

Verdens helse

Arsenikk i drikkevann

I Bangladesh er brønnvann med arsenikk et betydelig helseproblem. I vann som har rent gjennom bergarter med mye arsenikk, kan arsenikkinnholdet være helseskadelig. Langtids-eksponering for arsenikk kan føre til kreft i hud, lunger, urinblære og nyrer, foruten pigmentforstyrrelser og andre endringer i huden. I tillegg er det rapportert om sammenheng med kardiovaskulære sykdommer, diabetes og infertilitet.

Tidligere benyttet innbyggerne på landsbygda i Bangladesh vann uten eller med lite arsenikk fra åpent vann som drikkevann, noe som ofte førte til smittsomme gastrointestinale sykdommer. For å forebygge slike sykdommer ble det satt i gang et stortilt program for brønnboring, og forekomsten av diaré-sykdommer gikk kraftig ned. Mer enn 90 % av befolkningen i Bangladesh benytter nå brønnvann til drikke. I 1993 ble det konstatert at drikkevann fra brønner på landsbygda inneholder altfor mye arsenikk, og at store deler av befolkningen, særlig de fattige, står i fare for å utvikle kreft som følge av dette.

Vann med høyt innhold av arsenikk kan trygt anvendes for vask av klær og kropp. For drikke bør regnvann eller overflatevann benyttes. Teknisk utstyr for rensing av arsenikkholdig vann finnes, men er lite anvendelig på landsbygda og i mange byområder. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en tiltaksplan mot arsenikk i drikkevann (1).

Litteratur

1. World Health Organization. Arsenic in drinking water. www.who.int/water_sanitation_health/dwq/arsenic/en (14.7.2003).

Internasjonal medisin

Folkehelseprosjekt i øst med norsk bistand

I den russiske republikken Karelia er utfordringene i folkehelsearbeidet store. Økningen i alvorlige smittsomme sykdommer som tuberkulose, veneriske sykdommer og HIV bekymrer helsevesenet både lokalt og i nabolandene. Norge har nå bevilget betydelige summer til bistandsprosjekter i regionen.

Republikken Karelia med sine 800 000 innbyggere utgjør mindre enn 1 % av Russland. Dette tynt befolkede landområdet med skoger og med Europas største innsjøer er historisk knyttet mot Finland, og grensene har variert gjennom historien. Hovedstaden Petrozavodsk har omkring 280 000 innbyggere, og eneste flyforbindelse mot vest er et lite fly til Helsinki noen ganger ukentlig.

Som i Russland er utfordringene i folkehelsearbeidet store. Gjennomsnittlig levealder for menn i Karelia er bare 57 år, fødselsraten er lav og folketallet avtar. Noe tilvekst i form av «flyktninger» fra Russlands urolige republikker i sørøst finnes også her. Hjerte- og karsykdom, traumer, intoksikasjoner og kreft dominerer dødsårsaksstatistikken. En livsstil med mye alkohol, tobakk og i senere tid narkotikamisbruk gir sine negative følger, og mentale lidelser er hyppige.

Finland har det siste tiåret drevet ulike bilaterale folkehelseprosjekter, og Det nasjonale forsknings- og utviklingssenter for velferd og helse (STAKES) har lang erfaring og betydelig lokalt kontaktnett blant republikkens øverste myndigheter.

Norsk bistandsprosjekt i Karelia

Som en konsekvens av økende politisk samarbeid mellom nordiske land og Baltikum/Nordvest-Russland er det fra norsk side bevilget et stort beløp til helsemessige bistandsprosjekter i området. Et av disse prosjektene kalles *Bedret kontroll av overførbare sykdommer i Karelske landområder under endring av primærhelsetjenesten i retning av allmennpraksis*. Norge yter her den vesentlige økonomiske støtten, mens den praktiske og løpende ledelsen av selve prosjektet skjer i regi av finske eksperter. Forfatteren er som eneste norske representant tilknyttet styringsgruppen for prosjektet. Prosjektet startet i 2002 og er foreløpig planlagt å vare ut 2003. Man har valgt ut pilotområder som skal fungere som modeller og opplæringssteder for andre deler av republikken.

Prosjektet er organisert i fem hovedkomponenter:

- Primærprofylakse og helsefremmende arbeid, der mer tradisjonelle helseopplys-



i Brev fra Karelia

ningskampanjer, bedret skolehelsetjeneste og skoloring av helsepersonell i overførbare sykdommer er sentrale virkemidler.

- Bedret kvalitet og tilgjengelighet på primærhelsetjenester. Innsamling av statistisk materiale på infeksjonssykdommer og bearbeiding, videreutdanning og praktisk trening for allmennlegene, bedret samarbeid, ledelse og infrastruktur er blant virkemidlene.
- Monitorering og helseinformasjonssystemer. Her satses det på utvikling av pilotambulatorier for rapportering av smittsomme sykdommer, bl.a. ved å ta i bruk moderne IT-utstyr.
- Utvikling av bedre administrative systemer med samarbeid mellom ulike nivåer og myndigheter, bedre arbeidsvilkår for allmennleger og samarbeid med overvåkingssystemet for smittsomme sykdommer i Russland (SANIPED).
- Utvikling av de menneskelige ressursene, det vil si bedre kunnskaper og ferdigheter blant helsepersonellet i primærhelsetjenesten. Et mål er å implementere dette i den generelle utdanningen av leger og annet helsepersonell.

Et relativt detaljert og ambisiøst handlingsprogram er utarbeidet av de finske prosjektlederne og samarbeidspartnere i repub-



Forfatteren i pasientstolen ved legekantoret til sjeflege Tatjana Minaeva ved Zaozerje ambulatorium. Barnejournalene er arkivert på legekantoret. Foto Hans-Johan Breidablik

likken. Gjennomføringen av programmet er allerede i gang, men hoveddelen av det praktiske arbeidet vil skje i løpet av 2003. Det er klare og konkrete krav til rapportering om gjennomføring av de enkelte delprosjektene fra finsk side. Om man vil lykkes med å få gjennomført alle sidene i løpet av det innværende år, vil tiden vise.

Besøk på Zaozerje-ambulatoriet

Betegnelsen ambulatorium kan best oversettes med et helsesenter i Norge. Systemet med ambulatorier (familieklinikker) skal ha eksistert i perioden før sovjettiden, men den gang konsentrerte man seg om oppbygging av sykehusene og spesialisthelsetjenesten på bekostning av ambulatoriene. Pasienten henvendte seg primært direkte til sykehusene, noe de fortsatt i stor grad gjør. På distriktssykehuset vi besøkte, var korridorene fulle av ventende polikliniske pasienter.

Det er imidlertid nå et ønske fra myndighetenes side om økt satsing på primærhelsetjeneste basert på allmennpraktiserende leger. Begrunnelsen er også økonomisk, for den omfattende bruken av sykehusmedisin er uheldigmessig ressursbruk. Også på ambulatorier er det spesialister, særlig pediater, som i stor grad tar seg av barnebefolkningen. Utdanning og trening av allmennleger er en prioritert oppgave og en del av målet for bistandsprosjektene. Som norsk deltaker i styringsgruppen for dette prosjektet besøkte jeg nylig et ambulatorium i utkanten av hovedstaden Petrozavodsk.

Zaozerje-ambulatoriet dekker en befolkning på om lag 1 500 mennesker, hvorav mange eldre. På ambulatoriet arbeider pediater, allmennlege, tannlege, jordmor, fysioterapeuter og tidvis en gynekolog, som arbeider mye sammen med jordmor. I tillegg kommer en rekke hjelpepersonell, mest sykepleiere. Sett med norske øyne er bemanning og dekningsgraden rikelig. Lokalene er gjennomgående små og trange og ved vårt besøk nokså kalde. Utstyret er svært knapt og ligger langt tilbake for det norske allmennleger er vant med. Det er

ikke noe datautstyr, og journalene er ordnet som bøker i en bokhylle inne på kontorene. Laboratorieutstyret er svært sparsomt, og bare de enkleste rutineprøver (måling av hemoglobin, SR, blodsukker og urin) blir tatt lokalt. Det finnes noe utstyr for kirurgi, men fjerning av hudtumorer, biopsier etc. blir oftest henvist til sykehus.

Legens arbeidsdag

Arbeidsdagen deles i to. Først tar legene imot pasienter som møter opp uten forhåndsavtale mellom klokken 9 og 12. På denne tiden ser legen ofte 20–30 pasienter, noe som ikke gir mange minuttene til hver konsultasjon. Trolig er terskelen for å søke lege lav, for 1 500 mennesker som befolkningsgrunnlag for klinikken er lite. Legen vi traff anslo at så mye som 40% av konsultasjonene er «unødvendige» henvendelser. Pasientene betaler ikke noe for konsultasjonene, og legene har fast lønn uavhengig av antall konsultasjoner og inngrep. Normal lønn for en lege ligger på 100 amerikanske dollar per måned, og selv om levekostnadene er lave, så må legeyrket karakteriseres som et utpreget lavtlønnsyrke. Status og respekt for legene er klart lavere enn i Norge, og russiske pasienter finner seg ikke i å bli avvist.

På ettermiddagen har legene avsatt tid for hjemmebesøk, og hjemmebesøk utgjør en relativt stor del av pasientkontakten. Oppfølgingskonsultasjoner avtales, og om pasienten da uteblir, vil en av hjelpepersonellet oppsøke pasienten hjemme for å høre hvordan det står til. Legene tar også imot pasienter med akutt sykdom i kontortiden, men har ikke legevakt på kveldstid. Pasienter med akutt sykdom blir da hentet med ambulanse og brakt til sykehuset.

Oppgaver som tilsvarer helsestasjons- og skolehelsetjeneste i Norge er godt ivaretatt. Hjemmesykepleie synes i hovedsak å være begrenset til opplæring av pårørende til pleieoppgaver. For eldre og syke uten pårørende er ofte løsningen sykehusinnleggelse, og gjennomsnittlig liggetid i sykehus er lang. Her finnes det man kaller «eldrehjem», men ikke sykehjem i den forstand vi er vant til.

Ambulatoriet har registrert flere personer, for tiden 13, med aktiv tuberkulose i distriktet og opplever dødsfall i denne gruppen årlig. Multiresistent tuberkulose og veneriske sykdommer forekommer, men det er ingen kjente HIV-smittede.

Smittsomme sykdommer

Den statlige organisasjonen SANIPED, som skal ta seg av farlige smittsomme sykdommer, har egne leger og annet personell omkring i distriktene. SANIPED får i stor grad rapport om og setter i gang tiltak i forhold til smittsomme sykdommer. Legene ved ambulatoriet har ingen samarbeidsproblemer med SANIPED og er delvis selv ansvarlige for smitteoppsporing i pasientens nærmiljø. Narkomane og pasienter med alvorlige sinnslidelser blir i stor grad henvist til behandling annetsteds.

I tråd med ønsket om økt satsing på primærhelsetjeneste og familiemedisinske sentere (i dag benevnt som ambulatorier) arbeides det med bedre utdanning av allmennpraktikere, praksistrening for allmennpraktikere og en sertifiseringsordning for ambulatoriene. En slik sertifisering vil bl.a. øke inntjeningsmulighetene, ved at ambulatoriene vil få refusjoner fra et obligatorisk sykefond. Dette krever rapportering og oppgraderinger. Man planlegger å utpeke pionerambulatorier, både på landsbygda og i byene, som kan utvikles til modeller og studiesteder for andre.

Hovedinntrykket fra vårt besøk er at den faglige standarden er ganske bra, og at leger og det øvrige personellet gjør det som er mulig ut fra situasjonen. Lønn, status, lokaler og utstyr er svært kummerlige. Sammenliknet med norske forhold er det en overdekning av leger og annet personell, og pasientene har lav terskel for å oppsøke lege. Det er et stort behov for å styrke primærhelsetjenesten både økonomisk og organisasjonsmessig.

Hans-Johan Breidablik
hans.breidablik@sula.kommune.no
6030 Langevåg