

Kirurgi og jobbgledning i regnskogen

Jobbgledning er et tema ikke bare i Norge. I Afrika er opplæring av andre grupper helsepersonell i tradisjonelt legearbeid et viktig virkemiddel for å sikre befolkningen et helsetilbud. Hjelpeorganisasjonen CapaCare ble startet for å drive medisinsk kapasitetsbygging og opplæring av helsepersonell i områder der helsetilbud mangler.

Brynjulf Ystgaard

brynjulf.ystgaard@stolav.no

Håkon Bolkan

Kirurgisk avdeling
St. Olavs hospital

Jobbgledning er ikke et nytt konsept i Afrika. Antiretroviral behandling av hivpositive er for en stor del blitt gjennomført av sykepleiere og hjelpepleiere, og mye av kirurgisk og obstetriske virksomhet på distriktsykehus i Øst-Afrika er blitt håndtert av ikke-legger. I Vest-Afrika har man ikke hatt den samme tradisjonen, men problemene med å tilby befolkningen et helsetilbud er minst like store.

Afrika sør for Sahara bærer fortsatt preg av å ha vært kolonisert. Så også helsevesenet. I kolonitiden ble helsetjenester etablert primært med tanke på tjenesteyting for koloniherrerne. Etter hvert ble også den lokale befolkningen tilgodesett for å ta vare på arbeidskraft, men også for å bedre den generelle helsetilstanden i landet. Forskningsprosjekter ble etablert og vaksinasjonsprogram gjennomført (1).

Når uavhengigheten kom, overtok de nye landene de systemene som var etablert av kolonistaten, inkludert helsetjenesten. Mange steder så man en forbigående bedring av helsetilbudet, men med den forverrede økonomien i slutten av 1970-årene foregikk en betydelig flukt av helsepersonell, med et påfølgende stort kapasitetsproblem (2). I dag utdannes ca. 9–10 000 nye leger i Afrika i året, og kapasiteten er fortsatt svært lav. Til sammenlikning utdannes det over 170 000 leger i Europa årlig (3). Mange afrikanske land eksporterte både leger og sykepleiere til den vestlige verden. Sosial uro og krig har mange steder forsterket problemene med å etablere helsetilbud. Alt dette har ført til at land som Mosambik og Sierra Leone på begynnelsen av dette årtusenet havnet på bunn av alle helsestatistikker (4). I tillegg til at det aldri hadde eksistert noen primærhelsetjeneste, ble den institusjonshelsetjenesten de hadde arvet fra koloniherrerne rasert. I dag betjenes 821 millioner mennesker bosatt

i Afrika sør for Sahara av 145 000 leger. Dette er mindre enn 5 % av tilsvarende tall for Europa, der 100 millioner færre innbyggere har 2 877 000 leger til rådighet (5).

Mangel på kirurgisk tilbud

Nå er bildet i Afrika sør for Sahara i ferd med å endres. Mye av medisinsk hjelpearbeid de siste par tiår har vært rettet mot primærhelsetjenesten, samfunnsmedisinske tiltak og spesielt infeksjonssykdommene. Man har klart å gjøre noe med aidsepidemien, man er i ferd med å begrense malaria-problemet, og barnedødeligheten har aldri vært lavere. Dette medvirket til at Afrika i 2012 for første gang passerte en milliard innbyggere. Men fortsatt er utfordringene mange. Etablering av adekvate kirurgiske behandlingstilbud har kommet i skyggen av store programmer rettet mot bekjempelse av infeksjonssykdommer. Mangelen på kirurgisk kompetanse rammer først og fremst unge voksne i sammenheng med fødsel og traumer. Kirurgisk behandling tilbys kun i noen land, da oftest i de store byene og for dem som kan betale. I 2008 konkluderte Verdens helseorganisasjon (WHO) med at opplæring av helsepersonell tilpasset behovene til det brede lag av folket må prioriteres. Ikke-legger bør trenes i diagnostikk og terapi, og helsetilbud bør desentraliseres (6). I 2012 fulgte de opp med mer målrettede anbefalinger om jobbgledning innen mødre- og nyfødtnedisin. En av anbefalingene er at man bør vurdere å trene ikke-legger til å gjøre keisersnitt i områder med stor legemangel (7).

CapaCare

Vi som tok initiativet til å starte CapaCare (8) hadde erfaring med nødhjelpsarbeid fra tidligere gjennom store organisasjoner som Røde Kors og Leger Uten Grenser. Disse organisasjonene fungerer bra i akutte krisesituasjoner og prøver også å medvirke til varig bedring av helsetilbudet i mottakerlandene. Vi så et behov for å starte et program som primært skulle øke den lokale behandlingsskapasiteten. Sierra Leone i 2008 syntes å være et riktig sted for et slikt program. Landet hadde gjennomgått en brutal borgerkrig som tok slutt i 2002.



Befolkningen var da blant verdens fattigste, men de var motivert for å unngå flere kriger og villige til å prøve å komme ut av uføret med fattigdom, korrupsjon og et dysfunksjonelt samfunn. Kriminaliteten var på et nivå som kunne håndteres, og på regjeringshold fant man reformvilje (9).

Vi innledet et samarbeid med en dansk organisasjon, Masangas Venner, som drev Masanga sykehus i regnskogen inne i landet. Dette var et gammelt leprasykehus, startet av skandinaviske og engelske adventister, som lå isolert fra befolkningscentre. Isolasjonen ga oss en viss grad av kontroll over sikkerhetssituasjonen. Programmet tok utgangspunkt i et par andre kjensgjerninger: Sierra Leone hadde i 2007 ti godkjente kirurger. Samme år ble det i løpet av fem måneder registrert 724 kirurgiske og fødselsrelaterte inngrep på de ti største offentlige sykehusene (10). Forventet levealder er fortsatt under 50 år, småbarnsdødeligheten (under fem år) er på 20 % og mødredødeligheten er 970 per 100 000 (11).

I 2012 ble det utdannet 32 leger i Sierra Leone, det høyeste tallet på mange år. Mange av disse reiser utenlands. Nå i 2013 er kun fire av kirurgene i offentlig sektor



Begge foto Håkon Bolkan

fra Sierra Leone, hvorav én er under 50 år (Dr. Bash-Taqi, Director of Postgraduate Training, Ministry of Health and Sanitation, Sierra Leone, personlig meddelelse). For å spesialisere seg må man ut av landet, vanligvis til Ghana eller Nigeria. Å utdanne nok leger til å dekke landets behov vil ta mange år. I landet fantes en gruppe helsearbeidere kalt Community Health Officers (CHO). Disse gjennomgår en treårig utdanning innrettet mot primærpraksis i distriktene, men hadde ikke tillatelse til å bedrive kirurgi. En tilsvarende gruppe helsearbeidere i Øst-Afrika hadde i mange år bedrevet kirurgi, med akseptable resultater (12). På kort sikt synes således å videreutdanne Community Health Officers til å utføre kirurgi å være den eneste farbare vei.

Vi ønsket å formalisere denne utdanningen og å gi den en plass i landets helsevesen. Vi møtte en god del motstand fra leger, men med støtte fra helseministeriet lyktes vi i å få tillatelse til at Community Health Officers i programmet praktiserer kirurgi. På dette grunnlaget har vi gått i gang med et toårig videreutdanningsprogram der vi tar inn åtte studenter i året. Programmet er finansiert av Kavlifondet, Lions Club distrikt 104 B og andre private innsamlede midler. Siden starten i januar 2011 og frem til april 2013 har til sammen 17 studenter deltatt på 5 511 operasjoner. Prosjektet har foreløpig tidsramme frem til 2017.

Aktiviteten er i hovedsak basert ved Masanga-sykehuset, i samarbeid med åtte andre sykehus drevet av internasjonale hjelpeorganisasjoner med europeiske kirurger eller gynekologer. Etableringen av dette nettverket gjør at vi kan utnytte eksisterende kirurgisk og obstetriske kompetanse i landet til systematisert trening ved at kandidatene er utplassert i seks måneders rotasjoner hos våre partnere. Den teoretiske

utdanningen blir ivaretatt av leger og sykepleiere fra Europa, fortrinnsvis kirurger, gynekologer, anestesileger og radiologer. Disse reiser på 3–6 ukers korttidsopphold for å undervise kandidatene på sykehuset i Masanga. Læreplanen er basert på WHO's *Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care (IMEESC) tool kit* (13). I tillegg arrangerer vi et kirurgisk kurs med grisemodeller hvert år, veiledet av Herman Lonnee, som til vanlig er anestesilege på St. Olavs hospital. Vi organiserer også årlige kurs i ultralyddiagnostikk, åpent også for unge leger i offentlig sektor.

Veien videre

De to første kandidatene har nettopp bestått skriftlig og muntlig eksamen og skal i disse dager begynne turnustjeneste i offentlige sykehus i hovedstaden Freetown. Det er ikke selvsagt at de blir tatt imot med åpne armer, da mange leger fortsatt er motstandere av prosjektet. Kandidatene har i løpet av utdanningen opparbeidet seg en betydelig operativ erfaring. En av disse har i denne toårsperioden operert 128 brokk, 55 keisersnitt og 13 hysterektomier, enten alene eller med assistanse av kirurg eller gynekolog. Vi har foreløpig planlagt å utdanne 30 kirurgiske Community Health Officers. Med disse i full aktivitet skulle det være mulig å operere bortimot 15 000 pasienter i året, dersom man legger erfaringstall fra Øst-Afrika til grunn (14). Ingen vet hvor mange som nå blir operert hvert år i Sierra Leone, men Håkon Bolkan er i ferd med å kartlegge dette som ledd i sitt ph.d.-arbeid. Det vil forhåpentligvis gi grunnlag for å evaluere hvilken effekt et nasjonalt jobbglidningsprosjekt kan ha for kirurgisk aktivitet i en utfordrende afrikansk setting. Vi tror at prosjektet kan være av stor betydning, ikke bare

ved å øke det kirurgiske behandlingstilbudet i Sierra Leone, men også ved å demonstrere at kirurgi kan gjøres tilgjengelig for den vanlige kvinne og mann utenfor de største urbane sentre.

Brynjulf Ystgaard (f. 1951)

er spesialist i gastroenterologisk og generell kirurgi og er overlege. Han har erfaring med krigskirurgi og nødhjelpsarbeid gjennom Røde Kors og sitter i styret i CapaCare. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Håkon Bolkan (f. 1972)

er lege i spesialisering i kirurgi. Han har erfaring med nødhjelpsarbeid gjennom Leger Uten Grenser, er styreleder i CapaCare og jobber med en ph.d. basert på CapaCare-prosjektet i Sierra Leone. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Malowany M. Unfinished agendas: writing the history of medicine in Sub-Saharan Africa. *Afr Aff (Lond)* 2000; 99: 325–49.
2. Caldwell JC. African studies: Health. I: Smelser NJ, Baltes PB. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford: Pergamon, 2001: 244–50.
3. The Human Resources for Health Crisis. Mapping policies. Addressing the global health workforce crisis: challenges for France, Germany, Italy, Spain and the UK. Brussels: Action for Global Health, 2011. www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/AfGH_Intranet/AFGH/Publications/HRH_REPORT_-_SCOPE_WEB_LORES_.pdf [15.3.2013].
4. Human development report 2013. The rise of the South: Human progress in a diverse world. Explanatory note on 2013 HDR composite indices. Sierra Leone. New York, NY: United Nations Development Programme, 2013. <http://hdrstats.undp.org/images/explanations/SLE.pdf> [15.3.2013].

>>>

5. Mullan F, Frehywot S, Omaswa F et al. Medical schools in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2011; 377: 1113–21.
6. World Health Organisation. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: global recommendations and guidelines. Genève: WHO, 2008. www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf (15.3.2013).
7. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Genève, WHO: 2012. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/index.html (15.3.2013).
8. CapaCare. Medical education and training to increase the level of skilled staff at district hospitals. www.capacare.org (29.5.2013).
9. Sixth report of the Secretary-General on the United Nations Integrated Office in Sierra Leone. S/2008/281 New York, NY: UN Security Council, 2008. www.globalpolicy.org/images/pdfs/0429sgreport.pdf (15.3.2013).
10. Kingham TP, Kamara TB, Cherian MN et al. Quantifying surgical capacity in Sierra Leone: a guide for improving surgical care. *Arch Surg* 2009; 144: 122–7, discussion 128.
11. United Nations Development Programme. International Human Development Indicators, Sierra Leone. <http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/SLE.html> (15.3.2013).
12. Wilson A, Lissauer D, Thangaratnam S et al. A comparison of clinical officers with medical doctors on outcomes of caesarean section in the developing world: meta-analysis of controlled studies. *BMJ* 2011; 342: d2600.
13. World Health Organisation. Integrated management for emergency and essential surgical care (IMEESC) tool kit. www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html (10.2.2013).
14. Pereira C, Cumbi A, Malalane R et al. Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *BJOG* 2007; 114: 1530–3.

Mottatt 14.2. 2013, første revisjon innsendt 9.5. 2013, godkjent 4.6. 2013. Medisinsk redaktør Siri Lunde Strømme.



Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no