

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 skifter 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

ortopedisk avdeling noe helt annet. Det finnes teoretiske retningslinjer vedrørende arbeidstid og forsvarlighet, men ingen følger dem. Vi starter med visitt kl 7 og jobber til kl 18 hver dag. I tillegg kommer vakter, som for meg vil si hver tredje helg. Da jobber jeg fra kl 8 lørdag morgen til mandag morgen. Det er veldig varierende hvor mye søvn man får, men det er heldigvis noe forståelse for at man går hjem på mandagen etter visitt – hvis det ikke er for mye å gjøre. Så jeg jobbet minimum 55 timer i uken, og opp mot 100 hvis helgen var travel. Avspaseringsdager finnes ikke. Man har fire uker ferie i året.

Overlegene jobber ved de private sykehusene, og forventer derfor at vi kan være til stede for å gå visitt før eller etter arbeidsdagen deres. Det skrytes om overleger som har operert 50 timer i strekk, og i høst gjorde en professor seg legendarisk ved å gjennomføre en seks timer lang hofterevisjon mens han hadde lungebetennelse og høy feber. Jeg overrasker mine kollegaer ved ikke å bli imponert over slike ting. Når jeg forteller om norsk mammapermisjon (noe som skulle være unødvendig her, ettersom alle ortopeder er menn), pappapermisjon og avspaserings-uker, tror ikke kollegene mine på meg. Eller de regner med at det kun er mulig i Norge som er et rikt og lite land. Selv den eneste kvinnelige ortopediske assistentlegen i delstaten mener det er umulig å drive en ortopedisk avdeling på en annen måte.

Økt privatisering

Den største forskjellen mellom helsevesenet i Norge og Australia er den økende privatiseringen av det australske. Dersom man tjener over en viss sum i året, slipper man en spesiell helseskatt dersom man har privat helseforsikring. Samtidig går det offentlige helsevesenet glipp av skatt som man vanligvis måtte betale til folketrygden. Det er en økende forestilling blant befolkningen at privat helseforsikring er mye bedre enn offentlig. Dette fører til en ond sirkel, fordi flere kjøper seg privat helseforsikring, slik at færre bidrar til å finansiere det offentlige. Resultatet er at den australske folketrygden (Medicare), som har vært en stolt tradisjon, er i ferd med å bli et sikkerhetsnett som finansieres av dem som ikke har råd til privat helseforsikring.

I praksis er det en snodig blanding av private og offentlige pasienter på sykehuset. Pasienter med privat helseforsikring kan komme inn privat, men ligger i de samme sengene som de offentlige pasientene. Forskjellen er at overlegen – i hvert fall i teorien – skal gå visitt, og at oppfølgingen skjer på overlegens private kontor og ikke på poliklinikken. Dette medfører fortvilende og irriterende papirarbeid for assistentlegene. Men behandlingen må sies å være den samme, og som regel er det likevel assistentlegene som utfører operasjonen (med overlegen som assistent hvis man er heldig). Det største problemet er at overlegene jobber ved



Canberra med de nye parlamentsbygningene i bakgrunnen. Foran det gamle parlamentskomplekset som nå huser National Portrait Gallery. Foto Tim Wimborne/Reuters/SCANPIX

private sykehus og derfor ikke er til stede ved det offentlige sykehuset. Avdelingen drives derfor av assistentlegene, mens overlegene kommer innom et par ganger i uken, avhengig av hvor mange pasienter de har.

Spesialistutdanningen

I Australia finnes ingen legeforening som paraplyorganisasjon for alle spesialiteter. I stedet har de ulike spesialitetene egne kollegier som styrer spesialistutdanningen. Det er stor forskjell på spesialiseringen til f.eks. en ortoped og en anestesilege. The Australian College of Orthopaedic Surgeons organiserer og utdanner ortopedene. For å bli ortoped må man bli tatt opp som «registrar» av kollegiet. Utdanningen tar fire år og avsluttes med en stor eksamen. Det opptas bare om lag 50 nye kandidater hvert år, og det er meget tøff konkurranse. Ingen kommer rett inn etter turnustjenesten, så i praksis må man ta en ikke-tellende jobb som assistentlege i minst to år før man blir tatt opp. To av mine kolleger arbeidet i fem år før de fikk begynne på sin fireårige spesialistutdanning. Når man så er tatt opp i kollegiet, roterer man i åtte seks måneders stillinger. Man må regne med å flytte i hvert fall 5–6 ganger. Fra Canberra til Sydney til Wagga Wagga til Newcastle osv. Det er ikke like greit å flytte 400 km to ganger i året hvis man har familie. Det er umulig

å kombinere utdanningen med det å ha barn – hvis man da ikke har en hjemmewærende partner som kan bli med hvor enn kollegiet måtte sende en. Men resultatet blir meget dyktige ortopeder. Fordi man roterer så mye mellom flere avdelinger, får man erfaring med ulike typer operasjoner, sykehus og teknikker. Man jobber mye selvstendig, noe som medfører en bratt læringskurve. De mange arbeidstidene medfører en loggbok som inneholder over 1 000 inngrep per år.

Jeg har hatt et interessant og spennende opphold i Australia og lært svært mye. Det har vært utfordrende og lærerikt å arbeide i et annet helsesystem. De store forskjellene fra Norge har overbevist meg om at Den norske lægeforening har gjort en fabelaktig jobb for å bedre norske legers arbeidsvilkår, og at foreningen må jobbe videre som en fagforening så vel som en faglig forening. Så får vi håpe at Australia skjerper seg og innfører betalt fødselspermisjon og avspaseringsuker snart.

Per-Henrik Randsborg

randsborg@homemail.com.au
Department of Orthopaedic Surgery
The Canberra Hospital
Canberra, Australia

Litteratur

1. Wiik T. Vikarleige «down under». Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2042.