

SVENSK ONKOLOG I GHANA

"Patienternas livsglädje det största intrycket"

Efter fyra år i Afrika har onkologen **Olof Ståhl** återvänt till Skånes onkologiska klinik i Lund. Här berättar han om sitt afrikanska äventyr. Det startade på ett nyöppnat privatsjukhus i Gaborone i Botswana och fortsatte med uppbyggnadsarbetet av en delvis svenskfinansierad onkologklinik i Ghanas huvudstad Accra. "Av alla intryck tror jag ändå att de största kommer från patienterna själva", skriver han. "Jag slogs många gånger av deras livsglädje, hopp och förtröstan."

Min fru Katikka rusar iväg och googlar för att hitta Botswana på Afrikakartan. Minuten före har hon utbrustit "Sök jobbet!" på min fråga om jag ska söka jobb som onkolog på ett nyöppnat privatsjukhus i Botswana.

Årsskiftet 2009/10 lämnade vi vårt inrutade lundaliv med arbete, skola, handboll, fotboll, gymnastik och annat för vad vi trodde skulle bli två år i Botswanas huvudstad Gaborone. Jag skulle bygga upp en cytotstatikmottagning på det nya, flotta Bokamoso Private Hospital. Ett fantastiskt projekt med entusiastiska, professionella doktorer, barnmorskor och sjuksköterskor från hela världen som samlades i det glesbefolkade och relativt välmående landet i södra Afrika. Så började vårt Afrikaäventyr, men omständigheter skulle sedan leda oss vidare till flera år i Ghana också.

MYCKET ATT LÄRA SIG

Bokamoso Private Hospital öppnade ett par månader efter att jag hade anlänt och successivt fick vi mer och mer att

göra på vår enhet. Det var mycket att lära sig. Privat sjukvård med obefintlig eller otillräckligt försäkringsstöd gav frågor som: Alla de rutinundersökningar som man gör hemma, är de nödvändiga? Hur stor är egentligen vinsten med högre dos epirubicin adjuvant, täcker försäkringen en inläggning på grund av neutropen sepsis? Ska man ge järnet på en 18-årig pojke med avancerat rhabdomyosarkom och uttömma inte bara försäkringsdelen utan också tära hårt på en hel familjs ekonomi när chansen till bot finns, men är mindre än 5–10 procent? Var slutar mitt ansvar som behandlande doktor? Hur blandar man in ekonomi i samtalet med föräldrar som inte vill annat än det bästa för sin son? Frågor som är rutin i stora delar av västvärlden och som normalt inte ens övervägs i den fattigare världen blev nu nya för mig som svensk onkolog.

Tyvårr brottades snart sjukhuset med svåra ekonomiska bekymmer. En kombination av dåligt management, sannolik korruption och lägre intäkter än förväntat gjorde att ägande- och driftsfor-

men behövde ändras och därmed också anställningsformen för doktorerna.

Efter underbara 18 månader i Botswana såg vi oss därför om efter nya möjligheter, vi var inte redo för Sverige ännu.

Via en nära vän fick jag höra om Sweden Ghana Medical Centre, SGMC, en onkologklinik under uppbyggnad i Ghanas huvudstad Accra. SGMC var till stor del ett svenskt initiativ med finansiering från Elekta och Swedfund. Man ville upprätta en onkologklinik i en del av Afrika där behovet är enormt och bristen på modern radioterapi är stor.

Projektet var uppdelat i faser, med den långsiktiga ambitionen att etablera ett fullödigtt cancersjukhus, med såväl diagnostik som onkologisk behandling med kirurgi, strålbehandling och medicinsk onkologi. Projektet påbörjades 2008 och när jag kom sommaren 2011 var byggnationen färdig. Datortomograf, magnetröntgen och linjäraccelerator var inköpta men ännu inte installerade. Den medicinska personalen höll på att rekryteras och klinisk verksamhet projekterades till att börja under hösten 2011.



Ung kvinna med sarkom på vänster underben, som efter lång diskussion accepterade amputation. Foto: Olof Ståhl

”Man är privilegierad hemma i Sverige där man får jobba i ett offentligt finansierat system där patientens ekonomi saknar betydelse.”



Kvinna med lokalt avancerad bröstcancer som dröjt mer än två år med att söka sjukvård.
Foto: Jens Engleson

GHANA TIDIGT SJÄLVSTÄNDIG

Ghana ligger i Västafrika, och är efter jättelandet Nigeria regionens näst största land med sina 24 miljoner invånare. Huvudstaden Accra har 4–5 miljoner invånare. Det är en typisk afrikansk, snabbt växande, kaotisk storstad med intensiv trafik, skyskrapor varvat med dåliga vägar och fattiga områden som inger känslan av att tillväxten är bra för många, men väsentligt mycket bättre för ett fåtal.

Värdsbanken klassar Ghana som ett ”lower middle income country” tillsammans med bland andra Nigeria, endast en handfull länder i subsahariska Afrika klassas som ekonomiskt mer bärkraftigt.

BNP per capita beräknades 2012 till 1 910 US dollar och nettomedelårsinkomsten till kring 5 000 dollar¹. Som brittisk koloni var Ghana först i subsahariska Afrika att utropa självständighet och var ledande i den tidiga utvecklingen av det självständiga Afrika under 1960- och 70-talet.

Efter ett par stormiga decennier med frekventa militärkupper och regimskiften är Ghana sedan drygt 20 år en stabil och fredlig demokrati och även huvudstaden är, trots sin storlek, en mycket säker stad att leva i. Ur ett regionalt perspektiv är Ghana hett för investerare, tack vare sin växande ekonomi, politiska stabilitet och – i förhållande till sin då-

liga omgivning – relativt acceptabla korruptionsproblematik. Inte bara omgivande länder men även USA, Europa och Kina är stora investerare i landet. Historiskt sett har Sverige varit mindre aktivt i Västafrika, men numera är Ghana Sveriges tredje viktigaste handelspartner i subsahariska Afrika.

Liksom i Afrika generellt har sjukvården i Ghana under lång tid fokuserat på så kallade ”communicable diseases” – smittsamma sjukdomar – och att minska barnadödligheten. De dominerande hälsoproblemen har varit malaria, diarrésjukdomar, tuberkulos med mera. I takt med en växande ekonomi, förbättrad infrastruktur etc har medellivsläng-



SGMC:s invigning i juni 2012. Olof Ståhl (till vänster) visar tillsammans med den holländske strålsköterskan Rogier van Noord principen bakom dosplanering för John Mahama, Ghanas nuvarande president (blå kostym i främre raden), Lady Julia, hustru till kung Asantehene av Ashanti (mitten) och John Kufuor, Ghanas ex-president (grå kostym till höger).



Konkurrerande verksamhet. Ett exempel på den utbredda och helt okontrollerade men lagliga humbugverksamhet som lockar patienter bort från etablerade behandlingsmetoder. Bilden är tagen på en medicinsk/paramedicinsk mäsä i Accra. Foto: Fredrik Sunesson

den gradvis ökat från 57 år 2002 till omkring 62 år i dag.

GHANA HAR OTILLRÄCKLIG STATISTIK

Under senare tid har cancersjukdomar fått ökad uppmärksamhet och sannolikt ökar incidensen med den stigande medellivslängden. Ghana saknar liksom majoriteten av kontinentens länder trovärdig statistik, varken befolkningsregister eller dödsorsaksregister är av tillräcklig kvalitet och nationellt cancerregister saknas helt. I WHO/Globocans databas 2012 uppskattas cancerincidensen i Ghana till 91,7/100 000 (åldersjusterat)², mortalit-



Sweden Ghana Medical Centre och dess tre första läkare Olof Ståhl, Michael Odonkor och Jens Engleson.

tetssiffror är än mer osäkra, men mortaliteten är långt över 50 procent.

De dominerande diagnoserna är hos kvinnor cervix- och bröstcancer och hos män prostata- och hepatocellulär cancer. De data som finns bygger på lokala register på de två stora universitetssjukhusen i landet: Korle Bu Teaching Hospital i Accra och Komfo Anokye Teaching Hospital i Kumasi. Dessa två sjukhus har också landets enda onkologkliniker med radioterapi. För närvarande finns

det en koboltmaskin per enhet, men utbyggnad med såväl linjäraccelerator och ytterligare koboltmaskiner pågår.

Cytostatikabehandling ges därutöver även på ett flertal kirurg- och gynekologkliniker i landet. Bilddiagnostik är tillgänglig, men av kostnadsskäl används röntgen och ultraljud i störst omfattning även om DT blivit alltmer tillgängligt och använt. Såväl labbdiagnostik som bilddiagnostik plågas av mycket okontrollerad verksamhet, med små



”Världen är inte rättvis och de man hjälper, de hjälper man.”

laboratorier och ultraljudskliniker i varje gatuhörn.

De icke-ackrediterade är förstås billiga och populära, men min erfarenhet är att resultaten är helt slumpartade. Patologi finns tillgänglig. De få patologerna i landet är välutbildade och kunniga, men resurserna är begränsade. Ibland finns möjlighet till ER, PgR och HER2-färgning, någon annan immunhistokemi är inte tillgänglig i landet. Väntetiderna kan vara enorma, inte sällan 3–6 månader och det är patientens ansvar att se till att preparatet kommer till patologen och att sedan själv hämta resultatet.

Döm om min förvåning när min patient som opererats för ventrikelcancer efter preoperativ cytostatikabehandling i triumf återfunnit sitt gastrektomipreparat i soporna efter att jag veckan före hade suckat över att PAD inte var färdig och det visade sig att familjen hade valt att inte lämna in preparatet.

BEGRÄNSAD SJUKFÖRSÄKRING

Den offentliga sjukvården i Ghana är inte statligt finansierad till fullo. Offentliga och vissa privata institutioner är anknutna till ”National Health Insurance Scheme” (NHIS). Trots den jämförelsevis låga kostnaden är under hälften av befolkningen ansluten, dessutom är NHIS’ skydd gällande cancersjukvård mycket begränsat. Den privata försäkringsindustrin är under utveckling men är hittills liten. Det innebär att den absoluta majoriteten av patienter som drabbas av cancer måste betala ur egen ficka, även inom den offentliga sjukvården.

Utöver strukturella och finansiella hinder för onkologin finns också uttalade kulturella svårigheter. Stigmatiseringen och okunskapen kring cancer är stor. En enkätstudie på bröstcancerpatienter på landets största bröstcancerklinik bekräftar den bild som man får i klinisk vardag³.

Majoriteten av patienter sökte med lokalt väldigt avancerad sjukdom. Huvudanledningarna till sen diagnos var okunskap, att man av sjukvården fått lugnande besked, en uttalad rädsla för mastektomi och/eller att man föredragit böneläger eller traditionell medicin som primär behandling. Inte sällan har man fått diagnos och blivit rekommenderad mastektomi, eventuellt föregånget av cytostatika men då avvikit.

I samma studie angav 60 procent av de som avvikit rädsla för mastektomi som skäl, 37 procent föredrog traditionell medicinering och 30 procent böneläger. Ghana är ett mycket religiöst land och de många frikyrkorna genomsyrar samhället, på gott och ont. Patienter söker mycket stöd hos sin församling och kyrkans ansvar är därmed stort. Flera patienter vittnar dock tyvärr om hur församlingen fördömt skolmedicin till förmån för traditionella metoder och hur cancersjukdomen skuldbelagts.

Den traditionella medicinen är tillgänglig och har stort inflytande. Till skillnad från den låga läkartätheten (1/12 000 invånare) finns det gott om ”traditional medicine practitioners” i landet (1/400 invånare)⁴. Tron på alternativ medicin är stor och det är också uppenbar business, det vittnas om hur man utanför onkologkliniker lockar patienter från sjukhuset med löften om bot och lögner om farorna med sjukvården.

GAMMALDAGS KULTUR

Självklart finns det både ambitioner och stor kunskap inom sjukvården och även politiskt uppmärksammas cancersjukvården alltmer. Tyvärr faller ambitiösa utvecklingsprogram⁵ med ökad utbildning, planer på cancerregister, vårdprogram, multidisciplinärt samarbete och så vidare platt. Avståndet mellan politiska ambitioner och den kliniska realiteten är ofantlig. Finansiering och samordning mellan sjukhus och kliniker är komplex, inte minst – enligt min erfarenhet – på grund av en gammaldags kultur med den auktoritära omnipotente doktorn i centrum av allt.

I etablerandet av en modern strålbehandlingsverksamhet finns förstås en uppsjö av utmaningar. Infrastrukturellt är den opålitliga elektriciteten det största problemet. SGMCC har dubbla generatorsystem som backup och generatorerna går ofta varma. Med endast koboltmaskiner tillgängliga i landet var vi först med att bli licensierade att driva en linjäraccelerator. Många och långa var mötena mellan diverse myndigheter och SGMCC:s svenska fysiker.

Närmsta ingenjörshjälp från Elekta finns i Sydafrika som har utmärkt kompetens, men 4 600 km är en lång resa för en ingenjör i en akutsituation. Lösningen blev en nigeriansk ingenjör med DT-

och MR-vana, som snabbt utbildats av in-flugen Boråsingenjör under intensiva veckor i Ghana och som nu successivt genomgår Elektas utbildning. Dosplanerare och strålskötterskor med linjärceleratorvana fanns förstås inte lokalt, utan ett flertal erfarna svenska och holländska strålskötterskor har lett utvecklandet av kliniken och utbildat unga, nyblivna radioterapiassistenter från Accra.

Inte heller fanns radiofysikkompetens och under mina två och ett halvt år på SGMC har vi haft fysiker från Lund, Kalmar och Göteborg och nu senast från Österrike. Som medicinsk onkolog har jag byggt upp cytotostatikverksamheten medan strålbehandlingen de första 18 månaderna framförallt sköttes av radioterapeuter från Korle Bu Teaching Hospital. Ett fåtal patienter ritades och planerades via uppkoppling från Lund. För ett år sedan lyckades jag äntligen få sällskap från Lund då Jens Engleson med familj kom till Ghana och Jens tog över strålbehandlingen.

SUCCESSIV ACCEPTANS AV KLINIKEN

Att som privat, högteknologisk klinik under delvis europeisk ledning etablera sig i Västafrika har sina svårigheter. Den kollegiala, multidisciplinära miljön från den svenska offentliga sektorn skiljer sig från den stolta men också ofta krassa och pengadrivna sjukvården i Ghana. Den väntade skepticismen mot en nyetablerad klinik förstärktes av SGMC:s överlägsna tekniska resurser och vår uttalade ambition att bli ledande inom onkologin i Västafrika.

Långt innan jag började på SGMC hade man lyckats involvera nyckelpersoner inom såväl den offentliga som den privata sektorn och alltsedan dess har vi successivt etablerat goda kontakter inom de viktigaste diagnosområdena, såväl inom Ghana som i angränsande länder.

SGMC invigdes officiellt i juni 2012 och har till dags dato haft cirka 1 000 patienter. Belastningen ökar successivt på behandlingsenheterna, för närvarande behandlas 20–25 patienter per dag

på strålbehandlingen och 15–20 patienter per vecka på cytotostatikmottagningen. SGMC är hittills en öppenvårdsverksamhet och har patienter från både Ghana och dess grannländer.

Utmaningarna i patientomhändertagandet är många. Ofta är sjukdomen väldigt avancerad, diagnostiken bristfällig eller otillförlitlig och många patienter har begränsade resurser. Genom SGMC har även stiftelsen Sweden Ghana Cancer Foundation skapats. Stiftelsens primära mål är att ge ekonomiskt stöd till behövande patienter. Via stiftelsen har det träffats avtal med intresseorganisationer vars medlemmar får behandling på kliniken.

Ändå är kostnaden central i många behandlingssituationer och tyvärr är det många patienter som vi inte kan behandla som vi vill och ibland inte behandla alls. I diskussioner med kollegor efter min hemkomst förundras många över att det går att arbeta så, kan man verkligen låta bli att behandla?

Det finns inga enkla svar men ett par saker kan man konstatera. Man är privilegierad hemma i Sverige där man får jobba i ett offentligt finansierat system där patientens ekonomi saknar betydelse. Men ja, det är meningsfullt och åtminstone för mig fullt försvarbart att arbeta även när förutsättningarna är anorlunda.

Världen är inte rättvis och de man hjälper, de hjälper man. Är behandlingen på vår klinik för dyr kan man vägleda patienten rätt inom sjukvården. När rädslan för cancer är så stor att man dröjt med en amputation på sin dotter med två års anamnes på ett långsamt växande sarkom så kan ett samtal rädda liv, även om patienten inte har råd att få sin behandling på SGMC.

SGMC har som uttalad strategi att inte bara vara en ledande onkologisk klinik i Västafrika utan också att bidra till ökad kunskap och kompetens i Ghana. Det gör man dels genom att bidra med internationell expertis men också genom att utbilda ghananska doktorer, fysiker och strålskötterskor med det långsiktiga

målet att kliniken skall vara helt bemannad av ghanansk personal.

Det har varit ett privilegium att få vara en del av detta projekt och jag tar med mig många erfarenheter från min tid i Afrika. Av allt tror jag ändå att mina största intryck kommer från patienterna själva. Jag slogs många gånger av deras livsglädje, hopp och förtröstan och hoppas att jag tagit med mig en del av den andan hem till Sverige.

NY SVENSK FÖRENING FÖR GLOBAL ONKOLOGI

Svensk förening för global onkologi, Sv-GlOnk, är ett initiativ att bilda en förening som engagerar sig i onkologi i "low and low middle income countries". Den som är intresserad kan kontakta Olof Ståhl eller mejla eva.brun@med.lu.se eller brabro.norrstrom-mittag-leffler@sl.se.

REFERENSER

- <http://data.worldbank.org/country/ghana>
- Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. GLOBOCAN 2012 v1.0; Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. (<http://globocan.iarc.fr>)
- Why do breast cancer patients report late or abscond during treatment in Ghana? A pilot study. Clegg-Lamprey J, Dakubo J, Attobra YN. Ghana Med J. 2009 Sep;43(3):127-31
- Characteristics of users and implications for the use of complementary and alternative medicine in Ghanaian cancer patients undergoing radiotherapy and chemotherapy: a cross-sectional study. Yarney J, Donkor A, Opoku SY, Yarney L, Agyeman-Duah I, Abakah AC, Asampong E. BMC Complement Altern Med. 2013 Jan 19;13:16. doi: 10.1186/1472-6882-13-16
- Ministry of Health: National Strategy For Cancer Control In Ghana 2012 - 2016 <http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Cancer%20Plan%20Ghana%202012-2016.pdf>

OLOF STÅHL, ÖVERLÄKARE, SKÅNES ONKOLOGISKA KLINIK, SKÅNE UNIVERSITETSSJUKHUS, LUND
OLOF.STAHL@MED.LU.SE

