

I John Alvheims fotspor

Cuba er preget av karibisk frodighet og resultatene fra mislykket kommunistisk planøkonomi, amerikansk boikott og spansk koloniherrredømme. I internasjonal politikk og økonomi står landet på mange måter for seg selv, særlig etter bortfallet av støtte fra det tidligere Sovjetunionen. I hovedstaden Havanna er bygningene i langtkomment forfall, men folk virker stolte og åpne.

Det er Cuba som er annerledeslandet. På Cuba tenker man og gjør man tingene annerledes. Til tross for at det er et fattig utviklingsland, skårer Cuba høyt på alle målinger over folkehelsen, bl.a. høy levealder og lav spedbarnsdødelighet. Hvorvidt dette skyldes samfunnsfaktorer som stor grad av likhet (alle har det like dårlig) og høy følelse av samhörighet og enhet («social cohesion» på sosiologisk norsk), eller om årsakene er et godt utbygd primærhelsetvesen og forebyggende helsearbeid, er uklart.

Studenter og lærere ved Senter for helseadmindstrasjon ved Universitetet i Oslo reiser hvert år på en studietur. Valget av mål for årets studiereise stod mellom Torsby i svenske Värmland, der en av professor Ole Bergs disipler har snudd et lite lokalsykehus fra å være et nedleggingstruet sykehus til et vel-drevet sykehus som helsepolitikere valfarter til, og Cuba. Vi valgte under tvil Cuba (1), og en gruppe på til sammen 32 personer drog av gårde en dag i mars 2001.

Cuba – en kort oversikt

Cuba ble oppdaget av Christofer Columbus i 1492, og spanske nybyggere bosatte seg der fra tidlig på 1500-tallet. De opprinnelige innbyggerne, indianerne, ble gradvis utryddet, og behovet for arbeidskraft ble dekket ved innføring av slaver fra Afrika. Det spanske overherredømmet tok slutt i 1898. Selv om Cuba ble en uavhengig stat i 1902, ble styret sterkt dominert av amerikanske interesser. President og diktator Fulgencio Baptista ble styrtet i 1959 av revolusjonære styrker ledet av Fidel Castro, og landet hadde senere tette forbindelser med Sovjetunionen. Cubas kommunistiske parti er det eneste lovlige politiske parti.

Cubas økonomi er basert på statseieendom og kommunistisk planlegging. Viktigste

inntektskilde er sukker (fra sukkerrør), men også nikkel, tobakk (sigarer!), sitrusfrukter og kaffe er av stor betydning. Etter bortfallet av økonomisk støtte fra Moskva etter Berlin-murens fall i 1989, falt bruttonasjonalproduktet med over 35 %, men har senere vist en svak stigning (1). Fidel Castro har åpnet for en viss liberalisering for å øke inntekter fra turisme og handel, men landet boikottes av USA.

Cuba har om lag 11 millioner innbyggere, og ulikt de fleste land i Latin-Amerika er befolkningstilveksten lav. Etter revolusjonen i 1959 satset man stort på utdanning og helse, og Cuba har i dag verdens høyeste legetetthet. Primærhelsetjenesten er basert på et system med familieleger som hver er ansvarlig for 100–200 familier, slik norske kolleger beskrev i et reisebrev til Tidsskriftet i 2000 (2). Cuba har en gjennomsnittlig forventet levealder på mer enn 74 år og lav spedbarnsdødelighet (1).

Det er ingen tvil om at Cuba har oppnådd mye med lite penger når det gjelder folkehelsen. Midlet har vært prioritering av primærhelsetjenesten og forebyggende helsearbeid. Cuba fikk i fjor store lovpriser for sitt helsetvesen og sin omsorg for de svakeste i samfunnet fra Fremskrittsparti-politikeren John Alvheim, leder av Stortingets sosialkomité, etter en studiereise til Cuba (3). På sett



Professor Juan P. Oliva har sin spesialistutdanning fra Tyskland og har bygd opp en egen nukleærmedisinsk avdeling ved det nasjonale kreftsykehuset i Havanna. Maskinparken består av odde maskiner av ulikt merke og nasjonalitet koblet sammen ved hjelp av kubansk oppfinnsomhet. Her er Oliva sammen med Ole Berg. Foto P.J. Gjersvik



og vis går vi i John Alvheims fotspor. Spørsmålet er om våre inntrykk og konklusjoner er sammenfallende med hans.

Lokalsykehus og nasjonalt kreftsykehus

Vårt første møte med Cubas helsetvesen er lokalsykehuset i den lille byen Trinidad på sørkysten. Besøket er improvisert, men vi blir likevel godt mottatt av sykehusets sjeflege, som forteller at sykehuset har 45 leger (hvorav åtte kvinner) og 26 sykepleiere, og at det betjener en befolkning på rundt 70 000 mennesker. Ved omvisningen må vi konstatere at forholdene sett med norske øyne er miserable. Bygningsmassen er i elendig forfatning, og sykehuset har mangel på de mest basale forbruksvarer, bl.a. såpe. Vi får mer inntrykk av å være på et dårlig pensjonat enn på et sykehus.

I hovedstaden Havanna besøker halvparten av gruppen det nasjonale kreftsykehuset. Dr. Lorenzo Anastagasti, en av sykehusets visedirektører, gir oss en oversikt over oppbygningen av Cubas helsetvesen og omtaler spesielt forholdene i kreftomsorgen. Det nasjonale kreftsykehuset har 450 senger, 260 leger og 1 000 andre ansatte, inkludert 185 sykepleiere. Det overrasker oss at forholdet mellom antall leger og antall sykepleiere også her er omvendt av hva vi er vant med i Norge. Antakelig innebærer dette at leger utfører flere typer arbeidsoppgaver, og at det er vanligere med pleieassistans fra pårørende på Cuba. Det utføres alle typer kreftkirurgi og strålebehandling, men virksomheten er åpenbart hemmet av utstyrmangel. De få av oss som fikk besøke intensivavdelingen, berettet om dårlige forhold og – i den grad et kort opphold kan danne grunnlag for en slik vurdering – et lavere faglig nivå enn forventet.

Kreftsykehuset har mottatt hjelp fra det norske Latin-Amerikanske helsefond, bl.a. mange datamaskiner. Med bistand fra den norske epidemiologen Sverre Harvei er de i ferd med å bygge opp et nasjonalt kreftregister. Også på Cuba har lungekreft en sterkt økende insidens, særlig blant kvinner, og er nå den vanligste kreftform i landet (bortsett fra hudkreft av ikke-melanomtype). Dr. Anastagasti innrømmer at det er vanskelig å få kubanere til å slutte å røyke, selv om Fidel Castro har lagt sigarene sine på hylla – i det minste offentlig.

Sykehuset måtte tåle en halvering av bud-

sjettet for utstyr og forbruksartikler i perioden 1989–93. Dette medførte en betydelig omstilling og utfordring for sykehusledelsen: Sykehuset måtte gjøre mer for mindre penger. De måtte velge rimeligere medisiner, revurdere kontrollrutinene og reevaluere organisering og arbeidsplaner. Utfordringene fremover – ifølge dr. Anastagasti – er å forbedre kvaliteten på tjenestene for å komme opp på internasjonalt nivå og å skaffe tilstrekkelig medisinsk-teknisk utstyr trass i amerikansk boikott.

Selv i den forfatning sykehuset er, slår det oss at legene vi møter, er preget av en særskilt stolthet, entusiasme og profesjonalitet. Deres problemer er ikke ulike dem vi har i Norge, men nivået og omfanget er et helt annet.

Kvinneklivnikken i Havanna, som den andre halvparten av gruppen besøkte, gav nok et bedre inntrykk enn kreftsykehuset: Det var rent og pent og rimelig godt utstyrt. Dette samsvarer med hva vi hører er gjeldende kubansk målsetting: å prioritere barn og kvinner.

Medisinsk forskning prioriteres høyt

To forskningssentre vi fikk anledning til å besøke, stod i sterk kontrast til tilstanden ved de omtalte sykehusene. Det ene, Senter for bioteknologisk forskning (Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología; CIGB) viste seg å være som et hvilket som helst stort, velholdt og velutstyrt amerikansk forskningssenter. Rundt bygningene var plenene klippet og prydbuskene vakre, og over veien så vi tiltalende boligblokker for senterets forskere. Vi ble vist rundt og orientert av dr. Alejandro Moro, en ung cellebiolog som publiserer i engelsk-språklige vitenskapelige tidsskrifter, slik senteret forsøker å gjøre.

Cuba, fortalte han, satser stort på høyteknologisk forskning. Forskningen er særlig knyttet til vaksiner, interferon og kreftbiologi. Cuba har produsert vaksine mot meningokokk gruppe B av en kvalitet som selv USA måtte importere da det brøt ut en meningokokkepidemi i delstaten Iowa for noen år siden. Senteret arbeider også med en vaksine mot AIDS og med nye behandlingsprinsipper mot kreft, spesielt livmorhals- og lungekreft. Senteret driver både basalforskning, produksjon og kommersialisering av vaksiner og i mindre målestokk medikamenter, men markedet omfatter (foreløpig) ikke Europa eller andre vestlige



Cubas fremtid blir annerledes, men hvordan blir den for disse barna? Foto P.J. Gjersvik

land. Vi får inntrykk av en forskergetto befolket av velmotiverte og velutdannede mennesker med en egen kubansk stolthet.

Senter for vitenskapelig forskning (Centro Nacional de Investigaciones Científicas; CNIC) er et annet moderne forskningssenter som forsøker å kommersialisere produkter fra sin grunnforskning. Der ble vi orientert av en myndig og effektiv markedssjef ikke helt ulik Gro Harlem Brundtland, slo det flere av oss. Utgangspunktet for forskningen, fortalte hun, er naturlige råstoffer fra blant annet sukkerrør og koraller. Policosanol er et kolesterolsenkende medikament som Cuba har vansker med å få prøvd ut på det internasjonale markedet pga. pengemangel og den amerikanske boikotten. Under betegnelsen PPG har stoffet fått rykte på seg for også å være et potensfremmende middel.



Noen av oss besøkte en sigarfabrikk og fikk se produksjon og pakking av ettertraktede kubanske sigarer (4). Vi var også innom fabrikkens svært sparsomme bedriftslegekontor, og bedriftslegen måtte innrømme at det var vanskelig å drive røykeavenningsarbeid blant de ansatte

Det selges fritt på flyplassen i Havanna og brukes visstnok av alle i den politiske ledelsen. Vasoaktor er et ekstrakt fra sukkerrør som markedsføres som et kosttilskudd med evne til å gi økt yteevne, og stoffet skal være godkjent i Australia som en såkalt komplementærmedisin.

Kubansk tankegang

Den norske statsviteren Morten Jørgensen forsøker å få i gang kommersialisering av kubanske produkter bl.a. med hjelp fra norske investorer. Han gav oss nyttig bakgrunnskunnskap fra sitt snart seks år lange virke på

Cuba. Han mener det ligger en klar politisk prioritering bak satsingen på forskning. Kommersialiseringen er blitt en nødvendighet for å skaffe landet inntekter, men Cuba får ikke adgang til det vestlige markedet. Derfor setter kubanerne svært stor pris på besøk av den typen vi er på. Han regnet med at besøket vårt var kjent for sjefen sjøl, Fidel.

Jørgensens store utfordring er å bygge bro mellom vestlig kommersiell tankegang og kubanernes manglende erfaring og vilje til å tenke i kommersielle baner. Kubanerne skjønner rett og slett ikke markedsmekanismer. Frykten for å gå for langt i forhold til hva den politiske ledelsen tillater, er vanskelig å kombinere med evnen til å tenke nytt.

Et stykke utenfor Havanna besøkte vi et tidligere marineakademi som i 1998 ble gjort om til en medisinsk utdanningsinstitusjon,

Escuela Latinoamericana de Ciencias Medicas. Her får studenter fra hele Latin-Amerika preklinisk utdanning før de blir utplassert til sykehus spredt over hele Cuba for der å gjennomføre den kliniske delen av sin legeutdanning. Skolen er et politisk prestisjeprojekt åpnet og regelmessig besøkt av Fidel Castro. Deler av Cubas import fra de aktuelle landene blir betalt ved å utdanne leger, som når de er ferdige, skal praktisere i sine hjemland.

Den siste dagen går med til et besøk på Helseministeriet, der den lokale utgaven av Lars E. Hanssen holder et to timer langt foredrag på spansk med engelsk simultanoversettelse. Spørsmålene etter foredraget blir besvart med nye foredrag uten at spørsmålene egentlig blir besvart. Vi får likevel med oss at Helseministeriet planlegger en restrukturering og revitalisering av landets sykehusvesen, der deler av spesialisthelsetjenesten vil bli flyttet ut av sykehusene. Av de mange utfordringene som Cuba står foran, er en økende andel

eldre i befolkningen og å få til en tilfredsstillende finansiering og kostnadskontroll av helsetjenestene. Igjen kjenner vi oss igjen.

Det er likevel mye som skiller Cuba fra Norge. Cuba er et utviklingsland, mens Norge er et av verdens rikeste land. Cuba prioriterer forebygging, fordi det er billigst, men nedprioriterer sykehusene, som skal ta seg av de sykeste. Med sitt omfattende system med familieleger for alle innbyggerne (et system som gir gode muligheter for flere typer overvåking) er Cuba blitt et gjennom-medikalisert samfunn. Cuba hadde sin revolusjon i 1959, mens Norge valgte den sosial-demokratiske vei til velferd. Cuba har en øverstkommanderende som alle viktige politiske beslutninger må igjennom, mens Norge har et demokratisk, tregt og omstendelig beslutningssystem. Nytt for oss studiebesøkende var hvordan Cuba tar vare på sine intellektuelle ressurser gjennom sin prioritering av forskning, helt ulikt – må man kunne si – Norge. Blant annet derfor har Norge noe å lære av Cuba.

Cuba har på ideologisk grunnlag lagt vekt på størst mulig sosial likhet og nasjonal uavhengighet og har av dette høstet god folkehelse. Men det har gått på bekostning av politisk frihet og manglende økonomisk utvikling. Det er et paradoks at et norsk politisk parti som baserer sin politikk på markedsprinsipper og individets frihet, lovpriser et slikt samfunn. Men så er da også Cuba et paradoksenes land.

Petter Jensen Gjersvik

petjense@online.no

Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo
Rikshospitalet
0027 Oslo

Litteratur

1. Cuba. Encyclopædia Britannica. www.britannica.com/eb/article?eu=28552 (18.4.2001).
2. Eikås A, Leer J, Brekke M, Thorsen O, Steinert S. God primærhelsetjeneste på solskinnssøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 612–3.
3. NTB. Alvheim roser menneskerettighetene på Cuba. Aftenposten (morgenutgave) 13.1.2000.
4. Fabrizio M. Cuba. Treviso: Arcari Editore, 1999.

Diabetes og toppidrett



Colberg SR

The diabetic athlete

Prescription for exercise and sports. 261 s, tab, ill. Leeds: Human Kinetics, 2001.

Pris GBP 14

ISBN 0-7360-3271-1

Forfatteren har selv type 1-diabetes og er aktiv idrettsutøver med doktorgrad innen feltet treningsfysiologi. Hun henvender seg til idrettsutøvere med fortrinnsvis type 1-diabetes, og til helsepersonell som behandler disse. Intensjonen er å bidra til at aktive idrettsutøvere med diabetes skal få økt innsikt i hvorledes sykdommen oppfører seg ved trening og hvilke forhåndsregler man bør ta, slik at prøve-og-feile-perioden kan bli kortere og at man lettere kan tilpasse toppidrett til det å ha diabetes.

Boken er i to hoveddeler. Den første omhandler generelle aspekter ved trening og diabetes, som effekter av trening på blodsukker og insulinliv, samt kostveiledning. Annen del tar for seg en rekke forskjellige idrettsgrener blant annet langrenn, og gir detaljerte forslag til hvorledes man skal forholde seg med insulin doser osv., avhengig av idrettsgren. Det er korte historier om idrettsutøvere med type 1-diabetes som står som selvstendige avsnitt. Språket er lettfattelig for en med medisinsk bakgrunn og vil nok være tilgjengelig for personer med interesse for feltet.

Økt fysisk aktivitet er en av grunnsteinene i behandlingen både av type 1-diabetes, men ikke minst av type 2-diabetes. Denne boken henvender seg til toppidrettsutøvere med type 1-diabetes og bidrar derfor lite til å forklare hvorledes man bør legge opp trening for pasienter med diabetes generelt. For målgruppen er den likevel et viktig bidrag, slik at pasienter som driver aktiv idrett og får type 1-diabetes motiveres til å fortsette med dette og kan få hjelp til å tilpasse behandlingen den idretten de bedriver.

Hovedproblemene med å ha diabetes og drive med idrett er hypoglykemi og dehydrering når man trener, og i boken er det praktiske forslag til hvorledes man kan unngå dette for ulike idrettsgrener. Vanskelig for norske lesere er at alle blodsukkerangivelser (med få unntak) er i mg/dl uten at det presenteres noen formel for omregning til mmol/l. I kapitlet om kosttilskudd nevnes ginseng som et stoff som man med en viss forsiktighet kan bruke. Dette er noe underlig siden vi vet at ginsengpreparater kan inneholde en rekke andre stoffer som kan være negativt ved diabetes. Videre nevnes det at sink skal være spesielt gunstig for insulinvirkningen i muskel uten at dette synes vitenskapelig dokumentert. Boken mangler beskrivelser av effekter av trening ved bruk av perorale medikamenter.

Boken er et viktig bidrag til pasienter med type 1-diabetes som driver toppidrett, men man kan likevel ikke komme utenom en lengre periode med hyppige blodsuktermålinger, kostmodifikasjoner og ulike insulinregimer relatert til trening for denne gruppen.

Per Thorsby

Diabeteslaboratoriet
Aker sykehus

I det godes tjeneste

Strand L

Mental ernæringsbok for sykepleiere

Stille døgn i Bethesda. 229 s, ill. Oslo: Universitetsforlaget, 2000. Pris NOK 298

ISBN 82-150-0011-8

Forfatteren er psykiatrisk sykepleier, pedagog og billedkunstner. Hun har skrevet en refleksjonsbok for mennesker i omsorgsarbeid, spesielt sykepleiere.

Boken handler om verdier i sykepleien, og ledestjernen er det gode. Bethesda er hebraisk for barmhjertighetens hus. Boken har to deler. Første del, *Om det gode*, begynner med å drøfte sykepleierens belastede virkelighet – det godes daglige utfordringer. Deretter omtaler hun det gode som grunnlaget for sykepleien og avslutter denne delen med et kapittel om tre inspirasjonskilder – lys, ro og kraft.

Den andre delen handler om å gi det gode forrang. Hun har samlet sitt stoff gjennom yrkeserfaring, undervisning, lesing og arbeid med kunst. Det betyr at hun øser av mange kilder, og jeg synes selvrefleksjon, det å tenke over sitt eget liv og arbeid, er en rød tråd i boken.

Dette er ingen lettlest bok, og forfatteren sier uttrykkelig at man må lese den langsomt og helst flere ganger. Det har hun rett i, for dette er vanskelige ting både tankemessig og følelsesmessig.

En slik bok er nødvendigvis preget av forfatterens personlighet, erfaringer og preferanser. Menneskene er forskjellige, og det er nok umulig å skrive en slik bok som treffer alle. Jeg tror også at boken ville vunnet på å ha vært kortere.

Boken har uten tvil et viktig budskap til alle som arbeider i helse- og omsorgsyrknes besværlige virkelighet. Det gjelder også leger, tror jeg. Det er et spesielt behov for dette budskapet i dagens helsetjeneste, som blir stadig mer opptatt av andre verdier enn det gode, nemlig det faglige, det effektive og det lønnsomme. Derfor burde mange ta seg tid til å lese denne boken.

Peter F. Hjort

Blommenholm

