Der kommer det frem at den gjennomsnittlige konsentrasjonen av kolesterol i serum er høyere hos etnisk samiske og finske enn hos etnisk norske. Man har funnet ut at en spesiell fenotype av apolipoprotein E er representert med overhyppighet hos den finske befolkningen. Man tror at dette apolipoproteinet er assosiert med høyt serum kolesterol. (Dette er testet i en finsk studie fra 1995, omtalt i Njølstads utgivelse) Apolipoproteinet finner man også i stor grad hos den samiske befolkningen. Selv om risikofaktoren kolesterol er høy blant den samiske befolkningen er dødeligheten størst blant de etnisk finske. Njølstad skriver at man tror dette kan skyldes diett. Høyt inntak av reinkjøtt virker beskyttende i forhold til utvikling av hjerte- og karsykdommer, i tillegg til at de har en sunnere levestil generelt. (1)

Forsdahl-Barker-hypotesen:

Den tidligere distriktslege i Sør-Varanger Anders Forsdahl var meget engasjert i å finne en forklaring på hvorfor Finnmark hadde en høyere dødelighet av hjerte- og karsykdommer enn landet forøvrig. Han var klar over risikofaktorer som kolesterol, blodtrykk og røyking, men han mente at dette ikke var nok for å forklare de store forskjellene på landsbasis. Hva skiller Finnmark fra resten av landet? Jo, levekårene som jeg tidligere i oppgaven har beskrevet. Forsdahl utviklet nemlig en hypotese om at levekår tidlig i livet har noe å si for senere utvikling av sykdom. Kan dårlig hygiene, fattigdom og flere perioder med sult ha senvirkninger som gjør seg gjeldene senere i livet i form av blant annet hjerte og karsykdom? (19)

Flere studier har tatt utgangspunkt i denne hypotesen og sammenlignet miljøfaktorer i barne- og ungdomsårene og utvikling av sykdom og dødelighet senere i livet. Av alle miljøfaktorer er det ernæring som har fått mest oppmerksomhet. (20)

Forsdahl gjorde en analyse med data fra Statistisk Sentral byrå hvor han så på svingningene av spedbarnsdødeligheten rundt starten av 1800-tallet. (Figur 2) Han kunne gjenfinne disse svingningene i analyser av serumkolesterol og dødelighet av hjerte- karsykdommer blant menn 40 til 69 år senere. Dvs at de som var født i perioder med høy spedbarnsdødelighet viste en økt risiko med hensyn på dødelighet som følge av hjerte- karsykdommer. Hans konklusjon lød:

«Sammenhengen mellom leveforhold i ungdommen og senere dødelighet av hjerte- og karsykdom er så utpreget at det er berettiget å anta at dårlige leveforhold tidlig i livet etterfulgt av overflod, er en potensiell risikofaktor.» (19)

Barkers hypotese går ut på den samme, men her tar man utgangspunkt i næringsforhold i fosterstadiet og det første leveår. Han studerte sykdomsforekomst i forskjellige geografiske områder i England og Wales.

Barker fant så en sammenheng mellom spedbarns- og mødredødelighet og dødelighet av koronar hjertesykdom i sin kohort ca 60 år senere. Dette ble bekreftet i Fordahls studie. (20)

Grunnen til at denne studien var mulig var at en dyktig engelsk sykepleier ved navn Ethel Margaret Burnside (1877-1953) registrerte alle nyfødte i Herthfordshire fra 1911 med hensyn på vekt, ernæringsmåte, og vekt ved ett års alder. Resultatet viste at dødelighet hjerte- karsykdommer økte med redusert fødselsvekt, men best korrelert til vekt ved ett års alder. Det var ingen andre sykdommer som viste en slik korrelasjon. (20)

Man kan ikke trekke generelle konklusjoner når det gjelder årsakssammenheng av dødelighet av hjerte- karsykdommer på bakgrunn av disse undersøkelsene. Men sammen gir de økende holdepunkter for at en slik sammenheng faktisk foreligger, og mange tror på Forsdahl og Barkers hypotese.

Andre helsemessige utfordringer i dagens Finnmark

Hjerte- og karsykdommer i retur

Når man ser på utviklingen av koronar mortalitet ser man klart og tydelig at det er et fall i dødeligheten av hjerte- og karsykdommer. Dette gjelder ikke bare Finnmark fylke men landet for øvrig, både for menn og kvinner. Dette er illustrert i figur 3 og 4 fra Statistisk Sentralbyrå.

En mulig årsak til dette er sannsynligvis en reduksjon av risikofaktorer, som er illustrert i figur 5 og 6. Merk imidlertid stigningen i BMI (body mass index, kg/m²) for begge kjønn.

Fedme og overvekt

I den vestlige verden er det et økende problem med overvekt og fedme hos både barn og voksne, samt de mange helseplager dette medfører. Ikke bare er man disponert for hjerte- og karsykdommer, men også diabetes mellitus (metabolsk syndrom), visse former for kreft, muskel og skjelettlidelser (spesielt slitasjeproblematikk) for ikke å snakke om psykisk påvirkning med dagens idealer. En undersøkelse i Oslo viste at 21 % av alle 8 og 12 åringer var overvektige. Som illustrert i figur 5 og 6 er Finnmark intet unntak i forhold til disse problemene. Pediatr Ane Kokkvoll ved sykehuset i Hammerfest er prosjektleder for "Aktivitetsskolen i Finnmark". Dette er et prosjekt som startet i 2005 og som går ut på å finne bedre metoder for å behandle overvekt og fedme hos barn. Det er et tverrfaglig samarbeid mellom barneleger, sykepleiere, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, pedagoger og aktivitører. Behandlingen foregår gjennom veiledning og oppfølging av barn og deres familier. Det er ofte slik at er det ikke bare barnet som er overvektig men også resten av familien. (21)

Man har sett at ungdom i Finnmark har høyere risikofaktorer for utvikling hjerte- og karsykdommer enn ungdom fra Sør-Norge. Blant annet så man et høyere kolesterolnivå, lavere fysisk aktivitet og mer røyking. I den voksne befolkningen ligger Finnmark høyt i forhold til overvekt og

fedmeproblemer. Man tror at arv sammen med livsstil og spesielt lav fysisk aktivitet disponerer for overvekt. Man ser tydelig at aktivitetsnivået blant befolkningen har blitt lavere enn før, ikke bare hos den voksne befolkningen men også blant barna. Mer TV-titting, TV- og dataspill etc. er nok en del av forklaringen. (21)

Nye infeksjonssykdommer – et kommende helseproblem?

Jeg tør påstå at Norge har blitt et mer internasjonalt land. Vi tar imot mange flyktninger fra krigsherjede land i både Asia og Afrika. I Vadsø kommune finnes det et asylmottak som gjør at andelen innvandrere i den lille byen er høy. Dette gjør at man ser en økt forekomst av infeksjonssykdommer som tidligere ikke var så vanlig i landet. Som ambulanspersonell og ansatt i hjemmesykepleien har jeg sett tilfeller av tuberkulose, hepatitt B, og HIV. Kommer vi til å se en økning av disse sykdommene i lokalbefolkningen i Finnmark i framtiden? Kirkenes som har et tett forhold til våre naboer i øst har en stor befolkning av russiske innvandrere. Tar man en tur i byen der kan man se at det er skiltet både på norsk og russisk. Det er altså tydelig at turismen og handelsstanden i Kirkenes har tette samarbeidsbånd med Russland. Men ikke bare på dette området er det knyttet viktige bånd. Bare i Nord-Norge har man 100 helseprosjekter rettet mot Russland. Mye har dreid seg om smittsomme sykdommer (særlig tuberkulose) og hygiene som har vært et stort tema i Russisk helse siden begynnelsen av 1900-tallet, men også akuttmedisin (eks: Barents Rescue) og rehabilitering er den siste tiden satt i fokus. Alt dette bidrar til økt trafikk på tvers av den norsk-russiske landegrensen og medfører også at man får økning av infeksjonssykdommer som tidligere var nærmest borte i Finnmark. (22)

Seksuelt overførbare sykdommer

Til slutt vil jeg nevne kort et stort problem som ikke bare råder i Finnmark, men også på landsbasis. Dette gjelder den yngre del av befolkningen - de seksuelt overførbare sykdommene. Genital klamydiainfeksjon, Humant papillomavirus som gir kjønnsvorter, og Herpes Simplex. Dette er genitale infeksjoner som ikke er helt uten risiko for komplikasjoner. Klamydia er en

viktig årsak til infertilitet i dag, enkelte former for HPV kan gi livmorhalskreft og genital Herpes Simplex (foruten å være smertefullt og ubehagelig) kan gi komplikasjoner for fosteret hos en fødende. I 2001 var i underkant av 15 000 tilfeller av genital klamydiainfeksjon meldt til MSIS, og i 2006 var tallet på over 21 000. (23) Dette viser at problemet med seksuelt overførbare sykdommer er kraftig økende.

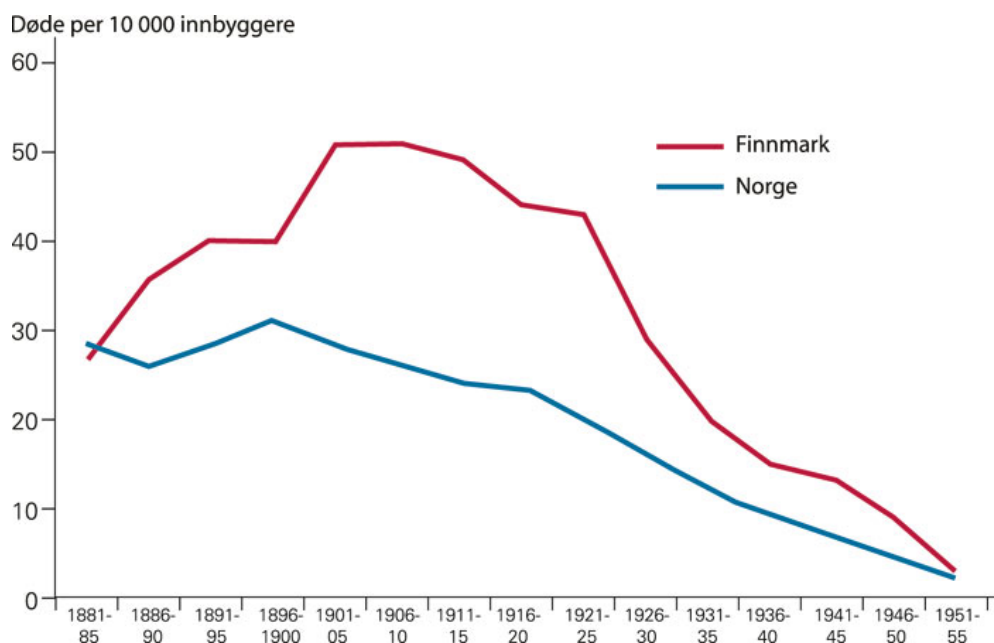
Avslutning

Dette har vært en interessant og lærerik oppgave for meg. Jeg har fått satt mye på plass i forhold til Finnmarks historie. For å kunne forstå pasientene sine synes jeg det er et viktig moment å kunne noe om historien som de hører til. I min 5. års praksis i Kirkenes møtte jeg stadig mennesker som har vært preget av tuberkulosens herjinger og følger. Krigen sitter også enda i folket selv om generasjonen som opplevde den er i ferd med å forsvinne. Og nettopp derfor synes jeg det er så viktig at min generasjon og kommende generasjoner blir opplyste om hva som skjedde i vårt kjære Finnmark under andre verdenskrig. Mange er nok enige med meg i at det er viktig at man ikke glemmer.

Jeg har fått litt mer klarhet hva som kan være bakgrunnen for hjerte-karsykdommens dominans i Finnmark, og hva man selv som enkeltperson kan gjøre for å redusere risiko for slike sykdommer. Dette er som nevnt ikke nok og det finnes altså en til faktor. Personlig tror jeg på Forsdahl og Barkers hypotese om sammenhengen mellom levekår i oppvekst og senere utvikling av sykdommer, og mener at Finnmark er et godt eksempel på dette. Det er det flere med meg som gjør og jeg har selv blitt forelest under mitt studie på Universitetet i Tromsø om at ”de tjukkeste ettåringene er de friskeste sekstiåringene”.

Oppgaven har også fått meg til å rette blikket fremover og dvele litt over kommende utfordringer. Kanskje blir neste epoke dominert av infeksjonssykdommer og overvekt?

Figurer



Figur 1: Tuberkulosedødeligheten i Norge og Finnmark 1881–1955, døde per 10 000 innbyggere (10)

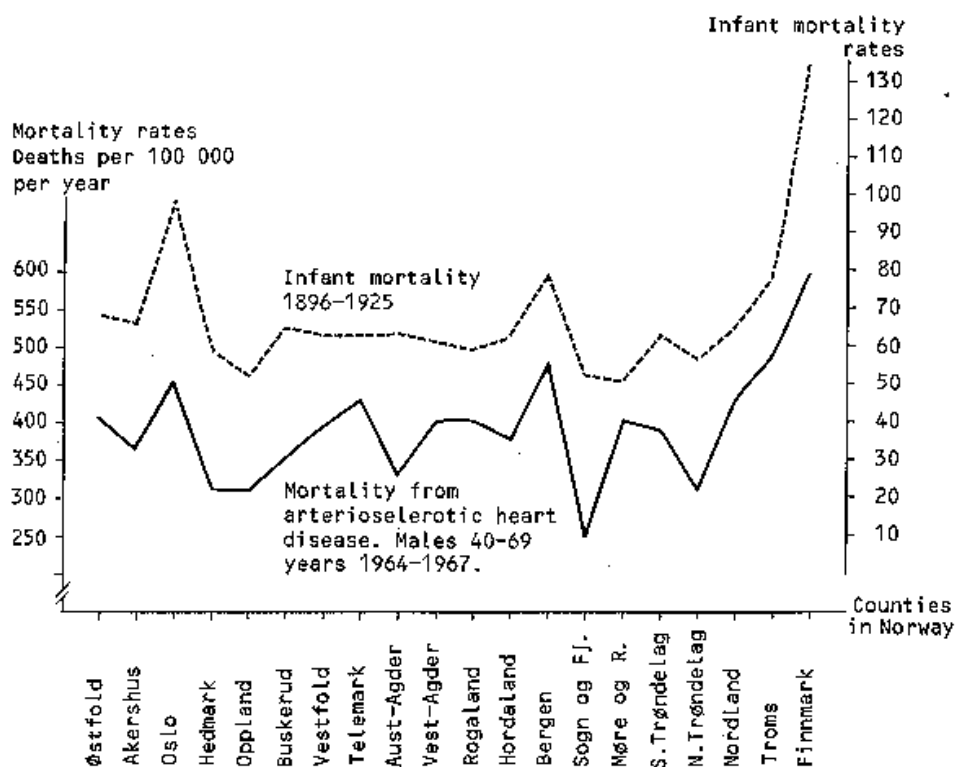
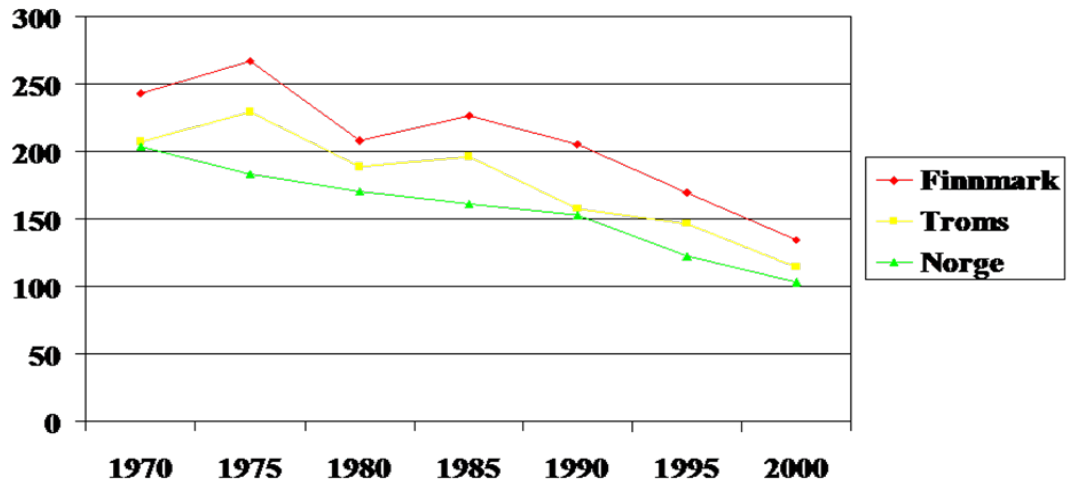


Fig. 2. Infant mortality rates 1896–1925 and mortality from arteriosclerotic heart disease 1964–67 in males aged 40–69 years. Standardized rates. Counties in Norway.

Figur 2: Spedbarnsdødelighet vs koronardødelighet. Menn/100 000/år. (19)

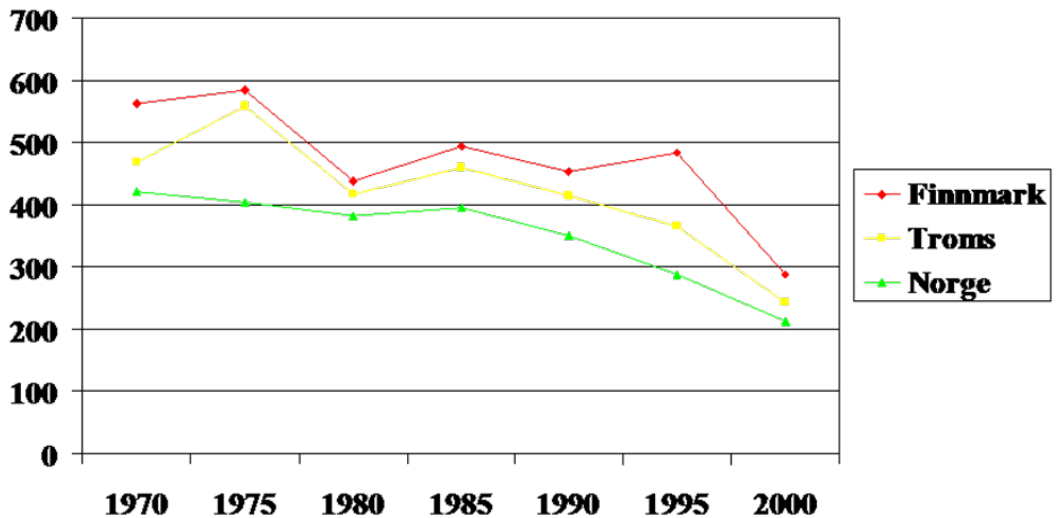
Koronarmortalitet, Norge 1970-2000,
døde per 100 000. Kvinner



Kilde SSB. Alle aldre, aldersjustert, standardbefolkning: 5-årsgrupper per 010181

Figur 3: Koronar mortalitet hos kvinner 1970-2000,
Norge/Troms/Finnmark, døde per 100 000. ()

Koronar-mortalitet, Norge 1970-2000,
døde per 100 000. Menn



Kilde SSB. Alle aldre, aldersjustert, standardbefolkning: 5-årsgrupper per 010181

Figur 4: Koronar mortalitet hos menn 1970-2000, Norge/Troms/Finnmark,
døde per 100 000. ()

Risikofaktorendringer, kvinner i Finnmark 40-42* år

	1974	1977	1987	1990	1993	1996	2001*
T-kol (mmol/l)	6.6	6.2	6.0	5.8	5.7	5.7	5.5
Triglyc	1.4	1.3	1.4	1.5	1.5	1.5	1.4
SBT (mmHg)	129	127	125	124	125	126	117
DBT	79	81	77	77	78	76	71
BMI (kg/m ²)	25.1	24.5	24.9	25.0	25.1	25.3	26.6
Dagligroyk (%)	65	54	54	53	53	49	44

Figur 5: Risikofaktorendringer hos kvinner i Finnmark, 1974-2001, kvinner 40-42 år.

*tallene fra 2001 gjelder 40 og 45 åringer (25-28)

Risikofaktorendringer, menn i Finnmark 40-42* år

	1974	1977	1987	1990	1993	1996	2001*
T-kol (mmol/l)	7.0	6.7	6.5	6.2	6.2	6.2	5.9
Triglyc	2.0	2.0	2.2	2.2	2.2	2.1	1.9
SBT (mmHg)	135	135	135	132	135	135	128
DBT	85	87	82	80	83	82	76
BMI (kg/m ²)	25.1	25.5	25.9	25.8	26.0	26.5	27.3
Dagligroyk (%)	65	54	54	53	53	49	44

Figur 6: Risikofaktorendringer hos menn i Finnmark, 1974-2001, menn 40-42 år.

*Tallene fra 2001 gjelder 40 og 45 åringer (25-28)

Kilder

1. Ryymim T. *Forebygging av tuberkulose i Finnmark 1900–60*. Tidsskr nor legeforening 2008; 128; 2864-7.
2. Njølstad I. (1998). *Incidence of and risk factors for myocardial infarction, stroke and diabetes mellitus in a general population. The Finnmark Study 1974-1989*. ISM skriftserie nr 44. Universitetet i Tromsø.
3. Helse Finnmark. (06.07.2005). *Helse Finnmark*. Hentet 28.04.2010 fra <http://www.helse-nord.no/helse-finnmark/helse-finnmark-hf-article5088-2840.html>
4. NAV. (2010, januar 2008). *Min fastlege*. Hentet 29.04.2010 fra <https://tjenester.nav.no/minfastlege/innbygger/fastlegesokikkepalogget.do>
5. Forsdahl A. (1991). *Utdrag av medisinalberetninger fra Finnmark 1863-1929. Gode og dårlige tider - helsa følger svigningene*. Fylkeslegen i Finnmark.
6. Forsdahl A. (1976). *Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene*. ISM skriftserie nr 2. Universitetet i Tromsø.
7. Forsdahl A. (1976). *Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark Fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskættede i Sør-Varanger kommune*. ISM skriftserie nr 1. Universitetet i Tromsø.
8. Gaski H. (13.11.2009). *Store Norske Leksikon*. Hentet 05.08.2010 fra <http://www.snl.no/samer>
9. Norsk Folkehelseinstitutt (12.01.2005). *Tuberkulose*. Hentet 03 02, 2010 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5799&MainArea_5661=5799:0:15,1904:1:0:0:::0:0&MainLeft_5799=5544:56120::1:5800:122:::0:0

10. Fische, Bull 22.06.2009. *Arkiv i nordland*. Hentet 05.08.10 fra <http://www.arkivinordland.no/artikkel.aspx?Mid1=600&AId=3280&Back=1>
11. Gjenresingsmuseet for Nord-Troms og Finnmark. *Gjenresingsmuseet for Nord-Troms og Finnmark*. Hentet 07.04.2010 fra <http://www.museumsnett.no/alias/HJEMMESIDE/gjenreisningsmuseet/index.html>
12. Wikipedia. *Brent jords taktikk*. Hentet 20.04.2010 fra http://no.wikipedia.org/wiki/Brent_jords_taktikk
13. Mo Solveig. *Intervju med Grete Haagenrud*. <http://www.skrift.no/haagenrud/intervju.html>
14. Thorsnæs G/ Store Norske Leksikon. *Finnmarks historie*. Hentet 24.04.2010 fra <http://www.snl.no/finnmark/historie>
15. Wiig F L. *Skjermbildefotografering i kampen mot tuberkulose*. Hentet 20.03.2010 fra <http://www.ssb.no/emner/03/00/sa94/del-v-3.pdf>
16. Forsdahl A, Fylkesnes K, Hermansen R, Lund E, Lupton B S, Straume E (2001). *Hjerte-karundersøkelsene i Finnmark 1974-2000. Resultater fra undersøkelsene*. ISM skriftserie nr 58. Universitetet i Tromsø.
17. Bjartveit K. (1190). *Coffie consumption and death from coronary heart disease in middle aged Norwegian men and women. British medical journal, 300*, ss. 566-569.
18. Westlund K, Søgaard A J (1993). *Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III*. ISM skriftserie nr 28. Universitetet i Tromsø.
19. Vangen S, Nordhaugen R, Lie K. *Gjensyn med Forsdahl-Barker-Hypotesen*. Tidsskr nor legeforening 2005; 125;451-3.
20. Forsdahl A. *Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease?* British journal of preventive and social medicine 1977;31;91-5.
21. Kvarum M (03.04.2008). *Kartlegger fedme hos barn i Finnmark*. Hentet 23.08.2010 fra <http://www.helse-finnmark.no/aktuelt/kartlegger-fedme-hos-barn-i-finnmark-article54297-21.html>
22. Kvarum M, (08.04.2009). *Mye samarbeid med våre naboer i øst*. Hentet 30.08.10 fra <http://www.kirkenes-sykehus.no/nyhetsarkiv/mye-samarbeid-med-vaar-nabo-i-oest-article65470-20065.html>

23. Norsk folkehelseinstitutt (03.06.2010). Genitale klamydiainfeksjoner, Norge 2009. Hentet 01.09.10 fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5626&MainArea_5661=5618:0:15,1327:1:0:0:::0:0&MainLeft_5618=5626:84463:1:5624:1:::0:0&Area_5626=5544:84495::1:5628:1:::0:0
24. www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/
25. Finnmark IV, sluttrapport 8. februar 1991
26. Satens Helseundersøkelser, Oslo 1993.
27. Finnmark V, sluttrapprt 4. januar 1994
28. www.fhi.no/dokumenter/E60469932A.xls