

## Fra kooperasjon til kapitalisme

### Kinesisk lege ny WHO-leder

Margaret Chan er valgt til ny generaldirektør i Verdens helseorganisasjon (WHO). Hun kommer fra stillingen som assisterende generaldirektør med ansvar for bekjempelsen av smittsomme sykdommer og har i mange år arbeidet med offentlig helsearbeid i Hongkong. Hun er utdannet lege i Canada og har en mastergrad i folkehelse fra Singapore.

Valget av Chan som ny WHO-leder etter Lee Jong-Wook fra Sør-Korea, som døde i mai 2006, er en stor seier for Kina. Valget styrker arbeidet med å få Kinas store befolkning med i det globale helsearbeidet organisasjonen driver.

Chan sier hun vil prioritere to arbeidsområder: Afrika og kvinnehelse (1), men hun står også overfor store utfordringer når det gjelder infeksjonsovervåking, primærhelsetjenester som basis for alle helsetjenester, migrasjon av helsepersonell fra fattige til rike land og ressursprioritering. Hun må også ta fatt i WHO's interne ledelsesstruktur og -kultur.

Malaria, tuberkulose, hivinfeksjon og høy barnedødelighet i mange land krever omfattende tiltak fra verdenssamfunnet. Som Chan uttrykte det i sin takketales til Verdens helseforsamling i november: Mangel på ressurser og politisk engasjement kan ofte være de virkelige morderne (1).

### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. Dr Margaret Chan to be WHO's next director-general. World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr66/en/index.html> (28.11.2006).

Forskjellene mellom rike og fattige øker i dagens Kina, også når det gjelder tilgangen på psykiatriske helsetjenester. Mangelen på en landsomfattende lov om psykisk helsevern innebærer svake rettigheter for pasientene, blant annet ved tvangsinnleggelse.

Den økonomiske utviklingen i Folkerepublikken Kina de siste 20 årene har ført til store forskjeller mellom by og land. Det er vesentlig bybefolkningen som har nytt godt av den økonomiske fremgangen. Dette gjelder også tilgangen på helsetjenester. Det er markedet som styrer helsevesenet, og de beste helsetjenestene tilbys der det er en betalingsdyktig befolkning, det vil si i byene, mens folk på landsbygda mangler det mest grunnleggende helsetilbudet.

### Psykisk helsevern i Kina

Kina mangler fortsatt en landsdekkende lov om psykisk helsevern. Det er ikke uvanlig at provinsene innfører lover før de får en lov som gjelder for hele landet, og Shanghai vedtok sin egen lov om psykisk helsevern i 2002. Beijing ventes å få sin lov neste år. Det foreligger nå et utkast til en landsdekkende lov i en 15. versjon til behandling i departementene, og loven kan forhåpentligvis bli vedtatt av folkekongressen før de olympiske sommerlekene i 2008.

Under et seminar om lov om psykisk helsevern og etikk, som ble arrangert i Suzhou, en times kjøring fra Shanghai, i september 2006, kom det frem at mangelen på lovverk fører til uklare rettigheter for pasientene. Det finnes ingen klare prosedyrer for tvangsinnleggelse og tvangsbehandling. Familien, oftest foreldre eller ektefelle, kan avgjøre om det skal foretas tvangsinnleggelse eller ikke, og legene må ved hver tvangsinnleggelse bruke sitt skjønn og egne erfaringer. Riktignok skal tvangsinnleggelse godkjennes av to leger, men pasientene har ingen klagemuligheter.

Seminalet i Suzhou var det fjerde i rekken i et samarbeid som Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter har hatt med kinesisk psykiatri siden 2003. Seminarene støttes økonomisk av Utenriksdepartementet i Norge. Tema for samarbeidet har vært pasientrettigheter, menneskerettigheter og etikk i psykiatrien, og dette seminaret samlet 60 nøkkelpersoner fra ni provinser. Våre samarbeidspartnere er den kinesiske psykiatriske forening og en nystartet psykiaterforening som er dannet for blant annet å utvikle en strukturert spesialistutdanning i psykiatri. Samarbeid



om menneskerettigheter og etikk i psykiatrien inngår i arbeidet med å utvikle en slik spesialistutdanning. Målet er å utdanne minst én psykiater i hver provins, som så i neste omgang skal være ansvarlig for å organisere spesialistutdanning lokalt.

### Suzhou psykiatriske sykehus

Det er fortsatt ikke vanlig med åpne psykiatriske avdelinger i Kina. Tang Jin var synlig stolt da hun viste oss den åpne psykiatriske avdelingen hun leder ved Suzhou psykiat-



Tang Jin, overlege ved Suzhou psykiatriske sykehus. Alle foto Bjørn Oscar Hoftvedt



Pasientene hadde egne skap med mat



Enerom på mannsavdelingen ved Suzhou psykiatriske sykehus

riske sykehus. Sykehuset betjener en befolkning på ca. 6 millioner. Sykehuset har om lag 500 pasienter, hvorav om lag 180 er i åpne avdelinger. Tangs avdeling har 46 pasienter, fem leger og ti sykepleiere. Totalt er det rundt 80 leger og 200 sykepleiere ved sykehuset. Sykehuset har også en poliklinisk avdeling, som behandler ca. 1 000 pasienter hver dag.

Liggetiden ved den åpne avdelingen var gjennomsnittlig tre måneder, fortalte hun oss, men noen pasienter hadde vært der i mange år, enkelte opptil 30 år. Oppholdet deres blir betalt av staten gjennom det gamle, kooperative finansieringssystemet for helsetjenester. Andre pasienter måtte selv dekke kostnadene for behandling og opphold, dersom ikke de selv eller arbeidsgiver hadde tegnet sykeforsikring.

Men det er få i Kina som har sykeforsikring. Ifølge en levekårsundersøkelse i de vestlige delene av Kina har bare 14 % av befolkningen på landsbygda en form for sykeforsikring, mens andelen i byene er på 42 % (1). Nå er riktignok de vestlige provinser de fattigste i Kina, men ifølge Verdensbanken mangler 80 % av landsbybefolkningen og nær 50 % av folk i byene i hele Kina helseforsikring (2). Dette betyr at nær 800 millioner mennesker er uten sykeforsikring. Resultatet er at mange kinesere ikke har råd til å oppsøke helsevesenet og forblir ubehandlet, eller at de setter seg i stor gjeld. Fra 1978 til 2003 har andelen privat finansiering av helsetjenester økt fra 20 % til 60 % (3). I motsetning til hva som er tilfellet i de fleste andre land, må befolkningen også betale for vaksinasjoner av barn.

### Nye finansieringsordninger?

Ved Suzhou psykiatriske sykehus betaler de fleste pasientene for opphold, behandling

og medisiner. Pasientene har egne skap der de oppbevarer sin egen mat. Våre samarbeidspartnere i Kina er svært bekymret for utviklingen i det kinesiske helsevesenet og ønsker en bedre offentlig finansiering. De mener at de går på akkord med både menneskerettigheter og legeetikk når pasienter blir avvist på grunn av manglende økonomi.

Kinesiske myndigheter er opptatt av stabilitet og bekymret for at forskjellene i tilgangen på helsetjenester vil kunne skape uro i provinsene. De har innsett at noe må gjøres med finansieringen av helsetjenester. Kina prøver nå ut en ny versjon av den kooperative finansieringsordningen, som i 1970-årene dekket om lag 90 % av befolkningen, men som kollapset i 1990-årene. I 300 fylker utprøves nå en ordning med «spleiselag» mellom husholdninger, fylke og stat, men innbetalingene er så små at ordningen sannsynligvis bare vil dekke ca. 20 % av en families helsekostnader per år (2). I Suzhou gjennomføres et prøveprosjekt med økonomisk støtte fra lokale myndigheter og sykeforsikringen. Midler som er bevilget til psykiatrien, må vanligvis benyttes til sykehusbehandling. I Suzhou har man likevel fått mulighet til å følge opp pasientene poliklinisk på pasientens hjemsted, slik at pasienten kan skrives ut fra sykehuset tidligere. Det betyr at kostnadene per pasient blir lavere, og at flere kan få tilbud om behandling.

Kinas strategi med vekt på forbyggende medisin, massemobilisering og helsekampanjer ble forlatt samtidig med utviklingen av kollektivene på landsbygda og innføringen av markedsøkonomi. I de senere årene har markedet drevet frem et helsevesen med sterkere vekt på kurativ høyteknologisk medisin (4).

En undersøkelse fra 2001 fra 46 fylker

viste at 70 % av landsbylegene ikke hadde mer enn 20 måneder medisinsk utdanning etter videregående skole (5). Det ble også registrert overforbruk og feilbruk av medisiner. Ettersom inntektene til helsevesenet i hovedsak enten kommer direkte fra pasienten eller fra sykeforsikringsordninger, kan det være økonomiske motiver bak overforbruket av legemidler. Mange mener at behandlingen av psykisk syke bærer preg av at myndighetene er mer opptatt av sikkerhet og sosial kontroll enn av pasientrettigheter (6).

### Utfordringer

Kina står overfor formidable utfordringer innen psykiatrien. Om lag tre firedeler av alle psykiatriske innleggelses skjer med tvang. Uten en lov som klart uttrykker hvem som kan forordne tvang, hvilke rettigheter pasientene har, og hvem som er faglig ansvarlig, kan pasientene bli overlatt til tilfeldighetene. Vi har hørt historier om tilfeller der arbeidsgiver, naboer eller familie har bedt om innleggelse, og der pasienten er blitt lagt inn, fordi noen kunne betale. Det er betalingen mer enn sykdommen som avgjør om pasienten får behandling eller ikke. Riktignok finnes det også psykiatriske sykehus som drives av departementet for sivile saker, men her er det mer snakk om oppbevaring enn om behandling.

Vi fikk opplyst at det på landsbasis i Kina finnes om lag 575 psykiatriske sykehus med til sammen 110 000 senger og med nærmere 17 000 leger, hvorav færre enn 200 er spesialister i psykiatri. Å styrke den faglige kompetansen hos det medisinske personalet vil derfor kreve store ressurser. Det er et beundringsverdig arbeid de kinesiske psykiatri- og psykiaterforeningene har tatt fatt på. I tillegg til å styrke den kliniske kompetansen må det drives et omfattende hold-

ningsskapende arbeid, både blant egne ansatte og overfor opinionen. Særlig på landsbygda er det å ha en psykisk lidelse svært stigmatiserende. Det har vært lite åpenhet rundt psykisk sykdom i Kina, slik som i de fleste andre land. Familier som ikke har råd til å betale for behandling, prøver å skjule den syke for omverdenen på grunn av myter og overtro om at hele familien er rammet.

Vi opplever at deltakerne på seminarene har utviklet seg i en retning der de nå erkjenner at noe må gjøres for bedre å ivareta psykiatriske pasienters rettigheter. På det første seminaret i 2003 var få av deltakerne klare for å drøfte etikk og pasientrettigheter, men dette har endret seg. På det siste seminaret var det avsatt mye tid til gruppearbeid, og flere av gruppeoppgavene handlet om tvangsinnleggelser. Diskusjo-

nene var livlige, og deltakerne ga åpent uttrykk for uenighet.

Det neste seminaret vil i hovedsak bli basert på enkeltkasuistikker som metode for å ta opp aktuelle etiske dilemmaer, slik som informert samtykke, tvangsbehandling, bruk av medikamenter og forskning.

**Bjørn Oscar Hoftvedt**

*bjorn.oscar.hoftvedt@legeforeningen.no*

**Eline Thorleifsson**

**Kristian Hagestad**

**Bjørn Blomberg**

**Sidsel Rogde**

**Arvid Nedal**

Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter  
Postboks 1152 Sentrum  
0107 Oslo

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

**Litteratur**

1. National Research Center for Science and Technology for Development and FAFO Institute for Applied International Studies. Life in Western China. Beijing: China Statistics Press, 2006.
2. The World Bank. Rural health insurance – rising to a challenge. Rural health in China. Briefing Note No. 6. Washington, D.C.: The World Bank, 2005.
3. The World Bank. Public expenditure and the role of government in the Chinese health sector. Rural health in China. Briefing Note No. 5. Washington, D.C.: The World Bank, 2005.
4. Chen M-S. The great reversal: transformation of health care in the Peoples Republic of China. I: Cockerham WC, red. The Blackwell companion to medical sociology. Oxford: Blackwell, 2005: 456–82.
5. The World Bank. Health delivery in China: a review. Rural health in China. Briefing Note No. 4. Washington, D.C.: The World Bank, 2005.
6. Chang DF, Kleinman A. Growing pains: mental health care in a developing China. Yale-China Health Studies Journal 2002: 1: 85–98.

*Manuskriptet ble mottatt 10.11.2006 og godkjent 28.11.2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*