

Mikrofinansiering mot familievold og hiv

Å gi kvinner små lån uten sikkerhet (mikrofinansiering) slik at de kan starte næringsvirksomhet, kombinert med et gruppebasert informasjonsprogram om seksualitet, hiv og kjønnsroller, kan gi redusert forekomst av familievold i avsidesliggende områder i Sør-Afrika. Dette viser en evaluering av et forebyggingsprogram, nylig publisert i *The Lancet* (1).

Vold og familievold er svært utbredt i Sør-Afrika, og det er en sammenheng mellom konemishandling og risiko for hivsmitte. Flere tiltak er derfor satt i verk for å styrke fattige kvinners posisjon, men effekten har ikke vært godt dokumentert (2).

Flere avsidesliggende landsbyer i provinsen Limpopo ble randomisert til intervensjon (mikrofinansiering og gruppeprogram) enten i starten eller ved avslutningen av studieperioden på tre år. Etter to år var forekomsten av rapportert familievold mer enn halvert blant dem som deltok i programmet (justert risikoratio 0,45; 95 % KI 0,23–0,91). Tiltakene hadde ikke effekt på hyppigheten av ubeskyttet sex med andre enn den faste partneren blant unge voksne, heller ikke på andelen barn som gikk på skole eller på forekomsten av hivinfeksjon i landsbybefolkningen.

70 % av alle hivpositive bor i Afrika sør for Sahara, der unge kvinner nå utgjør tre firedeler av alle nysmittede. Tiltak for å bekjempe pandemien må i større grad enn nå være rettet inn mot kvinner, understreker redaksjonen i en lederartikkel i samme nummer (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 2006; 368: 1973–83.
2. Microfinance, intimate-partner violence, and HIV. *Lancet* 2006; 368: 1937.

Kunnskapsbaserte helsetjenester i fattige land

Det er et stort gap mellom optimal og faktisk klinisk praksis i fattige land. Å anvende det vi allerede vet vil sannsynligvis ha større effekt på den globale helsen enn nye medikamenter og ny teknologi. Vi må få mest mulig helse ut av de pengene som overføres til utviklingsland.

Et av de mest konsistente funn i helsetjenesteforskningen er gapet mellom optimal klinisk praksis, definert ut fra vitenskapelig kunnskap, og faktisk praksis (1). Dette gjelder i utviklingsland så vel som i industrialiserte land, men gapet mellom ideal og virkelighet er størst i utviklingsland. Viktige faktorer som bidrar til dette er fattigdom, lavt utdanningsnivå, redusert tilgjengelig ressurstilgang fra givere. Dette er bakgrunnen for at 189 land i år 2000 gikk sammen om tusenårserklæringen (2) om å sette fart i arbeidet med å redusere dette gapet. Særlig har man rettet oppmerksomheten mot barnedødeligheten, kvinnens helse og hiv-/aidsepidemien. Det er behov for en bedre forståelse av faktorer som virker inn på helsearbeidernes innsats, ikke minst pga. de betydelige pengeoverføringene fra industrialiserte land til helsetjenesten i utviklingsland. Disse ressursene burde gjøre større nytte for seg helsemessig enn det de faktisk gjør i dag (3).

Ulike hindringer kan forklare suboptimal innsats av helsepersonell, f.eks. lav lønn, svakt utbygd helsevesen, mangel på incen-

tiver og utilstrekkelige kunnskaper. Jeg vil her trekke frem noen eksempler fra mitt arbeid som regionslege i det afrikanske landet Botswana for å belyse noen av disse hindringene og andre forutsetninger for å redusere gapet mellom kunnskap og faktisk handling. Det første eksemplet er innføringen av et nasjonalt handlingsprogram mot trakom, det andre er arbeidet med et tilsvarende program mot tuberkulose.

Trakomprosjektet

I 1979 ble jeg spurt av Frank Winter, oftalmolog og daglig leder for Eye Unit i Botswanas hovedstad Gaborone, om å gjennomføre et pilotprosjekt innen forebygging og behandling av trakom hos barn i Kweneng helsedistrikt. Jeg ledet den gang et distriktshelseteam som var ansvarlig for primærhelsetjenesten i et distrikt med ca. 100 000 innbyggere. Trakom var den tredje hyppigste årsak til forebyggbar blindhet i landet. Dersom pilotprosjektet lyktes, ville han, i samarbeid med helseministeriet, arbeide for å starte et nasjonalt program for kontroll av trakom.



I Botswana har man brukt den økonomiske fremgangen til å styrke primærhelsetjenesten. 90 % av befolkningen har rimelig god tilgang til helsetjenester, og det er et nettverk av klinikker og helseposter. Foto Eelco Boonstra

Trakom forårsakes av *Chlamydia trachomatis*, som overføres av fluer til pasientens conjunctiva, men også fra barn til barn ved spredning fra kontaminerte fingre. Inflammasjonen i conjunctiva er selvbegrensende, men reinfeksjon skjer ofte. En inflammasjon vil etterlate arr på innsiden av øvre øyelokk, og skrumpningsprosessen vil etter hvert føre til trichiasis og sår på cornea. På sikt gir dette nedsatt syn og blindhet.

Selv om arbeidet mot trakom var relativt lavt prioritert, gikk distriktshelseteamet inn for å gjennomføre pilotprosjektet, fordi vi så muligheter for at forebygging og behandling kunne bli integrert i den eksisterende skolehelsetjenesten: Diagnostikk utført av sykepleiere gjennom screening av barn under 15 år og daglig behandling utført av lærere med tetrasyklin øyesalve i seks uker. Vi arrangerte et endagsseminar der sykepleierne lærte å diagnostisere trakom. Den første screeningen viste en prevalens på 18 %, og ved kontrollscreening etter gjennomført behandling etter to semestre var prevalensen sunket til henholdsvis 7,8 % og 2 % (4).

Gjennomføringen av pilotprosjektet var helt avhengig av sykepleiernes godvilje pga. mangel på helsepersonell, men også av motivasjonen blant lærerne. Sykepleierne opplevde hindringene som relativt små: De fikk noe økt arbeidsmengde, men det var ingen merkostnader for pasientene (medisiner for barn under 14 år er gratis i Botswana). Prosjektet representerte en god balanse mellom behandling og forebygging av en potensielt farlig sykdom. Sykepleiernes motivasjon var høy fordi prosjektet fort ga synlige resultater og styrket deres faglige identitet.

De oppmuntrende resultatene ble presentert på det årlige seminaret for regionsleger. Disse ble oppfordret av helseministeriet å starte liknende forsøk i andre distrikter. Innen et par år var et nasjonalt trakomprogram etablert i alle helsedistrikter, ikke som et nytt vertikalt program, men som en del av skolehelsetjenesten, som er en viktig del av den eksisterende primærhelsetjenesten. I 2004 fikk jeg med egne øyne se at programmet fungerte bra og etter de samme prinsipper som i starten. Ifølge offisiell helsestatistikk for 1998 utgjorde trakom ytterst få konsultasjoner i primærhelsetjenesten på landsbasis.

Tuberkuloseprogrammet

Forekomsten av tuberkulose i Botswana er meget høy, særlig etter at landet ble rammet av hiv-/aidsepidemien. I midten av 1990-årene opplevde sykepleierne arbeidet mot tuberkulose som svært frustrerende, og hindringene for å gjennomføre et tuberkuloseprogram var mange. Pasientetterlevelsen av behandlingsregimet var svært dårlig. På den tid varte behandlingen halvannet år, ettersom rifampicin ikke var inkludert. Bruk av rifampicin ville ha forkortet



På tross av betydelig økonomisk fremgang lever 40 % av befolkningen i Botswana under fattigdomsgrensen. Sykdomsmønsteret blant barn under fem år domineres av infeksjoner, underernæring og skader. Foto © Frans Lanting, Minden Pictures/GV-Press

behandlingstiden til et halvt år. Helsemyndighetenes begrunnelse for ikke å ta med rifampicin i behandlingsregimet var den relativt høye prisen. Mange pasienter vegret seg for å bli lagt inn i sykehus på grunn av mangel på tillit: Tuberkulosemortaliteten blant innlagte pasienter var svært høy fordi de ble lagt inn for sent. En annen viktig begrensning var at pasientene ikke hadde tro på at vestlig medisin kunne kurere tuberkulose. I stedet konsulterte mange lokale naturleger (traditional doctors), som ba dem slutte med behandlingen de hadde fått instituert i sykehus. WHO's innføring av direkte observert tuberkulosebehandling (DOT) i 1990-årene førte til en dramatisk bedring av behandlingsresultatene.

Helsearbeidernes motivasjon og innsats ved oppfølging av tuberkulosepasienter var lav på grunn av disse hindringene. I tillegg var det få incentiver til å gjøre en ekstra innsats. Selv fant jeg det svært vanskelig å motivere pasientene til å ta medisin i så lang tid og hadde problemer med å forstå helsemyndighetens uvilje mot å ta i bruk rifampicin, som for lengst hadde vist sin overlegenhet og dessuten innebar sterkt redusert behandlingstid. Vårt viktigste tiltak ble ansettelse av en tuberkulosekoordinator, som også fikk i oppgave å motivere sykepleierne.

Teorigrunnlaget for endringsarbeid

Ulike teorier og forståelsesrammer er brukt for å forklare helsearbeidernes innsats,



En viktig yrkesgruppe i primærhelsetjenesten i Botswana er «family welfare educators», som har en utdanning på kun tre måneder innen forebyggende helsearbeid. De er håndplukket av lokalsamfunnet de har vokst opp i og nyter stor respekt. De representerer kontinuitet i helsetjenesten. Her er noen av dem samlet på kurs. Foto Eelco Boonstra

atferd og praksis. Enkelte har vektlagt at ulike faktorer og rammer påvirker atferd og praksis direkte eller indirekte. Sykdommens alvorlighetsgrad, arbeidets kompleksitet, behandlingsretningslinjer, arbeidsmiljø og tilgjengelig materiell og utstyr er noen av disse faktorene. Muligheten for veiledning og internundervisning, tilgang til kommunikasjonsutstyr og organisatoriske faktorer spiller også inn. Andre faktorer som ikke kan overvurderes er hvordan lokalsamfunnet og mediene oppfatter helsearbeideren og hvordan den sosiokulturelle konteksten av lokale tradisjoner og verdier er. Hvor utbredt er tiltroen til heksedoktorer og naturleger og hvordan er den politiske konteksten med tanke på ideologi, struktur og korrupsjon?

Helsearbeiderne må hele tiden tilpasse seg disse rammene og justere sin praksis for å nå faglige og personlige målsettinger. Selv om de blir opplært til å ta i bruk nye retningslinjer for diagnostikk og behandling, vil disse ikke erstatte lokale interne algoritmer umiddelbart (5). Vanligere er at man justerer sin praksis ved å integrere ingen, noen eller det meste av de nye retningslinjene. Dette forklarer hvorfor kunnskapsbasert teori ofte ikke gir kunnskapsbasert praksis. Forutsetningene for å gjennomføre endringer er at også rammer endres.

Mange har ment at dårlig innsats kan tilskrives mangel på kunnskaper eller ferdigheter. Derfor har de fleste tiltak for å bedre innsatsen bestått av opplæringstiltak. Dette har ofte gitt skuffende resultater. Ett eksempel er peroral rehydreringsbehandling av barn med diaré, en behandling som i *The Lancet* er beskrevet som det potensielt viktigste medisinske fremskritt i det 20. århundre. På tross av over 2 000 kurs for helsepersonell i over 120 utviklingsland i perioden 1988–93 viser studier at bare en femdel av barn med diaré ble korrekt behandlet (Shamim Qazi, International conference on improving use of medicines, Chiang Mai, 2004). Forestillingen om at helseproblemer i utviklingsland kan løses kun med opplæring, må avløses av en større forståelse for hvilke faktorer som faktisk ligger til grunn for utilstrekkelig praksis.

Antibiotikaforskrivning til barn

Hvordan kan kunnskapsbasert handling fremmes i ressursfattige land? Jeg vil illustrere dette med et eksempel om antibiotikaforskrivning til barn. I en medikamentforskrivningsstudie fra Botswana påviste vi en betydelig overforskrivning av antibiotika til barn under fem år med akutt luftveisinfeksjon eller diaré (6). Hvilke tiltak burde jeg ha foreslått om jeg hadde reist tilbake til Botswana som distriktslege? Jeg ville lagt størst vekt på å redusere behandlingskostnader, bivirkninger og risiko for resistensutvikling. Jeg ville forsøkt å integrere annen kunnskapsbasert viten i et tenkt opp-

legg. Blant annet har dobbeltblindforsøk vist at en tredagerskur med amoksisicillin ved lite alvorlig pneumoni hos barn under fem år er like effektivt som en femdagerskur med cotrimoxazole eller amoksisicillin (7). Barna kan med fordel behandles hjemme. I Brasil, Tanzania og Uganda har såkalt integrert behandling av syke barn (integrated management of childhood illness, IMCI) etter et opplegg fra WHO ført til en signifikant reduksjon i overforskrivning og feilforskrivning av antibiotika (7).

For å endre helsearbeideres forskrivningsvaner må hindringene for å oppnå ønsket forskrivningsatferd analyseres som grunnlag for en endringsstrategi. En slik strategi bør omfatte tiltak og retningslinjer for behandling, opplæringsbehov, medikamentlogistikk og forslag til hvordan endringstiltakene bør formidles til helsearbeidere og publikum. Viktige hindringer for å endre praksis kan med fordel analyseres i fokusgrupper: en med de impliserte helsearbeidere og en med nøkkelpersoner i lokalsamfunnet. Helsearbeidere er ofte usikre på om diagnosen er riktig pga. mangel på laboratorier og fordi manglende etterlevelse av diagnostiske retningslinjer ofte resulterer i underdiagnostisering. Dessuten påvirker foreldres forventninger om antibiotika og manglende transportmuligheter til sykehus forskrivningspraksisen. Motivasjonsfaktorer for å få ned antibiotikaforskrivningen er faglig tilfredsstillelse ved økt pasientetterlevelse, færre bivirkninger, redusert risiko for antibiotikaresistens og reduserte kostnader.

En strategi i et slikt tilfelle kunne se slik ut:

- Innføring av oppdaterte retningslinjer og mer valide algoritmer for luftveisinfeksjoner
- Bedre service til pasientene gjennom kortere ventetider, brosjyre på lokalt språk om bivirkninger av antibiotika og integrering av vaksinasjoner i helsestasjonen for mor og barn
- Opplæring av sykepleiere om hvordan de kan redusere antibiotikaforbruket og bedre veiledning ved regelmessige besøk fra distriktshelseteamet
- Økt tilgang på ferdigpakke tre-dagerskurer med amoksisicillin
- Mer og bedre helseopplysning om antibiotikaforskrivning på venterommet til klinikker og helseposter og bruk av skolebarn som «endringsagenter» i opplysningsarbeidet overfor foreldrene (Kristiansson C. International conference on improving use of medicines, Chiang Mai, 2004)

Som leger beveger vi oss stadig mellom praksis og teori. Dette er en dynamisk prosess, som er nødvendig for å få til kunnskapsbaserte endringer til beste for pasienten og befolkningen. Leger har et

spesielt ansvar når det gjelder å bygge bro over gapet mellom kunnskapsbasert viten og handling for bedre helse (8). Arbeidet med endring av atferd og praksis basert på ny kunnskap representerer et nytt og spennende forskningsfelt. Resultater innen dette feltet bør brukes til å maksimere helsearbeidernes innsats (9). Dette er særlig viktig i ressursvake land.

Avslutning

Vår forståelse av prosesser som kan føre til endring av helsepersonells vaner, atferd og praksis er begrenset. Ulike aktører i helsetjenesten bruker forskjellige tilnærminger for å få til slike endringer. Mange av disse er mer basert på synsing enn på kunnskap. Mange slike tilnærminger kan være til nytte og være effektive, avhengig av målsetting, målgruppe, rammer, hindringer og faktorer som fremmer endring. Vi bør bygge på hva vi vet virker og lære av tidligere feil. Vi bør huske Goethes ord: Å vite er ikke nok, vi bør anvende; å ville er ikke nok, vi bør handle.

Eelco Boonstra

eelco.boonstra@enivest.net
6980 Askvoll

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Artikkelen er basert på prøveforelesning for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo 1.12. 2005.

Litteratur

1. WHO. World report on knowledge for better health. Strengthening health systems. <http://www.who.int/rpc/wr2004/> (7.11.2006).
2. Wyss K. An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. *Hum Resour Health* 2004; 2: 1–11.
3. Evans DB, Adam T, Edejer TT. Time to reassess strategies for improving health in developing countries. *BMJ* 2005; 331: 1133–6.
4. Boonstra E. Trachoma control programme 1979 in Kweneng District. Results of a pilot project. *J Med & Dent Ass of Botswana* 1980; 10: 14–6.
5. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 2005; 366: 1026–35.
6. Boonstra E. Quality of care aspects of diagnosing, prescribing and dispensing in primary health care in Botswana. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 2005.
7. Gouws E, Bryce J, Habicht JP et al. Improving antimicrobial use among health workers in first-level facilities: results from the multi-country evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 509–15.
8. Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 724–32.
9. Grol R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 110–1.

Manuskriptet ble mottatt 3.2. 2006 og godkjent 6.12. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.