

Sult som følge av borgerkrig



En unge bevisstløs av dehydrering, en treåring på knapt 5 kg med kroppstemperatur på 35 °C, en annen med alvorlig kwashiorkor og knatring over lungene, en jente med kramper på grunn av cerebral malaria.

Tecnicos står på og jobber: Legger ned ventrikkelsonde, gir injeksjoner med bredspektret antibiotika og antimalariamidler, glukose rektalt, gir væske for å rehydrere og korrigerer elektrolyttbalansen.

Det er morgen i Camacupa, Angola. Jeg har tatt den daglige turen innom intensivavdelingen. Det er hektisk aktivitet. To har dødd i løpet av natten, får jeg vite.

Vi befinner oss på Leger Uten Grenser (MSF) senter for alvorlig underernærte (Therapeutic Feeding Centre) i en liten by i Bie-provinsen, midt i Angola, dette krigsherjede landet i det sørvestlige Afrika.

De viktigste dødsårsakene her er alvorlig underernæring, dehydrering, pneumoni, og malaria, i tillegg til tuberkulose og meslinger. Dødeligheten blant barna er 5–10 %, og blant voksne 10–15 %. Vi har rundt 400 alvorlig underernærte barn og ca. 70–80 voksne på senteret.

Vi har enkle hjelpemidler. Pasientene ligger på madrasser på gulvet, og laboratoriet består av en hurtigtest for falciparum malaria og urinstiks. Utover det får vi stole på stetoskopet og kliniske ferdigheter. Men det er også de enkle tingene som er viktigst. Så man lærer å tenke enkelt. Å være rask med å rehydrere, korrigerer hypoglykemi og behandle malaria og bakterielle infeksjoner, er det viktigste. Rehydrering gjøres med ventrikkelsonde og ikke intravenøst, så sant det går. De svake hjertene til alvorlig underernærte tåler dårlig overhydrering, og studier viser bedre overlevelse ved oral tilførsel. Utmagrede små kroppar får lett hypoglykemi som igjen ofte gir hypotermi. Temperaturen tas fire ganger i døgnet, og når man registrerer lav kroppstemperatur, gis alltid 50 % glukose rektalt.

De 2–7 første dagene barna er på senteret får de en spesialtilpasset melk, som er sam-

mensatt av en riktig mengde kalorier for å dekke dagsbehovet, og riktig sammensetning av proteiner, elektrolytter og vitaminer. Melken deles ut hver tredje time, døgnet rundt, for å venne de små magene til å motta mat igjen og snu metabolismen i kroppen fra en katabolsk tilstand. Dette kalles fase 1 – stabiliseringsfasen. En krok er satt av til de aller dårligste – intensivavdelingen.

I fase 2, vekstfasen, får barna både melk og mat spesielt rik på energi og proteiner. Når barna når 80 % av normal vekt for høyde, overføres de til senter for moderat underernærte (Supplementary Feeding Centre). Dette senteret har ca. 3 000 barn, som kommer én gang i uken og får en matrasjon med seg hjem, som er flyktningleiren.

Vi gir systematisk malariabehandling til alle. Artesunate tabletter til alle med positiv test for falsiparum malaria, og klorokin til alle andre. I alvorlige tilfeller gir vi artemeter intramuskulært. Alle får antibiotika. Underernærte barn har dårlig immunforsvar

stant overbelegg og må stadig sende lastebiler med folk til provinshovedstaden Kuito.

Etter at regjeringen og opprørsbevegelsen Unita undertegnet våpenhvileavtale i begynnelsen av april 2002, har flyktningstrømmen økt ytterligere. Team fra Leger Uten Grenser har undersøkt områder som tidligere har vært utilgjengelige for bistandsorganisasjoner pga. av krigen. Det har både vært utrygt å reise dit, og de stridende partene har ikke ønsket innsyn i hva som foregikk. Nå avdekkes det at matmangelen og underernæringen er verre enn ventet. I enkelte provinser har man målt opptil 40 % livstruende underernæring. Folk kommer tilbake og forteller at de knapt har sett noen barn under fem år og hele åser fulle av nygravde graver.

En mor med fem barn som nettopp har kommet, forteller at de har gått i fem døgn uten mat for å nå frem til Camacupa. Mor har hevelser i beina og store sår og har problemer med å gå. Det er den eldste datteren på 12 år som tar seg av de minste. De kommer fra områdene sør for Camacupa, der ingen bistandsorganisasjoner ennå har vært. Mor forteller at de har manglet mat i månedsvis. De ble tvunget til å forlate hus og jordlapp av regjeringssoldater, og siden har de vært på konstant flukt fra krigshandlinger og bare spist det de kunne finne av blader, røtter og frukt. De hadde tatt seg frem i et minelagt land. Det var mange som ble igjen der de kom fra.

Hvor mange? Nei, det kan hun ikke si. Bare at det er mange, mange – flere enn dem som tok fatt på veien inn mot byen. Atskillige som ble igjen, hadde ikke krefter til å gå den lange veien til Camacupa. Et stort antall døde på veien.



Også mødre og søsken skal ha mat. De står i kø for et av dagens to måltider med «funge e feijão», maisgrøt og bønnestuing. Alle foto Ø. Holen

og ofte latente infeksjoner. Munnen på barna pensles med krystallfiolett mot Candida, og de får en dose med A-vitamin, meslingevaksine og behandling mot tarmparasitter. De fleste er også dehydrert når de kommer. Vi gir en rehydreringsvæske med ekstra mengder kalium og lavt innhold av natrium, også for å rette opp elektrolyttforstyrrelser.

Hungersnød

Stadig strømmer det på store mengder internt fordrevne mennesker til byen, og mange av dem er svært underernærte. Vi har kon-

Historie

Det har vært krig i Angola siden 1963, da kampene mot den daværende kolonimakten Portugal begynte. Angola ble selvstendig i 1975, men det brøt snart ut borgerkrig mellom den marxistiske regjeringshæren MPLA og geriljaen Unita. Angola ble dermed en arena for den kalde krigen, hvor Sovjet og Cuba støttet regjeringen, og Sør-Afrika og USA støttet Unita. Krig og politisk vanstyre har gjort landet til et av de fattigste i verden, med skyhøy barnedødelighet. Bie-provinsen

var et av de hardest rammede områdene under borgerkrigen.

Jeg ser utover de grønne og fruktbare åsene rundt Camacupa, som ligger 1 500 meter over havet. Klimaet er behagelig, ikke for varmt – en regnskur eller to i uken i regntiden. Her er rikt jordbruksland. Egentlig burde angolaneerne kunnet brødfø seg selv og mer til. I stedet er millioner av mennesker avhengige av internasjonal hjelp og distribusjon av mat fra verdens matvareprogram. Bare i Bie-provinsen er en million mennesker avhengige av månedlige rasjoner med mat fra FN's matvareprogram (World Food Program, WFP), 56 000 av dem i flyktningleirene rundt Camacupa.

Angola har store forekomster av olje og diamanter. Disse ressursene er i stor grad brukt på krigføring. Unita har hatt kontrollen over store deler av diamantfeltene og på den måten finansiert sin geriljakrigføring. Regjeringen har på sin side brukt oljeinntekter til krigføring. Bare 3,5% av landets bruttonasjonalprodukt brukes på helse. Å drive folk fra gård og grunn for å få kontroll over folkegrupper har vært en del av krigsstrategien.

Kriterier

Jeg blir tilkalt til mottaksrommet. En helsearbeider, tecnico medio, i mottak er i tvil om kriteriene for et par personer. Da blir det min oppgave å avgjøre hvem vi skal hjelpe og hvem ikke. Dette er av de oppgavene jeg liker minst. Daglig må vi avvise mange.

Vi har klare kriterier for hvem som kan komme inn. De med vekt og/eller høyde under 70% av medianen og overarmsomkrets (MUAC; mid upper arm circumference) mindre enn 110 mm for barn under ti år. Eller ødemer. Vurderingen er alltid vanskelig. Hva er ernæringsmessige ødemer og hva er ødemer av andre årsaker?

I en krisesituasjon med akutt hungersnød konsentrerer Leger Uten Grenser seg kun om ernæring av alvorlig underernærte. Mange som ikke er underernærte, men syke, kommer til oss og ber om hjelp. Vi må dessverre stenge portene for dem. Vi kan ikke ta oss av alt. Det er ikke noe reelt fungerende helsevesen i området.

Tecnicos

Jeg går over plassen til teltene, der vi har fase 2-området, for å se til noen pasienter. Det er selvfølgelig umulig å se til alle 400. Jeg undersøker de pasientene tecnicos medios henviser til meg. Vi har i alt 15 tecnicos medios og 30 tecnicos basicos. Tecnicos medios gjør hovedjobben med konsultasjoner. De har 12 års skolegang, hvorav de fire siste er rettet mot helsearbeid. De fungerer som minileger, foretar en standard undersøkelse av alle barna og starter behandling ut fra enkle beslutningstre. Bare i



Kwashiorkor. Ødemer i ansikt og på hender og føtter. Tilstanden skyldes trolig proteinmangel og elektrolyttforstyrrelse. Disse barna har nedsatt immunforsvar og ofte dårlig appetitt. De har dårligere prognose og bruker lengre tid på å komme seg

tilfeller hvor de er i tvil, og hvor barnet har svært dårlig allmentilstand, henviser de til meg. Jeg har alltid minst en tecnico med ved enhver konsultasjon. Jeg ser det som en undervisningssituasjon. De må dessuten oversette fra de lokale språkene til portugisisk.



Rosalina har tuberkulose. Leger Uten Grenser vil ikke sette i gang et tuberkuloseprogram i en situasjon med store folkeflytninger, hvor en langvarig behandling vanskelig vil kunne følges opp. Det vil bare føre til resistens. Men moren håper og håper...

Tecnicos basicos fungerer som minisykepleiere, deler ut medisiner, gir injeksjoner, legger ned sonder, kontrollerer at barna drikker melken sin, måler og veier. En tecnico medio og to tecnicos basicos utgjør et team med ansvar for en avdeling med 30–40 barn. I tillegg har vi matmor, copeira, som sørger for utdeling av riktig mengde melk til alle barna.

Tuberkulose

Tecnico medio i fase 2-området mistenker tuberkulose hos et par av barna, som ikke har lagt på seg etter over en måned i senteret. Jeg tror omtrent 5–10% av barna ved vårt senter har tuberkulose. Det føles som å gi dem en dødsdom her. Vi har ingen medikamenter mot tuberkulose. Med store folkeforflytninger, hvor en langvarig behandling vanskelig vil kunne følges opp, vil ikke Leger Uten Grenser sette i gang et eget tuberkuloseprogram. Vi har heller ikke noe laboratorium og har ingen andre diagnostiske hjelpemidler. Vi stiller diagnosen tuberkulose ut fra kliniske kriterier, listet opp i Oxford Handbook of tropical medicine.

Teamet

Det er lunsjtid. Teamet spiser alltid sammen så sant vi får det til, en logistiker fra Colombia, to sykepleiere fra Polen og Belgia og meg. Vi koordinerer arbeidet for ettermiddagen. Sykepleieren med ansvar for senter for moderat underernærte vil at jeg skal stikke innom og se på et par barn. Hun er i tvil om behandlingen. Den andre sykepleieren og jeg vil bruke ettermiddagen på opplæring. De nyansatte tecnicos basicos trenger å få vite hvordan man måler MUAC riktig, og hva man skal gjøre med et barn som har feber. Det er helt enkle ting. Men å få de enkle tingene til å fungere godt, er det som er det viktigste.

Jeg har også den daglige undervisningen av tecnicos medios. Det går på omgang mellom dem å presentere et tema. I dag er temaet meslinger og A-vitaminmangel. Andre temaer for undervisningen er malaria, diaré, dehydrering, pneumoni, meningitt, tyfoidfeber, de mest vanlige sykdommene som vi er borti på senteret.

Meslinger

Vi har nettopp hatt en meslingepidemi. Meslinger er spesielt farlig for underernærte barn. Meslinger smitter lett og gir høy dødelighet. Folk som mangler A-vitamin, har et dårlig immunforsvar og blir lett blinde av meslinger. A-vitaminmangel gir xerofthalmi, og når man får en viral konjunktivitt på toppen, som ved meslinger, gir det lett keratitt, arrdannelse og en ugenomsiktig cornea. Blant de barna som fikk intensiv behandling hos oss, hadde vi 20% dødelighet blant de underernærte barna med

meslinger. Vi har nå fått stoppet epidemien med en storstilt vaksinasjonskampanje i flyktingleirene. Vi fikk ut 15 000 vaksiner på 14 dager.

Daglig tvil

Mørket faller på, og det er egentlig tid for å avslutte arbeidsdagen, men en tecnico i fase 2-området ber meg se på et barn med bilyd på hjertet. Barnet har hatt langvarig feber og har tegn på hjertesvikt: tung pust, struttende hals vener og generaliserte ødemer. Jeg lytter også på hjertet. Jo, jeg er enig: en nyoppstått bilyd. Jeg mistenker endokarditt. Jeg blar i mine håndbøker: Oxford Handbook of tropical medicine, og Leger Uten Grensers Clinical guidelines. Vi har ikke alle medikamentene som er anbefalt som førstevalg. Jeg finner frem til de antibiotikatyperne som vi har, og som har omtrent samme spektrum.

Så kommer tvilen. Jeg blir stående og tenke. Skal jeg starte behandling eller ikke? Er det virkelig endokarditt? Jeg har ingen andre diagnostiske hjelpemidler enn stetoskopet og klinisk undersøkelse. Skal jeg plage barnet med intravenøs behandling over lengre tid, når jeg ikke er sikker på diagnosen? Jeg er ingen spesialist i indremedisin. Dette er strengt tatt utenfor mitt kompetanseområde. Jeg kan bare holde meg til det bøkene sier. Der står det imidlertid at det er klare tegn på at dette *kan* være endokarditt. Hvordan går det med dette barnet hvis jeg ikke gjør noen ting? Jeg er eneste lege i Camacupa, og alternativet for dette barnet er ingen behandling.

Dette er krevende behandling og oppfølging. Det vil være en behandling utenfor våre rutiner. Den vil kreve tid og energi av tecnicos, som har en høy arbeidsbelastning som det er. Er det riktig at både jeg og tecnicos bruker så mye tid og krefter på dette ene barnet? Vil vi kunne redde flere ved å satse på gode rutiner og rask og effektiv behandling av dem vi vet vi kan hjelpe? Gutten sitter på gulvet og sliter med pusten og moren ser håpefullt på meg.

Hvor går grensen for min medisinske kompetanse? Når skal jeg forsøke å gjøre mitt beste, og når skal jeg si at dette kan jeg ikke? Hvordan kan jeg prioritere min tid best? Behandle flest mulig barn eller satse på opplæring og kontroll av gode rutiner? Dette var spørsmål jeg stilte meg selv hver eneste dag i løpet av det halvåret jeg var i Angola, og jeg fant aldri et godt svar.

Øyunn Holen
Munkedamsveien 96
0270 Oslo