

Verdens helse

Klinikere uten lege-
utdanning vanlig i Afrika

■ I mange afrikanske land er det flere helsearbeidere uten legeutdanning som utfører medisinsk diagnostikk og behandling enn det er leger. De utfører bare enklere prosedyrer og vurderinger, men noen av dem er spesialisert innen f.eks. fødselshjelp, oftalmologi og anestesi. Dette går frem av en kartlegging av forholdene i 25 av 47 afrikanske land sør for Sahara (1).

At helsepersonell uten legeutdanning gjør det som ellers betraktes som legeoppgaver, er ikke noe nytt. I afrikanske land, som ellers i verden, har disse helsearbeiderne variert bakgrunn, og de kommer ofte fra rurale, fattige områder. Etter videregående skole (inntakskravene kan være lavere eller høyere) går de gjennom en 2–3 års utdanning, for deretter å praktisere i grisgrendte og fattige deler av hjemlandet. I slike områder er det store udekkede behov for legetjenester.

Det er kritisk mangel på leger og sykepleiere i flere afrikanske land, men mange av de utdannede fra disse landene emigrerer til industrialiserte land, der de får høyere lønn og bedre arbeidsforhold (2). De 25 landene som er kartlagt i denne studien, står alle på Verdens helseorganisasjons liste over stater med særlig stor mangel på helsepersonell, og i de fleste av dem er andelen hivsmittede høy. Klinikere uten lege- eller sykepleierutdanning er derfor viktige i kampen mot hiv/aids. At helsearbeidere har forskjellig kompetanse kan være en fordel, ettersom utdanningen kan tilpasses lokale forhold. På den annen side kan bedre samordning og standardisering av utdanningen samlet sett bedre kvaliteten på deres arbeid, mener forfatterne (1).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet* 2007. e-publisert 14.6.2007
2. Gjersvik P. Fattige land tappes for helsepersonell. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2161.

Internasjonal medisin

Hos verdens
fremste fistelkirurger

Obstetriske fistler rammer gjerne de fattigste av de fattige. Årsaken er oftest dårlig tilgang til god fødselshjelp og lang transport av fødende. Over 25 000 pasienter med slike fistler er nå operert ved fistelsykehuset i Addis Abeba. Sykehuset legger stor vekt på å lære opp flere leger og har opprettet flere mindre sentre for fistelkirurgi i andre deler av Etiopia.

Fistelsykehuset i Addis Abeba, Addis Abeba Fistula Hospital (AAFH), er det mest kjente senteret for fisteloperasjoner i verden (1). Å få jobb der er ikke lett. Uavhengig av hverandre lyktes vi, to norske leger med interesse for fistelkirurgi, å få jobbe der en kort periode.

En av oss (CR) har bakgrunn fra Leger Uten Grenser og møtte mange fistelpasienter under et åtte måneder langt opphold i Kongo i 2004/05 (2). Der organiserte hun mange fisteloperasjoner ved å få flydd inn en kongolesisk «ekspert». Det viste seg at hans teknikk ikke var særlig god, og resultatene ble derfor heller dårlige. Hun ønsket å lære mer og fikk til et seks måneders opplæringsopphold ved fistelsykehuset i Addis Abeba. Sykehuset er i ferd med å etablere fem mindre sentre rundt i Etiopia, og hun ble etter noen uker sendt til et av disse i byen Bahirdar. Her var hun i flere måneder, først til opplæring, senere med eneansvar mens hennes læremester, Andrew Browning, var på ferie i Australia. Hun levde stort sett på oppsparte midler og noe støtte fra sin arbeidsgiver i Norge, Kvinneklubben ved Rikshospitalet-Radiumhospitalet. Den andre av oss (EL) ble kjent med fistelkirurgi via en jobb i Kenya i 2001. Fire år senere lærte

han mer om fistelkirurgi under et tre måneder langt oppdrag for Kirkens Nød-
hjelp i Bukavu i Kongo og har to ganger vært på korte besøk i Addis Abeba for å lære.

Fistelsykehuset er skeptisk til «fistel-turister». Med hjelp fra Torvid Kiserud ved Kvinneklubben på Haukeland Universitetssykehus, som har arbeidet i Etiopia i åtte år, fikk han jobb på et mindre fistelsenter i Yirgalem for ett år. Etter to måneders opplæring i Addis Abeba ble han stasjonert som eneste lege ved Yirgalem Hamlin Fistula Center, som for øvrig ligger vegg i vegg med det tidligere norske misjonssykehuset, nå overtatt av myndighetene. Lønnen strakk ikke helt til, men Ullevål universitetssykehus hjalp til med en fremskyndet overlegepermisjon.

Vi lærte svært mye på kort tid. Meget raskt kom vi til nytte i utvidelsen av behandlingstilbudet til fistelpasienter i Etiopia. Vi lærte oss de grunnleggende prinsippene og fikk etter hvert et stort volum i antall operasjoner, noe som er helt umulig i Norge. Vi mestrer ennå ikke de vanskeligste fistlene, men de lette og mildere klarer vi å gjennomføre med rimelig bra resultat, dvs. at over 90 % av pasientene blir kurert. Intet gleder en kirurg mer enn å se en fistelpasient kurert. Du får følelsen av at det er betyr noe å være lege – den følelsen er ikke så vanlig å få i Norge.

Stresslekkasje, dvs. lekkasje ved hoste, gange o.l. er et stort problem etter fistelkirurgi. Vi har lyktes med noen operasjoner mot stresslekkasje uten bruk av Burchs prosedyre, dvs. tilgang gjennom et horisontalt snitt på nedre del av abdomen og suturering av urethra til ligamenter eller tensjonsfri vaginaltapse. Vi har, basert på det vi har lært i Addis Abeba, operert vaginalt og med bruk av pasientens eget vev. Kvinner med de vanskeligste fistlene sender vi enten til fistelsykehuset i Addis Abeba eller får en av legene derfra til å besøke oss. Vi har regelmessig nyttige telefonsamtaler med legene der.

Brev fra Etiopia



Fistelkirurgi i Etiopia

Gynekologene Reginald og Catherine Hamlin er opprinnelig fra henholdsvis New Zealand og Australia. De kom til Etiopia i 1959 for å starte opp og drive en jordmorskole. Ganske tidlig møtte de pasienter med obstetriske fistler. På den tiden fantes det få som hadde erfaring med fistelkirurgi. De startet derfor nærmest på bar bakke. Etter en del nøling forsøkte de seg på den første operasjonen, og den ble vellykket. Deretter gikk det slag i slag; stadig mer av tiden deres gikk med til fistelkirurgi. De følte etter hvert at akutt obstetikk og gynekologi forskjøv fistelpasientene og at det var behov for et eget fistelsykehus.

De dro på tiggerferd verden rundt for å samle inn penger, og i 1974 ble deres drøm til virkelighet: fistelsykehuset i Addis Abeba, 4–5 km fra byens sentrum, ble åpnet, av mange kalt «The hospital by the river». Dette er også navnet på boken om ekteparets fantastiske historie (3). Reginald døde for ca. 15 år siden og er begravet i Addis Abeba. Konen Catherine er 83 år og opererer fortsatt med helt stødig hånd én gang i uken.

Over 30 000 pasienter er nå operert ved fistelsykehuset i Addis Abeba, etter hvert også av etiopiske leger. Noen av dem er definitivt blant de fremste i verden på dette området. Med årene har sykehuset lagt større og større vekt på opplæring av andre leger, så ikke alle behøver å lære for seg selv med pasienter som rene forsøkskaniner. Alle som i dag driver med fistelkirurgi i Afrika, har på et eller annet tidspunkt vært innom sykehuset i Addis Abeba. Opplæringen er i ferd med å bli formalisert bl.a. gjennom et samarbeid med Johns Hopkins University Hospital i USA og den britiske gynekologforeningen. Det er svært attraktivt å jobbe her; kravet er at man jobber aktivt med fistelkirurgi. Vi føler derfor begge at vi har vært svært heldige som har fått lov å komme hit.

Fødselsfistler

Obstetriske fistler rammer oftest de fattigste av de fattige. Årsaken er dårlig tilgang til god fødselshjelp og lang transport av fødende. Noe av årsaken er nok også at over 90 % av fødslene foregår hjemme, og at mange gifter seg svært unge, såkalt barnebruder. Men også i afrikanske og asiatiske land der barnebruder ikke er så vanlig, får mange fødende fistler. En typisk sykehistorie er førstegangsfødende, hjemmefødsel, 4–5 dagers varighet og dødt barn. En del kvinner med fødselsfistler blir sosialt isolert pga. kontinuerlig urinlukt (1, 4, 5). I over halvparten av tilfellene forlater mannen sin kone, ifølge tall fra fistelsykehuset.

Dette dreier seg altså om kvinner som er lengst nede på rangstigen i land der fattigdommen er stor. Derfor skal behandlingen av prinsipp være gratis. Etter hvert som antall operasjoner har kommet opp i over 2 000 hvert år, har behovet for mer penger økt. Tidligere tiggersferder er forbi. Det økonomiske fundamentet er nå organisert gjennom godt fungerende stiftelser (trusts) i flere land. De senere år er fistelkirurgi så å si blitt «in», med den følge at man heller må prøve å avgrense kontakten med organisasjoner som vil utnytte denne situasjonen til å få penger til eget formål.

Etter hvert har det dukket opp andre sentre for opplæring, først og fremst hos dr. Kees Waaldijk i Nigeria og dr. Tom Raassen i Kenya, begge nederlendere. Det arbeidet mange nederlandske leger i Afrika i 1960- og 70-årene. De fleste dro hjem etter noen år, men disse to har blitt. Deres sentre har naturligvis utviklet seg faglig i noe ulike retninger, både hva gjelder operasjonsteknikk og postoperativ behandling, og kontakten mellom de tre sentrene har ikke vært særlig tett. Derfor tok fistelsykehuset i Addis Abeba nylig initiativ til et seminar, som ble holdt i april i år, der vi fikk være med.



Pasient etter spinalbedøvelse. De tilhelede trykksårene sier noe om hennes tilstand etter fødselen. Fødslene varer ofte mer enn fem dager, og det kan ta måneder før kvinnen greier å gå igjen. Foto Cathrine Reimers

Seminar om fistelkirurgi

Det helt grunnleggende for all fistelkirurgi er at fistelen må lukkes uten drag på suturene, og i Addis Abeba har man derfor i regelen gjort en ganske vid disseksjon for å få til dette. På møtet fremhevet Kees Waaldijk sterkt prinsippet om minimal kirurgi med langt mindre fridisseksjon, noe som førte til mye diskusjon. Det samme gjaldt et innlegg om stressinkontinens, som mange kvinner får etter fistellukking. Ved total stressinkontinens etter lukket fistel opplever pasienten ikke noen bedring av urinlekkasjen fra den gang hun hadde fistel. Dette er derfor et viktig, men foreløpig uløst problem ved fistelkirurgi. Man diskuterte også muligheten for behandling av stressinkontinens ved bruk av vaginal feste-



Praktisk opplæring i fistelkirurgi. Operatør er dr. Andrew Browning, mens Einar Lande og dr. Justus ser på. Foto Cathrine Reimers



Cathrine Reimers viser fornøyd frem blåfargetesten, som dokumenterer at fistelen er lukket. Foto Einar Lande



Deltakere fra mange land, med pioneren Catherine Hamlin i midten, på seminar om fødselsfistler ved Addis Abeba Fistula Hospital. Foto Brian Hancock

tape, men pga. høy pris og betydelig vevstap er det foreløpig ingen som har særlig stor tro på dette. Det er i hovedsak tre ulike metoder som har vært brukt, alle basert på bruk av pasientens eget vev. Alle metodene hjelper noen, men ingen hjelper alle. Det er behov for kontrollerte forsøk med forskjellige behandlingsalternativer, men det er et problem i afrikansk sammenheng at mange pasienter ikke møter på kon-

troll. Det ble også mye diskusjon om betydningen av urethras lengde etter en obstetrisk skade og om hva som kan oppnås med en forlengelse i urethras distale del.

Ved manglende urinblære har fistelsykehuset i Addis Abeba benyttet ileum for å lage en ny blære og har gjort ca. 75 slike inngrep, med noe varierende resultat. Fistelkirurgene fra Nigeria og Kenya implanterer vanligvis urinledere inn i sigmoideum og

lager samtidig en utvidelse på denne for å hindre oppadstigende infeksjoner. Det ble hevdet at resultatene er meget bra og mindre hemmende for pasienten, for en stomi er oftest ikke håndterbar hjemme og lite sosialt akseptert. Også klassifisering av obstetriske fistler ble diskutert; i dag benyttes minst fire forskjellige klassifiseringssystemer, noe som gjør det vanskelig å sammenlikne behandlingsresultater.

På seminarets siste dag ble International Society of Obstetric Fistula Surgeons dannet. Formålet med foreningen er å fremme fistelkirurgisk virksomhet. Catherine Hamlin ble naturlig nok valgt til foreningens første president og Kees Waaldijk til visepresident.

Einar Lande

einlande@online.no
Addis Abeba Fistula Hospital
Addis Abeba
Etiopia

Cathrine Reimers

Kvinneklippen
Rikshospitalet-Radiumhospitalet

Litteratur

1. Feiring E. Utstøtt fordi de lukter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 3306–7.
2. Reimers C. Kirurgisk hjelp ved obstetriske fistler. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2554–6.
3. Hamlin C. The hospital by the river: A story of hope. Oxford: Monarch Books, 2004.
4. Watne Ø. Vald i stummande mørke. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 326–7.
5. Bårnes GK. Hun er ingen god kone lenger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1406–9.

Manuskriptet ble mottatt 14.5. 2007 og godkjent 18.6. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.