

»Inte kan väl sjuksköterskor göra kejsarsnitt!«

Om den förändrade läkarrollen i de fattigaste länderna

r Läkarbristen i låginkomstländernas rurala områden är katastrofal och kommer med stor sannolikhet att bestå under många decennier. Om de globala millenniemålen skall kunna uppnås måste man överväga delegering av även komplicerad, livräddande kirurgi till icke-läkare. Erfarenheter från bl a Moçambique visar att sådan delegering kan fungera väl och med få komplikationer.

STAFFAN BERGSTRÖM
professor i internationell hälsa och specialist i obstetrik och gynekologi, avdelningen för internationell hälsa (IHCAR), Karolinska institutet, Stockholm (staffan.bergstrom@phs.ki.se)

Flertalet av oss upplever någon gång i yrkeslivet hur enstaka erfarenheter ställer delar av verkligheten i fullständigt ny belysning – med oväntade och oförutsägbara insikter som konsekvens. Under mina år som obstetriker och gynekolog i låginkomstländer är det en sådan erfarenhet som kommit att prägla mitt synsätt på den globala hälsan i världen mer än något annat.

När jag anlände till Moçambique medio 1982 fanns där två moçambikanska gynekologer på 15 miljoner människor. Ingen av dem var specialist i ämnet. Den ene var hälsovårdsminister och den andre chef för familjeplaneringsverksamheten på samma ministerium. I praktiken fanns det noll moçambikanska gynekologer på 15 miljoner människor. Vid självständigheten 1975 hade det funnits ett antal gynekologer, framför allt i storstäderna, men dessa hade lämnat landet och utvandrat till bl a Portugal och Sydafrika. Ett antal biståndsarbetande specialister inom obstetrik och gynekologi bidrog till att hålla basala delar av specialitetens verksamhet igång, ofta med läkare med kort tids utbildning och inte specialiserade i ämnet.

Moçambiques »illegala« kirurger

Under hela 1980-talet befann sig Moçambique i ett oförklarad krig från Sydafrikas sida, där brutal terror fördes mot framför allt civilbefolkningen. Hälsovårdsarbetare, nunnor, präster och läkare dödades, och skottskadade och grannatskadade gravida var ingen ovanlig erfarenhet på operationsborden. Krigssi-

tuationen i Moçambique under dessa år gjorde att behovet av krigskirurgiska insatser var stort, och även här kunde landets kirurger räknas på ena handens fingrar. Situationen var fullständigt ohållbar, och man beslöt sig för att ta reda på vem som faktiskt utförde kejsarsnitt och annan kirurgisk obstetrisk livräddande behandling i landets perifera delar. En sådan undersökning gav vid handen att de som faktiskt utövade denna obstetriska kirurgi – illegalt – var operationssjuksköterskor och »técnicos de medicina« (vidareutbildade sjuksköterskor med diagnostisk och terapeutisk kompetens). Många av dem visade sig ha erfarenhet av många hundra kejsarsnitt, och en snabb bedömning av denna kategori av »operatörer« visade att här fanns en avsevärd kirurgisk skicklighet förvärvad genom mångårig kirurgisk erfarenhet med eller utan närvarande kirurg.

Hälsovårdsministern, dr Pascoal Mocumbi, var en drivande kraft bakom tanken att handplocka en skara av 13 av dessa »illegala« kirurger, som bevisligen hade manuell och annan medicinsk kompetens tillräcklig för att klara även svår krigskirurgi och obstetriska komplikationer vid kejsarsnitt. En utbildning skapades för en ny typ av vårdarbetare, som på portugisiska kallades »técnico de cirurgia«. Denna utbildning har sedan 1984 producerat ca 60 sådana kirurgiskt kunniga icke-läkare.

Läkarkårens motstånd

Motståndet från den övriga läkarkåren i landet var från första början uppenbar, och många hävdade att detta skulle komma att bli en början till en kvalitativ tillbakagång av läkaryrket och läkarrollen i landet. Likafullt hade dessa kritiker ingen alternativ lösning på hur man skulle kunna möta det pressande behovet av



Global hälsa

Gästredaktör för serien Global hälsa: Staffan Bergström
Se även artikel på sidan 478 i detta nummer och i nr 3, 4 och 5 2004.

kirurgisk och obstetrisk hjälp i ett kaotiskt och katastrofalt läge. Biståndsarbetande läkare och forskare vid medicinska fakulteten i Maputo enrullades i teoretisk och praktisk utbildning av dessa speciellt utvalda första 13 kandidater. En lärobok i kirurgi på portugisiska färdigställdes, och utbildningen började framgångsrikt, om än med ekonomiska problem. Successivt fann biståndspengar vägen till denna utbildning, som fortfarande (år 2003) pågår – med stora ekonomiska svårigheter men med större stöd hos läkarna i landet. Utbildningen av »técnicos de cirurgia« är tvåårig. Des-

... en snabb bedömning av denna kategori av »operatörer« visade att här fanns en avsevärd kirurgisk skicklighet förvärvad genom mångårig kirurgisk erfarenhet med eller utan närvarande kirurg.



Inte bara läkare är bristvaror i de fattigaste länderna. Engångsmaterial, som t ex handskar, måste användas upprepade gånger – med risk för kontamination och smittspridning. I många länder är per capita-kostnaden per år för hälso- och sjukvård ett fåtal dollar.



Den erfarna barnmorskan, vidareutbildad att klara även avancerad kirurgi, är troligen det bästa exemplet på en »medium level provider of health care« med mycket fördelaktig kostnad-effektivitetskvot.

sa två år används för att förvärva teoretisk och praktisk utbildning inom olika kirurgiska specialiteter, varefter ytterligare ett år är en praktiktid. Tanken är sedan att ytterligare praktik skall vinnas med viss återkommande handledning på olika distrikts- och provinssjukhus i landet.

Det har nu gått närmare två decennier sedan denna verksamhet startade, och Moçambique, som fortfarande är ett av jordens fattigaste länder, har alltså stor läkarbrist men är en viktig erfarenhetsrikare i och med denna utbildning. Liknande erfarenheter har publicerats från ett fåtal andra länder [1-5] innan de uppmärksammades i Moçambique [6]. Under 1990-talet, då tveksamheten fortfarande var stor både nationellt och internationellt inför denna idé, genomförde vi två vetenskapliga projekt för att undersöka kvaliteten i det obstetriska och kirurgiska arbetet dessa »técnicos« var mäktiga.

Forskning kring delegering av ansvar

Den första undersökningen omfattade drygt 1 000 kejsarsnitt gjorda av specialister i obstetrik och gynekologi och ca 1 000 kejsarsnitt gjorda av den nya kategorin »kirurger«. Studien, som sedermera publicerades i British Journal of Obstetrics and Gynaecology [7], kunde visa att postoperativa komplikationer, vårdtid postoperativt på sjukhuset, typer av komplicerande obstetriska förhållanden etc var likartade i de två grupperna. Slutsatsen var att ingen väsentlig skillnad förelåg mellan de två gruppernas resultat. Den enda statistiskt säkerställda skillnaden var en lätt övervikt för ytliga sårrup-



»A jeep is a very important piece of obstetric equipment«; en av de stora bidragande faktorerna till mödradöd är tidsfördröjningen för att nå livräddande behandling, t ex kejsarsnitt. Med decentralisering av sådan behandling, given av icke-läkare, kan många mödraliv räddas.

turer postoperativt i »técnico«-gruppen. Tilläggas bör att specialisterna var de enda som gjorde elektiva kejsarsnitt, dvs behäftade med lägre risk generellt än de akuta kejsarsnitten.

Den andra studien [8] omfattade en granskning av mer än 10 000 operationer – inklusive stora bukoperationer med tarmresektioner, splenektomier, leverresektioner, obstetriska hysterektomier, inklämda bräck, brännskador, laparotomier efter skottskador i buken etc – varav ca 70 procent akuta och ca 30 procent elektiva ingrepp. I granskningen av den postoperativa mortaliteten i dessa fall fann vi att den var 0,1 procent i den elektiva gruppen och 0,4 procent i gruppen av akuta interventioner. Man kan invända att här kan ha funnits en signifikant underrapportering av svåra komplikationer, inklusive dödsfall, men även om så vore fallet är ändå siffrorna sensationellt goda för att kunna bortses ifrån.

»Técnicos de cirurgia« är säkert inte lika goda kirurgiska och obstetriska be-

slutsfattare som utbildade obstetriker och kirurger. Vad de båda studierna däremot har visat är att (förutsatt att en tydlig indikationsställning föreligger) dessa »técnicos« är kapabla att genomföra livräddande kirurgisk behandling, inklusive kejsarsnitt. Det handlar om enkla obstetriska principer. Många kvinnor kommer till sjukhus efter 3–4 dagar i värkarbete med tydliga tecken på hotande uterusruptur och förlossningshinder. Den enkla principen att »aldrig låta solen gå ned två gånger över en förlossning« kan tillämpas. Det är således viktigt att se att alternativa lösningar i nuläget praktiskt taget inte finns.

I flera andra afrikanska länder har samma typ av delegering av kirurgiska och andra traditionella läkarverksamheter förekommit. I Tanzania, Malawi, Burkina Faso och Zambia finns nu en ackumulerad erfarenhet av ett slag som liknar den vi vunnit i Maputo. De läkare som dessa länder har producerat sedan självständigheten för 30–40 år sedan har av flera skäl endast undantagsvis tjänst-

... är det lika fullt uppenbart att inga klara alternativ finns med hänsyn till de ekonomiska realiteterna i flertalet afrikanska länder.

gjort på landsbygden i dessa länder. För det första har läkarna i stor utsträckning emigrerat till länder med bättre löneförhållanden – en signifikant andel av utbildningsinvesteringarna har därmed gått förlorad. För det andra tenderar läkarna att bosätta sig i urbana områden och accepterar inte direktiv från hälsovårdsministeriet om placering i rurala områden. För det tredje föreligger inte möjligheter budgetmässigt att betala löner till läkare i samma omfattning som man producerat dem. Följden blir att i många låginkomstländer går läkare arbetslösa på grund av brist på löneomedel att anställa dem i offentlig tjänst. För det fjärde är dödligheten i dessa kategorier hög på grund av HIV-infektion.

Utfästelser inför framtiden

Samtliga dessa faktorer medför att läkarförsörjningen till de mest behövande landsbygdsdelarna i låginkomstländer, framför allt i Afrika, närmast utgör en katastrof. Tillsammans med de nu så uppmärksammade »millenniemålen« – med ambitionen att bli sänka mördardödligheten med 75 procent (utgående från nivån 1990) fram till år 2015 och i motsvarande grad reducera femårsdödligheten bland barn – blir situationen ohållbar. Med tillgång till olika »mellankategorier« (medium level providers) är utsikterna att uppnå millenniemålen något större. Ett mycket gott exempel på detta är Moçambique, där stora framsteg gjorts i och med att barnmorskor numera genomför säkra aborter, vilket ökar både tillgängligheten av och säkerheten vid dessa ingrepp samt reducerar kostnaderna.

Den speciella fördelen med dessa »assistant medical officers«, utbildade på sätt som i Moçambique och andra nämnda länder, är att de i mycket större utsträckning än läkarna stannar kvar på de orter där de blivit primärt stationerade. Skillnaden mellan läkare och denna nya kategori är att läkarna ofta har möjlighet att i storstäderna upprätta privata praktiker och därför dras tillbaka till urbana områden i praktiskt taget alla län-

der. »Assistant medical officers« har inte denna möjlighet och kan ofta ha ett bättre liv i periferin och i de rurala områdena än läkare. Ofta tituleras de »doktor« och gör de facto samma arbetsuppgifter som vilken läkare som helst, även specialistutbildad, skulle ha gjort i samma yrkessituation.

Kostnaden för utbildning och löner och bristen på alternativ gör att denna utbildningsväg är viktig att diskutera och förhålla sig till, framför allt inom läkarkategorin i de länder som främst berörs av dessa utbildningsreformer. Även internationellt är det emellertid viktigt att läkare tar ställning i denna fråga och bidrar till att debattera den traditionella läkarrollen. Som läkare har vi definitivt en oerhört stor arbetsuppgift framför oss, särskilt som lärare, inspiratörer, stödjare och handledare i en situation där antalet läkare i kliniskt arbete kommer att minska, medan andra kategorier av nödvändighet måste ta över en hel del av det som läkarna tidigare fann vara självklart deras revir.

Fördelar och nackdelar med delegering

Uppenbarligen finns det risker med delegering av kvalificerat medicinskt ansvar till icke-läkare. En av de viktigaste erfarenheterna i Moçambique är att vara mycket noggrann med rekryteringen av kandidaterna till utbildningen av »técnicos de cirurgia«. Man har lärt sig att det räcker med ett enda kirurgiskt handläggningsfel för att hela utbildningen skall sättas ifråga. Det är därför fundamentalt att inskräpa begränsningen av delegeringsansvaret till vissa väl definierade ingrepp. Likafullt är det uppenbart att kostnad–nyttakvoten är starkt fördelaktig för det nya systemet. Med den nuvarande produktionen av nya läkare i Moçambique skulle det ta åtminstone 50 år att täcka det förutsägbara behovet av läkare i landet. Oavsett hur man ställer sig till denna nya och ibland kontroversiella utbildning av »läkarersättare« är det likafullt uppenbart att inga klara alternativ finns med hänsyn till de ekonomiska realiteterna i flertalet afrikanska länder. Huruvida utbildning av mellankategorier av typ »assistant medical officers« kommer att bli en historisk parentes eller inte får framtiden utvisa.

Det är farligt att romantisera över denna utveckling, och det finns definitivt stora stötestenar på vägen. Två av dem är särskilt viktiga att beröra här. Den ena är att de utbildade »técnicos« i Moçambique och motsvarande yrkeskategorier i andra afrikanska länder (»assistant medical officers«) ju inser att de gör ett läkarliknande arbete men utan någon rimlig lönekompensation. Det är alltså

viktigt för hälsovårdsministerierna i de olika länderna att ta ställning till lönekraven och erkännandet [9]. Det andra och med lönen närbesläktade problemet är att man önskar sig ett större socialt erkännande och ett tydligare åtnjutande av den prestige som den nya yrkesrollen innebär.

Man har försökt lösa båda dessa problem genom att skapa en högre utbildning av dessa kategorier, närmast av akademisk karaktär. Framtida utveckling får visa hur framkomlig denna väg är.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna

Referenser

1. Duale S. The role of non-physicians in maternal health and family planning in Karamoja, Zaire. In: Starrs A, editor. Preventing the tragedy of maternal deaths. Report of the Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, February 1987.
2. White SM, Thrope RG, Maine D. Emergency obstetric surgery performed by nurses in Zaire. *Lancet* 1987;2:612.
3. Kanchanasinth K. Postpartum sterilization by nurse-midwives in Thailand. *Internat Fam Plann Perspect* 1990;16:55-8.
4. Chowdhury S, Chowdhury Z. Tubectomy by paraprofessional surgeons in rural Bangladesh. *Lancet* 1975;2:567.
5. Watters DA, Bayley AC. Training doctors and surgeons to meet the surgical needs of Africa. *BMJ* 1987;295:761-3.
6. Thored B. Sjuksköterskor utbildas till »kirurger«. *Vårdfacket* 1986;4:7-9.
7. Pereira C, Bugalho A, Bergström S, Vaz F, Cotiro M. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. *Brit J Obst Gyn* 1996;103:508-12.
8. Vaz F, Bergström S, Vaz ML, Langa J, Bugalho A. Training medical assistants for surgery. *Bull WHO* 1999;77:688-91.
9. Lundberg T. Kirurgtekniker inte trött trots jour varje dag. *Läkartidningen* 2002;99:3216-7.



= artikeln är referentgranskad