

Salmer fra et afrikansk kjøkken*

■ KARI HILDE JUVKAM

Spesialist i allmennmedisin, godkjent veileder
i allmennmedisin, Grimstad Legesenter



TANZANIA

AREAL: 945 087 km² • BEFOLKNING: 51,820,000 (2014)

HOVEDSTAD: Dodoma • STØRSTE BY: Dar es Salaam

ETNISKE GRUPPER: Fastlandet: Afrikanske stammer (mer enn 130 forskjellige bantu-stammer) 99 %, andre 1 %. Zanzibar: Arabere, afrikanere.

SPRÅK Swahili (offisielt), kiunguja, engelsk (offisielt), arabisk, mange mindre språk.

RELIGION Fastlandet: Kristne 30 %, muslimer 35 %, tradisjonell religion 35 %. Zanzibar: 99 % muslimer.

* «Salmer fra kjøkkenet», norsk film fra 2003. Den omhandler temaet å observere hverandre med skepsis og etterhvert komme i kontakt.

Vi startet dagen med salmer i den lille kirken. Veien dit gikk gjennom frodig regnskog med fuglesang, bananpalmer og kaffeplanter.



Salmesangen var sterk og trygg på swahili. Vaktrapporten var ikke fullt så sterk og trygg. Den ble mumlet frem på et haltende medisinsk engelsk og kommentert på swahili. Sykepleier rapporterte fra siste døgns hendelser på Marangu Hospital, om innkomne pasienter – menn, kvinner og barn, om de som hadde hatt feber og oppkast. Ikke mye å bli klok av. Vips så var alle borte fra kirkerommet, hvor var de? I mangel av legemøte var det vanskelig å få system på arbeidsfordelingen mellom legene. Noen forsvant til ærender utenfor sykehuset, noen startet poliklinikken, og etter hvert kom ansvarlig lege i gang med «ward round». Dette var starten på mine dager på Marangu Hospital i 2005. Mye var annerledes. Sykdomspanoramaet jeg møtte var som 70–80 år tilbake i tid og sykdommer jeg tidligere bare hadde lest om ble virkelighet; reumatisk feber, tetanus, eklampsi ... Brannskadde barn som brukte syntetisk tøy og ble antent av åpen ild i hjemmet. Og AIDS-syke, de med kjent diagnose og de som ikke visste om det. Disse kom ofte til sykehuset med opportunistiske infeksjoner som tuberkulose og Pneumocystis Carinii.

Stedet var Tanzania. Landsbyen Marangu, nord i landet, ikke langt fra Kenyas grense. 1600 m.o.h., i fjellsiden til det magiske fjellet Kilimanjaro. Her eier og driver den lutherske kirke i Tanzania flere mindre sykehus og sykestuer, «dispensaries». De administreres av kirkekontoret i Moshi, fire mil lengre sør.

Pregnancy at risk

Jeg gjorde en studie på Marangu Hospital januar–mars 2005. Med protokoll og tillatelse til forskning fra Regional etisk komite i Bergen fikk jeg til slutt også tillatelse fra de Tanzanianske helsemyndighetene. Jeg opplevde skepsis og utrygghet forbundet med «transparency». Noen nøkkelpersoner med visjoner og mere moderne syn på utvikling, støttet og hjalp frem mitt prosjekt: «Pregnancy at risk in a rural area in northern Tanzania. Does antenatal care (ANC) in this area function in order to preidentify risk pregnancies and to follow them up?»

Mødredødeligheten er høy i Tanzania. I 2005 døde 610 kvinner pr. 100 000 levendefødte barn, synkende til 410 i 2013. Spedbarnsdødeligheten, dødsfall i første leveår pr. 1000 levendefødte barn, var 57 i 2005, synkende til 36 i 2013. I 2005 ble ca. 40 prosent av fødslene tatt hånd om av utdannet personell, i 2010 49 prosent. Hver kvinne føder mange barn. Fruktbarhetsraten, d.v.s. antall barn pr. kvinne mellom 15 og 49 år, var 5,6 i 2005 og 4,9 i 2015. Hele 50 prosent av gravide kvinner hadde anemi i 2005. Årsaken var malaria, innvollsorm og jernmangel. HIV-positive kvinner og menn i aldersgruppen 15–49 år var 6,6 prosent i 2005 og i 2013 5,0 prosent.

Jeg observerte svangerskapskontroller på Mother Child Health Clinic (MCHC) for fire parametere; hemoglobin, urinstiks, blodtrykk og symfyse fundus mål (SF mål).

I tillegg besøkte jeg flere sykestuer og gjorde registreringer av helsekort og fødsler på Marangu Hospital. Av 56 fortløpende svangerskapskontroller fikk 1/3 målt hemoglobin og omtrent like mange undersøkt urinen. Blodtrykk og SF mål ble alltid utført. Ved registreringene på fødeavdelingen, der kvinner fra hele distriktet kom til fødsel, hadde 56 prosent fått målt minst en hemoglobin og 48 prosent fått tatt minst en urin stiks. Hva sviktet? Tanzanianske myndigheter er dyktige på å utarbeide retningslinjer for god helsekontroll. Ved å ta anamnese på tidligere graviditeter, måle hemoglobin to ganger i løpet av svangerskapet, ta urin stiks ved hver kontroll, måle blodtrykk og utføre SF mål, kan man plukke ut de fleste med risiko. Gravide med risiko anbefales å føde på sykehus. Tall fra mitt materiale viste at 14 prosent av kvinnene av ulike årsaker ble forløst med keisersnitt, nesten på skandinavisk nivå.

Etter å ha gått dypere inn i problematikken med observasjoner, registreringer og intervjuer, kom jeg til at årsaken var sammensatt. Delvis var det *holdningene* blant de gravide. De reflekterte i liten grad over risiko eller fremtid. Holdning til effekten av forebyggende arbeid og betydningen for enkeltpersoner og samfunn er viktig. Å være gravid og føde er den største risiko en kvinne utsetter seg for. I samfunn der kvinner føder opptil åtte barn, slik det har vært til alle tider, blir normalen å la naturen gå sin gang med de kostnader det har.

I et samfunn hvor dagene leves én etter én, er det ikke lett å huske hva som gikk galt sist, eller med nabokvinnen, og hente det inn som referanse. Å kommunisere med kvinnen og hennes ektemann er en viktig del av svangerskapsomsorgen. Måten budskapet om tiltak i svangerskapet ble presentert, var avgjørende for hva kvinnen kunne akseptere. *Ektemenn* som er økonomisk ansvarlig i familien setter også grenser for svangerskapskontrollenes innhold. Konsultasjonene er gratis, men laboratorieprøver og andre undersøkelser må det betales for. Utilstrekkelig antall personell med *relevant utdanning og klinisk sans* er en begrensende faktor i en god svangerskapsomsorg. Mangelfull kjennskap til retningslinjer, gode rutiner og adekvat oppfølging av patologiske prøvesvar likeså. Konsistent bruk av helsekortene er viktig. Jeg så ved registreringer på fødeavdelingen at de i nesten 100 prosent av tilfellene var brakt med av kvinnene, men ofte mangelfullt utfylte. På Marangu hospital hadde de en organisert svangerskapsomsorg med jordmor Mary som *ressurs*. Likevel var det vanskelig også der å gjennomføre en svangerskapskontroll med god nok kvalitet.

Gruppeundervisning for gravide ville vært et spennende redskap for forbedring. Skolene kan ha en sentral rolle i å øke kunnskap og å gjøre holdningsskapende arbeide. Min studie viste at helsevesenet i Tanzania, også på landsbygda, har mulighet til å gi gravide en god og relevant omsorg, men det må endringer til. Landet som helhet har hatt en stabil økonomisk vekst, men dette har til nå ikke kommet den fattige delen av befolkningen til gode.

Marangu Hospital

Jeg arbeidet frivillig på de ulike avdelingene. Legene i Tanzania er delvis Medical Doctors (MD), men i stor grad Medical Officer's (MO) med fire års utdanning. MD'er forsvinner ofte til sentrale strøk eller til utlandet, og de med enklere utdanning blir igjen. Sammen med en MO gikk jeg daglig sitt på «Womens Ward», «Male Ward» og «Postoperative». Jeg likte best å være på «Delivery Ward» med ventende gravide, fødler og barselkvinner med sine barn. Pasientene kunne være fra nærområdet, men mange hadde vandret i dagevis for å komme frem, og de heldige hadde fått skyss på et lasteplan. Tilstedeværelse av vestlige leger økte sykehusets popularitet. Spesielt på fødestuen og barsel fulgte jeg dem som skulle føde og de som hadde født. På visitten spøkte vi rundt at de nyfødte var like hvite i huden som jeg. Å gi de fødende omsorg var ikke tradisjon. Jeg møtte mange redde, unge førstegangsfødende uten følge. Å være nær de fødende var naturlig for meg, og jeg hørte at personalet snakket om dette og om endringer de kunne gjøre. Vi gledet oss over de vel-skapte små og sørget over de som døde før livet tok til. Det var hjerteskjærende å treffe unge gravide med HIV virus i kroppen og som fikk livstruende infeksjoner når de kom et stykke ut i graviditeten.

Jeg ble fast assistent på «Major Theater», operasjonsstuen. Det var hektisk aktivitet blant annet med keisersnitt og sterilisering. Selv uten spesiell kirurgisk erfaring kunne jeg bidra med to hjelpende hender. Det ble mange sterke opplevelser; «slitne uterus» etter mange graviditeter og fødler, store blødninger, og mangelfull eter-

anestesi. Operasjonspersonalet, to sykepleiere, var fantastiske. De sang for å berolige pasienter som av og til våknet opp av narkosen før alle suturer var satt. Det hendte vi måtte hysterektomere på vital indikasjon, til stor sorg for familien.

Da det av og til ble erkjent at det var nok barn i familien kunne ektefelle gi tillatelse og økonomisk mulighet til sterilisering. Kvinnen la seg på operasjonsbordet, og i lokalbedøvelse ble det gjort et snitt i buken, hvorpå eggledere ble fisket frem og ligert. Det er utrolig hva kvinner tåler. I beundring for deres mot og over helsepersonellens evne og vilje til å utnytte ressurser maksimalt, ble det også hverdag for meg å assistere.

En episode har brent seg inn i hukommelsen. Jeg fikk telefon fra den MO'en jeg jobbet mest sammen med en morgen: «Emergency, please come to hospital». Jeg brøt opp fra frokostbordet og travet raskt gjennom regnskogen til sykehuset, dro på meg frakken og løp til «The Major Theater». Der var det tomt. På «Delivery Ward» lå en gravid med skyhøyt blodtrykk, alvorlig proteinuri og redusert allmenntilstand. Hun trengte åpenbart hastesection. Men hvor var personalet? Jeg fikk samlet dem sammen. Idet hun ble lagt i narkose fikk hun et krampeanfall. Fullt utviklet eklampsi. Vi reddet et fullbåret frisk barn. Mor hadde høyt blodtrykk i dagene derpå, men kom seg raskt. Vi hadde ingen medikamenter å behandle henne med. Jeg forundret meg ofte over hvordan ting gikk bra. Pasientene var stort sett takknemlige over å bli hjulpet, og personalet var kreative og avbalanserte, av og til for rolige etter min oppfatning.

MY RECOMMENDATIONS TO ACHIEVE IMPROVEMENT OF THE ANC

1. Record all risk factors and write important information on the health card.
2. Teach the women to remember the date of their last menstrual period.
3. Earlier first control.
4. Measure haemoglobin at first and third visit.
5. Check urine sediment and albumin early in pregnancy especially if earlier history on urine tract infection. Urine albumin: At every visit and if blood pressure is elevated.
6. Measure symphysis-fundus with a measuring tape and note it in a diagram.
7. Height at first visit. Make a mark 150 cm on the wall to measure height > or < 150 cm.
8. Perform HIV and syphilis tests. Always give pre & post-test counselling.
9. Make focused controls: to do it, to do it the right way, to note it, to follow up pathological answers in an adequate way.

Ref. Pregnancy at risk in a rural area in Northern Tanzania



Mary på helsestasjonen



Visitten

Sponsorer fra Vesten, i 2005 Tyskland, Norge og Finland, forsynte sykehuset med utstyr. Alt fra kirurgisk utstyr, engangsmateriell – som ofte ble brukt flere ganger – kontormateriell og PC'er. Hygiene ble forsøkt fremhevet som noe nødvendig, som vask av hender mellom pasientsengene, i alle fall mellom stuene. Journalene var håndskrevne og de ulike legene hadde sine måter å notere på, slik at journalene ble temmelig kaotiske etter hvert. To norske helsearbeidere; Gunnar Hjorth og Tone Ellefsen, var i mange år iherdige bidragsyttere til Marangu Hospital. De var også døråpnere for meg. De hadde etablert blant annet renholdertjeneste, fattigkasse, bygget kantine med undervisningslokale og bibliotek og arrangerte faglige møter for kunnskapsoverføring. Men hvert tiltak var en utfordring. Ikke lett å samles når ingen hadde avtalebok, almanakk og heller ikke syntes at slike møteplasser var viktige. Det var utrygghet knyttet til økonomi. I hvor stor grad hersket korrupte krefter? En av de norske sponsorene betalte mer for byggematerialer til kantina enn forventet. Da det ble bedt om dokumentasjon viste det seg at halvparten av summen lå i lommen på bygningsarbeiderne. Den samme sponsoren påpekte en rekke uheldige økonomiske forhold og ble til slutt truet til å forlate sykehuset. Da jeg avsluttet mitt opphold ville økonomisjefen sitte på med meg de 120 km til Arusha. Det ble en lang omvei til en annen landsby der vi hentet

andre som ville ha skyss. På flyplassen insisterte økonomisjefen å følge oss til innsjekk. Gebyr for overvekt ble overraskende mye.

Selv om rammene rundt helsevesenet var veldig ulike de vante, opplevde jeg det trygt og meningsfylt å kommunisere med pasientene. Pasientene responderte med oppmerksomhet og interesse. Det var flott å bruke en interessert sykepleier som tolk, men man kommer også langt med noen få ord swahili, kroppsspråk og litt engelsk.

Mitt hjem

Jeg bodde i et enkelt murhus ti minutters gange fra sykehuset. Med lokalt produserte møbler og utstyr fra markedet ble det etter hvert ganske koselig. Etter solnedgang var det tryggest å oppholde seg innendørs. De mørke kreftene kom frem og landsbyen ble utrygg. Vi så voldsofrene på sykehuset dagen etter. Alkoholene fløt og våpen satt løst. I hagen hadde jeg egen vaktmann og naboens hunder. Ikke sjelden våknet jeg om natten av at de jaget bort folk ved det høye gjerdet. Det var ustabil strømtilførsel og mange mørke kvelder i huset. Godt senga var bra. Husdyrene mine, gekkoene, holdt det rent for småkryp. Mine norske naboer var viktige både faglig og sosialt. Når de ikke var i Norge eller på reise, kunne det også bli transport hjem fra sosiale sammenkomster på Marangu hotell, hos naboer, eller i Moshi.

Naturlig forhold til døden

Dødsfall også hos unge mennesker ble en naturlig del av hverdagen. Når familien hentet sine døde hadde de med hornorkester på lastepplanet, som satte i gang når gråtekonene var ferdige. Familiemedlemmer ble begravd i nærheten av huset de bodde i. Jeg var engang i begravelsen til en 14 åring. I hagen lå også hennes mor og søster begravd. Jenta døde etter tilbakevendende infeksjoner. Årsaken var åpenbar, men foretrengt: AIDS.

Helsestasjonen

MCHC, en del av Marangu Hospital, driver «family planning, pregnancy care and mother/child care». Mary som er jordmor og helsesøster styrer helsestasjonen med stø hånd. Kirken hadde bestemt at det ikke skulle deles ut kondomer, sex er jo synd og kondomer er skadelig. Likevel var det rikelig å ta av i skuffen på MCHC, p-piller ble forskrevet, spiraler lagt inn. Det ble også satt gestageninjeksjoner og lagt inn gestagenimplantater. Jeg oppholdt meg mye på MCHC for å observere svangerskapskontroller. Mary hadde kunnskap og trygghet til å gi kontrollene godt innhold. Hun hadde også mulighet til å ta kvinnene med til poliklinikken for videre undersøkelse dersom hun fant patologi.





Familien Urio

Hvorfor publiserte jeg aldri mine resultater her hjemme?

Jeg laget en omfattende rapport som ble sendt til de tanzanianske sykehus-myndigheter, til Regional Medical Officer i Kilimanjaro, og til eier av sykehuset. Hovedpunktene ble undervist for nøkkelpersoner på Marangu Hospital i eget undervisningsmøte. Den ble overlevert og gjennomgått med jordmor Mary. Kunnskapen er brukt i nøkkelstillinger hun senere har innehatt. Hjemme igjen etter oppholdet opplevdes det som en stor overgang å komme tilbake til Vesten. Legearbeidet her opptok det meste av min arbeidskapasitet. Min veileder på Universitetet i Oslo tok vel heller ikke nok tak i meg for å få laget en publisering utover rapporten som ble brukt lokalt.

Refleksjoner etter arbeidsperiode ved sykehuset i 2015

Jeg har vært i Marangu ved flere anledninger, sist i februar 2015. Jeg har venner på sykehuset og i landsbyen. Mange er bekymret for at sykehuset har mangelfull økonomisk styring og faglig nivå. Det er

manglende vilje til endring. Driften har i mange år i for stor grad vært basert på vestlige sponsorer, med liten evne til å utvikle gode faglige og administrative systemer. Dette er et problem generelt i Tanzania.

Jeg tenkte det kunne vært mulig å gjøre en sammenliknende studie mellom 2005 og 2015: Hva har skjedd på ti år? Oppholdet i 2015 startet med en samtale med nåværende sjefslege. Han var lite positiv til forskning og å sette fokus på kvalitet. Jeg ble møtt med: «Dere hvite er bare ute etter å lære og er i grunnen en belastning». Økonomisk sponsering er imidlertid ønsket. Det er ikke betydelige bedringer i utstyr. Jeg observerte at pasientbelegg og aktivitet på operasjonsstuene er redusert. Et påbegynt bygg på sykehusområdet står som et skall. Undervisningslokalet er blitt til lagerrom. Laboratoriet drives godt, men kun med det mest nødvendige utstyr. Røntgenutstyret er kun til toraks og skjelett. Det er opprettet et publikumsapotek. Det eneste nye utstyret er et ultralydapparat, godt innelåst.

Jordmor Mary Urio har i løpet av disse 10 årene jobbet på andre sykehus og har også tatt videreutdanning i administrasjon. Hun

leder nå både MCHC og fødeavdeling med stø hånd. Fødende som kommer til sykehuset når hun er på jobb, blir tatt godt vare på. Mary er en klok kvinne som har betydd mye for sine arbeidsplasser og sin familie. Hun er gift med Ronald som jobber på laboratoriet, og de har tre barn sammen. Disse barna har jeg fått lov å følge. Familien flyttet ut fra en spartansk leilighet på sykehuset for tre år siden. De fikk lån til å bygge eget fordi jeg regelmessig overførte små summer til dem siden 2005. Det var rørende å bli invitert på lunsj, med nyslaktet høne og steke bananer. Min kontakt med Marangu vil fortsette, mest på grunn av Mary og hennes familie. Det kjennes viktigere enn publisering av et forskningsarbeid.

Salmer fra et kjøkken

Når en reiser ut og søker kontakt med fremmede kulturer, opplever en å være annerledes og på besøk. Jeg dro ut for å observere, og ble observert. Jeg opplevde å bli betraktet med skepsis. Det ble imidlertid etterhvert kontakt. En relasjon til dette fremmede samfunnet ble etablert, og jeg ble inkludert i livet på sykehuset. Jeg fikk særlig nærkontakt med kvinner og fikk oppleve deres livsvilkår og begrensninger, men også muligheter. Jeg ble imponert over at de kunne klare seg med lite og likevel få til mye. Min tilknytning til menneskene i Kilimanjaro-området vil alltid være sterk.

Interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

- www.globalis.no/Statistikk (06.03.16).
- Juvkam KH. Pregnancy at risk in a rural area in Northern Tanzania, University in Oslo, 2005 (Unpublished report).
- Department of Reproductive Health and Research. Global action for skilled attendants for pregnant women. whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_02.17.pdf. WHO 2000.
- Evjen-Olsen B. Motherhood-a hazardous endeavour, University of Bergen, 2002. www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMedCentral (PMC).
- Moland, K.M. 2002. «Giving Birth in Kilimanjaro: The Politics of Knowledge in Moral. Contexts», Doctoral Dissertation, University of Bergen. www.ajol.info/index.php/asr/article/.../19924.
- The United Republic of Tanzania. Ministry of Health. National Package of Essential Reproductive and Child Health Interventions in Tanzania. 2000. www.nacp.go.tz.

■ KHJUVKAM@ONLINE.NO