

Ulikheter ved fødselshjelp i Bangladesh

Overgang fra hjemmefødsler til institusjonsfødsler i fattige land kan føre til større ulikheter i tilgangen til helse-tjenester. Dette viser en studie fra Bangladesh som nylig er publisert i *The Lancet* (1).

Studien er basert på data innsamlet i Matlab, et fattig utkantområde sørst for hovedstaden Dhaka. Befolkningen er i hovedsak muslimsk, og de fleste kvinner har ikke anledning til å reise alene til svangerskapskontroll utenfor hjemmet. I 1987 ble det satt i gang en kampanje for å bedre svangerskapsomsorgen i området, og i 1996 ble det etablert flere fødestuer. Dette førte til færre hjemmefødsler enn tidligere. Frem til 2001 var utdannet jordmor til stede under fødselen langt oftere blant fødende fra den mest velstående del av befolkningen enn blant fødende fra de aller fattigste. Dette gjaldt både ved hjemmefødsler og ved fødsler på en fødestue. Forskjellen var særlig stor etter at fødsler ved fødestue ble mer vanlig.

Det er velkjent at ulikheter i tilgang til helsetjenester er knyttet til sosioøkonomisk status. Forfatterne av denne studien konkluderer med at overgang fra hjemmefødsler til fødsler ved fødestuer er mulig, men at det kan føre til større forskjeller. De etterlyser flere studier om bruk av utdannede jordmødre for hjemmefødsler i fattige land.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Chowdhury ME, Ronsman C, Killewo J et al. Equity in use of home-based or facility-based skilled obstetric care in rural Bangladesh: an observational study. *Lancet* 2006; 367: 327–32.

De fattige taper kampen mot tuberkulose

Årlig rammes ca. åtte millioner mennesker av tuberkulose, de aller fleste i den fattige delen av verden. Behandlingen er langvarig og ressurskrevende. Tuberkulose er en stor byrde for familie og helsevesen i fattige samfunn, og utbredelsen av sykdommen fortsetter å stige. Vi trenger nye hjelpemidler i kampen mot tuberkulose, bedre diagnostikk og bedre og mer kortvarig behandling.

Jeg sitter på poliklinikken på sykehuset i en flyktingleir utenfor Dadaab i Kenya, på grensen mot Somalia. Her har 130 000 somaliske flyktninger holdt til i et karrig ørkenlandskap i 12–13 år, under elendige boforhold. En mann rundt 30 år kommer for fjerde gang. Han har hatt langvarig hoste og vekttap. Han er ikke blitt bedre av to antibiotikakurer og klager stadig over slapphet og feber. Ved undersøkelse viser det seg at han har forstørrede lymfeknuter på halsen. Han er mager og ser allment dårlig ut. Ved mikroskopi for syrefaste staver (tuberkelbasiller) i tre serier av tre sputumprøver er resultatet negativt. Har mannen tuberkulose? Skal jeg gjøre noen videre diagnostikk? Skal – skal ikke starte behandling? Det er spørsmålene jeg står overfor. Pasienten er en typisk pasient blant mange, mange andre.

Vanskelig diagnostikk

I de fleste utviklingsland i dag stilles tuberkulosediagnosen på grunnlag av mikroskopi av sputum, en metode som ble introdusert av Robert Koch i 1882 (1). Prøven tas under observasjon om morgenen, før pasienten spiser, for å være mest mulig sikker på at oppspytting kommer fra lungene. Påvisning av en syrefast bakterie i en slik prøve regnes for diagnostisk for tuberkulose. Det gjøres tre serier av tre prøver før man sier at pasienten er sputumnegativ, slik som hos denne mannen (2).

Min erfaring i Dadaab er at et røntgen thorax kan bringe meg videre i diagnostikken, men ikke så veldig ofte. I noen sjeldne tilfeller kan røntgen thorax vise typiske runde lesjoner ved ostet nekrose. Oftest vil man se hilære lymfeknuter, atelektaser og diffuse fortetninger som ikke gir noen differensialdiagnostisk gevinst i forhold til andre pneumonier.

I Dadaab er det seks timers busstur på dårlige veier til nærmeste distriktssykehus med røntgenapparat. Jeg er i tvil om jeg skal sende denne allment dårlige mannen på

en lang og strabasjos tur i rundt 40° varme, når den diagnostiske verdien av en slik undersøkelse sannsynligvis er liten. Alternativet er å avgjøre diagnosen på bakgrunn av kliniske symptomer og tegn alene. Andre diagnostiske hjelpemidler har jeg ikke. Dyrking av ekspektorat, serologiske prøver eller noen form for PCR er ikke tilgjengelig. Mannen har mange typiske symptomer på tuberkulose, så sannsynligheten er stor for at dette er riktig diagnose. På den annen side er symptomene uspesifikke og kan forveksles med tegn på en rekke andre infeksjonssykdommer som også er utbredt området. Det aktuelle behandlingsopplegget skal gå over seks måneders varighet og kan hos noen kan gi store bivirkninger (3).



Forstørrede lymfeknuter, nytilkommet deformitet i ryggen og underernæring. Ingen bedring etter fire uker med adekvat ernæring, antibiotika og antimalariamedisiner. Nok til å stille diagnosen tuberkulose hos barn, som her i Angola. Foto Øyunn Holen

Slike dilemmaer står jeg daglig oppe i i Dadaab. Omtrent halvparten av tuberkulosepasientene – av de totalt 224 som er under behandling på dette tidspunktet – er sputumnegative. Beregninger har vist at i en situasjon uten resistens og ingen HIV-pasienter, vil om lag en tredel av pasientene være sputumnegative. Med HIV-epidemien har andelen sputumnegative pasienter økt kraftig i de aller fleste land (1). Tenk om det kunne finnes en enkel og hurtig serologitest basert på en prøve fra et lite stikk i fingeren! Det er min lille drøm, der jeg sitter og har konsultasjoner i den svalende brisen utenfor poliklinikken.

Risiko for sykdomsutvikling

Bare en liten del av dem som er smittet med tuberkulose, utvikler aktiv sykdom. Om lag åtte millioner mennesker i verden blir syke av tuberkulose hvert år, de fleste med lungetuberkulose. Hvert år dør ca. tre millioner mennesker av sykdommen. 95 % av alle med tuberkulose bor i den tredje verden, og tre firedeler av disse er mellom 15 og 50 år, dvs. i produktiv alder. Dette påvirker den økonomiske utviklingen i hele samfunnet (4).

De viktigste risikofaktorene for å utvikle sykdom er underernæring, trangboddhet og annen infeksjon, slik som malaria, innvollsormer, meslinger og kikhoste, i tillegg til røyking og alkoholbruk. HIV-infeksjon og annen immunsuppresjon gir en svært økt risiko for utvikling av tuberkulose (4). Levestandarden og boforholdene er generelt dårlige i flyktningleirene i Dadaab, og de fleste av dem er avhengige av jevnlig matdistribusjon. Til tross for at Leger Uten Grenser har drevet tuberkulosebehandling i leirene i 12–13 år, med aktiv oppsporing, grundig oppfølging av den enkelte pasient, kontroll av familiemedlemmer og generell folkeopplysning, har ikke forekomsten av tuberkulose i området gått ned i løpet av disse årene. Bekjempelse av fattigdom generelt har vist seg å være et sterkt virkemiddel i kampen mot tuberkulose. Tuberkulose forsvant nesten helt fra den industrialiserte verden i 1950-årene, hovedsakelig pga. økt levestandard (1).

Jeg velger å starte behandling hos denne pasienten uten videre diagnostikk. Ved neste konsultasjon to uker senere er han heldigvis betydelig bedre, noe som forsterker mistanken om at jeg har funnet riktig diagnose og riktig behandling. Han vil dermed fortsette den halvt år lange behandlingen.

Hvordan diagnostisere barn med tuberkulose?

Jeg sitter med lille Rosalina på fem år på fanget. Hun er en av flere tusen internt fordrevne som har søkt tilflukt i den lille byen Camacupa i Angola. Hun har en nyoppstått deformitet i ryggen, er liten av vekst og underernært, ca. 70 % av normal vekt i for-



Viktige risikofaktor for utvikling av tuberkulose sykdom er underernæring, trangboddhet og dårlig hygienisk standard, som i denne flyktningleiren i Liberia. Foto Cathrine Arnesen

hold til høyde. Rosalina har ikke gått opp i vekt etter å ha fått god ernæring på ernæringssenter i fire uker, og hun har fortsatt ofte feber til tross for malariabehandling og flere antibiotikakurer. Nå oppdager jeg også en svært forstørret lymfeknute på halsen hennes. Til tross for at hun ikke hoster, mistenker jeg tuberkulose. Etter å ha sett på en skåringstabell for diagnostikk av tuberkulose hos barn (tab 1) (4), er jeg ganske sikker på at Rosalina har tuberkulose.

Her diagnostiseres barn ut fra kliniske kriterier alene. Røntgen thorax vil enda sjeldnere enn hos voksne gi noen konklusjon. Barn har oftere ekstrapulmonal tuberkulose enn voksne, og de er så å si alltid sputumnegative, også eldre barn, der man kan få pålitelige sputumprøver. Et alternativ er å gjøre ventrikkelaspirasjon og mikroskopere aspiratet. Dette er en ubehagelig undersøkelse for barna, og etter min praktiske erfaring er resultatet svært sjelden positivt. Bemerk at hoste ikke er inkludert i kriteriene for å stille diagnosen hos barn. Barn er heller ikke regnet som infeksjøs, de får infeksjonen fra voksne. Det er i hovedsak personer med aktiv sputumpositiv sykdom som sprer smitten til andre. (4).

Rosalina fikk aldri behandling for tuberkulose, og hun døde. I 2002 hadde hungersnød og store strømmer av interne flyktninger i Angola oppstått som følge av borgerkrigen i landet. Situasjonen var ustabil med store folkeforflytninger. Ingen visste hvor lenge flyktningene ville være i Camacupa. Dermed ble det ikke startet noe behandlingsprogram for tuberkulose på grunn av faren for resistensutvikling. Man

ville ikke starte noe tuberkuloseprogram i situasjoner hvor man ikke kunne garantere at et overveiende flertall av pasientene ville fullføre behandlingen. Dette var i tråd med WHO's retningslinjer fra 1995 (1). Leger Uten Grenser har siden gått bort fra denne linjen, og i Camacupa i dag gis det behandling til tuberkulosepasienter.

Oppfølging av lang behandling

Liberia 2004: John på sju år har nå vært på ernæringssenteret i hovedstaden Monrovia i fem uker. Han har fått tuberkulosebehandling, har nå normal vekt i forhold til høyde og sparker fotball med de andre guttene. Mor vil hjem til landsbyen og se til de andre barna og få plantet casawa for å ha noe å leve av til neste år. Men John må fortsette behandlingen i fem måneder til. Behandlingen er heldigvis gratis, men ifølge WHO's system for direkte observert behandling (directly observed treatment short-course, DOTS) skal medisinen deles ut og svelges under oppsyn av en helsearbeider (5). Det er ikke noe helsesenter i andsbyen til John.

DOTS-systemet ble lansert av WHO i 1994 og bygger på fem hovedprinsipper (5):

- Regjeringen i hvert enkelt land har ansvar for å opprettholde et nasjonalt tuberkuloseprogram.

- Diagnostikken skal baseres på sputummikroskopi blant symptomatiske pasienter.
- Standardiserte behandlingsopplegg på 6–8 måneder for i det minste sputumpositive pasienter og med direkte observert behandling (DOT), dvs. at en helsearbeider skal se pasienten svelge medisinen daglig.

Tabell 1 Skjema til hjelp i diagnostikk av tuberkulose hos barn. Modifisert etter Keith Edward (4)

	Poeng
<i>Sykdommens lengde (uker)</i>	
Mindre enn 2	0
2–4	1
Mer enn 4	3
<i>Ernæring (vekt / høyde) i forhold til normalen (%)</i>	
Over 80	0
60–80	1
Under 60	3
<i>Familieanamnese på tuberkulose</i>	
Ingen	0
Angitt av familien	1
Kjent sputumpositiv	3
<i>Andre tegn</i>	
Store uømme lymfeknuder	3
Uforklarlig feber som ikke responderer på antibiotika el. malaria-behandling	2
Underernæring som ikke responderer etter 4 ukers behandling	3
Nyoppstått deformitet av columna	4
Hevelse i ledd/skjelett eller kronisk osteomyelitt	3
Abdominal hevelse eller ascites	3
Personlighetsendring, kramper eller koma	3
Ved totalskåre ≥ 7 gis tuberkulosebehandling	
Ved totalskåre < 7 gis tuberkulosebehandling hvis røntgen thorax er karakteristisk for tuberkulose, eller barnet ikke responderer på to sjudagers antibiotikakurer med to forskjellige antibiotika	

Tabell 2 Førstelinjebehandling mot tuberkulose er basert på seks legemidler. Årstall i parentes angir året midlet ble introdusert (3)

Legemiddel	Virkningsmekanisme
Rifampicin (1970)	Baktericid
Isoniazid (1952)	Baktericid
Pyrazinamid (1954)	Baktericid
Streptomycin (injeksjon) (1946)	Baktericid
Etambutol	Bakteriostatisk
Tiacetazon	Bakteriostatisk

- En regelmessig, uavbrutt medisinfor- syning av alle tuberkulosemedisiner.
- Et standardisert registrerings- og rapporteringssystem som tillater evaluering av resultatene for både hver pasient og hele tuberkuloseprogrammet.

DOTS-systemet var basert på data som indikerte at om man diagnostiserte 70 % av de sputumpositive pasientene, dvs. de mest

infeksiøse pasientene, og klarte å kurere 85 % av disse, ville man klare å redusere insidensen av tuberkulose med 6 % per år og halvere tuberkulosebyrden i verden i løpet av ti år (5).

Problemer med DOTS-systemet

John får rifampicin, izoniacid og pyrazinamid, nå i den intensive fasen, de to første månedene – for voksne blir etambutol ofte lagt til. Deretter vil han få rifampicin og izoniacid i fire måneder i kontinuasjonsfasen. Dette er i tråd med WHO's retningslinjer for såkalt korttidsbehandling, som varer 6–8 måneder. De fleste medisinene som brukes i dag, er utviklet i 1940- og 50-årene (tab 2). Alle opplegg for korttidsbehandling inneholder rifampicin, som ble funnet i 1970, og som i dag utgjør «ryggraden» i tuberkulosebehandlingen. Siden den gang er det ikke utviklet noen nye tuberkulosemedisiner. I ideelle situasjoner, dvs. mulighet for eksakt diagnostikk, ingen HIV-infeksjon, ingen multi-resistent tuberkulose (definert som resistens mot både rifampicin og izoniacid) og 100 % etterlevelse (compliance) vil dette behandlingsopplegget gi 95 % helbredelsesrate (1).

Vi har sett en god del positive effekter av DOTS-systemet etter at det ble introdusert for over ti år siden. Systemet har gitt bedre verktøy for å organisere og evaluere tuberkuloseprogrammer. Lanseringen av systemet har gitt økt oppmerksomhet om tuberkulose, og en større andel av de nasjonale helsebudsjettene går nå til tuberkulosearbeid.

Likevel er DOTS-systemet ikke det endelige svaret for bekjempelse av tuberkulose. Insidensen går ikke ned slik som forventet. Tvert imot, insidensen øker med ca. 1 % per år. Et hovedproblem med tuberkulosebehandling er at den er kostbar og langvarig. Medisinene i seg selv er ikke så dyre, men det innebærer høy arbeidsbelastning for helsevesenet at en helsearbeider daglig må dele ut medisiner og påse at den tas av hver enkelt pasient. Det kreves også mye av pasientene, som må følge opp en så langvarig behandling, noe som kan gi lav etterlevelse. DOTS-systemet vil også være nærmest ugjennomførbart i områder med svært lav befolkningstetthet og i nomadiske befolkninger (1).

Mange pasienter får svært ubehagelige, og noen få alvorlige bivirkninger av behandlingen. HIV-positive pasienter har oftere, flere og mer alvorlige bivirkninger, og dagens tuberkulosebehandling har vist seg å være mindre effektiv hos HIV-positive pasienter. Tuberkulose hos HIV-positive personer er vanskeligere å diagnostisere, og helbredelsesraten for tuberkulose er lavere. I Afrika er den generelle helbredelsesraten 72 % (1).

Hva ble så løsningen for John, som bor i en liten landsby? Stikk i strid med WHO's

anbefalinger gav jeg mor medisin med hjem. Etter to måneder kom John tilbake sammen med storebror. Like frisk. Mor hadde samvittighetsfullt gitt ham medisin hver dag. Nå fikk han med seg medisin for de to siste månedene, og jeg regner med at det gikk bra.

Bedre diagnostikk og nye medisiner er nødvendig

Vi trenger helt nye hjelpemidler i kampen mot tuberkulose, bedre diagnostikk og bedre og mer kortvarig behandling. Det finnes noen tester på markedet: Serologiske tester og PCR-tester. Disse brukes i utstrakt grad i den industrialiserte verden. Bruken av disse testene krever avansert utstyr i profesjonelle laboratorier og er derfor ikke tilpasset forholdene i fattige land. WHO har beregnet at det vil koste 5–15 millioner amerikanske dollar å tilpasse noen av disse testene til bruk i den tredje verden. I forhold til hva som brukes til forskning i den farmasøytiske industrien, er dette ikke mye penger. Så langt har ingen farmasøytiske firmaer villet investere penger på dette området (1).

Det finnes noe forskning på utvikling av nye medikamenter, men langt fra nok. Noen eksisterende midler kan forbedres: fluorokinoloner, rifamyciner (andre enn rifampicin) og oxazolidioner. Disse har vist seg å ha antituberkuløs effekt og kan vise seg å kunne bli utviklet relativt raskt, men det kan hende de ikke vil være effektive mot multiresistent tuberkulose (MRTB). Alle disse midlene er under lisens, og de aktuelle firmaene har ikke vist vilje til å frigi dem for videre forskning. Helt nye medisiner trengs også, basert på helt andre stoffer. Det er langt frem, og vil ta minst 6–7 år å utvikle et nytt legemiddel om vi starter nå (1).

WHO-rapport om tuberkulose

Til tross for at DOTS-systemet ble startet for mer enn ti år siden, har insidensen av tuberkulose økt. WHO's årsrapport om tuberkulose for 2005 legger vekt på økt bruk av DOTS-behandling som det viktigste hjelpemidlet i kampen mot tuberkulose. Rapporten nevner mangel på trent personell som et av hovedproblemene for ytterligere implementering av slik behandling. Likevel er det påfallende at rapporten unnlater å kommentere at DOTS-behandling ikke har vært effektivt nok – insidensen øker jo. Det blir heller ikke nevnt i rapporten at det er nødvendig med mer forskning, og det forklares ikke hvorfor det ikke forskes mer (6). I en annen WHO-studie hvor de farmasøytiske firmaene selv kom til orde, ble en forklaring gitt: Det er et gigantisk marked i form av antall pasienter, men markedsstørrelsen er likevel liten i antall betalende pasienter. Hvis tuberkulose hadde vært et problem i vestlige land, ville investeringene kommet (7).

Så lenge medikamentindustrien på dette området er rent pengestyrkt, vil ressursene som stilles til rådighet for forskning og utvikling av nye tuberkulosemedisiner, være svært begrenset. Og uten økt forskningsinnsats vinner vi aldri kampen mot tuberkulose.

Øyunn Holen

oeyhole@online.no

Leger Uten Grenser

Manuskriptet ble godkjent 20.1. 2006.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Medecins Sans Frontieres Campaign for Access to Essential Medicines. Running out of breath – TB care in the 21st century. Genève: Medecins Sans Frontieres International, 2004.
2. National Leprosy and Tuberculosis Programme, Kenya / Medecins Sans Frontieres. Guidelines for tuberculosis treatment in refugee camps in Kenya. Brussel: Medecins Sans Frontieres Belgium, 1992.
3. Bell DR. Lecture notes on tropical medicine. 4. utg. London: Blackwell Science, 1995.
4. Eddleston M, Pierini S, red. Oxford handbook of tropical medicine. Oxford: Oxford University Press, 1999.
5. WHO. Tuberculosis. www.who.int/tb/en/ (10.1.2006).
6. WHO. Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing. www.who.int/tb/publications/global_report/2005/summary (10.1.2006).
7. Medecins Sans Frontier campaign for access to essential medicines. Tuberculosis. www.access-med-msf.org/campaign/tb01.shtm (10.1.2006).