

Nyfødtmedisin i Afghanistan

Afghanistan er et av verdens fattigste land, og mødre- og spedbarnsdødeligheten er høy. Høsten 2013 arbeidet jeg som barnelege ved en fødeklinikk øst i landet. Krigen og følgene av den er et viktig hinder for å nå tusenårs målet for redusert barnedødelighet.

Sigrid Dannheim Vik

sigrid.dannheim.vik@stolav.no

Afghanistan har 31 millioner innbyggere. Landet har vært i krig i over 30 år og er nå et av verdens fattigste (1). Mødre- og spedbarnsdødeligheten er blant de høyeste i verden og spedbarnsdødeligheten (117 per 1 000 fødte) den høyeste (1).

I september 2013 reiste jeg til Afghanistan. Jeg skulle arbeide som barnelege for Leger Uten Grenser ved et sykehus i byen Khost, som ligger øst i landet, 150 km sørøst for Kabul og 40 km fra grensen til Pakistan. Byen har rundt 135 000 innbyggere og er administrasjonssenter i provinsen Khost, som har ca. 550 000 innbyggere (2). Provinseren har vært sterkt rammet av krigen og er en av de mest usikre i landet. Haqqani-nettverket, som er en del av det pakistanske Taliban, har sitt hjemmeområde her (3).

Størstedelen av befolkningen i Khost er sunnimuslimer (1). Det er et konservativt muslimsk samfunn, og kvinnene er svært undertrykt. Byen har ett offentlig sykehus som betjener hele provinsen. Sykehuset er underbemannet og har stort sett bare mannlige ansatte. Dette gjør det vanskelig for kvinner å be om helsehjelp (4). I tillegg medfører det stor risiko å oppsøke helse-tjenesten, da både pasienter og pårørende kan bli drept på vei til eller fra (4).

Fødeklinikken i Khost

I mars 2012 åpnet Leger Uten Grenser et sykehus for fødende, med 60 plasser for barselkvinner og 15 senger for nyfødte. Målet var å ta hånd om rundt halvparten av de 26 000 fødslene i regionen. På sykehuset var det rundt 15 internasjonalt ansatte. Det medisinske personellet besto bare av kvinner – to gynekologer, to anestesilger, en barnelege og tre jordmødre. Planen var at Leger Uten Grenser skal drive sykehuset i fem år og deretter overføre det til lokalbefolkningen.

Seks uker etter åpningen gikk det av en bombe på sykehusområdet. Flere ble skadet, men ingen ble drept. Sykehuset ble umiddelbart stengt. Etter å ha sikret



seg solid støtte i lokalbefolkningen valgte Leger Uten Grenser å åpne sykehuset igjen i desember 2012.

Etter gjenåpningen har sykehuset nå 30–40 fødsler per dag eller rundt 11 000 per år. Målet om å behandle halvparten av de fødende i provinsen er kommet nærmere. Dette er dobbelt så mange fødsler som ved de største fødeavdelingene i Norge.

Kvinnene ble flyttet til barselavdelingen umiddelbart etter fødselen, og de var innlagt i maksimum 12 timer. Mange ønsket å forlate sykehuset umiddelbart. Det ble i gjennomsnitt utført 1–2 keisersnitt per dag. Inngrepet ble kun utført dersom mors liv var i fare.

Sikkerheten høsten 2013

I den perioden jeg var i Khost, var det daglig minst ett bombeangrep i provinsen. Små og store eksplosjoner ble etterfulgt av skyting. Noen episoder var mer ubehagelige enn andre og noen skjedde farlig nær sykehuset. Daglig fikk vi rapporter om skadede og drepte. Jeg opplevde likevel aldri at sykehuset var målet for disse angrepene, og vi følte oss ganske trygge.

Nyfødtavdelingen

Nyfødtavdelingen, som var mitt ansvar, hadde 15 sengeplasser for nyfødte og fire senger for mødrene. Maksimalt belegg var

20–25 barn, og i gjennomsnitt lå det rundt ti barn i avdelingen. De vanligste diagnosene var sepsis, asfyksi og moderat prematuritet og/eller lav fødselsvekt. Nedre grense for overflytting til nyfødtavdelingen var fødselsvekt på 1 250 g, eller lavere hvis barnet var over 30 uker. Barn som var mindre enn dette ble lagt til mor med informasjon om at det trolig ikke kom til å overleve. Selvsagt ble det utøvd skjønn, og det minste barnet som overlevde i min periode, hadde en fødselsvekt på 900 g.

Det var 11 lokale «jordmødre» ved nyfødtavdelingen. For å få denne tittelen hadde de gjennomført kurs på 3–6 måneder, og de fleste hadde seks år grunnskole før dette kurset. De var svært motiverte for å lære, men bare noen få kunne engelsk, og de som kunne, hadde begrenset ordforråd.

Bare barn som var født på sykehuset eller på vei dit, ble lagt inn. Vi hadde ingen vanlig barneavdeling, men vi kunne likevel reinnlegge barn som var opptil sju dager gamle. Alle barna fikk polio-, BCG- og hepatitt B-vaksine før utskrivning. Det ble ikke registrert klinisk informasjon om nyfødte som ikke var innlagt i nyfødtavdelingen.

Arbeidsoppgavene

Som eneste barnelege hadde jeg det medisinske ansvaret for nyfødtmedisinen. En



Barselavdelingen ved sykehuset i Khost



Nyfødtavdelingen ved sykehuset i Khost. Begge foto © Andrea Bruce/Noor Images

viktig oppgave var å lære opp de lokale jordmødrene slik at de på sikt skulle kunne drive nyfødtavdelingen på egen hånd. Jeg hadde dessuten ansvar for å utarbeide protokoller og prosedyrer, for vaksineringsen og for å se til barn på barselavdelingen. Og jeg var ansvarlig for gjenoppliving av nyfødte.

En uventet og overraskende problemstilling var at det ikke så ut til å være vanlig å amme. Inntrykket var at de fleste kvinnene ikke visste hvordan de skulle gjøre det. De hevdet gjerne at de ikke hadde melk, og de syntes å ha en oppfatning av at erstatningsmelk måtte være bedre. Det var lett å se at de fleste hadde rikelig med melk. Hjemme ga de visstnok de nyfødte barna varm te med sukker. Mye av arbeidet vårt på sykehuset besto derfor i å prøve å overbevise dem om at morsmelk er best samt gi dem praktisk veiledning i amming.

En annen uventet utfordring var kommunikasjonen med jordmødrene, mødrene og de pårørende. Afghanerne er meget gode til å diskutere og forhandle. En for meg enkel problemstilling med en tilsvarende enkel løsning kunne innebære flere timer med diskusjon frem og tilbake før vi kom frem til et kompromiss. Og dagen etter startet som oftest forhandlingene på nytt. Tålmodighet er en dyd.

Medisinske ressurser

Vi hadde svært begrensede medisinske ressurser og fulgte egne nyfødtprotokoller utarbeidet av Leger Uten Grenser. Vi kunne gi antibiotika, væske og glukose intravenøst. Førstevalget ved sepsis var cefotaksim og ampicillin. Vi tok ingen blodprøver utover blodsuktermålinger. Hemoglobin kunne bestilles fra laboratoriet, men dette

var en svært omstendelig prosess. Vi hadde ingen ekstra næring å tilsette i morsmelken.

Vi hadde mulighet til å gi 100 % oksygen med maksimum 5 l gjennomstrømming, men tilførselen måtte ofte deles av flere barn samtidig. Vi hadde ellers ingen form for respirasjonsstøtte. Den eneste tilgjengelige form for overvåking var to metningsmålere som ofte ikke fungerte, og når de fungerte, reagerte ofte ikke jordmødrene på alarmen. Apné ble derfor gjerne oppdaget ved en tilfeldighet. Det gjorde vondt å se premature med inndragninger uten å kunne tilby adekvat hjelp.

Gulsott ble kun vurdert klinisk, da vi ikke fikk målt bilirubinnivået. Vi hadde en hjemmelaget fototerapilampe som ble brukt til å behandle opptil fire barn samtidig. Om den virket etter hensikten, er usikkert.

Mekoniumaspirasjon og gjenoppliving

Vi hadde mange barn med mekoniumaspirasjon, og dessverre var det flere som det ikke gikk bra med. I mange tilfeller ville det vært ønskelig å kunne intubere disse barna for å sugе og deretter trekke ut tuben igjen. Ifølge protokollene fra Leger Uten Grenser skulle vi imidlertid ikke gjøre dette, selv om vi hadde utstyret tilgjengelig. Argumentet var at det ikke alltid ville være trent personale tilgjengelig og at man var «redd for» at barna skulle bli intubert over lengre tid. Vi hadde dermed kun mulighet for maskeventilering, hjertekompresjon og væskestøt, både ved mekoniumaspirasjon og gjenoppliving av andre årsaker. Sugning av øvre luftveier var mulig med et manuelt drevet sug (fotpumpe). Vi avsluttet gjenoppliving etter 30 minutter dersom det ikke var noen respons.

Mitt inntrykk var at de lokale jordmødrene og mødrene hadde et avslappet forhold til liv og død hos nyfødte. Mødrene viste liten interesse for barna rett etter fødselen, og det var påfallende at de ikke ville se på barnet eller ha barnet hud mot hud. Trolig var dette en forsvarsmekanisme for ikke å binde seg for tett til barnet for tidlig. Innstillingen var at dersom Allah ville, kom barnet til å overleve.

Spesielt i begynnelsen var det en stor utfordring å komme fra et land der det er en «forventning» om at ingen nyfødte skal dø til en kultur der dette var mer akseptert. Og det var selvfølgelig vanskelig å godta at vi mistet barn som vi med letthet ville ha kunne reddet her hjemme.

Tusenårs mål nummer 4

FNs tusenårs mål nummer 4 var å redusere barnedødeligheten med to tredeler fra 1990 til 2015 (5). Hovedproblemet med å nå dette målet i Afghanistan synes å være krigene – som har pågått i mer enn 30 år og som fortsatt pågår. Samfunnet er derfor ekstremt fattig og tilbudet om offentlige helsetjenester minimalt. Videre syntes den høye mortaliteten hos nyfødte dessverre å være akseptert i kulturen.

Hovedmålgruppen i prosjektet var mødrene, og det var bare fem mødre som døde ved sykehuset i 2013 (dvs. 5 per 10 000 fødsler) (Andrea Ciocca, personlig meddelelse). Ifølge en nylig publisert studie var mødre dødeligheten i Afghanistan 88,5 per 10 000 i 2013 (6). Høyere overlevelse hos mødre er et viktig første steg på veien mot høyere nyfødtoverlevelse.

Nyfødtavdelingen var nærmest et sideprosjekt, og nyfødtmedisin er generelt et relativt nytt satsingsfelt for Leger Uten

Grenser. Selv om det til tider føltes meningsløst å prøve å redde barn med de få ressursene vi hadde, tydet intern statistikk på at det er mulig å bedre overlevelsen hos syke nyfødte med de tilgjengelige begrensede ressursene.

Mitt inntrykk var at både kvinner og menn var takknemlige for den hjelpen de fikk, og at lokalsamfunnet i Khost, en by i en konservativ region, sterkt dominert av Taliban, syntes å ha godtatt klinikken og støtter den. I tillegg har mange menn godtatt at deres kvinner kan arbeide som «jordmødre» utenfor hjemmet. Uten at dette var blitt akseptert i lokalsamfunnet og hos mennene, kunne man ikke drevet sykehuset.

Sigrid Dannheim Vik (f. 1979)

er lege i spesialisering i barnesykdommer ved Barne- og ungdomsklinikken ved St. Olavs hospital. Høsten 2013 arbeidet hun som barnelege i Afghanistan for Leger Uten Grenser.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. CIA. The World Factbook. Oppdatert 12.5.2014. www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/af.html (17.9.2014.)
2. Central Statistics Organization, Islamic Republic of Afghanistan. Demography and social statistics. <http://cso.gov.af/en/page/demography-and-socile-statistics/demograph-statistics/3897> (16.9.2014).
3. Ahmed A. Afghan Militant Group Faces Unusual Discontent. The New York Times 5.11.2013.

www.nytimes.com/2013/11/06/world/asia/afghan-militant-group-faces-unusual-discontent.html?_r=0 (17.9.2014).

4. Médecins Sans Frontières. Between rhetoric and reality. The ongoing struggle to access healthcare in Afghanistan. Brussel: Médecins Sans Frontières, 2014. Oppdatert februar 2014. www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_afghanistan_report_final.pdf (17.9.2014).
5. Wang H, Liddell CA, Coates MM et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384: 957–79.
6. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384: 980–1004.

Mottatt 1.6. 2014, første revisjon innsendt 10.7. 2014, godkjent 30.9. 2014. Redaktør: Siri Lunde Strømme.