

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 sørøst 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 oppspytet 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 strabasjøs 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