

NY KURS I GLOBAL MEDICIN

Från nödhjälpsarbete
till farmakologisk frontlinjeforskning

Ökade internationella kontakter inom de flesta medicinska områden ställer nya krav på läkares kunskap. En femveckorskurs i global medicin vid medicinska fakulteten i Uppsala inkluderar en intensiv föreläsningssamt två veckors undervisning förlagd till Tanzania. Till skillnad från tidigare kurser i u-landshälsovård undervisas om variationen i hälsotillstånd och sjukvård i hela världen, från Baltikum till Rwanda. Erfarenheterna från de tre första terminerna är positiva.

En enkät till 100 medicinska fakulteter i 25 industriländer visade nyligen att undervisning inom läkarutbildningen om globala hälsoproblem var synnerligen begränsad [1]. Vid Sveriges medicinska fakulteter har en samlad undervisning för läkarstuderande om globala hälsoproblem hittills varit begränsad till enstaka kurser på kvällstid. Framtiden kommer dock att innebära ökade internationella kontakter inom de flesta medicinska områden. Detta ställer nya krav på läkares kunskap, och grundutbildningen behöver anpassas till detta behov.

Tidigare har vår enhet givit en årlig kvällskurs för medicinstudenter och annan hälsovårdspersonal om hälsoproblem i u-länder. Liknande kvällskurser ges även på de andra kursorterna, och i Göteborg inkluderar kvällskursen vid

institutionen för pediatrik på Östra sjukhuset en studieresa till Kenya.

Sedan 1994 skall studenterna på läkarprogrammet i Uppsala läsa valfria kurser under en femveckorsperiod i slutet av termin 3 och 7. Detta gav enheten för internationell barnhälsovård vid institutionen för pediatrik möjlighet att reformera och utvidga ovan nämnda kvällskurs. Resultatet blev en femveckors heltidskurs i global medicin som ger en bred bas för olika former av internationell medicinsk verksamhet. Varje termin läser nu 20–25 studenter denna kurs i Uppsala.

Målsättning

Kursen skall ge kunskap om variationerna i det globala sjukdomsmönstret, särskilt om de sjukdomar som utgör de största globala hälsoproblemen. Dessutom undervisas om de kulturella, sociala och ekonomiska faktorer som påverkar hälsotillstånd och tillgång till hälso- och sjukvård i olika länder. De tre första veckorna undervisas studenterna i Uppsala, de sista två veckorna är studierna förlagda till medicinska fakulteten i Dar es Salaam i Tanzania.

Kursen i global medicin skiljer sig från tidigare nämnda u-landskurser genom att undervisningen har utökats till att behandla variationerna i sjukdomsförekomst och vårdresurser i hela världen. Den vänder sig därför till alla studenter som i framtiden vill arbeta med någon form av internationella aspekter av medicin – från nödhjälpsarbete till farmakologisk frontforskning. Oavsett inriktning behöver framtidens läkare förstå de komplexa variationer som idag kännetecknar det globala sjukdomspanoramats.

Ny världssyn

Ett av kursens huvudbudskap är att utvecklingen har gjort tudelningen av världen i u-länder och i-länder föråldrad. Den nya indelningen i hög-, medel- och låginkomstländer är mer relevant för att beskriva nutidens kontinuerliga variation i det globala hälsotillståndet [2, 3]. Höginkomstländerna är de sk västländerna samt Japan, Singapore, Hongkong och de rikaste länderna i Mellanöstern, alla med bruttonational-

produkt per capita på mer än 10 000 amerikanska dollar (USD). Medelinkomstländerna utgörs av Latinamerika, flera kommunistiska länder i Europa, flera länder i västra och östra Asien samt Sydafrika, Botswana och Mauritius.

Låginkomstländerna domineras av Afrika söder om Sahara och södra Asien. Kina och Indonesien lämnar snart denna grupp och blir medelinkomstländer då deras BNP före sekelskiftet kommer att överstiga 700 USD/capita [2]. Till dessa tre grupper kan läggas en fjärde grupp av tio länder i social kollaps på grund av inbördeskrig.

Barnadödligheten före 5 års ålder är mindre än 20 per 1 000 födda i alla höginkomstländer medan den i medelinkomstländerna varierar mellan 10 och 110 per 1 000 födda. Med undantag för Vietnam och några få små f d kommunistiska länder varierar barnadödligheten i låginkomstländer mellan 110 och 320 per 1 000 födda.

Fattigdom orsakar sjuklighet

Dessa data visar att variationerna i hälsotillstånd i världens länder idag utgör ett kontinuum från mycket gott till allttjämt katastrofalt dåligt. Det tidigare så omtalade »gapet» mellan fattiga och rika länder har dock försvunnit med avseende på hälsotillstånd. Vidare framgår av ovanstående data att det främst är fattigdom som orsakar hög sjuklighet, inte tropiskt klimat eller otomeuropeisk kultur. Trots att god ekonomi är huvudorsak till god hälsa varierar dock hälsotillståndet påtagligt mellan länder inom samma inkomstgrupp, beroende på hälso- och sjukvårdspolitik och hur resurserna fördelas inom befolkningen.

Tidigare har undervisning om hälsosituationen i fattigare länder ofta homogeniserats under uttrycket »u-länder». Begreppet har nu tjänat ut, då många u-länder genomgått snabba ekonomiska och sociala förbättringar.

Tyvär har hälsotillståndet i en mindre grupp av länder drastiskt försämrats på grund av inbördeskrig. Bakom dessa försämringar ligger även en ond cirkel av ekonomisk stagnation, snabb befolkningstillväxt och miljökollaps inom det traditionella skiftesjordbruket.

Författare

ANNIKA ESSCHER
kursamanuens

HANS ROSLING
docent, kursledare

MEHARI GEBRE-MEDHIN
professor; samtliga vid enheten för internationell barnhälsovård, institutionen för pediatrik, Uppsala universitet.

Undervisningsronder tillsammans med tanzaniska studenter avslutar studiedagarna vid universitetssjukhuset i Dar-es-Salaam. De svenska studenterna är, från vänster, Christoffer Ehrstedt, Benjamin Bakall, Charlotta Ahlgren och Robert Szepesvari.

UNICEF har myntat begreppet PPE-spiral (Poverty, Population and Environment) för denna utveckling som kännetecknar flera, men långt ifrån alla afrikanska länder [4].

Eftersom världens huvudsakliga hälsoproblem finns i låginkomstländerna dominerar dessa undervisningen i globalmedicinkursen. Vår tioveckors efterutbildningskurs för blivande biståndsläkare behandlar som tidigare enbart hur hälso- och sjukvård bedrivs i låginkomstländer. När studenterna nu lär sig mer om det globala hälsotillståndet under grundutbildningen kan vår och andras efterutbildning inom internationell hälsa bedrivas på den högre nivå som framtidens bistånd kräver.

Kursens Uppsaladel

Under kursens tre första veckor varvas föreläsningar med grupparbeten och studiebesök. Föreläsningarna behandlar först de grundläggande måtten för hälsa och demografi. Därefter beskrivs skillnader i hälsa, befolkningsdynamik, sjukdomspanorama, nutritionsproblem och reproduktiv hälsa i världens länder. De medicinska, ekonomiska och sociala skillnaderna mellan hög-, medel- och låginkomstländer studeras med särskild hänsyn till de ovan skildrade förändringarna till det bättre re-

spektive det sämre som för närvarande sker i många länder.

Förmågan att analysera olika länders hälsosituation utvecklas under en dataövning, där studenterna jämför befolknings- och hälsostatistik från olika länder och årtionden. All väsentlig FN-statistik finns numera attraktivt lättillgänglig på CD-ROM. Studenterna kan imponerande snabbt sammanställa en kvantitativ redogörelse för hälsoutvecklingen i olika länder (Figur 1).

Föreläsarna exemplifierar de globala variationerna med utgångspunkt i skilda erfarenheter från internationellt medicinskt arbete: t ex smittskydd i Baltikum, läkemedelsproduktion i Kina, nu-

tritionsforskning i Tanzania och humanitärt hjälparbete med Röda korset och Läkare utan gränser i Rwanda. Ytterligare exempel ges under tre studiebesök: Ett forskande läkemedelsföretags globala perspektiv beskrivs. Uppsala universitets konsultbolag redogör för sina uppdrag inom svenskt hälsobistånd i Vietnam, Uganda och Angola, och missionssjukvårdens roll i en föränderlig värld diskuteras. Dessutom beskrivs

Figur 1. Relationen mellan medellivslängd och bruttonationalprodukt per capita för världens länder kan lätt studeras med multimedieprogram på CD som möjliggör mängder av liknande jämförelser.

WHO:s och UNICEF:s roll för världshälsan.

Denna breda genomgång av olika organisationer och företag skapar faktaunderlag för diskussioner om internationell hälsopolitik, läkemedelsförsörjning och bistånd.

Kurstiden utnyttjas väl. Under vaccinationen på infektionskliniken undervisas studenterna om de sjukdomar de vaccineras mot. Parasitlaboratoriet visar därefter mikroskopering av malaria- och tarmparasiter. Föreläsningen om matkultur avslutas med ett av de mest uppskattade inslagen, en afrikansk lunch tillagad av föreläsaren från institutionen för näringslära.

Kurslitteratur är delar av UNICEF:s senaste årsbok »The state of the world's children» [4] och Världsbankens »World development report 1993 – Investing in health» [2]. Dessutom ingår en pärm med utvalda artiklar. Som en kulturell förberedelse inför resan läser studenterna Tanzaniaskildringen »När elefanter dansar» [5].

Uppsaladelen avslutas med en muntlig tentamen i små grupper. Detta ger kursledningen en god möjlighet att bedöma studenternas kunskap och förståelse. Samtidigt får studenterna diskutera det mest omvälvande i de nya kunskaperna.

Till Tanzania!

De sista två veckorna är förlagda till medicinska fakulteten i Dar es Salaam, där erfarna tanzaniska kolleger ansvarar för undervisningen som sker på engelska. Tyngdpunkten läggs på klinisk undervisning i mindre grupper på vårdavdelningar och vårdcentraler. En svensk lärare och kursansvärd har följt med studenterna till Tanzania.

De svenska »globalmedicinarna» samundervisas delvis med de tanzaniska fjärdeårsstudenterna under fallpresentationer. En dag deltar studenterna i arbetet på en barn- och mödravårdscentral. Att delta i familjeplaneringsmottagningen är också uppskattat. De tanzaniska lärarna, varav en för närvarande är doktorand i gynekologi i Uppsala, lägger stor tonvikt vid kvinnornas hälsoproblem i Tanzania.

I kursen ingår även besök hos frivilligorganisationer som stöder aidsdrabbade familjer och arbetar för en minskad HIV-spridning. Tack vare stor öppenhet och pedagogisk förmåga bland de tanzaniska kursledarna har detta blivit en av de allra starkaste upplevelserna.

Den sista kursveckan är förlagd till landsbygdsdistriktet Bagamoyo, fem mil norr om Dar es Salaam. Där studeras distriktssjukhuset, en avlägsen vårdcentral och bybarnmorskornas arbete. Tillsammans med tanzaniska studenter

görs hembesök i en by. Studierna i Tanzania avslutas med en skriftlig redovisning av en patient och en sjukdom som studenterna i grupp valt att studera mer ingående.

Studierna i Tanzania är mycket intensiva och ställer höga krav på studenterna. Vi har dock imponerats av hur snabbt de anpassar sig till värmen, en ny kultur och den omgivande fattigdomen. Under den sista veckan finns tid för diskussioner kring utveckling, bistånd och hur det kommer sig att världen ser ut som den gör idag. Utmaningen för medföljande svenska lärare är att knyta samman studenternas tankar om världens utveckling och den medicinska verklighet de ser i Tanzania med de nya teoretiska kunskaper de fått under kursen.

Utbyte mellan fakulteterna

Undervisningssamarbetet mellan fakulteterna har sitt ursprung i personkontakter som skapats genom forskningssamarbete mellan institutionerna för pediatrik, medicin samt obstetrik och gynekologi i Uppsala respektive Dar es Salaam [6-8]. Kursen i global medicin medverkar nu i sin tur till nya former av utbyte mellan fakulteterna.

En ömsesidig enkätstudie av medicinstudenters sexuella beteende genomfördes under 1995 av svenska studenter i Dar es Salaam och tanzaniska studenter i Uppsala. Ett internationellt studentutbyte mellan den svenska medicinska organisationen SweMSIC och den tanzaniska systerorganisationen kommer troligen att förverkligas tack vare de personliga kontakter som nu har skapats. Dessutom är lärare från olika institutioner i Uppsala intresserade av att delta i Tanzaniadelen av kursen.

Finansiering

Undervisningen finansieras med samma kursanslag från medicinska fakulteten som för andra frivilliga kurser. Resa, logi, mat, vaccinationer och försäkring för Tanzaniadelen bekostas av studenterna. De har dock fått ett resebidrag på 1 500 kronor var som fakulteten erbjuder för utlandsutbildning, samt extra studielån för resekostnader. Resebidraget täcker i stort sett kostnader för mat och logi, eftersom inkvartering sker på KFUK:s billiga gästhem i centrala Dar es Salaam och på en kursgård i Bagamoyo med samma enkla standard. Flygresan tur och retur till Dar es Salaam med Gulf Air via Oman kostar för närvarande cirka 7 000 kronor.

Medicinska fakulteten i Tanzania får ersättning från Uppsalafakultetens kursbudget för den undervisning de ger.

Gensvar

Globalmedicin kursen som helhet fick vid utvärdering medelbetyg 4,6 på

en 5-gradig skala av de 71 första studenterna. Av de enskilda undervisningsmomenten fick 50 procent ett medelbetyg över 4. Kursen är således uppskattad och den förändras successivt med ledning av studenternas synpunkter. Vi har utökat undervisningen om medelinkomstländer, medan den totala mängden föreläsningar dragits ned något för att ge mer utrymme för gruppundervisning. Detta resulterade i ännu gynsammare utvärdering. Studenterna har i kursutvärderingen även fått formulera de nya insikter de fått under kursen:

»Synsättet på världens länder har ändrats för mig. Den s k u-världen består av ett helt spektrum av länder.»

»Jag har sett hur mycket som fattas i ett land som Tanzania och att sjukvård bara är en liten del av allt som behöver förbättras för att förbättra invånarnas hälsa.»

»Att andra länder får ha helt andra prioriteringar än vi har i svensk sjukvård. Det vi tar för självklart är inte alltid självklart. Man kan komma väldigt långt med kliniskt duktiga läkare.»

Våra erfarenheter talar för att kursen i global medicin påverkar studenterna positivt i deras fortsatta medicinska studier. Genom att de har fått ett vidare perspektiv på medicinsk vetenskap och ställer fler och nya frågor sprider de ett internationellt intresse inom fakulteten. Kursen stimulerar även studenterna till en bredare inläring av medicinsk kunskap i kommande kurser än vad som motiveras av AT-tjänstens förväntade sjukdomspanorama. Studenterna har varit utomordentligt motiverade och energiska och vi kan varmt rekommendera andra fakulteter att pröva liknande kurser i global medicin.

Litteratur

1. Bandaranayake DR. International health teaching: a survey of 100 medical schools in developed countries. Med Educ 1993; 27: 360-2.
2. World Bank. World development report 1993 – Investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.
3. Rosling H. Vår sköra nya värld består inte bara av u- och i-länder. Läkartidningen 1993; 90: 4069-75
4. UNICEF. State of the World's Children 1995. New York: Oxford University Press, 1995.
5. Voors B. När elefanter dansar. Stockholm: Gedins, 1994.
6. Mlingi NV, Assay VD, Swai ABM, McLarty DG, Karlén H, Rosling H. Determinants of cyanide exposure from cassava in a konzo-affected population in northern Tanzania. International Journal of Food Science & Nutrition 1993; 44: 137-44.
7. Van der Haar F, Kavishe P, Gebre-Medhin M. The public health importance of IDD in Tanzania. Cent Afr J Med 1988; 3: 60-5.
8. Urassa E, Massawe S, Mgaya H, Lindmark G, Nyström L. Female mortality in reproductive age in Dar es Salaam, Tanzania. East Afr Med J 1994; 71: 226-31.