

BENINS SUNDHEDSVÆSEN

Problemer og udfordringer

Rapport udarbejdet af overlæge Jesper Sylvest i forbindelse med Global Medical Aid's besøg i Benin februar-marts 2013



Fotos ved Jesper Sylvest

Forkortelser

ADSS:	“Annuaire Statistiques Sanitaires Benin 2011”
CAME:	Det centrale apotek i Cotonou Benin
CNHU:	Det Nationale Hospital i Benin
GHI:	”Global Health Initiative”
GMA:	Global Medical Aid
HOMEL:	Hôpital de la Mère et de l’Enfant la Lagune
IMF:	Den Internationale Valutafond
NGO:	Non Governmental Organization
PNDS:	”Plan National de Developpement Sanitaire du Benin 2009 – 2018”
SKIPHOSP:	”Skitse til pilotprojekt om udsendelse af brugt hospitalsudstyr”
UNFPA:	United Nations Population Fund
UNICEF:	United Nations Children’s Fund
USAID:	United States Agency For International Development
USDA:	United States Department of Agriculture
WHO:	World Health Organization

Indholdsfortegnelse

Forkortelser	2
Rapport fra Global Medical Aid's besøg i Benin 2013	4
Formålet med besøget og delegationens opgaver	5
Kilder til rapporten	5
Beskrivelse af sundhedsvæsenets opbygning og udfordringer	6
Hospitaller og klinikker	7
Niveauer	7
Betalingsforhold	8
Arbejdet i distrikterne	8
Læger, uddannelse og specialisering	9
Jordemødre og sygeplejersker	10
Hospitalsbesøg	11
Udstyr	12
Fagligt niveau	16
Kontrol af tidligere fremsendt udstyr	18
Diskussion	19
Konklusion	21

Rapport fra Global Medical Aid's besøg i Benin 2013

I perioden 23.2 – 4.3 2013 besøgte en delegation fra Global Medical Aid (GMA) Benin.

Deltagerne var GMA's præsident, advokat Hans Frederik Dydensborg, overlæge Jesper Sylvest og jordemoder Lone Nielsen.

Formålet var at vurdere, om de nødvendige forudsætninger for at indgå i et samarbejde som beskrevet i "Skitse til pilotprojekt om udsendelse af brugt hospitalsudstyr" (SKIPHOSP), udarbejdet af hospitalsdirektør Torben Ø Pedersen, er til stede, således at danske hospitaler kan donere udfaset, men brugbart udstyr til Benin.

SKIPHOSP indeholder et budget/projektansøgning på ca. 2 mio. kr., bl.a. for at blotlægge følgende elementer:

- Hvilket udstyr er, eller vil blive udfaset i Danmark?
- Hvad er behovene i modtagerlandet?
- Er der mulighed for at gøre udstyret funktionsdygtigt, og for at vedligeholde det i landet?
- Er der behov for efteruddannelse af klinikere eller teknikere i landet, enten på stedet eller ved ophold i Danmark?

GMA samarbejder med en række udviklingslande og har blandt disse overvejet, om Benin kunne være et egnet samarbejdsland. GMA har opbygget kontakter på regerings- og højeste embedsmands niveau i Benins sundhedssystem, og man er meget interesseret i at udbygge samarbejdet med GMA, der allerede har doneret medicin for 1.6 mio. USD og tre 40 fods containere med hospitalsudstyr.

Denne rapport, udarbejdet af overlæge Jesper Sylvest, indeholder de indtryk af sundhedssituationen, som delegationen fik under besøget.

Formålet med besøget og delegationens opgaver

Som anført var det bl.a. vor opgave, at beskrive Benins sundhedsvæsen og behov for at vurdere, om landet var egnet som samarbejdsland, jfr. SKIPHOSP, samt at prøve at identificere de fokusområder, hvor behovet for udstyr er særlig stort. Endvidere ønskede vi at få et indtryk af de faglige forudsætninger, der er til stede på hospitalerne, for at vurdere behovet for at udsende eksperter til Benin, og at modtage klinikere derfra. Ydermere var formålet at kvalificere budgettet/projektansøgningen i SKIPHOSP efter at have fået mere viden om de konkrete forhold på stedet. Endelig ville vi undersøge om det udstyr, der allerede var fremsendt, var placeret på de hospitaler det var tiltænkt, og samtidig konstatere, om det var blevet anvendt efter hensigten.

Kilder til rapporten

Beskrivelsen af de sundhedsmæssige udfordringer i landet er bl.a. baseret på "Global Health Initiative"(GHI), en rapport udarbejdet i 2011 af en række internationale hjælpeorganisationer og NGO'er med USAID som hovedforfatter. Oplysningerne er suppleret ved møde mellem delegationen og USAID under besøget. Endvidere indgår i kildematerialet oplysninger fra internettet, og årsrapporter fra sundhedsministeriet i Benin " Plan National de Developpement Sanitaire du Benin 2009 – 2018 (PNDS) samt Annuaire Statistiques Sanitaires 2011 (ADSS), udarbejdet af sundhedsministeriets medicinalstatistiske afdeling.

Sidst, men ikke mindst, er oplysningerne sammenholdt og udbygget under delegationens besøg på udvalgte hospitaler, det lægevidenskabelige fakultet, uddannelsesstedet for jordemødre og sygeplejersker, og yderligere med oplysninger fra ressourcepersoner.

Så vidt vi kan se, er GHI oplysningerne (2006 tal) den eneste af de nævnte rapporter, som er tilgængelig på internettet.

Beskrivelse af sundhedsvæsenets opbygning og udfordringer

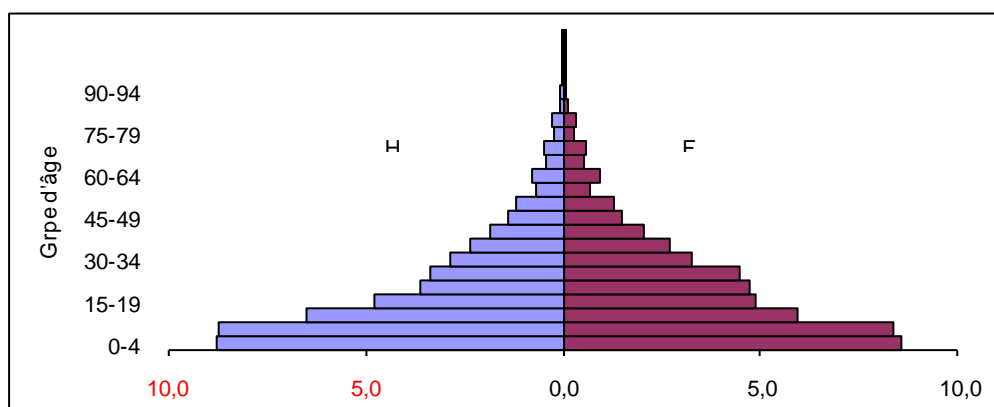
Benin regnes for et af de mest demokratiske lande i Vestafrika, og GMA har opbygget kontakter på regerings- og højeste embedsmandsniveau i sundhedssystemet.

Sundhedsministeren er meget interesseret i et samarbejde, og i et af sundhedsministeriet formuleret projekt "120 dage" er beskrevet, hvorledes man, om muligt ved donationer, vil søge at forbedre udstyr m.v. på hospitaler og sundhedscentre (www.beninsante.bj).

Benin har i betydelig grad brug for støtte, med et sundhedsbudget per capita der udgør kun 1,5 % af det danske. Dette i et land, hvor der er meget høj sygdomsforekomst. Knap halvdelen af indbyggerne har adgang til frisk drikkevand (Cranfield University 2011) og malaria udgør ca. 20 % af de registrerede indlæggelser (Verdensbanken)

For at forstå landets sundhedsmæssige udfordringer skal man udover at fokusere på de udbredte sygdomme (især malaria, diarré - sygdomme og konsekvenser af underernæring) også se på befolkningstilvæksten, demografien og økonomien.

Benins befolkning udgør lidt over 9 millioner mennesker i dag. Fødselsraten er høj (mellem 5 og 6 per kvinde), hvilket giver en bred og flad befolkningspyramide.



Benins befolkningspyramide (kilde: PNDIS)

Børn under 15 år udgør i overensstemmelse med dette ca. 47 % af befolkningen. Dødeligheden for børn under 5 år er 12,5 %. Middellevealderen for mænd er 57 år, og for kvinder 61, hvis man går ud fra de sundhedsmæssige betingelser, der var tilstede i 2002.

Udover den kraftige befolkningstilvækst er der - som i en række andre u-lande - sket en kraftig urbanisering gennem en årrække, hvilket har sat både infrastruktur og sundhedsforhold under stærkt pres i byområderne, og Global Health Initiative konstaterer, at de sårbare dele af befolkningen i byområderne har dårligere adgang til basale sundhedstilbud end befolkningen generelt i de nordlige og centrale områder af Benin.

Benin bruger, ca. 6 % af sit bruttonationalprodukt på sundhed, hvilket med den internationale støtte beløber sig til kun 5,65 USD per capita(!) Samfundsøkonomien er under stærkt pres, bl.a. fordi IMF har sat landet på "hård diæt". Den nuværende sundhedsminister Dorothée Kinde-Gazard, professor i parasitologi og uddannet ved Pasteur Institutet, der regnes for at være politisk meget stærk og helt ukorrupt (Kilde: USAID dialog), har formået at undgå beskæringer, som andre ministerier har måttet undergå.

Hospitaler og klinikker

Niveauer

Hospitalerne er opdelt i 3 niveauer: Nationale hospitaler, intermediære/departementale hospitaler og perifere/zone sanitaire. Af de 5 nationale hospitaler er tre specialhospitaler: HOMEL (ISO- certificeret mor/barn hospital), et lungehospital og et psykiatrisk hospital, de to øvrige er et hospital i Parakou, beliggende centralt i Benin, og CNHU "Rigshospitalet" det Nationale Hospital beliggende i Cotonou.

Opdelingen på niveauerne under det nationale er mere traditionsbetinget end reel, og antallet opgives ikke helt ensartet i de kilder, vi har haft adgang til, bl.a. fordi flere hospitaler ikke er i drift pt. I beskrivelsen af sundhedsvæsenet er det vigtigt at medtage private hospitaler, herunder i særlig grad de katolske og protestantiske, der udgør en vigtig del af sundhedssystemet, ca. halvdelen af Benins er læger ansat i det private sygehusvæsen.

Betalingsforhold

Alle sundhedsydelse er brugerbetalte. De offentlige hospitaler støttes af regeringen, mens de private støttes af de organisationer, der har oprettet dem. Priserne er ikke nødvendigvis højere på offentlige end på private hospitaler, idet prisen afhænger af støtten. Nogle hospitaler modtager både offentlig og privat støtte.

Medicin finansieres helt af patienterne, medmindre disse eller deres nære pårørende ikke har råd. Dette undersøges meget grundigt efterfølgende af hospitalernes sociale medarbejdere, ved kontakt til de pårørende, naboer eller landsbyledelse. Medicin ligger hermed uden for sundhedsministeriets budget, og sundhedsministeriet køber næsten udelukkende medicin fra brugerbetalingen, som administreres via CAME (det centrale apotek i Cotonou). Helt ubemidlede unddrages efter vores oplysninger ikke behandling, hverken lægelig eller medikamentel. Global Medical Aid har til sidstnævnte formål sendt mediamenter for 1.6 mio. USD til landet fra sommeren 2012 til dato.

Arbejdet i distrikterne

Landet har 34 sundhedsdistrikter, hver med et departement-hospital, der fungerer som bagstopper for de ca. 850 sundhedscentre (offentlige og private). Med denne udbredelse af sundhedscentre er der generelt nem fysisk adgang til sundhedsydelse, men ressourcerne er ikke ensartet fordelt, og med den dårlige akutte transportmulighed er f.eks. en stor del af fødsler i landområder ikke assisterede, især ikke, hvis de er før terminen.

Ca. 90 % af gravide konsulterer sundhedssystemet og bliver undersøgt af jordemoder før fødslen og knap 80% har jordemoderassistance ved fødslen, hvilket er relativt højt for Vestafrika. Mødre-dødeligheden er alligevel oppe på ca. 4 promille og den neonatale dødelighed er over 3 %.

Sundhedssystemet giver adgang til at viderevisitere fra lavere til højere niveau, når dette forudses i tide, og HOMEL i Cotonou er det højst specialiserede fødested i landet. CNHU modtager alle typer patienter fra sundhedscentre og departementale hospitaler fra hele landet.

Sundhedscentrene beskæftiger sig i høj grad med malariapatienter, der udgør ca. 40% af alle besøg, og patienterne med denne sygdom udgør 22% af alle nyindlagte. Ifølge "Lancet" døde mere end 9.000 børn under 5 år af sygdommen i 2008 (i et land hvor befolkningen er mindre end det dobbelte af Danmarks).

Børn under 5 år (ADSS 2011) udgør også langt den største gruppe, repræsenteret i sygdomsstatistikkerne. Efter malaria kommer luftvejssygdomme, fulgt af mave-tarmsygdomme, anæmi og kighoste. Kun traumer samt knogle- og ledlidelser er højere repræsenteret hos voksne og unge mænd end i børnegruppen. Graviditets- og fødselsstatistikker indgår ikke i disse tal.

Børn er således både meget højt repræsenteret både i sygdoms- og dødelighedsstatistikkerne med infektionssygdomme forårsaget af både vektorbårne, luft- og vandbårne sygdomme. Yderligere er børnegruppen ramt af følger efter fødselskomplikationer. Det er derfor naturligt, at regeringen i Benin og hovedparten af hjælpeorganisationer, såvel internationale og regeringsbaserede (bl.a. UNICEF, WHO, USDA, USAID, UNFPA) og NGO'er (bl.a. trosbaserede) samarbejder omkring smitteforebyggelse: rent vand, vaccinationer, myggenet og forbedring af sundhedsklinikkernes tilbud.

Læger, uddannelse og specialisering

Benin har i alt 1.078 læger, hvilket giver en lægedækning på 1,2 per 10.000. I alt 484 læger arbejder i den offentlige sektor og 594 i den private. Der er dog ret stort overlap, således at private specialister ofte har en dag om ugen på et offentligt hospital, og offentligt ansatte læger ofte har bijob på private sygehuse om lørdagen.

Lægeuddannelsen foregår på universiteterne i Cotonou og Paragou. Der optages ca. 50 studerende årligt hvert sted. Som i andre lande er der et stigende antal kvindelige studerende. På universitetet i Cotonou har man 120 undervisere fordelt på professorer, lektorer og undervisningsassistenter. I store træk undervises i samme fag som i Danmark og uddannelsen tager 7 år. Universiteterne rummer også fakulteterne for farmaci, fysioterapi, nutrition og socialrådgivere.

Speciallægerne har en længere uddannelse. De lidt ældre speciallæger er uddannet i Jugoslavien, Bulgarien og Cuba. De yngre er efteruddannet i Frankrig og Canada, i de senere år har man kunnet tage speciallægeuddannelsen i Benin. Denne uddannelse er mindst fireårig, og det tredje år skal gennemføres i udlandet for at sikre, at specialisten er fortrolig med mere avanceret udstyr, selvom dette måske ikke forefindes i landet for indeværende. Man dækker de vigtigste lægelige specialer, herunder de vigtigste internmedicinske grenspecialer, almen kirurgi med 2 grenspecialer, samt neurokirurgi, ortopædkirurgi, gynækologi og obstetrik, anæstesiologi, radiologi, pædiatri inkl. neonatologi og psykiatri.

Der er flere problemer forbundet med efteruddannelsessystemet. Ca. 20 % forbliver i udlandet, eller vender tilbage dertil, da løn og arbejdsforhold er bedre end i Benin. Derudover er det - paradoksalt nok - ofte meget vanskeligt at få et job, når man søger tilbage som færdiguddannet specialist, idet sundhedsbudgettet ikke tillader flere lægeansættelser, på trods af den elendige lægedækning. Man får simpelthen ikke arbejdstilladelse til en offentlig ansættelse, hvorfor man er nødsaget til at oprette sin egen privatklinik baseret på 100% brugerbetaling, eller at blive ansat på et privathospital. De, der har taget hele uddannelsen i udlandet, holder sig ofte helt væk efterfølgende og arbejder i Frankrig, Canada eller et andet afrikansk land.

På det medicinske fakultet, der som nævnt, nu også varetager de fleste af speciallæge uddannelserne, er man meget interesseret i at øge den behandlingsmæssige standard til et europæisk niveau, især på universitetshospitalerne, hvor den praktiske uddannelse foregår. Man understreger at ordentligt udstyr er en forudsætning for dette. Kun på denne måde kan man fastholde de gode læger, da lønningerne i det private er bedre. Herudover vil bedre udstyr skabe øget effektivitet og behandlingstilbud, der kan medvirke til at øge patientomsætningen, som igen kan finansiere ansættelse af flere læger.

Jordemødre og sygeplejersker

Landet har ca. 2.900 offentligt ansatte og godt 800 privatansatte sygeplejersker. For jordemødre er tallene henholdsvis godt 900 og ca. 350. En helt skarp opdeling bør dog ikke foretages mellem de to sektorer.

Skolerne i Cotonou, der varetager jordemoderuddannelsen og sygeplejerskeuddannelsen har lokalfællesskaber, og ledes hver af en læge.



"Fantomer" på Jordmoderskolen i Cotonou

Vi fik lejlighed til at se uddannelsesprogrammerne, som indeholdt de uddannelseselementer man kunne forvente set med vore øjne. Uddannelserne er blandet teoretisk og praktisk og tager i alt tre år. Optagelseskravet er studentereksamen. Man uddanner 50 jordemødre og 50 sygeplejerske pr år på skolen. Jordmoderskolen har indtil for et par år siden været lukket i fem år på grund af problemer. Man har brugt tiden til at øge niveauet både i forhold til adgangskravene og til uddannelsen. Undervisningsmaterialet var noget nedslidt – især jordmoderskolens fantomer – men alligevel brugbare. Der var undervisning 8 timer daglig, afbrudt af middagspause på 2 timer. Klasseværelserne var fyldt godt op. Undervisningen var katedral og eleverne stod op da rektor og vi kom ind. Vi blev hilst pænt i kor.

Specialuddannelse af jordemødre til UL-diagnostik foregår på de store hospitaler.

Hospitalsbesøg

Vi besøgte i alt 5 hospitaler og klinikker: To var fra øverste niveau, CNHU og HOMEL, Abome – Calavi som er et regional hospital i nærheden af Cotonou og Hôpital de Menontin, som er et

tidligere sundhedscenter, der gradvis er vokset til hospitalsniveau. Endelig så vi en ret luksuriøs privatklinik Clinique Boni D' Akpakpa i Cotonou, der er helt baseret på egenbetaling. Alle hospitalsydelser er som nævnt delvis brugerbetalte. Priserne er efter dansk målestok overkommelige. Et ambulansbesøg koster fra ca. 10 kr. op til 50 kr. afhængig af sted. Fødsler koster fra 300 kr. fx på nationale hospital og HOMEL til ca. 600 kr. på privatklinikken. Kirurgiske indgreb er dyrere, kejsersnit fra 1.000 kr. til ca. 4.000 kr. på dyreste klinik (Boni d'Akpakpa).

På alle hospitaler besøgte vi et udvalg af afdelinger. Vi var blevet forud anmeldt, og besøgene startede i hospitalsdirektionerne. Ved besøgene var vi ledsaget af sundhedsministeriets direktør for Benins hospitalsvæsen: Kuassi Marcellin Amossou-Guenou, som samtidig er professor i biofysik på universitetet og læge, med speciale i Nuclearmedicin og uddannet i bl.a. Bordeaux og St. Etienne, og med disputats fra sidstnævnte universitet.

På hospitalerne fik vi, efter en kort introduktion hos hospitalsledelsen, en "guided tour" på afdelingerne med et medlem af direktionen til de afdelinger, som vi selv udvalgte på stedet. På disse afdelinger overtog så en lokal ledende fagperson rundvisningen. Vores generelle indtryk var, at man meget gerne ville vise sin afdeling. Besøgene på de enkelte hospitaler varede 3 – 4 timer. Man prøvede på ingen måde hverken at skjule eller at udstille manglerne.

Udstyr

Manglerne på hospitalerne var stort set af udstyrs-mæssig karakter. Kort kan siges, at man alle steder har mangel på alt, bortset fra den dyreste privatklinik Boni d'Akpakpa, som er mere velforsynet.



Leje obstetrisk afd. privatklinikken "Boni d'Akpakpa"

Skriveborde og hospitalssenge var forfaldne og rustne. Manglende autoklaver udgjorde et stort problem som medførte, at instrumenterne stod i kø for at blive rengjort på ny efter brug, da der også var utilstrækkeligt med instrumenter.

På CNHU – landets centrale universitetshospital – manglede det mest elementære udstyr. Vi blev spurgt om vi kunne skaffe alt fra blodtryksapparater til børn, kirurgiske instrumentbakker til de fleste typer operationer, anæstesiapparater, laryngoskoper, overvågningsudstyr, respiratorer, mikroskoper, centrifuger, blodgasmålere, spektrofotometre, vægte, køleskabe, fryser, PCere, ultralydsapparat osv. osv. Vores ankomst til de enkelte afdelinger var uanmeldt, men vi blev kort introduceret som fagpersoner, der skulle se afdelingens arbejdsforhold og udstyr, for efterfølgende at skrive en rapport, som muligvis ville medføre formidling af brugt hospitalsudstyr.

Ortopædisk bandageri fremstillede kun ”pynteprotoser”. Protesesoklen var taget efter afstøbning, men man manglede kunstige led, så lår, ben og fod var støbt i ét. Det var dog en bedre løsning end den, man så i gadebilledet, hvor mange manglede lemmer, og hvor dobbeltamputerede kørte på skateboard med to træklodser til fremdrift. Fysioterapien havde et udmærket træningsbassin, som dog ikke var i brug, da pumpesystem og rensningsanlæg var defekt.



Håndvægte i fysioterapi (Man er kreativ når man mangler noget)

Efter vores rundgang - på vej ud fra CNHU - modtog vi hastigt udarbejdede lister fra de afdelinger vi havde besøgt, og som bl.a. inkluderede ovenstående. De lister vi fik, svarede

fuldstændig til det vi så, f.eks. kødannelse pga. manglende apparatur. Vi så operationsstuer, der manglede anæstesiudstyr og ordentlig belysning, og fødelejer, der var så defekte i polstringen, at de var helt uacceptable. Men det var hvad man havde.



Leje obstetisk afd. CNHU

Generelt beholdt man dyrere udstyr, som var defekt, i afdelingen, hvis det, man nu klarede sig med "gik ned", kunne det defekte måske alligevel ordnes.



Defekt autoklave CNHU

Vi var på en enkelt røntgenafdeling (CNHU). Besøget her var hæmmet af, at elektriciteten var forsvundet en time eller mere. Der var derfor kun en radiograf på afdelingen, og vi så kun gammelt udstyr og enkelte røntgenbilleder på betragtningskærme. Disse billeder var ligeledes af lav kvalitet. Man fremviste en gammel CT-scanner, som var i stykker. Både her og andre steder var det store ønske en MR scanner, og om vi mon kunne skaffe en?

Bygningerne var ofte afskallede både indvendig og udvendig. Sengene var rustne og afskallede, men vort indtryk var, at de blev grundigt rengjort efter brug. Madrasser ligeledes defekte, men blev så vidt vi kunne se overdækket med plastik ved brug.

HOMEL (mor-barn hospitalet) var bygget og subventioneret af japanske midler. Hospitalet har opnået ISO- certificering. Bygningerne var flotte, men også her afskallede. Støtten var da tilsyneladende også trukket væk, og man kan af sundhedsministeriets økonomirapporter se, at der ikke er givet japansk støtte i flere år. Dette havde også sat sit præg på udstyret og behandlingsmulighederne. Man har ca. 6.000 fødsler pr år. Ca. 30 % fra et optageområde og resten henvist fra andre sygehuse. Hyppigheden af kejsersnit her er ca. 20 %. Overvågning af barnet under fødslen foregik som for over 30 år siden i Danmark ved hjælp af jordemoderstetoskop. Man har ikke det fornødne elektroniske udstyr. Neonatalafdelingen var noget bedre udstyret.

På de mindre hospitaler var der stor mangel på operationsfaciliteter, så akutte sectioner (kejsersnit) måtte vente på, at den elektive (planlagte) operation var afsluttet. Den generelle materialemæssige situation var den samme.



Udtjent anæstesiapparat på Hôpital de Menontin

Vi så fungerende autoanalyzere på de større hospitaler, alle af ældre dato, mens det mere eksklusive privathospital havde bedre udstyr, og laboratoriet dér virkede som betalingslaboratorium for privatklinikker (formentlig også i den dyre ende).

Fagligt niveau

Det er klart, at man ikke kan få et sikkert billede af kompetencerne i løbet af vores korte besøg, idet dette ville kræve at man var længere på stedet, og helst deltog i det kliniske arbejde. Men det var vores indtryk, at det faglige niveau på de besøgte hospitaler var sufficient, især når forholdene på stedet tages i betragtning.



Kejsersnit CNHU

Man var meget omhyggelig med steriliteten, og vi blev nøje omklædt før adgang til operationsområder og føde- og neonatalafdelinger (sidstnævnte på CNHU og HOMEL). På modtageafdelingen for fødende kvinder på HOMEL, som både modtog patienter fra lokalområdet og komplicerede tilfælde fra andre distrikter, var man påpasselig med at adskille mødre og nyfødte børn fra disse områder fra de lokale. På laboratoriet angav man, at man ikke havde haft MRSA (stafylokokker ufølsomme for penicillin) i 2012 hos patienter fra det lokale optageområde i hovedstaden. Vi fik på hospitalerne vi besøgte herudover ikke et klart overblik over forekomst af nosokomielle infektioner (hospitalspåførte infektioner).

Varetagelsen af fødende kvinder synes fagligt på højde med den danske, bortset fra at man udover jordemoderstetoskop som nævnt ikke har udstyr til at overvåge barnet under fødslen. På de fødeafdelinger vi så, var der muligheder for ultralydsscanninger af de gravide (gamle,

men brugbare apparater) og et fagligt godt niveau hos de jordemødre, der foretog scanningerne.



Ultralydsapparat fra jordemoderkonsultationen

Elektive indgreb og kejsersnit blev normalt foretaget i spinal eller epidural anæstesi (rygmarvsbedøvelse) . Vi overværede et kejsersnit, hvor den vågne patient blev gjort opmærksom på vores tilstedeværelse, og at vi var fagpersoner. I den forbindelse skal nævnes, at personalet altid sikrede sig patienternes tilladelse, inden vi fotograferede. Den neonatale

afdeling vi så (HOMEL) havde som nævnt relativt godt udstyr, med kuvøser ilt, sug og sondeernæring med udmalket mælk. Der var tæt overvågning og børn på ned til 800 gram. En sådan lille patient, der var inficeret, fik taget lumbalpunktur, da vi var på stuen.



Neonatal afd. HOMEL

Kontrol af tidligere fremsendt udstyr

Som nævnt indledningsvist har GMA fremsendt tre 40 fods containere med hospitalsudstyr. Det meste af dette var af ret basal karakter og krævede ikke den store teknologiske indsigt at montere eller anvende. Det drejer sig om hospitalssenge, operationslamper, undersøgelseslejer, skriveborde, vægte og kørestole, men yderligere også en ultralydsscanner og et røntgenapparat. Udstyret er efter aftale med GMA placeret af sundhedsministeriet på de hospitaler, vi besøgte. Det eneste sted hvor ibrugtagning og opstilling ikke var sufficient var på CNHU. Her var ca.20 skriveborde og flere senge ikke nået længere end til depotet. For bordenes vedkommende anførtes fra ledelsens side, at de ikke var nødvendige, hvilket kunne have været en relevant forklaring. Det viste sig dog ved afdelingsgennemgangen, at mødelokaler mv. klart havde behov for disse. Vi kortsluttede processen og en afdeling fik umiddelbart efterfølgende opstillet borde på en afdeling. I depotet lå tre operationslamper som ikke var opsat, da et mellemstykke, der skulle anvendes, efter oplysningerne ikke var fremsendt. Man hævdede (efter megen diskussion) fra hospitalsledelsens side, at man havde gjort opmærksom på dette til sundhedsministeriets hospitalsdirektorat. Manglerne vi fandt og den angivne indrapportering beskrev vi i en rapport til Sundhedsministeren og Direktoratet.

Det var vort indtryk at organisationen på CNHU ikke ”hang sammen fra top til bund”. Den iver og faglighed man mødte på afdelingerne adskilte sig signifikant fra hospitalsledelsens. Dette vurderedes bestemt ikke at være tilfældet på andre hospitaler.

Diskussion

Generelt har vi ved besøget i Benin overalt oplevet en åbenhed over for de mangler, som de beskedne økonomiske resurser medfører. Spørgsmål, som ikke umiddelbart har kunnet besvares, er man vendt tilbage med, og vi har helt kunnet tilrettelægge og foretage de ændringer i vores program, som vi har ønsket. Det er derfor vores opfattelse, at de oplysninger vi er nået frem til, giver et nogenlunde retvisende billede af forholdene, omend de er oplevet gennem nyankomne danskeres briller. Det er klart, at når formålet med vores besøg var at søge at skaffe nyt og bedre udstyr til hospitalerne, måtte dette implicit medføre, at manglerne blev eksponeret. Men som ovenfor anført vurderedes ønsker og mangler at hænge godt sammen, når man gik rundt på de kliniske afdelinger.

I store træk synes samtidig ministeriets ønsker om udstyr i ”120 dages projektet” at være i overensstemmelse med behovene. I den forbindelse er en lægehelikopter og en MR-scanner dog nok lidt ude af proportioner set med vore øjne. Resten af udstyrslisten dækker således mere basale behov.

Prøvefremsendelsen i november 2012 fra GMA har vist at ”systemerne” i Benin ikke arbejder sufficient sammen. Denne påvisning fra vor side er man også i forbindelse med vort besøg helt klar over på højeste plan, og man har lovet at sikre administrative ændringer. Det peger dog samtidig på nødvendigheden af et kontrolsystem, der bedst etableres uden for det etablerede system. Den løbende fremtidige overvågning af, at udstyr bliver opstillet og brugt efter formålet, er ikke en opgave, der kan varetages fra Danmark og må derfor løses lokalt.

I forhold til sikring af en donations anvendelse og fortsatte brugbarhed er det derfor en væsentlig opgave, i samarbejde med en lokalt forankret NGO også at overvåge udstyrets korrekte placering, fortsatte brug og vedligeholdelse. Denne NGO bør regelmæssigt rapportere tilbage til Danmark, som herefter kan foretage de nødvendige forholdsregler i forhold til de afsendelser der er sket, og eventuelle fremtidige afsendelser af hospitalsudstyr.

Det er samtidig væsentligt at denne NGO indskrives i en kontrakt med sundhedsministeriet. Under besøget indledtes drøftelser med en kvalificeret NGO om det fremtidige samarbejde.

For så vidt angår præmisserne i "Skitse til pilotprojekt om udsendelse af brugt hospitalsudstyr" er det vor vurdering, at der er et overordentligt stort behov for udstyr, at problemerne med funktionsdygtighed og vedligeholdelse formentlig kan overvindes, men at en nøjere teknisk gennemgang forinden synes påkrævet. Det videre behov for lokal og evt. efterfølgende assistance, som er beskrevet i SKIPHOSP skønnes relevant og i overensstemmelse med budgettet/ansøgningen om økonomisk støtte på ca. 2.mio. kr..

En mere detaljeret opstilling af behovet for hospitalsudstyr i Benin, skal ske samtidig med registreringen af udfaset hospitalsudstyr i Danmark og en vurdering af, om en fremsendelse til Benin skønnes relevant. I forhold til sidstnævnte er det vor vurdering, at også relativt avanceret udstyr, f.eks. endoskopiudstyr (til kikkertundersøgelse og behandling) og andet billeddannede udstyr vil kunne finde anvendelse, så længe vedligeholdelse og driftsudgifter ikke overstiger vor og/eller hospitalernes formåen.

Det skønnes væsentligt, at forbedre forholdene inden for de enkelte specialers kompetencer, også for at forsøge at sikre, at specialisterne kan fastholdes i Benin, da der ellers er stor risiko for at de vil søge til Europa eller til afrikanske lande, hvor arbejdsforhold og økonomi er bedre.

Man må naturligvis, i et projekt af denne karakter, også gøre sig etiske overvejelser om, hvorvidt fremsendelse af udstyr vil forvride det sundhedsmæssige fokus i retning af teknologisk formåen og bort fra Public Health aspektet, hvor forebyggelse og "empowerment" fortsat er helt essentiel i forhold til at mindske de store problemer, der er med såvel børnedødelighed, "maternal care" og ernæringsproblemer.

Dette adskiller sig dog ikke fra de overvejelser som andre internationale organisationer må gøre sig, i forhold til fokuseret støtte til u-lande.

Som et enkelt eksempel på, hvad doneret apparatur kan udrette, kan f.eks. nævnes bedre udstyr til diagnostik af sengraviditets problemer, hvor ultralyds - undersøgelsesmuligheden ved prænatal diagnostik kan redde mange liv - både hos mor og barn - hvis problemer ved

den forestående fødsel erkendes i tide. Her har Benin både relativt mange og veluddannede jordemødre, som ved yderligere oplæring også vil kunne varetage denne opgave.

Konklusion

Benin er et fattigt Vestafrikansk land med store sundhedsmæssige problemer. Der er også en stor mangel på sundhedsuddannede personer, men de, der er ansat i hospitalssystemet, synes veluddannede og kompetente. Hospitalerne har stort set alle udtalt mangel på selv basalt udstyr, hvilket forringer effektiviteten betydeligt, og tillige medvirker til en flugt af højt uddannet personale til udlandet, hvor forholdene er mere attraktive. De mangelfulde forhold har stor bevågenhed fra regeringsniveau og ned i systemerne, og man er meget interesseret i, at udbygge et samarbejde af den karakter, som er defineret i "Skitse til pilotprojekt om udsendelse af brugt hospitalsudstyr". Det er derfor vor vurdering, at Benin vil være velegnet til at indgå i et sådant projekt. Et samarbejde med en lokal NGO med henblik på fortsat supervision synes væsentlig.