

Verdens helse

Globale helsekampanjer og det nasjonale helsevesen

■ Mer penger enn noen gang tidligere er blitt gitt til kampen mot sykdommer som aids, tuberkulose og malaria i utviklingsland. Men siden helsevesenet i mottakerlandene er lite utbygd og mangler midler, er virkningen av kampanjene blandet. Det er konklusjonen i en rapport fra Verdens helseorganisasjon, publisert i *The Lancet* (1).

Rapporten omhandler fire ledende globale helsekampanjer: The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, The US President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) og Verdensbankens Multi-Country AIDS Program. Midler fra disse har hjulpet millioner av mennesker, men også hatt negative effekter på helsevesenet i de berørte landene.

I mange fattige land har flere fått behandling på grunn av de globale kampanjene, som ofte har styrket primærhelsetjenesten i lokalsamfunn.

Men økte midler til spesifikke intervensjoner støttet av globale helsekampanjer har ikke gitt flere helsearbeidere. I noen tilfeller har det ført til større forskjell mellom urbane og rurale områder og resultert i at helsearbeidere har gått fra det offentlige helsevesenet og over i prosjekter. I blant annet Kenya og Zambia fant forskerne bevis for at helsepersonell gikk fra det offentlige for å arbeide for globale helsekampanjer på grunn av bedre arbeidsvilkår og høyere lønn. Det trengs større innsats for å løse mangelen på helsearbeidere ifølge forfatterne.

«Konklusjonene i rapporten er motstridende, men det klare budskapet er at globale helsekampanjer har medført både fordeler og ulemper for det offentlige helsevesenet. Det er konsekvent blitt forsømt av helsekampanjene. Det er tegn på at dette er i endring, men vesentlig mer må gjøres for å styrke og måle hvordan helsekampanjer bidrar til helsesektoren generelt,» sier Richard Horton, redaktør i *The Lancet*, i en pressemelding.

Oda Riska
 oriska@hotmail.com
 Tidsskriftet

Litteratur

1. Samb B, Evans T, Dybul M et al. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009; 373: 2137–69.

Internasjonal medisin

Global helse i medisinstudiet er viktig!

En seks måneder gammel jente er innlagt med pneumoni med komplikasjoner. Hun sover, respirasjonsfrekvensen er høy, men faren er over for denne gang. Hun er født med komplett atrioventrikulær septumdefekt og det er nok ikke siste gang mor må oppsøke landsbysykehuset.

Ni medisinstudenter fra Universitetet i Bergen befinner seg høsten 2008 på et landsbysykehus utenfor Vellore i Sør-India. En lege legger frem jentas sykehistorie. Stetoskopene tas frem, og selv om vi ennå ikke er erfarne studenter, kan vi høre at hjertet ikke slår som det skal. Utenfor den fulle ettroms barneavdelingen spør legen oss hva som hadde skjedd dersom jenta ble født der vi kommer fra. Operasjon kan redde jenta, tenker vi – og oppfølging er nok viktig. Det er en stor påkjenning for foreldre at barna er syke, enten man er i Norge eller i India. Mennesker på landsbygda i India møter mange hindre før de kan være opptatt av de problemene norske foreldre med barn med hjertefeil står overfor. Pasienthistorien i denne artikkelen er satt sammen av ulike sykehistorier som vi fikk presentert under oppholdet i India.

Kurs i global helse

Høsten 2008 ble det for første gang i regi av Det medisinsk-odontologiske fakultet

ved Universitet i Bergen tilbudt et studieprogram i global helse på 30 studiepoeng til 15 studenter med valgtermin, som er en «fritermi» mellom den prekliniske og den kliniske delen av medisinstudiet. Dette er et stort fremskritt i forhold til ukekurset i internasjonal helse som ellers står på timeplanen i løpet av seks studieår. Omfanget av undervisning i global helse er omtrent det samme ved de andre medisinske fakultetene i Norge. Målet med det nye kurset er å gi en grunnleggende forståelse av de store globale helseutfordringene verden står overfor. En seks ukers teoretisk del gis ved Senter for internasjonal helse, Institutt for indremedisin og Institutt for samfunnsmedisinske fag. Foredrag, gruppearbeid og diskusjoner om bl.a. sykdomsbyrde, etikk, antropologi, økonomi og helsesystemer forberedte oss studenter til den praktiske delen av kurset: hospitering på samarbeidsinstitusjoner i andre deler av verden. Av de 12 studentene som valgte å ta kurset, reiste tre til University of Botswana, og ni studenter



Hovedsykehuset ved Christian Medical College. Foto Anette Lodvir Hemsing

besøkte Christian Medical College, en privat misjonsstiftelse i Vellore, Tamil Nadu, India (1).

Christian Medical College

Christian Medical College har som mål å helbrede og hjelpe mennesker i et helhetsperspektiv. Denne nonprofittstiftelsen subsidierer helsehjelp til fattige ved hjelp av inntektene de får ved å tilby avansert og kostbar helsehjelp til mennesker med bedre økonomi. I dag består stiftelsen av en utdanningsdel, en forskningsdel og en klinisk del. Hovedsykehuset har 2 409 senger og består av 121 spesialenheter og avdelinger. Hver dag kommer 4 300 poliklinikk-pasienter til sykehuset. Utenom dette har Christian Medical College andre kliniske enheter som for eksempel et helsesenter for psykisk syke, Community health and development unit og Low cost effective care unit i slumområdene i Vellore. Det gis helse-tilbud til omliggende landsbyer ved hjelp av mobile klinikker. Vi fikk være med på alt fra hjemmebesøk og svangerskapskontroll til avanserte operasjoner.

Indias helsevesen

India er vanskelig å kategorisere. 1,1 milliarder mennesker lever i et tett mangfold av ulike kulturer og religioner. Mange er fattige. 34 % har mindre enn 1 amerikansk dollar å leve for per dag, og 80 % har mindre enn 2 dollar per dag. India er et land med store kontraster, og selv om mange lever under fattigdomsgrensen, lever også mange i overflod (2). Teknologien ekspanderer, og i november 2008 sendte India sitt første fartøy til månen. Sykehuset ved Christian Medical College er på mange områder like godt utviklet som Rikshospitalet i Norge og utfører organtransplantasjoner og avansert bildebehandling (1). Ekspertkompetanse finnes på de fleste områder i India (3). Likevel har kun 30 % av befolkningen gode nok sanitære forhold (3). Fattigdommen er enorm, og korrupsjonen, byråkratiet og mennesketettheten er sterke minner fra vårt møte med India og helsevesenet der. Det finnes et offentlig helsevesen som i prinsippet er gratis. Likevel blir 75 % av helseutgiftene dekket av private midler (4). Komiteen for makroøkonomi og helse, utnevnt av indiske myndigheter, beskrev i 2002 problemer med mangel på og fravær av helsepersonell, spesielt på landsbygda. Lave budsjetter, knapphet på ressurser og mangel på lederskap er faktorer som fører til at folk ikke har tilgang til tilstrekkelige helsetjenester (5). Transparency International India har rangert den offentlige helse-sektoren som den nest mest korrupte offentlige sektor i India. De påpeker også at det i delstater med mindre korrupsjon, som Kerala og Tamil Nadu, tilbys bedre helse-tjenester (6). Når mye av det offentlige helsevesenet er korrupt og man må betale seg frem for å treffe en lege, blir det uansett



Mobil klinikk. Foto Kristine Husøy Onarheim

for dyrt for mange å søke medisinsk behandling (7).

Landsbysykehuset

Den lille jenta med hjertefeil har ikke gode utsikter, forteller legen. Hyppige luftveisinfeksjoner og hjertesvikt er sannsynlig dersom hun ikke får den avanserte operasjonen hun trenger. Faren er i tillegg psykisk syk, og familien har derfor allerede store helseutgifter. Heldigvis har faren tilgang til billige medisiner fra Christian Medical College. Moren står for familieinntekten ved å lage og selge feiekoster. Familien bor i en liten trehytte. Når dagliglivet er en stor utfordring, er det vanskelig å planlegge i et lengre perspektiv. Helse har ikke førsteprioritet når familien ikke engang har nok mat. Verken mor eller far har utdanning, og de kan heller ikke lese eller skrive. Å forstå hva en hjertefeil er, er vanskelig. Staben på landsbysykehuset står overfor store utfordringer for jenta eventuelt kan få den operasjonen hun trenger. Indiske sykehus kan tilby slik behandling, men familien har ikke god nok økonomi. Familien kan søke sentrale myndigheter om penger. Legen forteller at medisinsk sett har de gode muligheter til å få gjennomslag, men det er en lang vei frem før dette kan bli mulig. Først må foreldrene skjønne hvor viktig det er med en slik operasjon. Deretter må de forstå hvordan man skal gå frem i søknadsprosessen, og finne noen som kan hjelpe dem med å skrive søknad. Kunnskap om hjertefeilen er også viktig for å forebygge utvikling av infeksjoner. Hvis ikke, kan operasjonen komme for sent.

Helse er mer enn bare biologi

I India prioriteres ikke alltid jenter på lik linje med gutter. Medgiften en familie må ut med for å gifte bort en datter, er svært

høy. Å oppdra og utdanne en jente er ekstra-utgifter en familie ikke kommer til å ha noe direkte nytte av. Når hun gifter seg, blir hun svigerfamiliens «eiendom» (8). Legen forteller at de gjør sitt beste for å hjelpe jenta, men at det ikke alltid er den medisinske hjelpen som avgjør hva som skjer med pasientene. Sosioøkonomisk status, utdanningsnivå og kjønn kan ha større innvirkning på utfallet. Legene på Christian Medical College prøver så godt de kan å kompensere for disse faktorene, blant annet i form av gratis behandling til de aller fattigste og tett oppfølging av den enkelte pasient. Hensynet til familiens beste tillegges stor vekt i India. I en slik setting blir det hva man mener er det beste for familien samlet, som i stor grad avgjør hva som skal skje.

Helse og sykdom følger ikke landegrenser

I lavinntekts- og middelinntektsland er det ofte et mye større fokus på å holde kostnadene så lave som mulig. Kostnadseffektivitet implementeres i driften av sykehus på en annen måte når det er mindre ressurser tilgjengelig. Enkle intervensjoner, som vaksinasjoner og blodtrykks- og diabetesbehandling, kan gjøre store forandringer i folks liv. Tanken om å få mest mulig ut av ressursene man har til rådighet, er noe vi bør ta med oss hjem. En slik ressursutnyttelse burde være et mål verden over.

Hva som skjedde med jenta med hjertefeil, vet vi ikke. Vi kan håpe at moren – sammen med en friskere far – er i gang med søknadsprosessen for at datteren skal kunne få operasjonen hun trenger. Vi har sett fattigdom, andre kulturer og samfunn i utvikling, og vi har fått øynene opp for hvor tett helse henger sammen med andre samfunnsforhold. Å møte mennesker som verken har

råd til mat, å sende barna på skolen eller å miste en dags inntekt, har gitt oss nye perspektiver.

Den hippokratiske ed sier at vi «skal komme til de sykes beste». Gitt den globale sykdomsbyrden bør ikke spørsmålet om hvem vi skal hjelpe begrenses av landegrenser. Det er logisk at medisinen vi lærer hjemme, preges av norske forhold. Men kan det forsvare at kun to av 360 studiepoeng ved medisinstudiet i Bergen vies internasjonal helse? Global helse er viktig, og bør i større grad prioriteres i vårt lands utdanning av helsepersonell, både i medisinstudiet og blant ferdige leger. Mer kunnskap er en forutsetning for å hjelpe flere. Vi har et ansvar for å forske og lære mer om sykdommer som rammer mennesker utenfor vårt kontinent. Etter å ha studert global helse er vi enda mer sikre på at det er avgjørende for fremtiden.

Kristine Husøy Onarheim

kristine.h.onarheim@student.uib.no

Nykirkealmeningen 13

5005 Bergen

og

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Anette Lodvir Hemsing

Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen støttet alle studentene som studerte Global health med kr 3 000 til vaksinasjon og malariaprofylakse.

Litteratur

1. Christian Medical College. Vellore, India. cmch-vellore.edu/main.asp [13.3. 2009].
2. Human development report. Fighting climate change: human solidarity in a divided world. New York: United Nations Development Programme, 2007. hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Complete.pdf [13.3. 2009].
3. Country cooperation strategy at a glance. WHO, 2006. www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ind_en.pdf [20.4. 2009].
4. WHO. Regional office for South-East Asia. Country health system profile. India. www.searo.who.int/EN/Section313/Section1519_10852.htm [13.3. 2009].
5. Rao KS. Delivery of health care services in the public sector. I: NCMH Background papers. Financing and delivery of health care services in India. New Delhi: National Commission on Macroeconomics and Health, Ministry of Health and Family welfare, Government of India, 2005. www.who.int/macrohealth/action/Background%20Papers%20report.pdf [20.4. 2009].
6. India Corruption Study 2005. New Delhi: Transparency International India, 2005. www.transparencyindia.org/publication/India%20Corruption%20Study%202005%20in%20PDF.pdf [20.4. 2009].
7. Solberg K. India's health sector responds to new corruption charges. *Lancet* 2008; 371: 464.
8. Riska S. Å vanne blomstene i naboens hage. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2353–6.

Manuskriptet ble mottatt 15.1. 2009 og godkjent 30.4. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.