

# Pilegrimsferd til Maine-Soroa

«Det er en pilegrimsferd,» sa prefekten. Min sosialantropologkone Lisbet og jeg var på høflighetsvisitt i administrasjonssenteret Diffa i østfylket i Niger, varme og tørste etter tre dagers biltur nordover fra byen Ngaoundere i det nordlige Kamerun. Kun en times kjøretur gjenstod til vårt reisemål, landsbyen Maine-Soroa. 33 år er gått siden vi kjørte en nyinnkjøpt Citroën 2CV mot samme reisemål, sørover den gang, gjennom Saharas stein og sand.

### Juksemedisiner i u-land

Omtrent en firedel av legemidler brukt i u-land er falske eller lavkvalitetsmedisiner (1). Dette gjelder særlig antibiotika, antiretrovirale midler og midler mot malaria og tuberkulose. Verdens helseorganisasjon anslår at 2 500 mennesker døde i 1995 da en juksevaksine ble brukt mot en meningittepideemi i Niger. 200 000 liv kunne ha vært reddet hvert år om kvaliteten på malaria-medisiner hadde vært slik som forskrevet.

Bruken av juksemedisiner er størst i Sørøst-Asia. Fra Afrika er dokumentasjonen dårligere, men omfanget er sannsynligvis stort. 70 % av medisiner importert til Nigeria kan være falske (2). De største produsentene av juksemedisiner til Nigeria er fra India, Kina, Pakistan, Egypt og Indonesia. Med over 20 000 legemiddelsprodusenter i India vil bare et nært samarbeid mellom myndigheter og industri kunne bedre kvaliteten på legemidler produsert i landet (3). Noen tviler på om India greier å bedre eksportkontrollen av legemidler, og økende frihandel kan vanskeliggjøre reguleringen.

Verdens helseorganisasjon startet nylig tiltak for å redusere omfanget av juksemedisiner. Målgruppene for dette arbeidet er politikere, helsepersonell og brukere. Men også de rike land rammes og forsterker kontrollen med juksemedisiner (1).

### Bernt Lindtjorn

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

### Litteratur

1. WHO. Substandard and counterfeit medicines. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/). 2003. (30.11.2003).
2. Raufu A. India agrees to help Nigeria tackle the import of fake drugs. *BMJ* 2003; 326: 1234.
3. Chatterjee P. India's trade in fake drugs – bringing the counterfeiters to book. *Lancet* 2001; 357: 1776.

### Maine-Soroa, Niger, 1970

Diffa helsedistrikt er like stort som Finnmark, og det er 400 kilometer til nabosykehuset. Fire år tidligere hadde Bill Kirker kommet som amerikansk fredskorpslege, nå ansatt av den nigerske regjeringen etter fin innsats med å bygge opp et velfungerende, rent og godt vedlikeholdt sykehus med mye profesjonell stolthet hos personalet. Det er tre sykepleiere: Zacharia behersket eternarkose og spinalanestesi, men var for tiden bitter og innesluttet fordi han hadde problemer med sine tre koner. De var i matlagingsstreik og antakelig også annen streik fordi han nå planla å gifte seg med en nummer fire han lenge hadde hatt på si. Monogame René assisterte ved operasjoner og visste gudskjelov hva Bill Kirker pleide å gjøre. Aischa hadde kommandoen på mor-og-barn-klinikken, var trebarnsmamma og hadde gitt ektefellen beskjed om at medhustruer ikke kom på tale.

Hjelpepleierne hadde sykepleieransvar i mange tilfeller. En var ansvarlig for de innlagte pasientene, en annen sorterte de konsulterende og behandlet dem som ikke trengte legetilsyn. En tredje skrubbet og vasket på sårstuen og fikk de største tropesår til å gro med vann og såpe, etter at amerikanske Bill hadde kastet ut alle de fransk-koloniale rød-blå-fiolette antiseptiske fargevæskene. Monica assisterte på mor-og-barn-klinikken, hvor man hadde tatt i bruk det nyeste i WHO-vekstkurver og helsekort oppbevart av mødrene. 18 år gamle Monica hadde det danske kaller «både til gården og til gaden» og pleide hilse meg god morgen med sin mest prominente dorsale kroppsdeler når jeg om morgenen ankom til sykehuset.

Vi hadde også en eldre, tradisjonell fødselskone. Hun hadde hjertesvikt og ble atskillig bedre av sine ødemer da jeg gav henne et digitalispreparat jeg fant på medikamentlageret, men døde plutselig en dag før vi reiste. Fødsler hadde hun sett mange av. «Vent litt, det kommer,» pleide hun å si. Så ventet jeg litt, og ofte gikk det som hun sa. Det lille laboratoriet med hemoglobinnmåling, blodtyping og mikroskopering, bestyrte vi legene inntil det et halvt år etter

### i Brev fra Niger



min ankomst ble ansatt en laboratorieopp-lært sykepleier.

Den første måneden fløy av gårde. Jeg lærte nye ting hver dag og så pasienter jeg aldri hadde sett maken til på Ullevål sykehus. «Forresten,» sa dr. Kirker en morgen på sykehuset, «jeg har ikke hatt ferie på fire år, og nå er du jo godt inne i rutinene her. Så min kone og jeg ble enige om å dra hjem på ferie noen måneder, vi reiser om en uke.»

Jeg har spurt meg, den gang og senere: Var det riktig av meg å bli værende, når forhåndsavtalen var at jeg skulle arbeide på sykehuset for å assistere og lære? Kan en norsk cand.med., med eksamen i tropemedisin, men uten turnustjeneste, påta seg å være enelege omtrent uten evakueringsmuligheter? Jeg tror fortsatt at svaret er ja på begge spørsmål. Tross alt hadde jeg i studietiden deltatt i allsidig legevakttjeneste i fritiden og om somrene, jobbet på barneavdeling, medisinsk avdeling, todelt sykehus og sommeren etter embetseksamen også på kirurgisk avdeling. Alternativet var ikke å få en annen lege; det ville bli Zacharia og Rene og Aischa uten lege i det hele tatt, og i noen grad kunne en norsk cand.med. være en god støtte for dem.

Jeg nådde å lære en del av den allsidige dr. Kirker, ikke minst om hemostase og aseptikk, og velsignelsen over alle velsig-

nelser, han hadde et godt og oppdatert bibliotek! Måtte det opereres, kunne jeg lese om prosedyren på forhånd – og underveis spørre René hva Kirker pleide å gjøre. Så på torsdager, Kirkers elektive operasjonsdag, og på enkelte andre ukedager, hendte det at strømgeneratoren og det halv-fungerende ventilasjonsapparatet larmet som vanlig. Apparatet var blitt sluppet i gulvet ved installeringen, men det klarte å få temperaturen i operasjonsstuen ned mot 30 °C. Keisersnitt leste jeg på hver dag, for å kunne gjøre det raskt, men jeg slapp. Til gjengjeld var det ingen mangel på fødselskomplikasjoner som krevde andre typer inngrep – retinerte placentaer, fosterdød, infeksjoner og langsomme fødsler. Tang var nyttig noen få ganger.

Maurice Kings legendariske «bibel» fra 1960-årenes Kampala, *Medical care in developing countries* (1) var et oppkomme av praktisk veiledning i all slags mor-og-barn-helsetjeneste så vel som i alskens praktiske medisinske prosedyrer: punksjoner, sug, væsketerapi, osv. Salt-sukkerblanding var en relativt ny idé som viste seg å være ytterst gagnlig for mangt et underernært diarébarn, vi brukte enkel oppskrift for hjemmebrygging. De tuberkuløse og leprøse hadde egne basthytteområder utenom hovedbygningen, slik det var beskrevet i boken. Kriteriet på bedring av tuberkulose var vektøkning – men den gang som nå var det vanskelig å motivere til mer enn et par måneders behandling. Jeg ser samme reaksjon hos HIV-pasienter i Ngaoundere i dag: Når man i løpet av noen uker føler seg *så* mye bedre, er det ikke til å tro at man må fortsette å ta medisiner hele livet.

### Maine-Soroa, Niger, 2003

Asfaltveien ble bygd i 1970-årene, og heller ikke de første husene kjenner vi igjen. Den lille landsbyen med et par tusen mennesker har tydelig vokst. Høyspentledninger viser at elektrisiteten er kommet til bygd, i 1984, får vi vite senere. Først når vi kommer til det store, skyggegivende treet på plassen foran landsbysjefens hus, kjenner vi oss skikkelig igjen. Og markedet er ikke mye annerledes – butikkavdelingen er blitt atskillig større, men har vareutvalget endret seg? Vi finner metallgrytene, såpen, sardinene, boksmelken og colaflaskene, i tillegg til lokaldyrkede korn-, krydder- og grønnsakprodukter – neimen om det er mange nye varer, bortsett fra et rikelig utvalg av medikamenter av alle slags, antibiotika, antiflogistika, analgetika. Bensinen selges på fat som i 1970, med munnoppsuging og hevertprinsipp. Men den er der og kan kjøpes, det var ikke alltid tilfelle tidligere.

Så vi kjører et par hundre meter og kommer til et splitternytt sykehuskompleks i vakker, Sahel-inspirert arkitektur: store, rene, mellomgrå flater med horisontale, rødlig jordfargede gesimsers som harmo-



Det nye sykehuset i Maine-Soroa, 2003. Alle foto Lisbet og Knut Arne Holtedahl

nerer med den gule sanden på bakken. En smal hvit stripe markerer skillet mellom vegg og gesims, som følger fint plasserte geometriske utspring ved hvert hjørne. Og mellom husene står eukalyptustrær med lysegrønne, fingerliknende blader og lys grå stamme. Vakthavende sykepleier gir meg en rask omvisning på fødestue og i kirurgiblokk. Hun forteller at sykehuset ennå ikke er innviet, og at det foreløpig bare er bemannet med én ganske nyutdannet lege. Operasjoner henvises derfor til sykehuset i Diffa, som i 1970 kun var en helsestasjon.

Vi får losji i den tomme jordmorboligen. Mens vi rigger opp myggnett, kommer en pen, ung mann og presenterer seg som

Monicas eldste sønn. Ikke født i 1970, vel? Jo, nettopp, her er nurket jeg var med på å ta imot noen uker før vi forlot Maine-Soroa. Monica er åttebarnsmamma, men fortsatt formfullendt og glad. Medhustruen har akkurat nedkommet og dine barn og mine barn myldrer omkring. På vei til Aischas hus møter vi to av hjelpepleierne – lystige pensjonister som fungerer litt på si som hjemmesykepleiere for de enda eldre. Gjensynsgleden var stor. Aischa har også fått åtte barn etter hvert, men er fortsatt uten medhustruer. I løpet av neste dag har vi møtt de fleste vi kjente. Men gammelsykehuset av leire har smuldret opp og er blitt revet.



Sykehuspersonalet i Maine-Soroa, 1970



Monica og datter 2003

Sykehuslegen tar meg med på visitt dagen etter. Det er ikke mange pasienter, men de som er der, feiler ikke hva som helst: Førstemannens lidelser er ikke særlig eksotiske, han er blitt grundig mørbanket i et slagsmål. Men den neste var ved innkomst dagen før blitt mistenkt for å ha meningitt, det er tiden for den årlige Sahel-epidemien nå, og Burkina Faso lenger vest har meldt om tallrike tilfeller. En ny meningokokkvariant forårsaket epidemi i fjor, den vanlige A+C-vaksinen er ikke effektiv mot denne. Spinalpunksjon hadde vært mislykket, og legen hadde startet behandling med antibiotikainfusjoner. På visitten er diagnosen likevel ikke vanskelig, 16-åringen har stadige generelle spasmer og trismus og har åpenbart stivkrampe. En slektning støtter ham når spasmen setter inn. Nei, han er ikke vaksinert. Ja, han har hatt et sår på foten, fra en jernrive. Såret var lite og bare litt betent og er grodd nå, men det er nok inngangsporten. Gutten lider, men legen er optimistisk, det kommer til å gå med mye diazepam og annen medikasjon. Det kan gå bra, inkubasjonstiden kan ikke være ultrakort når inngangssåret er grodd.

De to neste er jenter i tiårsalderen og er heller ikke «hverdagspasienter»: Den ene er blitt hentet opp fra en dyp brønn og lå tre dager i koma etter innkomst. Hun er nå utskrivningsklar etter at hun våknet opp for noen dager siden og synes ikke å feile noe. Den andre har dype kamelbitt i leggen, de må stelles og hun skriker redd. Det minner meg om fiskeren fra Tchad-sjøen som i 1970 ble brakt til sykehuset i en Landrover etter at en flodhest hadde bitt underarmen nesten helt av. Jeg amputerte armen og hadde en fornøyd pasient neste dag.

### Norge 2003

Hva synes jeg mine studenter kan lære av dette? I første omgang noe om nytten av praktisk, klinisk medisin. Teknologien kommer smått om senn til Afrika, men i mellomtiden er det mye bra som kan gjøres dersom man som lege behersker god undersøkelsesmetodikk, enkel terapi og har oppdatert kunnskap. Det kliniske blikket fanger fort inn det anemiske barnet med malaria og forstår hvem av hostepasientene som bør avgi spyttprøve til Ziehl-Nielsenfarging. Sår kan rengjøres og abscesser dreneres. Brudd kan reponeres og pneumonier behandles korrekt uten bruk av bilde-diagnostikk.

Internett er på full fart inn og er en velsignelse når bibliotek mangler. De store internasjonale organisasjonene som WHO, legger sine rapporter og retningslinjer ut på nettet, og i Ngaoundere er legene godt oppdatert om retningslinjer for diagnostikk og behandling av HIV. Det hjelper selv om kunnskapen og retningslinjene ligger langt foran den praktiske hverdagen. Instrumenter og utstyr som er selvfølgelig i vestlige land er ikke selvfølgelig i Afrika.

Men en lege i Afrika står ikke maktesløs, og forutsetningene for å arbeide der er bedre enn før. Det er flere og lettere tilgjengelige medikamenter, engangsutstyr finnes og blir ikke så ofte gjenbrukt, og det er økende forståelse for hygiene og renhold. Jeg merker mer enn før at kollegene i Afrika er kunnskapssultne og profesjonelt ærgjerrige. God videre- og etterutdanning er svært etterspurt, og oppbygging av gode lokale fagmiljøer kan bety mye for helsetilstanden i en befolkning.

Denne siden av medisin i Afrika har Vesten brydd seg altfor lite om. Bidrag til kompetanseutvikling har ofte ført til hjerne-tørke (brain drain). Vi mangler en forståelse av at vi har like mye bruk for Afrika som Afrika har for oss. Å lære av hverandre er en investering i fred og globalisert sameksistens for fremtiden. En norsk medisinstudent i Afrika får en klinisk erfaring som er enestående og lærerik på andre måter enn studiet i Norge kan gi. Våre forskingsmiljøer kan berikes om vi åpner for flere stipendiater fra den tredje verden, og vi får selv muligheten til å forske i en mangfoldig, annerledes og utfordrende virkelighet.

Jeg ønsker et universitetssystem hvor økonomi og merittering for studentopphold i den tredje verden blir likeverdige med Erasmus-programmet i Europa og med innebygd gjensidighet for studenter fra samarbeidsuniversitet. På doktorgradsnivå må det komme tilleggsbevilgninger for stipendiater fra «Sør», gjerne slik at feltarbeidet gjøres hjemme og forskerutdanningen ute.

De medisinske fakultetene ligger langt bak samfunnsfaglige fakulteter når det gjelder samarbeidsprogrammer med den tredje verden. Med god tilrettelegging tror jeg utveksling på studentnivå vil bli svært etterspurt.

### Knut Arne Holtedah

*knutarne.holtedah@ism.uit.no*  
 Institutt for samfunnsmedisin  
 Universitetet i Tromsø  
 9037 Tromsø

### Litteratur

1. King M. Medical care in developing countries. A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere. Nairobi: Oxford University Press, 1966.