

Jern- og folattilskudd bedrer ikke barns helse i fattige land

Tanzanianske barn som fikk jern- og folattilskudd hadde økt risiko for alvorlig sykdom og død sammenliknet med barn som fikk placebo (1). En tilsvarende studie i Nepal viste ingen effekt av jern- og folattilskudd på dødeligheten hos småbarn (2).

De to studiene, som nylig ble publisert i *The Lancet*, var nøye planlagt og grundig gjennomført. Jern- og folattilskudd, i doser som anbefalt av Verdens helseorganisasjon, eller placebo ble gitt av trent helsepersonell til om lag 25 000 barn i hver studie. Oppfølgingstiden var i gjennomsnitt noe over ett år.

Resultatene er viktige for vurderingen av hvilke tiltak myndighetene i fattige land bør sette inn for å bedre folkehelsen. Både i Tanzania og Nepal er jernmangel vanlig og barnedødeligheten høy, særlig pga. infeksjoner. Verdens helseorganisasjon anbefaler i dag jerntilskudd til alle barn under to år i områder med høy forekomst av anemi. Studien fra Tanzania, der forekomsten av malaria er høy, tyder imidlertid på at rutinemessig profylaktisk behandling med jern- og folattilskudd til alle barn er uheldig. Dette samsvarer med studier som viser at jerntilskudd gir økt risiko for malaria. I Nepal, der risikoen for malaria er lav, gav jern- og folattilskudd bare en ikke-signifikant beskyttelse mot diaré, dysenteri og akutt luftveisinfeksjon (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Sazawal S, Black RE, Ramsan M et al. Effects of routine prophylactic supplementation with iron and folic acid on admission to hospital and mortality in preschool children in a high malaria transmission setting: community-based, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2006; 367: 133–43.
2. Tielsch JM, Khatri SK, Slotzrus RJ et al. Effect of routine prophylactic supplementation with iron and folic acid on preschool child mortality in southern Nepal: community-based, cluster-randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2006; 367: 144–52.

Tvungen migrasjon og traumer

Med diagnosen posttraumatisk stresslidelse tar man ikke hensyn til kulturspesifikke forhold, mener flere leger fra Midtøsten. Dette kom frem på en konferanse i Istanbul om menneskeskapt traumer og tvungen migrasjon som Legeforeningen var med på å arrangere.

25 millioner mennesker er internt fordrevet i eget land og 11 millioner er flyktninger, ifølge tall fra Flyktningehjelpen i Norge (1). Internt fordrevne har ikke krysset noen landegrense, men årsakene til at de har forlatt sine hjem er de samme som har gjort mennesker til flyktninger: vold, krig, konflikter og brudd på menneskerettighetene. De fleste internt fordrevne lever under vanskelige forhold med begrenset tilgang på mat, manglende muligheter for utdanning og dårlige helsetjenester. Flyktninger har krav på beskyttelse og hjelp fra det internasjonale samfunn slik det er nedfelt i Genèvekonvensjonen for flyktninger fra 1951. Noen slik konvensjon for internt fordrevne finnes ikke. De er prisgitt hjelp fra det samme samfunnet som har skapt problemene.

300 leger og annet helsepersonell fra 28 land var i begynnelsen av desember 2005 samlet i Istanbul på en konferanse om menneskeskapt traumer og tvungen migrasjon. Mange av deltakere kom fra land i regionen. Land i Midtøsten står for over halvpar-

ten av de internt fordrevne i Asia, og i Irak, Tyrkia og Israel er det flest (1).

Hensikten med konferansen var å dele erfaringer og kunnskap innen psykososial rehabilitering av traumatiserte personer. I tillegg til deltakere fra Midtøsten var det deltakere og foredragsholdere fra Sudan, Sør-Afrika, Indonesia, Kina, Balkan og flere land i Europa, men de fleste deltakere og foredragsholdere kom fra Tyrkia.

Tyrkia og internt fordrevne

Tyrkia har en lang historie med flyktninger og internt fordrevne. Etter det ottomanske rikets sammenbrudd flyttet mange muslimer fra de okkuperte områdene tilbake til Tyrkia, mens kristne flyktet fra landet. Senere er store befolkningsgrupper blitt tvangsflyttet i forbindelse med konfliktene i de kurdiske områdene. I 1980- og 90-årene tømte de militære mange landsbyer i de kurdiske områdene i grensetraktene mot Irak, Syria og Iran. Store befolkningsgrupper måtte flytte til vest og sør i Tyrkia.



Mange internt fordrevne i Tyrkia har slått seg ned i den asiatiske delen av Istanbul, sør for Bosphorusstredet. Foto Bjørn Oscar Hofvedt

Både hendelsene før flyttingen, med krig, terror og i mange tilfeller tortur, og situasjonen etterpå, med økonomiske problemer og mangel på arbeid og sosial tilhørighet, har påført disse menneskene store lidelser. Flere av de tyrkiske foredragsholderne tok opp situasjonen for de internt fordrevne og var svært kritiske til bakgrunnen for tvangs-flyttingen og til forholdene de fordrevne lever under.

For bare noen få år tilbake var det vanskelig å snakke åpent om disse problemene i Tyrkia. Sikkerhetspolitiet var fast gjest under de første seminarerne Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter var med på å arrangere sammen med den tyrkiske legeforeningen. Folk fra sikkerhetspolitiet var til stede i seminarrommet og filmet alle deltakerne. Seminarerne handlet om behandling av den traumatiserte pasient. Det første ble arrangert i 1998 i Diyarbakir, den største byen i det kurdiske området (2). Byen har tatt imot mange flyktninger fra landsbyene i området og er nå overbefolket. I de områdene av byen der det er særlig mange flyktninger, mangler det renovasjon og tilfredsstillende sanitære forhold. I 2001 ble det arrangert et tilsvarende møte om fengselsvesenet i Tyrkia (3).

Erfaringer fra Irak

Ali Numan fra Ibn Rushd psykiatriske sykehus i Bagdad var i sitt innlegg kritisk til vestlige helsepersonell som rykket inn etter krigen og som i hovedsak var opptatt av posttraumatisk stresslidelse. De benyttet diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmetoder utviklet i Vesten, uten å ta hensyn til etniske og kulturelle forskjeller, mente han. Disse behandlingssentrene, som var opprettet av frivillige organisasjoner for å behandle posttraumatisk stressyndrom, hadde liten søkning fordi tiltroen til behandlingsmetodene er liten, ifølge Numan. En medvirkende årsak var også at det å få en psykiatrisk diagnose er svært stigmatiserende. Folk søkte derfor heller hjelp hos hverandre enn hos profesjonelle.

Ensidig vektlegging av diagnosen posttraumatisk stresslidelse ble kritisert i flere foredrag. Dels innebærer behandlingen at man ikke tar hensyn til kulturspesifikke forhold, slik Numan påpekte, dels kan oppmerksomheten omkring omfattende og komplekse skader etter langvarig ekstrem traumatisering, som diagnosen innebærer, føre at man mister fokus i behandlingen. Endelig kan innvirkningen ekstreme belastninger har på familie, storgruppe (klan og storfamilie) og samfunn bli oversett. For Irak og andre traumatiserte samfunn kan dette medføre en uheldig fordeling av ressurser – fra det kollektive til det individuelle.

Situasjonen på Balkan

Legeforeningens menneskerettighetsutvalg har siden 1993 vært engasjert i ulike pro-



Saveta Draganic Gajic, psykiater fra Beograd, gav en oversikt over flyktningssituasjonen på Balkan. Roula Mishati og Emel Sheiko fra Damaskus arbeider innen psykiatrisk helsevesen i Syria. Foto Bjørn Oscar Hoftvedt

sjekter på Balkan. I flere av de nye repubblikene i det tidligere Jugoslavia er situasjonen fortsatt uavklart. Det vil ta lang tid før sårene etter konfliktene i 1990-årene er leget. På konferansen i Istanbul gav Saveta Draganic Gajic fra institutt for psykisk helse i Beograd en oversikt over flyktningssituasjonen på Balkan. Krigene og konfliktene der, de verste i Europa siden den annen verdenskrig, hadde store konsekvenser for de sivile i alle republikkene. Fortsatt lever mange med traumer etter forfølgelser, internering i konsentrasjonsleirer, folkemord og flukt. Mens forholdene i Slovenia og Kroatia, med ensartede etniske befolkninger, har stabilisert seg, er situasjonen fortsatt spent i Bosnia-Hercegovina, Serbia og Montenegro og i noen grad Makedonia, med sin store andel albanere.

Menneskerettighetsutvalget har de siste årene samarbeidet med institutt for psykisk helse i Beograd og institutt for folkehelse i Sarajevo om et utdanningsprogram i psykiatri for allmennpraktikere i de to byene (4). Psykiatri ble valgt fordi en stor del av befolkningen fortsatt har psykiske problemer etter krig, beleiring og sanksjoner.

Et annet perspektiv

Det faglige programmet i Istanbul var dominert av foredragsholdere fra land i regionen, med enkelte innslag fra Tyskland, Danmark og Norge. Vinklingen på konflikter og faglige problemstillinger var i mange av innleggene annerledes enn det vi fra vestlige land er vant til. Oppmerksomheten omkring konfliktområdene i Midtøsten og fremstillingen av problemstillinger ut fra flyktningers og fordrevnes perspektiv var svært lærerikt og interessant. Det er viktig at leger og annet helsepersonell som arbeider for

menneskerettigheter har muligheter til å møtes og diskutere aktuelle problemer fra sitt ståsted.

Gjennom den norske ambassaden i Damaskus inviterte Legeforeningen to syriske leger: Roula Mishati, direktør for det psykiatriske sykehuset i Aleppo, og Emel Sheiko, lege under spesialisering i psykiatri. I et land der psykiatrien har lav status og det er få psykiatere er det spesielt viktig at leger får anledning til å reise utenlands i faglig øyemed og få inspirasjon fra internasjonale miljøer.

Konferansen i Istanbul ble arrangert av Human Rights Foundation of Turkey, den tyrkiske psykiatريفorening, den tyrkiske legeforening og Den norske lægeforening og støttet økonomisk av Utenriksdepartementet.

Bjørn Oscar Hoftvedt

bjorn.oscar.hoftvedt@legeforeningen.no

Sverre Varvin

Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter

Manuskriptet ble godkjent 1.2. 2006.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Johansen R, red. Flytningeregnskapet 2005. Oslo: Flyktningehjelpen, 2005.
2. Hoftvedt BO, Varvin S. Leger kjemper mot tortur i Tyrkia. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 381.
3. Hoftvedt BO, Varvin S. Legeforeningen – en pådriver for menneskerettighetsarbeidet. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 115.
4. Hoftvedt BO, Varvin S. Psykiatri i samarbeid mellom bosniere og serbere. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 862.