

## Med världens hälsa som uppdrag

För tillfället är Mikaela Grotenfelt-Enegren bosatt i Helsingfors efter flera vistelser utomlands med medicinska arbetsuppgifter av varierande slag. Senast bodde hon och hennes familj ett par år i Nepal. I denna intervju ger hon sin syn på global hälsa.

Under skoltiden i Helsingfors, bland annat en humanekologisk linje vid Norsens specialiseringsgymnasium i Tölö, fick Mikaela en stark känsla för miljöfrågor. Senare resulterade det i ett intresse för naturvetenskaper, som ledde till att hon sökte sig till studier i medicin.

–Jag kände att medicinen öppnar en mängd dörrar. Man kan jobba kliniskt som läkare och forska eller jobba med större globala hälsovårdsfrågor, som inte alls endast handlar om medicin, säger Mikaela.

År 2004 blev hon färdig läkare och åkte då till Filippinerna. Redan under studietiden tre år tidigare gick hon kursen Global Health och tog inför den kontakt med dem som ansvarade för fältpraktiken inom kursen. Mikaela hade då klart för sig att hon ville utföra sin praktik i Filippinerna. Sagt och gjort, år 2001 (ett år efter att hon hade spelat titelrollen i det thoracala spexet Dr Livingstone!) åkte hon dit för ett projekt som samordnades av Folkhälsoinstitutet KTL, nuvarande Institutet för hälsa och välfärd, THL. Den resan räckte en och en halv månad och gällde förekomsten av kikhosta hos barn. När Mikaela sedan blev färdig tillfrågades hon om hon hade intresse för att åka tillbaka som läkare för samma projekt. Forskningsprojektet som var internationellt avsåg att pröva ett vaccin (också placebo) i normal

användning mot pneumokocker och studera effekter och biverkningar vid sjukdomsfall.

Hur kändes Filippinerna, ur ett globalt hälsoperspektiv?

–Jag kom dit med tanken att göra något gott i ett mycket fattigt land och frapperades av vilka rikedomar som fanns i landet, med stora varuhus och lyxbutiker som man inte kunde se i Finland.

–Det var en stor chock att på nära håll uppleva det delade samhället med lyxen å ena sidan och fattigdomen å den andra.

En av svårigheterna i Filippinerna var att få en vettig anamnes för de barn som skulle undersökas.

–Det kan ju också hända att barnet kommer till läkaren med ett äldre syskon eller någon morförälder. Tidsbegreppet kan också ställa till problem, det är ibland t.o.m. svårt att veta hur gammalt barnet är.

–Begreppsförvirring kan uppstå exempelvis gällande ordet "hosta", vilket ju försvårar diagnostiseringen.

I Filippinerna har sjukvårdspersonalen studerat på engelska, men befolkningen talar inte engelska. Det finns dessutom flera olika språk i Filippinerna och det kan uppstå språkförbistring mellan en infödd läkare och patienten.

Ju mera man ser och ju mera man lär sig, desto mindre idealist är man, resonerar Mikaela. Skalans andra yterlighet kunde vara cynism, och för att inte bli cynisk gäller det att ha kvar en bit idealism men med realistiska förtecken.

Efter sin hemkomst från Filippinerna 2004 jobbade Mikaela på hälsovårdscentral och gjorde sin EU-läkartjänstgöring. Hon jobbade också på Barnkliniken ett år och fortsatte samtidigt med det filippinska kikhostprojektet inom KTL. Det projektet rann dock ut i sanden och Mikaela fortsatte på infektionsavdel-



Mikaela Grotenfelt-Enegren.

ningen med influensor och epidemier och pandemier.

–Är man intresserad av global hälsa ligger ju infektionsmedicin nära till hands. Men snarare är det nog vaccinationerna som är mitt intresseområde. Vaccinationerna är mycket mångfasetterade. Till exempel är människors inställning intressant! Mer och mer blir det den enskilda människans ansvar att fatta beslut om hon tar ett vaccin eller inte.

Medan Mikaela forskade inom KTL ansökte hon om en JPO-plats, Junior Professional Officers, som utrikesministeriet står för. Arbetet gällde barns hälsa och nutrition med Nepal som stationeringsort, vilket lockade henne. De här FN-platserna för så kallade biträdande experter växer inte på träd och

en förhållandevis stor erfarenhet krävs av den som får ett JPO-jobb.

Att flytta till Nepal beredde inte Mikaela och hennes man så stora bekymmer. Det var lätt att få information av andra finländare i Nepal. Däremot var fattigdomen i huvudstaden Kathmandu överraskande stor.

–På basis av mina erfarenheter från Filippinerna väntade jag mig också lyxigare kvarter och mera förmögenhet. Men Nepal var väldigt fattigt, smutsigt och förorenat.

Så om rikedomerna i Filippinerna överraskade Mikaela då hon kom dit, var det den oerhörda fattigdomen som var frapperande i Nepal.

I Nepal jobbade Mikaela som rådgivare för anställda inom hälsovårdsministeriet bl.a. med att planera riktlinjerna för landets hälso- och sjukvård för barn, alltså på en administrativ och stödjande nivå. Dessutom hade hon kontakt med också andra FN-organ än WHO, liksom övriga organisationer, som kontinuerligt stödjer utbildning och utvecklandet av strategier och vårdlinjer.

–Det är bra med kontinuitet och långsiktiga projekt. Det finns också en plats för dem som gör snabba och korta hjälpslag. Men ju längre man är där, desto bättre lär man sig vilka trådar man ska dra i för att få projekten att lyckas.

Till de främsta svårigheterna i Nepal hör bristen på sjukvårdspersonal och läkarnas arbetsdag fram till klockan ett. Efter det skyndar de till sina ekonomiskt mer givande privatmottagningar, ett resultat av dåliga löner inom den offentliga sektorn. Den dåliga bemanningen ute i periferin kan resultera i att hälsostationerna står tomma.

–Det leder ju till att folk inte längre söker sig dit eftersom de vet att där inte finns någon hjälp att få, säger Mikaela.

Människor som utbildat sig inom sjukvården söker sig dessutom bort från Nepal helt och hållet.

Medan Mikaela var i Nepal dök svininfluensan upp. Hon var gravid och var mån om sin och barnets hälsa.

–Det visade sig vara omöjligt att få vaccinet i Nepal. Det fanns inte i landet överhuvudtaget, inte ens på ambasaderna.

Också i detta avseende upplevde Mikaela ett delat samhälle.

–Jag insåg att vaccinet inte finns, och att ingen är skyddad, men jag ville vara det.

Det blev ett dilemma att vilja skydda sig själv men ändå arbeta bland människor som inte kan skydda sig.

–Det var inte så mycket jag kunde göra åt den saken. Jag jobbade främst med att alla finländare på plats skulle få det. Framför allt de som befann sig i en riskgrupp.

Till slut kunde Mikaela få vaccinet på en privat klinik i Singapore, under en rekreationsresa över julen.

Men tillbaka till den globala hälsan. Vilka är de största hoten mot global hälsa?

–Fattigdom är den största bidragande orsaken, säger Mikaela.

–Det finns stora skillnader också inom länderna. Statistiskt har barndödligheten sjunkit mycket, enligt millenniemålen. Samtidigt ser man att de fattigaste av de fattiga har det sämre än tidigare! Statistiken berättar inte hela sanningen.

Det behöver emellertid inte alls vara så att om någon grupp fattiga får det bättre, måste en annan grupp få det sämre. Ett vaccinationsprogram är ett gott exempel på kostnadseffektiv vård som når många.

Kvinnornas ställning i ett fattigt land är helt avgörande för den globala hälsan.

–Skulle det satsas på kvinnornas hälsa och utbildning kunde vi nå mycket långt. Överallt syns en korrelation mellan kvinnors utbildningsnivå och barnens olika hälsoindikatorer.

Om kvinnorna hade kunskap om exempelvis kolostrums betydelse för spädbarnet, kunde många dödsfall bland spädbarn förhindras. Tvärtom anses det bland vissa grupper i Nepal att mammor uttryckligen inte ska ge den första mjölken till sina nyfödda barn, en villfarelse som inte alls är ny. De moderna bröstmjölkssubstituten och marknadsföringen kring dem minskar amningsmotivationen ytterligare.

Genom förbättrat nutritionsstatus hos gravida kvinnors kunde också fostrens födelsevikt och hälsa vid födseln påverkas.

–På det sättet kunde också utgångspunkten för de första kritiska två åren av barnets liv förbättras, säger Mikaela Grotenfelt-Engren.

**Text och foto: Tom Ahlfors**



Hälsovårdsarbetare lär sig att mäta överarmens omkrets i syfte att bedöma graden av undernäring i Nepal där nära på hälften av barnen uppskattas lida av undernäring.



Barndödligheten innan fem års ålder beräknas i Nepal ligga kring 48 per 1000 (2009) jämfört med 3 per 1000 i Finland. Endast en bråkdel av skillnaderna mellan våra länder förklaras av skillnader i utrustningsnivån.