
Forskning i utviklingsland

KOMMENTAR OG DEBATT

JOHANNE SUNDBY

Institutt for allmennmedisin
og samfunnsmedisinske fag
Postboks 1130 Blindern
0317 Oslo

Spesielt i utviklingsland er operasjonell forskning nødvendig for å se om det vi faktisk foretar av intervensjoner, har den typen effekt vi ønsker. Jeg har vært i Maputo og på landsbygden i Mosambik flere ganger for å beskrive status presens, for slik å måle om intervensjoner rettet mot bedre mødre helse faktisk fører til at helsetjenestene blir bedre. I mange år har man i internasjonale organisasjoner snakket om «safe motherhood». Det er nå på tide at man får en reell reduksjon i mødremortaliteten i verden, og bedre kunnskap om mødremorbiditeten.

Prosjektet jeg arbeider for, er samfinansiert av FNs befolkningsfond (UNFPA) og NORAD. Mosambik er et av de fattigste landene i verden. Etter at det ble slutt på borgerkrig og mange av minene er ryddet bort, er den økonomiske veksten imidlertid ganske høy. Det er befolkningsveksten også, og landets skrøpelige helse- og utdanningssystemer klarer ikke så godt å holde tritt.

Alle helseparametere er elendige: både spedbarnsdødeligheten og mødredødeligheten er høy. Helsetjenesteinfrastrukturen er i ferd med å bli bedre etter at mye er blitt ødelagt gjennom mange års uro og mangel på investeringer. Fremdeles er noen av klinikkene på landsbygden i elendig forfatning, og de mest elementære hjelpemidler mangler.

Bemanningssituasjonen er heller ikke spesielt god. Det er en reell legemangel i dette landet, og enorm mangel på alle andre helsepersonellkategorier. I de offentlige sykehusene er legelønningene så lave at leger og annet helsepersonell også jobber privat, der det er noen penger å tjene. Det gjør sitt til at det er vanskelig å rekruttere de få legene som er, til strevsomme tjenester ved perifere sykehus.

Vanlige regler om at «bare leger kan gjøre det og det» gjelder ikke her. Spesielt utdannede helseteknikere lærer for eksempel å operere, slike ting som keisersnitt og andre inngrep tar de seg av. Hvis den fødende kommer seg til en

helseinstitusjon da! Fødslene skjer oftest i hjemmene. Veiene er mange ganger dårlige, transport finnes ikke, og sykehusene på landsbygden har ikke særlig godt omdømme når det gjelder fødselshjelp. Mange av dem som kommer hit er kvinner med alvorlige komplikasjoner, og det er altfor mange det går dårlig med. Men fordi mange føder hjemme, ser man også komplikasjoner som vi ikke opplever. For eksempel lå det tre – fire tenåringsjenter i sengene på barselavdelingen i Mocuba i Zambezi-provinsen da vi var der. De hadde fistler etter totalrupturer som aldri ble sydd igjen, og de ventet på sårt tiltrengt behandling. De måtte komme seg til sykehuset i Quelimane, som er en reise på to – tre timer med bil. Hvis man finner transport og den flotte kvinnelige legen som kan operere fistler i Quelimane har anledning til å hjelpe dem, kan de bli bra. Hvis ikke venter et liv i utstøtning og forakt.



Maputo by. Alle foto privat

I Maputo by, som er en stor havneby med over en million innbyggere, og enda flere i naboområdene, ligger universitetet Eduardo Mondlane, og universitetssykehuset. Universitetssykehuset er det eneste sykehuset i Maputo med øyeblikkelig hjelp spesialist-helsetjenester ved fødsel i hele byen. I Maputo by føder hele 69 % ved institusjon. Det er to sykehus til som tar imot fødsler. Resten av kvinnene føder på fødehjem (maternidad) i utkanten av byen. José Macamo-hospitalet har en gynekolog. Han er dessuten direktør for hele sykehuset, og den eneste legen som kan fødselshjelp. I praksis er sykehuset uten legebemannet akuttberedskap etter lunsj, ved totiden om ettermiddagen. Alle kvinner som trenger operativ forløsning eller som har komplikasjoner må da overføres til hovedsykehuset. Det kan høres greit ut i praksis. Men ved José Macamo-hospitalet føder hvert år over 6 600 kvinner. Nesten 20 % av dem må flyttes over til sentralsykehuset. Det er over 1 200 pasienter per år. I tillegg flyttes det nesten like mange fra fødehjemmene og fra det andre fødesykehuset i byen. Og i tillegg til det alle de som kommer rett til sentralsykehuset for å føde. Disse kvinnene føder på et sted som ikke kan håndtere fødslene deres, og overflyttes til et annet sted, som oversvømmes av komplikasjoner og ikke klarer å håndtere dem.



Barselavdelingen – et godt sted å være

Hva gjør man? Man forsøker å pusse opp fødeavdelingen ved José Macamo-hospitalet slik at man kan foreta andre operasjoner enn elektivt sectio der, for eksempel akutte inngrep. Man innfører nye rutiner, som morgenvisitt, slik at komplikasjonene oppdages og behandles i den perioden det er lege på vakt. Man lærer opp personalet i å håndtere flere akutte tilfeller, f.eks. preeklampsi, post partum-blødning og infeksjon.

Dessuten forsøker man å finne noen leger som kunne tenke seg å ta vakter, f.eks. leger under spesialistutdanning, til å ta deler av denne ved dette sykehuset, slik at det blir en viss beredskap. Mobiltelefonen har funnet veien til Maputo, så man kan få tak i legen via telefon, dersom man utstyrrer ham med en slik! Men det viser seg at det ikke er noen reserve legestyrker i Maputo. Og utenlandske leger vil neppe jobbe for den lønnen man har lokalt. Altså må man ut på pengedonorfronten og forsøke å finne noen som vil bidra med ekspertise i en overgangsfase; en anestesilege og en gynekolog. Fra før av er den mosambikiske legen assistert av en FN-ansatt lege fra Tanzania. Sammen jobber de med rekordfart for å bedre situasjonen.



Dr. Emanuel i mottakelsen. Selv med lite utstyr kan man gjøre en god jobb

Men det er ikke bare et spørsmål om leger. Vibeke Christie er antropolog fra Norge og har jobbet med å finne ut hva jordmødrene og sykepleierne mener om jobben sin. De er ikke vant til å bli bedt om å komme med råd eller ha noen innflytelse på jobbsituasjonen, og nøler litt. De er også bekymret for at det er så vanskelig å få tak i lege når det hender noe akutt. De er også innstilt på å gi tjenester med bedre kvalitet dersom de kunne jobbe kortere skift, ha mer utstyr og dessuten kunne oppgradere kunnskapene og ferdighetene sine. De kan fødselshjelp, men føler at de kommer til kort når det gjelder å gi råd om amming, kjenne til relevant informasjon om prevensjon for kvinner som nettopp har født, vite nok om forebygging av kjønnssykdommer og om hva

barselsomsorg for mødrene egentlig dreier seg om. Dessuten ønsker de å bli bedre med hensyn til håndtering av syke nyfødte. Vibeke Christie mener det er viktig å utvikle demokratiet på arbeidsplassen. Det vil innebære å ta staben med på råd om hvordan man skal organisere den daglige driften ved fødeavdelingen.

Dessuten skal det gjøres en undersøkelse av pasienttilfredshet med helsetjenestene, en undersøkelse av hvorfor det er så mange uønskede graviditeter. Man skal også forsøke å sette opp et slags fødselsregister for å få oversikt over de vanligste komplikasjonene og utfallene. De har mottatt en oversatt versjon av skjemaet man bruker til medisinsk registrering av fødsel i det norske fødselsregisteret. Det er nok for detaljert for dem, men de fødeprotokollene som brukes i Mosambik nå er for unyanserte til å gi god statistikk.



Gyneologisk avdeling – alle var reist hjem

Om noen måneder skal jeg ned igjen. Vi skal, som vanlig er i operasjonell forskning, dokumentere hva som skjer fra måned til måned. Målet er å redusere antall henvisninger til sentralsykehuset, og bli i stand til å utføre flere keisersnitt. Nå gjøres det ett til tre elektive keisersnitt i uken. For å komme opp på et nivå på 5 – 7 % som ansees som realistisk, må man opp i 300 – 500 keisersnitt i året, eller mer enn ett per dag. Det overordnede målet er selvsagt å få ned mødredødeligheten, mødresykkeligheten og den perinatale dødeligheten til et akseptabelt nivå. Det planlegges også flere prosjekter for å bringe inn medlemmer av andre lands gynekologforeninger for å bidra til å bygge opp en

solid faglig standard. Italienerne og brasilianerne kommer til Maputo. Men kunnskap er ikke nok, det trengs andre ressurser også. Derfor er det gledelig at NORAD nylig signerte en mange millioners kontrakt for å hjelpe fødende i Mosambik.

Publisert: 20. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. mars 2026.