

Respons

Bangladesh: Helsesektoren og offentlige helsetjenester

- Generelt om helsesituasjonen
- Tilgang på kvalifisert helsepersonell
- Offentlige helsetjenester
- Legemidler

Generelt om helsesituasjonen

Bangladesh har gjort store fremskritt innen helsesektoren de siste årene. Dette ble fremholdt av Verdens helseorganisasjon (WHO) i møte med Landinfo i Dhaka i mars 2014, og vises også på ulike helseindikatorer.

For eksempel har forventet levealder ved fødsel¹ steget fra 60 år i 1990 til 70 år i 2012 (WHO u.å.). Til sammenlikning er tallene for Norge henholdsvis 77 år (1990) og 82 år (2012). Bangladesh har lavere spedbarns- og barnedødelighet enn nabolandene India, Pakistan og Nepal, selv om landet er langt fattigere enn både India og Pakistan (IRIN 2013). Av nevnte fire land, har Bangladesh den høyeste vaksinasjonsraten: 86 prosent av barn mellom ett og to år er vaksinert i henhold til internasjonalt anbefalte standarder. Videre har Bangladesh det mest utbredte familieplanleggingsprogrammet (52 prosent av gifte kvinner under 50 år bruker moderne prevensjonsmetoder), og den laveste mødredødeligheten (194 per 100 000 levendefødte), til tross for at relativt få (32 prosent) fødte med en utdannet jordmor til stede (IRIN 2013).

Bangladesh har på mange måter opplevd en helserevolusjon. Mødredødeligheten er redusert med 75 prosent siden 1980, barnedødeligheten er mer enn halvert siden 1990, og forventet levealder er høyere enn i India og Pakistan (Abed 2013). WHO (møte i Dhaka, mars 2014) mente at Bangladesh skårer veldig godt på flere helseindikatorer, når en tar landets unge alder, store befolkning og utbredte fattigdom i betraktning.

Det er imidlertid ikke tvil om at Bangladesh har helserelaterte utfordringer, for en stor del knyttet nettopp til overbefolkning og fattigdom. Med en befolkning på mer enn 165 millioner

¹ Gjennomsnitt av forventet levealder ved fødsel for kvinner og menn.

på et areal som er under halvparten av Norges², er Bangladesh blant verdens tettest befolkede land. Fattigdom er utbredt; 31,5 prosent av befolkningen lever under fattigdomsgrensen³ (CIA u.å.). Som en konsekvens er under- og feilernæring, med tilhørende sykdommer, svært utbredt.

Høy befolkningstetthet, fattigdom og dårlig hygiene er medvirkende faktorer til at sykdommer spres raskt, og spredning av sykdommer er en konstant utfordring (WHO, møte i Dhaka, mars 2014). WHO pekte videre på at forholdsvis mye trafikk over grensen fra Myanmar til Bangladesh, også bringer med seg sykdommer, som hiv, malaria og tuberkulose. Hiv-raten i Bangladesh er likevel svært lav, med rundt 0,1 prosent hiv-positive mellom 15 og 49 år (World Bank u.å.). Når det gjelder tuberkulose, tilhører Bangladesh en gruppe land med høyest forekomst i verden av denne sykdommen. Bangladesh hadde i 2012 en utbredelse av tuberkulose på 434 tilfeller per 100 000 personer. Antall nye tilfeller er 225 per 100 000 personer per år, et tall som skal være uendret siden 1990 (World Bank u.å.).

Ifølge WHO (møte i Dhaka, mars 2014) er forekomsten av kronisk nyresvikt forholdsvis høy. Forurenset drikkevann er en av årsakene. Store naturlige forekomster av arsenikk i grunnvannet, og et høyt forbruk av kunstgjødsel, forurenser drikkevannskildene. Ifølge IRIN (2009) har WHO beskrevet det høye arsenikknivået i Bangladesh som «the largest mass poisoning of a population in history». Tilbudet om dialysebehandling skal likevel være svært begrenset, og gis trolig kun ved private klinikker og medisinske høyskoler (*Teaching Hospitals*). Dialysebehandling er ikke gratis.

WHO fortalte videre (møte i Dhaka, mars 2014) at Bangladesh for tiden er erklært «poliofri», hvilket betyr at det ikke har vært noen nye registrerte tilfeller av poliomyelitt (polio) på mer enn fem år. WHO understreket imidlertid at sykdommen kan komme tilbake, da det er polio i regionen (Pakistan), og dette kan spre seg tilbake til Bangladesh igjen.

Tilgang på kvalifisert helsepersonell

Bangladesh har det laveste helsebudsjettet i Sør-Asia, og stort underskudd på kvalifiserte leger og sykepleiere (IRIN 2013). Bangladesh er av WHO betegnet som et land med alvorlig mangel på kvalifisert helsepersonell. Både antall sykepleiere per 1000 innbyggere, og antall sykepleiere per lege, er blant de laveste i verden (Mahmud 2013).

Ifølge *Dhaka Medical College and Hospital* (DMCH, møte i Dhaka, mars 2014) er det én lege per 2500 personer i Bangladesh. Samme kilde opplyste videre at det er dobbelt så mange leger som sykepleiere, altså i gjennomsnitt én sykepleier per 5000 personer. En artikkel som omhandler arbeidskraftkrisen i helsesektoren i Bangladesh, opererer med svært liknende tall, og hevder at det på landsbasis er fem leger og to sykepleiere per 10 000 personer, altså én lege per 2000 og én sykepleier per 5000 personer (Ahmed, Hossain, Chowdhury & Bhuiya 2011). Artikkelen peker videre på at det er store variasjoner innad i landet, med langt lavere lege- og sykepleierdekning på landsbygda enn i byene. Ifølge Mahmud (2013) jobber under 20 prosent av arbeidsstokken innen helsesektoren på landsbygda, selv om 75 prosent av befolkningen bor

² Bangladesh er om lag 144 000 km². Norge er om lag 324 000 km².

³ Nasjonalt overslag over hvor stor prosentandel av befolkningen som faller under fattigdomsgrensen. Definisjon av fattigdom varierer betydelig mellom ulike land, og mer velstående nasjoner anvender generelt mer sjenerøse standarder for fattigdom enn fattige land (CIA u.å.).

der. Det er én lege per 1500 personer i urbane områder, mens forholdstallet er 1:15 000 på landsbygda. Det er også store variasjoner mellom ulike divisjoner⁴. Dhaka har den høyeste legetettheten, etterfulgt av Chittagong (Mahmud 2013). WHO hevdet i møte med Landinfo i mars 2014, at skjevfordelingen av leger er et langt større problem enn at det er for få leger i landet. Dette gjelder både i offentlig og privat sektor.

Ifølge DMCH (møte i Dhaka, mars 2014) jobber 40 prosent av legene i Bangladesh i offentlig sektor, og 60 prosent i det private.

Offentlige helsetjenester

Bangladesh har både offentlige og private helsetjenester. Det private helsetilbudet koster penger, og er derfor ikke reelt tilgjengelig for en stor del av befolkningen. Offentlige helsetjenester over hele landet er i utgangspunktet gratis. Det følgende vil kun omtale den offentlige helsesektoren.

I møtet Landinfo hadde med WHO i Dhaka i mars 2014, fikk vi skissert oppbyggingen og organiseringen av landets offentlige helsetjenester på ulike geografiske og administrative nivå.

Bangladesh er administrativt delt inn i syv *Divisions* (jf. fotnote 4). Hver *Division* er delt inn i *Districts*, også kalt *Zila*, i alt 64 på landsbasis. Distriktene (*District/Zila*) er så delt inn i *Sub-Districts*, enten *Upazila* eller *Thana*. Disse er igjen inndelt i *Union Parishad*, så *Ward*, og til slutt *Village*. Det er om lag 500 *Upazilas*, 4500 *Union Parishads* og mer enn 87 000 *Villages* i Bangladesh (UK Home Office 2013, s. 9).

Fremstillingen i det følgende, som starter med helsetjenester på laveste geografiske nivå, er basert på opplysninger WHO ga i forannevnte møte.

Community clinics

Det eksisterer om lag 12 500 klinikker i nærmiljøet, såkalte *community clinics*, i Bangladesh. Flere landsbyer sokner til en klinikk. Ideelt sett skal det ikke ta lenger tid enn 30-40 minutter å gå fra noen landsby til en *community clinic*. Målet er å komme opp i 18 000 slike klinikker på landsbasis, for å bedre tilgangen til primærhelsetjenester.

Det arbeider ingen leger ved disse klinikkene, men personell som blir kalt *trained community health care providers* og som har om lag tre måneders opplæring. Det er svært sjelden at de får noen videre opplæring, eller oppfølging, utover dette. *Trained community health care providers* kan slett ikke behandle alt, men kan henvise videre til neste helsetjenestnivå, som er *Union Health Centres* (se under). Personellet ved nærmiljøklinikkene (*community clinics*), har lov til å gi ut 27 ulike typer medisiner⁵. Denne medisinen er gratis.

Diabetes er ett eksempel på en sykdom som, hvis ikke det er noen komplikasjoner, kan behandles ved en nærmiljøklinikk.

WHO presiserte (møte i Dhaka, mars 2014) at den mangelfulle opplæringen helsepersonell ved disse klinikkene får, er en stor utfordring.

⁴ Bangladesh er delt inn i syv divisjoner (*Divisions*): Barisal, Chittagong, Dhaka, Khulna, Rajshahi, Rangpur og Sylhet.

⁵ Landinfo har ikke informasjon om hva slags medisin dette er.

Union Health Centres

Neste nivå av helsetjenester er *Union Health Centres* på *Union Parishad*-nivå. Disse helsesentrene/klinikkene har personell med om lag ett års opplæring.

Upazila Hospital

Nivået over *Union Parishad* er *Upazila*. Hver *Upazila* skal ha ett sykehus. Alle sykehusene på dette nivået har leger, men hvor mange varierer. Ideelt sett bør de ha tolv leger, ifølge WHO, men mange har langt færre og noen har kun en eller to. Noen av de større *Upazila*-sykehusene har spesialister, som gynekologer og anestesileger.

Ofte er det ikke nok helsepersonell på *Upazila*-nivå, og mangelen på leger er svært stor ved de fleste *Upazila*-sykehus utenfor Dhaka og andre større byer.

WHO opplyste også at størrelsen på disse sykehusene varierer. Noen har kun ti sengeplasser, mens andre har langt flere. Videre er det svært varierende hvor godt utstyrt sykehusene er. Noen *Upazila*-sykehus er godt utstyrt, andre ikke.

District Hospital

Sykehus på distriktsnivå er bedre utstyrt, både når det gjelder spesialister og utstyr. *District Hospitals* bør være i stand til å behandle de fleste sykdommer, herunder hjerteinfarkt.

Teaching Hospitals (Medical College Hospital)

I 15-20 av distriktene er det offentlige undervisningssykehus (*Teaching Hospitals*) med medisinske høyskoler (*Medical Colleges*). Disse er ifølge WHO gode sykehus, med en påkrevet standard.

Dhaka Medical College and Hospital (DMCH), som Landinfo besøkte og hadde møte med i mars 2014, er det største offentlige sykehuset i Bangladesh. Offisielt har dette sykehuset 2400 sengeplasser, men har ifølge dem selv til enhver tid minst 3000 pasienter.

Legemidler

Bangladesh har en betydelig farmasøytisk industri. Bangladesh eksporterer medisiner til mer enn 80 land, og dekker 97–98 prosent av landets egen etterspørsel (Shawon 2011; WHO, møte i Dhaka, mars 2014; DMCH, møte i Dhaka, mars 2014). Det vil si at kun 2-3 prosent av legemidlene blir importert. Ifølge både DMCH og WHO blir blant annet noe kreftmedisin importert, men i all hovedsak er Bangladesh selvforsynt med legemidler.

Den farmasøytiske industrien i Bangladesh produserer rundt 5600 ulike typer medisiner. For å markedsføre og selge disse, er det rundt 1500 grossister og 37 700 medisinutsalg med lisens til å selge medisiner (*retail drug license holders*) rundt i landet (Habib & Alam 2011, s. 64).

WHO hevdet i møte med Landinfo i mars 2014 at legemidler i Bangladesh er «ekstremt billige». Om det er etter internasjonale forhold, eller om det er i forhold til den gjennomsnittlige kjøpekraften i landet, vites ikke.

WHO fortalte at medisiner og behandling ved offentlige sykehus i hovedsak er gratis for fattige. WHO la til at det ikke er noen fast definisjon på «fattig» i så henseende, og at det kan settes spørsmålsteget ved hvem som blir betegnet som fattig eller ikke. Ifølge WHO må den enkelte kjøpe og betale medisiner selv hvis offentlige sykehus ikke har det en har behov for.

I India er såkalt *counterfeit medicine*, eller kopimedisiner, et stort problem (WHO, møte i Dhaka, mars 2014). Dette er medikamenter/farmasøytiske produkter som bevisst gir feilaktige opplysninger om produktets opphav, ekthet, styrke og/eller virkning. En kopimedisin kan inneholde uriktige, og potensielt uheldige, mengder av aktive stoffer, eller ingen. Slike medisiner kan inneholde ingredienser som ikke står på etiketten, og som kan være skadelige, eller de kan leveres med unøyaktig eller falsk emballasje og merking. Ifølge WHO er det høyst sannsynlig kopimedisiner på markedet også i Bangladesh, men en vet ikke noe om omfanget.

Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon (Landinfo) skal som faglig uavhengig enhet innhente og analysere informasjon om samfunnsforhold og menneskerettigheter i land som Utlendingsdirektoratet (UDI), Utlendingsnemnda (UNE) og Justis- og beredskapsdepartementet har behov for kunnskap om. Landinfos responser og temanotater er basert på opplysninger fra både åpne og anonyme kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder.

En respons er et svar på konkrete spørsmål som saksbehandlere i utlendingsforvaltningen har stilt Landinfo. Responser er ikke ment å være utfyllende redegjørelser for et tema, og kildegrunnlaget er ikke alltid like bredt som i våre temanotater. Responser er utarbeidet innenfor korte frister og inneholder gjerne lite bakgrunnsinformasjon.

Opplysningene som blir lagt fram i responsene, kan ikke tas til inntekt for et bestemt syn på hva praksis bør være i utlendingsforvaltningens behandling av søknader. Landinfos responser er heller ikke uttrykk for norske myndigheters syn på de forhold og land som omtales.

Referanser

Skriftlige kilder

- Ahmed, S. M., Hossain, Md. A., Chowdhury, A. M. R., Bhuiya, A. U. (2011). The health workforce crisis in Bangladesh: shortage, inappropriate skill-mix and inequitable distribution. *Human Resources for Health* 2011, 9:3. Tilgjengelig fra <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-9-3.pdf> [lastet ned 14. mai 2014]
- Abed, F. H. (2013). Bangladesh's health revolution. *The Lancet*, 382(9910), 2048 – 2049. Tilgjengelig fra <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613621121.pdf> [lastet ned 15. mai 2014]
- CIA, dvs. Central Intelligence Agency (u.å.). *The World Factbook - Bangladesh*. Washington D.C.: CIA. Tilgjengelig fra <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bg.html> [lastet ned 18. mai 2014]
- Habib, M. A. & Alam, M. Z. (2011). Business Analysis of Pharmaceutical Firms in Bangladesh: Problems and Prospects. *Journal of Business and Technology (Dhaka)*, VI (01), 61-77. Tilgjengelig fra <http://www.banglajol.info/index.php/JBT/issue/view/576> [lastet ned 6. juni 2014]
- IRIN (2009, 2. februar). Bangladesh: Arsenic-free drinking water by 2013? *IRIN News*. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/report/82697/bangladesh-arsenic-free-drinking-water-by-2013> [lastet ned 18. juni 2014]

Respons Bangladesh: Helsesektoren og offentlige helsetjenester

- IRIN (2013, 26. november). How Bangladesh achieved its “amazing” health statistics. *IRIN News*. Tilgjengelig fra <http://www.irinnews.org/report/99208/how-bangladesh-achieved-its-amazing-health-statistics> [lastet ned 14. mai 2014]
- Mahmud, S. (2013, 24. mars). Health workforce in Bangladesh. *bdnews24.com*. Tilgjengelig fra <http://opinion.bdnews24.com/2013/03/24/health-workforce-in-bangladesh/> [lastet ned 19. mai 2014]
- Shawon, S. A. (2011, 28. juni). *Pharmaceutical Industry of Bangladesh*. Dhaka: IDLC Finance Limited. Tilgjengelig fra http://idlc.com/sector_coverage/1332567100Research%20Report%20on%20Pharmaceutical%20Sector%20of%20BD-Initiation,%20June%2028,%202011.pdf [lastet ned 28. mai 2014]
- UK Home Office (2013, 31. august). *Bangladesh Country of Origin Information (COI) Report*. London: UK Home Office. Tilgjengelig fra https://www.ecoi.net/file_upload/1226_1379666776_coi-report13.pdf [lastet ned 20. mai 2014]
- WHO, dvs. World Health Organization (u.å.). *Global Health Observatory Data Repository. Life expectancy: Life expectancy Data by country*. Tilgjengelig fra <http://apps.who.int/gho/data/view.main.680?lang=en> [lastet ned 13. mai 2014]
- World Bank (u.å.). *Thematic Data. Health, Nutrition and Population Data and Statistics. Infectious diseases. Tuberculosis, Malaria – Bangladesh*. Tilgjengelig fra <http://datatopics.worldbank.org/hnp/ThematicData> [lastet ned 19. mai 2014]

Muntlige kilder

- Dhaka Medical College and Hospital (DMCH). Møte i Dhaka 11. mars 2014.
- WHO, dvs. World Health Organization, Bangladesh. Møte i Dhaka 12. mars 2014.

© Landinfo 2014

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med Landinfo er enhver eksemplarfremstilling og tilgjengeliggjøring bare tillatt i den utstrekning det er hjemlet i lov.