

Fødselsomsorg i Tanga,

Hvordan få mest mulig ut av knappe menneskelige og

■ VERONICA KOLSTRUP • Jordmorstudent, Tromsø

■ NILS KOLSTRUP • Fastlege, Skansen Legekontor, Tromsø
Rådgiver, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

Fattige Tanga i den muslimske delen av Tanzania har høy forekomst av malaria og andre parasitter og samtidig relativt høy forekomst av HIV blant gravide. Ved å gi jern og korte kurer mot malaria og parasitter forsøker man å få medisinen til å rekke lengst mulig. HIV-positive kvinner blir behandlet i vanlige klinikker, men på spesielle dager.

Det blir gitt prevensjonsveiledning i forbindelse med fødselsomsorgen. Kontrollhyppighet og prosedyrer er i teorien klare. Men kontroll, oppsporing av risikograviditeter og fødsler har svært varierende kvalitet. Fødslene foregår på fødestuer og fødeavdelinger med lite utstyr, vanskelig hygiene og enormt arbeidspress for jordmødrene. Til tross for disse svakheter har det vært en klar nedgang i mødre- og barnedødeligheten. Nedenfor beskriver vi hvordan denne fødselsomsorgen utføres i praksis.

Veronica er jordmorstudent i Tromsø. Hun var utplassert sju uker i Tanga som en del av sin utdanning. Veronica hadde selv sørget for utplasseringen. Hun bodde under oppholdet på Tanga International Competence Center (TICC) (1). TICC samarbeider med sykepleieforbundet og lokale helsemyndigheter i Tanzania om et solidaritetsprosjekt. Prosjektet inneholder bl.a. praksisopphold for studenter i helse og sosialfag. Den vesentligste del av prosjektet er utplassering på relevante institusjoner i Tanga i et tett og godt samarbeid med de lokale fagfolk. Nils er fastlege på Skansen Legekontor i Tromsø og rådgiver på Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Han har fire års erfaring fra human parasitologi i Tanga. Nils besøkte Veronica under hennes opphold i Tanga.

Infeksjonssykdommer dominerer i tropeparadiset

Havnebyen Tanga med 275 000 innbyggere ligger på østkysten av Tanzania ved Det indiske hav rett sør for grensen til Kenya og ca. 500 km syd for ekvator. Klimaet er tropisk med lang regntid fra mars til mai, og kort regntid i oktober november. Temperaturen er rundt 30 grader hele året, kjøligst i august og varmest i februar (2).

Nils arbeidet som human parasitolog ved Tanga Research Centre fra 1974–78 (som leder i 1978). Dette senteret er nå et malaria- og HIV forskningscenter støttet

blant annet av Bill and Melinda Gates fondations.

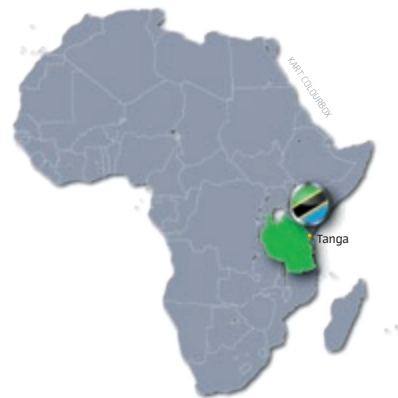
Dessverre er parasittene en stor belastning for befolkningen. Malaria har en av de høyeste prevalenser i verden, selv om det er verst noen få mil inn i landet. Heldigvis har intensiv bekjempelse resultert i en nedgang i forekomsten (3). Hakeorm, en blodsugende tarmmakk, finns i over halvdel av befolkningen. Spolorm, også en utbredt tarmmakk. Bilharzia som gir blødning i blæren og filariasis som gir hydrocoele og elefantiasis, er svært alminnelige parasitter i området. Protozoene amøber og giardia er også utbredt.

HIV har ikke helt så høy prevalens på kysten som andre steder i Tanzania. Men

allikevel er 5,5 prosent av de gravide som går til svangerskapskontroll i Tanga HIV positive (4). Tuberkulose er også utbredt. I Tanga er tuberkulose så tett assosiert med HIV og Aids, at legene antar at alle med tuberkulose også er HIV positive.

For gravide er alle disse sykdomsinfeksjoner en stor trussel mot foster og mor. For fosteret er malaria spesielt farlig, fordi parasitten forhindrer at morkaken fungerer som den skal. Det resulterer i dårlig tilvekst, fosterdød, dødfødsler, for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Malaria hos mor, selv uten symptomer resulterer i anemi, som igjen resulterer i dårlig trivsel hos mor og foster. Mange av parasittene i tarmene og blæra er ikke direkte farlig for det ufødte barn, men

Veronica var mest på Ngamiani Health Center i Tanga by. Senteret består av sju enetasjes bygninger og tilbyr ulike helsetjenester som øyeblikkelig hjelp, HIV- og TB-klinikk og mye mer.



Tanzania

materielle ressurser



Blodtrykk ble tatt mens kvinnene ventet og fikk undervisning.

hakeorm og bilharzia gjør at mor mister blod enten ved at hakeormene direkte suger blod fra tarmveggen eller bilharzia skader slimhinden i blæra og dermed gir blodtap hos mor. De andre tarmparasitter medfører at mor trives dårlig, fordi normal tarmopp- tak av ernæring hindres når det er mange parasitter. Elefantiasisparasitten kan gi feber og utmattelse hos mor. HIV er en alvorlig trussel, spesielt om mor ikke tar profylakse i svangerskapet.

De årlige helseutgifter pr. person i Tanzania er ca. 100 US\$ mot Norges 6000 US\$. Med så få ressurser til helse i Tanzania, må man bruke det man har på smartest mulig måte. Det krever både oppfinnsomhet og aksept for større risiko, for å finne frem til et kontroll- og behandlingsregime som treffer denne balansen best mulig.

I Tanga prøvde man så demokratisk og rettferdig som mulig å dele de materielle og mannskapsmessige ressurser. I Tanzania har de ikke en skog av mer eller mindre

seriøse privatklinikker som selger helse. I mange utviklingsland er en slik privatisering en hindring for en god helsetjeneste, fordi de få kvalifiserte helsearbeidere kjøpes opp av disse klinikker. Ved å gi relativt god og effektiv behandling som folk flest kan betale for, får man stor samfunnsmessig helseeffekt for hver tanzania shilling.

Små helsesentre er førstelinjetjenesten

Veronica var mest på Ngambiani Health Centre i Tanga by. Hun fulgte også fødsler på Bombo Regional Hospital. Ngambiani Health Centre består av sju enetasjes bygninger. Senteret har en øyeblikkelig hjelpklinik, et laboratorium, en HIV og TB klinikk, helsestasjon for barn under fem år, tannlege, et apotek, familie planleggings senter og en fødestue med et barselrom. Bombo Regional Hospital er et 500-sengs stort undervisnings sykehus, som i overkant av to millioner mennesker sogner til.

Det har alle de avdelinger som et stort sykehus har, men med fokus på malaria, TB og HIV. Det er rundt 7500 fødsler pr. år på Bombo. En stor andel av disse er risikofødsler.

Hvordan klarer man en slik helseutfordring med et begrenset budsjett?

Kontrollregimet

Når man kom inn på Ngambiani Health Centre og begynte på svangerskapskontroller var det en lang kø av gravide kvinner. Dette var flotte unge kvinner. På plassen utenfor hadde de hatt felles undervisning om sykdomsforebygging, prevensjon, fødsel og barneomsorg før de kom til kontroll. Køen var stillferdig, med en egen harmonisk tålmodig disiplin. Muslimer med sorte burkaer og hijab, andre kledd i de tradisjonelle fargerike kangaer, alle velstelte.

I følge WHO's retningslinjer for svangerskapsomsorg skal kvinnene gå på fire kon-

troller (5). Det er det beste kompromiss mellom ressursbruk og kvalitet. Formålet med kontrollene er i Tanzania som i Norge å gi råd og avdekke risikosvangerskap som trenger ytterligere oppfølging. Ved mistanke om noe unormalt ved svangerskapet ble kvinnen henvist til gynekolog på Bombo Hospital.

I praksis viste det seg at det var stor variasjon på hvor mange svangerskapskontroller hver kvinne kom til. Ca 25 prosent kom ikke på kontroller i det hele tatt. Dersom de kom på kontroller, varierte antallet fra en til åtte kontroller. Det var noe tilfeldig hvor tidlig i svangerskapet kvinnene kom til førstegangs kontroll og når jordmoren satte opp til neste kontroll. Mange kvinner ble satt opp til kontroll hver fjerde uke. Altså opp til åtte kontroller, mye mer enn de fire anbefalte av WHO. Samtidig var det mange kvinner som kom til få kontroller. Slike uregelmessigheter var vanskelige å unngå. Utdanningsnivået var lavt. Kanskje de mange oppsatte kontroller var for å øke sjansen for at kvinnene i det minste ville komme til noen av kontrollene. Kontroller ble nedprioritert, fordi kvinnene var under krysspress med andre krav fra mann og annen familie.

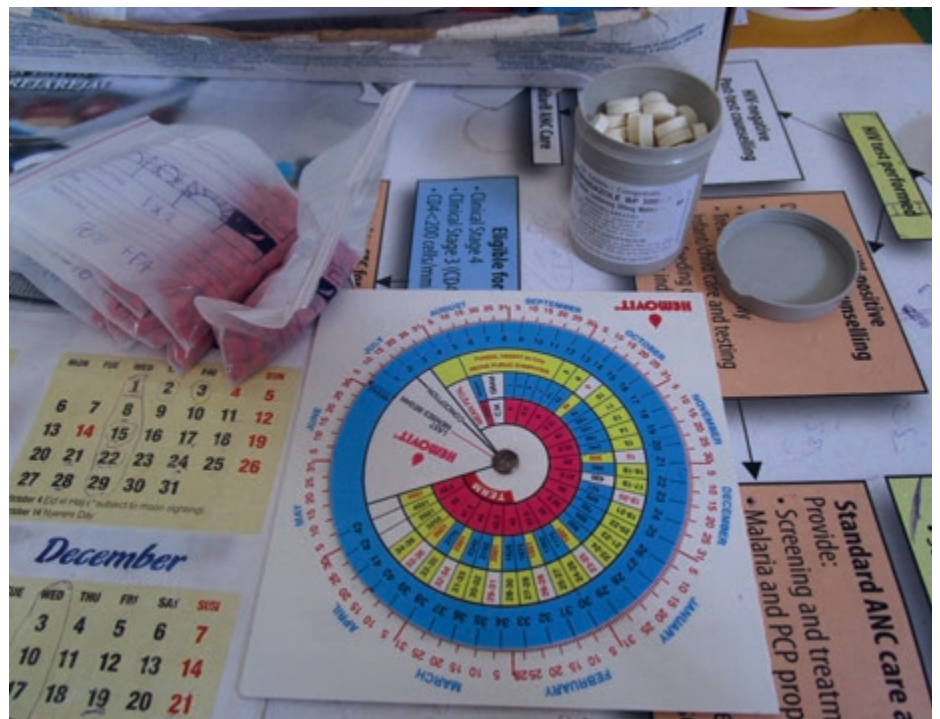
For jordmødrene var hverdagen hektisk. På en normal dag var det opp til 35 kontroller. Det kunne resultere i at viktige symptomer ble oversett. På grunn av mangel på jordmødre hadde helseassistenter blitt lært opp til å utføre enkle oppgaver som å ta vekt og blodtrykk. Når det manglet jordmor utførte en helseassistent svangerskapskontrollene. Oppsporing av risikograviditeter ble da vanskelig, fordi det var en ufaglært som gjennomførte en slik kontroll. Mangel på teknisk utstyr som blodtryksapparat og urinstix var også medvirkende til at risikograviditeter ble oversett.

Profylaktisk behandling av malaria og makk er anbefalt av WHO og skal gis gjennom svangerskapet. I Tanga fikk kvinnene to profylaktiske behandlinger med mebendazol og albendazole mot makk og sulphadoxine-pyrimethamine mot malaria. Medisinene ble tatt på kontrollene. Pga anemi forårsaket av parasitter skulle de gravide også ha daglig jern og folsyre. De fikk derfor utdelt medisiner på svangerskapskontrollen, slik at hvis de tok det som foreskrevet, hadde de nok til neste kontroll. På grunn av for sjeldne kontroller, mangel på medisin eller at utdeling ble glemt, var det en del av kvinnene som ikke fikk gjennomført disse kurene eller ikke fikk med seg medisin hjem.

Kvinner får gjennomsnittlig 5,7 barn i Tanzania. I 2010 brukte 27,4 prosent av gifte kvinner prevensjon. Kun 12 prosent av kvinner mellom 15–24 år brukte preven-

sjon – derfor blir mange tenåringer gravide (6). Undervisning om prevensjon og utdeling av prevensjonsmidler ble gjort på familieplanleggingskontoret. Jordmor tok ofte emnet opp på svangerskapskontrollene for at kvinnene skulle tenkte på dette til etter fødselen. Kvinnene fikk informasjon om at det finnes usynlige og gratis prevensjonsmidler. De ble anbefalt å begynne på dette samtidig som barnet skulle på seks ukers kontroll. P-stav og injeksjon av prevensjonsmiddel hver tredje måned var mest brukt i denne delen av landet.

HIV positive kvinner ble diskret samlet på egne HIV dager for å øke sannsynligheten for at de kom på kontroller. Under samlingene la man mye vekt på undervisning i forebyggende tiltak og medisiner. Kvinnene fikk gratis antiviral behandling under svangerskapet. Kvinnenes barn fikk antiviral behandling etter fødselen til det ikke var noen smitterisiko lenger. Antiviral behandling vedvarte igjennom de anbefalte seks måneders ammeperiode.



Utdeling av profylakser og beregning av svangerskapslengde.

Fødselene

I Norge er der oftest en jordmor hos den fødende under hele fødselen. Støtte og trygghet til den fødende i hele fødselsforløpet gir en god fødselsopplevelse. For jordmoren på fødeavdelingen på regionssykehuset i Tanga handlet det om å være der det trengtes mest. Det var oftest kun når kvinnen trykket ut barnet. I påvente av forløsningen lå kvinnen på en benk i et rom med andre fødende kvinner. Hun hadde ikke privatliv eller

støtte av pårørende. Fødende måtte ha toalettbøtte med seg. Selv om bøttene hadde lokk var dunsten av urin, avføring og oppkast ofte intens i de 30 varmegrader. Bomull, skalpell, sutur, klyster og plastklemme til bruk ved fødsel måtte kvinnene ha med selv. For kvinner som ikke hadde med utstyr måtte man improvisere, eller ta fra andre som hadde med mer enn de trengte selv. Fatigge kvinner og kvinner med HIV ble av og til nedprioritert. Kvinner som lagde lyd un-



I påvente av forløsningen lå kvinnen på en benk i et rom med andre fødende kvinner. Hun hadde ikke privatliv og støtte av pårørende. Duften fra toalettbottene var intens.



Intensiv-avdelingen.

der fødsel ble irttesatt. En ærbar og stolt kvinne skulle ikke si et kny under fødselen.

Etter fødsel ble kvinnene og deres barn flyttet til barselavdelingen. Her var det for få senger. Kvinnene måtte dele seng og ligge andfødtes med en ukjent kvinne og deres nyfødte barn. Hygienen var vanskelig fordi kvinnene var barbeint og delte seng med andre barselkvinner. Mange barn ble lagt inn med sepsis på barneavdelingen tre til fire døgn etter fødselen. Dårlig hygi-

ene resulterende i sepsis er en meget hyp-pig årsak til perinatal død.

Til tross for dette valgte mange kvinner å komme til sykehuset for å føde, for de har lært at det redder liv å føde på sykehuset med jordmor tilstede. Omtrent 48 prosent av kvinnene føder ved hjelp av trent helsepersonell.

Selv om vi med våre kritiske øyne og

mange penger lett kan se forbedringspotensial, så er det bedre å føde i sykehus enn på jordgulv ute i en hytte. Jordmødrene var utrolig dyktige. Med mellom 20 og 30 fødsler i døgnet på to jordmødre på vakt, fikk de en enorm erfaring i å prioritere det aller viktigste.

Hvilket inntrykk sitter vi da igjen med?

Vi har sett at på tross av svakheter har man i Tanzania en ganske effektiv fødselsomsorg. All statistikk på området er usikker. Man har ikke sikker oversikt over fødsler som skjer i hjemmet, uten noen form for kontakt med helsepersonell. Men det har utvilsomt vært en reel forbedring av helse-situasjonen hos både mødre og deres spedbarn. Antallet av aborter er ukjent, men perinatal død (død rundt fødselstidspunktet) har gått ned fra 99 pr. 1000 i 1999 til 50 pr. 1000 i 2010. Mødredødeligheten har samtidig blitt redusert fra 579 til 469 pr. 100 000 (7).

Enkelte av mennene var engasjert i hvordan deres ektefeller hadde det mens de var gravide. Men dessverre var ca. 50 prosent av kvinnene blitt seksuelt misbrukt, de fleste av sine menn. Kvinnene måtte bruke prevensjon, som mennene ikke visste om. For kvinnene var prevensjon vanskelig. Det var en balanse mellom å bli erklært ufruktbar, og få så få barn at hvert barn kunne få mest mulig omsorg og utdanning. Dette trengte barn for å få mulighet for å få utdanning og bedre levekår enn sine foreldre.

Det var slående hvor bestemte disse flotte sterke kvinnene vi så på kontrollene var på å gi den best mulige omsorg for sine ufødte barn. Dette klarte de på tross av ofte vanskelig krysspress hjemme, mangel på utstyr og medisiner på helsesentrene. Som overallt i utviklingsverdenen var det de sterke og modige kvinner som førte an i ønsket om utvikling.

REFERANSER

1. <http://www.meetingpointtanga.net/web/page.aspx?sid=8780>
2. http://www.mamboviewpoint.org/Downloads/Tanga%20Tourism%20Guide_2011.pdf
3. Malaria Journal doi: 10.1186/1475-2875-9-216).
4. http://www.unicef.org/aids/files/hiv_pmtctfact-sheetTanzania.pdf
5. <http://whgibdoc.who.int>
6. <http://tz.one.un.org/index.php/what-we-do/health-and-nutrition>
7. <http://tz.one.un.org/index.php/what-we-do/health-and-nutrition>

■ VERONICA_VOLD@HOTMAIL.COM
■ NILS.KOLSTRUP@TELEMED.NO