

Før flodbølgen – tamilenes helsetjeneste

AIDS snart utryddet blant spedbarn i USA

For bare ti år siden døde hundrevis av barn i USA av AIDS. I 1990 var flere enn 2 000 nyfødte HIV-infisert, mens antallet nå er redusert til rundt 200 per år, ifølge New York Times (1). I New York City ble det i 1990 født 321 barn med HIV-infeksjon, i 2003 bare fem. På landsbasis er nå mor-til-barn-smitte blitt så sjeldent at man snakker om at AIDS kan utryddes blant barn.

Denne utviklingen skyldes både bedre medikamenter, bedre informasjon og testing og bedre samarbeid mellom lokale og føderale helsemyndigheter. Tilgangen på antiretroviral behandling og tiltak for å motivere vordende mødre til å la seg HIV-teste tidlig i svangerskapet har vært særlig viktig. Antiretroviral behandling til gravide kvinner er mest effektiv i forhold til barnet når den gis i annet trimester og under selve fødselen.

Da overvåkingsprogrammet for AIDS blant nyfødte i New York ble startet rundt 1988, ble testingen foretatt anonymt, og mødrene fikk først vite at barnet var HIV-infisert når det etter hvert fikk alvorlige, ofte fatale symptomer. Det ble heller ikke foretatt noen form for smitteoppsporing. Først i 1998 ble sykehusene i delstaten New York pålagt ved lov å HIV-teste alle nyfødte og å informere om resultatet så snart det forelå. Dette gav mulighet til å behandle både mor og barn og til å sette i verk forebyggende tiltak for å hindre videre smitte. Men amerikanske lover setter fortsatt begrensninger i legenes muligheter for å følge forløpet av HIV-infeksjon blant barn og mødre.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Santora M. US is close to eliminating AIDS in infants, officials say. New York Times 30.1.2005. www.nytimes.com (30.1.2005).

Tsunamikatastrofen annen juledag 2004 rammet Sri Lanka meget hardt. Det var nesten 40 000 omkomne, omtrent halvparten i kystområdene i øst og nordøst, der befolkningen i hovedsak er tamilsk og muslimsk. Jeg arbeidet som lege i dette området i tre måneder kort tid før katastrofen, og ble møtt med vennlighet, åpenhet og gjestfrihet. Infrastrukturen, inkludert helsevesenet, var preget av langvarig borgerkrig, men befolkningen viste stor vilje til innsats for å bedre forholdene.

Etter mer enn 20 års borgerkrig i det tamilske området nordøst på Sri Lanka ble det i februar 2002 inngått våpenhvile mellom regjeringen i Colombo og de tamilske tigrene (Liberation Tigers of Tamil Eelam, LTTE). Våpenhvilen ble inngått med tilrettelegging fra Norge og er, med unntak av mindre episoder, overholdt. Fredsforhandlingene har imidlertid stoppet opp. Det ser foreløpig ikke ut til at tsunami-katastrofen skal føre til gjenopptakelse av forhandlingene.

Den langvarige borgerkrigen har gjort helsesituasjonen for befolkningen meget vanskelig. Dette gjelder både i de tamilske områder som kontrolleres av geriljaen (Vanni-området) og i de tamilske områder som kontrolleres av den srilankiske regjeringen. Ved inngåelsen av våpenhvileavtalen var de fleste sykehus og helsestasjoner ute av funksjon på grunn av krigsødeleggelser og mangel på fagpersonell og forsyninger. Mangelfull infrastruktur (rent vann, elektrisitetsforsyning og kommunikasjon) var og er fortsatt en avgjørende faktor. Dette har blant annet ført til dobbelt så høy spedbarnsdødelighet og tre ganger så høy maternell dødelighet i de nordøstlige regioner som i Sri Lanka som helhet (1). Feilernæring er hyppig, spesielt hos barn under fem år og blant gravide (2). Tsunamikatastrofen har ytterligere forverret helseforholdene.

Inntrykk fra et arbeidsopphold

Jeg fikk høsten 2003 anledning til å besøke det LTTE-kontrollerte området og ble invitert tilbake for å arbeide der fra september til desember 2004. Det kliniske arbeidet foregikk dels ved to små sykehus i Kilinochchi, som er de tamilske tigrener administrative hovedsete, og ved et sykehus i Puthukudiyruppu, en mindre landsby. Dessuten arbeidet jeg ved åtte avsidesliggende helsestasjoner spredt over hele Vanni-området. I to uker underviste jeg også ved universitetssyke-

i Brev fra Sri Lanka



huset i Jaffna, som ligger i et område kontrollert av regjeringen.

Selv etter våpenhvilen for tre år siden har gjenoppbyggingen av helsetjenesten i de tamilske områder vært problematisk. Dette skyldes manglende samarbeid mellom regjeringen og tigrene og mangel på statlige ressurser. Centre for Health Care (CHC), som er en ikke-regjeringstilknyttet organisasjon (non-governmental organisation, NGO) opprettet av helsepersonell i og utenfor Sri Lanka, har bygd opp et nett av helsestasjoner og mindre sykehus i samarbeid med de tamilske tigrene. Disse kommer i tillegg til den statlig finansierte og organiserte helsetjenesten.

Helsesentrene

For å avhjelpe problemene innen primærhelsetjenesten er det bygd opp et system med enkle helsestasjoner, kalt Thileepan Primary Health Care Medical Centres. Dette har skjedd under ledelse av CHC-organisasjonen, med økonomisk støtte fra landflyktige tamiler. Sentrene har fått navn etter en medisinstudent som sultet seg til døde i politisk protest i Jaffna i 1987. Det er opprettet til sammen 12 slike sentre, som alle er i ordnær drift. Ni befinner seg

i områder kontrollert av LTTE-geriljaen, de tre andre er i Jaffna, Trincomalee og Batticaloa, som er kontrollert av regjeringen. Sentrene (unntatt ett) holder til i gamle bygninger som med små midler er forsøkt gjenoppbygd og tilpasset formålet. Hvert av dem dekker en befolkning på mellom 3 000 og 20 000 innbyggere, og senteret er oftest det eneste helsetilbud i området.

Bygningsmessig består de fleste sentrene av et ventareal for pasienter, ofte på en åpen veranda, 1–2 konsultasjonsrom, et rom eller et åpent areal for småkirurgi og sårbehandling, et lite medikament- og væskelager, en liten avdeling for sengeliggende pasienter med 2–6 senger (ikke alle sentrene har dette) og et lite kjøkken/ oppholdsrom. Toalett er vanligvis en separat utedo, og vannet kommer fra brønn. Videre er det et meget enkelt boligkvarter for lederen av senteret. Et solcellepanel sørger for elektrisitet, noe som innebærer strøm til et kjøleskap av minimal størrelse og noe belysning. Ett senter har et lite strømaggregat som tillater innlagt rennende vann, de øvrige har det ikke. Ved de fleste sentrene er det ambulansebil, men uten bære eller mulighet for oksygentilførsel.

Hvert senter ledes av en «rural medical practitioner» (paramedic) som, i tillegg til lang erfaring fra sanitetstjeneste under krigshandlinger, har seks måneders strukturert opplæring og senere noe etterutdanning. Vedkommende, vanligvis en ung kvinne, er tilgjengelig 24 timer i døgnet sju dager i uken som lokal «legevakt». Videre har hvert senter 4–6 frivillige hjelpere, oftest unge jenter fra landsbyene i nærheten. Fullt utdannet lege besøker sentrene i korte perioder når det er mulighet for det. Ved hvert senter er det 40–150 polikliniske konsultasjoner daglig, både akutt og kronisk sykdom. Det foretas sårbehandling med sutur, det gis intravenøs væskebehandling ved diarétilstander, intravenøs medikamentinfusjon og behandling av slangebitt. Det er også et mindre antall fødsler. I tillegg er det sykebesøk i hjemmene, helseopplæring og besøk i landsbyer i nærheten. Sentrene har et standardisert og begrenset utvalg av medikamenter, men i perioder er det forsyningsproblemer. Urinstiks og glukometer er som regel tilgjengelig, ved en del sentre også malaria-test, annet laboratorieutstyr finnes ikke. Ingen av sentrene har telefon eller annet kommunikasjonsutstyr. Behandlingen er gratis for pasientene, men de må betale noe for medikamenter og eventuelt også for laboratorieprøver. I tillegg til disse sentrene er det opprettet mobile primærhelsetjenesteheter som besøker landsbyer uten helsetilbud. Disse enhetene driver både kurativ virksomhet, helseopplysning og forebyggende tiltak.

Sykdomspanoramaet

Jeg fikk anledning til å arbeide ved åtte av de 12 sentrene. I tillegg til pasientkonsultasjoner, vanligvis 30–50 i løpet av en



Trappeoppgang med åpne heissjakter i medisinsk avdeling ved universitetssykehuset i Jaffna. Korridorpasienter på sivmatten. Foto Per Fauchald

arbeidsdag, forsøkte jeg å gi veiledning i behandling av blant annet hypertensjon, diabetes og urinveisinfeksjoner. De akutte helseproblemene bestod først og fremst av skader, slangebitt og infeksjoner, særlig luftveisinfeksjon og gastroenteritt, men også urinveisinfeksjon. Malaria og tyfoidefeber forekommer, men var ikke svært hyppig i den perioden jeg var der. Det samme gjaldt dysenteri og hepatitt. Denguefeber er sjeldent, det samme gjelder HIV-infeksjon. Tuberkulose forekommer relativt hyppig. Innvollsorm av forskjellig type er meget hyppig, spesielt hos barn.

Av kroniske sykdommer er type 2-diabetes svært hyppig, selv om det er lite overvekt og fedme. God diabeteskontroll er meget vanskelig å oppnå, for pasientene har ikke råd til å skaffe seg utstyr til blodsuktermåling, og sentrene har bare dette i begrenset omfang. Muligheter for måling av Hb A_{1c} finnes ikke. Perorale antidiabetika som metformin og glibenklamid er tilgjengelig, men å instituere og kontrollere insulinbehandling er dyrt og vanskelig – det er problemer med blodsuktermåling og ingen av pasientene har tilgang på kjøleskap. Hypertensjon er også hyppig, men prevalenstall er ukjent. Kostholdet inneholder vanligvis mye salt, anslagsvis ca. 15 g per dag. Antihypertensiver er tilgjengelig. Hydroklortiazid, nifedipin og alfametyldopa er mest brukt, men ACE-hemmer kan også skaffes. Problemet er også her pasientetterlevelse. Behandlingen avsluttes ofte når første forsyning av medikamentet er oppbrukt. Økonomiske problemer er ofte årsak til manglende oppfølging og behandling. Astma er hyppig både hos barn og voksne, og beta-2-agonister og glukokortikoider til inhalasjon er vanskelig tilgjengelig. Dette fører til et visst overforbruk av peroral behandling med slike medikamenter. Feilernæring, spesielt i form av proteinunderernæring, er fortsatt et problem, og organisasjonen Tamil Rehabilitation Organisation driver flere dagsentre hvor barn i førskolealder får mat.

Krigsskader med paraplegi, amputa-

sjoner etc. er et stort problem. Tamil Rehabilitation Organisation organiserer behandlingshjem og proteseverksteder, men dårlig økonomi og lite personell begrenser muligheten for optimal behandling. Det er mange minefelter i områdene, og landmineskader forekommer fortsatt.

Etter over 20 år med krigshandlinger, mange flyktninger og store økonomiske problemer er det mye psykosomatiske lidelser, angst og depresjon. Pasientene kommer ofte med muskel- og skjelettsmerter eller uklare abdominalsmerter.

Personalet ved helsesentrene har en enorm arbeids- og vaktbyrde, og den ansvarlige har et stort ansvar. De har gode rutiner og lang erfaring i sårbehandling og akutte skader. Jeg ble også imponert over deres medisinske skjønn på flere områder. Med stor arbeidsmengde og meget begrenset mulighet for diagnostiske undersøkelser er det som forventet et visst overforbruk av antibiotika ved infeksjoner. Med kun én «paramedic» på hvert senter blir det svært begrenset tid til og mulighet for helseforebyggende virksomhet. Vaksinasjonsprogrammene blir stort sett tatt hånd om av det regjeringsorganiserte helsevesen.

Spesialisthelsetjenesten

I det LTTE-kontrollerte området med ca. 400 000 innbyggere er det to mindre sykehus i Kilinochchi, ett drevet av regjeringen og ett av de tamilske tigre. Og så er det et sykehus drevet av tigre i Puthukudiyiruppu. Disse tre sykehusene har mindre sengeavdelinger for kvinner, menn og barn, men ingen spesialavdelinger. Alle har en enkel operasjonsstue for mindre inngrep og skadebehandling, men røntgenapparat og laboratorium for enkle klinisk-kjemiske analyser finnes bare ved to av dem. Sykehuset som drives av regjeringen, er nybygd og finansiert av japanske midler og har en fisesengs intensivavdeling.

Jeg arbeidet omtrent to uker ved hvert sykehus, vesentlig med polikliniske pasienter. Når det gjaldt medisinske forhold, var det godt samarbeid mellom sykehusene, og

legene arbeidet delvis etter behov ved alle. Spesialistservice innen gynekologi, øre-nese-hals-sykdommer, øyesykdommer, pediatri, tannlegetjenester og indremedisinske og kirurgiske spesialiteter er avhengig av kortere eller lengre besøk av vesentlig tamilske leger på arbeidsbesøk fra utlandet eller fra Jaffna. Pasienter med akutt sykdom som krever større kirurgiske inngrep eller spesialistbehandling av annen art, må overføres til sykehus i Jaffna eller Vavuniya, noe som innebærer grensepassering.

Sykehusetjenesten er preget av manglende muligheter for spesialundersøkelse og behandling. Dette skyldes både mangel på spesialister, utstyr og økonomiske ressurser og de bygningmessige forutsetninger. Både pleiepersonalet og legene har en uakseptabel arbeidsbyrde.

Universitetssykehuset i Jaffna

Universitetssykehuset holder til i nedslitte og relativt gamle lokaler. Det har ca. 1 000 senger, men gjennomsnittsbelegget er omtrent 1 600, så korridorpasienter finner man overalt. De ligger stort sett på sivmatter. Totalt er det ca. 135 leger fordelt på avdelinger for kirurgi, ortopedi, indremedisin, gynekologi og obstetikk, pediatri, øyesykdommer og øre-nese-hals-sykdommer. Det er mangel på spesialister. Da jeg var der, tjenestegjorde tre kirurger, én ortoped, to øyeleger, to øre-nese-hals-leger, én barnelege, to gynekologer, én hudlege, én radiolog og én kjevekirurg. Medisinsk avdeling hadde 300 senger, fordelt på fire poster à 75 senger i åpent og tett sengelandskap. Det var fire spesialister, én på hver post, og hver av postene hadde i tillegg to assistentleger (senior medical officers) og fire turnusleger (interns). I tillegg til sengeavdelingene drev legene en svær felles medisinsk poliklinikk.

Sykehuset har tre operasjonsstuer og tre skiftestuer med en liten oppvåkingsavdeling, en felles intensivavdeling med åtte senger og en akuttavdeling med fire. I radiologisk avdeling fantes en CT-maskin (spiral-CT) og et ultralydapparat. Medisinsk avdeling har gastroskop, koloskop, ekkokardiograf (men ingen kardiolog), spirometri, EEG (men ingen nevrolog) og en liten hemodialyseavdeling med to fungerende apparater. Dialyseavdelingen hadde vært i drift fra juli 2003, men inntil medio november 2004 var det bare utført 180 dialyser, i alt vesentlig ved akutt nyresvikt. Pasienter med kronisk nyresvikt fikk bare behandling dersom de kunne betale for engangsutstyret, noe som beløper seg til ca. 3 500 rupi (om lag 200 kroner) per behandling. Det betyr i praksis at nesten ingen med kronisk nyresvikt får slik behandling. Peritoneal dialyse ble også bare utført ved akutt nyresvikt. Jeg fikk under oppholdet henvist en del pasienter til vurdering for kronisk nyresvikt, og de var godt orientert om mulighetene for dialyse og transplantasjon. Det var derfor ikke lett å skulle informere om

at dette ikke var et aktuelt tilbud. Behandling med erythropoietin var det av økonomiske årsaker heller ingen mulighet for.

Et par kilometer fra universitetssykehuset lå en stor bygning for prekliniske institutter, med vanlig oppdeling. Det utdannes ca. 100 leger per år i Jaffna. All undervisning foregår på engelsk. De studentene jeg foreleste for, var i siste del av studiet. De var meget godt motivert og virket kunnskapsrike. Universitetssykehuset lider under en årelang flukt av spesialister (som del av den generelle flyktningstrømmen fra Jaffna) og at bygningene og utstyret er preget av år med krig og mangelfull ressurstilgang i våpenhvileperioden.

Avsluttende kommentarer

Det er helt nødvendig at det finnes en fungerende primærhelsetjeneste ut fra lokale forutsetninger. En oppgradering av de eksisterende Thileepan Primary Care Medical Centres og utbygging av nye sentre for å dekke hele befolkningen må være en prioritert oppgave, ikke minst etter tsunami-katastrofen. Et slikt system er tilpasset de lokale forhold både funksjonelt og administrativt. Med en personellmessig opprustning vil sentrene også kunne gi bedre tilbud innen forebyggende medisin. Når det gjelder spesialisthelsetjenesten, er det

nødvendig med utbygging av sykehus med poliklinikker ut fra behovsanalyser og en samlet plan.

Et kort tremåneders arbeidsopphold gir selvsagt ikke grunnlag for å gi et fullstendig bilde av helseforholdene i det tamilske området på Sri Lanka. Jeg ble møtt med stor vennlighet, åpenhet og gjestfrihet. Problemene i norsk helsevesen kan etter dette synes som bagateller. Det var stor innsatsvilje blant tamilene for å bedre forholdene. En forutsetning for at dette skal kunne skje, er fortsatt våpenhvile og at fredsforhandlingene kommer i gang igjen. Det haster med å få en avklaring av det administrative ansvaret i de tamilske områdene for å få til en målrettet utbygging av helseinstitusjoner.

Per Fauchald

p.fauchald@c2i.net
Nyreseksjonen
Rikshospitalet
0027 Oslo

Litteratur

1. Health system assessment in north and east of Sri Lanka. Colombo, Sri Lanka: World Health Organization, 2002.
2. United Nations World Food Program. Colombo, Sri Lanka: United Nations World Food Program, 2004.