

Verdens helse

Helseforsikring betyr bedre helse for Rwandas befolkning

■ Hele 85 % av Rwandas befolkning er nå dekket av en helseforsikring kalt «mutuelles» som fordeler kostnaden av helsetjenester i landsbyer og regioner (1). Men til tross for at det kun koster 2 amerikanske dollar per år, er kostnaden for høy for mange.

Etter folkemordet i 1994, da en million mennesker ble drept og to millioner ble drevet på flukt, var landets helsesystem stort sett ødelagt (2). I ettertid er det lagt vekt på å gjenoppbygge og bedre helse-tilbudet til befolkningen. En del av denne planen er mutuelles, som ble introdusert i 1999 (1). Antall medlemmer har økt jevnlig, og siden april 2008 er det lovfestet at alle må ha en form for helseforsikring. Utgiftene kan være høye for mange, men medlemstallet har økt fordi befolkningen kan se fordelene.

– Først mente de fleste i landsbyen min at mutuelles ikke ville fungere fordi det kostet for mye. Men i dag er nesten alle i landsbyen medlemmer fordi vi forstår nytten, sier Cyriaque Muhayimana, en bonde med fem barn fra landsbyen Rulindo.

Mutuelles er delvis finansiert av the Global Fund to first AIDS, Tuberculosis and Malaria som dekker forsikringspremier for rundt 1,5 millioner mennesker. I tillegg bestemmer hver landsby hvem som er for fattige til å betale tillegget for behandling (2). Data fra 2004 tyder på at ca. 10 % av befolkningen slipper å betale, men dette burde gjelde 15–30 %.

– Rwanda er fortsatt et av de fattigste landene i Afrika og i verden. Men regjeringen har forstått at ved å basere helsefinansieringssystemer på solidaritet og rettferdighet kan landet sikte på universell dekning, noe som trengs for å bygge samfunnet og bedre økonomien, sier Adelio Fernandes Antunes fra Verdens helseorganisasjon.

Oda Riska
oriska@hotmail.com
Tidsskriftet

Litteratur

1. Twahirwa A. Sharing the burden of sickness: mutual health insurance in Rwanda. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 823–4.
2. Logie DE, Rowson M, Ndagije F. Innovations in Rwanda's health system: looking to the future. *Lancet* 2008; 372: 256–61.

Internasjonal medisin

Psykatri i fattige land: Ingen helse uten mental helse!

Jo fattigere et land er, desto lavere andel av helsebudsjettet benyttes til psykiske helsetjenester. Er dette en riktig prioritering? En ekspertgruppe i regi av tidsskriftet *The Lancet* har nylig dokumentert den sterke sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse og mellom god helse og andre viktige utviklingsindikatorer som utdanning og økonomi.

Ekspertgruppen publiserte sine anbefalinger i seks artikler i *The Lancet* høsten 2007 (1). En av oss (EH) var medlem i gruppen, og vi vil i denne kronikken redegjøre for noen hovedkonklusjoner samt egne erfaringer fra arbeid med psykisk helse i utviklingsland. I et globalt perspektiv er mental helse fortsatt et neglisjert og stigmatisert område av medisinen, og mennesker med psykiske plager opplever en økende grad av marginalisering (2). Til tross for at nevropsykiatriske sykdommer vil bli den viktigste ikke-infeksiøse sykdomsgruppen og unipolar depresjon den nest viktigste enkeltsykdom frem mot år 2020 målt i sykdomsjusterte leveår (Disability Adjusted Life Years, DALY) (3), er ressursene til mental helse fortsatt marginale. Både blant bilaterale donorer som Norad og multilaterale som WHO er det få prosjekter om mental helse sammenliknet med f.eks. infeksjonssykdommer (2).

I mange land kan stigma forbundet med psykisk og nevrologisk sykdom og psykisk utviklingshemning være knyttet til familier i flere generasjoner. Det kan føre til sosial isolasjon, økonomiske vanskeligheter og dårligere behandling også for somatiske lidelser (4). Stigmatiseringen er sterkest, og konsekvensene i form av sosial eksklusjon mest dramatiske i fattige land, noe som fører til at pasientene ikke oppsøker helsetjenesten med sine psykiske plager. De oppsøker i stedet tradisjonelle healere eller gjemmes bort og blir en omsorgsbyrde for familien. I mange land, særlig de minst utviklede, er det også stigma beheftet med å arbeide i psykiatrien (4).

Konsekvensene av psykiske sykdommer

En rekke studier viser at depresjon og alkohol- og stoffmisbruk gir kognitive vansker og dårligere medvirkning i behandlingen av livstruende sykdommer som hiv/aids og tuberkulose, særlig i Afrika. Malaria kan i alvorlige tilfeller gi sym-

ptomer forenlig med depresjon, mani, psykose, angst og konfusjon. Det samme gjelder for antimalariamedikamenter som klorokin, kinin og meflokin. Studier viser at malaria kan ha effekt på kognitive funksjoner, og hos barn er det funnet langtidseffekter på kognitiv utvikling etter cerebral malaria (5).

Det er høyere forekomst av postpartum-depresjoner i fattige land enn i rike, og dette er i særlig grad knyttet til jentefødsler. Det er også vist at antenatal depresjon hos gravide øker risikoen for lav fødselsvekt, noe som gir betydelig økt risiko for tidlig død. Perinatal depresjon har i flere studier i utviklingsland vist seg å øke risikoen for underernæring etter seks måneder (3). Mødre som har god mental helse klarer å gi sitt barn mer brysternæring og makter å gi bedre omsorg og generell ernæring av utsatte barn enn mødre som lider av psykiske plager (6).

Tilgjengelige ressurser

Til tross for den betydning mental helse har for den generelle folkehelsen, er det fortsatt en firedel av verdens land som ikke har en politisk vedtatt strategi for mental helse. 40 % av slike politiske dokumenter ble vedtatt for over 15 år siden. Bare 69 % av verdens befolkning er dekket av lover for mental helse. Halvparten av disse er eldre enn 15 år og 16 % ble vedtatt før 1960. I mange land er psykisk sykdom unntatt fra uførestønad og andre medisinske støtteordninger, og i de fleste mellominntektsland og enkelte rike land gir psykiske lidelser ikke rett til å tegne private helseforsikringer (7).

Under halvparten av alle lavinntektsland tilbyr psykiske helsetjenester i nærmiljøet og bare ca 60 % av landene i verden har utdanninger som gir kunnskap og trening i psykisk helsearbeid. Det er også en stor mangel på sengeplasser i lavinntektsland. Mens det i rike land er åtte psykiatriske senger per 100 000 innbyggere, er det tilsvarende tallet 0,34 i fattige land. I en