

# Kvinner, kunnskap og helse i Kerala

**Den indiske delstaten Kerala blir kalt «God's own country». Det er lett å forstå – naturskjønn og frodig som den er. Hvilken gud det siktes til, er mer usikkert. Her ligger templer, kirker, moskeer og synagoger tett og tilsynelatende fredelig side om side og avspeiler en lang historie med variert kulturell og religiøs påvirkning. For fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening var det imidlertid Keralas primærhelsetjeneste som hadde størst interesse.**

Det er varmt i Kerala – og fuktig. Luften formelig kleber til huden når vi kommer ut av hotellet om morgenen. Samtidig slår alle Indias inntrykk imot oss: krydderlukten, støvet, lydene, eksosen, fargene. Vi stabler oss inn i minibussen, og Chandran, vår lokale sjåfør, stuper ut i trafikken med dødsforakt. Det vrirler av biler, trehjulsdrosjer, mopeder med hele familier på, lastebiler med kunstferdig dekorert tak og gudebilder på dashbordet og busser fylt til bristepunktet. Tempoet er halsbrekkende, ingen har setebelte eller hjelm, men alle har horn. Trafikkregel nummer én: Den største bilen med det groveste hornet har forkjørsrett. De små må bare skygge banen.

Det er folk overalt: på veien, i grøftekanten, i butikkene langs veien. Vakre kvinner med sarier i all verdens farger og mønstre. Mennene med skjorter og dhoti – de tradisjonelle «skjørtene» som består av et langt stykke tøy som vikles om livet, og som kan endres fra kort til langt i en håndvending. Småjenter staset opp i tyllkjoler, med sort

sminke rundt øynene og smykker. Gamle koner med hele vedbører på hodet. Ungjenter i små flokker på vei til studier, i salwar-kammez og lange fletter. I hver butikkåpning langs veien sitter to-tre menn. De bare sitter, prater litt, tar livet med ro. Kanskje kommer en kunde, kanskje ikke.

I forsetet på minibussen sitter vår nye venn dr. Balaraman Nair og snakker og gestikulerer. Han er patolog og har vært dekanus ved det medisinske fakultetet i Trivandrum. Egentlig er han pensjonist, men han har tusen jern i ilden. Nå har han oppnevnt seg selv til guide og beskytter for oss. Han synes det er fabelaktig at vi har kommet helt fra Norge for å studere helse og helsevesen i Kerala og vet ikke hva godt han skal gjøre for oss. Og siden han tilsynelatende har kjente i hver krok av helsetjenesten, blir vi bukket inn overalt.

Vi er på vei til et av Trivandrams primærhelsetjenestentre (primary health centers). Slike sentre finnes over hele delstaten, og drives enten av helsedepartementet eller utdanningsdepartementet. Hvert senter har en del mindre underavdelinger (subcenters) i landsbyene og bydelene, hvor man gjør forebyggende arbeid, gir vaksiner og driver helseopplysning og helsekontroller av barn og gravide. Disse mindre sentrene bemannes av helsearbeidere med ettårig helseutdanning, såkalte multipurpose workers. Disse reiser på hjemmebesøk for å kartlegge helsetilstanden i familiene. Så melder de tilbake til helsesenteret, og teamet vurderer om det er nødvendig med tiltak. Organiseringen er imponerende, men sammenliknet med norske forhold har de forsvinnende

lite utstyr og medikamenter å hjelpe seg med.

Likevel – helsetilstanden er bra, forteller legene vi møter. Folk i Kerala er opptatt av helsen sin og av forebyggende tiltak, de slutter opp om vaksinasjonsprogrammene og andre kampanjer som myndighetene setter i verk. Gjennomsnittlig levealder nærmer seg den vi har i Norge, og barnedødeligheten er gått betraktelig ned, skjønt det fremdeles er mange barn med lav fødselsvekt. De største helseproblemene er diarésykdommer, infeksjoner, anemi blant kvinner og blindhet. Men også livsstilssykdommer som diabetes og hjerte- og karsykdommer begynner å bli vanlig. Blant ungdom er rusmisbruk et stort problem. Vi spør om HIV/AIDS og kjønnsykdommer og får nokså vage svar. Kanskje er det ikke så utbredt? Kanskje er det ikke så lett å snakke om?

## Barn og unge

Er ungdomsmedisin et aktuelt tema i Kerala? En rekke begreper som ungdom i Vesten bruker, eksisterer ikke i det lokale språket, var svaret vi fikk da vi spurte vår indiske kollega. Ungdom har ikke samme status som i Vesten, var et annet svar.

Overraskelsen var derfor stor da vi oppdaget en egen ungdomsklinikk – Teenage Care Clinic – på helsesenteret i Pangappara, det første vi besøkte i Trivandrum. Klinikken blir brukt i undervisning av medisinstudenter, og en gruppe på omkring ti studenter fikk undervisning da vi var der. Dr. Indu, som stod for undervisningen, er psykiater med spesiell interesse for ungdomsmedisin.



Kerala er tett befolket. Vi gjettet på at dette kanskje er en skoleklasse på tur? Alle foto ved Fagutvalget



Overfor barna blir det satset på ernæring og utdanning

– Trendene i unges helseproblemer er globale, hevdet hun. En plakat på veggen gav studentene veiledning i å tilnærme seg ungdom.

Prevensjon, helseproblemer knyttet til skole, alkohol og særegne rusmiddeltradisjoner og psykologiske problemer var noen av temaene i konsultasjonene og i undervisningen. Utviklingen i Kerala går i retning av at kjernefamilien erstatter storfamilien, og med denne utviklingen følger nye utfordringer. Mobbing og vold er heller ikke ukjent. Ungdommene som kommer til klinikken, kan være henvist av lærere, andre ganger blir kontakten opprettet gjennom mor eller den øvrige familie. Kun unnødvendig henvender de unge seg direkte.

Dr. Indu fortalte at selvmord i denne aldersgruppen er velkjent også i Kerala. Bortimot 20% av ungdommen har depresjoner, mente hun, hvilket er på nivå med det som er kjent i vestlige land. Samtalerterapi er den mest brukte tilnærming. I noen tilfeller er medikamentell antidepressiv behandling nødvendig, og selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) er da hennes foretrukne valg.

Kulturen i Kerala skiller seg betydelig fra vår, og delstaten er like fattig som vårt land er rikt. Med undring sitter vi igjen med inntrykk av at det skjer en internasjonalisering av ungdommens helseproblemer på tvers av slike forskjeller. Og at Kerala ligger langt fremme når det gjelder å ta fatt i utfordringene.

Alle legene vi traff på dette helsesenteret var kvinner, og i Kerala er nå 80% av medisinstudentene kvinner. Det er jentene som er samvittighetsfulle og leser mest, får vi vite. «Community medicine» er en obligatorisk del av studiet. Undervisningsterminen er på tre måneder og inneholder bl.a. en måneds utplassering på et helsesenter. Studentene skal der utføre et lite forskningsprosjekt, som presenteres skriftlig – for eksempel kartlegging av anemi eller hypertensjon i en del av befolkningen.

Vi drog videre til en anganawadi, som er en slags kombinert barnehage og helsestasjon. Her er barna fra de er tre år til de begynner på skolen. Alle blir regelmessig veid, og de som trenger det, får tilskudd av ekstra næringsrik mat. Til forskjell fra i Norge har ikke barna mye kontakt med helsestasjonen de første par årene, men fra de er tre år gamle, setter man altså inn ekstra tiltak. Tilsynelatende bakvendt, men forklaringen er logisk: De første årene tar mødrene vare på dem, de ammer, og det er sjelden store problemer med ernæringen. Når barnet er tre år gammelt, går moren ut i jobb eller får et nytt barn, og da kan treåringen lett havne i faresonen. Altså har man opprettet egne institusjoner som sørger for ernæring og et trygt og



Stor var vår overraskelse da vi oppdaget en ungdomsklinikk på helsesenteret ved Trivandrum

stimulerende miljø å være i på dagtid. På en anganawadi kommer også gravide kvinner til oppfølging.

### Ut på landet

Dagen etter reiste vi videre til et landsens helsesenter. Men «landet» i India betyr bare at det er litt mindre tett av folk. Helsesenteret var et lite sykehus med fire sengeposter – kirurgisk, medisinsk, barneavdeling og føde/barselavdeling – og en poliklinikk på dagtid. De fire legene ved senteret fortalte at de har til sammen 500 polikliniske konsultasjoner *per dag*. Dette er ett av mysteriene vi ikke fant helt ut av, men teorien vår er at en del pasienter kommer for å få medisiner eller

vaksiner og ikke har direkte kontakt med legen. Hvis legene virkelig behandler over hundre pasienter hver per dag, har vi kanskje noe å lære om effektivitet?

Sengepostene bestod av store saler med senger på rad og rekke. Kun senger – ingen skillevegger, ikke noe overvåkingsutstyr eller drypp. Mange slekninger hadde installert seg på matter på gulvet. Noen av pasientene lå på gulvet – den indiske varianten av korridorpasienter. Operasjonssalen hadde betydelig mindre utstyr enn skiftestuen i en vanlig norsk allmennpraksis. Likevel utfører kirurgen bl.a. brokkoperasjoner og hudtransplantasjoner her.

En landsby i nærheten besøkte vi et subsenter, der helsearbeidere (de med ettårig utdanning) arbeider med kartlegging og overvåking av befolkningen og gir enkle medisinske råd, for eksempel om rehydrering av barn med diaré. Kontoret bestod av ett rom uten noen form for medisinsk utstyr, men på alle veggene hang det kart over nærområdet og oversikter over siste folketelling. Dette er samfunnsmedisin i praksis!

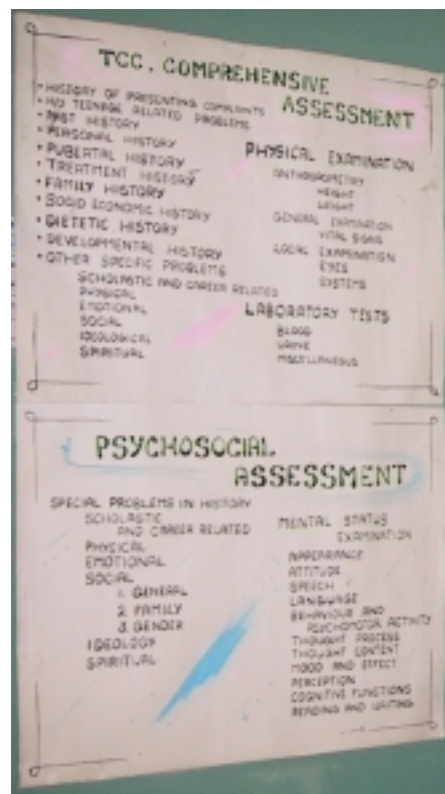
### En krevende middag

Neste kveld var vi invitert på middag hos helseministeren i Kerala. Ministeren var egentlig indisponert etter en stygg bilulykke noen uker tidligere, men han tok imot oss i rullestol og syntes det var kjekt med besøk langveisfra.

Middagen ble servert på store bananblader, og de forskjellige rettene, chutneyer og sauser var anrettet på bladene i et sinnrikt system. Maten ble spist med hendene, eller rettere sagt med høyre hånd. Den venstre er uren og brukes ikke i en slik sammenheng. Eneste hjelpemiddel var chapati (brød), som kan brukes til å samle opp maten med – hvis man klarer å rive av en bit med den ene hånden – det er seige saker! Ministeren moret seg kostelig over de seks nordboerne som prøvde å spise pent med én hånd. Jo da, vi fikk i oss maten, men kanskje ikke særlig elegant. Det smakte fantastisk!

### Norge i Kerala

Dagen etter reiste vi til det «norske» helsesenteret i Neendakara. Senteret er riktignok ikke norsk lenger, men det er grunnlagt av norske bistandsarbeidere. Foranledningen var det norske bistandsprosjektet i Kerala i begynnelsen av 1950-årene – faktisk det første bistandsprosjektet Norge deltok i. Hovedformålet med dette prosjektet var å effektivisere fisket, men da nordmennene oppdaget hvor dårlig det stod til med helsetilstanden og de sanitære forholdene, satte de inn betydelige midler for å bygge et helsesenter, skaffe rent drikkevann og bygge lastriner. Fiskeriprojektet har hatt et dårlig rykte, men helsedelen – som er nærmest



En enkel plakat på veggen instruerer medisinstudentene i å tilnærme seg tenåringspasienter



ukjent i Norge – var svært vellykket. Da det var snakk om å legge ned helsesenteret etter at Norge trakk seg ut, ble det nærmest opp-tøyer i lokalbefolkningen. Man fant en løsning ved at universitetet overtok driften av senteret og brukte det som praksissted for studenter og turnusleger.

Nå fungerer helsesenteret som lokalsykehus og drives av helsedepartementet. Av de opprinnelige bygningene er det bare ruiner igjen. Likevel er det kjent blant lokalbefolkningen som «Norway». På en av bygningene fant vi en plakett med informasjon om at grunnsteinen ble lagt ned av Alf Jacob Fos-tervoll.

### Fremtidsvyer

India har enorme kontraster, og det er stor forskjell på fattig og rik. Det finnes et omfattende privat helsevesen, hvor de som har penger, kan kjøpe det de ønsker. De siste årene har det skjedd en utarming av den offentlige helsetjenesten, samtidig som befolkningens krav til helsetjenester øker. Resultatet er at mange går til det private helsevesen, men for de fattige er ikke dette noe alternativ. Vanlig årsinntekt for en familie i Kerala er 5 000 rupier, som tilsvarer ca. 1 000 kroner.

Siste dag av studieturen møtte vi samfunnsmedisineren Elamon Joy og Thomas Scott, som er økonom og politiker. De arbeider med et desentraliseringsprosjekt, som blant annet har som mål å revitalisere de offentlige drevne helsesentrene og dermed gjøre bedre helsetjenester tilgjengelig for de fattige. Prinsippet er at folk selv skal ta sin del av ansvaret for helsetjenesten, økonomisk og organisatorisk. Den organisatoriske grunnenheten er kvinnegrupper (women neighbourhood groups). En kvinne fra hver gruppe blir lært opp til å være kontaktperson overfor helsevesenet. Hver familie betaler 10 rupier per måned inn til et velferdsfond. Gruppen kan så få banklån på inntil fem ganger det sparte beløpet, både for å kunne øke fondet ved behov og for å kunne starte opp småindustri. Dette skal tjene som helseforsikring for deltakerne og sikre de lokale helsesentrene økonomisk. Offentlige bevilgninger strekker ikke til.

Hittil har 35 000 familier meldt seg til prosjektet. Økt helsebevissthet, bedre drikkevann og latriner samt forebygging av sykdom er de helsefaglige målene. Prosjektlederne er svært interessert i å forhøre seg om muligheter for økonomisk bistand fra Norge. Hermed er utfordringen gitt!

*Pernille Nylehn*

*Mette Brekke*

*Trond Egil Hansen*

*Ole Rikard Haavet*

*John Leer*

*Svein Steinert*

Fagutvalget i

Alment praktiserende lægers forening

Den norske lægeförening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

## Yrkesforbud etter soning?

**Bør alvorlige dommer mot leger få konsekvenser etter at dommen er sonet? Det er flere rettsregler som har betydning for denne problemstillingen.**

Spørsmålet om alvorlige dommer mot leger bør få konsekvenser etter at dommen er sonet, er nylig drøftet i Rådet for legeetikk og omtalt i Tidsskriftet (1). En rettslig drøfting av dette spørsmålet kan ha tre ulike utgangspunkter. Det første utgangspunktet er at leger må innrette seg etter straffelovgivningen som enhver samfunnsborger. Leger kan komme i straffeansvar både som privatpersoner og som lege ved utøvelse av legevirksomhet. Det kan medføre at leger idømmes fengselsstraff, tap av retten til å praktisere som lege, forelegg og liknende. Det andre utgangspunktet er at den lege som er straffet, skal gis mulighet til å starte på nytt når straffen er sonet eller gjennomført på annen måte. Det tredje utgangspunktet er at befolkningen skal kunne ha tillit til leger – at den lege som oppsøkes, er egnet til å utøve yrket forsvarlig og til å ivareta pasientens medisinske behov.

### Påtalemyndigheten

Påtalemyndigheten har ansvaret for å etterforske og iverksette tiltak ved mulige straffbare overtredelser. Påtalemyndigheten kan ta ut tiltale mot leger. I så fall må domstolene ta stilling til tiltalen. I straffeloven finnes de generelle straffebestemmelser om bl.a. tyveri, underslag og bedrageri, legemskrenkelse, drap, narkotikaforbrytelser og spionasje. Straffeloven inneholder også bestemmelser som retter seg spesielt mot leger og annet helsepersonell. Det finnes også særskilte straffelover spredt i lovverket (f.eks. kvakksalverloven) og egne straffebestemmelser i andre lover, for eksempel helsepersonelloven og legemiddeloven.

### Domstolene

Domstolene kan treffe avgjørelser om frikjennelse, forelegg, betinget fengsel eller ubetinget fengsel. Domstolene kan også treffe avgjørelse om forvaring, samfunnsarbeid, tap av rettigheter og om erstatning. En dom på tap av retten til å praktisere som lege (rettighetstap) vil være begrunnet i at det straffbare forholdet har eller kan få betydning for yrkesutøvelsen. Rettighetstapet kan i tid gå utover fengselsstraffen.

### Statens helsetilsyn

Uavhengig av domsavgjørelsen har Statens helsetilsyn og fylkeslegene et ansvar for å

føre tilsyn med legers yrkesutøvelse og iverksette nødvendige tiltak dersom det må til for å overholde lovbestemte krav. I helsepersonelloven § 1 er kvalitet og tillit angitt som hovedformål. Statens helsetilsyn kan trekke tilbake legens autorisasjon dersom legen ansees som uegnet til å utøve forsvarlig virksomhet. Legen kan påklage avgjørelsen til Helsepersonellnemnda, som treffer nytt vedtak. Legen kan også kreve at domstolene overprøver Helsepersonellnemndas vedtak.

### Forholdet mellom straffesak og tilsynssak

En dom på et forhold som kan ha betydning for legens yrkesutøvelse, kan tillegges betydning i tilsynsmyndighetenes vurdering av om legen er egnet til å utøve legepraksis forsvarlig. En dom avskjærer dermed ikke mulighetene til å treffe avgjørelser som får betydning for legens yrkesutøvelse.

Administrative reaksjoner og straff kan på denne måten representere parallelle systemer med til dels ulike formål. I de fleste saker der det ilegges administrative reaksjoner, vil det likevel ikke være grunnlag for strafferettslig ansvar. Dette har sammenheng med at en administrativ reaksjon har andre formål enn strafferettslige reaksjoner, og at terskelen for å benytte straff skal være høyere. Dette kommer bl.a. til uttrykk gjennom andre bevis- og skyldkrav. Derimot vil forholdet som ligger til grunn for en straffedom, ofte også kunne utløse en administrativ reaksjon.

### Samordning av straffeprosess og tilsynsprosess

Det er forutsatt i forarbeidene til helsepersonelloven (2) at straffe- og tilsynsprosesser, i den utstrekning det er mulig og hensiktsmessig, skal samordnes når de springer ut av samme hendelse eller rettsforhold. Dette er begrunnet i hensynet til ressursbruk og hensynet til den lege som vurderes. I motsatt tilfelle kan saken være til behandling i flere år før den endelig avsluttes, med stor risiko for et urimelig resultat for legen.

Det er et uttalt mål at legen skal kunne gjøre seg ferdig med saken og skal slippe først å få straff (f.eks. en fengselsstraff for legemskrenkelse) for deretter å få tilbakekalt autorisasjonen på samme faktiske bakgrunn.

Spørsmålet om legen på grunn av et straffbart forhold er uskikket til å praktisere som lege, bør dermed tas opp i forbindelse med straffesaken. Staten helsetilsyn er likevel ikke avskåret fra å tilbakekalle legens