

Hälsa och standard förbättras i Kenya men sjukvårdens metoder släpar efter

Den materiella standarden och hälsotillståndet förbättras i Kenya, även på landsbygden. Men den kenyanska sjukvården går inte i takt med förändringarna. Grundläggande socialmedicinska fakta förbises, och alltjämt avvisar sjukhusen ofta patienter som inte har råd att betala för sig.

Nyligen hemkommen från en arbetsperiod vid Rotarys Läkarebank i Siaya i västra Kenya vill jag förmedla en jämförelse av befolkningens hälsotillstånd mellan åren 1994 och 2007. Jag arbetade i samma område dessa båda år och år 2006 dessutom i Homa Bay, som också ligger i västra Kenya men cirka 20 mil söderut.

Västra Kenya är ett tätbefolkat högland med relativt stor årsnederbörd och goda förutsättningar för jordbruk. Praktiskt taget all odlingsbar mark tas till vara, dock inte på optimalt sätt. Området räknas till de fattiga delarna av Kenya.

Jämför man den materiella standarden 1994 och 2007 ser man en del tydliga förändringar. Cyklisterna är mångdubbelt fler, en hel del lätta motorcyklar och privata bilar har tillkommit på vägarna, folk har bättre kläder, fler hus är byggda av murtegel. Den mest iögonfallande nyheten är mobiltelefonernas utbredning. En stor andel av befolkningen äger nu en mobil, täckningen är god, mobilmasterna har blivit en symbol för det nya årtusendet.

Jag kan jämföra cirka 850



STIG ANDERSSON
fd distriktsläkare,
Säffle
gits.joel@tele2.se

patientbesök i augusti–september 1994 med sammanlagt 1 350 besök under samma årstid 2006 och 2007. Den viktigaste skillnaden gäller barnen. Den första perioden hade jag dagligen flera fall av »kronisk malaria«, med ofta kraftigt förstörd mjälte och höggradig anemi. Vid ett nytt malariaskov blev dessa barn allvarligt sjuka och behövde ibland blodtransfusion.

Under mina senaste två perioder har jag sett endast en handfull barn med lätt förstörd mjälte och några enstaka barn med svår malaria.

Generellt sett har barnen också ett bättre näringstillstånd nu än 1994. Ändå kunde jag dagligen se barn med någon grad av malnutrition, särskilt gällde detta Siaya-området. Homa Bay-distriktet med sin bördiga jord tycks ha färre riktigt fattiga människor.

Andra förändringar i sjukdomspanoramata är färre tropiksår. 1994 såg jag flera fall av elephantiasis men inget sådant fall under de två senaste perioderna. Jag är också säker på att andelen patienter med diarré har minskat sedan året 1994.

Patienter med hypertoni, diabetes mellitus, övervikt, hjärtproblem dyker upp på Läkarebankens mottagningar. En stor grupp patienter är numera de som söker för kroniskt smärttillstånd utan påvisbar somatisk sjukdom. Så-

dana patienter fanns också 1994, men mitt intryck är att de är fler nu.

Aidsepidemin pågår oförändrad. Skillnaden mot 1994 är betydligt bättre möjligheter till diagnostik med specialutbildade rådgivare och ganska tätt med VCT-mottagningar (voluntary counselling and testing). Det finns tillgång till fri virushämmande medicinering och decentraliserad hemsjukvård.

Mitt personliga perspektiv får, när det gäller malaria, stöd av en WHO-rapport som publicerades i tidningen Daily Nation [1]. Den anger att dödligheten i malaria bland barn upp till fem års ålder har halverats de senaste åren, samtidigt som antalet insjuknade i malaria har sjunkit och inläggningarna på sjukhus på grund av svår malaria har gått ner.

Anledningen är framför allt att flera miljoner myggnät impregnerade med insekticider distribuerats ut till befolkningen gratis eller till subsidiert pris. Jag frågade ofta mina patienter om de använder myggnät, och flertalet svarade ja. De statistiska uppgifterna om förekomst av malaria är, så vitt jag kan se, mycket osäkra och omdiskuterade [2].

Det finns nu också borrhade brunnar och riktiga latriner i byarna, något som inte fanns i mitten av 1990-talet. Barnen vaccinerats på samma sätt som i Europa, och täckningen är god.

Man kan således, trots aids-epidemin, se en förbättring av befolkningens hälsa. Det jag sett av den kenyanska sjukvården inger mig dock betänkligheter. Sjukhusvården kan jag inte

uttala mig om, men jag fick genom samtal med medarbetare i de lokala hälsokommittéerna intryck av att fattigt folk som inte kan betala sin behandling ofta avvisas från sjukhusen, även om de är i starkt behov av vård.

Den öppna vården sköts oftast av sjuksköterskor och s k clinical officers, som har en förkortad läkarutbildning. Utanför de stora städerna är läkartalet mycket lågt – cirka en procent av den svenska. Patienterna har sina journalböcker med sig, och där kan man se hur de tidigare behandlats.

Behandling sker genomgående enligt en sjukdomsmodell som antar att sjukdomar är akuta och orsakas av mikrober. Följaktligen ska de behandlas med antibiotika eller parasitdödande läkemedel. Patienter med tillstånd som inte stämmer med denna modell får en otillfredsställande behandling.

Att virusinfektioner troligen är lika vanliga som i Europa och inte botbara med antibiotika beaktas inte. Luftvägsinfektioner behandlas mycket ofta med en kombination av antibiotika och antimalariamedel.

Febersjukdom betraktas reflexmässigt som malaria, men på våra mottagningar visade immunologiska test att majoriteten av patienterna med fe-



Översvämningar drabbade västra Kenya under september 2007. Viktiga ägodelar räddas här.

Foto: Simon Maima/Scampix

ber och muskelvärk inte hade sjukdomen. De nya nationella riktlinjerna säger att konfirmerande malariatest alltid ska göras vid febersjukdom med osäker orsak.

Man kan förvänta sig att med ökade preventiva åtgärder går prevalensen av parasitbärare ner, likaså andelen infekterade myggor. Därmed sjunker incidensen, samtidigt som pseudoimmuniteten torde minska, varför respekten för sjukdomen måste bibehållas och kraven på god diagnostik ökas.

Trots att de kenyanska nationella riktlinjerna säger att kortvarig, icke blodig diarré inte ska antibiotikabehandlas sker detta rutinmässigt. Widal's test används som diagnostikum för tyfoidfeber oberoende av patientens tillstånd [3]. Även vid sårbehandling tillgrips i första hand antibiotika, medan moderna principer för sårbehandling inte tillämpas.

En ökande andel långvariga eller kroniska sjukdomar gör att den kenyanska arbetsmodellen passar allt sämre. Grundläggande socialmedicinska fakta förbises och journalförs inte, exempelvis att barn är föräldralösa.

Sammanfattningsvis: Även på den kenyanska landsbygden tycks befolkningens hälsotillstånd förbättras, och sjukdomsmönstret närmar sig det som förekommer i Europa. Detta ställer förändrade krav på landets sjukvård, något som den inte tycks anpassa sig till. Detsamma torde vara förhållandet i flera afrikanska länder. En genomgripande diskussion behövs.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Mwaniki M. Malaria deaths drop by half. Daily Nation. 2007; August 17:7.
2. Bonner J. Row erupts over WHO's malaria 'miscalculation'. New Scientist. 2005 March 12:10.
3. Olopoenia LA, King AL. Widal agglutination test - 100 years later: still plagued by controversy. Postgrad Med. J 2000;76:80-4.

Dra ner vid 60, fortsätta till 70?

■ Man debatterar ofta läkares karriär. För det mesta gäller det givetvis karriären uppåt. Men man har ju med åren märkt att det även finns en karriär nedåt. Karriärens höjd inträffar väl mellan 40 och 55 år, när man är fullärd och säker i sin roll, barnfostlandet är över m m. Man känner sig kunnig och stark.

Sedan så sakteliga i 55+-åldern börjar kanske en viss osäkerhet inträda. Alla nyheter som tränger sig på. Yngre, duktigare och karriärsugna kolleger pressar. Det dyker upp ett liv utanför sjukhuset, barnbarn icke minst.

På TVs naturfilmer har man sett hur äldre hjortar får det jobbigt att hävda sig, och till slut får de dra sig undan och dö. Riktigt så illa går det nu inte för den äldre doktorn. Men kanske skulle problemet diskuteras och undersökas litet mer, så att folk kan dra sig ur på ett behagligt sätt och ändå kunna vara till nytta.

Själv har jag lyckan att få ha en dags mottagning per vecka på en satellitmottagning till mitt gamla arbete samt att rycka in litet då och då när det behövs vid sjukdom och semestrar. Jag behöver inte arbeta från ekonomisk synpunkt men gör det för att det ger så stor tillfredsställelse.

Jag tror att många kolleger skulle vilja göra en insats även efter den sk pensionsdagen, vilken är en uppfinning från ett förgånget industrisamhälle. Man kanske skulle dra ner på arbetstiden i 60-årsåldern för att kunna arbeta till 70? Det skulle vara intressant att höra andras tankar i detta ämne.

Lennart Åberg, 70-
ögonspecialist, Kalmar;
då och då överläkarvikarie
på Länssjukhuset i Kalmar
lennartericaberg@hotmail.com

annons