

Utpostens
dobbeltime

– Solen må aldri gå ned to ganger over en kvinne i fødsel

Anders Seim

INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE

Etter 25 år som norsk allmennlege

og bedriftslege, har Anders Seim

nå jobbet full tid med internasjonal

folkehelse siden 2001. Gjennom organisasjonen

Health & Development International (HDI) har han i 18 år jobbet for verdighet og for å styrke fattige befolkningers sosioøkonomiske muligheter ved å bidra i bekjempelsen av guineaorm, elefantiasis og de siste årene også fødselsfistler og mødredødelighet. Med base på HDIs kontor på en kai på Nesoddens vestside mobiliserer og koordinerer han organisasjoner, politikere og frivillige landsbymedarbeidere i flere land.

I juni ble Anders Seim, som eneste utlending, tildelt Harvards *Alumni Award of Merit* innen folkehelse for 2008. Prisen deles ut til tidligere studenter ved Harvard som har gjort et betydelig arbeid innenfor folkehelse, og 60-åringen er den hittil eneste nordmannen som har fått prisen.

Hvordan kan en organisasjon som i praksis er drevet av en mann bidra på denne måten?



FOTO: KENT DAYTON

UTPOSTEN: *Veien fra allmennpraksis og bedriftshelsetjeneste, der du startet legelivet, til forebygging av tropiske sykdommer, kan virke lang. Hvordan startet dette?*

AS: Jeg begynte yrkeslivet som doktor på landet i kombinasjon med bedriftshelsetjeneste, først i Lier og deretter på Nesodden i 1982. Mesteparten av tiden jobbet jeg i solo-praksis, og syntes det var fabelaktig å kunne delta på de mange gode kursene for allmennleger. Det var under et slikt kurs i Ålesund at jeg overhørte en samtale mellom noen kollegaer jeg passerte. De snakket om en som hadde tatt et ett-års studium i folkehelse ved Harvard. Jeg gikk bort til dem, forklarte at jeg hadde overhørt samtalen, og lurte på om det var riktig, at et masterstudium i folkehelse på Harvard kunne gjøres på bare ett år? Ja, det kunne de bekrefte.



Dr. Anders Seim mottar Harvards utmerkelse for sine bidrag innen folkehelse. FOTO: KENT DAYTON

Jeg søkte og fikk plass studieåret 1987/88. Familiemessig var det et godt tidspunkt å flytte til Boston i USA. Sønnen vår var ferdig med første klasse og datteren skulle begynne på førskolen. Begge lærte engelsk godt i løpet av året. Studiet var fantastisk spennende. Det var en obligatorisk del på seks måneder, og seks måneder med valgfrie fag der jeg blant annet valgte emner innenfor administrasjon og bistandsfag på Kennedy School of Government og organisasjonsfag ved Harvard Business School. Jeg har ofte lurt på hvordan en person kan være sjef i for eksempel IBM. Hvordan klarer en person å være leder for kanskje 100 000 ansatte, er det mulig?

På Harvard tipset en etiopisk medstudent meg om en gjesteforeleser, Don Hopkins. Temaet var utryddelse av guineaorm. Guineaorm er en mark på en meters lengde,

som lever i menneskekroppen et år etter man har fått i seg infisert vann, før den baner seg vei gjennom huden hvor som helst på kroppen. I 1987 var anslagsvis 3,5 millioner mennesker i 20 land smittet. Mens ormen jobber seg ut av huden gjennom tre til åtte uker har personen mye smerter og dårlig funksjon. Barn får høyt skolefravær, mange dropper ut av skolen, arbeidsfolk klarer ikke å bidra i innhøstingen og landbruket og barn går for lut og kaldt vann. I tillegg gjør guineaorm noe med folks verdighet.

Det som tente meg, var at man faktisk hadde visst hva som skulle til for å utrydde sykdommen helt siden 1800-tallet: rent vann og filtrering av vann før det drikkes fra kuller der noen kunne ha «deponert» larvene mens de hadde for eksempel en affisert fot i vannet.

Jeg tenkte derfor at støtte til utryddelse av guineaorm måtte være midt i blinken for Norge, og tok kontakt med NORAD og andre deler av norsk bistandsmiljø for å forsøke å formidle kontakt til Dr. Hopkins, uten å lykkes. Ettersom 75 prosent av bistandsmidlene til Afrika kommer fra Europa, forsøkte jeg så å mobilisere europeiske bistandsorganisasjoner, og mislyktes med det også. Det første året brukte jeg på dette, samtidig som jeg lette etter en organisasjon å jobbe i. Problemet var at oppgaven ikke passet organisasjonenes arbeidsmåte. Å utrydde en sykdom krever samordnet og samtidig innsats over et stort geografisk område, mens mange organisasjoner jobber i mindre områder. Det var også et problem at det innenfor tradisjonelt bistandsarbeid ikke var rom for å bruke penger i rike land selv om effekten kommer i fattige land. Så vi, altså et styre i USA og jeg, startet Health & Development International (HDI) i 1990. Driften har hele tiden skjedd fra Norge, men fordi man i USA har en helt annen tradisjon med innsamling og veldedighetsarbeid, var det naturlig å stifte organisasjonen der. Fortsatt sitter Dr. Don Hopkins i HDIs styre.

UTPOSTEN: Navnet *Health & Development International* favner både helse og utvikling. Selv om du siden 2001 har jobbet fulltid i organisasjonen, og avviklet allmennlegejobben på Nesodden, er det fortsatt en liten organisasjon med bare en ansatt. Hvordan jobber du og dere for å oppnå resultater?

AS: Fordelene med en så liten organisasjon, er at vi har muligheten til å handle raskt. Det er mye av arbeidet som skjer gjennom andre organisasjoner. Å jobbe politisk for å sette fokus på de tingene vi jobber med er også viktig. I bunnen er det meste arbeidet basert på frivillige medarbeidere i byer og landsbyer og deres innsats. Et eksempel er utdelingen av sugerørsfiltre til ni millioner sudanesere på begge sider av borgerkrigen i Sudan i 2001 for å forebygge guineaorm. Når befolkningen måtte flykte, fikk de ikke med seg vannkrukkene og filtrene de vanligvis brukte. Ved hjelp av Norsk Hydros petrokjemiddivisjon, deres ansatte og fagforeninger, Kirkens Nødhjelp og over 40 organisasjoner som jobbet i Sudan, lyktes vi å dele ut filtre som en kan henge rundt halsen og alltid ha med seg, for også på flukt å sikre vann fritt for guineaorm. Dette prosjektet ble senere

Entusiastisk demonstrasjon av undervisningsmateriell om fødselsfistler. FOTO: NRK2



LA FISTULE PROVIENT D'UN TRAVAIL QUI A DURE
DEUX COUCHERS DE SOLEIL OU PLUS.

Nakudar kwana biyu (2) ko hiye, ita take
haddas a cutar yoyon fitsari.
Jan ga harmun gayiyan dooro, hay-zanay
kuku jirbi hinka ga kay beene no ga a te.

supplert med flere sugerørsfiltre og bandasjevesker fra medisinstudentenes humanitæraksjon i 2003. På den måten fikk også de som var blitt syke hjelp. Medisinstudentene og Hydros folk gjorde en kjempejobb!

Vi ønsker også å være en katalysator for nye prosjekter. Mange tiltak, både ute og her hjemme, begynner som små, lokale initiativ som etter hvert innlemmes i den eksisterende, offentlige tjenesten. I Norge har vi for eksempel Luftambulansen, som startet som et privat tiltak. Helsestasjonene ble mange steder drevet av Norske Kvinners Sanitetsforening før de ble en del av det offentlige helsevesenet. På grensen mellom Ghana og Togo, som har liten tradisjon for samarbeid og har ulike offisielle språk, koordinerte HDI et prosjekt med utdeling av gratis medisiner for å forebygge elefantiasis. Ved å jobbe fra begge sider av et grenseområde der det var mye elefantiasis, unngikk man resmitte og fikk stor reduksjon i forekomst av sykdommen. Da dette arbeidet viste seg å fungere, ble det senere overtatt av nasjonale myndigheter i begge land. Prosjektet bidro på den måten også til å fremme samarbeid over landegrensene.

Målet har helt fra starten vært å bidra til en generell utvikling i utviklingsland, i tillegg til å fremme helse. Når en stor del av befolkningen er «ute av drift» på grunn av sykdom, er det vanskelig for et samfunn å utvikle seg. I Nigeria sank skolefraværet fra 60 til 13 prosent da guineaormen forsvant, arealet dyrket land økte med 25 prosent og jordbruksproduksjonen økte 40 prosent. Dette er viktige endringer for et samfunn rent økonomisk, men det handler også om å bidra til menneskers verdighet.

I det prosjektet vi akkurat har satt i gang og er ansvarlig for, er nettopp verdighet sentralt. I 2004, da guineaorm og elefantiasis var på god vei til å bli utryddet, ønsket vi å se om vi kunne bruke de organisatoriske teknikkene fra spissede prosjekter også på ikke-utryddbare sykdommer. Fødselsfistler er en varig og svært nedverdiggende skade, som gir redusert inntektsevne og er stigmatiserende et helt liv. Samtidig er fødselsfistler en markør for dødelighet for mor og barn under fødsel. Det finnes etter hvert gratis tilbud om kirurgisk behandling av fødselsfistler noen steder, og det jobbes med langsiktige tiltak som utdanning av jordmødre og generell utdanning til kvinner. Men er det mulig å forebygge fødselsfistler og, med dette som katalysator, også barne – og mødredødelighet innenfor en kortere tidshorisont?

I februar 2008 startet et pilot-prosjekt i regionen Bankilare i Niger. Bankilare er et multietnisk, tilnærmet veiløst, vannløst og strømløst ruralt område, dobbelt så stort som Vest-



OTO: NRK2

fold. Området har 100 000 innbyggere, og har nylig fått mobiltelefondekning. Som mange andre steder, er ikke helsetjenester gratis. Dersom en kvinne går i fødsel, denne drar ut og det kan bli behov for å reise til sykehus, skjer ikke dette dersom mannen ikke er hjemme og sier at han vil betale for reisen til sykehuset og sykehusoppholdet. I det nyoppstartede prosjektet er det i hver landsby i området to frivillige, en kvinne og en mann. Begge gjennomgår et tre dagers kurs. Kvinnen har som oppgave å snakke med de gravide i landsbyen, og mannen skal spesielt snakke med mennene. Målet er å få avtalt på forhånd, at dersom fødselen setter i gang og trekker ut, kan den frivillige få henne til sykehus, også om mannen ikke er hjemme. En regel er at solen aldri må gå ned to ganger over en fødende kvinne.

Om det ser ut til å skje, skal den frivillige ta kontakt med nærmeste ambulanse på mobiltelefon. Hvis mobilnettverket ikke virker skal en bruke eselkjerre til å kjøre den fødende til nærmeste sykestue, der det finnes radiosamband. På denne måten kan kvinnen komme til sykehus i tide til å få gjort keisersnitt og kanskje unngå fødselsfistel og andre fødselskomplikasjoner.

Hver måned registrerer de frivillige også antall gravide i landsbyen, hvor mange som går til svangerskapskontroll, hvor mange som føder i landsbyen og hvor mange som sendes av gårde på grunn av forlenget fødsel. Noe av målsetningen på lengre sikt er å bidra til at flere føder på sykestue hos helsepersonell. Registreringene samles inn månedlig av veiledere i prosjektet, som reiser ut til landsbyene. De frivillige driver også undervisning om fødsel, fisteldannelse og hvordan det kan forebygges, ved hjelp av en «flipchart» i stoff med vannfaste bilder.

UTPOSTEN: Å drive vellykket forbygging ved hjelp av frivillige krever sannsynligvis stor motivasjon og enkle instruksjoner og skjemaer. Har du, gjennom din erfaring, gjort deg noen tanker om forutsetninger som må være tilstede for at denne type prosjekter skal kunne lykkes?

AS: Ja, det ser ut til at det er fem kriterier som er viktige for å få til en effektiv bruk av lokale frivillige. Alle kriteriene bør også være oppfylt for at det skal være etisk akseptabelt å be frivillige i fattige samfunn om å bruke tid på et slikt prosjekt, tid som ellers kunne vært brukt til annen innsats for familie og samfunn.

Det første er at diagnosen må være like enkel å stille for en frivillig som for en lege, for eksempel er solnedgang under en fødsel like lett å vurdere for en ufaglært som for en medisiner. Når frivillige håndterer en situasjon riktig, må det med stor sannsynlighet påvirke det klinisk forløpet, i dette tilfellet forekomst av fødselsfistler og dødsfall som skyldes forlenget

fødsel. Samtidig må tilstanden være såpass vanlig at det er mulig å få erfaring i et begrenset geografisk område, og såpass sjelden at det er mulig å gjøre dette på fritiden.

For at et godt system skal kunne videreføres over tid, må prosjektet tilby årlig oppdateringskurs, regelmessig veiledning med månedlig innsamling av data og regelmessig tilbakemelding av egne og andres resultater. Det årlige oppfriskningskurset for de frivillige gir mulighet for nyrekruttering når noen ikke lenger kan delta, og sikrer kvalitet og motivasjon. Det er også fint å kunne gi de frivillige en ny t-skjorte, tøy til å lage et klesplagg av, eller en annen type «uniform», som synliggjør og skaper identitet og tilhørighet til prosjektet. Sist, men ikke minst, må saken være så viktig for menneskene det gjelder at «alle» vil kunne ønske å bidra til bedring.

UTPOSTEN: Når du nå jobber med forebygging av helseproblemer i utviklingsland, tiltak med betydning for svært mange mennesker, har du gjort deg noen tanker om hvorvidt vi som leger og mennesker i Norge burde føle et større ansvar for dette enn de fleste av oss gjør?

AS: Prinsipielt er det ikke bedre eller viktigere å hjelpe en million mennesker enn ett menneske, slik jeg ser det. Jeg tror vel det viktigste, enten man er lege eller i et annet yrke, er å bidra i verden på en skikkelig måte, der hvor en er og på måter som kjennes riktig for en selv. For min egen del måtte jeg på et tidspunkt velge mellom allmennpraksis og videre internasjonalt forebyggende helsearbeid fordi tiden ikke strakk til. Da valgt jeg HDI. Som hos alle andre er dette en jobb som tidvis sliter. Mens av og til er det veldig gøy å se hva som er mulig å få til. Jeg trives med forandring, og stresser mer av rutine. Derfor er det et utrolig privilegium å kunne gjøre dette, å kunne komme inn i stadig nye rom, møte nye mennesker fra alle samfunnslag og på nye steder der en ellers aldri ville få kommet, og der prøve å gjøre nytte for seg.



Primærmedisinsk uke arrangeres for 10. gang i 2008!

Aplf, NSAM og LSA inviterer til en allmennmedisinsk «happening» som varer en uke til ende!

Vi ønsker å samle flest mulige allmennpraktikere og deres medarbeidere til faglig og sosialt påfyll. Vi byr på spennende kultur program og opptil fem-seks forskjellige fagkurs pr dag!

Vi ønsker å legge vekt på både kliniske, praktiske, teoretiske og etiske problemstillinger, så dette er noe å glede seg til! Hold av uke 44, fra mandag den 27. oktober til fredag den 31. oktober 2008!

Hovedkomiteen for 2008 består av:

Kenneth Sagedal (leder)

Bente Rusten, Helle Dunker, Hanne Thûrmer, Gjertrud Lødøen, Petter Brelin, Phuong Ngoc Nguyen, Vegard Vige, Mariann Mathiesen, Torfinn Kleive og Tove Rutle