

Omveltninger for en bedre helsetjeneste

Svangerskap øker HIV-risiko i Uganda

Flere studier har vist økt risiko for HIV-infeksjon under svangerskap, men det har vært uklart om dette skyldes seksualatferd eller biologiske forhold.

En studie i Uganda som nylig er publisert i *The Lancet*, viste en dobbelt så høy insidens av HIV-infeksjon hos svangre kvinner sammenliknet med kvinner som ammet og kvinner som verken var gravide eller ammet (1). De gravide og deres mannlige partnere rapporterte om signifikant færre andre seksualpartnere enn det de øvrige gruppene gjorde. Forskjellen i HIV-insidens kan dermed ikke skyldes forskjeller i seksualatferd, mener forfatterne. Mer sannsynlig er det at hormonelle forandringer under svangerskapet påvirker kvinnens immunrespons og genitale slimhinner.

Seksuell aktivitet under graviditet er en viktig og ofte undervurdert faktor for HIV-infeksjon blant gravide, påpekes det i en kommentarartikkel i samme nummer (2), og gravide kvinner må få råd og veiledning om hvordan forbli HIV-negative. Mange steder blir rådgivning etter HIV-testing bare gitt til dem med positivt resultat. Det er viktig at gravide med negativt testresultat, får veiledning om hvordan de kan beskytte seg mot å bli smittet.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Gray RH, Li X, Kigozi G et al. Increased risk of incident HIV during pregnancy in Rakai, Uganda: a prospective study. *Lancet* 2005; 366: 1182–8.
2. McIntyre JM. Sex, pregnancy, hormones, and HIV. *Lancet* 2005; 366: 1141–2.

14 år er gått siden oppløsningen av Sovjetunionen, og Usbekistan befinner seg i en tid med store omveltninger. Allmennhelsetjenesten når ut til større deler av befolkningen og vil kunne gi bedre tjenester, samtidig som utsiktene til en bedre sosial og økonomisk fremtid er lysere.

I 1978 vedtok Verdens helseorganisasjon (WHO) Alma Ata-deklarasjonen, der det heter at et mål for ethvert samfunn innen år 2000 bør være å tilby tilstrekkelige helsetjenester for å gi befolkningen en sosialt sikker og økonomisk produktiv fremtid. Målet var «helse for alle», og nøkkelen til å oppnå målet var allmennhelsetjenesten. I 1998, tre år før fastlegeordningen ble innført i Norge, tok man i Usbekistan fatt på en grunnleggende og omfattende helsereform. Målet var å innføre en allmennhelsetjeneste. 26 år etter Alma Ata-deklarasjonen ble vedtatt (i nabolandet Kasakhstan) stiller vi spørsmålet om hvordan det har gått med målsettingen om «helse for alle». I hvilken grad eksisterer det en allmennhelsetjeneste i Usbekistan?

Økonomisk utvikling og helsevesenet

Frigjøringen i 1991 betydde slutten på den russiske dominansen på alle samfunnsnivåer siden begynnelsen av 1900-tallet, men landet stod igjen med et helsesystem preget av det gamle sovjetstyret. Ordningen med allmennpraktikere slik vi kjenner den i Norge, eksisterte knapt. Organiseringen av helsetjenester var bygd opp omkring spesialister i inntil seks nivåer, med spesialister også i førstelinjetjenesten. Et besøk hos lege medførte ofte henvisning videre oppover i systemet. Dette var både tid- og kostnadskrevende, og med bortfall av subsidier fra Moskva, viste regnskapene røde tall.

Som svar på skyhøye utgifter og en stadig dårligere helsetilstand i befolkningen, så helsemyndighetene nødvendigheten av reformer. Det kanskje viktigste satsingsområdet ble introduksjon av allmennleger i førstelinjetjenesten. Målet var å redusere antall pasienter i sekundærhelsetjenesten.

Primærhelser reformen

Vi er på besøk i en landsby i Fergana-dalen. På klinikken sitter flere mødre med hostende barn på fanget. De er kledd i de tradi-



sjonelle røde kjolene og smiler mot oss med rader av gulltenner. En mor forteller at barnet har vært slapt og fått i seg lite mat og drikke de siste dagene. Nå var det på tide å oppsøke lege til tross for at det er bomullsinnhøsting, og at de fleste mødrene trengs til arbeid ute på markene. Etter at store deler av landets bomullsavling gikk tapt for et par år siden, har presidenten gitt ordre om at de fleste arbeidsføre, uansett yrke, skal delta i innhøstingen. «Vi har mer tro på de nye doktorene nå enn før,» sier en av mødrene. «Vi har lært at det ikke er nødvendig å dra helt inn til sykehuset når vi trenger lege. Det gjør alt veldig mye lettere.»

Allmennhelsetjenesten skal sikre den helsemessige fremtiden på landsbygda i Usbekistan. Det første store steget ble tatt i 1998 da man i tre pilotområder startet omskoleringsprosjekter av spesialister til allmennleger. I samarbeid med den amerikanske hjelpeorganisasjonen USAID, Verdensbanken og WHO ble spesialister gitt spesifikk opplæring innen emner man anså som særlig viktige innen allmennhelsetjeneste, for eksempel øvre luftveisinfeksjoner og diaré hos barn. Heller enn å praktisere og forbli spesialister på sykehus og poliklinikker ble legene tilsatt ved nyetablerte førstelinjeklinikker. Fra å ha et helsevesen bestående av seks henvisningsnivåer kunne pasientene nå forholde seg til bare tre. Samtidig håpet man å kunne gi et mer tilgjengelig helsetilbud for befolkningen, både

geografisk og personlig, i form av kontakt med en og samme lege over tid.

En kjernekomponent i omskoleringen var et opplæringsprogram utviklet av WHO kalt integrert omsorg ved sykdom i barnealder (integrated management of childhood illnesses; IMCI) (1). Dette programmet tar for seg symptombasert vurdering, behandling og eventuell henvisning av syke barn. Ved bruk av disse retningslinjene kan hver enkelt lege vurdere systematisk hvorvidt et barn behøver umiddelbar henvisning til sykehus, hvilke medisiner det bør få eller om barnet kan tas hånd om hjemme. I tillegg har reformen målsettinger om at hver førstelinjeklinikk skal være utstyrt med visse standardmedikamenter, samt en del klinisk og laboratoriemessig utstyr.

Resultater av reformen

Vårt mål var et av pilotområdene i Fergana-dalen, byen Yazyavan, ikke så langt fra grensen til Kirgisistan. Vi hadde mange planer for hva vi ønsket å se nærmere på. Hvilke effekter hadde primærhelserformen hatt for Yazyavan? Var antall henvisninger gått ned? Hva var årsakene til at primærlengene henviste videre? Men det ikke alltid like lett å gjennomføre planer i et land som Usbekistan. Vi kunne like gjerne skrevet en hovedoppgave om hvordan komme seg frem i sentralasiatisk byråkrati. Ganske beskrivende er det at en tilfeldig avsløring om vennskap mellom tolken vår og sønnen til den lokale helseministeren skulle bli vårt sterkeste kort.

Tradisjonelt førte 30 % av førstegangs-konsultasjoner til henvisning videre til neste nivå i det gamle hierarkiet. Det er ennå for tidlig å fastslå om antallet av slike henvisninger har gått ned, men mye kan tyde på at dette er tilfellet. I det materialet vi samlet inn, ble åtte av 112 barn under fem år som kom til undersøkelse i primærhelsetjenesten, henvist videre. En antakelse om reduksjon i antall henvisninger underbygges videre av færre innleggelser i sykehus. Ved lokalsykehuset i Yazyavan gikk antall innleggelser av barn under fem år ned fra 1 469 i 2000 til 955 i 2004.

Når det gjaldt medisinsk og kirurgisk utstyr, hadde alle de fem førstelinjeklinikkene vi besøkte mottatt økonomisk støtte fra USAID, men det er usikkert om dette var representativt for hele landet. Det var jevnt over god tilgang på medikamenter til behandling av tilstandene som er nevnt i opplæringsprogrammet IMCI og i rimelig grad adekvat tilgang på basalt klinisk utstyr. Manglene gjaldt først og fremst muligheter for å måle CRP, blodsukker- og hemoglobinnivå. Mikrobiologiske transportmedier var ikke tilgjengelig ved alle klinikkene.

I Usbekistan har det inntil nå ikke vært mulig å spesialisere seg i allmennmedisin. Når det gjelder barnemedisin, er således størsteparten av den klinisk-diagnostiske treningen for de omskolerte spesialistene



En av forfatterne med de ansatte ved en førstelinjeklinikk i Fergana-dalen. Til høyre står Jahongir Karimov, medisinstudent fra Tsjkent, som var tolk og problemløser. Kvinnen i svart var pediater og representant for de lokale helsemyndighetene. Foto J.H. Vasbø

blitt formidlet via et 11 dagers IMCI-kurs. Allmennpraktikerne vi intervjuet mente at deres eget kunnskapsnivå var adekvat, men at de fremdeles manglet klinisk trening. Samtlige så behovet for innføring av primærhelsetjeneste, og de var av den oppfatning at IMCI-programmet bidro positivt.

God helse – god politikk?

Hun har den klassiske legehaten, i våre øyne til forveksling lik en kokkelue, godt ned over ørene og trekker hvitfrakken tettere om seg. Det er kaldt i allmennpraktikerens undersøkelsesrom. Rommet er nylig blitt flislagt, og langs den ene veggen står en splitter ny laboratoriebank, sammen med den gamle undersøkelsesbenken. Stolt forklarer hun hvordan de alle gleder seg til å ta i bruk av det nye utstyret. De er dessuten lovet enda mer utstyr. «Fremtiden ser lysere ut nå. Vi takker presidenten for dette.» sier hun med et smil og kaster et hurtig blikk bort på representanten fra helsemyndighetene som følger oss. Vi smiler og nikker tilbake. Det gir en merkelig følelse å se alt dette nye utstyret, stuet inn på et rom med knirkende tregulv, murruss som skaller av og sprukket vindusglass.

I likhet med Kirgisistan og resten av de sentralasiatiske republikkene lider Usbekistan under et korrumpert regime og en president med tilnærmet totalitær makt. Politisk opposisjon eksisterer på papiret, men i realiteten har den eneste synlige opposisjonen kommet til uttrykk gjennom islamistisk inspirert terrorisme. Helt frem til i dag har Fergana-dalen vært utgangspunkt for lokale opprør og terroraksjoner over hele landet.

President Karimov og USA har over lengre tid vært gjensidig vennlig innstilt overfor hverandre. Dette har medført økonomisk støtte via USAID til blant annet helseprosjekter, og resulterte i at ameri-

kanske militærbaser er blitt etablert på usbekisk jord. Det er neppe tvil om at økonomisk hjelp til helsereformer er et gode for befolkningen. På den annen side vil støtten fra USAID kunne tjene andre formål, som å gi presidenten og regimet økt legitimitet. Med presidentens styreform tatt i betraktning kan man stille seg spørsmålet om helsepolitikken også er et politisk middel i kontrollen av opposisjonelle krefter utenfor hovedstaden.

Utbygging av primærhelsetjenesten står sentralt i helsereformene i de tidligere sovjetrepublikkene, inkludert Usbekistan. Ved å styrke pasientenes forhold til en enkelt allmennlege er forhåpningene at legen vil kunne løse de fleste medisinske problemer pasienten måtte ha uten å henvise pasienten videre til en spesialist. Sett fra et samfunnsmedisinsk synspunkt er målet å skape et helsesystem som sikrer mer helse for en større del av befolkningen.

Her ligger det utfordringer for politikerne. Den viktigste forutsetningen for å få til bedre helsetjenester er politisk vilje. Det hjelper lite med spredte og begrensede prosjekter i regi av USAID og WHO. En godt utbygd allmennhelsetjeneste må være en nasjonal målsetting. Helse for alle handler om å skape en fremtid.

Marte Irene Skille Carlsen

martere@stud.ntnu.no

Jon Helge Vasbø

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7489 Trondheim

Manuskriptet ble godkjent 22.8. 2005.

Litteratur

- WHO. Child and adolescent health. Genève: WHO, 2005. (www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm (29.6.2005).)