

Pilegrimsferd til Maine-Soroa

«Det er en pilegrimsferd,» sa prefekten. Min sosialantropologkone Lisbet og jeg var på høflighetsvisitt i administrasjonssenteret Diffa i østfylket i Niger, varme og tørste etter tre dagers biltur nordover fra byen Ngaoundere i det nordlige Kamerun. Kun en times kjøretur gjenstod til vårt reisemål, landsbyen Maine-Soroa. 33 år er gått siden vi kjørte en nyinnkjøpt Citroën 2CV mot samme reisemål, sørover den gang, gjennom Saharas stein og sand.

Juksemedisiner i u-land

Omtrent en firedel av legemidler brukt i u-land er falske eller lavkvalitetsmedisiner (1). Dette gjelder særlig antibiotika, antiretrovirale midler og midler mot malaria og tuberkulose. Verdens helseorganisasjon anslår at 2 500 mennesker døde i 1995 da en juksevaksine ble brukt mot en meningittepideemi i Niger. 200 000 liv kunne ha vært reddet hvert år om kvaliteten på malaria-medisiner hadde vært slik som forskrevet.

Bruken av juksemedisiner er størst i Sørøst-Asia. Fra Afrika er dokumentasjonen dårligere, men omfanget er sannsynligvis stort. 70 % av medisiner importert til Nigeria kan være falske (2). De største produsentene av juksemedisiner til Nigeria er fra India, Kina, Pakistan, Egypt og Indonesia. Med over 20 000 legemiddelsprodusenter i India vil bare et nært samarbeid mellom myndigheter og industri kunne bedre kvaliteten på legemidler produsert i landet (3). Noen tviler på om India greier å bedre eksportkontrollen av legemidler, og økende frihandel kan vanskeliggjøre reguleringen.

Verdens helseorganisasjon startet nylig tiltak for å redusere omfanget av juksemedisiner. Målgruppene for dette arbeidet er politikere, helsepersonell og brukere. Men også de rike land rammes og forsterker kontrollen med juksemedisiner (1).

Bernt Lindtjorn

bernt.lindtjorn@cih.uib.no
Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. WHO. Substandard and counterfeit medicines. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/. 2003. (30.11.2003).
2. Raufu A. India agrees to help Nigeria tackle the import of fake drugs. *BMJ* 2003; 326: 1234.
3. Chatterjee P. India's trade in fake drugs – bringing the counterfeiters to book. *Lancet* 2001; 357: 1776.

Maine-Soroa, Niger, 1970

Diffa helsedistrikt er like stort som Finnmark, og det er 400 kilometer til nabosykehuset. Fire år tidligere hadde Bill Kirker kommet som amerikansk fredskorpslege, nå ansatt av den nigerske regjeringen etter fin innsats med å bygge opp et velfungerende, rent og godt vedlikeholdt sykehus med mye profesjonell stolthet hos personalet. Det er tre sykepleiere: Zacharia behersket eternarkose og spinalanestesi, men var for tiden bitter og innesluttet fordi han hadde problemer med sine tre koner. De var i matlagingsstreik og antakelig også annen streik fordi han nå planla å gifte seg med en nummer fire han lenge hadde hatt på si. Monogame René assisterte ved operasjoner og visste gudskjelov hva Bill Kirker pleide å gjøre. Aischa hadde kommandoen på mor-og-barn-klinikken, var trebarnsmamma og hadde gitt ektefellen beskjed om at medhustruer ikke kom på tale.

Hjelpepleierne hadde sykepleieransvar i mange tilfeller. En var ansvarlig for de innlagte pasientene, en annen sorterte de konsulterende og behandlet dem som ikke trengte legetilsyn. En tredje skrubbet og vasket på sårstuen og fikk de største tropesår til å gro med vann og såpe, etter at amerikanske Bill hadde kastet ut alle de fransk-koloniale rød-blå-fiolette antiseptiske fargevæskene. Monica assisterte på mor-og-barn-klinikken, hvor man hadde tatt i bruk det nyeste i WHO-vekstkurver og helsekort oppbevart av mødrene. 18 år gamle Monica hadde det danske kaller «både til gården og til gaden» og pleide hilse meg god morgen med sin mest prominente dorsale kroppsdeler når jeg om morgenen ankom til sykehuset.

Vi hadde også en eldre, tradisjonell fødselskone. Hun hadde hjertesvikt og ble atskillig bedre av sine ødemer da jeg gav henne et digitalispreparat jeg fant på medikamentlageret, men døde plutselig en dag før vi reiste. Fødsler hadde hun sett mange av. «Vent litt, det kommer,» pleide hun å si. Så ventet jeg litt, og ofte gikk det som hun sa. Det lille laboratoriet med hemoglobinnmåling, blodtyping og mikroskopering, bestyrte vi legene inntil det et halvt år etter

i Brev fra Niger



min ankomst ble ansatt en laboratorieopp-lært sykepleier.

Den første måneden fløy av gårde. Jeg lærte nye ting hver dag og så pasienter jeg aldri hadde sett maken til på Ullevål sykehus. «Forresten,» sa dr. Kirker en morgen på sykehuset, «jeg har ikke hatt ferie på fire år, og nå er du jo godt inne i rutinene her. Så min kone og jeg ble enige om å dra hjem på ferie noen måneder, vi reiser om en uke.»

Jeg har spurt meg, den gang og senere: Var det riktig av meg å bli værende, når forhåndsavtalen var at jeg skulle arbeide på sykehuset for å assistere og lære? Kan en norsk cand.med., med eksamen i tropemedisin, men uten turnustjeneste, påta seg å være enelege omtrent uten evakueringsmuligheter? Jeg tror fortsatt at svaret er ja på begge spørsmål. Tross alt hadde jeg i studietiden deltatt i allsidig legevaktjeneste i fritiden og om somrene, jobbet på barneavdeling, medisinsk avdeling, todelt sykehus og sommeren etter embetseksamen også på kirurgisk avdeling. Alternativet var ikke å få en annen lege; det ville bli Zacharia og Rene og Aischa uten lege i det hele tatt, og i noen grad kunne en norsk cand.med. være en god støtte for dem.

Jeg nådde å lære en del av den allsidige dr. Kirker, ikke minst om hemostase og aseptikk, og velsignelsen over alle velsig-