

Beriket melk til indiske barn ga bedre helse

Ved å tilsette viktige mikronæringsstoffer i melken til småbarn i Nord-India fikk barna mindre sykdom, diaré og nedre luftveisinfeksjoner. Dette viser en stor randomisert, placebokontrollert studie som nylig er publisert i *BMJ* (1).

Studier fra utviklingsland har vist at mangel på mikronæringsstoffer er forbundet med økt risiko for sykdom. Dette kan bl.a. ha sammenheng med virkninger på immunsystemet. Verdens helseorganisasjon anbefaler jerntilskudd til småbarn, men det har vist seg at opplysningskampanjer om kosttilskudd og kosthold har begrenset effekt.

I denne studien ble 633 barn under tre år i en landsby utenfor New Dehli randomisert til å få enten melk tilsatt sink, jern, selen, kobber og vitamin A, vitamin C og vitamin E (beriket melk) eller vanlig melk i ett år. Antall diaréepisoder per barn var henholdsvis 4,46 og 5,36 og antall episoder med nedre luftveisinfeksjon 0,62 og 0,83. Inntak av beriket melk ga en reduksjon på 15 % i antall dager med alvorlig sykdom, og forekomsten av diaré og nedre luftveisinfeksjon ble redusert med henholdsvis 18 % og 26 %. Størst effekt ble registrert hos barn under to år.

Studien viser at inntak av melk tilsatt viktige mikronæringsstoffer kan reduserer sykdomsbelastningen blant småbarn, særlig i de første leveår. I en ledsagende lederartikkel påpekes det at et slikt tiltak er dyrt og derfor mindre aktuelt i mange utviklingsland. Dessuten kan beriket melk bidra til mindre brysternæring av spedbarn (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Sazawal S, Dhingra U, Dhingra P et al. Effects of fortified milk on morbidity in young children in north India: community based, randomised, double masked placebo controlled trial. *BMJ* 2007; 334: 140–4. E-publisert 28.11.2006.
2. Bhutta ZA. Iron and zinc deficiency in children in developing countries. *BMJ*; 334: 104–5.

Khat – kultur eller helseproblem?

Mentalt syke gjemmes bort hjemme. Rusede, meget syke mennesker, ofte med krigsrelaterte traumer, driver rundt i mangel av psykiatriske behandlingssteder og utgjør en sikkerhetsrisiko for seg selv og andre. I Somaliland kan mange psykoser være utløst av khat, et rusmiddel som har vært anvendt i århundrer.

Med erfaring som allmennlege i Nicaragua og Tanzania og som medlem av kommunalt flyktninghelseteam gjennom mange år ønsket jeg – mot slutten av min yrkeskarriere som psykiater – å teste ut muligheten, motivasjonen og tilpasningsevnen for eventuelt å kunne ta et arbeidsopphold under fjerne himmelstrøk som pensjonist. Jeg hadde tatt imot en invitasjon fra den tyske organisasjonen Vivo International (1) i den hensikt å gjennomføre en feltstudie i Somaliland om sammenhengen mellom khat og psykose (2–4), med tanke på dokumentasjon av vanlig antipsykotisk behandling under de betingelser som finnes der.

Somaliland, som var et britisk protektorat frem til 1960, ligger nordøst ved Afrikas horn. Det er et av de fattigste områdene i verden. Om lag halvparten av befolkningen på tre millioner er nomader, og kvegdrift er viktigste næringsvei. Gjennomsnittlig inntekt per innbygger per dag er under 1 amerikansk dollar. Landet skilte lag med Somalia i 1991 ved ensidig å erklære seg som uavhengig republikk etter en langvarig og utarmende regional krig og borgerkrig, der både Sovjetunionen og USA var innblandet. Over 60 000 mennesker ble drept og over en halv million flyktet til utlandet, særlig til nabolandene. I Norge bor det om lag 15 000 somaliere. Disse gir store økonomiske bidrag til familie og til gjenreisningsprosjekter i hjemlandet. I 1999 var beløpet

rundt en halv milliard amerikanske dollar – landets nest største inntektskilde.

Somaliland er fortsatt ikke internasjonalt anerkjent, men mange FN-organisasjoner og statlige og ikke-statlige hjelpeorganisasjoner er engasjert i gjenoppbyggingen, blant annet NORAD og Flyktningerådet. I dag finnes det en valgt regjering i hovedstaden Hargeisa, som har ca. 800 000 innbyggere. Det hersker hva man kan kalle en relativ fred i landet, og sikkerhetsforholdene synes å være betydelig bedre enn lenger sør i Somalia (5).

Mentalsykehus som likner fengsel

Helsevesenet i landet brøt sammen som følge av krigen i 1990-årene. Det utdannes nå bare noen få leger, som pga. lave lønninger og få karrieremuligheter ønsker å reise til andre land for å jobbe der. Det finnes for eksempel kun to praktiserende psykiatere, begge i slutten av 50-årene, og én nevrolog i Somaliland. Inntil 2004 fantes det ikke noen statlig helsepolitikk for mentalt syke, men man har nå fått bistand fra britiske helsemyndigheter for å bygge ut et psykiatrisk helsevesen.

Mentalsykehuset ved Hargeisa Group Hospital, hvor jeg er innom daglig, er en av to statlige psykiatriske institusjoner i landet. Sykehuset har plass til 100 menn og 25 kvinner. Det likner et fengsel, selv om det er lett å klatre over murene. I mangel av egnede institusjoner og pga. overveiende khatutløst og psykotisk motivert vold er langvarig fastlenking (chaining) en hyppig anvendt «behandlingsmetode»: Pasienten lenkes fast ved hjelp av en kjetting rundt ankelen, ofte i mange år, enten i sykehuset eller i sitt hjem. Det er som regel de pårørende som sørger for innleggelse i mentalsykehus.

Betjeningen består av en medisinstudent som er kommet langt i studiet (vedkommende fungerer som lege) og tre ufaglærte hjelpepleiere, samt en del kraftige karer som ordenspersonale. De eneste tilgjengelige antipsykotiske legemidler er for tiden klorpromazin til injeksjon eller peroral bruk og haloperidol til depotinjeksjon, samt prometazin og diazepam mot eventuelle ekstra-





Mange pasienter med psykiatrisk sykdom blir fastlenket (chaining) for at de skal unngå å skade seg selv og andre og for å hindre dem i å stikke av. Foto Birke Lingenfelder

pyramidale bivirkninger. Av antidepressiver brukes amitriptylin og noe fluoksetin, mens fenytin brukes ved atferdsproblemer. Medikamentforsyningen besørges av WHO eller andre utenlandske givere, men kan være usikker. Ifølge personalet er standardbehandlingen for alle agiterte nyinnkomne pasienter injeksjon med 50 mg klorpromazin og 25 mg prometazin. Psykiatrisk eller somatisk vurdering gjøres ikke, og dokumentasjon av medikasjon og oppbevaring av notater synes å være svært tilfeldig.

Psykosier assosiert med khattygging

Min oppgave under oppholdet ved sykehuset er, sammen med en psykolog fra Vivo, å gjøre en åtte ukers forløpsstudie blant utskrivningsklare antipsykotikabehandlede mannlige pasienter med sannsynlig khatutløst schizofreniform psykose (2–4). Vi skal sammenholde varigheten av faktisk medikamentell behandling og varigheten av khatabstinens etter utskrivning. Vi gjør klinisk somatisk undersøkelse og gjentatt kvalitativ urintesting for et rusmiddelpanel og særskilt for amfetamin ved hjelp av strimmeltester som påviser drogemetabolitter i urin ved høyspesifikke antigenreaksjoner. Etter khat-

tygging tester man positivt på amfetamin pga. katinon, et ustabilt alkaloid som er den viktigste sentralstimulerende substansen i khatplanten *Catha edulis* forssk (6).

I samtalen, hvor det er behov for opplært tolk, gjøres et semistrukturert intervju med anamnese, særlig med tanke på posttraumatisk stresstilstand. Etablerte skåringsskjemaer som Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (7) og psykosedelen av Composite International Diagnostic Interview (CIDI-G) benyttes, sistnevnte i modifisert versjon. I tillegg gjøres det en tilsvarende parallell oppfølgingsstudie blant pasienter med khatutløst psykose som bor hjemme. Ved vedvarende khatmisbruk og psykotiske symptomer tilbys disse behandling med klorpromazin.

Samtidig undersøker vi hvor motiverte pasientene er for å redusere khatforbruket. Dette kan det være vanskelig å ta opp – khat har vært anvendt i disse områdene i mange hundre år både rituelt og i sosial samhandling blant menn (8, 9), nesten tilsvarende kaffedrikking i vestlige land. Langvarige kriger og vedvarende fattigdom har imidlertid brutt ned tradisjonelle barrierer, og khattygging er nå blitt stadig vanligere også blant ungdom og kvinner i Somaliland. Khat konsumeres i så store mengder at det

er blitt et nasjonalt problem med enorme psykososiale og sosioøkonomiske omkostninger. Importen skjer hovedsakelig fra Kenya og Etiopia, og den har en antatt samlet verdi på ca. 800 000 dollar per år. Khattygging er også et økende problem blant somaliere i Norge, slik det nylig kom frem i et fjernsynsprogram i NRK.

Formålet med våre studier er å dokumentere situasjonen til Somalilands mentalt syke overfor landets helsemyndigheter. De syke gjemmes bort hjemme. Rusede, meget syke mennesker, ofte med krigsrelaterede traumer, driver rundt i mangel av psykiatriske behandlingssteder og utgjør en sikkerhetsrisiko for både seg selv og andre. Vår dokumentasjon skal brukes av Vivo International til å søke midler i Tyskland og EU for å bedre situasjonen for mentalt syke i Somaliland.

På studiebesøk

I åtte uker bor jeg utmerket. Jeg har tilgang til Internett, full forpleining, dusj og en svær takterrasse med mulighet for fysisk trim i de kjølige morgentimene – Hargeisa ligger 1 200 meter over havet. Det er fantastisk utsikt i alle retninger, inkludert oppover mot en mektig afrikansk stjernehimmel.

Jeg bor på Edna Adan Maternity Hospital, et «non-profit charity and teaching hospital» med 69 senger og en allmennmedisinsk poliklinikk (10). Sykehuset er godt utstyrt og har eget apotek. Eieren Edna Adan er jordmor med britisk utdanning og for tiden utenriksminister i Somaliland. Hun donerte pensjonen fra sin tid som ansatt i FN-systemet til bygging av dette sykehuset, som har vært i drift siden 2002. I løpet av kort tid har det oppnådd status som referansesykehus i landet og i regionen for øvrig. Flere av legene der er engasjert av hjelpeorganisasjonen UNDP fra Rwanda, Tanzania og Uganda og gjør en hederlig innsats med relativt tette og aktive vaktskift. Utenlandske delegasjoner er innom nesten ukentlig, det kan være gjester hos utenriksministeren eller folk som får omvisning på sykehuset. Flere leger fra King's College i London er innom og gjør skippertak i behandling og internundervisning og bistår i helseplanlegging og ved finansieringstiltak.

Jeg anbefaler erfarne allmennleger, kirurger og gynekologer fra Norge et arbeidsopphold ved sykehuset. Det er ikke anled-

ning til å ta med familie eller større barn, for det finnes ingen internasjonale skoler, og fri ferdsel i gatene frarådes pga. sikkerhetssituasjonen. Oppholdet her oppleves som meningsfullt både faglig og menneskelig og som et verdifullt avbrekk fra en krevende hverdag hjemme. Man lever her i en verden preget av eldgammel afrikansk og islamsk nomadekultur. Vår oppsøkende virksomhet gir et godt innblikk i levemåten til et spennende og flott folkeslag.

Wolfgang-D. Peschel

wolfgang.dirk.peschel@stolav.no
Rehabiliteringsavdelingen
Leistad distriktpsykiatriske senter
St. Olavs Hospital
Brøsetveien 100
7046 Trondheim

Litteratur

1. Vivo International. www.vivo.org (26.10.2006).
2. Yousef G, Huq Z, Lambert T. Khat chewing as a cause of psychosis. *Br J Hosp Med* 1995; 54: 322–6.
3. Odenwald M, Neuner F, Schauer M et al. Khat use as risk factor for psychotic disorders: a cross-sectional and case-control study in Somalia. *BMC Med* 2005; 3: 5.

4. Halbach H. Medical aspects of the chewing of khat leaves. *Bull World Health Organ* 1972; 47: 21–9.
5. Grosse-Kettler S. External actors in stateless Somalia. A war economy and its promoters. Bonn: BICC, 2004.
6. Scendrei K. The chemistry of khat. *Bull Narc* 1980; 32: 5–35.
7. Angrist B, Rotrosen J, Gershon S et al. Differential effects of amphetamine and neuroleptics on negative vs. positive symptoms in schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 1980; 72: 17–9.
8. Kennedy JK. The flower of paradise. The institutionalized use of the drug qat in North Yemen. Boston: Reichele Publishing Company, 1987.
9. Al-Motarreb A, Baker K, Broadley KJ et al. Khat: pharmacological and medical aspects and its social use in Yemen. *Phytother Res* 2002; 16: 403–13.
10. Edna Adan Maternity Hospital. www.ednahospital.netfirms.com (26.10.2006).

*Manuskriptet ble mottatt 21.6. 2006
og godkjent 17.11. 2006. Medisinsk redaktør
Petter Gjersvik.*

> Se også side 563