

PRAKSISBESØK I UTLANDET

# - *buenísimo!*

■ TORGEIR FJERMESTAD • Spes. allmenn- og samfunnsmedisin, fastlege Ranheim legesenter, Trondheim

Det er mulig å gjennomføre praksisbesøk i utlandet, gitt visse forutsetninger, bla at en må skjønne språket kommunikasjonen foregår på. Vinteren 2014 hadde jeg tre måneder permisjon for å oppholde meg i Sør Amerika. Dette var planlagt lenge og jeg hadde forut brukt mye tid på språkstudier i spansk.



*I Cumbaya Medical Center i Quito, Ecuador. Dette drives av Rotaryklubben i Quito og ildsjel er nordmannen Odd E. Hansen som har bodd i landet over 20 år.*



*Utsikt fra Quito mot vulkanen Cotopaxi som er 5897 meter høy og ligger 75 km sør for Ecuadors hovedstad Quito. Quito har ca. 1,6 millioner innbyggere og er verdens nest høyest be-liggende hovedstad.*

FOTO: COLOURBOX

[HTTP://RACHAELINECUADOR.BLOGSPOT.NO](http://RACHAELINECUADOR.BLOGSPOT.NO)

Ranheim legesenter har i ca 10 år gitt økonomisk støtte til Cumbaya Medical Center i Quito, Ecuador. Dette drives av Rotaryklubben i Quito og ildsjel er nordmannen Odd E. Hansen som har bodd i landet over 20 år. Gjennom denne forbindelsen fikk jeg anledning til å hospitere to dager på dette legesenteret, sammen med allmennpraktikeren Fabian Andrade.

I tillegg foretok jeg en generell helseundersøkelse av 139 barn fra fire til sju år på Rotarys skole i småbyen Machachi, fire mil utenfor Quito.

### Ecuador og helseforhold

Ecuador har 15,5 mill innbyggere og er med brutto nasjonalprodukt (BNP) på 5900 dollar pr. innbygger nr. 91 av verdens 195 land (Norge er nr. 3 med BNP på 101 000 dollar). Det politiske systemet har siste 15 år vært relativt stabilt. Nåværende president Rafael Correa har sittet siden 2007 og har sentrum-venstre profil. I hans styretid er det innført minstelønn på 360 dollar i måneden, sykepengeretter og andre sosiale reformer, og skatten på utenlandske selskaper er økt. Regjeringen er ellers kjent for å gi Wikileaks-leder Julian Assange asyl i ambassaden i London, og var tidlig ute med tilbud om asyl til Edward Snowden.

Forventet livslengde i Ecuador er for menn 74 år og kvinner 78 mens tilsvarende i Norge er 80 og 84. Fertilitetsraten for kvinner er 2,6 mot 1,9 i Norge. Mødre dødeligheten pr. 100 000 fødsler er 110 mens denne i Norge er sju, og gjennomsnitt for verdens land er 210. Ecuador har et svært effektivt og gratis massevaksinasjonsprogram, som omfatter flere typer vaksiner enn Norge og med større oppslutning i befolkningen enn hos oss.

Ecuador har 16,9 leger pr. 10 000 innbyggere, mens Norge har tilsvarende 41,6. Allmennmedisin er egen spesialitet, og det er ca 6000 allmennpraktikere, som relativt sett tilsvarer noe under halvparten av Norge.

Det allmennmedisinske tilbudet er tredelt: De offentlige helsesentrene er gratis men preget av dårlig tilgjengelighet og liten kontinuitet. Derfor er markedet slik at mange allmennleger har etablert et helprivat tilbud der pasienten betaler alt selv. For en ordinær konsultasjon hos dem er kostnaden ca 40 dollar. I mellom disse to ytterlighetene er det en del ideelle organisasjoner som har etablert egne helsetilbud, og blant disse er legesenteret i Cumbaya, der en konsultasjon koster åtte dollar. Listesystem som oss har de ikke, men dette ble av allmennlegene fremsatt som et ønske og en modell.



### Centro Medico de Cumbaya

Senteret har en integrert modell der foruten allmennmedisinere også jobber gynekolog, pediater, indremedisiner, psykiater og psykolog, samt tannlege. I 2013 hadde senteret 12 502 konsultasjoner med allmennlege og 3387 spesialist-konsultasjoner. Senteret har bare ett allmennlegekontor med en lege til stede, men åpningstid er 8–17 samt lørdager, og to til tre leger jobber her på timesbasis, med fast lønn. Senteret har en avansert lab. med egen lege ansatt. Svar på CRP, hvite og diff på 15–20 minutter og leverprøver, kreatinin og elektrolytter på to til tre timer. Direkte mikroskopi av parasitter i fæces er en svært vanlig undersøkelse, utført av mikrobiolog på senteret, og svar forelå som regel innen 30 minutter. Senteret har også egen røntgenenhet inkludert ultralyd, med svar på thoraxbilde innen 30 min. I 2013 hadde senteret 12 503 konsultasjoner hos allmennlege, samt 3387 spesialist-konsultasjoner.

### Organisering av arbeidet:

Alle pasientene blir først registrert hos en sykepleier, som også tar forundersøkelse med høyde og vekt, blodtrykk, puls, temperatur og oksygenmetning av alle! Pasientene kommer så til legene med en lapp der disse data er notert. Som hos oss tar så legen anamnese og klinisk undersøkelse og rekvirerer ved behov tilleggsundersøkelser og/eller forskriver videre behandling. Legen har EPJ og kan kommunisere elektronisk internt i senteret, bla med henvisning til de andre spesialistene, men det er ingen elektronisk kommunikasjon eksternt. Lab. arket er papirbasert.

Jeg deltok i konsultasjoner to dager kl. 8–13 med til sammen 32 pasienter. Pasienten ble først forespurt av dr. Andrade og

bortsett fra to kvinner med gynekologiske problemer, hadde alle en positiv innstilling til at jeg deltok i konsultasjonen.

### Observasjoner

Dr. Andrade håndhilste på alle pasientene og alle kvinner ble møtt med et kyss på kinnet! Ca en tredjedel av pasienten hadde ikke journal fra før og det ble her tatt en grundig anamnese med tidligere sykdommer, medikamenter, allergier og familieforhold inkludert arvelige sykdommer.

En stor andel av de voksne pasientene hadde med seg familiemedlemmer inn til legen. Tidsbruk i konsultasjonen var ikke ulikt mine erfaringer fra Norge. De aller fleste pasientene hadde bare et problem de presenterte. Det ble brukt percentilkurve på alle barna.

Fordeling av de 32 pasientene viste klar overvekt kvinner/jenter med 25 stk. Åtte pasienter var under 18 år, det var bare tre voksne menn, og én person over 75 år.

### Diagnoser

Ut fra enkel statistikk over de pasientene der jeg deltok så var luftveisinfeksjoner vanligste årsak til konsultasjon. Deretter kom magelidelser, der diare og smerter var hyppigst. Tre pasienter hadde urinveisinfeksjon, en med diabetes, og ingen med psykisk ledelse. Det var få pasienter med lidelser fra muskel-skjelett systemet sammenlignet med Norge. Også kontroller av kroniske lidelser og oppfølging av risikofaktorer for hjerte-kar sykdommer hadde mindre plass enn i Norge.

### Behandling og forskjeller fra Norge

Legen informerte bra, med en del bruk av skriftlig informasjon. Verbal informasjon



var nok noe mer «patriarkalsk» enn det vi er vant med, og mindre dialogbasert, med noen klare innslag av skremsel: «Hvis du ikke tar blodtrykksmedisinen får du slag».

Luftveisinfeksjoner hadde klart mer tilbøyelighet å ende med antibiotika-kur, og det minst bredspektrede som ble brukt var amoxicillin. Dr. Andrade anførte at penicillin V hadde sjeldent effekt pga resistensmønsteret. De fleste pasientene med luftveisinfeksjon fikk også antihistaminur uten at jeg fikk fram noen klar medisinsk begrunnelse.

Tre av pasientene fikk intravenøs behandling, to for urinveisinfeksjon og en for hode- og nakkesmerter. Den ene pasienten med nyrebekkenbetennelse var klinisk relativt kjekk, uten feber eller redusert allmenntilstand, og med CRP 40. Hun fikk Gentamicin i.v. og legen forklarte at dette er en erfaringsbasert og effektiv behandling med rask effekt. Videre oppfølging var Gentamycin i.m injeksjoner daglig i fem dager kombinert med kur Furadantin.

Risikotilstander for hjerte-kar sykdom ble aggressivt håndtert og retningslinjene legen brukte var spesialistbasert. Et eksempel var en dame på 66 år som kom med diare og luft i magen, fikk målt blodtrykk på 160/88. Legen hadde ingen blodtrykksverdier fra før. Pasienten fikk forklart at tilstanden var svært risikabel og måtte starte behandling straks, ved at hun fikk utdelt den første tablett amlodipin 5 mg og tok den i legens påsyn på kontoret!

Diaresykdommer er vanlig og undersøkelser av parasitter i tarm tas svært ofte, ikke bare ved diaré, men også ved anemi, slapphet og manglende matlyst. Senterets laboratorielege angir at parasitten *blastocystis hominis* er vanligst, fulgt av *entamoeba coli*, *entamoeba histolytica* og *giardia lamblia*. For *Blastocystis* del er det interna-

sjonal uenighet hvor stor betydning denne har som patologisk agens og det er en utbredt oppfatning at den ikke skal behandles (1).

### Refleksjoner rundt praksisbesøket

Det er mange likheter hvordan allmennmedisin utøver i Ecuador og Norge. Allmennmedisin som eget fag står mye svakere i Ecuador og kunnskapsgrunnlaget syntes å være basert på retningslinjer fra organspesialister. Det var spesielt tydelig i håndteringen av risikotilstander for hjerte-kar sykdommer som blodtykk og kolesterol. De som ble avdekket, fikk medikamentell behandling ved lav absolutt risiko. Verdens Helseorganisasjon har oversikt over gjennomsnittlige blodtrykksverdier i de aller fleste land, for personer over 25 år har Ecuador et snitt på 129,3 mens Norge har 134,6 (2). Dette er ikke store forskjeller og vil medføre at hvis helsevesenet i Ecuador mer aktivt oppsporer risikanter og samtidig har lave grenser for medikamentell behandling, så vil dette legge beslag på store medisinske ressurser, og da på bekostning av andre områder. Den generelle legesøkningen i befolkningen er en del lavere enn i Norge. Derved får færre pasienter målt risikoparametre og da vil heller ikke risikantene samlet sett legge beslag på en større del av allmennlegenes kliniske hverdag.

På legesenteret jeg besøkte var det svært god lab. service samt røntgen, med raskere svartid enn vi har i Norge. Og avansert intravenøs behandling med infusjon av antibiotika og smertestillende blir håndtert på legesenteret som en daglig rutine, i større utstrekning enn vi har tradisjon for.

At pårørende i større grad er med til legen ble opplevd som nyttig, fordi det kom

fram en del ekstra opplysninger og synspunkter.

Selv om Ecuador har sykepengerettigheter med 100prosent sykepenger de første ukene så var det ingen av de 32 pasientene der jeg deltok som ble sykemeldt. Sykemeldingsstatistikk er ikke tilgjengelig for Ecuador, men Dr. Andrade bekreftet at i hans praksis var det uvanlig å sykemelde. Her var det tydeligvis stor forskjell fra Norge. En mulig forklaring er at lovverket rundt ansettelser og fagforeninger ikke er så sterk og dette bidrar trolig noe til at arbeidstakere er mer redd for å være vekk fra jobben.

### Helseundersøkelsen av skolebarn

Rotarys skole i Machachi hadde ingen legetjeneste tilsvarende norsk skole eller helsestasjon. Skolen prioriterer psykososial oppfølging og har ansatt en psykolog i hel stilling. Hun var med meg ved undersøkelsen av barna, en stor fordel fordi hun hadde veldig godt kjennskap til hver enkelt elevs helsesituasjon. Barna var utrolig tilfetsfulle og denne jobben var en særspennende og takknemlig oppgave.

Den største forskjellen på norske barn på samme alder var høy forekomst av karies, idet 20 av de 139 barna hadde tydelige funn. Forklaringen er at mange tygger søtsaker jevnlig, og det er manglende oppfølging av tannhygiene fra familien.

Et annet interessant funn var at ingen av barna brukte fast allergi- eller astmamedisin. To brukte medikamenter mot hyperaktivitet, altså 1,4 prosent, noe som er lavere enn i Europa og USA. Ut fra percentilkurver var det bare et av barna som var underernært.

Praksisbesøk i et annet land er utfordrende og givende og stimulerer til refleksjoner i egen praksis. Det er faglig spennende å se hvordan våre kolleger jobber i andre kulturer og med trange økonomiske rammer og andre typer forventninger i befolkningen. Men det er noe mer krevende å organisere slike praksisbesøk. Det er en del internasjonale hjelpeorganisasjoner, bla Rotary, som støtter eller driver allmennlegevirkosomhet i land som ikke har samme utviklingsgrad og velstand som oss. Via slike organisasjoner kan det være aktuelt å sondere muligheter for slike praksisbesøk.

### REFERANSER

1. Coyle CM, Varughese J, Weiss LM, Tanowitz HB. Blastocystis: to treat or not to treat.... Clin Infect Dis 2012; 54: 105–10.
2. [http://gamapsrver.who.int/gho/interactive\\_charts/ncd/risk\\_factor](http://gamapsrver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factor).

■ TORGEIR@ONLINE.NO