

Med fattigdommen som en kvernstein rundt halsen

Et par timers reise nord for hovedstaden i Mosambik ligger tettstedet Macia. Der driver en kvinne en klinikk for innlagte AIDS-pasienter, basert på tradisjonell medisin. Ryktene forteller at de får god mat og godt stell. I området rundt Macia dyrkes afrikansk potet, som ifølge amerikanske Internett-sider har en stimulerende effekt på CD4-cellene. Hos ubehandlede HIV-pasienter kan tallet variere naturlig over tid, og endringer kan være vanskelig å tolke. Mine nærmeste mosambikiske overlegekolleger ved Hospital Central i Maputo tror damens behandlingssuksess skyldes at hun mikser reelle antiretrovirale medisiner i de tradisjonelle medisinene – på samme måte som vi i Norge hadde tyske alternativmedisiner mot astma som inneholdt prednison. Mange av de unge legene, derimot, tror på behandlingen. Jeg har hørt dem anbefale den til sine privatpasienter.

Jeg har fått anledning til å arbeide som lege ved Hospital Central i Maputo i Mosambik. Her har man fire nokså identiske medisinske poster. På en av dem ligger pasientene på seks store tisengsrom, der man supplerer med madrasser på gulvet. Siste døgn var det 49 innleggelse på vår post. Blir det riktig fullt, som det ofte er, får de sist ankomne kun laken på gulvet, selv om de måtte være komatøse på grunn av malaria, cerebrale infeksjoner eller apopleksi. Selvfølgelig får de liggesår. Men i motsetning til andre steder jeg har jobbet, er gulvet rent og veggene nymalte, det er fine malerier, og leger og sykepleiere bryr seg om pasientene og prøver å gjøre det beste ut av en vanskelig situasjon.

Det ser ut til at personer med alvorlige infeksjoner som bakteriell meningitt og endokarditt oftere overlever her enn i Norge, og det gjerne uten alvorlig men. De kommer seg på enkel behandling i en vanlig sykehusavdeling selv med sepsis, multiorgansvikt, disseminert intravaskulær koagulasjon (DIC) og blødningsforstyrrelser. Forklaringen er enkel, ifølge de unge mosambikiske legene: Bare de sterkeste overlever i dette samfunnet. Seleksjon og infeksjonspress gjør at innbyggerne tåler en støyt, så lenge de ikke har utviklet immunsvikt på grunn av HIV eller underernæring. Men HIV er utbredt, og avisene skriver hver dag om økende underernæring. På grunn av tørken venter Verdens matvareprogram at om lag en million mosambikere vil trenge matvarehjelp i månedene som kommer.

HIV er et kjempeproblem

De offisielle tallene sier at nær 15 % av befolkningen i Mosambik i alderen 15–49 år er HIV-smittet. I nabolandene er andelen mye høyere, slik som i Swaziland, der 39 %

er HIV-positive. På grunn av borgerkrigen, som tok slutt i 1992, har man sannsynligvis en forsinkelse i epidemien i Mosambik, og statistikken er kanskje ikke helt til å stole på. Svært mange av mine kolleger kommer til å dø i løpet av de neste 5–10 årene. Dette gjelder staben på sykehuset, og det gjelder alle ellers i samfunnet. De menneskelige, administrative, økonomiske, politiske og sikkerhetsmessige konsekvensene vil bli svært store.

Vi er blitt lovet gratis antiretroviral behandling til alle ansatte ved sykehuset. Ikke mange våger tro på løftene, men alle håper. Få leger har kunnskaper og enda færre erfaring med slik behandling. Noen velhavende pasienter har sannsynligvis allerede dødd av bivirkningene. Men hva blir det å regne i et samfunn der de aller fleste dør av grunn sykdommen uten mulighet for behandling?

I Mosambik koster behandling med den billigste kombinasjonen av medisiner mot HIV ca. 220 kroner per måned, hvilket tilsvarer det myndighetene bruker i gjennomsnitt per person per år til helse. Minstelønnen, som er det svært mange av de relativt få med arbeid får, er omkring 300 kroner per måned. En nyutdannet lege på sykehuset får 1 300 kroner per måned (eksklusive vakttillegg), og en nyutdannet sykepleier tjener knapt 600 kroner.

Vanskelige økonomiske prioriteringer

Knapt 60 % av den vel 18 millioner store befolkningen har akseptabelt drikkevann. Under halvparten har tilgang til toalett. 55 % av befolkningen (70 % av kvinnene) er analfabeter. Ifølge FN er mors formelle utdanning den viktigste enkeltfaktoren for en families helse. Kanskje skoler burde



prioriteres fremfor HIV-medisiner? Men hvem skal se til at skoler og toaletter bygges, brønner bores og landet utvikles hvis en stor andel av befolkningen dør av AIDS og resten må ta seg av de syke og de foreldreløse? Gro Harlem Brundtland er ikke alene om å mene at det internasjonale samfunnet her har et betydelig ansvar.

I Mosambik har noen få ikke-statlige organisasjoner startet antiretroviral behandling av HIV-pasienter som ikke kan betale selv. Dessverre har kapasiteten så langt vært svært begrenset – kun et par hundre personer per organisasjon. Med offisielle anslag på over én million HIV-smittede er det langt igjen. Det gjenstår å se om lokale leger blir involvert i dette arbeidet og om forskningsresultatene kommer mosambikere til nytte. I Brasil har myndighetene lovet gratis HIV-behandling til alle som trenger det, men de første oppfølgingsstudiene viser at mange av de fattige på landet ennå ikke er inkludert (1).

Selv skulle jeg ønske at det fantes en bidragsyter som kunne forsyne Mosambik med penger nok til å starte HIV-behandling til en utvalgt del av innlagte pasienter, med påfølgende polikliniske kontroller. I en overgangsfase kunne man ha en rotasjonsordning med erfarne utenlandske infeksjonsmedisinere til å lære opp og veilede landets egne leger.

De fleste portugiserne forlot Mosambik etter frigjøringen i 1975 og etterlot seg et samfunn uten særlig infrastruktur. De hadde vært fargeblinde når det gjaldt valg av sengepartner, så her finnes mennesker av alle fargetoner. Mosambik er kjent for å ha mange usedvanlig vakre personer, og samfunnet er mindre rasistisk enn mange andre steder jeg har vært. Min erfaring er at jo penere folk er, desto større er risikoen for



Avdelingssykepleier Theresa og turnuslege Carlos. Begge foto Åse Berg



Assistentlege Helder under visitten. De to sittende kvinnene er pårørende og hjelpere

at de er HIV-positive. Det ser ut til å være et markedsspørsmål. Det sies at Mosambik historisk har vært kjent for sine vakre prostituerte.

En annerledes klinisk hverdag enn i Norge

Min hverdag som lege består i å veilede unge kolleger i å diagnostisere og behandle ekstremt avmagrede mennesker med oral candidiasis, diaré og hoste, det siste ofte på grunn av tuberkulose. 70–90 % av belegget på vår medisinske post er HIV-pasienter. Mange har sjeldne presentasjonsformer av nevrologiske HIV-komplikasjoner. Diagnostiske og terapeutiske hjelpemidler er ytterst begrenset. Det hender at livsviktige medisiner eller annet nødvendig utstyr ikke er tilgjengelig. De fleste kommer seg likevel og blir utskrevet i bedret tilstand. For noen måneder siden døde en ung mann på grunn av bilateral hydronefrose og postrenal nyresvikt fordi man ikke hadde pyelostomatikater.

Den kliniske undervisning for medisinstudentene er nokså lik den vi har i Norge. Min erfaring er at medisinstudentene i Zimbabwe for noen år siden hadde bedre grep på undersøkelsesteknikk enn studentene her, men de har samme humør, entusiasme og vitebegjær. At all kommunikasjon må skje på portugisisk, har for meg

vært en lang og krevende vei. Språkkurs på diskett, intensivkurs i Lisboa og noen måneders praksis har hjulpet. Alle på sykehuset har vært tålmodige, vennlige, forståelsesfulle, hjelpsomme og tillitsfulle. Jeg tenker på mine utenlandske kolleger i Norge og hvilket ublidt møte de ofte får med vårt land.

Kan man styre respiratorbehandling uten å måle blodgass?

Ressursmangelen er mye større enn i Norge. De siste dagene er fem pasienter blitt innlagt med mistenkt bakteriell meningitt. Vi har ikke kunnet gjøre spinalpunksjon fordi vi mangler utstyr. Her brukes ikke engangsutstyr, men store, ofte sløve, nesten strikkepinneaktige lumbalnåler. Isolat finnes ikke. Hansker er mangelvare. Jeg kjøper hansker selv og har dem i lommen sammen med avdelingens eneste oftalmoskop, otoskop og reflekshammer. Dialyse finnes ikke. Dermed dør en god del av pasientene med akutt nyresvikt.

Er det mulig å dosere bikarbonat ved mistenkt acidose når det ikke er mulig å måle pH? Hvordan styre oksygen på nese-kateter eller respirator uten å kunne måle blodgass? Noen velvillige bidragsytere har kjøpt inn to flunkende nye maskiner til å måle pH og blodgass til intensivavdelingen. Da reagensene tok slutt, ble det slutt på målingene. På mikrobiologisk avdeling finnes de nyeste maskiner til å inkubere blodkulturer, men glassene til å ta blodkulturene i mangler. CT-maskinen på røntgenavdelingen har ikke fungert siden jeg begynte her i november 2002 – man har ikke penger til å reparere den. For tiden dør mange barn av meslinger over hele Mosambik. Tetanus er slett ikke uvanlig. Hvor god vaksinedekningen er, varierer avhengig av hvem man spør.

Korrupsjon

Korrupsjon er et betydelig problem i Mosambik. Flere mennesker er blitt drept de siste par årene etter å ha forsøkt å nøste opp i korrupsjon på toppnivå, blant dem journalisten Carlos Cardoso, som var gift med en norsk kvinne. Da den nåværende

presidenten tok over, skal han ha uttalt i et intervju om korrupsjon: «Geita spiser der den er bundet. Hvis den er bundet i et langt tau, har den mulighet til å spise mye.» Da saken mot Cardosos mordere gikk for retten sist høst, flokket folk seg rundt alle reiserasioer og aviser som var å oppdrive.

Da jeg kom hit, ble jeg advart mot Hospital Central. Det var gjennomkorrupt, ble det sagt. Ryktet sier at bidragsytere sponser innkjøp av livsviktige medisiner, og at disse senere kan kjøpes i private apotek på byen. Firmaene som importerer medisinene, sies å være eid av folk høyt oppe i det politiske systemet. Liknende sies om laboratorieservicen. Er dette sant? Hva er bidragsyterens rolle? Mottakerstyrt bistand der bidragsyterne ikke skal legge seg borti så altfor mye? NORAD har prøvd å ta tak i problemet og spesifikt undersøkt det, men ryktene er ikke blitt bekreftet. Korrupsjon finnes visstnok på alle nivåer. Noen hevder at hjelpepleierne på avdelingen tar en liten slant for å hente bekken til dem som er for slappe til å gå på toalettet, eller for å komme med et glass vann til dem som tørster. Hvis urin eller avføring går i sengen, kan det ta noen timer før det blir skiftet. Dette kunne være noe å ta fatt i for helsetjenesteforskere som ønsker miljøforandring.

En ny overklasse?

Det ser ut til at en ny overklasse av nasjonale politikere og internasjonale bistandsarbeidere er i ferd med å gro frem. Samtidig lever størsteparten av befolkningen på et minimum. Kritiske røster sier at den økonomiske veksten man har sett de siste årene, kun er forbeholdt den førstnevnte gruppen, den andre blir bare fattigere.

Etter å ha sett hvordan fattigdommen henger som en kvernstein rundt halsen på folk, lurer jeg på hvordan jeg ville reagert hvis det var meg som var fattig. Jeg tviler på om jeg ville vært solidarisk med andre i samme situasjon. Selvsagt ville jeg ha prøvd å fri meg fra steinen før jeg gikk helt under hvis jeg så muligheten til det. Deretter ville jeg ha hjulpet familien min.

Korrupsjon er å stjele fra de fattige, er det sagt. Hvor er min rolle i dette? Er jeg med på å legitimere noe jeg burde tatt avstand fra, der jeg nyter mine kjempepenger med sørafrikansk hvitvin under palmene på den eventyrlig hvite folketomme sandstranden?

Åse Berg

aase_og_dag@c2i.net
Hospital Central de Maputo
Maputo
Mosambik
og
Medisinsk avdeling
Sentralsjukehuset i Rogaland
Stavanger

Litteratur

- Galvão J. Access to antiretrovirals in Brazil. *Lancet* 2002; 360: 1862–5.

! Fakta om Mosambik

- 18,6 millioner innbyggere
- Plassering på internasjonal indeks for menneskelig utvikling: nr: 170 av 175 land
- Forventet levealder: 39 år (ned fra 42,5 år i 1975)
- Andel av landsbybefolkningen som lever i absolutt fattigdom: 71 %
- Arbeidsløshet: Ca. 50 %
- Bruttonasjonalprodukt per innbygger (2001): 210 amerikanske dollar (ifølge Verdensbanken)