

Det skjer hele tiden

Det finnes ikke «to verdener», bare én, og den er vi sammen om. I Nepal skjer det medisinske katastrofer hver dag. Bredt anlagte tiltak for å bedre det lokale helsevesenet kan endre dette.

Omskjæring kan gi infertilitet

Infeksjoner som oppstår i forbindelse med omskjæring av kvinner, genital mutilering, kan spre seg til indre genitalia og forårsake infertilitet, men dette er lite dokumentert.

I en sykehusbasert case control-studie i Khartoum, Sudan ble 99 kvinner med primær infertilitet som ikke skyldtes hormonelle eller iatrogene faktorer, inkludert (1). Ved laparoskopi ble det påvist funn forenlig med tidligere inflammasjon i tubene hos 48 av disse. Sammenliknet med en kontrollgruppe av førstegangsgravide kvinner (n = 180) hadde gruppen oftere gjennomført den mest omfattende form for omskjæring, dvs. fjerning av labia majora (oddsratio 4,69; 95 % KI 1,49–19,7).

Helsepersonell har et stort ansvar for å påvise helsemessige skadevirkninger av omskjæring av kvinner, som praktiseres i flere afrikanske og asiatiske land (2). Ifølge Verdens helseorganisasjon har flere enn 132 millioner afrikanske kvinner gjennomført omskjæring, og om lag to millioner slike inngrep blir gjennomført hvert år. Denne studien gir ytterligere argumentasjon for arbeidet mot omskjæring av kvinner, særlig hvis funnene blir bekreftet i senere studier.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Almroth L, Elmusharaf S, El Hadi nagla et al. Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet* 2005; 366: 385–91.
2. Shaaban LM, Harbison S. Reaching the tipping point against female genital mutilation. *Lancet* 2005; 366: 347–9.

Nesten hver dag skjer det, rundt i fjellene i Utkant-Nepal. Landet har 76 distrikter, og minst 50 av dem er uten fungerende sykehus. Det som skjer der er akutte, livstruende medisinske katastrofer – lidelser som er enkle å behandle, og som ofte lar seg forebygge. En ettåring får akutt diaré med dehydrering eller en alvorlig pneumoni. En kvinne får en infisert abort eller en svær postpartum blødning. Vi vet hvordan dette skal behandles. Det finnes gode behandlingsprotokoller. De som bor slik til at behandling er tilgjengelig, blir friske. Men de fleste her i landet bor ikke slik. Katastrofene inntreffer, og pasientene har ingen steder å gå.

En nylig artikkelserie om nyfødthelse i *The Lancet* viste at om lag 70 % av alle nyfødtdødsfall, dvs. 3 millioner hvert år, kunne vært unngått om gode, forskningsbaserte tiltak var blitt innført (1). Det har av og til vært fremstilt i mediene som at det finnes enkelttiltak som med ett slag kan endre en *hel* befolknings helsestatus. Dette er feil. Det er innføring av brede tiltakspakker i forbindelse med styrking av det lokale helsevesenet som er effektivt (2). Situasjonen er nokså lik for både barnedødelighet (3) og mødredødelighet (4). Det er

i Brev fra Nepal



ikke først og fremst kunnskap som mangler, men vilje til innsats. Her i Okhaldhunga, i fjellene åtte mil rett sør for Mount Everest, ser vi det på nært hold.

Behovet for akutt fødselshjelp er stort. En kveld for ikke lenge siden kom en fødende kvinne til sykehuset etter ti timers båretransport på stier. Fosteret var i tverrleie og hadde fremfall av arm om morgenen da de begynte å gå. Fosteret døde under transporten, og uterus var sprukket da de nådde frem. Ved ankomst ble det foretatt keisersnitt som øye-



Keisersnitt i lommelyktlys og under enkle forhold. Foto Erik Bøhler



Gravide med risikosvangerskap får tilbud om å bo på sykehusets hjem for ventende mødre de siste ukene før termin. Disse gjorde det og fikk den hjelpen de trengte under fødselen. Foto Erik Bøhler

blikkelig hjelp, uterusrupturen ble lukket og pasienten fikk blodtransfusjoner og antibiotika. Hun ble frisk. Fosteret bar preg av å ha vært død i flere timer før de nådde sykehuset. Det var synd at barnet var død, men fire levende småbarn slapp å bli morløse.

Helsetjenester til fattigfolk betyr ikke «å sy puter under armene på dem». Regnskapet for familien kan se slik ut: En vanlig dagslønn i Nepal, for eksempel for en bærer, er 50–100 nepali rupi (tilsvarer 5–10 norske kroner). Dersom ektefellen blir innlagt for keisersnitt, kan regningen bli på 15 000 rupi. Sett i forhold til hva inngrepet koster sykehuset, er det en lav pris. Noe tilskudd fra staten gis ikke. Da må man låne, og i pengemarkedet her, uten sikkerhet, betyr det 3–5 % rente per måned (ikke år!). Dette er en økonomisk skruestikke pasientene sitter i, hvis de da ikke får støtte fra sykehusets sosialkontor. De fleste med så store regninger får det. Det bidrar til at sykdom ikke fører til total økonomisk katastrofe for den enkelte familie. Noen får litt hjelp, andre mye, men alle må betale noe selv. Pengene kommer fra givere i land som Norge.

Noen forsøker naturligvis å lure seg unna

regningene med alle midler. På en måte er det greiest å forholde seg til dem. Men det er ikke så enkelt med dem som tar sine «umulige» forpliktelser alvorlig, bærer sine koner, menn eller fedre til sykehuset, tørker skitt, blod og oppkast og mater dem. Og som så bærer pasienten hjem igjen for å gjøre så mange femkronersdagsverk at det holder til både sykehusregningen og mat til ungene.

Det stod nylig i en norsk avis at Norge bruker 100 kroner per dag på helsetjenester per innbygger, frisk som syk (5). Det betyr et godt norsk helsevesen. Beløpet som Norge bruker på helsevesenet er over 20 ganger så mye som Nepals totale bruttonasjonalprodukt per innbygger (6). I Nepal er helsevesenets forbedringspotensial enormt, og det finnes solid kunnskap om kostnadseffektive tiltak. Problemet er at den pågående borgerkrigen gjør landet mindre i stand til selv å betale hva det koster. Landet er, i alle fall for en periode, enda mer avhengig av hjelp utenfra enn det var før.

Det sies at forskjellene på rike og fattige land nå er så store at det dreier seg om to helt forskjellige verdener. Dette er ordbruk som gjør oss blinde og dumme. Det er ikke «to verdener», bare én, og den har vi felles.

Menneskene her i Nepal kan ikke vente. For katastrofer skjer hele tiden.

Erik Bøhler

bohler@wlink.com.np
Okhaldhunga Community Hospital
United Mission to Nepal
Box 126
Kathmandu
Nepal

Manuskriptet ble godkjent 6.7.2005

Litteratur

1. Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet* 2005; 365: 1087–98.
2. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborns can we save? *Lancet* 2005; 365: 977–88.
3. Tullock J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 1999; 354 (suppl 2): 16–20.
4. Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H et al. Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet* 2005; 365: 997–1000.
5. Vårt Land 11.3.2005.
6. Statistical year book of Nepal 2002. Katmandu: Central Bureau of Statistics, 2003.