

## Verdens helse

### Syreangrep har få konsekvenser for gjerningsmannen

■ Mens de som blir utsatt for syreangrep ofte blir merket for livet, blir angriperne sjelden arrestert. I 2007 registrerte Acid Survivors Foundation (ASF) 192 ofre, men bare 48 dømte gjerningsmenn (1). ASF er en av få organisasjoner som jobber for ofrene.

Syreangrep er en type vold som hovedsakelig foregår i Sørøst-Asia. Angriperne kaster syre i ansiktet på offeret, ofte som hevn for avslag på frieri eller etter en krangel om land og eiendom.

Konsekvensene for ofrene er mange og varer livet ut. De angrepne, oftest kvinner, kan bli vansiret, miste synet og få problemer med å svelge. Mange som får hjelp fra ASF, kan ikke tjene penger eller bli giftet bort etterpå og blir derfor sett på som en skam og en byrde (2). Organisasjonen jobber for å skaffe medisinsk hjelp og økonomisk støtte til ofrene og for å spre kunnskap og informasjon.

26 år gamle Nasim fra Sør-Punjab i Pakistan er et typisk offer for syreangrep (3). Etter at hun takket nei til et frieri fra et søskenbarn, angrep han henne med syre. Hun rapporterte angrepet til politiet, men trakk anklagen etter at familien hennes ble truet og det ble spredt rykter om henne. ASF ga Nasim medisinsk hjelp og familien hennes økonomisk støtte til å bygge et nytt liv i Islamabad.

Ifølge ASF har det vært en økning i andelen mannlige ofre de siste årene. I 2007 var hele 25 % av ofrene menn (48 av 192). I disse angrepene var konflikter rundt land eller penger den vanligste motivasjonen (1).

Samina Naz fra ASF Pakistan mener det er viktig at loven blir strengere slik at flere angriperne blir holdt ansvarlig for handlingen. – Det er urettferdig at slike forbrytelser er kausjonerbare under det nåværende rettsystemet, sier hun (2).

#### Oda Riska

oriska@hotmail.com  
Tidsskriftet

#### Litteratur

1. Acid Survivors Foundation. www.acidsurvivors.org/ (18.9.2008).
2. Acid burning cases on the rise in Seraiki belt, The News International, Pakistan. www.thenews.com.pk/daily\_detail.asp?id=133808 (18.9.2008).
3. Acid Survivors Trust International. www.asti.org.uk (18.9.2008).

## Internasjonal medisin

# Å vanne blomstene i naboens hage

Det er en kjønnskjevhet i Indias befolkning. Til tross for at «the missing girls» er et relativt kjent og veldiskutert problem, vedvarer preferansen for sønner i de fleste deler av samfunnet. Jentefostre blir abortert fordi man foretrekker gutter. Sønner har høyere status og kan sikre inntekt og foreldrenes tilværelse i alderdommen. Døtre må ha medgift for å bli giftet bort og regnes for å være til liten nytte.

Ifølge WHO har India lenge hatt høy fruktbarhet, høy mødre- og barnedødelighet og lav forventet levealder – ikke bare i forhold til godt utviklede land som Norge, men også i forhold til sine naboland i Sør-Asia. India har et høyere inntektsnivå enn Bangladesh, men kommer oftest likt eller dårligere ut på dødelighetsstatistikker. Forventet levealder var i 2006 rundt 63 år for begge kjønn både i India og Bangladesh, mens sannsynligheten for å dø før fylte fem år var henholdsvis 76 og 69 per 1 000. Dette til tross for at India brukte 100 amerikanske dollar per capita på helse i 2005, mens Bangladesh brukte 57 dollar (1, 2).

Med kun grunnleggende kunnskaper i demografi og ingen formell bakgrunn verken i kjønnsstudier eller medisin kom jeg til India for å studere befolkningsstrukturen, kjønnsrollene og helsesituasjonen knyttet til reproduksjon. Nordic Centre in India, der Universitetet i Oslo er medlem, formidler sommerkurset Demography, Gender and Reproductive Health, som arrangeres av International Institute for Population Sciences i Mumbai. Kurset ble i 2008 avholdt for tredje gang, og 20 studenter med bakgrunn hovedsakelig fra samfunnsvitenskap og samfunnsmedisin deltok.

### Paradoksale India

Mumbai, Indias største og verdens femte største by, går fortsatt under navnet Bombay på folkemunne. Her møtes India i det urbanes parallelle misere og velvære. Førsteintrykket er imidlertid at her er det mest av det første. Jeg visste ikke helt hva jeg skulle forvente av storbylivet i India. Økonomer og samfunnsvitere har ofte problemer med å kategorisere dette landet i utviklet/underutviklet, rikt/fattig, moderne/tradisjonelt. India kan med litt argumentering plasseres i alle disse kategoriene. Regionale økonomiske forskjeller, kombinert med varierte geografiske forhold og variert klima og forskjellige religiøse og

kulturelle praksiser, gir seg utslag i en like variert helsesituasjon (Ram U, forelesning ved International Institute for Population Sciences, Mumbai, 2008). Mens overvekt og diabetes preger noen deler av befolkningen, er astma, anemi, underernæring, infeksjoner og tuberkulose vanlige utfordringer for andre (1).

### Tvangssterilisering som familieplanlegging

Kursets forelesningstemaer er alt fra kastesystemet, familiestruktur og nuptialitet (giftermålmønstre) til kjønnsroller, barnløshet og seksualundervisning i indiske skoler. Spesiell oppmerksomhet er viet



Landsbykomitémøte i Aurangabad District hvor det diskuteres forskjellige problemer. Månedens tema var underernæring blant barn (0–6 år). Alle foto Solvor Riska



*Institute of Health Management i Pachod Village, Aurangabad District organiserer de omkringliggende helseklinikkene og ungdomskubbene*

et tema som er vanskelig å forske på og å forstå – skjev kjønnsbalanse. «The missing girls» er et relativt godt kjent fenomen og problem. Kjønnsselektiv abort har vært ulovlig siden 1994, men utsiktene har ikke bedret seg mye av den grunn. Pessimistene er mange.

Indias vedvarende helseproblemer blir ofte vurdert i lys av landets store befolkning og kraftige befolkningsvekst. I 2005–06 var fødselsraten 2,7 (1), og befolkningen har siden 1951 vokst med over 20 % hvert tiår (3). Landet har allikevel en relativt lang historie med familieplanlegging. Etter uavhengigheten i 1947 gikk staten aktivt inn for å kontrollere tilveksten gjennom «family planning», med til dels brutale tiltak som tvangssterilisering og sterilisering av store grupper (3). Da er det ikke overraskende at «family planning» er et noe belastet uttrykk. Family Planning Association of India har imidlertid ikke endret navn av den grunn. Denne organisasjon har siden 1948 jobbet for å etablere helseklinikker over hele landet og for å tilby personlig familie- og prevensjonsrådgivning og seksualundervisning i skolene. Vi besøker hovedkontoret deres på Nariman Point, en av Mumbais dyreste adresser. Jeg spør dem hva som ville vært den største barrieren for arbeidet deres hvis penger ikke hadde vært noe problem. Mangel på kvalifisert personale, er det kontante svaret. India er kjent for sin store legebestand, men bak tallene skjules skjevfordeling internt. Lønnsforskjellene er store. Legene som vil jobbe for organisasjonen, gjør det som regel kun for en periode på 3–6 måneder. Mer presse-

rende enn legemangel og mangel på kontinuitet er imidlertid underskuddet på sykepleiere og assistenter som kan undervise, gi rådgivning og jobbe på klinikkene.

#### «The missing girls»

Selv om kondombruken har gått opp de siste årene, er den fortsatt marginal. I en

landsby i Aurangabad District besøker vi den lokale klinikken, der de deler ut kondomer gratis. De som ber om kondomer, må oppgi navn og antall i en logg. Den siste månedens forbruk fyller mindre enn en halv håndskrevet side, og det i en landsby med rundt 4 000 innbyggere. Prevensjon blir sett på som først og fremst kvinnens ansvar og



*To helsearbeidere og legen (høyre) foran helseklinikken i Hiradpuri Village*



er i alminnelighet lik sterilisering. Det har i lang tid vært vanlig å sterilisere seg etter at ønsket familjestørrelse er oppnådd. Men det er ikke kun ideell familjestørrelse indere har forestillinger om – sammensetningen er avgjørende. Én datter og én, kanskje to, sønner er idealet. Det er én ting at kvinner har lavere status og mindre selvråderett enn menn i India. Det er forståelig, om enn slitsomt og uriktig, at man som kvinne befinner seg blant 90 % menn når man beveger seg i gatene. Det er derimot veldig vanskelig å forstå det faktum at den grunnleggende kjønnsbalansen i India er skjev. Kjønnsbalansen blant barn (0–6 år) kan brukes som en indirekte indikator på samfunnets behandling av og holdning til jentebarn. Fra et forhold på 106 gutter per 100 jenter i 1991 var det i 2001 108 per 100 (4). I perioden 2001–03 var det hele 113 gutter per 100 jenter ved fødselen, i den velstående, nordlige delstaten Punjab 129 per 100 (3). Dette illustrerer et gjennomgående trekk ved barnediskrimineringen – den går på tvers av økonomiske og sosiale barrierer og utøves av både rike og fattige og blant lavt og høyt utdannede. Variasjonene fra sted til sted er imidlertid store. Enkelte stater i det sørlige India, deriblant Tamil Nadu, skiller seg på den annen side ut med et tall på 105, i samsvar med det naturlige nivået (3). Selv om de regionale forskjellene varer ved, gir nyere tall grunn til en viss optimisme. I en del stater ser nivåene ut til å være stabilisert eller til og med noe forbedret (5).

Rent konkret påvirkes kjønnsbalansen gjennom diskriminerende aborter i guttefostres favør, ved drap av nyfødte jentebarn eller mer indirekte gjennom underernæring og utilstrekkelig behandling ved sykdom (4). Vi blir fortalt at preferansen for sønner har økonomiske, kulturelle, religiøse og sosiale årsaker. I India giftes døtre bort til svigerfamilien – å fø døtre er som å vanne blomstene i naboens hage. Det er sønner som sikrer din tilværelse når du blir gammel og ufør. Det er de som blir i husholdningen og som i tillegg øker den med en person når de gifter seg. Sønner fører familienavnet og eiendommen videre. Blant hinduer er det (helst) en sønn som skal utføre dødsritualet for sine foreldre. Sønner betyr lykke, styrke og velstand. De trenger ikke å forsynes med medgift, men mottar en.

### Usikker fremtid

Kjønnsbalansen blant barn er et vindu inn i fremtiden. Det ser ut til at preferansen for sønner er vedvarende og at holdningene er veldig vanskelige å endre. Kvinnene føder færre barn enn tidligere, fra rett under seks barn per kvinne i 1950 til rundt tre på 2000-tallet (3). Dette setter ytterligere press på jentene. Konsekvensene for fremtidige generasjoner kan være mange, også utover mangelen på potensielle mødre. Volden

innad i familien og mellom familier kan øke som resultat av intensiverte forhandlinger om de jentene som faktisk vokser opp. Kanskje kan tilfeller av polyandri oppstå?

Vi prøver så godt vi kan å fordøye informasjonen og alle inntrykkene. Kvinners dårlige stilling og nærværet av fysisk, psykologisk og seksuell vold i så mange sammenhenger er noe av det vanskeligste å ta inn over seg. Mange av dem vi snakker med, er preget av alvor, om ikke pessimisme, med tanke på nær og fjern fremtid. På samme tid snakker unge nyutdannede ingeniører om hvordan Mumbai i løpet av et tiår eller to vil ha etablert seg som en verdensmetropol, med utbedret infrastruktur og uten slum. Mange av dem var klar over mangelen på jentebarn og ville gjerne ha døtre. Et mål for fremtiden må uten tvil være å endre folks oppfatning av døtre som en belastning. Ett tiltak kan kanskje være å få landets helsearbeidere mer aktivt med på laget. De er i kontakt med befolkningen på lokalt nivå og har en troverdighet som myndighetene gjerne mangler.

### Solvor Riska

*britsr@student.sv.uio.no*  
Samfunnsvitenskaplig fakultet  
Universitetet i Oslo

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. WHO. Countries: India. Mini profile 2007. [www.searo.who.int/LinkFiles/Country\\_Health\\_System\\_Profile\\_4-India.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Country_Health_System_Profile_4-India.pdf) [28.8.2008].
2. WHO. Countries: Bangladesh. Mini profile 2007. [www.searo.who.int/LinkFiles/Country\\_Health\\_System\\_Profile\\_1-bangladesh.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Country_Health_System_Profile_1-bangladesh.pdf) [28.8.2008].
3. Haub C, Sharma OP. India's population reality: reconciling change and tradition. *Popul Bull* 2006; nr. 3.
4. Sekher TV, Hatti N. Vulnerable daughters in a modernizing society: from «son preference» to «daughter discrimination» in rural South India. I: Attané I, Guilimoto CZ, red. *Watering the neighbour's garden: the growing demographic female deficit in Asia*. Paris: CICRED, 2007: 295–323. [www.cicred.org/Eng/Publications/pdf/BOOK\\_singapore.pdf](http://www.cicred.org/Eng/Publications/pdf/BOOK_singapore.pdf) [12.9.2008].
5. Haub C, Sharma OP. Sex ratio at birth begins to improve in India. *Population Reference Bureau*. [www.prb.org/Articles/2008/indiasexratio.aspx](http://www.prb.org/Articles/2008/indiasexratio.aspx) [16.9.2008].

*Manuskriptet ble mottatt 28.8. 2008 og godkjent 26.9. 2008. Medisinsk redaktør Siri Lunde.*

## Hvorfor ikke «biologika»?

Ved introduksjon av nye legemidler kommer behovet for nye betegnelser.

I løpet av de siste ti år er det tatt i bruk TNF- $\alpha$ -hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler i behandling av pasienter med kroniske lidelser innen gastroenterologi, revmatologi og dermatologi. Disse medikamentene er hyppig omtalt i Tidsskriftet, sist i nr. 15/2008 der et nasjonalt register for slik behandling er foreslått opprettet (1). I skrift og tale er de aktuelle preparatene omtalt som «biologiske legemidler» eller «såkalte biologiske legemidler» (1). Det har manglet en norsk term som er enkel og presis nok til å erstatte disse tungvinte formuleringene, og «biologics» burde vi klare oss uten i norsk tekst og tale.

I ulike fora har jeg tatt til orde for betegnelsen «biologika» (entall: biologikum) som kunne fungere i norsk språk som en parallell til «antibiotika» og alle andre typer «farmaka». Forslaget er herved presentert for Tidsskriftets lesere.

### Eli J. Nordal

*eli.johanne.nordal@rikshospitalet.no*  
Hudavdelingen  
Rikshospitalet

### Litteratur

1. Uhtlig T, Nordvåg B-Y. Nasjonalt register for ny og kostbar behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1654.