

## Er helse for alle mulig uten demokrati?

### Diabetes vanligere i Kambodsja enn antatt

Diabetes er en særlig stor utfordring i rike land og i utviklingsland som er i rask utvikling, slik som Kina og India. Land som relativt nylig er kommet ut av politisk isolasjon, og som henger langt etter i økonomisk utvikling, ser ikke ut til å være utsatt for diabetes i samme grad.

En epidemiologisk studie fra Kambodsja om forekomsten av diabetes og relaterte sykdommer tyder på at dette bildet ikke er helt korrekt (1). Flere enn 2 200 voksne personer i to områder, ett på landsbygda (Siemreap) og ett i utkanten av en by (Kampong Cham), ble valgt ut gjennom en systematisk prosess for nærmere undersøkelse og intervju. Prevalensen av diabetes i de to områdene var henholdsvis 5 % og 11 %. I tillegg hadde henholdsvis 10 % og 15 % av de undersøkte nedsatt glukosetoleranse. I om lag to tredeler av tilfellene var diabetes ikke diagnostisert på forhånd. Flere i Kampong Cham enn i Siemreap ble klassifisert som overvektige (23 % versus 13 %;  $p < 0,001$ ).

Forfatterne var overrasket over funnene, ettersom Kambodsja er et fattig land med lav levestandard og tradisjonell livsstil. Likevel er diabetes altså ikke uvanlig. Forfatterne omtaler to hypoteser som forklaring: Kambodsja har i tidligere århundrer stått under sterk kulturell og genetisk innflytelse fra India, og indere er kjent for å ha høy risiko for diabetes. I tillegg kan diabetes i voksen alder ha sammenheng med ernæringsvikt i fosterliv og tidlig barndom, og befolkningen i Kambodsja levde under svært dårlige forhold under Pol Pots regime i 1970-årene.

#### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

#### Litteratur

1. King H, Keuky L, Seng S et al. Diabetes and associated disorders in Cambodia: two epidemiological surveys. *Lancet* 2005; 366: 1633–9.

Aserbajdsjan står overfor store helseutfordringer: høy sykkelighet knyttet til fattigdom og vestlige livsstilssykdommer som er på full fart inn. Korrupsjon er utbredt og helsetjenestetilbudet dårlig.

En ung, nyutdannet lege søker jobb på sykehus. For å få jobben må hun betale 2 000–5 000 amerikanske dollar. Månedslønnen hun kan vente seg fra sykehuset er 50 dollar. I teorien er helsetjenesten offentlig finansiert og gratis for pasienten. I praksis er det pasientens «under bordet-betaling» som får dette regnestykket til å gå opp. I Aserbajdsjan er helseministeren blitt en av landets aller rikeste menn – i likhet med tollsjefen.

### En fremmed virkelighet

En storøyd norsk fastlege, dvs. undertegnede, fikk nylig innblikk i en fremmed virkelighet, da hun besøkte samfunnsmedisineren Berit Olsen, som leder Flyktninghjelpens arbeid i Aserbajdsjan (1). Den tidligere sovjetrepublikken med drøyt åtte millioner innbyggere ligger på vestkysten av Kaspiahavet og er for øvrig omgitt av Russland, Georgia, Armenia, Iran og en liten snipp av Tyrkia. Når det gjelder helseproblemer, står landet overfor utfordringer på flere fronter: sykkelighet knyttet til fattigdom dominerer, samtidig som vestlige livsstilssykdommer er på full fart inn.

Ca. halvparten av innbyggerne lever i fattigdom, dvs. for under 25 dollar i måneden, og en tredel lever i ekstrem fattigdom, dvs. for under 15 dollar per måned. Arbeidsledigheten er høy, særlig blant dem under 35 år, og så mye som 60 % av den totale økonomien finner sted i den «uformelle» sektor (2). Ifølge Verdensbankens estimat var middellevialderen i 2001 62 år for menn og 68 år for kvinner. Spedbarnsdødeligheten antas å være om lag 75 per 1 000 levende fødte (3). Aserbajdsjan har den høyeste dødeligheten blant barn under fem år i Verdens helseorganisasjons Europa-region med 105 per 1 000 levende fødte (4). Så mye som en firedel av barna er underernært.

Ifølge estimater fra FNs barnefond (UNICEF) og Verdens helseorganisasjon er mødredødeligheten 94 per 100 000 fødte (5). En bidragende årsak er økende antall hjemmefødsler, fordi folk ikke har råd til annet: en fødsel på sykehus i hovedstaden Baku koster 500–700 dollar (6). En arv fra sovjettiden er propiska-systemet, som er en



slags hjemstavnsplikt som i praksis betyr at folk skal motta helse- og sosialtjenester der de er registrert som bosatt. For fattigfolk som ikke kan betale for seg, er det dårlig med tilgang til tjenester annetsteds. Å reise dit de er folkeregistrert, har de som regel heller ingen mulighet til når de blir syke eller skal føde. Mye tyder på at en god del av den høye mødredødeligheten kan tilskrives propiska-systemet.

### Flyktninger i eget land

En ytterligere utfordring er situasjonen for de nesten 700 000 internt fordrevne etniske aserbajdsjanere som forlot Nagorno-Karabakh og omkringliggende distrikter da det brøt ut full krig mellom Aserbajdsjan og Armenia om provinsen i 1992. De fleste av disse slo seg ned enten i områder nær opptil Nagorno-Karabakh eller i Baku. De har levd som flyktninger i eget land i mer enn 12 år. De fleste bor ytterst elendig i provisoriske leirer på landsbygda eller i slumliknende offentlige bygg eller uferdige bygg i byen. Den dystre vitalstatistikken er særlig dystre for denne store gruppen flyktninger. I tillegg finnes flyktninger fra Tsjetsjenia, Afghanistan og Irak.

Dette er bakgrunnen for at den norske Flyktninghjelpen (tidligere Flyktningerådet) engasjerer seg i Aserbajdsjan. Flyktninghjelpen driver ikke helsetjeneste, men forsøker å bedre boligsituasjonen for flyktningene og sørge for skolegang og mat til



For oss er kaukasierne mest kjent for god yoghurt og et langt liv. Men aserbajdsjanerne står overfor dobbelte utfordringer helsemessig: fattigdoms sykdommer og vestlige livsstilssykdommer florerer på samme tid. Begge foto Mette Brekke

barna. Utfordringene er store. I et uferdig sykehusbygg i hovedstaden har for eksempel flere hundre mennesker flyttet inn. Rent vann finnes ikke. Kloakken havner i en haug i nederste etasje. «Alle» kobler sitt eget strømuttak til ledningsnettet på en stolpe så det hele ser ut som et juletre. Men i en fløy i den samme bygningen kan en stolt rektor vise besøkende rundt på skolen, der nystrøkne barn jobber seriøst og de eldste svetter over engelskglosene. Barna viser på veggkartet hvor de «kommer fra» – selv om de fleste av dem er godt under 12 år og altså er født inn i et liv som flyktning i eget land.

### Ufrivillig allmennlege

Dr. Bayandur Bagirov holdt på å utdanne seg til kirurg da han måtte flykte sammen



De flere hundre flyktningene i dette uferdige bygget i Baku henter seg sin egen strømforsyning: Dette gir assosiasjoner til et juletre!

med sin familie fra Nagorno-Karabakh. Siden har han bodd og arbeidet i flyktningleiren Tahta Kørpu i byen Agjabedi sentralt i Aserbajdsjan. Her har han bygd opp en liten medisinsk klinikk med materialer han fikk av en internasjonal hjelpeorganisasjon. Han er eneste lege – dag og natt – for de ca. 4 000 innbyggerne i leiren. Klinikken har senere ikke mottatt noen form for støtte, verken fra nasjonale myndigheter eller fra internasjonalt hold, men de siste par år har dr. Bagirov mottatt bidrag fra Lions-klubber i Finnmark. «This clinic is sponsored by Lions club Norway» forkynte det fargeglade skiltet som prydet klinikken da vi besøkte vår kollega. Generator som sikret lys og varme i behandlingsrommet, undersøkelsesutstyr (blodtrykkmåler, hemoglobinnmåler, glukometer, EKG-apparat, gynekologibenk), vaksiner og medikamenter var kommet på plass.

For en forskjell det må gjøre for befolkningen i leiren å ha en «fastlege» og en klinikk! Så får det heller våge seg at den tilgjengelige antibiotika består av streptomycininjeksjoner. Dr. Bagirov er et unntak, for primærhelsetjeneste er så godt som fraværende i Aserbajdsjan. Derimot finnes der hele 735 sykehus (6).

### Spennende utvikling

I Norge er kaukasierne mest kjent for god yoghurt og et langt liv. I Aserbajdsjan er Norge godt kjent for Thor Heyerdahls hypotese om at Odin kom herfra, for Statoils deltakelse i oljeeventyret i Kaspiahavet og for den norske ambassadørens frittalenhet overfor regimets menneskerettighetsbrudd. Det blir sagt om oljelandet Aserbajdsjan at det står ved en korsvei: det kan utvikle seg i retning av Norge eller Nigeria. 6.11. 2005 ble det avholdt valg til parlamentet. I Aserbajdsjan er det ingen tradisjon for å avholde frie valg, men opposisjonen er betydelig oppmuntret av omvelt-

ningene i Georgia, Ukraina, Kirgisistan og opprøret i Usbekistan.

Aserbajdsjan er i dag rangert på 140. plass (av 146 land) med hensyn til korrupsjon (7). Hvis ikke korrupsjonen reduseres, er det vanskelig å se for seg en vei ut av fattigdom og uheld for det store flertall av befolkningen. Bare ved å bygge opp en fungerende primærhelsetjeneste kan helsetjenester komme alle til gode (8). Lav terskel for tilgjengelighet, lav egenbetaling, helhetssyn på helseproblemer, vekt på forebygging og portvaktfunksjon overfor annenlinjetjenesten er elementer som kun primærhelsetjenesten kan bidra med. Før dette kan bli virkelighet, må mange dypt rotfestede motforestillinger og tradisjoner endres.

### Mette Brekke

mette.brekke@medisin.uio.no

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin  
Postboks 1130 Blindern  
Universitetet i Oslo  
0318 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 14.10. 2005.

### Litteratur

1. Flyktninghjelpen. www.nrc.no (15.8.2005)
2. Faulkingam J. Inequality & poverty in the CIS7 1989–2002. I: Lucerne Conference of the CIS7 initiative, January 20–22, 2003. Lucerne: 2003
3. Reproductive health survey Azerbaijan, 2001. Final Report. Baku /Atlanta: Adventist Development and Relief Agency (ADRA), Azerbaijan Ministry of Health, State Committee of Statistics, 2003.
4. UNICEF. The state of the worlds' children. New York: UNICEF, 2004.
5. UNDP. Human development report 2003. New York: Oxford University Press, 2003.
6. Holley J, Akhundov O, Nolte E. Health care systems in transition: Azerbaijan. European Observatory on Health Systems and Policies, Vol 6 No 8, 2004. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2004.
7. Transparency International. www.transparency.org (15.8.2005)
8. Fister K, McKee M. Health and health care in transitional Europe. BMJ 2005; 331: 169–70.