

Ros til norsk forskning innen global helse

Norsk medisinsk og helsefaglig forskning er nylig evaluert av tre internasjonalt sammensatte ekspertgrupper oppnevnt av Norges forskningsråd. I denne evalueringen fikk to mindre universitetsmiljøer som driver med forskning og undervisning i global helse, svært god evaluering (1). Forskningen ved de to sentrene dreier seg særlig om fattigdomsrelaterte sykdommer i utviklingsland. Sentrene for internasjonal helse ved universitetene i Bergen og Oslo beskrives som små miljøer som har lyktes med tverrfaglig forskning på problemstillinger relevante for helseproblem i utviklingsland. Evalueringen anbefaler å styrke global helseforskning i Norge og å styrke samhandlingen mellom forvaltning og forskning.

Senter for internasjonal helse ved Universitetet i Bergen er det største av miljøene i Norge innen global helse. Om lag 40 doktorgrads- og 40 mastergrads-studenter er tilknyttet senteret. Spesielle satsingsområder er forskning rettet mot bedring av barns helse og ernæring, inkludert vaksineutvikling og vaksineutprøving, forskning for å bedre helse hos mor samt forskning rettet mot bedre behandling og forebygging av HIV-infeksjon og tuberkulose. Senteret har etablert et godt nettverk innen helse-systemforskning, helseøkonomi, helsepolitikk og etikk.

Nettadressene til de aktuelle miljøene i Norge er:

- Universitetet i Oslo:
www.med.uio.no/ism/inthel
- Universitetet i Bergen:
www.cih.uib.no
- Universitet i Tromsø: uit.no/sih/

Petter Jensen Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Evaluation of clinical, epidemiological, public health, health-related and psychological research in Norway. Public health and health services research. Panel 2. Oslo: Norges forskningsråd, 2004.

Internasjonal medisin

Med stetoskop som eneste diagnostiske hjelpemiddel

Før jeg kom til Kuemba, en by med om lag 25 000 innbyggere i Angola, hadde det ikke vært noe helsevesen der på mange år. Noen forteller at de ikke har hatt tilgang på medisiner siden kolonitiden. Etter 27 års borgerkrig er det nå fred.

Vi er et team fra Leger Uten Grenser, som har åpnet et lite sykehus i Kuemba. Teamet består av sykepleierne Tine fra Belgia og Isabella fra Italia, logistikeren Paul fra Belgia og jeg, som er norsk, samt åtte angolanske helsearbeidere: tre sykepleiere og fem hjelpepleiere. Det er ingen angolanske leger ute i distriktet, og derfor må de lokale sykepleierne gjøre legearbeidet. Få av dem har noen gang eid en lærebok, men de er dyktige og lærer raskt. Dessuten er de mine tolker, fra portugisisk til den lokale dialekten de fleste pasientene snakker.

Leger Uten Grenser har nettopp gjennomført en meslingkampanje og en ernærings-screening av barna i Kuemba. Det er hungerkatastrofe, og gjør man beregninger på slikt, finner man at antall døde under fem år per 10 000 innbyggere i dag er fire ganger høyere enn det som anses som katastrofeverdier. Det er store utfordringer i Kuemba.

Angola har nesten 13 millioner innbyggere og er et land med store forekomster av diamanter og olje. Likevel lever 60 % av befolkningen i fattigdom og 25 % i ekstrem fattigdom. Frem til 1975 var Angola en portugisisk koloni, og det offisielle språket er fortsatt portugisisk. I tillegg finnes det en rekke lokale dialekter. I 1963 startet «frigjøringskrigen» mot Portugal. Da Angola fikk sin uavhengighet i 1975, startet borgerkrigen, som varte i 27 år. USA, flere vesteuropeiske land og Sør-Afrika gav støtte til motstandsgruppen og etter hvert geriljabevegelsen UNITA, mens Sovjetunionen, Cuba, Kina og flere østeuropeiske land støttet den marxistiske regjeringshæren MPLA. Angola ble på den måten en brikke i den kalde krigen. Det ble forsøkt å få i stand fredsavtaler flere ganger i 1980- og 90-årene, men borgerkrigen fortsatte. I februar 2002 ble UNITAs geriljaleider Savimbi drept. Den 4. april 2002 ble det endelig inngått en fredsavtale, og landet er for første gang på mange årtier uten krig.

Høy barnedødelighet

Angola har en svært høy forekomst av miner. Man regner med at det er like mange miner som barn i landet, og at flere enn

i Brev fra Angola



90 000 mennesker har mistet bein eller armer på grunn av mineulykker. Angola har den femte største barnedødeligheten i verden, og nesten en tredel av barna dør før de er fem år gamle. Mer enn halvparten av befolkningen kan ikke lese og skrive. Bare 38 % av befolkningen har tilgang på rent vann, og bare 24 % tilgang på helsetjenester. FN klassifiserer Angola som det nest verste landet i verden å vokse opp i for et barn, etter Sierra Leone.

Byen Kuemba var okkupert av geriljabevegelsen UNITA i mange år, og flere flyktet ut i «bushen» for å komme vekk fra krigens grusomheter. De siste årene har flere bodd i leire for interne flyktninger. Selv om mange vendte hjem da freden kom, er det fortsatt mellom 1,5 og to millioner interne flyktninger i landet. Mer enn 75 % av disse er kvinner og barn. Byen hadde fra kolonitiden et lite sykehus. De siste årene har området vært totalt avstengt fra omverdenen og var en av geriljabevegelsens hovedområder. Bare én bygning var igjen etter krigens ødeleggelser. Medisiner manglet helt. Da vi ankom, var det åtte inneliggende pasienter. I løpet av de første dagene steg tallet til 50, enda sykehuset egentlig bare hadde plass til 18. Pasienter og pårørende ligger på gulvet. De første ukene hadde vi mer enn 130 polikliniske konsultasjoner daglig. Uten laboratorium

må vi fullt og helt stole på stetoskopet og vår kliniske vurderingsevne.

Ved hungersnød er det først og fremst barn under fem år som rammes. De farlige «barnemorderne» i Afrika er malaria, diaré-sykdommer, pneumoni, tuberkulose og meslinger. Jeg ser mange pasienter med disse sykdommene, som hos underernærte barn innebærer en svært dårlig prognose. Til sykehuset kommer også pasienter med lepra. Vi har fødsler og dødfødsler og pasienter med kjønns sykdommer, granat-skader, mineskader, sårinfeksjoner og abscesser. Mange pasienter har tuberkulose eller symptomer på langtkommen HIV-infeksjon.

Ennå er ikke Angola så hardt rammet av HIV/AIDS som nabolandene Zimbabwe, Zambia, Kongo og Namibia. På grunn av borgerkrigen har befolkningen flyttet lite, noe som har forhindret stor spredning av HIV-viruset. I Kuemba-området har det i flere år vært stasjonert militærstyrker, som har beveget seg over store områder og pådratt seg andre og mer synlige kjønns sykdommer. Vi behandler mange tilfeller av gonorré og Chlamydia både hos disse mennene og deres kvinner. Syfilis og bløt sjanker er heller ingen sjeldenhet. Jeg behandler flere nyfødte med ophthalmia neonatorum, medfødt hissig bilateral konjunktivitt som skyldes gonokokker eller Chlamydia, som uten behandling kan føre til blindhet.

Tøff hverdag

«Unnskyld, Doutora. Jeg har et barn jeg ikke skjønner hvordan vi skal behandle.» Alfrades er en av de tre lokale sykepleierne. Alltid høflig og blid og grundig i sitt arbeid. Det er en åtte år gammel jente som har vært syk i tre måneder. Hun er kraftig underernært på tross av forskriftsmessig ernæring ved sykehuset. Hun har store glandler på halsen og responderer verken på amoxicillin- eller erytromycinbehandling. Hun blir stadig dårligere. Moren sitter med den lille jenta på fanget. Kvinnen har fillete klær og barnet er nesten naken. Moren hoster flere ganger mens vi undersøker barnet.

Alfrades vet hva jeg kommer til å si. Vi vet begge at vi ikke kan hjelpe. Jeg sier at dersom moren ønsker det, kan de reise hjem og ta tradisjonell behandling. Mange ønsker dette. Da føler de at de har prøvd alt. Alfrades oversetter. De reiser. Jeg er tom innvendig.

Om lag en tredel av verdens befolkning er smittet av Mycobacterium tuberculosis, og ca. 95 % av disse lever i den tredje verden. Det finnes medisiner som enkelt kan gjøre disse pasientene friske. Men denne medisinen har vi ikke i Kuemba. Man kan ikke starte et langvarig tuberkulosebehandlingsprogram for en befolkningsgruppe på flukt. Dette viser nok engang at det er sivilbefolkningen som er taperne i krig.



Et barn med leversvikt. Barnet har fått «tradisjonell behandling» med planten Santa Maria. Leveren er palpabel helt ned til venstre fossa iliaca og det er stor ascites. Det er lite vi kan gjøre. Foto Siri Foss

I begynnelsen hadde vi dårlig tilgang på vann. Elven er 30 minutters gange unna, og med over 100 pasienter og pårørende i sykehuset var jeg svært bekymret for de hygieniske forholdene. Et shigellautbrudd ville vært en katastrofe. Men det går godt. Vi ansatte ti vannbærere inntil vi fikk bygd brønn. I en krisesituasjon bør man daglig ha minimum 15–20 liter vann per person. Daglig behov på et sykehus er 50 liter per person. Vi klarer å få til halvparten.

Noen roper utenfra. En av mødrene med barnet sitt innlagt på «pediatrisk avdeling» er allerede i fødsel. Hun sitter på huk ute, i skyggen av et tre. Hun sitter helt rolig når jeg kommer. Sier ingenting, puster dypt, konsentrert. Jeg løfter på sarongen. Hodet er alt ute. I løpet av noen minutter har jeg barnet i mine hender. En velskapt liten gutt. Fremdeles ikke et ord fra den fødende. Hvor får de styrken fra?

Malaria

Ny dag. Rosa, en av mine ansatte, har sykt barn. Sergio er ett år gammel. Han har hatt feber i én uke, oppkast i ett døgn og vil verken spise eller drikke. Han er irritabel. Ingen hoste, klare lunger, ikke nakkestiv, for øvrig organstatus: uten anmerkning. Symptomene er klassiske. Hurtigtest for falciparum-malaria er positiv. Mikroskop eller laboratorieutstyr har vi ikke på sykehuset. Vi henger opp kinindrypp og gir glukose intravenøst.

På ettermiddagen er tilstanden ytter-

ligere forverret. Han er ikke-kontaktbar og har fått dette «cerebral malaria-blikket» som jeg har sett så mange ganger før. Jeg gir glukosestøt og setter ham på Ampigenta, i tilfelle det skulle være en underliggende infeksjon. Jeg vet oddsene er dårlige for Sergio. I løpet av natten blir Sergio enda dårligere. Han er i dyp koma og puster tungt. Jeg gjør det jeg kan. Det er lite og føles som ingenting. Rosa er så rolig.

Jeg drar tilbake til huset for å få litt søvn og er på sykehuset igjen på morgenkvisten. Da hører jeg den intense sangen. Sangen de alle synger når barna deres er i ferd med å dø. Idet jeg kommer inn på pediatrisk avdeling ser jeg Rosa løfte Sergio opp. Hun legger han på ryggen, knytter tørkleet rundt brystet. Rosa med den døende Sergio forlater oss. Denne intense sangen – full av lidelse.

Hvert eneste år dør det et sted mellom en og tre millioner mennesker av malaria. Det er særlig små barn som rammes, og de fleste kommer fra land i Afrika sør for Sahara. Denne sykdommen kan forbygges og behandles.

Det er begravelse for lille Sergio. Vi er samlet rundt en liten kiste pakket inn i vakkert tøy med mønster og sterke farger. Alle synger. Det runger ut over slettelandet. De synger så det gror nedover ryggen. Å miste et familiemedlem har de alle opplevd mange ganger: et barn som dør av malaria eller meslinginfeksjon, en far som

har falt i krigen, en sønn som er tatt av hæren, en datter som er voldtatt. Denne sangen. Denne smerten.

Noe ender godt

Jeg må tilbake til sykehuset og ser en mann komme bærende med en kvinne. Hun hadde født hjemme, slik som nesten alle angolanske kvinner. Fødselen gikk fint og barnet var en velskapt jente. Nå er kvinnen dårlig. Julieta er 25 år og har akutt lungeødem. Mannen setter henne på undersøkelsesbenken. Hun har dette desperate blikket pasienter med sterke pusteproblemer ofte har. Det diastoliske blodtrykket er skyhøyt. Hun er elendig. Hvorfor har hun fått så høyt blodtrykk etter en fødsel? Kan det likevel være preeklampsi? Hun har ikke feber, men er det malaria hun har? Gravide og nybakte mødre er mer utsatt for den alvorlige malariaformen, hvor lungeødem kan være én av konsekvensene, og i meget sjeldne tilfeller kan det være malaria uten feber, har jeg hørt.

Jeg gir furosemid og starter med hydralazin og metyldopa. Betablokker har jeg ikke. Jeg gir i tillegg kinin intravenøst – for sikkerhets skyld. Utover natten må dosene av hydralazin økes ytterligere. Julieta har takykardi og er tungpustet i flere dager, og blodtrykket er fortsatt for høyt. Etter noen dager får hun smerter

i brystet ved innpusting og atrieflimmer. Jeg starter med digitoksin. Har hun fått lungeemboli i tillegg? Hvorfor har hun atrieflimmer? Vil digitoksin gi elektrolyttforstyrrelser og dermed kunne gi en mer alvorlig arytmi? Hva er blodsukkeret? Har hun svangerskapsdiabetes og av den grunn hypertensjon? Jeg kan verken måle elektrolytter eller blodsukker. Insulin har jeg ikke. Julieta er så tapper. Jeg søker trøst i mine medisinske oppslagsverk. Det er ingen andre å konsultere.

Etter uker med «intensivbehandling» kan Julieta og hennes nyfødte datter reise hjem. De er begge i strålende form. Familien med mann og fem barn kjenner jeg etter hvert godt. De er så takknemlige. De pakker sine få eiendeler og starter vandringen hjem til stråhuset sitt, halvannen dagsmarsj unna.

Det er sen ettermiddag. Solen har akkurat forsvunnet bak horisonten. En mor kommer løpende med barnet sitt i armene. Barnet har generaliserte kramper og høy feber: Falciparum-malaria. Eduardo kjøles raskt ned med kalde omslag, får paracetamol, stesolid, malariabehandling og profylaktisk antibiotika. Han er i koma i fem dager. Ingen kontakt overhodet. I mine tropemedisinske bøker står det at det er opptil 40 % mortalitet hos barn med cerebral malaria. Moren er så tapper. Hun stoler på oss og på medisinen vi gir. Plut-

selig en dag gløtter Eduardo på meg med de store brune øynene sine. Han er blek og anemisk, men skriker når han ser den enda blekere doktoren. Han blir helt frisk. Eduardo løper mellom beina mine knappe to uker etter han kom inn og roper om kapp med de andre barna «Amiga, Amiga»!

Mine sju måneder i Angola er over. Det har vært voldsomme opplevelser på godt og vondt. Mange ganger lyktes vi ikke, og det var tungt. Men vi reddet nok langt flere. Som lege har jeg hatt mulighet til å behandle og redde mennesker som ville vært døde uten vår hjelp. Jeg har fått innblikk i en kultur jeg tidligere ikke ante noe om. Å jobbe innenfor den humanitære verden med FN, det internasjonale Røde Kors, andre bistandsorganisasjoner og landets myndigheter er ikke alltid er så enkelt. Det vil alltid være kryssende politiske, militære og økonomiske interesser. Da er det viktig at alle har oppmerksomheten rettet mot det medisinske hjelpearbeidet og menneskers rett til humanitær hjelp. Klarer man det, kan svært mange hjelpes med enkle midler og ressurser.

Siri Foss

siri@foss.as
Oslo Legevakt