

Benins sundhedsvæsen – problemer og udfordringer

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

Jesper Sylvest



Fotos 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 Développement Sanitaire du Benin 2009 – 2018”
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
English Summary: Health Service in Benin – problems and challenges	4
Résumé français : Service de santé au Bénin : problèmes et défis	7
Rapport fra Global Medical Aid's besøg i Benin 2013	10
Formålet med besøget og delegationens opgaver.....	10
Kilder til rapporten	11
Beskrivelse af sundhedsvæsenets opbygning og udfordringer.....	11
Hospitaler og klinikker	13
Niveauer	13
Betalingsforhold	13
Arbejdet i distrikterne	14
Læger, uddannelse og specialisering.....	15
Jordemødre og sygeplejersker	16
Hospitalsbesøg.....	17
Udstyr	18
Fagligt niveau.....	21
Kontrol af tidligere fremsendt udstyr.....	24
Diskussion	25
Konklusion	27

English Summary:

Health Service in Benin – problems and challenges

By Jesper Sylvest M.D.

This report was elaborated to elucidate the conditions for a potential collaboration between “Global Medical Aid” (GMA is Danish NGO) and developing countries, donating used but functioning equipment from Danish hospitals to the hospitals in these countries.

In this report we focus on Benin, the needs for assistance there and the possibilities to handle and maintain donated equipment. The report describes therefore the health challenges, the health system, the deficiencies in the hospitals, and furthermore gives an impression of the education and working conditions of the health workers in the country. The data are based upon reports from international aid organizations, but mainly from sources in Benin, obtained during Global Medical Aid’s study tour. We visited hospitals and clinics, educational institutions and the Ministry of Health.

Benin is a poor West-African country. The health expenses amounts 5,65 USD per capita per year - this, in a country with a high incidence of malaria, diarrhea, and consequences of malnutrition. The birthrate is high: between 5 and 6 per woman, and nearly half of the population is under the age of fifteen, in spite of a death-rate for children under five of 12,5 %.

The public healthcare system has a pyramidal structure with health clinics distributed over the country, regional referral hospitals in the middle, and national hospitals at the top. Beside this, there is an important private sector, the majority of which is supported by NGO’s - mainly faith based (catholic or protestant). More than 50% of the approximately one thousand doctors in Benin work in the private sector, whereas approximately one fourth of the 3700 nurses and the 1250 midwives work there. However, there is an overlap between the two sectors, in tasks as well as in the employment of personnel.

Each year, 50 doctors are educated in the medical school in Cotonou, and 50 nurses and 50 midwives accomplish their education in the Cotonou College. The educational level appears to be very good.

The impression of a good professional standard among the staff in the institutions we visited was confirmed in the discussions we had with them, and by our observations of their work with the patients.

There is a massive lack of hospital equipment everywhere: autoclaves, surgical instruments, anesthesia apparatus, operating lamps, laryngoscopes, rehabilitation equipment, scales, and of modern medical imaging equipment. This creates a lot of problems for the efficiency in treatment and in diagnostics. As an example, the shortage of surgical equipment results in a need for high recycling turnover, which is hampered by the bad sterilization facilities. Bottlenecks are also created by defective operating rooms, which creates hazardous situations, where acute patients have to wait for an ongoing planned operation. Lack of modern prenatal diagnostic possibilities contributes to a high perinatal mortality rate among mothers and babies. Better possibilities for ultrasound investigation, performed by the relative fair number of midwives in the country, would be able to predict a lot of potentially hazardous births.

The bad working conditions in hospitals creates problems for retaining specialized doctors in the country, as they are aware of the better working conditions in other francophone countries (esp. France and Canada), where they have spent at least one year during their education. The Faculty of Medicine, responsible for the education of specialists in the country, says that better and more modern equipment, in the large hospitals is of uttermost importance to retain the specialists there and to maintain their qualifications.

Our conclusion is, that Benin is suitable to be a partner of our equipment project. Based on our experiences from a pilot project in Benin this, however, requires updating knowledge of the local technicians through support and educational programs, and furthermore, surveillance performed by a locally based NGO, which is authorized to verify that the donated equipment is being used, and in a good condition.

By donating hospital equipment to a country with severe public health problems an ethical problem might be that the health focus would be deviated from essential issues, such as prevention and “empowerment” of the population, towards issues like technological capacity and ability. This, however, probably does not differ from the considerations other international organizations must have, when they offer focused support to developing countries. Our evaluation is that the advantages clearly dominate the disadvantages.



Résumé français :

Service de santé au Bénin : problèmes et défis

Par Dr. Jesper Sylvest

Ce rapport a été fait pour élucider les conditions d'une possible collaboration entre Global Medical Aid (GMA est une ONG danoise) et les pays en développement pour la donation d'équipements usagés mais en bon état de fonctionnement en provenance des hôpitaux du Danemark au profit des hôpitaux de ces pays.

Dans ce rapport, nous nous sommes intéressés au Bénin, à leurs besoins d'aide et aux possibilités de gestion et de maintenance des équipements donnés. Le rapport décrit les défis de santé, le système de santé, les manques dans les hôpitaux, de même qu'il donne un aperçu des conditions d'éducation et de travail des agents de santé dans le pays.

Ces données sont basées non seulement sur des rapports des organisations internationales d'aide, mais également sur des sources essentiellement béninoises recueillies lors des visites d'études de Global Médical Aid. Nous avons ainsi visité des hôpitaux et des cliniques, ainsi que des institutions de formation et le Ministère de la Santé.

Le Bénin est un pays pauvre situé en Afrique de l'Ouest; le coût moyen des frais de santé par habitant et par an s'élève à 5,65 USD - et ce dans un pays à forte incidence de paludisme, de diarrhée, et de malnutrition. Le taux de naissance est relativement élevé, entre 5 et 6 enfants par femme. Presque la moitié de la population est âgée de moins de quinze ans, en dépit du taux de mortalité infantile élevé - 12,5% des enfants meurent avant l'âge de 5 ans.

Le système sanitaire public a une structure pyramidale, avec à la base des centres de santé sur toute l'étendue du territoire, puis des hôpitaux régionaux de référence au milieu et enfin au sommet des hôpitaux nationaux. A côté de cela, il y a un important réseau du secteur privé, supporté en majorité par des ONG principalement d'obédiences confessionnelles (catholiques ou protestantes). 50% du millier de médecins béninois travaillent dans le secteur privé ainsi qu'un quart des 3700 infirmiers et des 1250 sages femmes. Cependant il y a un important

chevauchement entre les deux secteurs, aussi bien en termes de services effectués qu'en termes d'emploi du personnel.

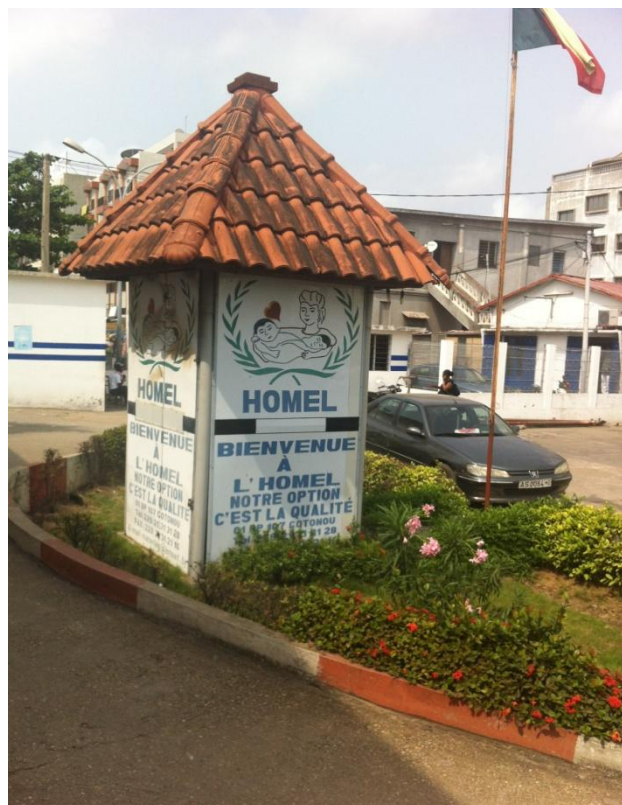
Chaque année, 50 nouveaux médecins sont formés à la faculté de médecine de Cotonou, de même que 50 infirmiers et 50 sages-femmes sortent du Collège de Cotonou. Le niveau de formation semble très bon. Par ailleurs, l'impression du bon niveau professionnel du personnel dans les institutions que nous avons visitées a été confirmé dans les discussions que nous avons eues avec eux et par nos observations de leurs interventions sur les patients.

Il y a partout un énorme manque d'équipement médical: autoclaves, instruments de chirurgie, appareils d'anesthésie, lampes d'opération, laryngoscopes, équipement de réhabilitation, équipement moderne d'imagerie médicale. Ceci crée beaucoup de problèmes pour l'efficacité des traitements et des diagnostics. Par exemple, l'insuffisance d'instruments de chirurgie nécessite qu'ils soient rapidement stérilisés et réutilisés, mais cela est entravé par le manque d'autoclave et les mauvaises conditions de stérilisation. Des goulets d'étranglement sont aussi créés par les blocs opératoires défectueux, ce qui entraîne des situations dangereuses – par exemple des opérations urgentes doivent attendre que se terminent des opérations électives en cours. La pénurie de moyens modernes de diagnostic prénatal contribue au fort taux de mortalité périnatale. Étant donné qu'il y a un nombre relativement acceptable de sages-femmes au Bénin, s'il y avait plus de matériel permettant de faire des examens et des échographies pendant la grossesse, cela pourrait identifier les grossesses et naissances à risque et permettre de prévenir des complications durant l'accouchement.

Un autre grand problème du pays est l'émigration des médecins spécialisés due aux mauvaises conditions de travail dans les hôpitaux. Durant leur formation de spécialisation les médecins passent au moins un an dans d'autres pays francophones (surtout en France ou au Canada) et les médecins savent donc qu'ils pourraient avoir de meilleures conditions de travail à l'étranger. La faculté de médecine, responsable de la formation des spécialistes dans le pays, soutient que plus il y aura d'équipements modernes performants, plus il sera possible de retenir sur place les spécialistes et de maintenir leur qualification.

Notre conclusion est que le Bénin répond aux critères pour être un partenaire de notre projet d'équipement. Nous référant à notre projet pilote au Bénin, cela nécessitera cependant une remise à niveau des techniciens locaux et aussi une surveillance mise en place par une ONG locale, qui devra être autorisée à vérifier si les équipements donnés sont fonctionnels et en bon état de marche.

Donner des équipements médicaux à un pays ayant de sérieux problèmes de santé publique pourrait poser un problème éthique, en ce sens que des objectifs essentiels tels que la prévention sanitaire et l'autonomisation de la population passent au second plan par rapport à d'autres objectifs tel que l'amélioration des capacités technologique. Ce genre de dilemme est probablement couramment rencontré par d'autres organisations internationales, lorsqu'elles donnent des aides ciblées aux pays en développement. Notre évaluation est que les avantages dépassent largement les inconvénients.



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.

GMA er en dansk NGO, hvis formål er at donere medicin og hospitalsudstyr til lande i den tredje verden. Organisationen, der har ca. 70 danske og udenlandske medlemmer, har siden stiftelsen i 2010 formidlet for over 80 mio. medicinsk bistand kr. til sundhedsvæsenene i syv lande.

GMA har indtil nu doneret medicin for knap 10 mio. kr. og tre 40 fods containere med hospitalsudstyr til Benin. GMA overvejer, om dette land kunne være egnet som samarbejdspartner i forhold til at modtage fremtidige større leverancer af udfaset, men brugbart hospitalsudstyr fra Danmark. Organisationen har opbygget kontakter på regerings- og højeste embedsmandsniveau i Benins sundhedssystem, hvor man er meget interesseret i at udbygge samarbejdet med GMA.

Denne rapport indeholder de indtryk af sundhedssituationen i Benin, som delegationen fik under besøget, og er udarbejdet for at give et kvalificeret beslutningsgrundlag i forhold til et videre samarbejde med landet.

Rapporten er udarbejdet af overlæge Jesper Sylvest.

Formålet med besøget og delegationens opgaver

Rapporten beskriver Benins sundhedsvæsen og landets behov for støtte. Samtidig var hensigten med besøget også at prøve at identificere fokusområder, hvor manglen på udstyr er særlig stor. Endvidere ønskede vi at få et indtryk af de faglige forudsætninger, der er til stede på hospitalerne blandt andet for at vurdere, om der i forbindelse med leverancer af udstyr samtidig er et behov for en faglig opkvalificering hos dem, der modtager udstyret. Endelig ville vi undersøge om det udstyr, der som nævnt 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 Développement 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

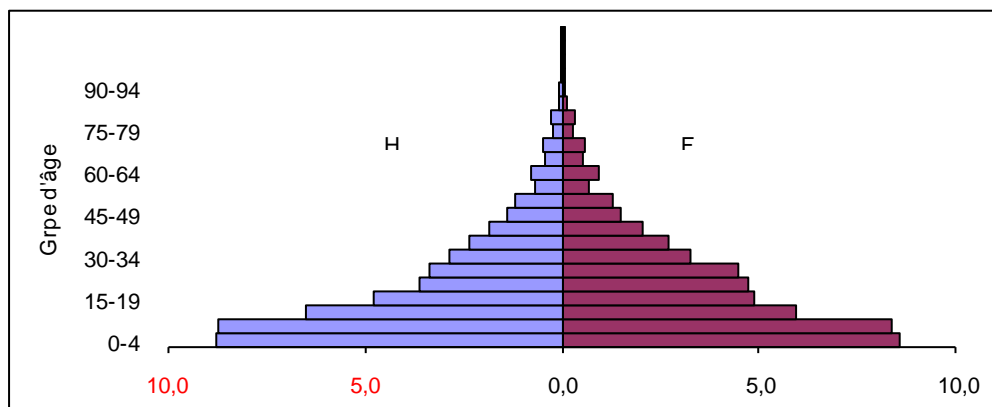
Benin regnes for et af de mest demokratiske lande i Vestafrika, og GMA har opbygget kontakter på regerings- og højeste embedsmandsniveau i sundhedssystemet.

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: PNDS)

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 incl. 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 væsentlig 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 back-up for de ca. 850 sundhedscentre (offentlige og private). Med denne udbredelse af sundhedscentre er der generelt nem fysisk adgang til sundhedsydelser, men ressourcerne er ikke ensartet fordelt, og med den dårlige akutte transportmulighed er f.eks. en stor del af fødsler i landdistrikter 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 højest 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.

trostbaserede) 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 patient-omsætningen, 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 Jordemoderskolen 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. Jordemoderskolen 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 jordemoderskolens 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 udstyrmæssig 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, laryngoscooper, overvågningsudstyr, respiratorer, mikroskoper, centrifuger, blodgasmålere, spektrofotometre, vægte, køleskabe, fryserne, 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 "pyntepoteser". 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 træklodder 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 obstetrisk 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 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. Sengene var også i meget dårlig stand, og på Hôpital de Menontin lå patienterne på gulvet på flere af de stuer vi besøgte.



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 ressourcer 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.

Prøvefremsendelsen i november 2012 fra GMA har vist at "systemerne" i Benin ikke alle 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 samarbejde¹.

¹ GMA har i april 2013 indgået aftale med en NGO, Benin Sante Info-Plus (BSIP) om, at BSIP løbende skal kontrollere leveret udstyr. www.santeinfoplus.org

For så vidt angår præmisserne for vort besøg er det vor vurdering, at der er et overordentligt stort behov for udstyr, og stort set alt kan finde anvendelse. Problemerne med funktionsdygtighed og vedligeholdelse kan formentlig overvindes, men en nøjere teknisk gennemgang forinden afsendelse af udstyr synes påkrævet.

En mere detaljeret opstilling af prioritering af behovene 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 hospitalernes formåen.

Det skønnes væsentligt, at forbedre forholdene inden for vedligeholdelsen af de enkelte specialers kompetencer via donation af udstyr, 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. En opkvalificering af det sundhedsfaglige personale i Benin i forbindelse med fremsendelse af lidt mere avanceret udstyr synes ikke generelt at være nødvendigt pga. det faglige relativt høje niveau, men må afhænge af konkrete lægefaglige vurderinger i forhold til det tilbudte udstyr (f.eks. scannere, laboratorie- og skopiudstyr).

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 med GMA med henblik på at forbedre vilkårene for diagnostik og behandling af patienterne og samtidig forbedre arbejdsvilkår for det sundhedsfaglige personale i landet. Det er derfor vor vurdering, at Benin vil være velegnet til at indgå i et sådant projekt. Et samarbejde med en lokal NGO om fortsat supervision synes væsentlig.