

Legemisjonen

– fortsatt en utfordring

AV ROLF BERGSETH

Legemisjonen slik den vokste fram som en integrert del av misjonsarbeidet på slutten av 1800-tallet, var en fortsettelse av det helhetlige arbeidet misjonærene tok på seg på grunnlag av Jesu omsorg for det hele mennesket. De første misjonærene uten spesiell helsefaglig utdanning tok seg også av folks sykdommer ved siden av mange andre oppgaver som evangelisering, leseopplæring, språkopplæring etc.. Den første misjonslegen i moderne tid var dr. John Thomas, medarbeider til den mer kjente William Carey i Bengal. Senere i 1841 vart det i Edinburgh konstituert et «Medical Missionary Society» med Dr. Parker som den første utsending til Kina (3). Legemisjonen ble en pionerinnsetning med oppstart av kurativt og profylaktisk helsetjeneste i områder hvor slikt arbeid ikke fantes. Senere ble dette kalt misjonshelsetjeneste etter som nye grupper helsepersonell kom til.

Misjonshelsetjenesten vil måtte være i stand til å møte det totale mennesket, frelst eller ufrelst, frisk, sykt eller døende, i sin totalitet som skapt i Guds bilde.

Profesjonalitet og kompetanse står for legemisjonæren ikke i motsetning til en omsorg for hele mennesket, ånd, sjel og legeme.



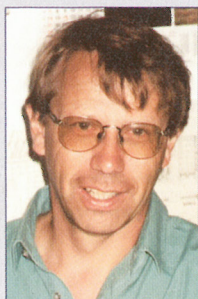
Operasjonsstua ved Gumare District Hospital, Botswana.

I den tiden jeg var lege ved Hôpital Protestant de Ngaoundere, Kamerun var flertallet av de innlagte muslimer. Lange var rekkene som samlet seg til kveldsbønner på plassen foran sykehuset, ledet av en iman, som trolig også hadde noen av sine egne innlagt på sykehuset. Sykehusets ansatte møttes i kapellet på morgenen før arbeidet startete, og muslimene møttes til sine bønner rett utenfor, om det var ved middagstid eller til kveldsbønn. Det ble ikke på noen måte lagt hindringer i veien for deres trosliv. Det grunnleggende for oss ved sykehuset var mennesket skapt i Guds bilde med lik rett til liv og omsorg uansett tro.

Tiden som legemisjonær gav mange utfordringer, menneskelig, kulturelt og faglig. En tid var vi fire leger med forskjellig nasjonalitet, en kameruneser, en østerrisk, en fransk og undertegnede. Utdannelsen hadde funnet sted i fire forskjellige land, vi var to protestanter, en katolikk og fra en dissentermenighet. Vi kommuniserte helst på fransk, av og til på tysk og engelsk. Blant pasientene var det en masse forskjellige stammespråk (i Kamerun ca 230 forskjellige språk), så vi kunne noen ganger bruke 3–4 tolker for å få tatt opp en anamnese. Kontrasten ble stor da jeg for kort tid siden hadde Tolketjenesten i Oslo som foreleser på smittevernkurs på Soria Moria. Vi brøt vel de fleste reglene for tolkning. Vi ble mer avhengig av å se pasienten og av undersøkelsen, og måtte stole mer på de funnene vi gjorde.

Jeg fikk også øynene åpnet for hvor universell den moderne legevitenskapen er, og at det var mulig å finne tankene bak

Rolf Bergseth



Bosatt på Jæren og gift med Elfrid, 5 barn

Cand. Med. 1980 fra Universitet i Oslo. Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

International Child Health og kurs i tropemedisin fra Universitetet i Uppsala. Kombi-lege i Klepp fra 1988 med permisjoner for å være legemisjonær fra 1988–1990 og fra 1992–1994.

Evaluerer av helseprosjekt for Norad, deltagelse i prosjekt for Norad i Botswana fra 1997 til 2003. Opptatt av helsefremmende arbeid og jobber i kommune som er godkjent som Trygge lokalsamfunn. Fra våren 2003 deltagelse i prosjekt innen helsefremmende arbeid skade og ulykkesforebygging.



Kolleger og medarbeidere ved Hôpital Protestant de Ngaoundéré.

diagnose og behandling gjort av vaktlegen, med en helt annen bakgrunn, dagen før, når jeg skulle videreføre behandlingen på visitten neste dag. Ikke konflikt fritt, men vi ordnet opp i det.

Laboratoriet var noe enklere enn på et norsk allmennlegekontor. Blodprosenten var mer pålitelig i handflaten og konjunktiva enn den målte. Vi var flinkere med mikroskopet og dessuten var et enkelt røntgenapparat til god hjelp. Ultralydapparatet var klinikerens hjelpemiddel, noe det skulle ha vært i Norge også, da ikke som erstatning for røntgenlegens undersøkelser, men som supplement til stetoskop og palpasjon/perkusjon.

I Kamerun da og nå, er både Gud og Djevelen mer med i menneskets bevissthet enn i vår del av verden. Forundringen er stor når en kollega vil skille seg fra kona si fordi han mener hun driver med trolldom eller når sykepleieren i bibelgruppa forteller om livet fra landsbyen hvor folk står opp igjen fra de døde.

Den som tror at psykosomatikken er fraværende i den kliniske hverdag i Kamerun tar feil. Jeg tror nok at man der gjøre færre undersøkelser mellom hver alvorlig sykdom, enn i en norsk allmennpraksis, men injeksjoner med B₁₂ (også rød farge) og store røde vitamintabletter har god virkning på mange lidelser.

Det er ikke så lett å vite hvordan man skal takle en sykehistorie som går ut på at denne personen er syk fordi noen har kas-



Aidsplakat fra Botswana.

tet trolldom på personen. Man kan bli mye syk av en slik opplevelse. De somatiske funnene er små og den vestlige lege forstår lite, heller ikke er det hjelp å finne Cochranes database.

For en allmennpraktiker og samfunnsmedisiner med sans for folkehelse, ble innsatsen størst innen mors helse og barnas helse. Komplikasjonene omkring svangerskap og fødsel var mange, og lidelsene store. Utfordringen var ved en enkelt konsultasjon (var man heldig så kunne man få de en gang til undersøkelse, da de kom for å vaksinere fjorårsbarnet) å finne de som kunne få komplikasjoner i svangerskap/fødsel, og som skulle følges mer før fødsel og som burde føde ved en sykestue/sykehus.

Underernærte barn gav utfordringen til å starte et ernæringscenter hvor barnet fikk mat i en periode og moren ble gitt ernæringsopplæring med de matsortene hun hadde til rådighet i landsbyen. Man fortvilte i meslingeepidemiene med stor barnedødelighet, og lovpriste vaksinen da man så hvordan epidemien hoppet over de landsbyene som hadde latt seg vaksinere (landsbysjefens innstilling bestemte dette). Skulle kommunelegene i Norge hatt større makt og autoritet? Gråten satt i halsen når faren tok barnet med seg hjem for å dø med den forklaringen at det ble for dyrt med et barn som stadig var sykt. De fikk heller få et til og håpe det ble sterkere. «Survival of the fittest på nært hold.»

Menneskets likeverd i Guds øyne understrekes ved alterringen når den leprøse mottar kalken med et beger klem



Laboratoriet ved Gumare District Hospital, Botswana.

mellom handflatene. Fingrene er borte, føttene er deformerte, likeså nesen og disse menneskene er fortsatt blant de fattigste. Her har misjonshelsetjenesten gjort et stort pionerarbeid.

Kommunikasjon er blitt gjort til eget fagområde og her gjør man nok mange feil. Beskrivende er fulanilærerer (fulanere = en stolt og stor stamme i Sahelbeltet som stort sett er muslimmer) min som forteller historien om amerikaneren (les nordmannen). Når fulaneren kommer på besøk begynner han å rope langt ute i gardsrommet og det tar mange minutter før man har fått hilst ferdig, og da fått høre nytt om kona, barna, avlingen, dyra etc. Så kommer de til ærendet sitt. Da de kom på denne måten til amerikaneren, kommer denne fort ut i døra og spurte; «What do you want?». Dette var en så uvant måte å bli møtt på, at de ikke fikk seg til å komme fram med det ærendet de hadde. Det er vel temmelig sikkert at vi mister mye nærhet i vår raske og overfladiske væremåte.

Selv om kommunikasjon er vanskelig, bygger empati og sann kjærlighet til nesten bro over store barrierer. Det opplevde man gang på gang i landsbyene når man tok seg tid til å snakke og tøyse litt med barna, selv om de trolig ikke forsto mye av det vi sa.

Legemisjonen eller misjonshelsetjenesten er på vei ut, på samme måten som de diakonale institusjonene i Norge etter hvert er overtatt av staten. Det er etter hvert få leger og andre helsearbeidere som sendes ut. Det Norske Misjonsselskap (det nest største i Norge) har høsten 2002 ingen leger i sin tjeneste og tallet på andre helsearbeidere er sterkt nedgående. Årsakene er mange. Det er manglende rekruttering blant norske leger (trolig ikke viktigste), institusjonene ute er dyre i drift og kostbare for misjonen, helsetjenesten i landene bygges opp statlig og noe konkurranseforhold er ikke ønskelig.

Godene på vår klode er fortsatt feil fordelt og mange er de som lider. Selv om legemisjonæren er på vei ut, spørres det fortsatt etter helsearbeideren som kan vise seg som neste for den som lider. Muligheten for de som ønsker utfordringer ikke bare faglig, men også menneskelig, er i dag mer differensiert enn tidligere, da det nå også er mulig å arbeide i mange forskjellige organisasjoner. Gevinsten for de som tar utfordringen er oftest mye større enn innsatsen.

Spjelkematteier fra Hôpital Protestant de Ngaoundéré.



AFU: Vurdering av forsøksprotokoll fra farmasøytisk industri

«Screening of secondary illnesses and treatment of patients with type 2 diabetes in Norway» fra Pfizer.

Dette er en studie med stor relevans for norske allmennpraktikere. Diabetes type 2 er en vanlig sykdom i norske allmennpraksiser, og kontroll og oppfølging blir i stor grad håndtert av 1. linjetjenesten. Å beskrive forekomst av komplikasjoner og håndteringen av dem i forhold til nasjonale og internasjonale retningslinjer for diabetes kontroll, vil gi nyttig kunnskap av verdi både for pasientgruppen, allmennpraktikerne og fagmiljøene som utarbeider kliniske retningslinjer.

Allmennmedisinsk forskningutvalg (AFU) vil gjerne anbefale norske allmennpraktikere å delta i denne studien, hvis protokollen blir endret i hht til de kritiske merknadene som AFU har redegjort for. AFU har bedt om nærmere redegjørelse og endring hva gjelder journalinnsyn, publiseringsrettigheter og tiltak mot seleksjonsbias.