

Der er for mange kokke i Afrika

Seniorforsker Morten Sodemann

Statens Seruminstitut, Bandim Health Project

Børnedødeligheden faldt kraftigt i 1980'erne samtidig med indførelsen af mæslingevaccination, men man har tabt dette moment fra starten af 1990'erne, hvor faldet i dødeligheden er stagneret. Med vaccinationsdækninger på under 50% har man ikke formået at gøre mere for børnedødeligheden ad denne vej. Der er sket meget lidt med hensyn til dødelighed på grund af lungebetændelse blandt børn i udviklingslande, og der er ingen fald i den neonatale dødelighed.

Millenium goals

FN har ved årtusindskiftet vedtaget otte udviklingsmål frem til 2015: *Millenium Development Goals*. Tre af målene er rettet direkte mod sundhed: reduktion i børnedødelighed, bedre mødresundhed og bekæmpelse af en række sygdomme (hiv, malaria o.a.). Målenes høje ambitionsniveau har bl.a. givet startskuddet til flere storstilede globale sundhedsinitiativer såsom *Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria*, *Roll Back Malaria*, og *The Global Alliance for Vaccines and Immunization*.

Store tanker i små sko

Der er tilgængelige og veldokumenterede interventioner, der hvert år kunne forhindre 6 mio. af de 10 mio. dødsfald blandt børn under fem år. Der er både politiske, religiøse og forskningsmetodiske forhindringer, der skal overvindes, før FN's mål kan nås i bare nogle af landene. Millenium-målene er ment som moralske drivkræfter. De er udviklet over mere end et årti, og deres opfyldelse kræver et langsigtet engagement med helhedsplaner og en forpligtigelse til finansiering på lang sigt. Målene har sat fokus på kapacitetsopbygning og fattigdomsreduktion som et langtidsholdbart fundament.

Usikre tal

Den centrale parameter for børnesundheden i 2015-målene er nedsættelse af dødeligheden for børn under fem år, og en af de vigtigste kilder til at monitorere dette mål er de regelmæssigt udførte demografiske sundhedsundersøgelser (DHS). Det har dog vist sig, at det antal børn, der indgår i undersøgelserne, er for lille til at opfange de ændringer i børnedødeligheden, man forventer i 2015. Hvis man tager højde for usikkerheden i dødelighedstallene, vil man ikke med fem års mellemrum kunne afgøre, om dødeligheden rent faktisk falder [1].

Disse usikre tal danner alligevel basis for tildeling af donationer til sundhedsområdet, således at lande, der ikke kan fremvise fald i børnedødeligheden, oplever, at bidrag tilbage-

holdes eller helt ophører. I longitudinelle studieområder, som følger befolkningsgrupper over tid, har man sådanne sundhedsdata [2].

Donorerne har imidlertid med knappe og stadigt faldende resurser til udviklingsbistand, krav om korttidsmål og manglende støtte til indsamling af valide data udelukket langtidsinvolvering [3]. I en leder i *Lancet* i 2004 siger man ligeud, at traditionel biomedicinsk forskning har spillet fallit ved ikke at kunne anvendes til at tackle de massive sygdomsproblemer i udviklingslandene med [4].

Abstinens og berøringsangst

2015-målene er et politisk manifest og skal forstås sådan. Der er flere påtrængende sundhedsproblemer, der ikke omtales i *millenium goals*. Betydningen af den lave behandlingskvalitet i sygehussektoren og den ringe udbredelse af eksisterende sundhedsfremmende tiltag, såsom vacciner er ikke nævnt. Et fald i mødredødeligheden hænger uløseligt sammen med et sikkert og sundt moderskab (reproduktiv sundhed, prævention og adgang til abort), men der er religiøse hindringer, så ikkevidensbaserede interventioner som kyskhed og abstinens er de politiske kodeord. Ligeledes er der områder, hvor viden bevidst ikke anvendes: Man ved, at hvis tidsrummet mellem alle fødsler i udviklingslande blev øget til mere end 36 måneder, så ville dødsrisikoen for børn under fem år falde med 35%. Under 5% af disse børn i malaria områder sover under imprægnerede myggenet.

Voksende bekymring

Mange udviklingslande vil ikke have en chance for at nå bare enkelte af 2015-målene inden 2015. Det mest bekymrende er, at det er de lande, som er længst fra målene, der med størst sandsynlighed ikke når dem. Mange er efterhånden enige om, at den væsentligste forhindring for at opnå 2015-målene er sundhedssystemet selv, og Verdensbanken har i 2006 påpeget, at børnedødeligheden og fattigdommen er stigende i nogle områder af Afrika [5, 6]. Donorerne er først nu ved at forstå, at den væsentligste flaskehals i sundhedsudviklingen i udviklingslandene er svage og fragmenterede sundhedssystemer, der ikke nyder befolkningens tillid, og som ikke kan levere selv de simpleste sundhedsydelser med en forsvarlig kvalitet og i et passende volumen. Hospitalerne i udviklingslandene led hårdt under de store folkesundhedskampagner i 1980'erne og må nu slås med en ond cirkel bestående af lav klinisk kvalitet, lav arbejdsmoral og dermed mistillid. Men donorerne prioriterer autonome sygdomsorienterede programmer, som ikke har kapacitetsopbygning af den eksisterende sundhedssektor på budgettet. Finansielt eksisterer programmerne på bekostning af budgetterne til det offentlige sundhedssystem. I



Foto: Morten Sodemann.



Foto: Morten Sodemann.

WHO's *High Level Forum on Achieving the Health Millennium Development Goals* har man påpeget bl.a. manglende donor-koordinering som en af de alvorligste udfordringer [7].

Den bitreste pille af alle: Vi ved ikke nok

Bellagiogruppen påviste i 2003 i *Lancet*, at der er brug for investering i, hvordan man får oversat rationel viden til praksis, men intet er sket siden da [8]. Forskning i pneumoni og diare blandt børn, sygdomme, der tilsammen er årsag til halvdelen af dødsfald i udviklingslande, lægger kun beslag på 1% af forskningsmidlerne i verden.

På trods af at det utallige gange er påvist, at simpel håndvask reducerer diaretilfælde, er det stadig de store kloakerings- og vandledningsprojekter, der løber med de sparsomme ulandsmidler. Der mangler viden om, hvorfor nogen god information udbredes hurtigt, og anden (simpel?) information ikke anvendes. Mindre end 3% af bevillingerne fra National Institutes of Health (NIH) og Gates Foundation går til forskning i interventionernes udbredelse og logistik. Der er i de seneste tre år ikke givet en eneste dollar til forskning i bedre udbredelse af de allerede kendte effektive børnevacciner. Dette samtidig med at der er store områder i Afrika, hvor mæslingevaccinationsdækningen er på under 1%. Ved at øge dækningen af eksisterende kendte interventioner til 99% ville vi kunne sænke børnedødeligheden med 30-50%.

Uventede observationer

På epidemiologisk plan ser man, at børnedødeligheden varierer med mere end 50% inden for geografisk ret små områder med relativt ensartede, fattige forhold. På det individuelle plan slår det en, at det lykkes nogle fattige mødre at slæbe alle deres børn gennem barndommen uden at miste et eneste, mens den lige så fattige mor i nabohuset har mistet hvert

andet barn. I Guinea-Bissau i perioden 1998-2002 indgik kun 7% af de kvinder, der mistede et barn, i 34% af alle børnedødsfald i perioden. Nogle mødre mister altså flere børn, mens andre ikke mister et eneste barn. Døden rammer ikke tilfældigt og er i høj grad determineret af socioøkonomiske forhold, men der er også andre faktorer på spil, som svækker eller forstærker effekten af fattigdom. Inddrages disse faktorer ikke, risikerer vi, at interventionerne slet ikke gavner dem, der har størst brug for dem: de fattigste befolkningsgrupper. Sundhedsforskning handler også om at lade uventede, uplanlagte observationer komme til deres ret. Det er ofte sådanne uventede fund, der kommer ud af longitudinelle studier af befolkningsgrupper over lang tid (10-20 år). Sådanne resultater har man bl.a. kunne fremvise på det danske Bandim-forskningsprojekt i Guinea-Bissau.

Et fattigt valg

Fattigdom og dårlig sundhedstilstand fastholder folk i noget, der ligner et liv i kviksand: selv om en intervention redder et barn fra at dø af malaria, kan det året efter dø af mæslinger, fordi der ikke er vaccineret mod mæslinger i de fattige yderområder. Kønsskimming, etniske tilhørsforhold og religion øger de fattiges sårbarhed.

De fattigste børn i Indonesien har fire gange højere risiko for at dø inden de når 5-års-alderen end børn af de rigeste forældre i Indonesien, og det er estimeret, at i 2000 skete 99% af alle dødsfald på verdensplan blandt børn under fem år i fattige områder. Verdensbankens *Reaching the Poor*-program offentliggjorde sidste år en caseundersøgelse fra 12 udviklingslande om sundhed og fattigdom, hvori de påviste, at i disse lande modtog de rigeste 20% af befolkningen mere i offentlige sundhedsydelser end de fattigste 20% af befolkningen [9].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Nogle er mere døde end andre

De fattige er dårligt stillede, men andre grupper som dårligt uddannede, landbefolkninger, anæmiske eller malnutrerede, børn med lav fødselsvægt og meget unge mødre er associerede med fattigdom, men er i selvstændige risikofaktorer.

Der er fundamentale problemer med sundhedsvæsenet i udviklingslande, og det rammer alle uanset social status. Man kan ikke løse børnedødelighedsproblemet i udviklingslande alene ved at fokusere på de ultrafattige. Deres lidt mindre fattige medborgere er imidlertid også udsat for dårlig og mangelfuld kvalitet i behandlingen af sygdomme. Hos de rigeste i Guinea-Bissau er der stadig en 30 gange højere børnedødelighed end hos gennemsnitsdanskere. Kvaliteten i de forebyggende aktiviteter og behandling, der tilbydes i udviklingslande, er elementært afvigende fra, hvad man bør forvente af professionelle sundhedsfolk. Hvis man ikke vil se betydningen af dette i øjnene, får man for alvor problemer med at nå 2015-målene.

Ingen laboratoriemodel

I dag kan man ikke få godkendt et lyserødt plaster uden dobbeltblinde kontrollerede forsøg, men i Afrika kan man vende op og ned på hele sundhedssystemer uden skyggen af evidens eller bare et penselstrøg af videnskab. Børnevaccinerne, der blev frembragt og afprøvet under hensyn til datidens europæiske og amerikanske epidemier, blev uden yderligere studier introduceret i udviklingslande med langt højere børnedødelighed og helt andre transmissionsforhold med konstante diareesygdomme og kronisk malaria som blinde modspillere. Først nu er der begyndt at komme studier, der viser, at nogle af vaccinerne i bedste fald er ligegyldige og i værste fald er direkte skadelige [10]. Brugerbetaling blev testet i mindre, muslimske samfund og derefter indført som princip over hele Afrika og har ligesom decentraliseringsprocessen lammet sundhedsvæsenet og yderligere besværliggjort de fattiges adgang til det.

Skyd først – spørg bagefter

Denne videnskabsløshed i folkesundheden i udviklingslande modarbejder en vidensbaseret udvikling på området, og ansvaret hviler på internationale donorer, WHO's, NGO'ernes og de nationale regeringers skuldre. Vilje og magt til at koordinere udviklingen baseret på viden og løbende vidensopsamling er ikke til stede. Hvert nyt sundhedsprogram dræber et eller flere eksisterende programmer eller aktiviteter pga. de knappe resurser.

Det ene år er det primær sundhedstjeneste med gratis medicin, der prioriteres, malariaproylaxse er populært, så er det diarekontrol med oral rehydrering, der er vigtig, eller kolerakontrol på grund af epidemi, så er der polioudryddelseskampagner, A-vitamin skal distribueres i kampagner, og alle skal bruge imprægnerede moskitonet, topræparatsmalaria-behandling introduceres, selv om det bliver meget dyrere,

og hiv-behandling bliver introduceret i år. Sundhedsvæsenet er nødt til fokusere på det, som donorerne prioriterer i år, og der er intet incitament eller overskud til reel vidensopsamling af, hvad der er effektivt. Som resultat falder for eksempel dækningen med mæslingevaccine, som vi med sikkerhed ved, reducerer børnedødeligheden.

Der er for mange kokke i Afrika

Der er for mange kokke i Afrika: NGO'er, WHO, UNICEF, UNDP, vertikale sygdomsprogrammer, nødhjælpsorganisationer, religiøse sundhedsprogrammer og sygehuse, private klinikker og sygehuse, Verdensbanken og så det nationale sundhedsministerium.

De nationale instanser har ikke faglig ekspertise til at prioritere donorenes tilbud i forhold til overordnede nationale sundhedsplaner. Resultatet er et fragmenteret og anarkistisk sundhedsvæsen, hvor simple sygdomme og banale infektioner bliver til en katastrofal social begivenhed, der tvinger familier til at anvende en meget stor del af deres indkomst og tid på et underlødigt sundhedsprodukt.

Kyotoaftale for sundhed

WHO svækkes økonomisk og indflydelsesmæssigt i disse år. Vi har brug for en stærk international sundhedsstyrelse, der kan generere ny viden om, hvordan vi anvender vores fagkundskab bedre, og som er indstillet på at skabe og forvalte en Kyotoaftale for sundhed, så 2015-målene bliver realistiske mål.

Korrespondance: *Morten Sodemann*, Bandim Health Project, Statens Serum Institut, Ny Kongevej 15, DK-5000 Odense C. E-mail: mortenso@dadlnet.dk

Antaget: 26. juni 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Morris SS. Monitoring trends in under-5 mortality: better believe it's true. *Int J Epidemiol* 2004;33:1302-3.
- Sodemann M, Jensen H, Rodrigues A et al. Population, health, and survival. Ottawa: International Development Research Centre, 2002:257-62.
- Attaran A. An immeasurable crisis? A criticism of the millennium development goals and why they cannot be measured. *PLoS Med* 2005;2:e318.
- Mexico, 2004: global health needs a new research agenda. *Lancet* 2004;364:1555-6.
- The World Bank. Global Monitoring Report 2006. Washington: The World Bank, 2006.
- Travis P, Bennett S, Haines A et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004;364:900-6.
- World report on knowledge for better health: strengthening health systems. 5. Geneva: World Health Organization, 2004.
- Claeson M, Gillespie D, Mshinda H et al. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003;362:323-7.
- World Bank. Reaching the Poor Program. Pro-Poor Growth in 1990s: Lessons and insights from 14 countries. Washington: The World Bank, 2005.
- Kristensen I, Aaby P, Jensen H. Routine vaccinations and child survival: follow up study in Guinea-Bissau, West Africa. *BMJ* 2000;321:1435-8.