

Små liv i en større konflikt

Taus vannkrise

Over en milliard mennesker har ikke tilgang til rent vann, og over to milliarder har ikke tilfredsstillende sanitære forhold. Over 100 millioner barn har ikke tilgang til utdanning, og mange barn går ikke på skole fordi de må bruke tid på å skaffe vann til seg og sin familie. Hvert 15. sekund dør et barn pga. sykdom forårsaket av dårlig vannforsyning eller sanitærforhold.

Likevel er myndighetene i mange land mer opptatt av sult, HIV/AIDS og politiske og militære konflikter, og fremgangen hva gjelder vann- og sanitærforholdene i fattige land er liten, ifølge en fersk rapport fra den britiske hjelpeorganisasjonen WaterAid (1). Internasjonale avtaler inneholder mål for vannforsyning og sanitærforholdene i fattige land innen 2015. Dersom den nåværende svært langsomme fremdriften i dette arbeidet fortsetter, vil det ta mer enn 30 år før målet om vannforsyning i Afrika nås, og målene for sanitærforholdene vil aldri nås, sier lederen i organisasjonen, Ravi Narayanan (1).

Skolefravær som følge av mangel på vann og gode sanitærforhold skyldes både vannbårne infeksjons- og parasittsykdommer og at barna må bruke så mye tid til å skaffe vann. Dette gjelder i større grad jenter enn gutter. Studier i Bangladesh og Tanzania viser at skolefraværet går ned når tilgangen på vann bedres.

Det trengs om lag 29 milliarder amerikanske dollar per år for å oppnå målene for vannforsyning og sanitærforhold. Dette tilsvarer det samlede beløp Europa og Nord-Amerika bruker på mat til kjæledyr per år (1).

Petter Jensen Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Water and sanitation. The education drain. London: WaterAid, 2004. www.wateraid.org.uk (22.3. 2004).

Gjennomsnittlig fødselsvekt for barn født til termin i Nepal er en halv kilo lavere enn internasjonale standarder. Dette skyldes hovedsakelig manglende tilvekst i svangerskapets uke 30 til 35. Barn født før termin viser tegn til sen intrauterin vekstretardasjon, men viser likevel ikke innhentingsvekst de første ukene etter fødselen. Antallet fattige i Nepal øker, blant annet pga. borgerkrigen mellom den maoistinspirerte gerilja-bevegelsen og den kongestyrt hær.

Nepal er et fattig land, og det som finnes av rikdom, er fordelt på få og hardt knyttede hender. Derfor har det vokst frem en maoistinspirert gerilja-bevegelse, som nå har utvidet sitt aktivitetsområde fra fjernere fjellstrøk til de store byene. Den har stadig fremgang i kampen mot den kongestyrt hær. Den sju år gamle borgerkrigen utarmer landet og stopper alt utviklingsarbeid. Den medfører også at alle som har utdanning og valgmuligheter, deriblant helsearbeidere, forlater landsbygda der tjenestene deres trengs mest.

Jeg kom til Nepal for vel ett år siden for å jobbe som barnelege ved Patan sykehus i Katmandu. Jeg har tidligere jobbet som lege i to svært ulike land – i Norge og på et svært lite sykehus i Bhutan, et av Nepals naboland i Himalaya. Jeg hadde derfor en viss forestilling om hvordan det ville bli å arbeide i Nepal. Men det ble mange overraskelser.

Prioritert nyfødtemedisin

Mengden av arbeid som faktisk blir gjort ved sykehuset, er det som har overrasket meg mest. Nyfødtemedisin utgjør en viktig del av arbeidet i en barneavdeling. De første timene etter fødselen er den aller farligste perioden av livet. Spedbarnets kropp skal tilpasse seg den fremmede verden utenfor livmoren, og ting kan gå galt. Patan sykehus har mer enn 7 000 fødsler per år, altså nesten én fødsel per time året gjennom. Antallet fødsler er høyere enn det vi hadde på min forrige arbeidsplass, Ullevål universitetssykehus, og mange av dem er risikofødsler. Men ved Ullevål fantes det så uendelig mye mer ressurser i form av stab, utstyr, plass og infrastruktur. Likevel blir de nyfødte tatt godt vare på, selv de minste, og spedbarnsdødelighet ved Patan sykehus de siste årene har vært relativt lav. I en studie fra 2001 var neonatal mortalitet 9,5 per 1 000 fødsler, neonatale infeksjoner og neonatalt åndenødssyndrom var de viktigste



dødsårsakene (1). Det er svært gode tall i forhold til steder det er naturlig å sammenlikne med.

Gjennomsnittlig fødselsvekt i Nepal, som på resten av det indiske subkontinent, er i underkant av 3 000 g. Vi har nettopp gjennomført en retrospektiv studie av fødselsvekten til barn født ved Patan sykehus i 2002. Barna født til termin hadde en gjennomsnittlig vekt på 2 972 g, altså om lag 500 g mindre enn i Norge. Barn født med svangerskapsalder på 30 uker eller mindre, hadde fødselsvekt svært nær den som oppgis i internasjonale standarder (2), mens for barn med høyere svangerskapsalder økte fødselsvekten mye langsommere enn etter standarden. Ved 35 ukers svangerskapsalder veide barna om lag 500 g mindre enn 50-percentilen i referansematerialet (fig 1). Morens ernæringsstatus, antakelig fra svært tidlig i hennes liv, er en viktig determinant for en slik utvikling (3).

I en annen del av studien fulgte vi vektutviklingen til 120 premature barn de første ukene etter fødselen. Noen forskjeller fra det som ofte ses i materialer fra rike land kom frem: Det maksimale vekttapet etter fødselen var gjennomsnittlig 7,5 % av fødselsvekten, og barna begynte å øke i vekt igjen allerede fra gjennomsnittlig

3,6 dager etter fødselen. Ved én ukes alder veide de 50 g mer enn fødselsvekten. Dette er et mindre og mer kortvarig vekttap enn forventet hos premature barn med normal fødselsvekt for svangerskapsalderen, et mønster man gjerne ser etter intrauterin vekstretardasjon.

Postnatal omsorg

I 2. og 3. leveuke kunne man derfor forventet innhentingsvekst. Det er viktig, blant annet fordi tidlig postnatal ernæring har konsekvenser for senere utvikling av mentale evner (4, 5). Men det skjedde ikke. I den perioden la disse barna på seg bare gjennomsnittlig 14 g per kilo per dag, mens ideell vektøkning i denne tiden (tilsvarende intrauterin tilvekst) er i overkant av 20 g per kilo per dag (2). Små premature i Norge får morsmelk som ofte er «forsterket» med tilskudd av vitaminer, mineraler, sporstoffer, aminosyrer og kalorier (6). I Nepal får de premature morsmelk fra sin egen mor, og det siste året har vi begynt å gi de minste tilskudd av kalsium, fosfat og vitamin E. Andre former for tilskudd, særlig av aminosyrer, er for dyrt for folk her.

Den minste av de små premature, en jente født etter 30 ukers svangerskapsalder, veide bare 650 g ved fødselen, hun hadde altså vært utsatt for betydelig intrauterin vekstretardasjon. Så små nyfødte overlever sjelden her hvor respiratorer og annet avansert utstyr ikke er tilgjengelig. Men hun viste seg å være robust. Med tilskudd av oksygen fra sykehusets tanker greide hun å puste selv; vi har ikke utstyr for behandling med kontinuerlig overtrykk (CPAP) ennå. Hun fikk morsmelk på sonde, lysbehandling mot sin hyperbilirubinemi og bred antibiotikadekning mot sin pneumoni. Ved åtte ukers alder hadde hun tredoblet vekten, og moren fikk ta henne med hjem kort tid etterpå. Ved senere kontroller så hun ut til å utvikle seg fint. Dette er historien om en sterk, liten jente, men det er også et eksempel på hvordan en dyktig og ansvarlig stab

under enkle forhold gir mulighet for liv og god helse til alvorlig syke pasienter.

Pediatri er ikke bare omsorg for nyfødte. Her møter vi hele spekteret av sykdommer hos eldre barn. I løpet av de få månedene jeg har arbeidet ved Patan sykehus har jeg sett mange interessante og utfordrende pasienter jeg aldri ville ha støtt på i Norge. De fleste barna som kommer til sykehuset, har infeksjonssykdommer, og oftest er underernæring en medvirkende faktor. Som i alle fattige land er det pneumoni og diareesykdommer som tar flest barneliv. Tuberkulose tar også mange liv. Tuberkulose kan angripe omtrent alle organer i kroppen og gi seg utslag i et vidt spekter av symptomer. Særlig er tuberkuløs meningitt fryktet, mye fordi mange dør av det, men kanskje mest fordi så mange av dem som overlever, får alvorlige sekveler.

Tyfoidfieber er en konstant trussel for barn. Vi opplever økende resistensproblemer, og det er nå bare unntaksvis at *Salmonella typhi*-stammene som dyrkes på sykehusets mikrobiologiske laboratorium, er følsomme for kloramfenikol. Alle medisiner, også antibiotika, selges fritt over disk i byen, og de halvårlige rapportene vårt mikrobiologiske laboratorium utgir, viser at resistens mot tidligere effektive medisiner som ciprofloksacin og ofloksacin øker raskt. Kolera ser vi derimot bare om sommeren, ofte i epidemier. Slik kom den også i år, men årets epidemi var heldigvis mindre enn i fjor. Tetanus og difteri er «eksotiske» sykdommer som vaksinasjonsprogrammene nesten har eliminert i Vesten. Men de er fremdeles alvorlige trusler mot barns helse i Nepal. For bare få uker siden døde en 12 år gammel jente av difteri.

Bemannings og ressurser

Syke barn som kommer til sykehuset, blir godt tatt vare på. Men det betyr ikke at det ikke er rom for forbedringer. Med *litt* bedre bemanning kunne vi begynt å bruke mer moderne metoder for overvåking og behandling av kritisk syke barn, uten å ta i bruk det dyreste eller mest avanserte utstyret som finnes i den rike delen av verden. Et nærliggende eksempel er kontinuerlig overtrykksbehandling (CPAP) av premature med respirasjonsproblemer. Vi håper å komme i gang når «nyfødtposten», med bare to svært små rom, får bedre plass og bedre bemanning med det aller første.

Nepal har ikke noe folketrygdsystem, og de færreste av innbyggerne har helseforsikring. I prinsippet må pasientene derfor betale stykkpris for alle sykehustjenester, fra blodprøver og røntgenundersøkelser til medisiner. Mange er ikke i stand til å betale, og for dem har sykehuset satt av noen begrensede midler til hjelp i kritiske tilfeller. Disse pengene disponeres av sykehusets sosialavdeling. Men det er svært vanskelig å nå frem til dem som har det



Forfatteren undersøker et lite, for tidlig født barn på mammaens sykeseng. Kuvøsen i bakgrunnen. Foto Kristin Bøhler

vanskeligst. Barna til de aller fattigste blir ofte ikke brakt til sykehuset for behandling eller de kommer for sent. Noen av foreldrene vet ikke hvordan de skal bruke tjenestene her og er kanskje redd for å bli møtt med krav om penger de ikke har.

Om lag 1 000 pasienter behandles ved Patan sykehus hver dag, og svært mange av dem er barn. Sykehuset, som drives i nært samarbeid mellom en kristen misjonsorganisasjon og landets egne myndigheter, har som prinsipp at ingen skal nektes behandling fordi de ikke har penger. Med den oppblussing av borgerkrigen vi nå erfarer, øker fattigdommen ytterligere. Vi ser et økende antall barn med foreldre som ikke er i stand til å beskytte og ta vare på dem. En av de største utfordringene er å sikre at helsetjenester er tilgjengelige også for de barna som lever nær bunnen av det sosiale hierarkiet.

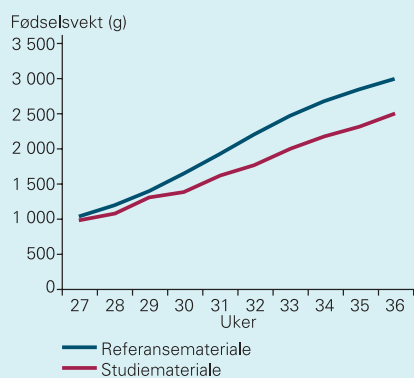
Erik Bøhler

bohler@wlink.com.np
United Mission to Nepal
P.O. Box 126
Katmandu, Nepal

Litteratur

- Shrestha S, Adhikari N. Causes of neonatal death at Patan hospital. *J Nepal Health Research Council* 2002; 3: 27–31.
- Alexander GR, Himes JH, Kaufman RB, Mor J, Kogan M. A United States reference for fetal growth. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 163.
- Pojda J, Kelley L. Low birthweight. ACC/SCN Nutrition Policy Paper No 18. Genève: WHO, 2000.
- Lucas A, Morley R, Cole TJ, Gore SM, Lucas PJ, Crowle P et al. Early diet in preterm babies and developmental status at 18 months. *Lancet* 1990; 335: 1477–81.
- Cockburn F. Nutrition and the brain. I: Hansen TN, McIntosh N, red. *Current topics in neonatology*. London: Saunders, 1999; 93–109.
- Schanler RJ. The use of human milk for preterm infants. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 207–19.

Figur 1



Fødselsvekt i forhold til svangerskapsalder