

Tuberkulose og borgerkrig

Sudan får økende oppmerksomhet internasjonalt, ikke minst fordi landet er i ferd med å bli en stor eksportør av olje. Norge har vært involvert i Sudan lenge før oljen ble funnet, og flere norske bistandsorganisasjoner arbeider aktivt, blant annet mot tuberkulose.

Malaria øker risikoen for HIV-smitte fra mor til barn

HIV-positive mødre med malaria har større risiko for å smitte barnet med HIV (1). Hos 746 HIV-positive kvinner i Uganda var 20 % av barna smittet. Risikoen for å overføre HIV-viruset til barnet var 2,9 ganger høyere når mor også hadde malaria. Gravide med både malaria og HIV-infeksjon er oftere anemiske og har høyere forekomst av spontanaborter.

Over 90 % av alle malariadødsfall forekommer i Afrika. Dette kontinentet har også flest HIV-smittede personer. En mulig sammenheng mellom malaria og HIV har vært vanskelig å dokumentere. I 2000 ble det vist at HIV-smittede personer hadde økt forekomst av klinisk malaria og større grad av parasitemi (2). Pasienter med økende immunsvikt har mer alvorlig malaria.

Studien fra Uganda dokumenterer igjen en sammenheng mellom *Plasmodium falciparum*-infeksjon og HIV-infeksjon. Det er mulig at forebygging og behandling av malaria vil være et viktig supplement til antiretroviral behandling for å minske risikoen for HIV-smitte fra mor til barn.

Bernt Lindtjorn

bernt.lindtjorn@cih.uib.no
Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Brahmabhatt H, Kigozi G, Wabwire-Mangen F, Serwadda D, Sewankambo N, Lutalo T et al. The effects of placental malaria on mother-to-child HIV transmission in Rakai, Uganda. *AIDS* 2003; 17: 2539–41.
2. Whitworth J, Morgan D, Quigley M, Smith A, Mayanja B, Eotu H et al. Effect of HIV-1 and increasing immunosuppression on malaria parasitaemia and clinical episodes in adults in rural Uganda: a cohort study. *Lancet* 2000; 356: 1051–6.

Sudan er det største landet på det afrikanske kontinentet (1). Landet er fem ganger større enn Frankrike og har over 30 millioner innbyggere. Det meste av landet er halvørken, bortsett fra områdene i sør og langs de store elvene Blå Nilen, Hvit Nilen og Atbara. Den viktigste jordbruksproduksjonen er sorgum og bomull. Landet har enkelte mineralforekomster og startet i 1999 med utvinning av olje i den sørvestre delen av landet. Landet har en rik historie. Arkeologiske funn i nord tyder på en føregyptisk historie fra år 7000 før Kristus. Under faraotiden (år 4000–2000 før Kristus) var Sudan under betydelig innflytelse fra Egypt. Siden har kristen og muslimsk innflytelse skiftet. Landet ble kolonisert av Storbritannia i 1873, men ble frigjort igjen før Storbritannia på ny inntok landet ti år senere. Etter frigjøringen i 1956 har ulike konstitusjonelle styreformers eksistert, og den nåværende regjeringen tok makten ved et militærkupp i 1989.

Sudan har et føderalt militært styresett med 26 delstater. Et «folkevalgt» parlament etter britisk modell tar de viktigste politiske beslutninger både føderalt og på delstatsnivå. Delstatene har betydelig indre selvstendighet i innenrikspolitiske forhold. Det meste av inntektene må delstatene selv generere i form av skatt på varer, tjenester, arbeid og toll samt andre avgifter.

Borgerkrigen brøt ut på nytt i 1983, da den daværende folkevalgte regjeringen innførte islamske sharialover. I dag kontrollerer den sørsudanske frigjøringsbevegelsen SPLM/A fire delstater i den sørvestre delen av landet. I tillegg til krigen i sør, skaper etniske konflikter ufred i vest og i nord. Flere opposisjonsgrupper i den nordlige delen av Sudan støtter SPLM/A i kampen mot regjeringen. Borgerkrigen har hittil krevd to millioner liv, de fleste sivile og fra Sør-Sudan (2).

Landet har en rekke interne flyktninger; enkelte hevder at så mange som 4–5 millioner mennesker er fordrevet. De fleste bor utenfor flyktningleirer hos slektninger eller familier. Sudan har også tatt imot flyktninger fra Eritrea, Etiopia og Tsjad. I nord preges situasjonen av en grensetvist med Egypt. Sammen med de store avstandene og dårlige veiforbindelser, gjør dette at store deler av landet er vanskelig å nå med helsetjenester.

i Brev fra Sudan



En skjør fredsprosess, med Norge som en viktig deltaker, er i gang. I juli 2002 ble en fredsprotokoll undertegnet, og i oktober samme år ble en våpenhvile avtaletfestet. Avtalen er brutt av begge parter flere ganger. I Nuba-fjellene har våpenhvilen blitt etterfulgt av etableringen av en sikkerhetssone, hvor hjelpearbeidet kan skje uforstyrret. En kombinasjon av sterkt internasjonalt press etter 11. september 2001 og mulige terrorhandlinger mot oljeanleggene har bidratt til å skape fredsinitiativet.

Leger og helsetilstand

Tuberkulose er et av NORADs prioriterte områder. Et viktig formål med mitt oppholdet i Sudan var derfor å se nærmere på hvordan et internasjonalt anerkjent tuberkuloseprogram fungerer i et land preget av krig og indre konflikter.

Helsevesenet og flere andre sektorer, bl.a. utdanning og generell infrastruktur, har forfalt betydelig i Sudan det siste tiåret. Regjeringen har innført egenbetaling for en rekke tjenester, også helsetjenester, hvor behandling for tuberkulose nå er det eneste tilbudet som er gratis for befolkningen. Diverse forsikringsmodeller har vært prøvd og prøves stadig. I den nye modellen bygger forsikrings-selskapet opp sine egne tjenester på siden av den nåværende strukturen. Med lave lønninger i offentlig sektor er det et stort marked for privatpraksis og private utøvere innenfor nær sagt alle sektorer, inkludert politiet.

I afrikansk målestokk er det svært god tilgang på nyutdannede leger. Det er ikke mindre enn 19 universiteter som tilbyr legeutdanning, og i en av delstatene med under en million innbyggere har de nylig etablert et nytt medisinsk fakultet, selv om det er et fra før i samme delstat. Problemet med de sudanske legene er at de raskt reiser til mer attraktive arbeidsmarkeder i land som Storbritannia og enkelte Golf-stater. Legenes inntekter er viktige for den nasjonale økonomien. Dessverre er det ofte slik at når legene kommer tilbake etter et opphold i utlandet, er de svært spesialiserte og vant til å arbeide med moderne utstyr og bekvemmeligheter. Sammen med en relativt sett lavere satsing på utdanning av sykepleiere, fører dette til at arbeid i primærhelsetjenesten er lite attraktivt og verdsatt av legene. Det er først og fremst behandlingen av sykdommer med lav status som lider under denne skjevheten i tilgang på helsepersonell. Sudan har et betydelig malaria-problem, og mange pasienter lider av akutte og kroniske diarésykdommer og luftveisinfeksjoner. I enkelte områder av landet er det mye vann- og luftforurensning, noe som bidrar til å øke antall sykdomstilfeller.

Tuberkulose i et folkehelseperspektiv

Det nasjonale tuberkuloseprogrammet (NTP) ble startet i 1991, men det var først i 1995 at strategien med direkte observert behandling (directly observed treatment short-course; DOTS) etter retningslinjene fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) ble iverksatt. Siden det har programmet utviklet seg raskt. Det er bygd opp en sterk sentral enhet med ansatte ansvarlige for ulike deler av programmet, slik som veiledning, logistikk, økonomi, rapportering og helseopplysning. Lederen for programmet, Asma El-Sony, har vært med siden starten i 1991 og er en sterk frontfigur. Hun er også politisk opposisjonell aktivist, er i ferd med å avslutte en doktorgrad og blir sannsynligvis den neste presidenten i IUATLD. Hun brukes internasjonalt ved kurs og evalueringer innenfor helseaspektet av lungesykdommer og har egen klinisk praksis.

Kampanjen med direkte observert behandling (DOTS) innebærer at det er en tuberkulosebehandlingsenhet per 100 000 innbyggere i hele landet, med unntak av opprørsstyrkenes stillinger i sør. En slik enhet er oftest lagt til et distriktsykehus eller helsesenter hvor det finnes laboratorieutstyr. En delstatskoordinator er som oftest knyttet til det største sykehuset i delstaten, hvor det i noen tilfeller utvikles offentlige referanselaboratorier. Det neste nivået er DOTS-sentre, som skal betjene en befolkning på ca. 30 000 innbyggere. Disse er knyttet til et helsesenter eller helsepost og har en ansatt med spesielt ansvar og opplæ-

ring i å kontinuere tuberkulosebehandling. Ansvaret for diagnostikk og oppstart av behandling er sentralisert til tuberkulosebehandlingsenhetene. I tillegg vil det ofte være en laborietekniker, en statistiker og en apotekavdeling som også arbeider med tuberkulose ved DOTS-sentrene.

Det nasjonale tuberkuloseprogrammet i Sudan har behandlet stadig flere mennesker med tuberkulose siden starten i 1991. Etter 1999 har antall nye tilfeller gått noe ned. Dette kan tyde på at Sudan får færre nysmittede. En alternativ forklaring kan være at behandlingstilbudet ikke er godt nok utbygd i enkelte områder, spesielt i vest, og at rapporteringen fortsatt ikke er god nok. På den annen side viser tilgjengelige tall at programmet når flere og flere grupper i samfunnet, blant annet kvinner og eldre. Utfordringen er nå å desentralisere behandlingen ytterligere, slik at flere får lettere tilgang til behandling og å nå de fattigste og mest marginaliserte gruppene i samfunnet.

Landsforeningen for Hjerne- og Lunge-syke (LHL) i Norge er hovedsponsor for tuberkuloseprogrammet med ca. 6 millioner

kroner i 2002, omtrent samme nivå som foreningens støtte har vært på de siste fem årene. På grunn av de politiske forholdene i Sudan er kontraktene på to år, men det ligger en intensjonsavtale frem til 2010. Støtten går til medisiner for smittsomme tuberkulosestilfeller, laboratorieutstyr, faglig rådgivning, opplæring og supervisjon samt deler av de løpende utgiftene til det nasjonale tuberkuloseprogrammet sentralt. Avtalen er inngått med det føderale helseministeriet i Sudan, men pengene går direkte til programmet. Det sponses også av den tyske lepraforeningen, Global Drug Facility (GDF), WHO og en rekke lokale, private aktører.

Det nasjonale tuberkuloseprogrammet har vært svært dyktig til å skaffe seg kontakter med private givere og nasjonale og internasjonale forskningsinstitusjoner. Flere av medarbeiderne i den sentrale enheten driver med operasjonell forskning knyttet til lokale forhold. Denne aktiviteten er tenkt utvidet gjennom danningen av et eget forskningsinstitutt. Også på delstatsnivå har programmet klart å tiltrekke seg



Utenfor hovedkvarteret til det nasjonale tuberkuloseprogrammet (t.v.). Ung gutt fra en nomadestamme får sin daglige dose med tuberkulosemedisin (t.h.). Ved bredden av Nilen: Asma El-Sony og forfatteren sammen med representanter fra delstatsdepartementet for helse (under). Alle foto Lars Lien

dyktige medarbeidere. Alle delstatskoordinatører, med to unntak, er leger, oftest lokale lungespesialister. I tillegg er det ansatt laboratorieteknikere, farmasøyer, ulike grupper behandlere og statistikere som har ansvar for å følge opp rapporteringen fra provins- og distriktsnivåene innenfor området til en tuberkulosebehandlingssenheter.

Bakgrunnen for den gode rekrutteringen er sannsynligvis en kombinasjon av en leder som klarer å skape entusiasme for programmet, og at tilførselen av medikamenter og nødvendig utstyr til laboratoriene er stabil. Rapporteringssystemet fra distriktene til den sentrale enheten fungerer godt, men den sentrale enheten har ikke vært i stand til å gi tilbakemeldinger til distriktene.

Borgerkrig og helsepolitikk

Det nasjonale tuberkuloseprogrammet tar bare ansvar for regjeringskontrollerte områder. En rekke frivillige organisasjoner arbeider i områder som ikke er kontrollert av regjeringen, og der har Verdens helseorganisasjon en koordinerende rolle. For å bevare den politiske balansen og ideen om «ett Sudan» er det opprettet to avdelingskontorer i sør; ett i Juba i et regjeringskontrollert område og ett i Lokichokio, hvor motstandsbevegelsen har tilhold. Gjennom Horn of Africa-initiativet forsøker WHO å få struktur også på tuberkulosearbeidet i Sør-Sudan. I februar sammenkalte de helseministrene i landene som grenser til Sudan, for å drøfte helsesituasjonen i regionen. WHO arbeider innenfor Operation Lifeline Sudan, som primært gir humanitær bistand og som samarbeider med UNICEF og 40 frivillige organisasjoner. Det er opprettet et varslings- og akutthjelpssystem, som rykker ut ved rykter om utbrudd av smittsomme sykdommer. Polio er en av sykdommene det er særlig oppmerksomhet rundt. Det er opprettet et eget koordineringsorgan for Sør-Sudan, hvor FN-organisasjonene og flere frivillige organisasjoner deltar.

Verdens helseorganisasjon har ansvaret for helsetjenesten i Nuba-fjellene, hvor det i snart et år har vært våpenhvile. Organisasjonen har vært i stand til å bygge opp en rimelig god primærhelsetjeneste, men kommer ikke videre med de midlene de har til rådighet. De frykter også for at det ikke vil være noen til å støtte programmet videre når året er omme.

Lars Lien

lli@norad.no
NORAD
Postboks 8034 Dep
0030 Oslo

Litteratur

1. Salopek P. Shattered Sudan. Drilling for oil, hoping for peace. National Geographic 2003; nr. 2: 30–67.
2. Grønstad VJ. Brev fra Sudan: Med Norsk Folkehjelp til et krigstrett land. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1812–3.