

Klinikere uten lege- utdanning vanlig i Afrika

I mange afrikanske land er det flere helsearbeidere uten legeutdanning som utfører medisinsk diagnostikk og behandling enn det er leger. De utfører bare enklere prosedyrer og vurderinger, men noen av dem er spesialisert innen f.eks. fødselshjelp, oftalmologi og anestesi. Dette går frem av en kartlegging av forholdene i 25 av 47 afrikanske land sør for Sahara (1).

At helsepersonell uten legeutdanning gjør det som ellers betraktes som legeoppgaver, er ikke noe nytt. I afrikanske land, som ellers i verden, har disse helsearbeiderne variert bakgrunn, og de kommer ofte fra rurale, fattige områder. Etter videregående skole (inntakskravene kan være lavere eller høyere) går de gjennom en 2–3 års utdanning, for deretter å praktisere i grisgrendte og fattige deler av hjemlandet. I slike områder er det store udekkede behov for legetjenester.

Det er kritisk mangel på leger og sykepleiere i flere afrikanske land, men mange av de utdannede fra disse landene emigrerer til industrialiserte land, der de får høyere lønn og bedre arbeidsforhold (2). De 25 landene som er kartlagt i denne studien, står alle på Verdens helseorganisasjons liste over stater med særlig stor mangel på helsepersonell, og i de fleste av dem er andelen hivsmittede høy. Klinikere uten lege- eller sykepleierutdanning er derfor viktige i kampen mot hiv/aids. At helsearbeidere har forskjellig kompetanse kan være en fordel, ettersom utdanningen kan tilpasses lokale forhold. På den annen side kan bedre samordning og standardisering av utdanningen samlet sett bedre kvaliteten på deres arbeid, mener forfatterne (1).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

- Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet* 2007. e-publisert 14.6.2007
- Gjersvik P. Fattige land tappes for helsepersonell. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2161.

Hos verdens fremste fistelkirurger

Obstetriske fistler rammer gjerne de fattigste av de fattige. Årsaken er oftest dårlig tilgang til god fødselshjelp og lang transport av fødende. Over 25 000 pasienter med slike fistler er nå operert ved fistelsykehuset i Addis Abeba. Sykehuset legger stor vekt på å lære opp flere leger og har opprettet flere mindre sentre for fistelkirurgi i andre deler av Etiopia.

Fistelsykehuset i Addis Abeba, Addis Abeba Fistula Hospital (AAFH), er det mest kjente senteret for fisteloperasjoner i verden (1). Å få jobb der er ikke lett. Uavhengig av hverandre lyktes vi, to norske leger med interesse for fistelkirurgi, å få jobbe der en kort periode.

En av oss (CR) har bakgrunn fra Leger Uten Grenser og møtte mange fistelpasienter under et åtte måneder langt opphold i Kongo i 2004/05 (2). Der organiserte hun mange fisteloperasjoner ved å få flydd inn en kongolesisk «ekspert». Det viste seg at hans teknikk ikke var særlig god, og resultatene ble derfor heller dårlige. Hun ønsket å lære mer og fikk til et seks måneders opplæringsopphold ved fistelsykehuset i Addis Abeba. Sykehuset er i ferd med å etablere fem mindre sentre rundt i Etiopia, og hun ble etter noen uker sendt til et av disse i byen Bahirdar. Her var hun i flere måneder, først til opplæring, senere med eneansvar mens hennes læremester, Andrew Browning, var på ferie i Australia. Hun levde stort sett på oppsparte midler og noe støtte fra sin arbeidsgiver i Norge, Kvinneklubben ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Den andre av oss (EL) ble kjent med fistelkirurgi via en jobb i Kenya i 2001. Fire år senere lærte

han mer om fistelkirurgi under et tre måneder langt oppdrag for Kirkens Nød-
hjelp i Bukavu i Kongo og har to ganger vært på korte besøk i Addis Abeba for å lære.

Fistelsykehuset er skeptisk til «fistel-turister». Med hjelp fra Torvid Kiserud ved Kvinneklubben på Haukeland Universitetssjukehus, som har arbeidet i Etiopia i åtte år, fikk han jobb på et mindre fistelsenter i Yirgalem for ett år. Etter to måneders opplæring i Addis Abeba ble han stasjonert som eneste lege ved Yirgalem Hamlin Fistula Center, som for øvrig ligger vegg i vegg med det tidligere norske misjonspsykiatriske sykehuset, nå overtatt av myndighetene. Lønnen strakk ikke helt til, men Ullevål universitetssykehus hjalp til med en fremskyndet overlegepermisjon.

Vi lærte svært mye på kort tid. Meget raskt kom vi til nytte i utvidelsen av behandlingstilbudet til fistelpasienter i Etiopia. Vi lærte oss de grunnleggende prinsippene og fikk etter hvert et stort volum i antall operasjoner, noe som er helt umulig i Norge. Vi mestrer ennå ikke de vanskeligste fistlene, men de lette og mildere klarer vi å gjennomføre med rimelig bra resultat, dvs. at over 90 % av pasientene blir kurert. Intet gleder en kirurg mer enn å se en fistelpasient kurert. Du får følelsen av at det er betyr noe å være lege – den følelsen er ikke så vanlig å få i Norge.

Stresslekkasje, dvs. lekkasje ved hoste, gange o.l. er et stort problem etter fistelkirurgi. Vi har lyktes med noen operasjoner mot stresslekkasje uten bruk av Burchs prosedyre, dvs. tilgang gjennom et horisontalt snitt på nedre del av abdomen og suturering av urethra til ligamenter eller tensjonsfri vaginaltappe. Vi har, basert på det vi har lært i Addis Abeba, operert vaginalt og med bruk av pasientens eget vev. Kvinner med de vanskeligste fistlene sender vi enten til fistelsykehuset i Addis Abeba eller får en av legene derfra til å besøke oss. Vi har regelmessig nyttige telefonsamtaler med legene der.

Brev fra Etiopia

