



» Av Brynjulf Ystgaard,
overlege kirurgisk avdeling, St. Olav,
styremedlem CapaCare
Hakon Bolkan, LIS kirurgisk avdeling,
St. Olav, styreleder CapaCare



Kirurgi og global helse

Global helse

Hva er global helse? Lancet prøvde i en artikkel fra 2009 (Jeffrey Koplan og medarbeidere) seg med denne definisjonen: «...an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide». Det er ikke unison aksept for denne definisjonen heller, avgrensning mot beslektede fagområder som samfunnsmedisin og internasjonal helse er kanskje ikke helt krystallklar, og definisjonen er på ingen måte kortfattet. Men den er operativ og inkluderer det nødvendige politiske aspekt ved å fokusere på likhetsprinsippet. Tidsperspektivet i dette arbeidet er viktig, mange organisasjoner driver et prisverdig nødhjelpsarbeid. I krigs- og katastrofesammenheng er dette nødvendigvis tidsbegrenset, organisasjonene må frigjøre ressurser for neste nødssitua-

sjon. Dette kan etterlate mottagerne av nødhjelp i en enda vanskeligere situasjon enn før den akutte situasjonen, i tillegg til at de materielt kan risikere å komme verre ut enn før nødssituasjonen, vet de nå også hva de går glipp av. Mange organisasjoner arbeider for å løse dette problemet, blant annet ved å donere det medbrakte utstyret til lokale organisasjoner, fortrinnsvis statlige. Dette er ikke bestandig like enkelt. Bruk av utstyret forutsetter et visst nivå av teknisk infrastruktur, noe som ofte ikke er tilfelle. Skal det donerte utstyret fungere, forutsetter det også en organisasjon som fungerer, uten den ødeleggende korrupsjon man ofte finner.

Hjelpearbeid – hvor og hvordan

To faktorer er nødvendige, det må for det første eksistere et hjelpebehov. Å bedømme dette er ikke så enkelt,

verken subjektive eller objektive kriterier er til å stole på bestandig. Har man valgt en lokalisasjon og investert betydelig med ressurser i dette området, vil man også gjerne være sikker på at dette er funksjonelt over tid. Krig og sosial uro er den største trusselen. Politisk stabilitet er viktig når man ønsker å bygge opp egen, nasjonal kapasitet, noe som er den eneste fornuftige løsning. Dette forutsetter et politisk system man har tiltro til. Man må også bestemme seg for hva man driver med; humanitær støtte til befolkningen i et område eller støttearbeid for bestemte politiske bevegelser. Begge deler kan selvfølgelig forsvares, med et unntak. Militær bruk av helsearbeid som belønning for en «korrekt» politisk holdning saboterer forsøkene på et politisk nøytralt, humanistisk hjelpearbeid. Slik «Hearts and minds» politikk er kjent

MASANGA

LEPROSY HOSPITAL



Inngangspartiet til Masanga hospital

siden Malaysia på 50-tallet, men aldri vært brukt i slikt omfang som nå i Afghanistan. Dette gjør humanitært, nøytralt hjelpearbeid i krigs- og konfliktsituasjoner svært vanskelig.

Emosjoner og behovsvurdering

Det er gjort mange forsøk på å tallfeste helsetilstander for å kunne gjøre sammenligninger på tvers av sykdomsgrupper og geografiske områder. Disse forsøkene har stadig blitt bedre. Men tall har kun en begrenset emosjonell effekt, enkeltskjebnene er det som virkelig berører oss. Disse skjebnene blir primært formidlet av bilder på TV-skjermen. Slike bilder er med på å redusere avstanden mellom oss og de andre, og bidrar til en ekte globalisering. Vi som har arbeidet under ulike forhold, sitter i tillegg igjen med personlige opplevelser. Dette kan være en tidlig morgen i tørketiden i Vest-Afrika,

temperaturen har fortsatt ikke nådd et uutholdelig nivå. Bak sykehuset høres fortvilete skrik fra pårørende, for andre dagen på rad. Denne gang er det et barn som døde. Dagen før var det en ung kvinne som døde av Lassa-feber, etter et raskt sykdomsforløp. Noen episoder egner seg bedre til å framkalle sinne, et sinne man ikke kan gjøre noe med. For å utføre amputasjoner på mujahedins i Afghanistan måtte man be klanlederen om tillatelse. Enkelte klanledere mente at vi var vestlige agenter ute etter å invalidisere krigerne hans, og sa nei. Vi gjorde da det vi kunne gjøre, men klarte ikke å forhindre at unge menn døde av infiserte skuddskader. Urettferdigheten kommer også til uttrykk på andre måter. På et sykehus i Vest-Afrika ligger ei 12 år gammel jente. Hun fikk poliomyelitt for et år siden og er nå lammet fra livet og ned. Og dette kunne vært unngått

med et vaksinasjonsprogram, et program som enkelte steder i verden blir bekjempet med våpen i hånd.

Datagrunnlag

Er alt da bare elendighet? Nei, tvert i mot. Det har aldri vært bedre. Ifølge The Economist har andelen mennesker under fattigdomsgrensen aldri vært lavere. Lancet publiserte i 2012 et forsøk på å komme til en realistisk oppfatning av den globale helsesituasjon. I 2005 forelå det dødsattester for 18.8 av de totalt 51.7 millioner dødsfall dette året. Disse attestene kan være av høyst variabel kvalitet. Så angivelse av usikkerhetsmargin er viktig, beregningsgrunnlaget er langt fra sikkert. Hovedkonklusjonen er dog sikker: Forventet levealder har økt kontinuerlig og substansielt i perioden 1970 til 2010. Framgangen har variert, både over tid og mellom forskjellige land og verdensdeler.

1990-tallet var et dårlig tiår, hendelser som folkemordet i Rwanda, sultkatas-trofen i Nord-Korea og HIV-epidemien medvirket til at gjennomsnittlig levealder dette tiåret økte med bare 1-2 år, mot 8-9 år for de andre tiårene. Noen land har i perioder opplevd redusert kjønnsesifikk overlevelse, som Ukraina og Zimbabwe. Regelen er likevel at aldersspesifikk mortalitet er betydelig redusert. Småbarnsdødelighet (<5 år) har gått ned mer enn 60 % over disse 40 årene. Afrika sør for Sahara er unntaket, men dette har sin årsak i et betydelig økt antall fødsler. Mortaliteten for denne gruppen har der økt med 45 % men antall fødsler har økt med 179 %. Generelt har den aldersspesifikke mortaliteten for kvinner blitt mer redusert enn for menn, spesielt hos unge voksne. Dette, sammenholdt med redusert barnedødelighet og bedret kontroll med de store infeksjonssykdommene, har fått mange til å fokusere på ikke-smittsomme sykdommer, også for yngre voksne. Skadetilstander som følge av voldshandlinger og trafikkuulykker er eksempler på dette, og en av grunnene til at kirurgi de siste årene har fått høyere prioritet også i fattige land. Dette kan imidlertid endre seg fort, med nye influensamutasjoner fra Østen eller multiresistente tuberkelbasiller fra Russland. Men for tiden synes det svært formålstjenlig å arbeide for å gjøre kirurgi tilgjengelig for den vanlige mann og kvinne, også i Afrika sør for Sahara.

Kirurgi i Sierra Leone

CapaCare ønsker å styrke det kirurgiske tilbudet i Sierra Leone. Landet avsluttet i 2002 en borgerkrig som ødela det meste av infrastruktur, inkludert de fleste sykehus. Ifølge FN's utviklingsindeks for 2013 er Sierra Leone rangert som nummer 177 av 187 land og har noen av de dårligste helseindikatorer i verden. Forventet levealder var i 2012 på 45 år, under 5 års barnedødelighet på 20 % og en mødre-dødelighet hvor litt under 1 % av alle fødsler ender med at mor dør. En befolkning på 5,7 millioner ble i 2009 betjent av totalt 10 kirurger fordelt på



Ingrid Høye fra St Olav underviser på Masanga

landets 17 offentlige sykehus. I 2008 ble det på alle landets offentlige sykehus registrert kun 1700 kirurgiske operasjoner, ortopedi og obstetrik medregnet. Behovet for kirurgi i Sierra Leone er således betydelig. CapaCare's holdning er at dersom kirurgiske tjenester skal bli tilgjengelig for storparten av befolkninger må det bygges systemer basert på lokale ressurser og myndighetenes egne premisser.

Jobbglidning

I et global helse-perspektiv fikk jobbglidning på mange måter sin renessanse under HIV epidemien på 90 tallet da det i løpet av få år ble nødvendig raskt å utdanne helsearbeidere til å styre antiretroviral behandling for millioner av HIV positive sør for Sahara. WHO omfavnet og promotertekonseptet, og fulgte opp i 2012 med nye anbefalinger, denne gang spesifikt mot mor-barn helse hvor man blant annet anbefaler at godt trenete «legeassistenter» kan gjøre keisersnitt. Jobbglidning i kirurgien er ikke ukjent i Øst-Afrika hvor flere land har trent sykepleiere og legeassistenter til å gjøre kirurgi allerede i flere 10-år. Mosambik startet i 1984. I 2002 ble 90 % av all kirurgi på

landets distrikts sykehus gjort av legeassistenter. Hva så med kvaliteten? Det er ikke gjort randomiserte kontrollerte studier, men en meta-analyse av 6 ikke-randomiserte studier som inkluderte 16 018 keisersnitt evaluerte forskjeller mellom obstetrikere og legeassistenter. Det var ikke mulig å påvise noen forskjeller når det gjaldt mødre-dødelighet eller perinatal død.

Capacare

CapaCare er en nystartet medisinsk humanitær organisasjon med utgangspunkt fra kirurgisk avdeling ved St. Olavs Hospital. Organisasjonen ønsker å drive med medisinsk kapasitetsbygging og opplæring av helsepersonell i områder dette mangler. Hovedaktiviteten til CapaCare er et kirurgisk opplæringsprogram i Sierra Leone hvor unge leger og legeassistenter trenes til å kunne gjøre de mest livsnødvendige kirurgiske og fødselsrelaterte inngrepene. Vi bruker dokumenterte erfaringer fra Øst-Afrika og ønsker å innføre det i Vest-Afrika.

I vårt kirurgiske opptreningsprogram gjennomgår leger og legeassistenter fra Sierra Leone (som i utgangspunktet har en 3-årig helseutdannelse på linje med sykepleiere) en praktisk



Og meg i samme situasjon

og teoretisk opplæring på 2 år. Vårt mål er at denne gruppen om 5 år skal kunne håndtere 85 % av alle kirurgiske og obstetriske akutt pasienter på distrikts sykehusene i Sierra Leone. Vi bruker samme strategi i Sierra Leone som her hjemme for å beholde høykvalifisert folk i distriktene. Ved å utdanne landsbygdas egne sønner og døtre, mener vi at det øker sjansene for at de også vil virke i disse områdene i framtiden.

Opplæringsprogram

Hver tredje måned innrulleres 2 nye kandidater i treningsprosjektet. All teoretisk undervisning legges til Masanga-sykehuset, sentralt i Sierra Leone hvor vi har godt samarbeid med en dansk organisasjonen som driver sykehuset. Hver kandidat blir undervist i 6 teoretiske moduler som dekker basiskunnskap i anestesi og akuttmedisin, ortopedi og skader, gynekologi og fødselshjelp og 3 kirurgiske moduler: Generelle kirurgiske prinsipper, Mage-tarm kirurgi og Nyre og urinveier. Dette oppsettet og curriculum er utarbeidet av WHO's globale kirurgienhet

6 måneder av den første praktiske opptreningen skjer alltid ved Masanga-sykehuset. Her blir studentene evalu-

ert og tatt ut av treningen dersom de ikke finnes egnet. Etter de første 6 måneder blir kandidatene utplassert på andre sykehus i Sierra Leone med tilstrekkelig kirurgisk og obstetrisk aktivitet og kompetanse. Vi har nå knyttet til oss 8 andre sykehus som partnere i prosjektet og har dermed muligheten til å eksponere våre studenter til et stort antall kirurgiske fødselsrelaterte prosedyrer. Disse 8 sykehusene er spredt ut over hele landet

Et sentralt element i prosjektet er opplæring ved hjelp av besøkende kirurger/gynekologer, anestesipersonell og post-/operasjonssykepleiere. Vi gjennomfører 8-10 rotasjoner i året av 3-6 ukers varighet. Dette personellet blir rekruttert fra Norge, Danmark, Holland og England. Etter endt utdanning eksamineres treningskandidatene skriftlig og muntlig av spesialister i kirurgi og obstetrik fra Sierra Leone. Disse eksaminatorene er utpekt av helseministeriet. Treningen avsluttes med 12 måneder

Foreløpig resultater (tom mars 2013)

Siden januar 2011 er 17 studenter innrullert i programmet, 16 legeassistenter og 1 lege. 2 studenter har passert eksa-

men og har nå turnustjeneste. I snitt deltok de to på 558 kirurgiske prosedyrer i løpet av sine 2 år i programmet. Alle studentene har i programmets varighet deltatt i 5511 kirurgiske inngrep. Dette er et svært høyt tall tatt i betraktning at det nasjonale volumet av kirurgi i 2008 var på 1700 inngrep i offentlig sektor. Kandidatens rolle i disse operasjonene har vært som observatør (25,1 %), assistent (40,2 %), direkte supervisert (13,1 %) og indirekte supervisert (21,6 %) operatør. De vanligste prosedyrene kandidatene har deltatt i har vært lyskebrokk (30,3 %), keisersnitt (16,4 %) og eksplorativ laparotomi (6,2 %). Vi arrangerte 6 rotasjoner med trenere i 2011, 8 i 2012 og vil ende med 10 i 2013. Årlig har vi dedikert ultralydskurs og traume-kirurgisk kurs med operasjoner på gris.

Veien videre

Innen 2017 skal vi ha opplært 30 legeassistenter og unge leger i Sierra Leone. Prosjektet har på kort tid overstått flere vanskeligheter. Å innhente tilatelse til at en ny yrkesgruppe skal få gjøre kirurgi har ikke vært enkelt. Prosjektet er nå integrert i helseministeriets planer og den initiale skepsisen vi møtte blant legekollegiet blir mindre. Det er fortsatt utfordringer. Den nye yrkesgruppen trenger et akkrediteringsorgan og det må lages et system som utøver bedre kontroll med den kirurgiske virksomheten. Et slikt system finnes heller ikke for legene i dag og det blir viktigere når volumet av kirurgi øker i årene som kommer. Prosjektet finansieres i dag av Kavlifondet, Lions club og private givere. ●

Nyttig lenke:

www.capacare.org

Tidsskriftet nr. 15-2013,
side 1618-1620.