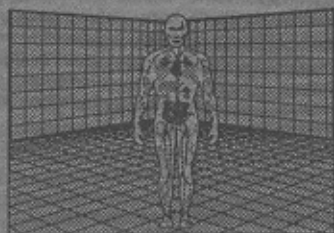


NR 1. MAI 1991. ÅRGANG 1.

NORSK



Norsk Forening for Epidemiologi

EPIDEMIOLOGI

NORSK EPIDEMIOLOGI

MEMLEMSBLAD FOR
NORSK FORENING
FOR EPIDEMIOLOGI

Nr 1. Mai 1991. Argang 1.

Redaktør:

Espen Bjertness, Statens
Institutt for Folkehelse,
Avd. for Samf.med., Sek-
sjon for Epidemiologi,
Geitmyrsveien 75, 0462
Oslo 4. Tlf. (02)356020.
Telefax: (02)353605.

Lokalredaktører:

Anne Kjersti Daltveit,
Medisinsk Fødselsregister,
MFH-bygget,
5021 Haukeland sh. Bergen.
Tlf. (05)974995.

Lars Vatten, Krefst avd.
Regionsykehuset, 7006
Tr.heim. Tlf. (07)997842.

Edvin Schei, Institutt for
Samfunnsmedisin, Boks
417, 9001 Tromsø. Tlf.
(083)44825.

ABONNEMENT:

Medlemsbladet sendes
medlemmer av Norsk
forening for epidemiologi
og utvalgte biblioteker.
Abonnement mottas ved
innmelding i foreningen.

FAGLIG BIDRAG:

Faglig bidrag og tips sendes
redaktøren eller lokal-
redaktørene.

ISSN 0803-2491

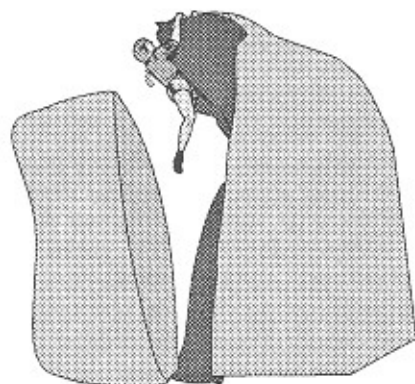
Opplag: 300

Trykk: Lobo Grafisk a.s

Grafisk design: Redaktøren

Innhold

Leder	2
Edvin Schei: Intervju med professor Knut Westlund	3
Målsetting med medlemsbladet	7
Lars Vatten og Berit Schei: Epi-gruppa i Trondheim	9
Kariessituasjonen i dag - hva gjør vi i morgen	10
Konkurransse: Navn og logo - en oversikt	11
Helsetjenesteforskning basert på registerdata	12
Øystein Krüger og Erik Nymoen: Medisinsk geografi - nytt tilskudd til norsk epidemiologi	13
"Epidemiologiprogrammet"	15
Rolv Terje Lie: Forskningsopphold	16
Kristin Klock: Sommerkurs	18
Kurs og konferanser	20
Disputas, Ledig stilling	20



Leder

Man kan stille seg spørsmålet om vi som arbeider med- eller har faglig interesse for epidemiologi, skal strebe etter å finne en felles plattform. Jeg mener helt klart JA, og tror det er nødvendig å stå sammen for å styrke vårt fagfelt. Tiden vil vise om plattformen kan bli sterk nok til å bære alle våre epidemiologer innen et bredt spekter av disipliner. En plattform som samtidig er så liten at den virker samlende, men som kanskje også har plass til at folk kan sitte for seg selv på kanten og dingle med bena. Det ideelle er å ha frihet, samtidig som man føler tilhørighet. Tilhørigheten blir sterk hvis man finner noe felles å bygge på, arbeide med eller tro på.

Skal en lete etter noe som er felles for medlemmene i Norsk forening for epidemiologi, må det være vårt arbeid for å bedre livskvalitet og -kvantitet. Ja, men hvem er det som ikke arbeider med det som mål !!! Vi gjør det i alle fall med felles metoder, gjennom å beskrive sykdomsforekomst og finne årsaksfaktorer. Det er da noe..... Uansett, la oss forsøke å stå sammen og ikke være de berømte småkongene på hver vår tue.

Foreningens overordnede mål er å fremme utviklingen av epidemiologi som vitenskapelig disiplin. Hensikten med aktiviteter i regi av foreningen bør være å reflektere det overordnede mål. Medlemsbladet, "Norsk Epidemiologi", kan i så måte være et slikt bidrag. Det avhenger faktisk i stor grad av DEG. Det er viktig at du gir kritikk av bladets innhold og sender forslag om stoff som bør tas inn, og ikke minst er positiv ved anmodning om et skriftlig bidrag. Les mer om medlemsbladet på side 7.

Så medlemsblad: VELKOMMEN TIL VERDEN - en verden full av registre, infeksjoner, ulykker, selvmord, hjerte-karsykdommer, cancer, demens og ikke minst *mennesker* - en rekke uuttømmelige kilder.
espen

Intervju med professor Knut Westlund



"Det er umulig å svare på om det er viktig at epidemiologien som fag vokser. Man tror at man når grenser, innen malerkunst, innen fysikk og innen epidemiologi, men så viser det seg at det dukker opp nye åpninger".

Knut Westlund trenger ingen nærmere presentasjon for norske epidemiologer. Han er en institusjon. Ved Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø har han vært professor to ganger, fra 1972 til 83 og i sin nåværende periode siden september 89. Som et å propos kom Westlund nylig med følgende historie, ved en av instituttets festligere anledninger: Sankt Peter sto i perleporten, effektiv og travelt opptatt med å skille klinten fra hveten i den lange køen av ansøkende til himmelen. En eldre mann kom frem, krympet seg litt under Sankt Peters strenge blick og ba med fin stemme: "Ha medynk og slipp meg inn, jeg har vært professor ved universitetet i Tromsø". Sankt Peter syntes synd på stakkaren og slapp ham inn. Like bak kom en annen eldre herre, og sa: "Da slipper du vel meg inn, jeg har to ganger vært professor ved universitetet i Tromsø!" Hvorpå Sankt Peter bryskt dytter ham til side og sier: "Dette er ikke noen

iddiotanstalt".

Vi anfører dette som et indisium på at Westlund besitter betydelig selvironi og beskjedenhet, selv om han ofte gjør sitt ytterste for å gi inntrykk av det motsatte. Han elsker å fremføre små pikante provokasjoner av typen "Leger bør opparrogantisere seg!" og "sosiologer bør holde seg til det de kan - skrive ukebladnoveller". For et gjennomsnittsmenneske kan det gå noe tid før man oppdager at denne velsoignert beslipsete borger med de mange sarkasmer innpakket i pen vestkantdialekt besitter atskillig vidsyn og varme. En påstand Westlund helt sikkert vil være fnysende uenig i. Han elsker å være uenig. Til gjengjeld er han en av de få man kan levere et manuskript til og få en grundig vurdering allerede dagen etter. Ved instituttet er det mange, langt

opp i de professorale rekker, som villig innrømmer sin takknemlighetsgjeld.

Det sies at Knut Westlund er gammeldags galant overfor damene, og at han med stor innlevelse siterer Shakespeare når han får lov til å takke for maten. I tillegg har han, i kraft av faglig tyngde og lang erfaring, en enestående posisjon i norsk epidemiologi. Det følgende er utdrag av en samtale vi hadde i Tromsø i mars i år:

ES: Vurderer du hva som er god og dårlig forskning ut fra estetiske kriterier?

KW: Man skal selvfølgelig forske for forskningens egen skyld. Løse problemer. Mennesket er en eiendommelig blanding av vegeterende og problem-løsende dyr. Når man kan bruke titalls millioner dollar

for å finne ut av dinosaurens liv og levnet, synes jeg ikke det er urimelig at man også interesserer seg litt for mennesket. Ikke slik å forstå at jeg vil hevde at homo sapiens er like interessant som dinosaurene, men noe burde det jo kunne komme ut av det. Noe kunne kanskje komme griser og katter tilgode, for eksempel?

ES: Hvor står norsk epidemiologi i dag?

KW: Epidemiologien står overfor to farer. Den første er all den banalforskningen som drives. Tverrsnittundersøkelser med store spørreskjemaer og multivariable analyser som de færreste har noen forståelse av. Grenseoppgangen mellom forskning og utredning, mellom det verdifulle og det banale er vanskelig. Her gjelder det å finne en praktisk balanse, ikke sette overdrevent flotte merkelapper på egen aktivitet. Vi må ikke blande forskning og vanlig håndverk! Når en kjøpmann i gamle dager hadde vareopptelling en gang i året var det ingen som kalte det forskning. I dag er det mange tilsvarende prosesser som benevnes med alt for fine navn.

Den andre faren er at man ikke stiller de vesentlige spørsmål. Hvorfor stiger blodtrykk og kolesterol med alder? Vi må prøve å få en forståelse for de fundamentale biologiske prosesser. Her i Norge har vi gode muligheter, vi burde presse sitronen maksimalt i forsøk på å finne ut noe som er viktig og har generell interesse. Samtidig må vi nok innse at det meste er tenkt

før. Vi driver ikke med Nobelpris-problemer.

Forøvrig plages vi av tre ord som har degenerert så til de grader at de burde vært utryddet, de gjør at folk snakker forbi hverandre. Det er forskning, forebyggelse og helse. Jeg tror en dialog uten disse tre pest-ordene ville gjøre alt klarere.

ES: Hva med ordet epidemiologi?

KW: Man burde kanskje holde seg til den klassiske definisjonen av epidemiologi - "studiet av sykdommers utbredelse og årsaksforhold". Men det verserer mange andre forståelser på markedet. Noen snakker om epidemiologi som en "metodesamling", andre sier at epidemiologi er "et middel, ikke et mål". Da blir det vanskelig å enes om hvordan epidemiologien bør drives og hvor den bør utvikle seg. Jeg synes forøvrig det er for galt at fullstendig generelle vitenskapelige prinsipper som randomisering regnes som spesifikt epidemiologiske! Dette er bare håndgrep for å unngå juksing, ut fra den fundamentale vitenskapelige holdning at man skal eliminere flest mulig feilkilder.

Men selv med en snever definisjon av epidemiologi blir den samlede kunnskapsmengde overveldende. Selv om man bare konsentrerer seg om kardiovaskulær- eller kreftepidemiologi er det ingen som kan ha den fullstendige oversikt. Man skal jo kunne mer enn å regne ut sine t-verdier - man skal kjenne feltet, man skal ha kunnskap om prevalens og insidens på global basis og

helst være fortrolig med de kliniske metodene og diagnostikken.

ES: Mangler vi epidemiologiske data i Norge i dag?

KW: Interessant spørsmål. Ja, selvfølgelig gjør vi det. Nei, vi har enorme datamengder liggende som burde ha vært analysert, arbeid for mange år fremover. Det er nærmest en etisk forpliktelse å gjennomanalysere dataene når vi først har besværet befolkningen med innsamlingen. Men i praksis er det nærmest umulig. Vitenskapelig sett ville det nok være best om man kunne fri seg fra en slik tvangstrøye, og heller konsentrere seg om det som i dag virker mest lovende. Man bør nok være fornøyd om 5-10% av dataene blir analysert, og resten lagret. Her i Tromsø har man etter min mening vært svært så generøs med å overlate til stipendiater og yngre amanuenser å gjøre nye og spennende ting. Til gjengjeld har mange rutineanalyser og sammenskrivninger blitt liggende. Men de ligger kanskje godt.

ES: Ser du noen områder hvor vi kan gjøre ting bedre i fremtiden?

KW: Jeg er særlig opptatt av at vi bør bygge ut samarbeidet mellom kreftepidemiologi og den kardiovaskulære epidemiologien. Dette er forskning som i stor grad er basert på befolkningsundersøkelsene. Disse er meget kostbare og bør utnyttes best mulig. Det er jo et helt batteri av risikofak-

torer som har interesse både for kreft og kardiovaskulær epidemiologi. Når det gjelder hjerte-karepidemiologi må vi innse at vi er avhengige av basalfagene. Det er dem vi må knytte oss til, ikke psykologi og sosiologi! Basalfagene skal overta stafetten når vi kommer opp med noe mystisk fra en befolkningsundersøkelse. Dette samarbeidet fungerer godt i Tromsø, synes jeg, særlig med klinisk kjemi og fysiologi. Dessverre har vi ikke fått noe nært samarbeid med immunologien, som sammen med genetikk er det basalfaget som har mest fremtid. Skal vi fortsette å eksistere må vi få inn disse fagene i samarbeidet.

Når det gjelder de kroniske sykdommene er det jo mange som har savnet den epidemiologiske innsats. Jeg synes f.eks. reumatologene har vært alt for tilbakeholdne, de burde forlengst overtalt noen skipsredere til å finansiere store kartlegginger av sammenhengen mellom for eksempel HLA B27 og forekomsten av reumatiske symptomer. De er for beskjedne, de tenker ikke stort nok.

Til gjengjeld mener jeg at man ikke på noen måte bør opprette f.eks. et eget "institutt for diabetisk epidemiologi". Derimot bør vi ha et register, men det bør ligge innenfor et eksisterende universitetsmiljø. Videre har vi jo skammelig forsømt våre muligheter til å forske på multippel sklerose. Danskene var dyktige, etter krigen klarte de å få opprettet et fint register med amerikanske midler. Men hvilken glede har de av sitt register, de har jo ingen insidenskontraster i

landet sitt! Et slikt burde vi hatt i Norge.

Så har vi psykose-registeret. Når politikere og massemedia en gang kommer til sans og samling, burde dette registeret også legges til et av de etablerte forskningsmiljøene. Ulykkesregistrering derimot kan legges isolert. Dette er et nokså spesielt og vanskelig område - det krever andre metoder. Problemet med ulykkesepidemiologi er alltid at det er så vanskelig å finne en god nevner.

ES: Er det viktig at epidemiologien som fag vokser?

KW: Det vet jeg ikke, det er umulig å svare på. Det avhenger av resultatene. Man tror at man når grenser, innen malerkunst, innen fysikk, innen epidemiologi, men så viser det seg at det dukker opp nye åpninger. For epidemiologien var det jo særlig datamaskinene som skapte revolusjon.

Vi har antagelig for mange epidemiologiske etableringer i Norge. Det er for mange som stiller med det samme på et for lite befolkningsgrunnlag. Dels burde det ha vært et større samarbeid om befolkningsundersøkelser. Dels burde det ha vært en arbeidsdeling på områder hvor det ikke var nødvendig at flere syslet med det samme. Epidemiologien burde være konsentrert til universitetsmiljøene. Institutt for sykehusforskning i Trondheim er en misforståelse, det samme er den planlagte utvidelsen av Statens institutt for folkehelse. Det kan ikke være riktig at ressurser skal

dreneres til disse utenpåklistrede miljøene som ikke har stort annet å gjøre enn å skryte av seg selv! Så har vi dette med "miljøepidemiologi". Hva er epidemiologi hvis vi ikke skal stille med miljø, slik vi alltid har gjort?

ES: Blir forskning høyere prioritert i dag enn tidligere?

KW: I gamle dager, sier legenden, så Helsedirektoratet det som en av sine viktigste oppgaver å støtte og fremme den medisinske forskning. I dag er det omvendt. Det er forskningsmiljøene som forventes å støtte opp under departementenes stadig voksende behov for utredninger og ny informasjon. Data som de tror de trenger, men som de ikke har noen nytte av fordi de uansett er underkastet et system fylt av politisk press. For øvrig tilflyter det utvilsomt de medisinske miljøer mer forskningspenger i dag enn tidligere. Spørsmålet er bare om vi bruker dem godt nok.

ES: Hvordan bør epidemiologi undervises innenfor medisinstudieret?

KW: Problemet er at universitetene både er forskningsinstanser og yrkesskoler. Nokså få av studentene vil gå inn i forskning, men allikevel flere enn de som tror det på eksamensdagen. Hvorledes skal vi stimulere de få uten å overdynde de andre med unødig spesialstoff? Her i Tromsø tror jeg vi gir brukbar undervisning i de viktigste folkesykdommene pluss i de statistiske metoder som er felles for

epidemiologi, klinikk og basalfag. I tillegg prøver vi å gi studentene en føling med den håndverksmessige siden av saken, spørreskjema, enkle tabellanalyser og slikt. Målet må jo være at det for en kommunelege blir like selvfølgelig å foreta enkle befolkningskartlegginger som å måle blodtrykket til fru Olsen.

ES: Hva med forsker-rekrutteringen?

KW: Det er jo ikke godt å vite hvordan man best skal utdanne gode forskere. En mulighet kunne være å la alle stipendiater starte med det håndverksmessige, bruke de første årene til å gjennom-analysere eksisterende data-samlinger. Men også dette vil kreve betydelig veiledningskapasitet. Dessuten, og ikke minst viktig, gode håndverkere er ofte slett ikke de beste forskere. Vi må være på jakt etter de som tenker originalt og vil, vil, vil til bunns i et problem! Så får man håpe at problemet viser seg å være løsbart... Man må selvfølgelig være forberedt på å sette seg fast. Å begrense seg til trygg planekjøring er livsfarlig. Den nye tendensen til å skrive kontrakt som skal garantere at et prosjekt fører til doktorgrad er ytterst tvilsom. Her tror jeg nok sikkerhetstenkingen vil gå på bekostning av den faglige kvaliteten.

ES: Hvilke konsekvenser for befolkningen har alle de epidemiologiske undersøkelsene som har vært drevet de senere år?

KW: Det er ikke lett å si. Vi må nok regne med en

øket tretthet i befolkningen etterhvert, det vil ikke være så lett å få dem til å stille opp til all verdens undersøkelser. Vi må tilby noe til gjengjeld. En blodtrykkmåling eller kolesterolmåling er slett ikke verdiløs hvis resultatene bare behandles riktig. En trussel i denne sammenheng er den hemningsløse "wild-cat" siling som foregår på bedrifts-legekontorer osv. Ikke én av ti norske leger har den statistiske dømmekraft som skal til for å vurdere friskes serumkolesterol. Det må bli tukling. Noe tilsvarende gjelder for mammografi. Skal man drive slik screening må det gjøres skikkelig, dvs. at man samler alle bilder og data på et sted, slik at man kan gå tilbake til tidligere opplysninger hvis man på et eller annet tidspunkt gjør et funn. Spredte registre innenfor et land som vårt er i det hele tatt fullstendig meningsløst.

ES: Gjør vi folk en bjørnetjeneste ved at vi gjennom våre undersøkelser og rapporter gjør dem oppmerksomme på all verdens risikofaktorer? Mange går jo hele livet og engster seg for problemer de aldri vil få.

KW: Nei, det er ikke forskning som fører til slikt. Men dessverre har vi sett mange tilfeller av uheldige formuleringer i retningslinjer, handlingsplaner osv. Her må man bruke sunn fornuft og være meget restriktiv. Det er f.eks. vanvittig at man ikke har en klar øvre aldersgrense for når det er fornuftig å gjøre store forandringer i livsstil. Nå har man undersøkt 65-67-

åringer i Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Forskningsmessig er dette overordentlig viktig. Så får vi se om kolesterol har noen prediktiv verdi, og om vi i så fall kan gjøre noe. Relativ risiko må være betydelig forhøyet for at man skal begynne å klusse med folk i høy alder. For øvrig er det åpenbart at man måler alt for mye. Man trenger slett ikke måle kolesterol for å kunne gi folk gode råd.

ES: Det hevdes at helsetjenestens ekspansjon gjør folk mer og mer usikre og hjelpeløse i spørsmål som angår deres helse. Tror du det er slik?

KW (tenkepause): Ja, jeg er redd det kan være noe i det. Jeg er ikke i tvil om at både legemiddelindustrien og legestanden må holdes i ørene.

ES: Av hvem?

KW: Vi har jo Statens legemiddelkontroll, og vi har de regionale og nasjonale etiske komiteer. Nå er det vel tvilsomt om de besitter den helt store makt, men de lyttes da til. For øvrig må jeg si at jeg har lært svært meget av folk i legemiddelindustrien. Mange meget dyktige mennesker arbeider der, ikke bare leger. Gjennomføringen av endel prosjekter har vært meget imponerende i sin profesjonalitet. Dessverre kan nok dette gjøre at enkelte ting blir vanskelig å stoppe. Når man får fremlagt en noe nær perfekt forsøksprotokoll vil det virke meget forlokkende å gjennomføre prosjektet, selv om temaet i og for seg ikke er av de mest

sentrale.

ES: Er det viktig for yngre forskere å dra til utlandet?

KW: For meg var det en frigjøring. Selve livets opplevelse! Da jeg dro til USA i 1950 sa vår universitetsrektor: "Et utenlandsopphold i unge år lever man på resten av livet!" Men nå må det jo sies at vi som var unge den gang ikke hadde hatt utenlandsopphold tidligere. Nå har mange vært ute før. Da faller nok noe av glansen bort. Ett til to år i et annet språklig miljø er imidlertid et absolutt gode. Men heller ikke mer. Det er grenser for hvor lenge man kan være borte uten å falle av lasset. Dessuten: livet varer ikke uendelig - særlig ikke for epidemiologer. Prosjektene tar så fordømt lang tid! Og sannsynligvis kommer man ikke inn i noe skikkelig prosjekt på det stedet man reiser til. Det blir som oftest til at man går rundt og kikker og sysler med mindre saker.

ES: Hvor mye klinisk praksis har du?

KW: Så nær null som man kan komme. Utover sommervikariater på Ullevål og seks måneder som militærlege har jeg ingenting.

ES: Trakk du deg ut av den kliniske medisinen eller gikk du inn i epidemiologien?

KW: Jeg har alltid hatt moro av matematikk, selv om jeg dessverre ikke har hjerne for det. På fysiologen fant de dette ut allerede i 1940-41 og foreslo at jeg

skulle bli statistiker. De så vel at verden ikke ville gå glipp av noen stor kliniker eller forsker i meg. Siden ble jeg hengende med den medisinske statistikk. Etter studiet fikk jeg først tre måneder i London hos Austin Bradford Hill, delte kontor med Peter Armitage og hadde det utmerket. I 1950 fikk jeg så stipend fra Helsedirektoratet for å studere medisinsk statistikk i Baltimore, ved Johns Hopkins. Første året tok jeg masterstudiet i public health, året etter fikk jeg et amerikansk stipend for å drive datainnsamling. Det skyldtes ikke min glimrende innsats - lønnen var såvidt beskjeden at det var vanskelig å få amerikanske leger til å drive med den slags. For øvrig var jo dette i USAs glanstid. Mine forestillinger ble skapt på den tiden, og ingen må komme og klusse med mitt bilde av USA! (Stort smil).

Midt i 50-årene var jeg i India som WHO-officer. En stor opplevelse på mange vis. Men faglig nær bortkastet, selv om det var fascinerende å studere indisk dødsårsaksregistrering...

ES: Kan forskning og kunst sammenlignes?

KW: Dette er et tema hvor jeg foretrekker å lytte, f.eks. til Nobelpristagere!

Men det har jo alltid vært slik at medisinerer har hatt sideinteresser i litteratur og musikk. Dette er det viktig å holde ved like. Den som skal omgås mennesker bør ha en solid kulturell bakgrunn. Det er viktig at pasienten føler han møter et allsidig menneske.

ES: Hvorfor kom du til Tromsø?

KW: For det første fordi jeg hadde sittet for lenge i min gamle jobb, som overlege ved Livsforsikrings-selskapenes medisinsk-statistiske institutt på Ullevål. Dernest var det på grunn av alle klisjéene om Nord-Norge... Her er jo vakkert og godt å være. Jeg mener at det skal bo nordmenn i Nord-Norge, selv om det aldri vil lønne seg. Landet må være villig til å betale. Den beste subsidieringsmåten er å legge undervisning hit. Jeg syns for eksempel man burde flytte universitetet i Oslo til Alta!

Målsetting med bladet

SKAL VI SAMARBEIDE MED LANCET ?

Redaksjonen har ingen slike planer, men vi ønsker at du samarbeider med oss for å gi medlemsbladet best mulig

kvalitet.

Les om redaksjonen og bladet i det følgende.

Redaksjonen utgjøres av tre glade gutter og en glad pige, som har det til felles at vi

aldri noen sinne har arbeidet med medlemsblad, aviser etc, så kompetansen skulle det ikke være i orden med. En lokalredaktør fortalte redaktøren om et redigeringsprogram, Page Maker, som kunne være brukbart for redigeringen. Det kunne være greit. Det var det ikke - i alle fall ikke til å begynne med, men det blir vel flere nummer, sa kjerringa.

Hvem er så disse fire personer med sterk tro på fremtiden: Redaktør Espen Bjertness, Seksjon for epidemiologi, Folkehelse, Oslo. Lokalredaktører: Anne Kjersti Daltveit, Medisinsk fødselsregister, Bergen, Lars Vatten, Kreftavd., Regionssykehuset, Trondheim, Edvin Schei, Inst. for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø. Leserne oppfordres herved til også å benytte sine lokale redaktører ved henvendelse til redaksjonen.

Redaksjonen har avholdt ett telefonmøte hvor vi ble enige om innholdet i første utgave samt retningslinjer for de neste utgivelsene. Det vil bli utgitt to nr i 1991 og deretter 4 nr per år. Innholdsmessig vil vi i dette stadium ikke forsøke å konkurrere med andre tidsskrifter, men vi vil legge oss på et forsvarlig faglig nivå med vekt på debatter og presentasjoner av ulike epidemiologiske miljøer og disipliner. Etter hvert kan man kanskje publisere faglige artikler på nivå med f.eks Tidsskrift for Den Norske Lægeforening eller Den Norske Tannlegeforenings Tidene.

Navn/logo: Redaksjonen er åpen for forslag på nytt navn

og logo. Det vil bli nedsatt en komité for å vurdere innsendte forslag i forhold til det eksisterende. Se forøvrig side 11. Bruk fantasien!

Reklame: Skal vi ha reklame?

Distribusjon: Foruten medlemmer av Norsk forening for epidemiologi, vil bladet distribueres utvalgte biblioteker.

Av faste spalter har vi tenkt oss følgende:

1. **Vi intervjuer:** Her kan du foreslå personer som kan formidle noe av interesse for leserne.

2. **Aktuelt prosjekt:** En spalte egnet for å gjøre et prosjekt kjent i miljøet, men hensikten må være at man skaper debatt omkring deler av prosjektet. Responsen vil bli formidlet direkte til forfatteren og/eller presentert i de neste utgaver av medlemsbladet.

3. **Fra forskningsfronten:** Til presentasjon av vitenskapelige artikler og sammendrag, som vi også ønsker respons

på fra leserne i form av innlegg som vurderes publisert i de neste utgaver. Innsendt materiale vil bli forelagt "eksperter på området" før publikasjon.

4. **Lokalmiljø:** Lokalmiljøer vil bli forespurt om å presentere seg. Gi gjerne tips til redaksjonen.

5. **Bokanmeldelser:** Gjør det til en vane å sende redaksjonen en vurdering av bøker innen epidemiologi du nylig har lest. For å advare eller anbefale. Selv om du tror "alle" har lest boken, er det alltid noen som ikke har gjort det.

6. **Reiseskildringer**

7. **Konferanserapport**

8. **Kurs og konferanse oversikt**

9. **Foreningsbidrag**

10. **Disputas og ledige stillinger**

Vær så snill å gi tilbakemelding på dette.

Red.

Hvordan ett menneske kan ødelegge en epidemiologisk undersøkelse:

I forbindelse med gjennomføringen av en seksualvaneundersøkelse i ungdomskolen, ble en forarget foreldrerepresentant i skolestyret intervjuet av Dagsrevyen. Hun reagerte voldsomt på de fleste spørsmålene i undersøkelsen, som "forøvrig ikke tilhører ekteskapet engang, og i alle fall ikke min datter". På spørsmål fra intervjuer om hvordan de andre foreldrene hadde reagert, svarte hun kjapt og med tyngde: "De reagerte alle spontant etter hvert...".

Epi - gruppa i Trondheim

I fem år har det i Trondheim eksistert en løst sammensatt gruppe av personer som har figurert under betegnelsen epi(demiologi)-gruppa. I mer høystemte perioder kunne den til og med lyde navnet forskningsgruppa. Den har vært mer å sammenlikne med en dynamisk kohort, hvor personer dels har kommet inn, vært en periode, for så å forsvinne en stund, før de igjen dukker opp. For det meste har den imidlertid hatt en fast kjerne på sju - åtte personer som har bestrebet seg på å holde et visst sparebluss levende også i perioder hvor gruppa ikke har vært særskilt aktiv.

Vi har hatt nokså ulik faglig forankring, men én viktig fellesnevner, og denne har vært behovet for bedre epidemiologisk innsikt og skoloring. Behovene for intensive studier har variert for den enkelte over tid, og dette har påvirket både den form og det aktivitetsnivå som gruppa har hatt til ulike tider. Imidlertid er det mulig å spore en viss utviklingsprosess i løpet av den perioden gruppa har holdt sammen.

I de mest aktive periodene har vi møttes så ofte som hver 14. dag, og ett år hadde vi faktisk møtene på slutten av arbeidstiden, hvor gruppa ble kjørt som et langsgående forskerkurs med forelesninger og oppgaveløs-

ninger. Andre perioder har vært løsere, men hele tiden har vi hatt temaer eller tekstbøker å forholde oss til. Fra den første famlende åpningen med Mausner og Bahns bok, beveget vi oss relativt raskt over til Rothman: *Modern Epidemiology* (1986), og Kleinbaum, Kupper og Morgenstern: *Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods* (1982). Begge de siste bøkene er meget gode, men relativt tungt tilgjengelige. Likevel er det forbausende med hvilken energi og intensitet vi gikk løs på dem. For personer som akter å gjøre noe tilsvarende vil det kanskje i dag være vel så hensiktsmessig å starte med Hennkens og Buring: *Epidemiology in Medicine* (Little, Brown & Co, 1987). Den er like "moderne" som Rothmans, ikke fullt så sofistisert i språket, men kanskje vel så diktatisk. Særlig har den et glimrende kapittel om "confounding".

Om vi skal foreta en akademisk vareopptelling for den opprinnelige epi-gruppas virksomhet, så hadde vi tre medisinske disputaser i 1990 innenfor følgende nokså ulike emner: arbeidsløshet og helse, kvinnemishandling og gynekologiske lidelser, og brystkreftsykdommens epidemiologi. I 1991 har foreløpig én levert avhandling: oppfølging av nordiske leukemibarn etter

behandling, og ytterligere fire stykker ligger i løypa, og forventes å komme i mål innen rimelig tid. Igjen er temaene mangesidige: regionale forskjeller i hjerte-/kardødelighet, effekter av ultralyd i svangerskap på barnets normale utvikling, symfyse/fundus målinger og ultralydmålinger i forhold til fostertilvekst, samt epidemiologiske studier relatert til svangerskapsavbrudd.

For fem av disse har NAVF vært sterkt inne i bildet som finansieringskilde, mens Kreftforeningen har støttet de to kreftundersøkelsene.

Hvorfor har dette vært såvidt vellykket? Vi hadde alle et åpenbart behov for epidemiologisk skoloring, og denne interessen gikk på tvers av faggrensene. For de fleste var utgangspunktet klinisk, for fires vedkommende var det faktisk gynekologisk/obstetrisk orientert, mens det for tre av oss kan sies å være mer tradisjonelt epidemiologisk. Et tyngdepunkt kan sies å ligge innenfor kvinners helse, med vekt på reproduksjon, svangerskap og perinatale forhold, samt andre sider ved kvinners liv (f.eks. kreft hos kvinner). Vi håper at dette kan føre til at det fellesskap som ble utløst av behov for metodologisk kunnskap i fortsettelsen kan forenes i samarbeid om epi-

demiologiske studier av kvinner og barns helse.

Status for epi-gruppa i dag er at en ny kohort er i ferd med å ta over. Vi planlegger derfor et mer systematisert tilbud i form av et 2-årig kurs i klinisk og epidemiologisk forskning med

start fra høstsemesteret 1991. Dette kurset vil få form av forelesninger og oppgaveløsninger, og deltakerne vil møtes i to timer hver 14. dag. Kurset vil i hovedsak holdes av den "harde" kjerne i den opprinnelige epi-gruppa, men vi vil også bruke gjesteforelesere fra andre miljøer.

Erfaringen tilsier at rekrutene kommer fra de kliniske sykehusavdelinger, men vi er også interessert i å trekke til oss forskningsinteresserte allmennpraktikere og personer fra andre fagområder med interesse for klinisk og epidemiologisk forskning.

Seminar ved Det odontologiske fakultet, Oslo:

Kariessituasjonen i dag - hva gjør vi i morgen?

Basert på epidemiologiske studier kan man slutte at det i Norge, som i mange andre industrialiserte land, har skjedd en dramatisk bedring av tannhelsetilstanden de siste to dekadene. Med dette som bakgrunn arrangerte Forskningsutvalget ved Det odontologiske fakultet i Oslo et en-dags seminar med hovedvekt på følgende temaer:

-Kariessituasjonen i dag og i morgen

-Årsaker til kariesreduksjonen

-Konsekvenser av kariesreduksjonen

De fremmøtte tannleger, lærere og studenter i et fullsatt Store auditorium fikk neppe svar på alle spørsmålene som ble tatt opp til diskusjon, men viktige forhold ble belyst.

Asker - en "kremkommune"
Man kunne enes om at det er dokumentert en reduksjon i kariesforekomsten både hos barn, ungdom og voksne. Hos ungdom i Asker, en

nabokommune til Oslo, var bedringen i forhold til 1960-årene hele 93%, målt i fylte flater pr år, sa professor Frithjof R von der Fehr. Asker-tolvåringene har i dag gjennomsnittlig 1.5 plomberte tenner. WHO's mål på <3 kariøse, plomberte eller ekstraherte tenner pga karies hos 12-åringer er nådd i både Asker og de fleste kommuner i landet.

Fluortannpasta - svar på gåten?

Professor Dorte Holst mente at vi har for liten kunnskap om kariessituasjonen hos voksne, og generelt vet vi ikke nok om årsaker til endringer i tannhelseforhold. Det er dokumentert at kariesreduksjonen begynte før fluortannpasta ble tatt i utstrakt bruk, men likevel hevdes fluortannpasta å være den viktigste enkeltårsak til bedringen. Det er betenkelig å trekke konklusjoner basert på nasjonale fyllingstall og bruk av fluortannpasta. Man bør analysere på individnivå

for å få frem den reelle spredning. Kariesutviklingen er et samspill mellom flere faktorer, der bl a både sukker og munnhygiene kommer i tillegg til fluor. Dorte Holst argumenterte for studier hvor man kan generalisere til sammenhenger mellom egenskaper, dvs til underliggende mekanismer, altså generalisering på basis av modellbasert statistisk teori.

Tannlegenes fremtid - gode utsikter.

Det skjer ikke dramatiske endringer i arbeidskvantitet for tannlegene de første tiår, men vi må skaffe nødvendige data for å vurdere behovet for tannhelsetjenester og tannhelsepersonell litt lenger inn i fremtiden, hevdet Tannlegeforeningens president, professor Ingeborg Jacobsen.

Forskning - mye uteglemt
Dette temaet ble kanskje behandlet mest overfladisk, til stor skuffelse for mange av de fremmøtte forskere. I lys av bedringen i tannhelse

har vi fått en helt ny situasjon, men vi har til dels fortsatt en gammel behandlingsfilosofi. Professor Gunnar Rølla listet opp forskningsområder som: nye fyllingsmaterialer, prepareringsmetoder, profylaksemetoder, manipulering med plaquets patogenisitet og antimikrobielle midler. Helse-tjenesteforskning og metoder for utvelgelse av "risikopasienter" ble derimot ikke nevnt.

Utdanning - med medisinerere
Studierektor Harald M Eriksen var sistemann på talerstolen og avsluttet dagens maratonløp med betraktninger omkring temaet utdanning. Viktige forhold ble berørt på en måte som viser at man både har perspektiv og at man tankemessig er i takt med den nye situasjonen. Utviklingen stiller mer enn noen gang tidligere høye krav til en forskningsbasert utdanning. Grunnutdanningen må tilpasse seg de dokumenterte endringene i tannhelsen, og vi diskuterer allerede økt samarbeide med medisinerutdanningen i Oslo, sa Harald M. Eriksen.

Navn og logo - en oversikt

Epidemien... Epidemiologen... Epinytt... Glenn-Kaare... Norep... Ole-Nils... Oscar... Norsk Epidemiologi... Epidemiologa ho Noreg...

Idéene var mange før redaksjonen bestemte seg for det fortreffelige og opplagte navnet Norsk Epidemiologi. Hva er din mening om navnet, bør vi beholde det eksisterende eller har du forslag om et nytt. Send inn ditt valg, og du blir med i trekning av FANTASTISK FLOTTE premier. Tilleggspong hvis du legger ved uttalelse på navnet fra en SPRÅKFORSKER.

Og så var det logoen (se omslagssiden). Mennesket er plassert i sentrum av et rom. I følge redaktøren representerer mennesket alle sykdommer (de målbare!) som epidemiologer beskeftiger seg med, og rommet er et symbol på miljøfaktorer, i videste forstand og i flere dimensjoner, som påvirker vår livskvalitet og -kvantitet. Idéen ble unnfanget ved en tilfeldighet (som så mange andre viktige oppdagelser): under arbeidet med en illustrasjon til artikkelen om medisinsk geografi, slo det ned som lyn fra klar himmel: DER ER LOGOEN! (se også side 14). Hva mener du logoen representerer, bør vi lage en ny logo?. Send inn kommentarer og evt forslag på ny logo. Som vanlig blir du da med i trekning av FANTASTISK FLOTTE premier. Tilleggspong hvis du legger ved uttalelse på logoen fra PSYKOLOG eller SOSIONOM.

Gi tilbakemelding til redaksjonen innen 15. september.

Apropos

Det finnes to slags stoler som jeg ikke liker.
Den ene er for alle, den andre er for piker.
Felles for dem begge er: "sett deg opp og gap mens jeg henter instrumenter fra mitt store skap".
"Gap høyere" sa tannlegen og lyste med sin lampe.
"Kom nærmere med rompa" sa legen; jeg fikk krampe.
Tannlegen spør og snakker i vei, men jeg kan ikke svare, og vet at hull og boring bringer meg i største fare.
"Hm" og "Tja" sier kvinnelegen, han er taus i ord, men nikker litt, og klemmer hardt og mumler "plummestor".
Hvis jeg var sjef i verden ville jeg nok bare gape når luft i magen presset på, alene vil jeg rape.
Og åpne mellom bena bare når det passet meg sånn småkåt oppi senga og i ensomhet med deg!

Helsetjenesteforskning basert på registerdata

En-dags seminaret, ved Folkehelse den 1. mars, om bruk av offentlige og andre registerdata for forskning samlet hele 75 personer fra forskningsmiljøer, den sentrale helseforvaltningen, "dataeiere", datatilsynet og forskningsråd.

Er data og opplysninger i offentlige helserelaterte registre og databaser godt nok utnyttet? Er "eier"-forholdene til dataene slik at de fremmer eller hemmer tilgjengelighet? Hvordan vil, bør eller må personvernet regulere tilgjengeligheten? Er datakvaliteten god nok?

Slike spørsmål ble reist, belyst og debattert etter innlegg fra representanter fra Statistisk Sentralbyrå, Statens Helseundersøkelser (SHUS), Fødselsregisteret, Norsk Samfunnsvitenskapelig Data-tjeneste, Krefregisteret, Folkehelse og Norsk institutt for sykehusforskning (NIS).

Seminaret kom til å bli preget av diskusjoner omkring personvernproblemet. Man så på muligheter for å sikre personvern og forskningsinteresser samtidig, ved kryptering av personopplysninger. Organiseringen av den epidemiologiske forskningen ble også et hovedtema, mens en vurdering av de forskningsmulighetene som foreligger - det egentlig hovedtema - kom mer i bakgrunnen.

Dette kan kanskje forklares ut i fra det arbeidet som gjøres i det såkalte Boe-utvalget mht personvernet, og den pågående gjennomgangen av den statlige helseforvaltning som berører bl.a. SHUS og Folkehelse.

Noen faglige konklusjoner er det allikevel mulig å trekke ut av seminaret.

Datakvalitet var et viktig tema som ble tatt opp. Eiliv Lund, Universitetet i Tromsø, sammenfattet sine synspunkter på systematiske feil ved helsetjenesteforskning basert på registerdata:

Bruk av eksisterende data om helsetjenester og diagnoser, med presiserte unntak, vil forbruke mer ressurser til å erkjenne systematiske feil enn til de opprinnelige analyser. Det foreligger få muligheter til å retusjere publiserte data som er feilaktige pga systematiske feil - bias.

Feilaktige konklusjoner pga systematiske feil er langt mer alvorlige innen nasjonal helsetjenesteforskning enn ved internasjonal etiologisk forskning fordi de etterprøves ikke eller sjelden og de er knyttet til pasienters rettigheter.

Vi lever under et paradigme som gir oss mulighet til å analysere data uten hensyntagen til systematiske feil, sa Lund avslutningsvis.

De registerdata man har i dag er i liten grad til hjelp for helsetjenesteforskningen. Det lenge omtalte, men fortsatt så omtvistede sentrale sykdoms- og skaderegisteret (SSR) vil være nødvendig for å skaffe tilfredsstillende data om helsetjenesteforbruket. NIS's "Samdata" ble kritisert for ikke å kunne stå inne for kvaliteten av dataene. Årsaken ble sagt å være at dataene er anonymiserte allerede ved overlevering til NIS, og det er derfor umulig senere å sjekke dataene mot komparente kilder (journaler, operasjonsprotokoller). NSD kan gjøre koblinger av registerdata på aggregert nivå mot f.eks sine demografiske eller meningsmålingsdatabaser. Et eksempel er kopling av data fra rikstrygdeverket med NSD's kommunedata-base.

Den epidemiologiske forskningen har fått god vind i seilene de siste årene, og de ulike register"eierne" oppleves av forskerne som mer samarbeidsvillige enn noen sinne. Det er aktive forskningsmiljøer ved alle de ulike institusjonene, og alle demonstrerte positiv vilje til å imøtekomme eksterne forskeres behov for å få tilgang til institusjonens data; dog med rett til kontroll av prosjektframdrift og av at sluttproduktene holder god kvalitet. Flere understreket viktigheten av at datainn-

kort vil presentere.

Dødedatabasen

Data over samtlige dødsfall i Norge, foreløpig for perioden 1966-1987, er tilgjengelig i databasen (n=890 000). Dette dreier seg om anonymiserte individdata, basert på opplysninger fra dødsattestene og stilt til disposisjon av Statistisk sentralbyrå gjennom Statens helseundersøkelser. Befolkningsdata for alle kommunene er hentet fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dataprogrammene gjør det mulig å få ut aldersspesifikke og aldersjusterte dødelighetsrater for hvilken som helst underliggende dødsårsak eller kombinasjon av dødsårsaker. Disse ratene blir beregnet for alle landets kommuner og for hvilken som helst kalenderårsperiode innen 1966-87. Aldersgruppene kan spesifiseres fritt (basert på femårs-intervaller). Uttaket angir også signifikansnivå for avvik fra nasjons-raten i samme periode, i henhold til to ulike statistiske modeller (Poisson- og binomial-). Et slikt standard-uttak tar cirka 1 minutt. De kommunevise dødelighetsratene kan eksporteres til et eget kartprogram, noe som gjør det mulig å fremstille landsdekkende kart for å avdekke eventuelle regionale særtrekk. En viktig egenskap ved databasen er at enkeltkommunene fritt kan slås sammen til større aggregater. Denne muligheten er avgjørende for å kunne beskrive dødelighetsforholdene i grupper av kommuner som bærer visse fellestrekk. Dette gjør oss i stand til eksempelvis å sammenligne dødeligheten

(nivå og/eller tidstrend) i by- mot landkommuner, i fiskeri- mot landbrukskommuner, eller i Gudbrandsdalen mot Østerdalen - dersom det var interessant. Ved siden av den opprinnelige dødelighetsdatabasen er det blitt laget spesialprogrammer med tanke på analyse av tidstrender og statistiske avvik. Dødelighetsdatabasen er også tilrettelagt for analyse av neonatal- og postneonatal dødelighet (perioden 1966-85).

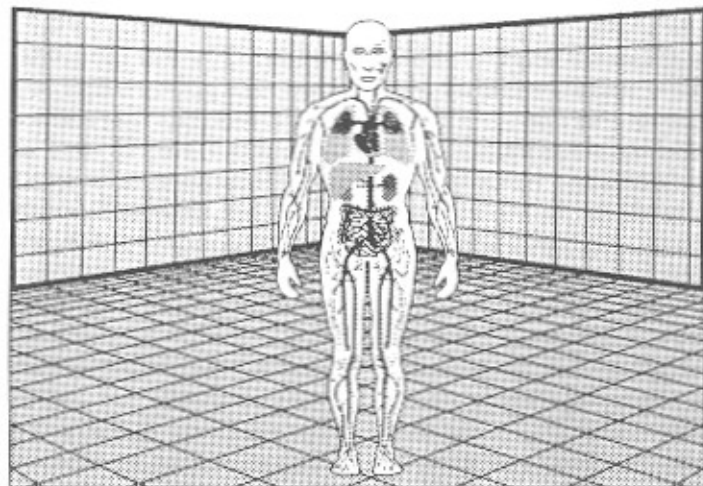
Perspektivene

Dødedatabasen gjør det mulig å studere dødelighetsforholdene i Norge på en ny og spennende måte, analyser som spesielt kan vise seg nyttige i hypotesegenererende prosesser. Vår gruppe har arbeidet med hjerte-kardødelighet, med kreft, med spedbarnsdødelighet, med alkoholrelatert dødelighet og selvmord. Til dels er det avdekket regionale mønstre som ikke har vært erkjent tidligere.

Spesielt gjelder dette for dødelighetsutvikling over tid. Dette kan være med på å kaste nytt lys over forståelsen av populasjonsdynamikken for sykdomsutbredelse, spesielt for kroniske sykdommer. Datasystemene er bygget opp primært med tanke på dødelighetsanalyser, men kan ved tilleggsoppgaver også håndtere andre type data, - f.eks. data over:

- sykkelighet
- risikofaktorer
- helsetjeneste-ressurser

Dette gjør det mulig å relatere slike ulike typer data til hverandre; f.eks. risikofaktorendring til dødelighetsendring. Datasystemene er tilrettelagt for forskning, og det er vår oppgave. Veien er imidlertid ikke lang til å utnytte dette nye verktøyet som et informasjonssystem som kan være med på å gi datagrunnlag for helsepolitiske beslutninger.



"Epidemiologiprogrammet"

Program for epidemiologisk forskning om sammenhengen mellom miljø og helse, Helse-, miljø- og levekårsforskning (HEMIL), Norges allmennvitenskapelige forskningsråd (NAVF).

Det er nok mange, som på en eller annen måte, har vært knyttet til dette programmet, men hva er egentlig den eksakte målsetting og hva skal det satses på i fremtiden? Hvor mange har benyttet seg av oppfordringen om å reise utenlands på sommerskoler og forskningsopphold? Ikke minst, hvordan har utlandsoppholdet artet seg for de som har fått sin "livsdrøm" oppfylt? HEMIL-satsningen er i disse dager i ferd med å bli evaluert. Redaksjonen vil presentere evalueringen i et høst/vinter nummer. Vi har sterk tro på at "epidemiologiprogrammet" kommer godt ut av det, men vi får vente i spenning...

Målsetting

Programmet, som ble etablert i samarbeid mellom RMF og RFS for perioden 1987-1992, har som målsetting å kartlegge årsaksforhold til helseproblemer i befolkningen, som henger sammen med levevaner og sosiale faktorer. Det tar sikte på å fremskaffe bedre kunnskap om sammenhengen mellom sosiale forhold og helseproblemer, helsevaner og levestett i befolkningen, infeksjonsepidemiologi, utbredelse av- og årsaker til mentale helseproblemer og

effekter av fysiske og kjemiske miljøfaktorer samt å stimulere forskning knyttet til registerepidemiologi.

Fremtiden

I kommende periode vil det legges vekt på å fullføre oppbyggingen av den akademiske basis ved universitetene. Videre vil man arbeide for forlengelser av stipendier og utdelinger av utvalgte post-doc stipendier. Styringsgruppen vil også arbeide for bedre utnyttelse av registerdata, samt opprettelsen av en større prospektiv kohortstudie som et fellesanliggende for alle epidemiologiske miljøer i Norge. Det sist nevnte vil inkorporere miljøeksponering og molekylær epidemiologi på DNA-nivå.

Utdanningsstipend, 1987-90
Programstyret har gitt bevilgninger til 13 kvinnelige og 14 mannlige utdanningsstipendiater.

Klinisk stipend og personstøtte, 1987-90

Tolv personer, derav en kvinne, har mottatt slike bevilgninger.

Sommerskoler og forskningsopphold, 1987-91

Elleve utdanningsstipendiater har til nå benyttet seg av

muligheten for å reise på sommerskole. Det mest populære valg har vært Johns Hopkins, University of Baltimore, USA. En reisebeskrivelse herfra er presentert på side 18.

Åtte personer har mottatt bevilgninger til forskningsopphold. En reisebeskrivelse fra opphold ved National Institute of Environmental Health Sciences, North Carolina følger på neste side.



Lykke til med evalueringen!
Red.

Forskningsopphold

National Institute of Environmental Health Sciences, Research Triangle Park, North Carolina

Den lange tittelen over er altså min nåværende arbeidsadresse. For meg har disse ordene alltid ost av kontemplasjon og ambisiøs forskning. I mine ører har det kanskje lydd noe slikt som "Healthy research environment and park science triangle institute" og så videre. Dette er i virkeligheten et svært påkostet forskningsinstitutt som absolutt er ment å ha prestisje. Jeg skal i det følgende prøve å gi et inntrykk av hvordan det er her og dele noen praktiske erfaringer, men først vil jeg gi noe av bakgrunnen for mitt besøk.

Allen Wilcox, min vert, er nok den egentlige grunnen til at jeg er her. Det første møtet med ham var gjennom et par artikler som representerte noe helt nytt for meg når det gjaldt klarhet og originalitet i perinatal epidemiologisk sammenheng. I disse artiklene ble det tumlet med analytiske problemer langt ut over det å bruke logistisk regresjon eller et eller annet mål for tilskrivbar risiko. Kanskje var det dette som virkelig slo an gnisten til å drive med reproduksjonsepideologi ved Medisinsk Fødselsregister. Denne lysten har ikke forlatt seg etter som jeg har lært hvor enestående og rike disse

dataene er.

Det er nok ingen tvil om at også Wolcox har sett verdiene i det norske fødselsregister. Da Rolv Skjærven først presenterte noen figurer og tabeller for ham, ble han svært begeistret. Rolv Skjærven ble prompte invitert til NIEHS på forskningsopphold, og i løpet av noen måneder i 1987 skrev de to artikler sammen som Allen fortsatt omtaler som "very high quality papers".

Så fikk jeg selv HEMIL-stipend for å foreta en gjennomgang av overvåkingen ved Medisinsk Fødselsregister av medfødte misdannelser og andre perinatale helseproblemer. Da var nok ikke NIEHS og Allen Wilcox det alternativet som sto høyest på listen over mulige mål for forskningsopphold. Jeg besøkte faktisk Center for Disease Control i Atlanta med tanke på et opphold der. Overvåkingen tar kort fortalt sikte på å oppdage en økende risiko for medfødte misdannelser eller andre helseproblemer hos nyfødte. I mer enn tyve år har Thalidomid-katastrofen vært god nok begrunnelse for å drive overvåking. Det ble imidlertid etter hvert klart for meg at denne aktiviteten burde sees i en videre miljøepidemiologisk sammenheng.

NAVFs bevilget en forskerstilling i miljøepidemiologi ved Medisinsk Fødselsregister fra 1991, og da jeg ble engasjert i denne stillingen, bestemte jeg meg for å dra til Allen Wilcox og NIEHS for å lære og å etablere et videre samarbeid. Responen her borte har så langt vært svært god, og det har avtegnet seg flere mulige nye områder for samarbeid. Jeg har imidlertid fått et prioriteringsproblem i og med at jeg er satt under disputeringspress av NAVF. Jeg får forsåvidt god feedback på artiklene og fellesdiskusjonen til avhandlingen her borte, men jeg var kommet så langt før jeg reiste at ingen her er direkte involvert i det som skal inngå i doktorarbeidet. Kanskje jeg derfor skal råde utdanningsstipendiater til enten å komme seg av gårde tidlig i prosjektperioden eller vente til de er post-doc personer. Dette vil nok i alle fall avhenge mye av hvor god kontakt man oppnår med et fagmiljø her borte. For den enkelte vil et godt datasett ofte være en inngangsbillett til fagmiljøene i USA, men bare det å samle data tar for mange stipendiater noen år. Det er selvfølgelig mye å lære bare ved å være her, men det bør være et mål å prøve å få topp-forskere i USA til å involvere seg direkte

i noen av våre prosjekter. Kravene til kvalitet helt fra formuleringen av problemstillingene er nok høyere her borte og et skikkelig samarbeid er den beste garantien for at vi skal få valuta for pengene og lære mest mulig.

Research Triangel Park er gammelt tobakksland i området mellom tre store universiteter: University of North Carolina i Chapel Hill, Duke i Durham og University of North Carolina State i Raleigh. Dette området er satt av til forskningsinstitusjoner, og her finnes IBM, SAS-institutes, og mange farmasøytiske firma. Environmental Protection Agency EPA har også en stor forskningsavdeling her. I motsetning til EPA som må ta seg av det som "dukker opp", driver NIEHS større, langsiktige prosjekter. "We work very slowly here" sier Allen, og mye av forskningen kan nok kalles grunnforskning. Annet hvert år blir hver enkelt avdeling evaluert av et toppanel utenfra. Både Epidemiology Branch (14 forskere med 78 publikasjoner i 88/89) og Biostatistics Branch (11 forskere med 143 publikasjoner 88/89!) ble evaluert i 1990 og begge avdelingene skal nå utvides. Den praksis og de mulighetene de har her når det gjelder å utnytte det avanserte lab-miljøet i epidemiologisk sammenheng virker meget interessante og fruktbare. Jeg gjetter at DNA-analyse i epidemiologi kommer til å "ta av" i dette ti-året, og her gjelder det å følge med.

Det beste praktiske rådet jeg kan gi dem som skal ut å

reise er å skaffe seg kontakt med noen som har ferske erfaringer. Det aller beste er å undersøke på forhånd om det er noen andre skandinaver på det universitetet eller instituttet man skal besøke. De vil som regel være meget hjelpsomme og villige til å fortelle hvordan man skal komme i orden. Skattefritak får man enklest ved å ordne opp med det lokale likningskontoret på forhånd. Det likningskontoret trenger en bekreftelse på at man er invitert som gjesteforsker ved institusjonen i USA.

Vær nøye med å ha etableringstilskuddet fra NAVF på konto før dere reiser! Min dyktige og hyggelige svenske nabo og kollega, Peter Soderkvist, lånte meg faktisk penger de første ukene langt ut over det man med rimelighet kan vente av en svenske. Når dere kommer hit og tar inn på et lokalt Hampton Inn eller lignende, leier bil, finner leilighet og leiemøbler, får skrudd på strømmen, betaler forskuddsleie og depositum på det hele og så skal kjøpe bil, da renner pengene fort ut. Et uventet problem oppsto fordi det ikke var lov å ha mer enn to barn i hver leilighet! Vi har senere fått høre om et leilighets-

kompleks hvor det er lov. Selv om lille Karoline bare var seks måneder gammel, måtte vi faktisk kjempe hardt for å få leie. Til gjengjeld er det lett å få ungene inn på skole her borte. Det går på en dag bare du har husket å få med deg vaksinasjonsbekreftelse fra helsestasjonen hjemme. Så er det bare å sette seg på nærmeste Mc Donalds å vente, for det er slik man treffer norske kolleger. Der dukket Kreftregisterets Are Helset med familie opp, og dersom noen lurer på hvordan man tar Amerikansk førerkort, skaffer seg social security number eller kjøper pinnekjøtt i USA, så er han mannen.

Noe av dette er nok spesielle erfaringer og noe kan kanskje ha verdi for andre som ønsker å reise til USA. For ordens skyld: Her finnes ingen beach, ingen høye hus og det er langt til Disney-world. Til gjengjeld er dette et glimrende forskningsmiljø og et trygt sted for familien. Jeg runder av disse inntrykkene fra NIEHS med en liten hilsen til alle dere som også strever med å tilegne dere et brukbart engelsk fagspråk. Man bør kanskje prøve å skrive enklere og mer eksplisitt enn dette:

A little learning is a dangerous thing;
Drink deep, or taste not the perian spring;
There shallow draughts intoxicate the brain,
And drinking largely sobers us again.
Fired at first sight with what the Muse imparts,
in fearless youth we tempt the heights of Arts,
While from the bounded level of our mind
Short views we take, nor see the lengths behind;
But more advanced, behold with strange surprise
New distant scenes of endless Science rise!
(Alexander Pope, 1711)

Sommerkurs

The John Hopkins Graduate Summer Program in Epidemiology

Med støtte fra Norges Allmennvitenskapelige Forskningsråd deltok jeg sommeren 1989 på det såkalte "Graduate Summer Program in Epidemiology" ved The Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health i Baltimore, Maryland, USA.

Hvorfor valget akkurat falt på dette universitetet var i hovedsak at grunnkursene i epidemiologi og statistikk her var mer relatert til medisinske problemstillinger, samt at deltakere fra fjorårets kurs fra NAVF's HEMIL-program som jeg også er knyttet til anbefalte programmet på det varmeste. Hvert år arrangeres det et slikt sommer-program, det er nå etterhvert blitt en tradisjon.

Jeg deltok på det niende årskurset. Ved å ta slike intensive kurs hver sommer kan en tilslutt få godkjent poeng nok til en Master of Public Health grad. Mange av årets deltagere (ca 600) hadde denne graden som mål, disse var fortrinnsvis fra USA. Deltagerne var først og fremst leger med og uten spesialitet, ellers annet helsepersonell, noen få statistikere og veterinærer, samt en tannlege, undertegnede. Nærmest alle nasjonaliteter var tilstede, den eneste verdensdelen som ikke var representert var Australia.

Lørdag 17/6 reiste jeg fra Bergen via London direkte til Baltimore. Byen ligger en times kjøring fra Washington DC, og av innbyggertallet på rundt 3 millioner, er 60% fargede. Innlosjeringen på Homewood studentby lå ved hjertet av The Johns Hopkins universitet. Et sted bestående av flotte bygninger med gregoriansk arkitektur og svære parkområder.

Programmet for de kommende 3 uker var; frokost kl 07, deretter 15 minutter med skolebuss til universitetet hvor forelesninger og seminar/gruppearbeid startet kl 08 og sluttet kl 16. Lørdagene og nasjonaldagen 4. juli sluttet undervisningen kl 12. Alle kurs hadde en prøve etter at halve kurstiden var gått. Siste dag av kurset var satt av til slutt-eksamen som man kunne velge om man ville ha gradert eller godkjent.

Mitt valg av kurs var et grunnkurs i epidemiologi og et i biostatistikk. Førstnevnte kurs var lagt opp i form av forelesninger og gruppearbeid. Gruppene var delt inn slik at de fleste typer utdanning og nasjonalitet var jevnt fordelt. Hver oppgave skulle presenteres og diskuteres, dette gikk på omgang mellom de forskjellige gruppene. Problemstillingene i

oppgavene var knyttet til spredning av infeksjons-sykdommer, epidemiologiske aspekter av ikke infeksjons-sykdom, et kontrollert vaksinasjonseksperiment og bruken av epidemiologi for evaluering av helsetjenester.

Kurset i biostatistikk var ment som en innføring i statistisk terminologi og elementær analyse av data. Dette kurset gikk litt vel mye gjennom selve utledningen av de innførte statistiske begrepene og formelene. Som en av deltagerene så greit uttrykket det: "Det er som om det mystiske ved statistikk ikke helt skal fjernes". Her var det i hovedsak forelesninger med tid avsatt til oppgaver som skulle innleveres. Forelesningene var gode. I timene avsatt til oppgaveløsninger var det også alltid såkalte hjelpelærere tilstede som en kunne spørre hvis det var behov.

Det faglige dagsprogrammet var lagt stramt opp, men det ble da tid til en del uforglemmelige opplevelser. Som blant annet tur og omvisning med buss til Washington DC, besøk og krabbefest til Baltimores havnekanaler og tur til byens (og USAs) største akvarium og picnic hjemme hos dekanus. Dette var sosiale

arrangementer organisert av program-koordinator Helen Walters som tiltalte alle deltagerne ved fornavn! (utrolig å kunne huske og ikke minst skjelle fra hverandre 600 stykker).

I mer privat regi fikk jeg se en lokal baseball kamp. Det ble en togtur til Washington DC, nasjonaldagen den 4. juli, med konsert foran "The Capitol" bygningen og senere et fantastisk fyrverkeri over byen.

Mitt opphold ved The Johns Hopkins universitet var faglig sett veldig utbytterikt, og jeg fikk med meg en god del inspirasjon på kjøpet. Et slikt opphold kan så absolutt anbefales.

Hvordan ett menneske kunne ha ødelagt en hypotese

Amanuensis Gerthold Brynfett følte seg på toppen av sin karriere da han presenterte sin nyeste hypotese for medisinerstudentene: "Jo hyppigere samleier, jo gladere er man". Enkelt og greit.

Nå skal dere se, studenter. Rekk opp hånden dere som har samleier daglig. Det var en gjeng studenter som jublende rakk opp hendene og smilte fra øre til øre. Studenter med ett samleie per uke, opp med hendene! Disse studentene var ikke fullt så blide som de foregående, og førsteamanuensis Brynfett gned seg fornøyd i hendene.

Opp med hendene dere studenter med ca ett samleie i måneden. En håndfull triste studenter hevet motstrebende hendene halvveis i været, og professor Gerthold Brynfett kunne nesten ikke styre sin begeistring. Han sa så med en nesten ærverdig mine, som for å avslutte det hele: Studenter med samleie en gang i året, hev hendene. En eneste student på bakerste rad rakk hendene i været og strålte av lykke - han var så glad, så glad. Stipendiat Brynfett følte seg satt tilbake til steinalderen. Hva var galt, hvorfor, hvorfor, ja hvorfor student er du så glad? Studenten klarte ikke å sitte stille på stolen mens han full av iver og lykke ropte ut: Det er i dag, det er i dag, det er i dag,....



Kurs og konferanser

Summer Program: The John Hopkins Graduate Summer Program in Epidemiology.
Time: June 17 to July 5.
Location: Baltimore, MD
Deadline: June 1
Contact: Helen D. Walters, Program Coordinator, Graduate Summer Program in Epidemiology, 615 N. Wolfe St., Baltimore, MD 21205

New England Epidemiology Summer Program.
Time: June 14 to August 2.
Location: Tufts University, Medford, MA
Deadline: June 15
Contact: Nancy Dreyer, NEEI Director, Epidemiology Resources Inc. 826 Boylston Street, Chestnut Hill, MA, 02167.

Videregående kurs i yrkes- og miljøepidemiologi
Tid: 12.-16. august 91.
Sted: SV-fakultetet, Universitetet i Oslo, Blindern.
Kurspråk: Engelsk.
Påmelding: Innen 1. juni til Tor Haldorsen, Kreftregisteret, Montebello, 0310 Oslo.

Regional Meeting International Epidemiological Association (IEA).
Time: August 29-31.
Location: Basel Switzerland
Deadline: August 16
Contact: Ursula Ackerman or A. Brunner, IEA Kongress, Abteilung für sozial- und Präventivmedizin, der Universität Basel, Steinengraben 49, 4052 Basel, Switzerland.

Short Course in Advanced Epidemiological Methods.
Time: September 1991.
Location: London.
Contact: Richard Hayes, Department of Epidemiology & Population Sciences, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E7HT. UK

Courses in Epidemiology and Biostatistics at Karolinska Institutet.
Time: Part I: Sept 23 - Oct 18 1991
Part II: Jan 20 - Feb 14 1992
Deadline: May 1 / November 1
Contact: Marianne Sigmund Dept. of Epidemiology Institute of Environmental Medicine Box 60208 S-10401 Stockholm.

Multivariable Modelling of Epidemiologic Data.
Time: Oct 1991.
Sponsor: K&K Associates

Location: Atlanta, GA
Deadline: Two Weeks prior to Course.
Contact: Dr. Lawrence L. Kupper, Department of Biostatistics, School of Public Health, CB #7400, University of North Carolina, Chapel Hill, NC 27599-7400

Understanding Epidemiology.
Time: Oct 1991.
Sponsor: New England Epidemiology Institute and the Post Graduate Medical Institute.
Contact: Dr. Nancy Dreyer, President, Epidemiology Resources Inc., and the New England Epidemiology Institute, 826 Boylston Street, Suite 200, Chestnut Hill, MA 02167.

Annual Meeting.
Time: Nov 7-8 1991.
Sponsor: American College of Epidemiology (ACE)
Location: Atlanta, GA
Contact: Dr. Jess Kraus, UCLA School of Public Health, Los Angeles, CA 90024-7066

Quantitative Methods in Epidemiology.
Time: December 1991.
Sponsor: K&K Associates
Location: Atlanta, GA
Contact: Dr. Lawrence L. Kupper, Department of Biostatistics, School of Public Health, CH #7400, University of North Carolina, Chapel Hill, NC 27599-7400.

Disputas
-Ingen
Gi beskjed til red.

Ledig stilling
-Ingen
Gi beskjed til red.

