

Helsetjenesten i det landlige Tanzania 2004 sett med en norsk allmennleges øyne

AV KARIN FRYDENBERG



Tanzania er det største landet i Øst-Afrika med ca 34 mill. innbyggere. Det er et av verdens fattigste land med en forventet levealder ved fødsel på 48 år og en barnedødelighet før fem år på nesten 15 prosent. Befolkningen er sammensatt av ca. 130 stammer som har forskjellig språk, kultur og levevei, men som samhandler mye, og giftemål på tvers av stammer er vanlig. 70 prosent bor på landsbygda, spredt, men også ofte i landsbyer. Husene er fortsatt ofte jordhytter med stråtak eller bølgeblikk, men i landsbyene er det også blitt vanlig med murhus. Innlagt vann og elektrisitet er imidlertid svært sjelden. Til tross for mye hjelp fra land i Europa og Norge spesielt, har økonomien – og levealderen – de siste 10–15 årene gått nedover. Mange skylder på Verdensbanken og Pengefondet som f. eks. har krevd av utviklingsland at de skal ha egenandeler på helse og skole. Det har bl.a. ført til at færre fullfører skolegang på alle nivåer og en forsinkelse i søkning til helsehjelp, noe vi også har sett på landsbygda i det nordlige Tanzania.

Der, i Mbulu distriktet 30 mil sørvest for Arusha, på en høy-slette 1700 moh i Rift Valley, ligger Haydom Lutheran Hospital. Man kommer dit på meget dårlige veier, seks til sju timer fra Arusha gjennom et nydelig landskap eller på en time med småfly. Sykehuset er blitt drevet med støtte fra norsk misjon, bistand og mange andre, siden 1955. Det drives nå av Den lutherske kirken i Mbulu og biskopen der. Dr. Ole Hallgrim Evjen Olsen er leder for sykehuset. Han er norsk og kirurg, vokste opp i Haydom fra hans far startet der som misjonslege i 1955, og vendte selv tilbake som lege.



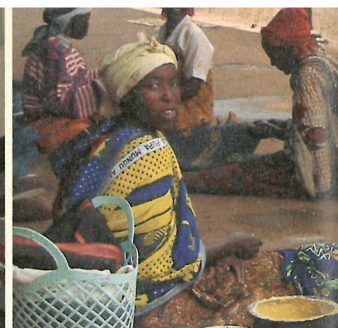
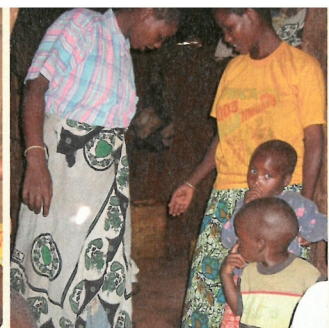
Sykehuset i Mbulu

Møtet med Afrika

Jeg kom dit en dag midt i januar. Det «korte» regnet som egentlig skulle komme i november–desember, hadde uteblitt. Det var tørt, karrig og befolkningen sultet. Dr. Olsen engasjerte seg sterkt for å få mais til befolkningen, og lyktes i å få nødhjelp fra Norge og hjelpen frem der den trengtes mest. Det er tydelig at det å være kirurg i Afrika ikke bare er å operere. Er man i tillegg sykehusleder, kan ansvaret også innebefatte å være arkitekt, byggeleder og storbonde!

I kø for helsekontroll





Overgangen var et sjokk – fattigdommen, varmen, mørket (fra klokken 19!), sykdommene og hjelpeløsheten jeg følte. Hvorfor reiste jeg dit? Det som lokket var mest nysgjerrighet. Jeg var ikke lei av min praksis på Skreia, heller ikke trodde jeg at det var så mye en norsk allmennlege hadde å bidra med i en fremmed kultur, uten kjennskap til språket, uten spesielle kunnskaper om tropemedisin. Det eneste jeg hadde var mine brede medisinske kunnskaper, for noen «alminnelige» sykdommer er det vel i Afrika også? Det viste seg å være riktig. Og så brakte jeg med meg (eller riktigere jeg ble brakt med av) min mann som er infeksjonsmedisiner. Hans bakgrunn viste seg å være en god faglig støtte. Han var engasjert i et HIV-prosjekt ledet fra Norge (HIV-oppfølging og -behandling betales på Haydom av midler fra et Norad-finansiert prosjekt som startet i 2003, som i første omgang skal gå over 4 år og være gratis for pasientene).

Veiing på helsestasjonen



Menneskene er høyreiste, fargerike, vennlige og gjestfrie, har alltid god tid til en prat og en spøk, og spør alltid først hvordan det står til, hvordan det går med arbeidet, hvordan det går med familien og lignende, før de bærer frem sitt ærend. Vi kom i begynnelsen av regntiden, og i de fire månedene jeg var der regnet det innimellom, og landet skiftet helt karakter! Der det tidligere var solsvidd, rød, hard jord, vokste maisen høy og kunne høstes mange steder før vi dro. Alt var grønt og frodig, det var et rikt blomsterflor. Ingen trengte å sulte lengre, men med regnet kom også malaria-tid, og selv om det da var rikelig med vann, var det ofte forurenset. På medisinsk avdeling så man dette igjen i pasientene som ble innlagt. Antallet som var alvorlig syke med malaria og amøbedysenteri økte.

Ellers var det utrolig for en norsk allmennpraktiker å se folk som kom med sykdommer som jeg bare hadde lest om i bøkene. Det var tetanus, rabies, skader etter dyrebitt, revmatiske hjertefeil, HIV relaterte infeksjoner, alvorlig tuberkulose og mye annet som man oftest ikke ser her i landet og slett ikke på Skreia! Og så måtte man i mye større grad bruke enkel klinisk undersøkelse, selv om anamnese ikke er lett uten særlige språkkunnskaper! Men jeg ble godt hjulpet av lokale «barfotleger» som oversatte.

«Barfotleger»

I en situasjon med stor mangel på fagutdannet personell (bare ca. 300 universitetsutdannede leger i landet) bruker Tanzania som mange andre land i Afrika en raskere, billigere og enklere metode og utdanner en type barfotleger, Clinical Officers (CO) og Assistant Medical Officers (AMO). CO-ene har tre års utdanning etter ti år grunnskole, mens AMO-ene har ytterligere to års utdanning.

CO-ene arbeider som en slags assistentleger med filterfunksjon både ute på sykestuene og i sykehusenes mottagelse. AMO-ene har arbeidsoppgaver på linje med leger, og begge arbeider meget bredt. AMO-ene opererer stor kirurgi etter personlige kvalifikasjoner, samtidig som de har avdelingsansvar. Den enkeltes kapasitet utnyttes tilsynelatende godt; om formiddagen går CO og AMO visitt, så opererer AMO-ene, mens CO-ene er i mottagelsen eller poliklinikken. Lege tilkalles bare hvis de ikke vet hvordan de skal løse problemet, og spesielle operasjoner blir satt opp på de dagene hvor kirurger med spesiell kompetanse er tilstede. Ofte må AMO-ene gjøre det beste ut av en akutt situasjon, fordi de ikke har andre å støtte seg til og det er mange timers transport til andre sykehus.



«Sykepleie»

Sykepleiere er få og for å holde utgiftene nede, må det meste av pleien utføres av pårørende som er forpliktet til å være tilstede for å utføre pleieoppgaver, aktivisering, sørge for å skaffe mat og koke denne til pasientene. De overnatter ofte på gulvet under pasientsengen, så når kvinnene på medisinsk avdeling ofte har med seg sitt ennå brystnærte barn, og det minst er én pårørende tilstede for å pleie henne, er det livlig på den store stuen med 18 senger! Gjennomsnittsalderen på medisinsk avdelings kvinneside var heller 30 enn 80!

Mange søker helsehjelp svært sent

Det er flere grunner til det. En grunn er egenandel på helsehjelp som gjør at mange har problemer med å betale sykehusregningen. Det er vanlig med tilnærmet naturalhusholdning, og da finnes ikke penger til sykehusbehandling. De heldige kan selge en ku først, men det kvier mange seg for. Det er jo banken deres.

En annen grunn er vanskelig transport til sykehuset. De som er friske nok til det, kan gå i flere dager for å komme frem til sykehuset eller poliklinikken. Dårlig eller ikke-eksisterende veg gjør at enkelte svært syke pasienter blir trillet på sykkel, kjørt i hånddreven kjerre eller båret på ryggen eller på båre. Der det er veg, finnes det mulighet for å hentes av sykebil – hvis man finner et sted å kalle den opp – og hvis man har råd til å betale for den.

En tredje grunn kan være at man først vil prøve ut den lokale medisinske ekspertens råd, som kan være alt fra brenning eller kutting i huden, til urter og kanskje direkte religiøse anfektelser mot behandling på sykehus.

En fjerde er at man vet at det meste leger seg selv, så man venter, og det som ikke leger seg selv kan man ofte ikke gjøre noe med. Man lever med døden og alvorlig sykdom som en selvfølgelig del av livet.

Oppfølging av spesielle grupper

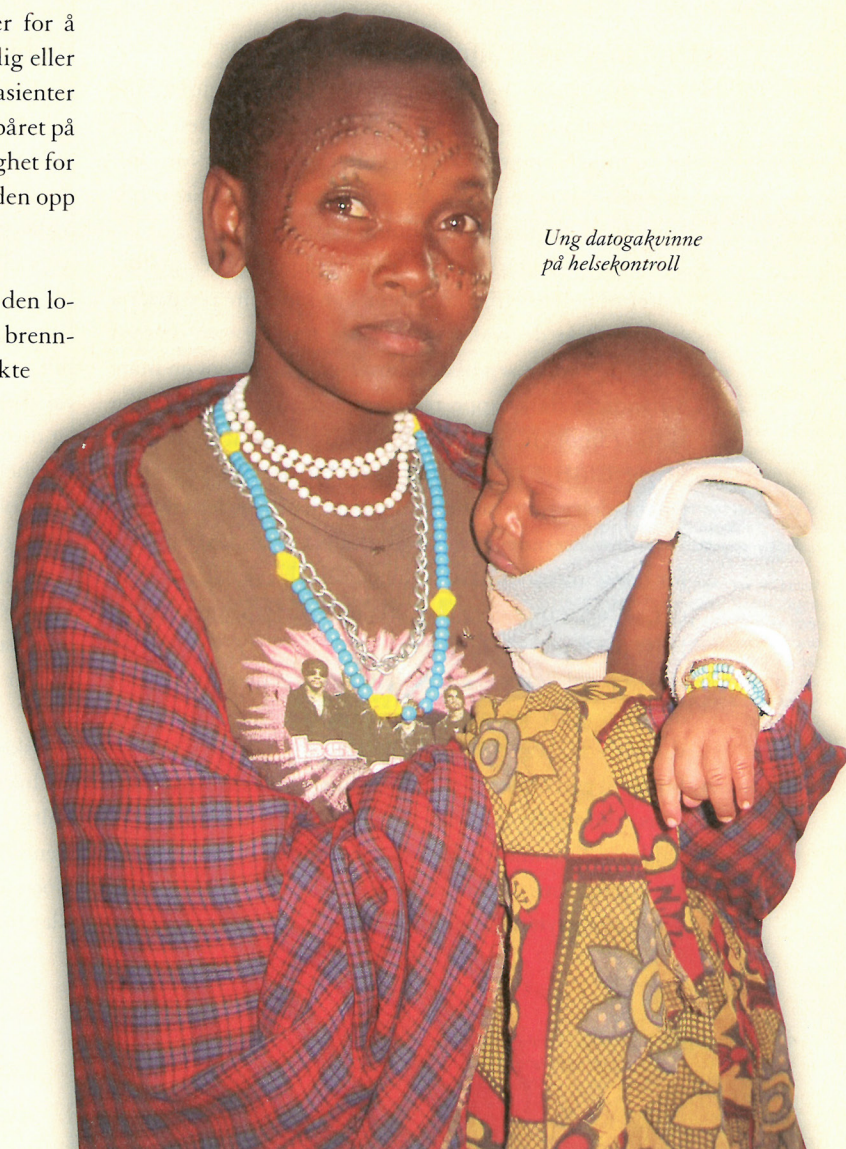
Når pasientene skrives ut, er det vanligvis uten avtale om oppfølging. Bortsett fra tuberkulose, epilepsi og i den siste tid også HIV, gjelder dette også pasienter med kroniske sykdommer. Det er vanligvis ikke ressurser til oppfølging. De fleste har også lang og vanskelig vei til sykehus eller sykestue hvor de kunne gå til kontroll.

For tuberkulose følges et nasjonalt program for behandling og oppfølging som er gratis. Behandlingen inkluderer to måneder på sykehus og så 4 måneders poliklinisk oppfølging. Epilepsibehandling og oppfølging følger også nasjonale retningslinjer. Den er gratis for pasientene og er på Haydom også ledd i et forskningsprosjekt. På Haydom er også HIV-behandling gratis, men det er unikt i Tanzania.

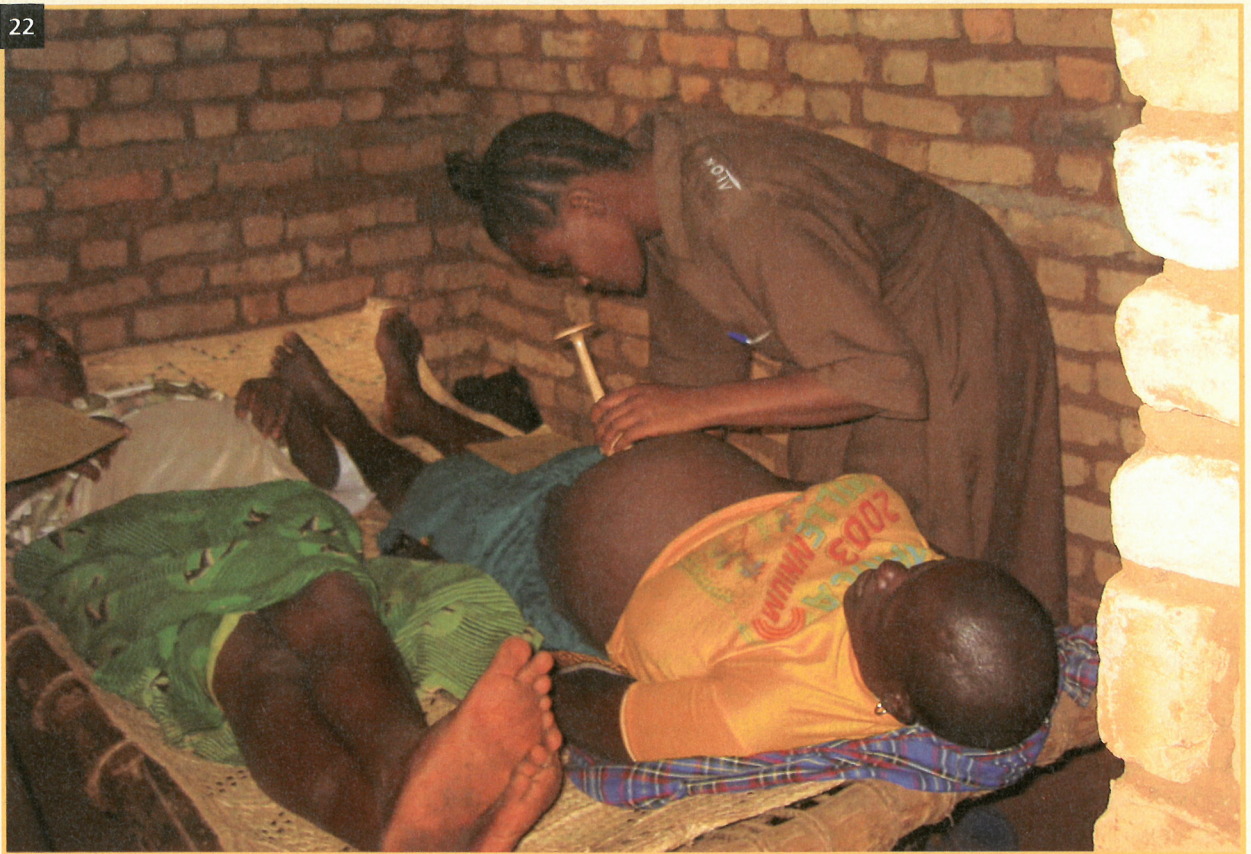
«Distriktsmedisin» i Tanzania

Haydom distrikt har et nedslagsfelt på ca. 450 000 mennesker, som bor spredt og med meget dårlig kommunikasjon. Litt desentralisert helsehjelp finnes:

- «Mødre-barnklinikker», som er ambulante «helsestasjoner», 27 stk. Personalet møter en bestemt dag i måneden og tilbyr generell helseopplysning, oppfølging av svangerskap, spedbarnkontroller og vaksinasjon, HIV-testing og rådgivning. Klinikkene er dels i faste lokaler og dels provisorisk i skyggen av et tre eller i en kirke.



Ung datogakvinne på helsekontroll



Effektiv svangerskapskontroll – to samtidig

- Det er fem mindre sykestuer.
- Ambulanser kan reise ut og hente pasienter.
- Noen poster i distriktet med mulighet for oppkalling av ambulanse.

Her finnes ingen allmennleger

- Når man søker helsehjelp, er det nesten utelukkende akutt sykdom (bortsett fra på mor-barn klinikkene). Da går man selv rett til sykehuset eller sykestuen. Noen blir behandlet i mottagelsen og sendt hjem igjen. Noen blir lagt inn av vakthavende Clinical Officer.
- Der allmennlegen i Norge er en døråpner og ressursforvalter til helsehjelp, finnes det i Tanzania lite ressurser å fordele. Når de svakeste får enda mindre enn de som greier å komme seg til sykehuset, synes det som en måte å håndtere de knappe ressursene på. Urettferdigheten skriker imot en, men det er virkeligheten. Eksempelvis er spesialiserte operasjoner bare for de rike pga store egenandeler fra pasientene og få steder hvor det utføres.
- Når vi allmennleger i Norge skal være en koordinator for bedre ressursutnyttelse av helsehjelp, er helsehjelpen der så bredt organisert, at sykehuset selv ordner det, så langt det finnes muligheter.
- En stor del av den norske allmennlegens oppgaver er oppfølging av kronisk syke pasienter. Slik oppfølging var nesten fraværende der jeg var.
- Hjelp til god omsorg ved livets slutt, er i Tanzania familiens selvfølgelige ansvar. De synes det er helt unaturlig, kaldt og lite omsorgsfullt at dette i Norge sees som et samfunnsansvar. I motsetning til at vi i Vesten dyrker ungdom og lytefri skjønnhet, blir respekten for eldre satt

i høysetet. De gamle skal lyttes til og ha det beste, både hjemme og på sykehuset.

Problemer?

Jeg kom til Afrika med mye nysgjerrighet og mange spørsmål. Etter fire måneder har jeg få svar, bare noen meninger om hvordan dette ble for meg. Jeg var både spent på hvordan jeg ville reagere på å komme til et fattig land i Afrika, og hvordan det ville bli å komme tilbake til det noen kaller bagatellproblemer og hverdagen i Norge.

Kontrastene er enorme, både kulturelle og økonomiske, slik at en sammenlikning mellom Norge og Tanzania er vanskelig. Man kan imidlertid se på fattigdomsproblemer og overflodsproblemer som livsbetingelsenes ytterpunkter som begge er svært krevende å leve med. Tanzania er fattig, men folk har tid, varme og solidaritet, og de planlegger ikke så langt frem. Dagen i dag har nok med sine gleder og bekymringer. Selv om de selv har lite, deler de hvis de kan. Den i en familie som har midler, tar ansvar for dem som ikke har noe, sørger for mat i perioder med sult, gir skolepenger og annet.

Norske overflodsproblemer, noen kaller det nedsettende for luksusproblemer, og norske pasienters eksistensielle og kulturelle livsproblemer, må forstås ut fra Norge i dag: Tempoet i utviklingen er vanskelig å følge for mange. Noen kan oppleve et ekskluderende arbeidsliv; pass inn eller forsvinn. Alle har nok til ikke å sulte, men forskjellen

