

Hälsa åt alla — en rapport om medicina promotiva i Moçambique

Ulf Högberg

Endast den totala samhällsinsatsen genom folkets egna ansträngningar kan förbättra samhällets hälsoläge. Den erfarenheten gjorde Frelimo under befrielsekriget i Moçambique. Under lövverket föddes begreppet Medicina Promotiva, där "folket försörjde sjukhuset och sjukhuset tjänade folket". Avsikten med denna Medicina Promotiva är att de kurativa åtgärderna skall sträcka sig utöver de enskilda patienterna med inriktning på en prevention där folkets levnadsvanor i grunden förändras.

I nedanstående artikel beskrivs denna Medicina Promotiva. Med utgångspunkt från distriktet Gurué i Zambeziprovinsen beskrivs sjukdomspanorama samt primärvårdens svårigheter och framgångar tre år efter självständigheten.

Ulf Högberg är läkare i Falun. Han arbetade 1977–78 i Zambeziprovinsen, varav ett år i Gurué, anställd av hälsoministeriet via Afrika-grupperna i Sverige.

MOÇAMBIQUE

Moçambique var portugisisk koloni under 500 år. Efter 10 årigt befrielsekrig under FRELIMO:s ledning uppnåddes självständighet 1975.

Areal: 801 590 km² (dubbelt så stor som Sverige)

Befolkning: 10,4 miljoner (1977)

Befolkningstillväxt: 2,6 % per år

Analfabetism: 95 %

BNP per capita: 108–200 dollar (FN 1976)

Sjukvårdskostnader per capita: 17,50 skr (1977)

Medicinkostnad per capita: 2,50 skr (1977)

Spädbarnsdödlighet: 150–200 per tusen

GURUÉ

Gurué är ett distrikt i Zambeziprovinsen, som ligger i mellersta Moçambique med kust mot den Indiska oceanen. Gurué-distriktet ligger emellertid inne i landet och har en areal av 5 606 km² och en befolkning på 150 000 inneboende.

Gurué är ett utpräglat jordbruksdistrikt där majoriteten bor i småjordbruk och odlar ris, majs, cassava och sorghum. Den dominerande samhällseliga näringen är teproduktionen. De tidigare privatägda plantagerna är nu sammanförda i det statliga EMOCHA, uppdelad i 12 produktionsenheter med 15–20 000 arbetare beroende på säsong. I övrigt finns statsjordbruket Lioma-Nauela (Gappo) med 3–400 anställda, samt två jordbrukskooperativ.

Sjukvårdsinrättningarna är 15 till antalet, varav tre dock är stängda och en hälsocentral håller på att byggas. I centralorten Gurué finns distriktssjukhu-

set, ute i distriktet finns två hälsocentraler varav en med BB. På teplantagerna finns 9 hälsoposter och i samhället Lioma finns en hälsopost. Majoriteten av hälsocentraler, -poster är koncentrerade till teplantagezonen. Där befolkningen i övrigt bor är det mycket glest till närmaste sjukvårdsinrättning, upp till 40–50 km.

Öppenvård vid distriktssjukhuset

Öppenvårdsbesöken vid distriktssjukhuset ökar år från år, särskilt efter självständigheten 1975. I dis-

Tabell 1

De 10 vanligaste öppenvårdsdiagnoserna (läkarassistent) – 1000 patienter vid distriktssjukhuset i Gurué januari 1978

Malaria	370
Diarrésjukdomar	109
Övre luftvägsinfektioner	127
Olyckor eller annat våld	80
Tandsjukdomar	60
Annan buksjukdom	54
Ögonsjukdomar	46
Bensår	40
Annan infektionssjukdom	21
Öronsjukdomar	14

De 10 vanligaste öppenvårdsdiagnoserna (läkare) – 1000 patienter vid distriktssjukhuset i Gurué jan–feb 1978

Psykosomatisk- eller annan psykisk orsak	101
Diarrésjukdomar	96
Övre luftvägsinfektioner	91
Uro-genitalsjukdom	91
Sjukdom eller komplikation till graviditet	72
Annan buksjukdom	60
Annan hudsjukdom	45
Malaria	42
Kikhosta	36
Ögonsjukdomar	32

triktet registrerades 1977 69 631 öppenvårdsbesök, varav 25 278 på distriktssjukhuset vilket är 2 1/2 gånger mer än 1971. I regel ses 2/3 av patienterna av läkarassistent och 1/3 av läkare. De 10 vanligaste diagnoserna för läkare respektive läkarassistent framgår av *tabell 1* (klassifikation enligt Direccção Nacional de Assistência Medica, Ministerio de Saúde, Moçambique). Det framgår att det är infektionssjukdomarna som dominerar sjukdomspanoramat, främst luftvägsinfektioner, malaria och diarrésjukdomar. Parasitsjukdomar har en mycket stor utbredning i distriktet. Av 447 urinanalyser på distriktssjukhuset var 123 (27,5 %) positiva för Bilharzia (*S. haematobium*), av 243 fezes analyser var 64 (27,8 %) positiva för hakmask.

Noteras också att den vanligaste läkardiagnosen

Den vanligaste läkardiagnosen var psykiatrisk med framför allt psykosomatiska symtom.

var psykiatrisk med framförallt psykosomatiska symtom. Patienterna i denna grupp var inte bara de med skolgång bakom sig utan också folk från landet. Viktigt är att diagnosticera denna grupp för att många missförstås i sjukvårdsapparaten och gör en karriär med ömma skinkor då tilltron till injektioner är stor.

Av 27 511 patienter (juli 77–maj 78) remitterades 192 patienter vidare till provins – eller centralsjukhus. Framförallt var dessa remissfall ögonsjukdomar, gynekologi och kirurgi/ortopedi.

Sluten vård vid distriktssjukhuset

Antalet vårdplatser på distriktssjukhuset är 38 (inklusive BB), ute i distriktet finns ytterligare 90-talet vårdplatser på hälsocentraler och hälsoposter vilket gör 0,88 vårdplatser per 1 000 invånare. För att klara den ökade belastningen på sjukhuset minskades vårdtiden och distriktets övriga vårdplatser utnyttjades alltmer för eftervård. På så sätt kunde 1 014 patienter vårdas på sjukhuset med en medelvårdtid på 5,5 dagar under tiden juli 1977–maj 1978, till skillnad från 1971 då 299 vårdades med en medelvårdtid på 14,5 dagar.

De 10 vanligaste sjukdiagnoserna för barn respektive vuxna på sjukhuset framgår av *tabell 2*. Olycksfall utgör den främsta diagnosgruppen liksom mortalitetsorsak för vuxna. I gruppen finns brännskador, frakturer, trafikolycksfall, arbetsplatsolyckor och misshandelsfall. Trots den mycket låga biltätheten registrerades 9 trafikdödsfall i distriktet 1977, i relation till befolkningens mängd blir den jämförlig med den svenska trafikdöden.

Sammantaget är det emellertid infektionssjukdomarna, som dominerar både för barn och vuxna. De vanligaste diagnoserna var malaria, bronkit, lunginflammation, diarrésjukdomar och tuberkulos. Bland barndiagnoserna är tuberkulosen troligen underdiagnosticerad, då diagnostiken i huvudsak baserades på sputumdiagnostik och barntuberkulosen oftast måste diagnosticeras på annat sätt.

Mortaliteten på sjukhuset var 2,8 % för de vuxna och 5,3 % för barnen under perioden juli 1977-maj 1978. Utmärkande för dödsfallen var att de nådde sjukhuset i finalstadiet, 26 % (5) dog inom 6 timmar

Tabell 2. Sluten vård vid distriktssjukhuset i Guroé juli 1977–maj 1978

De 10 vanligaste sjukdiagnoserna – vuxna (619)

Olyckor eller annat våld	121
Diarresjukdomar	54
Lungtuberkulos	46
Annan infektionssjukdom	36
Annan buksjukdom	26
Malaria	25
Urogenital sjukdom	22
Lunginflammation	21
Övre luftvägsinfektioner	15
Anemi	14

De 10 vanligaste sjukdiagnoserna – barn (396)

Diarresjukdomar	69
Olyckor eller annat våld	48
Undernäring	43
Malaria	37
Annan infektionssjukdom	37
Lunginflammation	27
Övre luftvägsinfektioner	15
Anemi	10
Tuberkulos	9
Annan febersjukdom	7

Mortaliteten – vuxna (2,8 %)

Olyckor eller annat våld	5
Tuberkulos	3
Diarresjukdomar	2
Tumörsjukdomar	2
Meningit	1
Lunginflammation	1
Annan infektionssjukdom	2
Dödsorsaken okänd	1

Mortaliteten – vuxna (5,3 %)

Undernäring	4
Diarresjukdomar	3
Lunginflammation	3
Malaria	2
Anemi	2
Meningit	1
Tetanus	2
Olyckor eller annat våld	1
Kikhosta	1

efter intagningen, 52 % (10) dog inom 48 timmar efter intagningen (juli–december 1977).

Mödra- och förlossningsvården

I Moçambique beräknas nativiteten vara 40–45 promille och då blir i distriktet antalet förlossningar

I landsbygdsdistrikten Namacurra sker idag 55–60 % av förlossningarna på institution.

cirka 6000 per år. I Guroé distriktet registrerades 774 förlossningar 1977 på de bägge BB, i centralorten respektive en hälsocentral 20 km därifrån, vilket blir 13 % av antalet beräknade förlossningar i distriktet. I landets hälsopolitik har mödravården högsta prioritet och stora ansträngningar görs i varje distrikt att bygga upp mödravård med hälsoundervisning, anemikorrigerande, malariaprofylax och riskklassificering. Viktigt är att mobilisera till institutionsförlossningar och avgörande för framgången är folkets förtroende för BB-avdelningarna. Ett exempel på hur långt man kan komma under några år är landsbygdsdistriktet Namacurra i Zambeziprovinen där idag 55–60 % av förlossningarna sker på institution. Bidragande där har varit att de gravida haft möjlighet att invänta förlossningen några dagar i närheten av BB.

I Guroé startade i juni 1977 ett rörligt mödra- och barnavårdslag med 1 läkare, 1 sköterska och 2–3 hälsoassistenter. Mödra- och barnavården organiserades på distriktssjukhuset, med 14 dagars intervall besöktes 7 hälsoposter samt statsjordbruket och jordbrukskooperativet. Under de första 10 månaderna registrerades 4407 mödravårdsbesök, varav 1/3–1/2 var förstagsbesök. Tiden juli 1977–augusti 1978 utfördes 4196 tetanusvaccinationer. Således nåddes c:a 1/3 av de gravida med minst ett mödravårdsbesök och minst en tetanusimmunisering.

Det bristfälliga mödraskyddet i distriktet illustreras av statistik från BB på distriktssjukhuset. Av 290 intagna på BB under perioden juli–december 1977 kom 49 % av kvinnorna inom en radie på 5 km från BB, 23 % mellan 5–10 km, 18 % mellan 10–30 km och endast 10 % hade mer än 30 km från hemmet till BB. Mycket klart var sambandet mellan avståndet hemmet–BB och oavslutad förlossning i hemmet å ena sidan och den maternella och perinatale morbiditeten och mortaliteten å andra sidan. Mödrarmortaliteten i landet är okänd, men en undersökning har påvisat 300 mödradödsfall /100 000 levande födda

Tabell 3. Perinatal statistik BB Gurué juli 1977–maj 1978
(329 förlossningar)

Perinatalt döda: 31 (94 per tusen)	
Dödfödda: 19 (61,5 dödfödda per tusen levande födda)	
asfyxi på grund av utdraget förlossningsförlopp	10
asfyxi på grund av navelsträngsframfall	2
kongenitala missbildningar	2
pre-eklampsi	1
dödsorsaken okänd	4
Neonatalt döda: 12	
asfyxi på grund av utdraget förlossningsförlopp	3
prematuritet	7
kongenitala missbildningar	1
dödsorsaken okänd	1

vilket översatt till Gurué ger 20 dödsfall per år. Under perioden juli 77–maj 78 registrerades 9 mödradödsfall i distriktet: 2 dödsfall med förlossning på sjukhuset (1 tetanus, 1 lungemboli?) 4 på sjukhuset men med avslutad förlossning i hemmet (1 tetanus, 2 septisk chock, 1 anemi) 1 dödsfall på BB utanför centralorten, 2 dödsfall på sjukhuset i Mocuba dit snittfallen skickades (1 placenta praevia, 1 uterusruptur). Den perinatale mortaliteten på BB i Gurué framgår av tabell 3, 94 per tusen. Den stora andelen hemförlossningar i distriktet har selekterat sjukhusmaterialet och förklarar troligen överrepresentationen fosterasfyxier (1/3) pga bäckenträngsel. Tafari oa har visat från Etiopien att en betydande del av den perinatale mortaliteten utgörs av intrauterina infektioner (amniotic fluid infection syndrome), där i drygt 30 % av fallen.

Den låga andelen institutionsförlossningar, den registrerade höga maternella och perinatale mortaliteten med ovan redovisade orsaker och ute i byarna dold men troligen lika hög dödlighet, pekar på den helt avgörande betydelsen för kvinnans och barnens hälsa en utbyggd mödravård och adekvat förlossningsvård kan få.

.....
Av de registrerade dödsfallen är majoriteten
möjlig att förebygga med mödravård och adekvat
förlossningsvård.
.....

Näringsläget

Den undernäring man träffar på i Gurué kan inte skyllas på överbefolkning eller dålig jordmån, utan beror snarare på det koloniala arvet och den bristande samhällsorganisation man övertog vid självständigheten med okunnighet och vidskepelse kring näringsfrågor. Undernäringen i samhället drabbar de utsatta grupperna som små barn och de gravida. I hälsopolitiken är nutritionen en av huvudfrågorna, ständigt förekommande i hälsoundervisningen. I varje provins skapas nutritionscenter och i varje jordbrukskooperativ blir den varierade och berikade kosten en självklarhet.

För att få en idé om undernäringens utbredning i distriktet utfördes en armomfångsmätning enligt Morley & Shakir på 291 barn (1–5 år) vid tre skilda tillfällen. I genomsnitt förekom 4,3 % som undernärda och 18 % som troligen lätt undernärda, vilket får betecknas som relativt låga siffror.

Undernäringen dominerar den pediatrika morbiditeten och mortaliteten. Den främsta dödsorsaken hos barn på distriktssjukhuset var undernäring (tabell 2). En ytterligare genomgång av dödsfallen juli–dec 77 visade att i 50 % av fallen var undernäring direkt eller bidragande dödsorsak hos barnen. Födelsevikten under motsvarande period var 2847 gr vilket dels beror på bristande näringstillförsel under graviditet men också malarian och anemin spelar in.

Tuberkulosen

Tuberkulosen tillhör folksjukdomarna i landet. Incidensen beräknas till 250/100 000 inv. Kampen mot tuberkulosen intar en förgrundsplats i hälsoprogrammet, här ingår hälsoundervisning, BCG vaccination, uppsökande behandling och kontroll av de tuberkulossjuka. I Gurué öppnades ett laboratorium med möjlighet till tbdagnostik juli -77. Under första halvårsperioden diagnosticerades 18 nya fall (aug–jan), under nästkommande halvårsperiod 86 nya tb-fall. Behandling är i huvudsak i öppen vård och kontrollen av de sjuka organiseras genom de sk dynamiseringsgrupperna i byarna. Med den ovan nämnda incidensen lyckades man i Gurué under första året behandla c:a 1/3 av de nya tb-fallen under åren (104/320).

Malarian

Den nationella malariaundersökningen 1976 visade att malarian är hyper- respektive endemisk i landet. I Gurué genomfördes undersökningen augusti 1976 med 6909 observationer vid fyra olika lokaler och en genomsnittlig parasitfrekvens i blodet på 53,5 % påvisades hos befolkningen. Framförallt var parasitfrekvensen hög hos barnen, 0–2 år 77,5 % och 2–4 år 82,5 %. *Plasmodium falciparum* var närvarande i 99,3 % av fallen, i 17,4 % förekom också *p. malariae* och i 0,7 % tillsammans med *p. ovale*. I öppenvård är den kliniska diagnosen malaria den vanligaste diagnosen (tabell 1). Även i slutenvård är andelen malariafall relativt hög (tabell 2). Det beräknas att malarian som folksjukdom orsakar ett ekonomiskt bortfall till ett värde 2 1/2 ggr större än nuvarande hälsobudget.

Kampen mot malaria ges högsta prioritet i hälso-politiken. Det är ett arbete som inbegriper flertalet samhällssektorer som jordbruk, hälsovård, skolor, parti och folkarmén från nationell- till distriktsnivå. Kampanjen innebär miljösanering, vektorbekämpning och massprofylax. Kampanjen startade 1977 och är ännu inte utvärderad. I Gurué genomfördes klorokinprofylax till stora befolkningsgrupper, inom barna- och mödravården, till skolbarn och arbetare på teplantagen.

Vaccinationer

En av de största framgångarna inom hälsovården är den nationella vaccinationskampanjen som passerade Gurué dec 1976–feb 1977 och med 95 % täckning vaccinerade alla mot variola, smittkoppor, kvinnor 15–45 år mot tetanus, 0–15 år BCG, 6–36 månader mot mässling. 146 183 personer vaccinerades i distriktet. Den omedelbara effekten av denna kampanj var mässlingens försvinnande, annars en av de stora barnadödena i u-land. I distriktet förekom under det kommande året endast ett utbrott med 18 fall varav ett dödsfall som inte fick någon spridning tack vare vaccinationsskyddet och vidtagna isoleringsåtgärder. Effekten av BCG måste ses i ett längre tidsperspektiv, dessutom är minskningen av tuberkulosen nära förbunden med de sociala framstegen vad gäller bostad och näring mm. Året efter kampanjen lyckades man dock vaccinera

70–80 % av de nyfödda med BCG (5 195 applicerade doser juli 77–aug 78) och upprepas detta år efter år torde det ha en stor betydelse för folkhälsan.

I det utvidgade vaccinationsskyddet som håller på att byggas ut i varje distrikt 1978/79 och är avsett att bli permanent ingår följande vacciner: BCG till alla nyfödda, mässling vid 9 månaders ålder, trippel och polio till alla barn under 5 år, tetanus till alla gravida, skolbarn och utsatta yrkesgrupper. Detta program utgjorde i Gurué en integrerad del i mödra- och barnvården men dessutom organiserades en kampanj till 23 byar med vardera 3 besök av en vaccinationsbrigad. Då tre månader av kampanjen återstod (aug 78) kunde sägas att täckningen med BCG var god, och vad gäller tetanus hygglig, men sämre var det med trippel och polio. Visserligen uppnåddes vad gäller 1:a dosen en 50 % täckning (14 801/29 000) men svårare var mobiliseringen för 2:a dosen (4 853/29 000) och ytterligare sämre för 3:e dosen.

Hälsa åt alla

Det är samhället som präglar sjukdomspanoramat. Folksjukdomar är samhällssjukdomar i Sverige likaväl som i Moçambique. Utvecklingen i sig innebär inte att folkhälsan förbättras. Exempel på detta är lungcancer och luftföroreningarna (rökning/industri) och framsynt är man i Moçambique som redan nu startar sin första anti-rökkampanj.

Med rådande socio-ekonomiska villkor och sjukdomspanorama som ovan beskrivet är det endast den totala samhällsinsatsen genom folkets egna ansträngningar som kan förbättra samhällets hälso-läge. Den erfarenheten gjorde FRELIMO under befrielsekriget och under lövverket föddes begreppet *Medicina Promotiva* där "folket försörjde sjukhuset och sjukhuset tjänade folket". I den *Medicina Promotiva* sträcker sig de kurativa åtgärderna utöver de enskilda patienterna, och preventionen blir meningsfull när folkets levnadsvillkor i grunden förändras.

.....
Framsynt är man i Moçambique som redan nu startar sin första anti-rökkampanj.
.....

Ryggraden i den moçambicanska landsbygdsutvecklingen blir de kommunala byarna, dit befolkningen uppmuntras flytta och där man bygger bättre bostäder, latriner, brunnar och där man gemensamt brukar jorden. Här blir det meningsfullt att massbehandla mot hakmask för folk har skor på fötterna och använder latrin, likaväl som varje undernärts barns näringsrehabilitering blir meningsfull när man vet att återföra barnet till en rik näringsmiljö.

Detta lär sig de sk "Agentes Polivalentes Elementares", de moçambicanska "barfotaläkarna". Det är de kommunala byarna och statsjordbruken som bland de sina väljer APE-eleverna. Det finns 9 skolor i landet. Kursen är 6 månader och de lär sig elementa om första hjälpen och de vanligaste sjukdomarna, men framförallt om hur man förebygger sjukdomarna, om näring och hygien. De återvänder till sina byar som sjukvårdare på deltid och hälsoupplysare på heltid. I Gurué distriktet återvände den förste APE i maj 1978 och av nästkommande kull börjar 15 arbeta i Gurué 1979. Detta är Medicina Promotiva som kan tillförsäkra hälsa åt alla tidigare än år 2000 vilket är WHO:s mål.

REFERENSER

Boletim "A Saúde em Moçambique"

— O Combate contra a Malária N° 10

— O Combate contra a Tuberculose N° 14

Estratégia de luta contra a malária — Documento CNC/S 1—77/52

Cuidados de Saúde Primários—Ministério de Saúde, Maputo 1978

Estudo Nacional de Malária—Ministério de Saúde 1976 (ej publicerat)

Informação sobre Moçambique, Gabinete de Estudos—Ministério de Saúde

Högberg, Ulf: Hälso- och sjukvård i Moçambique LT vol 75 nr 514801—4805 1978

Medicina Promotiva — hur ett samhälle främjar sin hälsa Motpol nr 1 1979

Avaliação de morbilidade e mortalidade em relação à prestação de cuidados primários no Centro de Saúde do Gurué 1977—78 (ej publicerat)

Morley, Shakir, A: Meusering malnutrition - Lancet April 20 — 1974

Tafari N, Naeye R, Gebre-Medhin M, Ross S, Judge D: Epidemiology of perinatal Mortality in a Preindustrial Community. 5th Eur Congress of Perinatal medicine Uppsala June 1976.

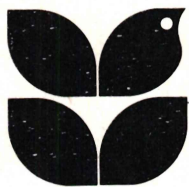
Järn för blodet

30 öre för fyra järntabletter

Järn behöver du varje dag. Men med vår tids matvanor kan det ibland vara svårt att försäkra sig om dagsbehovet. Särskilt när du äter sparsamt, bantar t.ex. Och grönkål, spenat och annan järnrik mat kan du ju inte äta hur ofta som helst....

Ett par tabletter anjojärn som kosttillskott mellan målen hjälper dig att hålla en god järnstandard. Fyra tabletter om dan ger 18 mg — just så mycket som rekommenderas för kvinnor och tonåringar.

Varje tablett anjojärn innehåller 4,5 mg järn tvåvärt (som kroppen lätt tillgodogör sig) och 20 mg tångmjöl (med viktiga mineraler och spårämnen). Verkar inte förstoppande.



anjo

avd. hälsokost
Helsingborg

Anjojärn



**200 tabl. Anjojärn
kostar ca 15:— i
Hälsokosthandeln**