

Verdens helse

Vitenskapelig forskning på alternativ medisin

■ Studier av alternativ medisin er ofte små og ikke av god nok standard til å være pålitelige. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), en underavdeling av National Institutes of Health i USA forsøker å øke kvaliteten på forskningen innen dette området.

Ifølge Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling bruker hele 48,8 % av den norske befolkningen en eller annen form for alternativ medisin (1). Men det er ofte mangel på kvalitets-sikret informasjon om de forskjellige behandlingene. En analyse av 181 studier av terapeutiske effekter av yoga viste mangelen på kvalitet i slike studier (2). I studiene ble det påstått at yoga kunne hjelpe mot alt fra astma, artritt, søvnløshet, høyt blodtrykk, kreft og depresjon. Men kun 40 % av studiene var randomiserte, kontrollerte studier og de fleste av disse var små, med 30 eller færre deltakere i hver gruppe.

– Det er ganske nytt å rigorøse metoder blir brukt for å forske på disse helseterapiene, sier Josephine Briggs, direktør i NCCAM. – I en av studiene til NCCAM undersøker man om ginkgo biloba kan bremse utviklingen av Alzheimers sykdom. Den kliniske studien involverer sentre i California, Maryland, North Carolina og Pennsylvania, med over 3 000 deltakere over 75 år. En annen måte å bedre kliniske studier innen feltet på er å bedre produktuniformitet, mener Briggs. Laboratorier har funnet at opp imot 75 % av «ginkgo biloba»-produkter ikke inneholder den reklamerte mengden av den aktive ingrediensen. – Jeg tror at etter hvert som sensitiviteten av målene bedres, kommer vi til å gjøre en bedre jobb med å finne disse moderate men positive effektene, sier Briggs.

Oda Riska
oriska@hotmail.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Halve Norge bruker alternativ behandling. Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling 18.5.2007. www.nifab.no/nyheter/nyheter_fra_nifab/halve_norge_bruker_alternativ_behandling [2.10.2008].
2. Applying science to alternative medicine. New York Times 29.9.2008. www.nytimes.com/2008/09/30/health/research/30tria.html?ref=health [1.10.2008].

Internasjonal medisin

MedHum 2007 – hvordan har det gått?

Kvinnene stråler, og verdigheten lyser ut av øynene deres. «Vi føler oss som prinsesser! Vi ligger på ordentlige madrasser!» De kan nesten ikke tro det, at de som lekker, lukter og er blitt sett ned på av familie og venner, får ligge i sykehusets fineste senger med rent sengetøy.

Det er ganske nøyaktig ett år siden aksjonsuken under Medisinstudentenes Humanitæraksjon (MedHum) 2007 ble arrangert. Mange hundre studenter deltok aktivt gjennom blant annet bøssebæring, konserter, stand-up show, revy, foredrag, fotballturnering, kunstutstilling og bamseykehus. Totalt kom det inn over 1,7 millioner kroner til bekjempelse av vaginal fistel hos kvinner i Den demokratiske republikken Kongo. Hvordan er disse midlene benyttet?

De fattiges sykdom

En gynekologisk fistel er en åpning mellom urinveier og genitalia (urogenitale fistler) eller mellom tarm og genitalia (genitointestinale fistler) (1). Den hyppigst forekommende formen for gynekologisk fistel i u-land er vesikovaginale fistler fra urinblære til vagina og skyldes hovedsakelig sviktende fødselshjelp (2). Disse og andre fistler som oppstår i forbindelse med fødsel, de obstetriske fistlene, kalles også «den afrikanske fistel», fordi det er i Afrika omfanget er størst. Årlig rammes 33 000–100 000 kvinner i Afrika sør for Sahara av obstetriske fistel (3–5). Slike oppstår under langvarige fødsler hvor det er et misforhold mellom bekkenets størrelse og barnets hode (6). Blodstrømmen til bløtvevet i bekkenet klemmes av og det oppstår iskemi med påfølgende nekrose (6).

Fistel kan i de aller fleste tilfeller forklares med sosioøkonomiske faktorer. Både underernæring og fødsel i ung alder før bekkenet er fullstendig utviklet, øker faren for misforhold mellom bekken og foster (6). I Kongo er hele 74 % av befolkningen underernært (7), og i 2007 var det bare Niger som hadde flere tenåringsfødsler (8). Den gjennomsnittlige kongolesiske kvinne føder 6,7 barn (7). Mange fødsler (grand multipara, ≥ 5 fødsler) disponerer for makrosomi (store barn) (9) som kan føre til misforhold mellom bekken og foster.

En annen, svært viktig, faktor for omfanget av fistler er infrastruktur. Tilgangen til medisinsk hjelp og mulighet for rask transport til sykehus og for keisersnitt er

avgjørende (6). Det sier seg selv at dette ikke er tilfredsstillende i Kongo når det bare finnes 11 leger per 100 000 innbyggere (7) og 2 800 km asfaltert vei (10) i et land på størrelse med hele Vest-Europa. I Kongo er det, som vi tidligere har satt søkelyset på (11), dessverre også noen som utvikler fistel etter brutale voldtekter og krigshandlinger. Dette er heldigvis årsak i en mindre andel av det totale antallet fistler, men krig og uroligheter fører til sosioøkonomiske vanskeligheter, som igjen øker antallet fisteltilfeller.

Synlige resultater

Målet med MedHum 2007 var å styrke behandlingsskapiteten og forebygge gynekologiske fistler i Kongo. Samarbeidsorganisasjonen vår, Christian Relief Network (CRN), har så vidt begynt å benytte og distribuere pengene fra prosjektet, men de har allerede vært med på å gjøre en stor forskjell. Deler av pengene er blitt brukt til å ferdigstille en helt ny avdeling med to operasjonssaler på Panzi sykehus i Bukavu. Dette gjør at mange flere kvinner kan opereres og behandles hver dag, og ventetiden i behandlingsskøen er blitt kortere. I tillegg til en flerdobling av behandlingsskapiteten, har den nye avdelingen blitt en stor inspirasjonskilde. Undertegnede var hospitant på Panzi sykehus i oktober–desember 2007, og avdelingen var sykehusets store stolthet. Kvinnene strålte og kunne nesten ikke tro at de fikk ligge i nesten helt nye senger sendt fra St. Olavs Hospital i Trondheim.

To nye operasjonssaler er et stort fremmskritt. I tillegg til å øke kapasiteten til å behandle fistler, frigir dette sårt tiltrengt kapasitet til annen kirurgi og behandling. Panzi sykehus er regionssykehus for flere hundre tusen personer i provinsen Sør-Kivu og har avdelinger for både generell kirurgi, indremedisin, ortopedi, infeksjonsmedisin, hematologi, gynekologi og obstetikk. En ny avdeling med 100 sengeplasser er derfor et betydelig løft for hele sykehuset.

Men Øst-Kongo er et stort område. Bare Sør- og Nord-Kivu-provinsene, de minste provinsene i Øst-Kongo, er til sammen på



Dr. Yunga opererer opptil fire kvinner på en dag. Her assisteres han av Epik som gjennom mange års praktisk opplæring er blitt en dyktig kirurg og assistent. Foto Guro Bårnes

størrelse med hele Øst- og Sør-Norge. Det er dermed langt å reise for mange av kvinnene, og noen av pengene brukes til operasjon av fistelrammede på Kyeshero sykehus i Goma, Nord-Kivu. Leger som er trent ved Panzi sykehus kan utføre mindre kompliserte operasjoner her. Pasientene med de mest kompliserte tilfellene blir sendt videre til Panzi. Med behandling på to sykehus får enda flere hjelp, og det er lettere å komme seg til og fra sykehuset. Kivu-provinsene har de siste årene vært hardt rammet av krigsepisoder med minst 850 000 internt fordrevne (12), og det er ofte utrygt å bevege seg i området.

Sykehusdrift i en konfliktsone

Befolkningen i Øst-Kongo er utmattet etter tiår med krig. Det er ikke enkelt å drive sykehus under slike forhold. Da jeg, som sentralleder for MedHum 2007, besøkte området i fjor, var det åpne kamper bare noen kilometer unna byen Goma. Opprørsgruppen som ledes av general Laurent Nkunda, kjempet mot regjeringshæren og FNs største fredsbevarende styrke, MONUC. Det rådet stadig usikkerhet om kampene ville nærme seg og om Nkundas tropper ville angripe byen. Til og med under operasjoner hendte det at legene sto i telefonen for å motta eller videreformidle siste nytt. På sykehuset prøvde de så godt de kunne å fortsette som normalt, men med hundretusener på flyttefot melder det seg stadig nye utfordringer. Sykdommene sprer seg raskt når så mange bor tett sammen og

tilgangen på mat, vann og sanitærfasiliteter er langt mindre enn behovet.

Det er fremdeles mange hundretusen som er fordrevet fra hjemmene sine i Øst-Kongo. De siste ukene har det vært åpne konflikter hvor regjeringshæren og FN har kjempet mot angrep fra både Laurent Nkundas menn og ugandiske Lords Resistens Army. Det er vanskelig å se noen umiddelbar løsning, men jeg velger å si som en av mine kongolesiske venner: «Vi må jo håpe og tro at det skal gå bra. Vi har ikke noe annet valg!»

«Asante sana!»

Det er mange som har vært med på å gjøre resultatene fra MedHum 2007 mulig, og jeg er stolt over å kunne si at pengene har begynt å komme frem og at de brukes på en god måte. Vi har og har hele veien hatt en åpen dialog både med samarbeidsorganisasjonen og fagfolk om hvordan pengene kan benyttes på en best mulig måte. Det gir oss en stor trygghet. Synlige resultater som nye operasjonssaler og vellykkede operasjoner, gir også direkte bekreftelse på at det nytter. Og fra alle legene og kvinnene jeg har møtt, har jeg lovet å viderebringe varme smil og utallige «Asante sana! (Tusen takk!)»

Guro K. Bårnes
g.k.barnes@studmed.uio.no
Fredensborgveien 15 B
0177 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kiserud T, Helland H, Onsrud M. Gynekologiske fistler. I: Moen MH, Skjeldstad FE, red. Veileder i generell gynekologi 2004. Oslo: Den norske lægeforening, 2004. www.legeforeningen.no/index.gan?id=106385&subid=0 [30.9.2008].
2. Hilton P. Vesico-vaginal fistulas in developing countries. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; 82: 285–95.
3. Vangeenderhuysen C, Prual A, Ould el Joud D. Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 73: 65–6.
4. Hilton P, Ward A. Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in Southeast Nigeria. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998; 9: 189–94.
5. WHO. The prevention and treatment of obstetric fistulae: report of a technical working group. Report no WHO/FHE/89.5. Genève: WHO, 1989.
6. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet* 2006; 368: 1201–9.
7. United Nations Development Programme. Human Development Report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world. http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Complete.pdf [17.9.2008].
8. United Nations Population Fund. State of world population 2007. Unleashing the potential of urban growth. www.unfpa.org/swp/2007/presskit/pdf/sowp2007_eng.pdf [17.9.2008].
9. Aliyu MH, Jolly PE, Ehiri JE et al. High parity and adverse birth outcomes: the Maze. *Birth* 2005; 32: 45–59.
10. Central Intelligence Agency. The 2008 World Factbook. www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/ [30.9.2008].
11. Bårnes G. Hun er ingen god kone lenger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1406–9.
12. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. DRC: Returnees short of food, militia still active. www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=79657 [17.9.2008].

Manuskriptet ble mottatt 28.8. 2008 og godkjent 3.10. 2008. Medisinsk redaktør Siri Lunde.