

Vellykket HAART-behandling i Malawi

I 2003 anbefalte Verdens helseorganisasjon forenklete behandlingsopplegg for forskrivning og monitorering av høy-aktiv antiretroviral terapi (HAART) mot HIV-sykdom i fattige land. Målet var at minst tre millioner mennesker skulle ha fått slik behandlingen innen 2005 (3-for-5-strategien). Dette målet viste seg å være altfor ambisiøst, og det er særlig de aller fattigste landene i Afrika sør for Sahara som ikke har lyktes.

Malawi er et fattig land med svært høy HIV-prevalens. Av 10,5 millioner innbyggere var om lag 900 000 antatt å være HIV-infisert i 2003. HIV/AIDS er den viktigste dødsårsak blant voksne, og forventet levealder er blant de laveste i verden (38,5 år). I Chiradzulu-området med om lag 250 000 innbyggere, de fleste fattige bønder, er det antatt at rundt 6 000 mennesker trenger HAART-behandling. Leger Uten Grenser har siden august 2002 gjennomført et intensivt og forenklet program for slik behandling, og i en oppfølgingsstudie, som nylig er publisert i *The Lancet*, rapporterer organisasjonen om gode resultater (1). Av 1 308 pasienter (64 % kvinner) som oppfylte kriteriene, ble 1 078 gitt fast behandling med stavudin, lamivudin og nevirapin i standardisert dose. Mer enn tre firedeler av pasientene fikk fortsatt slik behandling etter 12 måneder og med signifikant økning i antall CD4-celler, ca. en femdel var døde og svært få hadde avbrutt eller ikke fulgt opp behandlingen.

Studien viser at det er mulig å gjennomføre et forenklet opplegg for HAART-behandling på landsbygda i fattige land. Forfatterne understreker at tilgangen på trent helsepersonell er en viktig begrensende faktor.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Ferradini L, Jeannin A, Pinoges L et al. Scaling up of highly active antiretroviral therapy in a rural district of Malawi: an effectiveness assessment. *Lancet* 2006; 367: 1335–42.

Norsk sykehuslege «down under»

Helsevesenet i Australia preges av en økende privatisering. Arbeidstiden for underordnede leger er vesentlig lengre enn i Norge, og konkurransen for å bli spesialist er hard.

Jeg flyttet til Canberra, Australias hovedstad, i juli 2003 fordi min kone skulle jobbe i tre år ved den norske ambassaden. Norske leger kan få jobb i Australia, og betingelsene er tidligere beskrevet i *Tidsskriftet* (1). Mens Torgeir Wiik jobbet som allmennlege i utkantstrøk, har jeg arbeidet som sykehuslege på et av de største sykehusene i Australia. Jeg har lært masse om det australske helsevesenet og lært å sette pris på det norske.

Likheter og ulikheter

Førsteintrykket var at sykehuset, The Canberra Hospital, fungerte veldig likt norske sykehus. Medikamentene er de samme, sykdomspanoramaet er det samme (med unntak av sjeldne forekomster som slange-, edderkopp- og haibitt), og legene bruker de samme lærebøker og oppslagsverker. Det var godt å se at en lege med norsk embetseksamen kunne føle seg hjemme i et australsk sykehus. Det var først etter noen måneder at jeg begynte å oppdage de store forskjellene.

Det er mange ulikheter mellom spesialiseringen av leger i Australia og Norge. Dette skyldes både privatiseringen av det australske helsevesenet og gammeldagse holdninger. Det finnes ikke særlig med sosiale rettigheter eller forståelse for at livet består av annet enn det å ha vakt. Avspaseringsuker finnes ikke. Problemet med overarbeidede assistentleger tas ikke alvorlig av noen ansvarlig organisasjon. Det finnes ingen legeförening som arbeider for alle legers rettigheter, og overordnede sykehusleger har ingen interesse av å jobbe for bedre arbeidstidsforhold for assistentlegene. Det finnes ikke betalt fødselspermisjon. Noen offentlige arbeidsgivere skilte med tre måneders betalt mammapermisjon, som anses for å være veldig bra. Pappapermisjon eksisterer ikke. Da vår sønn ble født, fikk jeg tre dager fri uten lønn. Men fordi han ble født på en fredag morgen og jeg hadde helgevakt, fikk jeg ikke ta fridagene før over helgen.

På «Akutten»

Det første året jobbet jeg som assistentlege ved Emergency Department. Akuttmedisin er egen spesialitet i Australia, og de fleste



sykehusene har egne avdelinger for akuttmedisin. Canberra Hospital er traumesykehus for ca. en million mennesker, og primærsykehuset til ca. 300 000 canberriane. Avdelingen fungerer som legevakt for lokalbefolkningen og som avansert mottak for multitraumatiserte pasienter. Her mottas pasienter med alle slags skader, fra store trafikkulykker, hjerteinfarkt og aneurismer til forkjølelser, øreverk og flis i fingeren. Det er ingen førstelinjetjeneste som siler pasientene. Hvem som helst kan komme til Emergency Department, og behandlingen er gratis. Egne sykepleiere tar hånd om prioriteringen (triage), og gir pasientene kategoriene 1–5. Mange ganger hadde pasientene i kategori 5 ventet i over seks timer før de ble sett av en lege. Men så var også plagene trivielle, og pasientene kunne ha gått til sin allmennlege i dennes arbeidstid. Men allmennlegene krever egenandel på 100–150 kroner, og mange pasienter vil heller bli behandlet gratis på offentlig legevakt.

I løpet av året på akutten fikk jeg se et spekter av sykdommer og tilstander. Dessverre bestod jobben hovedsakelig i å diagnostisere, stabilisere og videreføre pasienten til rette spesialavdeling. Etter en stund var den manglende oppfølgingen frustrerende. Etter halvannet år begynte jeg derfor å arbeide som assistentlege ved ortopedisk avdeling.

Ortopedisk avdeling – mye arbeid, lite fritid

Mens arbeidstiden på akutten var gjennomsnittlig 40 timer i uken, var forholdet ved