

Under en høyere himmel

Lokalbefolkningen overses ved nødhjelp

Flyktninger og folk som tvangsflyttes innen eget land er svært utsatt for sykdom, særlig smittsomme sykdommer. Dette skyldes blant annet dårlig ernæring, nedsatt immunitet, trangboddhet og dårlig tilgang til helse-tjenester, rent vann og tilfredsstillende sanitærforhold. Mange nødhjelpsorganisasjoner er involvert i arbeidet med å hjelpe disse gruppene.

En undersøkelse fra Uganda, nylig publisert i *The Lancet*, tyder på helsetjenestetilbudet for sudanske flyktninger i Uganda er bedre enn for lokalbefolkningen i samme område (1). Forekomsten av større obstetriske inngrep (blant annet keisersnitt) var langt høyere blant flyktningene (1,01 %) enn i landsbybefolkningen i samme område (0,45 %; $p < 0,001$) og i nærmeste landsbybefolkning uten flyktninger (0,44 %; $p < 0,001$). Mødredødeligheten blant flyktningene var under halvparten av den i landsbybefolkningen, men nokså lik den for nærmeste bybefolkning.

Funnene er oppmuntrende for nødhjelpsorganisasjoner, men viser også at behovet for hjelp til lokalbefolkningen i landene flyktningene flykter til, ofte overses. Deres helse og levekår er preget av fattigdom, og tiltak for å bedre deres helsetilstand må være nær knyttet til fattigdomsbekjempelse og arbeidet for å utvikle samfunnets infrastruktur og økonomi (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Orach CG, De Brouere V. Postemergency health services for refugee and host populations in Uganda, 1999–2002. *Lancet* 2004; 364: 611–2.
2. Wynd S, Durrheim DN. Health-care provision and the path out of poverty. *Lancet* 2004; 364: 562–4.

Haydom Lutheran Hospital i Tanzania er kjent av mange i Norge. Sykehuset betjener nesten en halv million mennesker i et stort og tynt befolket område i Tanzania.

«We pray for good weather and a safe arrival at Haydom.» En flyreise med MAF (Mission Aviation Fellowship) begynner med bønn. Så letter tisettersflyet fra Arusha flyplass ved Kilimanjaro med seks norske allmennleger om bord. Fagutvalget i Aplf er på studiereise i Tanzania (1). Vi flyr over det grønne og røde landet – grønne trær og åkrer, rød jord, svære innsjøer, høye fjell. Vakkert, men nådeløst. En time senere lander vi i Haydom i Mbulu-distriktet.

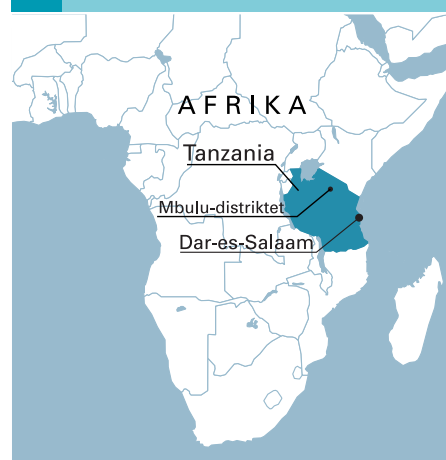
Haydom Lutheran Hospital er antakelig det sykehus i det sørlige Afrika som er best kjent i Norge, spesielt i misjonsbeltet langs Sørlandskysten og på Sørvestlandet. Det har egen norsk Internett-side (2) og mange faste givere. Sykehuset ble bygd av Norsk Luthersk Misjonssamband i 1953 etter anmodning fra den britiske regjeringen. Området hadde vært avfolket på grunn av tsetsefluen, som så ble utryddet, og regjeringen ønsket å få folk inn i området igjen.

Sykehuset ble lagt 30 uveisomme mil fra Arusha, som er nærmeste by. Et sykehus i ingenmannsland. I begynnelsen bodde det én familie i området, nå bor det over 20 000 mennesker i nærområdet. De fleste har trukket dit på grunn av sykehuset og den aktiviteten det genererer.

Ved frigjøringen av Tanzania i 1963 ble sykehuset overtatt av den lokale menigheten. Driftsmidlene kommer dels fra det offentlige, men store deler kommer fra bistandsmidler og glade givere i Norge. NORAD betaler ca. halvparten av driften, 5 millioner kroner i 2003.

Sykehuset har nå 450 senger og betjener ca. 450 000 mennesker i et stort og tynt befolket område. Den ytterste avkroken ligger nesten ti mil borte. Befolkningen er fattig, veiene dårlige, offentlig transport nærmest ikke-eksisterende. Primærhelsetjeneste finnes ikke, bortsett fra mor-barnstasjoner i sykehusets regi og noen få sykestuer (dispensaries). Haydom Lutheran Hospital er blitt en verden i verden, og man er selvhjulpne med det meste – her er bilverksted, apotek, strømaggregat, store områder med dyrket mark, vaskeri, kirke, videregående skole, sykepleierskole ... og egenproduserte intravenøse væsker.

i Brev fra Tanzania



En annen verden enn norsk allmennmedisin

Avdelingene ved hospitalet er overfylte og skitne, sykehuset er nedslitt, og det er vanskelig å isolere smittebærende. Likevel behandles et imponerende antall pasienter, både polikliniske og innlagte. Man har en velfungerende operasjonsenhet og en stor fødeavdeling med om lag 3 500 fødsler i året. Sykdomsbildet er preget av infeksjonssykdommer som malaria, enteritt og tuberkulose. Bakteppet er dårlig primærforebygging, underernæring og fattigdom. HIV/AIDS er også et økende problem, selv om dette distriktet har vært relativt forskånet til nå.

Mange kommer ikke til behandling i det hele tatt eller kommer så sent at de er hinsides redning. Hvorfor kommer de ikke? Først og fremst av økonomiske grunner. Det koster å ligge på sykehus i Tanzania, og det koster å komme seg dit. Verdensbanken krever nemlig at sykehusene tar betalt. Er du innlagt, koster det 2 500 tanzaniske shilling per uke. En daglønn er ofte ikke mer enn 1 000 shilling. Medisiner og utstyr kommer i tillegg. Ambulansetransport koster 500 shilling per kilometer, og hvis man bor ti mil unna sykehuset, blir kostnaden uoverkommelig. I tillegg må pårørende eller slektninger følge med og sørge for mat til pasienten. Haydom Lutheran

Hospital er blant de «snille» sykehusene – her får man behandling enten man har rede penger eller ikke, og så ordner man regningen i ettertid. Sykehusregningen kan bli ettergitt hvis pasienten er så fattig at han ikke kan betale, men det skjer bare etter streng behovsprøving. En del pasienter holdes igjen som pant til familien har betalt.

Legemangel – eller øynene som ser?

Sykehuset betjener som nevnt nærmere en halv million mennesker, men har bare tre fast ansatte leger. Den ene er Ole Hallgrim Evjen Olsen, overlege, administrerende direktør og altnuligmann ... og 76 år gammel. Kort tid etter vårt besøk ble dr. Olsen syk og reiste til Norge for behandling. En del frivillige leger, bl.a. fra Norge, jobber der noen måneder om gangen. I tillegg til legene er det en del «clinical officers» med treårig utdanning som i praksis fungerer som assistentleger med vide fullmakter. De tar imot og undersøker pasienter på akuttmottak og poliklinikker, stiller foreløpige diagnoser og instituerer behandling. Kan de nok? Ikke godt å si. Men det er helt sikkert bedre enn ingenting.

Sett med norske allmenn- og samfunnsmedisinske øyne har mangelen på godt kvalifisert personell også betydning for primærhelsetjeneste og forebyggende arbeid. Det er store uløste problemer knyttet til vannforsyning, ernæring, hygiene og enkel smitteforebygging. Hva ville skjedd med forekomsten av malaria hvis alle innbyggerne i området hadde hatt moskitonett? Hvorfor er så mange gravide kvinner anemiske? Er det på grunn av underernæring eller er det fordi de går rundt med kroniske infeksjoner? Burde man brukt ressurser på

smittevern, latriner og vannforsyning heller enn jerntilskudd og blodoverføringer? Vi stiller oss mange spørsmål, men er klar over at vi verken kan forstå eller løse disse komplekse problemene etter et kort besøk.

Det er sagt at å reise er å dra et sted hvor man kan se hjem. Vi kan se norsk medisinsk virkelighet med nye øyne. I Norge har vi én lege per 300 innbyggere og snakker om legemangel. I Tanzania har de én lege per 16 000 innbyggere. Den norske debatten om 35 kroner i egenandel for telefonkonsultasjoner blir liten og uviktig i den store sammenheng.

Helsestasjon og forkynnelse

I et menighetshus fem mil fra sykehuset sitter flere hundre kvinner og barn på gulvet. Noen av mødrene ammer, noen barn sover, noen klynker, andre leker i fanget. De lytter til den lokale predikanten, som holder andakt. Han bruker mikrofon for at alle skal høre. Det er ikke plass til alle inne i huset, men det er høytalere ute, så alle får med seg budskapet. Så kommer to sykepleiere med månedens helseopplysning. De snakker entusiastisk på skift i mikrofonen, på hvert sitt språk. I dag snakker de om HIV, om svangerskapskontroll og om fare-signaler under svangerskap.

Etter fellessamlingen sprer kvinnene seg i grupper. Noen går til svangerskapskontroll (ramme 1), noen til veiing av barna, vaksinasjon eller HIV-testing, andre til prevensjonskøen. Køene er lange, heten intens, men knuffing eller bråk forekommer ikke. Ungene er tålmodige. Mange av kvinnene har gått langt for å komme hit, opptil 10–15 kilometer. De har gjerne med seg flere barn, og niste, for eksempel en levende høne innpakket i papir.

Ramme 1

Svangerskapskontroller ved mor-barn-stasjonene drevet av Haydom Lutheran Hospital

Kontroller i 16., 20.–24., 28.–32. og 36. uke.

Undersøkelsen omfatter:

- Sykehistorie og opplysninger om tidligere svangerskap og fødsler
- Fysisk undersøkelse, inkludert palpasjon og fosterlydsundersøkelse
- Laboratorieprøver: hemoglobin, blodtype, syfilistest og tetanusvaksine
- Malariaproylaks (tre tabletter Fansidar) to ganger i løpet av svangerskapet
- Helseopplysning og rådgivning

Dette er en av de 27 mobile mor-barn-stasjonene som drives av Haydom Lutheran Hospital. Seks av stasjonene ligger så langt vekk at personellet må reise med småfly. Årlig blir ca. 30 000 mødre og 70 000 barn undersøkt ved stasjonene (ramme 2). For tiden gjennomføres et pilotprosjekt med HIV-screening. Den første prøven tas ute i felten ved avskrap fra munnslimhinnen. Hvis testen er positiv, kalles pasienten inn for blodprøve. Det koster ca. 10 000 kroner i året å drive en slik mor-barn-stasjon. Pengene kommer fra sykehusbudsjettet.

- Det er vanskelig å få pengedonasjoner til forebyggende arbeid, sier dr. Olsen.
- Vaksinene skal egentlig ytes gratis fra staten, men kan være vanskelig å få fra det sentrale lageret i Dar-es-Salaam.



HIV-testing ved helsestasjon. Begge foto Fagutvalget Apf



Spedbarnskontroll i friluft

Ramme 2

Gravide i Tanzania

- Paritet: 5,24 barn per kvinne
- 80 % av gravide og ammende er anemiske – hemoglobinverdier mellom 6 og 9 g/100 ml er ikke uvanlig
- Prevalensen av seksuelt overførbare sykdommer blant gravide er om lag 17 %
- 9,6 % av alle gravide er HIV-positive
- Mødredødeligheten er 117,2 per 10 000 fødsler og aborter
- 50 % av fødslene skjer i hjemmet

Mens vi er der, kommer noen kvinner med barna sine bort til dr. Olsen. Den ene har en baby som er syk, febril og slapp, dyspneisk med inndragninger. Sannsynligvis pneumoni. Ungen er så dårlig at legen anbefaler innleggelse. Moren sier at det kan hun ikke. Har hun ikke råd? Hun vil ikke svare – ser bare ned. Det ender med at hun får en resept på penicillin og beskjed om å gå til den lokale sykestuen for injeksjoner.

En annen kvinne kommer med en alvorlig underernært og dehydrert barn på tre måneder. Stående hudfolder. Hodet virker altfor stort til den magre kroppen. Dr. Olsen sier til henne at barnet vil dø hvis det ikke bli lagt inn og får væske og næring. Mor er tvilende – hun har tre barn hjemme og ingen til å ta seg av dem. Mannen er bortreist, og hun tør ikke reise til sykehuset uten hans tillatelse. Hun gråter og klamrer seg til den lille bylten. Hun oppfordres igjen til å ta med barnet til sykehuset og får til og med løfte om at det ikke vil koste noe. Hun sier hun skal tenke på det. Vi tviler på om hun kommer. Og tenker på alle de friske barna i Norge som kommer gratis til lege bare de har hostet i to dager. Da vi er tilbake på sykehuset, får vi vite at en sjuåring ble innlagt samme dag med fullt utviklet rabies. Hun ble bitt av en hyene måneden før og burde ha kommet til sykehuset for å få vaksine, men det ble ikke gjort. Av økonomiske grunner? På grunn av for lang reisevei? Nå er det ingenting å gjøre. Barnet blir sedert og dør på ettermiddagen samme dag.

Pernille Nylehn

pernille.nylehn@pki.uib.no
Fagutvalget

Alment praktiserende lægers forening

Litteratur

1. Nylehn P. Om å se stjernene fra rennesteinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2268–9.
2. Haydom Lutheran Hospital, Tanzania. www.haydom.no/index.htm (3.8.2004).

Språkspalten

Innlegg på inntil 400 ord om medisinsk terminologi og om språk generelt samt tips til spalten sendes tidsskriftet@legeforeningen.no

Kronisk utmattelsessyndrom

Sykdommen som på engelsk ofte kalles *chronic fatigue syndrome* har fått mange betegnelser, og navnsettingen vekker sterke reaksjoner blant representanter for pasientene (1). I Tidsskriftet har Erlend Hem argumentert for at kronisk tretthetssyndrom bør være det norske navnet (2).

Sykdommens etiologi og patogenese er mangelfullt forstått. Sannsynligvis er årsaken sammensatt, og de samme årsaksfaktorene er ikke nødvendigvis like fremtredende hos alle pasientene (3). Foreløpig har vi imidlertid ingen hjelpemidler for pålitelig å skille ut diagnostiske undergrupper. Vi er derfor helt enige med Hem i at det er fornuftig å benytte et navn som beskriver symptomatologien, og å unngå diagnostiske betegnelser som gir inntrykk av en etiologisk sikkerhet det ikke finnes grunnlag for. Eksempler på slike er post-viralt tretthetssyndrom og myalgisk encefalomyelitt, som begge antyder at tilstanden skyldes en infeksjon, og nevralgi, som gir inntrykk av at det dreier seg om en primær psykiatrisk lidelse.

Derimot er vi ikke enige i at «tretthet», som lett gir assosiasjon til «søvnighet», er den mest hensiktsmessige oversettelsen av det engelske *fatigue*. Mange av pasientene har riktignok et forstyrret søvnmønster, men kan like gjerne plages av innsov-

ningsvansker eller tidlig oppvåkning, som av økt søvnbehov. Mer karakteristisk er en overveldende *mangel på energi*, og en uforholdsmessig *slitenhet* etter minimale fysiske eller mentale anstrengelser (4). Pasientene beskriver altså et økt behov for *hvile* snarere enn for søvn.

Disse plagene dekkes bedre av ordet «utmattelse» enn av ordet «tretthet». Vi foreslår derfor at *kronisk utmattelsessyndrom* bør være den norske betegnelsen, som også Tidsskriftet bør bruke, inntil ny erkjennelse eventuelt gir grunnlag for en mer etiologisk terminologi.

Vegard Bruun Wyller

Barneklubben
Rikshospitalet

Torgeir Bruun Wyller

Geriatrisk avdeling
Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Stormorken E. Vranglære i lærebok om psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1277.
2. Hem E. Kronisk tretthetssyndrom på norsk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1710.
3. Wyller VB, Gjone H. Kronisk utmattelsessyndrom hos ungdom – en alvorlig, men ikke håpløs tilstand. Paidos – Tidsskrift for Norsk barnelegeforening 2004; 22: 28–30.
4. Söderlund A, Skoge AM, Malterud K. «I could not lift my arm holding the fork...» Living with chronic fatigue syndrome. Scand J Prim Health Care 2000; 18: 165–9.

Kronisk tretthetssyndrom – adekvat betegnelse

Fatigue er et uspesifikt, men fremtredende symptom ved en rekke ulike tilstander som kreft, kroniske inflammatoriske tilstander og depresjon (1). Den samme subjektive opplevelsen rapporteres altså ved ulike sykdommer. Begrepet er vanskelig både å definere og operasjonalisere, og objektive tester finnes ikke. Fatigue opptrer ved sykdom, oftest uten forutgående aktivitet, og vil i liten grad påvirkes av hvile. Begrepet dekker flere til dels overlappende symptomer som følelse av nedsatt energi, generell svakhet, redusert muskelstyrke (fysisk fatigue) og kognitive vansker som konsentrasjons- og hukommelsesvansker (mental fatigue). Fatigue er trolig forskjellig fra tretthet (fatigability), som typisk arter seg som følelse av tretthet etter igangsatt muskulært arbeid.

Mange pasienter med somatiske

sykdommer og fatigue ville trolig føle det nokså fremmed å omtale symptomet som utmattelse, fordi utmattelse gjerne knyttes til en forutgående aktivitet. Ofte vil plagen beskrives som det å være trett og sliten, tom, energiløs osv. Utmattelse som generell term for fatigue er derfor neppe noen bedre løsning enn tretthet. Siden kronisk tretthetssyndrom er den foretrukne betegnelsen i de andre nordiske land (2), bør vi også benytte den samme betegnelsen.

Erlend Hem

Jon Håvard Loge
Avdeling for atferdsfag
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Loge JH, Hem E. Kronisk tretthet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1352.
2. Hem E. Kronisk tretthetssyndrom på norsk. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1710.