

Detta verk är licensierat under Creative Commons Erkännande-Ickekommersiell-Inga bearbetningar 2.5 Sverige licens. För att se en kopia av denna licens, besök <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/se/> eller skicka ett brev till Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California, 94105, USA.
Material som publiceras i Merdeka & ÖsttimorInformation kan också publiceras i <http://www.globalarkivet.se>.

Östtimors långa väg till hälsa

Del 1

I våras befann jag mig på resande fot under ett par månaders tid. Jag och min flickvän hade rest i Indonesien i sex veckor, och av nyfikenhet ville jag gärna även se Timor-Leste och Västpapua, två regioner som utanför aktivistcirkel är okända för allmänheten. Därför fortsatte jag resan dit på egen hand, när hon flög vidare till Indien. Väl på plats i Dili slogs jag av kontrasten mellan de otaliga NGO:s som är verksamma där och vilka banala hälsoproblem befolkningen dras med. En fråga tog form: vilka steg har Östtimor kunnat ta mot en bättre hälsa för allmänheten, på de dryga 15 årens självständighet, och vilka utmaningar kvarstår? Jag inleder med den tillgängliga statistiken, går därefter vidare till mina personliga intryck för att avsluta med diskussion och ett försök att svara på ovanstående fråga.

Till att börja med ser sjukvården i städerna och på landsbygden mycket annorlunda ut. I städerna finns

sjukhusen att tillgå för såväl banala som allvarliga åtkommar, medan vården på landet bedrivs av de 131 hälsovårdscentralerna eller så kallade SISCa:s^[2] ('Integrated Community Health Services'), som är ett slags ambulanssjukvårdsteam som besöker byarna en gång i månaden sedan 2008. Vidare finns också ett stort antal NGO:s verksamma i olika delar av landet (främst kring Dili), med olika målsättningar som sina hjärtefrågor.

För läsarna är det säkert bekant att en stor del av sjukvårdspersonalen, som var indoneser, lämnade landet i samband med den indonesiska militärens "reträtt" 1999 (en reträtt som även lyckades förstöra i princip all infrastruktur i landet, inklusive sjukvårdsinrättningar). Sedan tio år finns ett samarbete med Kuba, som utbildar 800-1 000 timoresiska läkarstudenter (Timor-Leste betalar deras fickpengar motsvarande 100 USD/månad, i övrigt står Kuba för deras kostnader) och som även skickar kubanska specialister till T-L. Det erbjuds även (små) möjligheter till att specialisera sig utomlands.

Tillgången till högspecialiserad vård är i det närmaste noll. Särskilt avancerade fall kan skickas till grannländer (ofta Malaysia, Bali/Surabaya, Singapore) efter att en *junta medica* sammanträtt, men det är ytterst ovanligt för vanliga människor utan förbindelser till den politiska eliten att få den möjligheten. Det finns en

Fortsättning på sidan 3

Fortsättning från sidan 3

skiktröntgenapparat i landet, som är ökad för att gå sönder. Det finns ingen behandling för cancer. En del NGO:s, exempelvis Bairo Pite Clinic i Dili, kan genom kontakter ge patienter tillgång till högspecialiserad vård utomlands.

Bakgrund och DHS 2009-2010

Till min hjälp hade jag Demographic and Health Survey 2009-2010^[1] (hädanefter DHS), regeringens omfattande, men tekniskt inte fulländade, hälsoundersökning som baseras på intervjuer med 11 463 hushåll (bestående av 13 137 kvinnor och 4 076 män i åldrarna 15-49) i de olika distrikten, i städer såväl som på landsbygd. Trots att man kan förvänta sig att såväl befolkning som intervjuare tenderar att svara och tolka svaren optimistiskt är det en dystert bild som målas upp i rapporten, men tyvärr bara alltför vanlig i krigshärjade och fattiga områden: en ung befolkning (45% av östtimoreserna är under 15 års ålder), stora familjer (i snitt föder varje kvinna nästan sex barn - det högsta talet i Sydostasien), låg utbildningsnivå och därtill horribla siffror för undernäring, mödrhälsovård samt infektionssjukdomar.

Att utbildning är mer än en ekonomisk fråga framgår tydligt av att kvinnor som har mer än gymnasieutbildning i snitt endast har 2,9 barn (hälften av riksgenomsnittet). Av blivande mödrar genomgår 86% någon slags hälsoundersökning hos läkare, sjuksköterska eller barnmorska. Över hälften av gravida kvinnor sover utan myggnät trots de höga förekomsten av myggburna infektionssjukdomar. Endast 20% föder vid en hälsovårdscentral/sjukhus (53% i städer, 12% på landsbygden) och endast 30% i närvaro av en utbildad vårdpersonal (18% hos traditionella 'birth attendants'). Siffrorna avslöjar inte vad en hälsoundersökning består av, eller vilka resurser som står till buds vid födsel på en hälsovårdscentral, utan ger bara en fingervisning. Mödradödligheten (maternal mortality ratio, ett ofta använt mått på generell hälsa och välbefinnande i ett land) är hela 557 per 100 000 levandefödda barn (motsvarande siffra i Sverige brukar anges 4/100 000) även om nya siffror tyder på en sjunkande trend. Rapporten slår fast att 42% av dödsfall hos kvinnor i fertil ålder är graviditetsrelaterade.

Vad gäller barnens hälsa rapporteras 'under five mortality rate' (hur stor andel av barnen som kan förväntas dö under fem års ålder) till 64/1 000 levandefödda (Sverige: 3), och spädbarnsdödlighet (dödlighet under ett års ålder) till 45/1 000. Det är inte förvånande med tanke på att 58% av barnen under fem år är kortvuxna, 19% utmärklade, 45% underviktiga och 38% inte får i sig det dagliga minimala kalorikravet enligt WHO. Siffrorna speglas av DHS' mätningar av blodvärdet på 1/3 av kvinnorna och barnen i hushållen, vilka avslöjar blodbrist hos 21% av kvinnor, 28% av gravida (blodbrist är normalt vanligare i samband med graviditet) och 38% hos barn under sex års ålder. Likaså genomgår endast dryga hälften av barnen

vaccinationsprogrammet, och 23% är inte vaccinerade alls. Endast hälften av spädbarn under sex månaders ålder helammas - de flesta börjar tidigt att matas.

Föräldrar har frågats vid vilka situationer de konsulterar sjukvården, varpå man har fått fram löjligt höga siffror (förmodligen från föräldrar som vill vara till lags) såsom att: 71% av barn med symptom på luftvägsinfektion, 72% av barn med diarré och 73% av dem med feber tas till hälsovårdscentraler. Det är knappast trovärdigt (eller ens önskvärt för den delen) eftersom även fullt friska barn kan drabbas av lättare infektioner, som de oftast läker ut. Ett rimligare tillvägagångssätt hade varit observationer vid hälsovårdscentralerna.



Fjäderfän rotar i en öppen avloppskanal.

Vad gäller infektionssjukdomar, fattigdomens eviga följeslagare, rapporteras en låg förekomst av HIV (350 fall totalt i landet). Det beräknas att 800/100 000 lider av tuberkulos (TB) och att 1 000 dödsfall 2013 kunde tillskrivas TB. Endast sju kända fall av co-infektion HIV-TB är kända. Siffrorna för malaria har förbättrats betydligt på endast ett par år, enligt WHO från 48 000 fall 2010 till endast 5 200 fall 2012 (kritiker, exempelvis Dr Murphy på BPC, menar att siffrorna är en lycklig slump snarare än resultat av malariabekämpning - mer om detta i den avslutande delen). WHO uppskattar att 47% av dödsfall antingen beror på undernäring, infektionssjukdomar eller är graviditetsrelaterade (20% hjärtkärlsjukdomar, 11% cancer, 9% olyckor och skador).

Rundvandring och egna intervjuer

Dili

Under en av mina rundvandringar i Dilis ytterområden gick jag slumpmässigt in på hälsoministeriets distriktskontor i Lahane, där jag fick möta Dr Telma J Corte Real de Oliveira, som är koordinator på kontoret där 205 personer arbetar, och även ansvarig för Global Funds (en NGO som bekämpar HIV, tuberkulos och malaria) verksamhet i T-L. Trots att vi inte hade bestämt



Den 27 meter höga Kristusstatyn i Dili.

träff var hon generös med sin tid och gav mig under två timmar en översiktsbild av tillståndet i landet. Enligt henne är det inte främst brist på resurser som hindrat en bättre hälsa, så mycket som bristfälliga prioriteringar i kombination med sociala frågor som utbildningar och kulturella faktorer som beslutsfattande (i den typiska familjen bestämmer maken och svärmorn över kvinnan i hushållet), vilket kan påverka kvinnors tillgång till sjukvård. Hon minns också tillståndet i Timor just efter självständigheten, då endast uppskattningsvis 20-50 läkare och ca 200 sjuksköterskor fanns i hela landet. Idag är situationen en annan och landet börjar få sina första egna specialläkare. Vad gäller HIV berättade hon att tillgång till HIV-behandling (i form av ARV, antiretroviral behandling) är tillgänglig och gratis, men att sjukdomen liksom i många andra länder är kraftigt stigmatiserande. Ett screeningprogram vid gränsen mot Västtimor vore ett tänkbart sätt att ha bättre kontroll på omfattningen, med tanke på att det där förekommer en hög andel rörlig arbetskraft i form av oljearbetare, militärer, chaufförer, m.fl. vilket tyvärr också medför högre förekomst av prostitution.



Dr Telma J Corte Real de Oliveira, hälsoministeriet.



Hälsoministeriets distriktskontor, Lahane.



Gamla militärsjukhuset i Lahane.

Dr Cortes chaufför skjutsade mig därefter till det gamla militärsjukhuset i Lahane, strategiskt belägen på en brant kulle, och som under ockupationstiden användes av indonesisk militär för att dels ta hand och sårade, och dels tortera misstänkta FRETILIN-medlemmar och sympatisörer. Till min förvåning stötte jag på flera familjer som var bosatta i de gamla sjukhussalarna. Den f.d. FN-tolken Lito, som var på väg hem med sin dotter Livia, berättade att han och hustrun tillsammans med sina två barn bodde i ena sjukhuspaviljongen, där de tack vare hälsoministeriet hade tillgång till rinnande vatten och elektricitet. Jag noterade att gammalt sjukhusmaterial användes till vardagsbestyren: en rondskål till disk och tvätt, två omkullvälta sjukhussängar som inhägnader för familjens grisar i loftgången. I matsalen tillagades maten över öppen eld.



Lito bodde med sin familj i det nedlagda sjukhuset.

Lite högre upp på kullen mötte jag även familjen Leny

Marlina, Julio Pereira Marçal och två av deras söner. Leny Marlina är indonesiska men bodde i T-L sedan 30 år. Julio var f.d. chaufför för UNCTAD fram till 2002. I samband med konflikten 2006, säkert bekant för läsarna, flyttade de hit upp till kullen av skäl som jag inte riktigt fick klart för mig. Totalt levde de åtta personer i den övergivna intensivvårdsavdelningen, och även här hade sjukvårdsmaterialen används på finurliga sätt. En intensivvårdssäng användes till tvätt och upphängning av kläder, en värmekuvös för nyfödda användes som bord - de hade det ombonat och hemtrevligt. Precis som de flesta familjer jag mötte var de gästvänliga, öppna och varma människor.



Julio och Leny Marlina bodde med sina barn i de gamla intensivvårdssalarna.

Lospalos

Det tog mig nästan ett helt dygn att ta mig till och från Lospalos (215 km från Dili), i en minibuss på skandalöst dåliga vägar. Väl på plats hade jag sällskap av två fantastiskt hjälpsamma timoreser, Alice och Osvaldo, som jag fick kontakt med genom gemensamma bekanta. De var alldeles oumbärliga som översättare och guider. Under mitt besök där tittade jag in på distriktsjukhuset, som var relativt nybyggt, mycket rent och hade separata byggnader för de olika enheterna. Där fanns bland annat en infektionsavdelning, mödravårdsavdelning, förlossningsrum, ögonmottagning, en spliterny ambulans och apotek.



Distriktsjukhuset i Lospalos.



Bernardo Amaral Lopez, medicinskt ansvarig på distriktsjukhuset i Lospalos.

Genom kontakter fick jag tillfälle att intervju distriktssjukhusets högsta medicinskt ansvarige: Bernardo Amaral Lopez, sjuksköterska med 24 års yrkeserfarenhet. Sjukhuset har sju timoresiska läkare, två kubanska läkare, sex sjuksköterskor, fyra 'assistants', tolv barnmorskor, två dietister, en tandsköterska och tre farmaceuter. Sjukhuset koordinerar sju hälsovårdscentraler i tio omgivande byar. Han bekräftade att patienterna inte betalar några avgifter, inte ens för sjukhusmaten. Han uppfattade den huvudsakliga utmaningen som befolkningens utbildningsnivå (hälften är analfabeter i distriktet) och antalet sjuksköterskor och barnmorskor. Den största skillnaden efter självständigheten är att man har timoresiska läkare (om än ännu oerfarna) och kubanska istället för indonesiska.

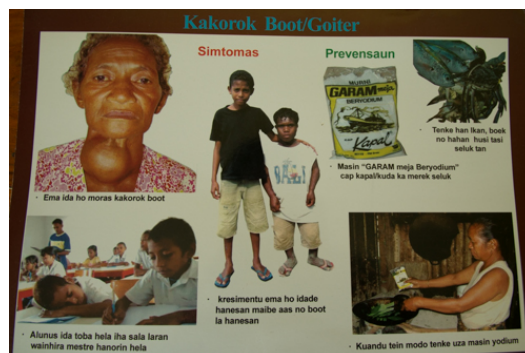


Artikelförfattaren i diskussion med en av farmaceuterna.



Det medicinska förrådet: prydligt, rent, med bra lager av basala läkemedel, dropp och enklare bandage.

Pedro dos Santos, sjuksköterska med sjutton års yrkeserfarenhet, bekräftade att tillgången till basala mediciner oftast är tillräcklig. Däremot saknar sjukhuset möjligheter att handlägga traumapatienter (bl.a. saknas kirurgiskt materiel), som skickas direkt vidare till Baucau. Då jag besökte farmaceuterna bekräftade de att medicinlagret var tillräckligt för de vanligaste patienterna.



Affisch som informerar om struma och brist på sköldkörtelhormon på tetum.



Horacio och hans familj.

Jag och Osvaldo besökte hälsocentralen i Nairete, där vi mötte Horacio, som bemannar hälsocentralen som volontär sedan tio år. Enligt honom var det oftast infektiösa symptom som feber, hosta och diarré som föranledde de flesta besök. Han hade inga diagnostiska möjligheter eller mediciner, så oftast bestod hans behandlingar i allmänna råd (att kyla ned ett febrigt barn, smörja med kokosolja) och ibland i örtbehandlingar (t.ex. vid diarrésjukdom). Mer allvarligt sjuka patienter hänvisade han vidare till distriktssjukhuset i Lospalos. Han angav de dåliga transportmöjligheterna som det huvudsakliga hälsoproblemet för befolkningen.



Vägen från Nairete.



Linda med sin yngsta.

I ett närliggande hus besökte vi Linda Amaral, hemmafru med fem barn, för att diskutera "tillgängligheten" till sjukvården (vilket ju diskuteras flitigt även i Sverige - men betyder något helt annat här). I hushållet fanns även maken och svärmormen, för tillfället ute. De hade såväl elektricitet som rinnande vatten (oftast). Hon berättade att hon så sent som igår tagit sina barn till distriktssjukhuset pga två veckors hosta och trötthet. Där malariatestadades alla barnen, men den äldste sonen (elva år) förskrevs febernedsettande, antibiotikum (amoxicillin), samt vitaminer mot luftvägsinfektion. De var på plats klockan åtta och fick vänta tre timmar allt som allt. Linda bekräftade att de inte behövde betala något. Om de hade gått direkt till apotek på annan ort skulle de behövt betala motsvarande 3-7 USD.



Natalia och Stanislau med barnen.

I byn Raça hälsade vi på familjen de Castro/Cabral, bestående av Stanislau och Natalia och deras nio barn. De försörjer sig på majsodling och boskapsuppfödning. Natalia berättade att samtliga nio var födda på sjukhus, utan komplikationer. Samtliga familjemedlemmar angavs vaccinerade och alla sov under myggnät. Ingen familjemedlem hade haft TB - tvärtom angavs de allihop som kärnfriska. Innan vi gick uppmanade jag Stanislau att sluta röka för att bli av med sin hosta, vilket han till övriga familjens förnöjelse lovade.



Ilario och Lina med barnen.

Senare besökte vi Ilario Silveira och Lina Fernandez, två unga föräldrar med fem barn mellan sju månader och åtta års ålder. Även de försörjde sig på majsodling men hade ingen boskap. Ilario, vars föräldrar bor i ett närliggande distrikt och är sjukliga (jag fick aldrig veta varför), blev märkbart uppbragt då vi pratade om tillgången till sjukvård. På grund av de ytterst svåra transportförhållandena hade föräldrarna ofta svårt att ta sig till vården, vilket vägde tungt på hans sinne.



Personalen på Trisula hälsovårdscentral: Aurelia, farmaceut; Elizita, läkare samt Matilde, sjuksköterska.



Nästa dag besökte vi den nya hälsovårdscentralen i Trisula (den gamla brändes ned av indonesisk militär i samband med "reträten" och används numer som svinstia). Där pratade jag med farmaceuten Aurelia da Costa, som än en gång bekräftade tillgången till vardagliga mediciner (och som för övrigt hade mycket bra koll på biverkningarna till de mediciner som fanns i förrådet, som tecken på en gedigen teoretisk utbildning). En intressant diskussion följde när Elizita de Oliveira, Kubautbildad läkare och Matilde de Jesus, erfaren sjuksköterska, anslöt. De huvudsakliga hälsoproblemen i närområdet ansågs vara infektionssjukdomar som gastroenteriter och luftvägsinfektioner (ffa under regnsäsong) men även i svenska ögon vanliga vårdcentralsärenden som huvudvärk och högt blodtryck. Vad gällde mödrhälsovården var det slående att de familjer som bodde nära betydligt oftare kom för sina avtalade kontroller - ännu ett tecken på att den bristande infrastrukturen begränsar tillgången till sjukvård. Jag frågade Elizita om hon kände sig väl förberedd på att arbeta i Timor, med tanke på att hon utbildats på Kuba (många som jag pratade hade en skepsis mot att "Kuba-läkarna" inte skulle hålla måttet). Hon var nöjd med sin utbildning men frustrerades över avsaknaden av ett socioekonomiskt och holistiskt perspektiv på hälsa, och att man borde efterlikna den kubanska modellen vad gäller detta. Tillgång till hus, avlopp, infrastruktur likväl som jordbruksproduktion, -subventioner, välfärd och utbildning bör ses som intimt sammanbundna med befolkningens hälsa. Hon hoppades på att landets nye ledare (Rui Maria de Araújo, utsedd till premiärminister endast tre veckor innan intervjun och själv läkare) ska kunna koordinera ekonomi, jordbruk och sjukvård till bättre hälsa för folket.



Gamla hälsovårdcentralen i Trisula.



Affisch som informerar att myggnät inte bör användas till fiske eller för att skydda grödor.



Mother support group.



Jag fick även tillfälle att besöka en mödragrupp ('mother support group', MSG) där två deltagare från en NGO utbildade en mödragrupp i hälsofrågor. Någon timme senare besökte vi Felis Bela Bareto Morais i byn Sepelata, som tidigare hade arbetat som hälsovolontär men som sedan 2004 odlade majs, kokosnötter, cassava, m.m. Hon var fembarnsmor och av nyfikenhet frågade jag henne symptomen på malaria, och mycket riktigt svarade hon: feber, frossa, svettningar, hosta, aptitlöshet. Med den utbredda undernäringen i åtanke frågade jag vad som utgjorde en näringsriktig diet, varpå hon svarade: en variation av grönsaker, och animalier om tillgängliga. Hon försökte se till att familjen fick kött, fisk eller ägg att äta åtminstone en gång i veckan.



Felis med två av sina barn och fyra grannbarn.

I nästa nummer av Merdeka & ÖsttimorInformation skriver författaren i del 2 av artikeln om Bairo Pite Clinic i Dili och sammanfattar sina observationer.

Pouya Ghelichkhan,
pouya.ghelichkhan@gmail.com

Källor: [1] Timor-Leste, Demographic and Health

Survey 2009-2010 <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr235/fr235.pdf>

[2] Hälsoministeriet; SISCa <http://www.moh.gov.tl/?q=node/82>

[3] WHO <http://www.who.int/countries/tls/en/>

[4] World Bank http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?order=wbapi_data_value_2013+wbapi_data_value+wbapi_data_value-last&sort=asc