

ANDRE REISEBREV FRA MALAWI: Helsesystemer og beredskap – to sider av samme sak

TRUDE ARNESEN • Overlege, Folkehelseinstituttet

På konferansen «Public Health in Africa» i Kigali, Rwanda, gikk alt på skinner og på tid. Det var høyt nivå på alt fra innhold til gjennomføring. Nesten alle deltakerne, og enda flere av innlederne, var afrikanere. I alle panelene var det minst én kvinne, og de gjorde seg absolutt gjeldende der de kom seilende i fargerike gevanter.

Dette er et annet bilde enn det vi er vant til å se. Dette er det nye, faglig sterke, selvbevisste Afrika. Blant slagordene som gikk igjen var at man trenger «afrikanske løsninger på afrikanske problemer» for å få «The Africa we want». Flere kommenterte at det handler om å tørre å ta plass: «Hvis du ikke blir tildelt en stol ved bordet, ta med din egen!» Til dette var det noen som la til: «Ellers kan du finne at du selv står på menyen».

En erfaring som ofte ble trukket fram, er at Afrika fikk så ekstremt liten andel av verdens vaksiner mot covid-19 den første tida. Det ble hevdet at dette viste at Afrika

kan inngå partnerskap med andre land, men ikke belage seg på støtte fra resten av verden når krisen er et faktum. Ved globale kriser er alle seg selv nærmest.

Et hovedpoeng som gikk igjen i mange av sesjonene, er at helsevesenet i Afrika har blitt så sektorisert. Donordrevne, vertikale sykdomsprogrammer gjør det vanskeligere å planlegge og organisere et helhetlig helsesystem. Det samme gjelder for sykdomsovervåkning, fordi enkeltprogrammene krever rapportering i forskjellige kanaler.

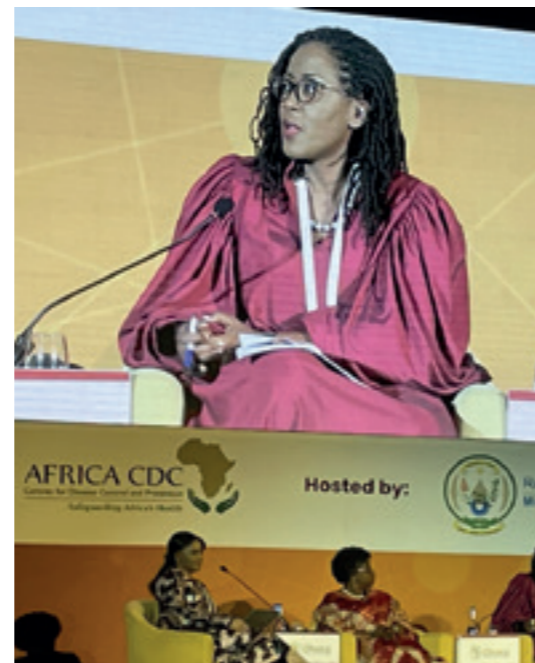
Integrering og styrking av helsesystemene var de store plussordene på konferansen,

og dette ble trukket fram som det aller viktigste for å styrke beredskapen (1). Det var godt å høre, for styrking av helsesystemer er akkurat det vi prøver på i BIS-prosjektet (Building Stronger Public Health Institutions and Systems) som jeg er en del av.

Samarbeide om å styrke helsesystemer
Public Health Institute of Malawi (PHIM) og Folkehelseinstituttet (FHI) har samarbeidet siden PHIM ble etablert i 2012, i stor grad finansiert av Norad. Vi ble først koblet sammen av den internasjonale foreningen for folkehelseinstitutter (IANPHI).

Ida Hakizinka var en av mange kvinnelige innledere på konferansen i Kigali, Rwanda.

Av- og påtroppende stedlig representant, Emily MacDonald og Trude Arnesen.



Mtisunge Yelewa fra PHIM og Bjørn Iversen fra FHI i fokusgruppemøte.

Mtisunge Yelewa fra PHIM og Karine Nordstrand fra FHI på helsesenter i Dzaleka.



Vi kaller oss søsterinstitutter. I navnet ligger det at relasjonen er ment å være langvarig.

Infeksjonsovervåkning er hovedoppgaven til PHIM. Malawi, som de fleste andre afrikanske land, bruker et WHO-rammeverk som kalles IDSR (Integrated Diseases Surveillance and Response). IDSR begynte som et enkelt system for infeksjonsovervåkning, men har vokst seg stort og kanskje litt uhåndterlig, med en manual som nå er på fem bind.

PHIM hadde blinket ut IDSR som et felt de ønsket at FHI skulle bistå på. Samtidig, gjennom våre nettverk, fikk vi vite at IANPHI hadde fått støtte til å undersøke nettopp dette i noen land. PHIM og FHI kastet seg rundt og søkte, og Malawi ble valgt ut som ett av syv land for et «dypdykk» i integrert sykdomsovervåkning.

Og slik gikk det til at jeg, sammen med kolleger fra både FHI og PHIM, har brukt mye tid på å kartlegge IDSR i Malawi det siste året.

Først gikk vi fra kontor til kontor, diskuterte med kolleger og leste dokumenter. Så arrangerte vi en serie av fokusgrupper der vi samlet omkring 10 deltakere på helsesentre, på distriktsnivå og med nøkkelpersoner på nasjonalt nivå. Informasjonen ble samlet i en nasjonal rapport og anbefalingene ble presentert for helseministeriet og andre nøkkelinstanser.

Et av hovedfunnene er at det er flere parallelle overvåkningssystemer. For eksempel rapporteres meslinger fra hvert helsesenter av tre ulike kontaktpersoner gjennom tre ulike kanaler opp til distriktsnivå, og videre til tre ulike nasjonale registre. Noe av rapporteringsveien går på papir, andre deler går digitalt. Og det hele starter med at den enkelte

kontaktperson må prøve å tyde legenes håndskrift i diagnoseboka på helsesentrene, og de er jo like utydelige her som hjemme.

Dessuten er det uklare eller ikke tilgjengelige kassdefinisjoner på hva som skal rapporteres. Det blir brukt forkortelser uten forklaring. STI er en gjenganger, noen ganger i betydningen «soft tissue injury», andre ganger «sexually transmitted infection». Rabies, mistenkt rabies og hundebitt brukes om hverandre. Det samme gjelder

polio og akutte slappe lammelser. Og chickenpox (vannkopper) blandes med smallpox (kopper).

Noe av dobbeltrapporteringen henger sammen med at helsesektoren i Malawi i stor grad er donoravhengig, og at mange av de ulike donorene ønsker sine egne data gjennom sine egne systemer. Dette resulterer i omfattende dobbeltrapportering og fører til at de offentlige rapporteringssystemene svekkes. Personalet i helsetjenesten

trekkes mot de best finansierte prosjektene. Problemet er ikke lett å løse, fordi de offentlige rapporteringsløsningene ikke er gode nok til å erstatte de parallelle systemene. Dessuten er det en tendens til at alle løsningsforslag medfører at nok et nytt system blir innført.

Når selv de minste helsesentre hver uke skal rapportere forekomst av sykdommer som er utryddet eller ikke kan diagnostiseres på det nivået, er det kanskje ikke så rart

om man får noen rare svar. Og når det først er lagt inn i datasystemene, er det vanskelig å få det ut igjen.

Heldigvis fikk vi bidratt til å forhindre at den nyoppstartede IDSR-bulletinen (tilsvarende den tidligere MSIS-rapporten i Norge) publiserte at kopper er tilbake i verden etter å ha vært utryddet i 40 år, og at det var 90 nye polioutfeller bare i Blantyre-distriktet én måned etter at ett enkelt tilfelle skapte overskrifter over hele verden.

I Berlin i oktober 2022 la direktøren for PHIM, Dr. Ben Chilima, fram resultatene av kartleggingen for IANPHI og for Bill and Melinda Gates Foundation. Han fikk i tillegg møtt fremtredende fagfolk og ble kontaktet av potensielle donorer. Jeg bar veska hans hele veien. I forbindelse med turen til Berlin var vi noen dager i Oslo. Der fikk Chilima møtt og diskutert med sine norske kolleger, og fikk sett hvordan vi driver vårt institutt.

Tilbake i Malawi igjen, skulle vi forsøke å følge opp funnene fra dypdykket. Nå som vi har identifisert feil og svakheter, gjenstår bare det vanskeligste: Å få gjort noe med dem. Der er vi nå.

I desember 2022 hjalp vi PHIM å samle nøkkelpersoner for å revidere listene over hvilke sykdommer som skal rapporteres ukentlig, månedlig og kvartalsvis i Malawi. Etter to dager med diskusjoner var lista klar. Etter mitt syn er det viktig og riktig at noen av sykdommene, som influensa av ny sub-type som man likevel ikke kan diagnostisere lokalt, nå blir tatt ut av skjemaet for ukentlig rapportering.

Det vi ikke kom i mål med, var å lage gode kassdefinisjoner for tilstandene som overvåkes. Kanskje vil ph.d-kandidaten vår klare det når han piloterer en «intervensjonspakke» for bedre IDSR?

Kanskje kan vi ikke forvente å få gjort så mye. Jeg må stadig vekke minne meg selv på at Rom ikke ble bygget på én dag. Først og fremst må vi passe på at våre bidrag er etterspurt og at vi tar hensyn til sammenheng i går inn i, slik at vi ikke skader.

På den annen side skal man ikke se bort fra at en liten og uanselig endring på ett viktig felt kan ha stor betydning. I eksempelet med «dypdykk i IDSR» håper jeg at prosjektet bidrar til en mer helhetlig og samordnet infeksjonsovervåking. Det vil i så fall være et vesentlig bidrag til beredskap og helsesystem.

I tillegg kan arbeidet ha andre indirekte effekter. For eksempel kan det at vi har snakket med så mange nøkkelpersoner om integrering av infeksjonsovervåking ha bidratt til å sette både det og PHIMs rolle på dagsordenen.

Jeg tror også at samarbeid i seg selv er styrkende – på mange nivåer og for begge parter. Robert Koch Institute har nylig inngått et lignende samarbeid med folkehelseinstituttet i Namibia, og de fortalte at de skjelte til FHI og PHIMs prosjekt.

I Berlin opplevde jeg at Ben og jeg sammen gjorde et godt inntrykk – han med legitimitet til å uttale seg om situasjonen og ønsket vei videre i Malawi, og jeg et skritt bak som representant for et sterkere institutt som backer dem opp. Jeg tror at FHIs tilstedeværelse kan gjøre det lettere for andre å tørre å samarbeide med PHIM.

Slik trøster jeg meg med at prosjektet kan ha noen langvarige virkninger som går utover de enkelte indikatorene for infeksjonsovervåking. Jeg tror ikke det er tilfeldig at PHIM, når de presenterer seg selv, ganske raskt også nevner sitt søsterinstitutt.

Velsign dette møtet

I Malawi begynner alle møter av betydning med «Let us pray». Alle lukker øynene og bøyer nakken, og en frivillig begynner:

Takk himmelske Far for denne dagen. Vi tar den ikke for gitt. Vi takker for muligheten til å diskutere dette viktige temaet [dagens agenda]. Hjelp oss å fokusere på akkurat dette og finne gode løsninger. Amen!

Dermed er både møtet og agendaen satt. Når møtet er over, bøyes hodene igjen:

Herre. Vi vil takke for dette gode møtet. Hjelp oss å følge opp [handlingspunktene], og før oss alle trygt hjem.

Alle stemmer i et «Amen!» – som en rungende tilslutning til konklusjonen.

Selv om jeg ikke er religiøs, får jeg lyst til å ta disse agendapunktene med hjem. Det



Direktørene for folkehelseinstituttene i Malawi og Norge: Ben Chilima og Camilla Stoltenberg.



Representanter for søsterinstitutter på Nesoddbåten.



Resultatene fra IDS-prosjektet ble presentert og diskutert på nasjonalt nivå i Lilongwe.

Dr. Ben Chilima la fram resultatene på Robert Koch Institute og for Gates Foundation i Berlin.



Hvordan kan samarbeid med FHI styrke helsesystemer i Malawi?

Å få helsesystemer til å fungere er på mange måter et sisyfosarbeid, både i Norge og i resten av verden. Det er litt som med andre systemer man tar for gitt. Når det fungerer godt, tenker man ikke over det. Det er når det hakker at man blir var hvor viktig det egentlig er. I Malawi er det mye som hakker og lite ressurser til å utbedre feilene.

Formålet med BIS-prosjektet i Malawi er stort og ambisiøst: Å styrke PHIM og de offentlige folkehelsesystemene. Men hvordan skal man kunne bidra vesentlig til institusjonsbygging ved bare å være på besøk et par år? Hvor mye regner man med at en gjest skal endre en institusjon? Dette har bekymret meg en god del.

er noe sunt over å be om fellesskap og konsentrasjon, og det kan være på sin plass å bli minnet om at vi er på jobb for noe som er større enn oss selv. Den største endringen ville kanskje være å stadig minne oss selv og andre om at vi ikke kan ta dagen – eller det andre vi har – for gitt.

Jeg får også lyst til å be om velsignelse for BIS-prosjektet. Jeg håper virkelig vi kan bidra til et litt sterkere helsesystem i Malawi. I så fall kommer jeg nok til å puste lettet ut og si «Halleluja!»

REFERANSER:

1. <https://www.bistandsaktuelt.no/afrika-den-afrikanske-union-helse/det-afrika-vi-vil-ha/325539>.

■ TRUDEMARGRETE.ARNESEN@FHI.NO