

Sundhedsforhold i Indien

Noter til en medicinsk studierejse i April 2001

Af

Martin Smedebøl, anæstesiolog

1. **Popular therapeutics and medical preferences in rural north India.** Helen Lambert. Lancet 1996; 348(9043): 1706-9. Forfatteren arbejder på London School of Hygiene and Tropical Medicine og beskriver behandlingstilbudene i Rajasthan. Udover vestlig orienteret medicin (biomedicine, allopathy) og traditionel indiske medicin som Ayurveda og Yunani, eksisterer der en pluralistisk ikke-systematiseret bred vifte af behandlingsformer ofte baseret på hinduistisk verdensopfattelse. Vestlig medicin er populært specielt i injektionsform og dette administreres både af trænet personale og uuddannede personer. Private læger/hospitaler foretrækkes ofte frem for offentlige, da sidstnævnte ofte karakteriseres ved mangel på personale, medicin o. lign. og en non-empatisk indstilling hos personalet. Der er stadig en meget udbredt brug af alternative behandlingstilbud: vaidas (udøverne af Ayurveda) tilbyder terapi, desidvai er ”grøn” herbal medicine, der er ”knoglesættende”, abdominal massører, brug af complaint specific mantras, jihara er en rituel bortgødning (f. eks. med påfuglefjer) af sygdomme og symptomer, man kan få guddommelig hjælp i templer gennem medier eller religiøse helligdomme og kauterisering (brændejern) og kopsætning bruges også. Tejaji-guden opsøges ved slangebid, mens Mataji foretrækkes som forebyggelse og hjælp ved børnesygdomme. Valg af behandlingstilbud er ofte pragmatisk og også grundet på opfattelse om sygdommens årsager. Der eksisterer en teori om ”indre kanaler” i kroppen (noget lignende teorierne bak akupunkturmeridianerne), og derfor kan mavesmerter være udtryk for at ”navlekarrene er forskubbet og må bringes tilbage på plads gennem abdominal massage”. Der eksisterer også en opfattelse om, at sygdom kan opstå pga. en ubalance mellem varme (garmi ki bimariyam) og kolde (sardi ki bimariyam) elementer. Tabletter er ”varme” og bør ofte tages med mælk, som er ”kold”. Landbefolkningen skelner mellem ”lægesygdomme” (daktar/vaidya ki bimari) også kaldet ”English illness” og ”guddommens sygdomme” (devata ki bimari). Feber hører typisk til lægesygdomme, mens smerter og besæthed hører til ”guddommens sygdomme”. Tilgængelighed og økonomi bidrager også til valget af terapi, idet vestlig medicin ofte er dyrere end at søge hjælp i et tempel. Terapisvigt resulterer ofte i en revurdering af diagnose og ætiologi og valg af ny behandling.
2. **Quality of Care Within the Indian Family Welfare Programme: A Review of Recent Evidence.** Michael A Koenig, Gillian H.C. Foo and Ketan Joshi. Studies in Family Planning, 2000; 31(1): 1-18. En meget interessant artikel, hvis forfattere kommer fra The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health i Baltimore. De har gennemgået godt 30 arbejder, der har været offentliggjort om kvaliteten af Indiens familieplanlægningsprogram. Dette program har været i gang i 40 år og var meget ambitiøst anlagt, men det har ikke helt levet op til forventningerne. Den officielle politik var, at inderne skulle kunne vælge frit fra en bred vifte af antikonceptionstilbud. Men det er mere almindeligt at klienterne informeres om kun et middel, og mange steder har man kun et meget begrænset udbud. F. eks. har undersøgelser vist at spiraler kun var til stede på 50% af de sundhedsklinikker man besøgte i Uttar Pradesh og kun 33% havde regelmæssig forsyning af P-piller. Mandlig sterilisation er ikke hyppigt brugt. Derimod gøres meget for at få kvinderne steriliseret. *Valgmulighederne er altså begrænsede, og tilgængeligheden er også langt fra optimal.* Meningen er at familier i landdistrikterne skal opsøges af sundhedsarbejdere med regelmæssige mellemrum, men det kan man mange steder ikke leve op til. Årsagerne er personalemangel og at sundhedspersonalet mange steder bruger meget lidt tid på arbejdet. F. eks. har et studie fra Karnataka vist at de ansatte tilbragte gennemsnitlig 4 timer daglig på arbejdet, og heraf brugtes kun 68% til udførelse af jobopgaver. *Informationen fra sundhedsarbejderne til klienterne er ofte inadækvat og forsimplet og interpersonelle relationer mellem personale og patient er ofte dårlige med*

mangel på empati. Undersøgelse af *jordemødres og primærsygeplejerskers viden om antikonception har også afsløret alvorlige mangler* og meget varierende standard. F. eks. viste kun 39% og 56% i henholdsvis West Bengal og Bihar, hvornår den fertile periode er i menstruationscyclus. Meget af Indiens antikonceptionsarbejde udføres omkring massekampagner, der kaldes "*sterilization camps*". Det er en måde at nå ud til folkemasserne i landområderne. Man foretager her laparoskopiske sterilisationer på samlebånd – en enkelt kirurg klarer 48 patienter på 2 timer. Det tager 2-3 minutter fra incision til skopet er ude. En assistent suturerer og sætter plaster på. Informationen er yderst enkel, steriliteten ofte mangelfuld, operationstøj mangler ofte, der er flere patienter på samme operationsstue, screening af patienternes helbredstilstand preoperativt kan være mangelfuld, og postoperativt er det almindeligt, at pårørende holder øje med patienten uden anden form for monitorering og bringer patienten hjem i halvbevidstløs tilstand medbringende en lille æske med smertestillende tabletter, jern- og vitamintabletter og undertiden antibiotika. Mange steder er der *insufficient follow-up*. Men patienttilfredsundersøgelser viser høj tilfredshed (ofte over 90%). Artiklen beskriver også strukturen i den offentlige indiske health care og family welfare sektor. Community Health Centers (CHC) forventes at dække 120.000 personer. Hvert center har 4 specialister (kirurgi, medicin, gynækologi og pædiatri) og 21 andre sundhedsarbejdere. Der skal være 30 senge, en operationsstue, et røntgenapparat, et føderum og laboratoriefaciliteter. Hver CHC fungerer som henvisningssted fra 4 primary health centers (PHC), der hver dækker 30.000 patienter og er bemanded med en medical officer og 14 paramedical and other staff. De kan have 4 – 6 patienter liggende til observation. Hver PHC har 6 subcentre under sig, og disse er hver bemanded med en mandlig sundhedsarbejder og en sygehjælper eller jordemoder. Men dette beskrivelse repræsenterer den ideelle fordring – i praksis er der stor variation i dimensioneringen og bemanningen.

3. **Experiences of religious healing in psychiatric patients in South India.** J. Campion and D. Bhugra. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997; 32(4): 215-21. En opgørelse over 3 måneder af 198 konsekutive patienter på et psykiatrisk sygehus viste, at 45% havde haft mellem 1 og 15 sessioner med en medicinsk healer før indlæggelsen. 30% angav en vis form for positiv effekt af behandlingen. I laveste indkomstgruppe var der relativt flere, der søgte hjælp hos healere sammenlignet med højere indkomstgrupper. Healerne var både hindu, muslim og kristne, og behandlingsformerne var fremsigelse af mantra, indtagelse oralt af helligt vand eller aske, spraying af helligt vand, udvortes brug af aske eller andre substanser, brug af dukke, brug af thayath (cylindrisk metalamulet hvori aske, skrifter eller andet opbevares), brug af objekter som patienten skal opbevare i hjemmet, brug af citronfrugten, dyrefringer eller andet. Vestlig orienteret psykiatri må lære at samvirke i en vis grad med healersystemet.
4. **Health library in India works to empower patients.** A. Malpani. British Medical Journal 1999; 319(7212): 785. I Bombay er der et fungerende offentligt bibliotek, der kun koncentrerer sig om sundhedsrelaterede emner. Formålet er at øge befolkningens viden på sundhedsområdet. Biblioteket drives af en velgørende fond, og der opfordres til at oprette flere af den slags biblioteker i forbindelse med sygehuse. www.healthlibrary.com
5. **Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: A comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion.** Beverly Winikoff et al. Am J Obstet Gynecol 1997; 176(2): 431-7. Medicinsk abort med oral mifepristone og misoprostol kan fungere sikkert, effektivt og med accept af patienterne i U-lande. Det er også et omkostningsøkonomisk godt valg. Metoden er hovedsagelig udviklet i Frankrig.

6. **Participatory analysis for redefining health delivery in a Bombay slum.** N.D. Emmel and P. O'Keefe. *Journal of Public Health Medicine* 1996; 18(3): 301-7. Forfatterne er fra Newcastle upon Tyne. De har undersøgt 33 husholdninger i et slumområde i Bombay. De fandt ud af, at beboerne har en lidt anderledes prioriteringsliste over vigtigste sundhedsmæssige problemer end den lokale læge og sundhedsarbejder. Beboerne havde alkoholisme og "worry pains" som de to vigtigste problemer. En noget tynd artikel.
7. **Need for trauma care programmes in developing countries.** Rajiv Chawla. *Bulletin of the World Health Organization* 1999; 77(11): 948-9. Forfatteren er associate professor i anaesthesiology på Guru Teg Bahadur Hospital. Han skriver at 11 mennesker i Indien bliver dræbt i ulykker hver minut hele 2001. Han argumenterer for oprustning af det indiske beredskab overfor traumer.
8. **Health Care Systems in transition III. India, Part I: The Indian Experience.** Imrana Qadeer. *Journal of Public Health* 2000; 22(1): 25-32. Fra School of Social Sciences, Jawaharlal Nehru University, New Delhi. Udviklingen i Indiens sundhedssektor siden uafhængigheden beskrives. I 1995 skulle der være 15.097 hospitaler, 21.802 primary health centers, 870.161 hospitalssenge, 160 medical colleges, 474.270 læger, 512.595 sygeplejersker og 175.000 pharmacists. Der er oplyst intrasektorielle finansielle fordelinger i de sidste 7 5-års planer; internationale synspunkter f. eks. fra The International Monetary Fund og The World Bank har haft en betydelig indflydelse på ressourcefordelingen. Forfatteren påpeger også uheldige forhold ved privatiseringen i sundhedsvæsenet uden kontrolmuligheder fra samfundets side. Ofte vælges multifarmaci og teknologisk dyr behandling. Denne artikel anbefales, den indeholder mange oplysninger men er lidt svær at referere på begrænset plads.
9. **Health care systems in transition III: the Indian subcontinent.** E.J. Beck and Nicolas Mays. *Journal of Public Health* 2000; 22(1): 4-4. Editorial. Denne lederartikel handler om at den nuværende tendens mod frit marked, nedsat offentlig finansiering, moderne managementteknikker og tilbagegangen for de hierarkisk planlagte offentlige finansierede sundhedssystemer ikke ubetinget har været en forbedring. De voksende middelklasser har til eget brug opbygget omkostningsdyre vestlig orienterede sundhedsfaciliteter, som er af begrænset nytte for at tilfredsstille de store massers sundhedsmæssige behov. Endvidere omtaler lederen den store effekt HIV vil have for landene og deres økonomi.
10. **Primary care informatics: Bhorugram, India: revisited.** Singh AK, Kohli M, Trell E, Kohli S, Wigertz O. *Stud Health Technol Inform* 1997; 43 Pt B: 884-8. Arbejdet udgår fra Linköping og beskriver et informatikprogram for primær sektoren som er igangsat i Rajasthan i 1990. Det beskrives som en succes. Man bruger FIC – index (Fully Immunised Child) som et mål for kvalitet og grad af accept og involvering af lokalområdets befolkning.
11. **Laboratory services in India.** RK Sarma. *J Acad Hosp Adm* 1994; 6(2): 9-15
12. **A summer in India.** Erica Weir. *Can Med Assoc J* 1996; 155(6): 785-7. Meget fin og empatisk artikel af en canadisk medicinstuderende. Under et studieophold i Indien involverer hun sig i den terminale pleje af en 11 årig pige med osteosarcom. Der beskrives forfærdende forhold med mangel på utensilier, udstyr, analgetika og anden medicin, amputation og knoglesmerter, store decubitus som angribes af røde myrer, rotter der falder ned på patienten fra tagkonstruktionen og hendes problemer med at få lagt et urinvejskateter på pigen. Det foregår på børnehjemmet Child Haven i en landsby nær Madras. Det er en canadisk velgørenhedsorganisation, der driver hjemmet og yderligere 3 andre i Indien og Nepal.
13. **Expenditure on health care incurred by diabetic subjects in a developing country.** R. Shobhana et al. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2000; 48(1): 37-42. Det estimeres,

at der er ca. 20 millioner diabetespatienter i Indien og udgifterne til behandlingen er ca. 2.2 milliard \$. I USA var diabetesrelaterede udgifter i 1993 45,2 milliard \$. På offentlige indiske hospitaler er diabetesbehandlingen gratis, men patienterne foretrækker private hospitaler, fordi standarden er bedre der. Artiklen konkluderer, at patienter der behandles på indiske privathospitaler må bære en årlig udgift til behandling af deres diabetes på 4510 rupis (360 – 75.200), mens patienter i det offentlige hospital slipper med 246 rupis (3 – 24.000). Der er ganske stor spredning. (42 rupis = 1 \$).

14. **Doctors for the rural poor.** B.S. Garg and S. Nayer. World Health Forum 1996; 17(3): 268-70. Her beskrives Mahatma Ghandi Institute of Medical Sciences i Sevagram, Maharashtra. Institutionen har siden 1969 uddannet læger, som skulle være specielt orienteres mod at fungere i landdistrikterne. Undervisningens fundament et Ghandi's ideologi: ikke-vegetarisk mad, undgåelse af tobak, alkohol og andre skadelige substanser. De studerende opfordres til selv-hjælp ved at vaske deres eget tøj og selv renholde klasselokaler og toiletter og deltage i samfundsrelaterede fællesaktiviteter og morgen- og aftenbøn indbefattende alle trosretninger. Curriculum er rettet specielt mod virksomhed som PHC doctor. Artiklen oplyser ikke, hvor mange læger man uddanner eller hvad det koster.
15. **The voluntary community health movement in India: a strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analyses.** Manoj Sharma and Gayatri Bhatia. Journal of Community Health 1996; 21(6): 453-64. Arbejdet kommer fra The School of Public Health på Ohio State University, Ohio, USA. Der er over 5000 frivillige organisationer, som arbejder indenfor community health i Indien. Efter uafhængigheden i 1947 var mange organisationer baseret på Ghandi's filosofi, men også mange var katolsk baseret eller havde basis i andre kristne religioner. Mere end 3000 NGO er organiseret i Voluntary Health Association of India (VHAI). De arbejder indenfor et pluralistisk felt af aktiviteter: uddannelse, økologi, sundhed, indkomst- og job-skabelse velfærd, kvindespørgsmål, forbrugerspørgsmål, etc. Udviklingen indenfor det frivillige arbejde er gået over organisationer, der var virksomme i uafhængighedsbevægelsen i 1940-erne og videre bidrog til samfundsopbygningen i 1950-erne. I 1960-erne tilkom organisationer, der opstod som reaktion på myndighedernes svigt som efter sultperioden i Bihar. Senere blev WHO's koncept om Primary Health Care vedtaget. Nu så man nye organisationer, som udviklede sig efter 3 retninger: noget opstod baseret på alternativ egnet teknologi som The Comprehensive Rural Health Project i Jamshed, Maharashtra, The Integrated Rural Health Project i Pachod, Maharashtra og The Child in Need Institute i Parganas, West Bengal. Der opstod også koordinerende, netværksskabende organisationer som Voluntary Health Association of India (VHAI), Catholic Hospital Association of India (CHAI) og Christian Medical Association of India (CMAI). Endelig opstod organisation, der var centreret om lobbyvirksomhed f. eks. Medico friends Circle (MFC), "Kerala Shashtra Sahitya Parishad" (KSSP), All India Drug Action Network (AIDAN), etc. I 1980-erne tilkom Verdensbanken støtte til NGO projekter og den indiske regerings beslutning om at bakke yderligere op om NGO'ere. Man så en tiltagen professionalisering af NGO'er. Blandt NGO'ernes stærke sider er deres kollektive størrelse, deres arbejde tæt på græsrodsniveau, deres commitment og evne til hurtigt at tage nye opgaver op og udøve lederskab. Frivillige organisationer har også været drivkraft i at forene traditionelle systemer indenfor medicin og sundhed (yoga, urtemedicin, Ayurveda, Siddha) med nutidig community medicine. Et eksempel er "Gramin Vigyan Vikas Samiti" i Rajasthan. Frivillige organisationers svage sider er at de ofte er afhængige af eksternt tilførte midler, og derfor kan orienteres efter donorerens tanker. F. eks. styres mange ressourcer(måske 25%) nu i retning af AIDS-bekæmpelse, mens f. eks. børnedødelighed pga. diarre stadig kræver mange indiske børns liv. Også afhængighed af

regeringsmidler kan indskrænke NGO'ers handlefrihed. Antallet af NGO'er er heller ikke en garanti for optimal anvendelse af de til rådighed stående midler og øget professionalisering kan måske føre til relativt mindre engagement og entusiasme.

16. **Impact of HIV/AIDS on the national economy of India.** K. Anand, C.S. Pandav and L.M. Nath. Health Policy 1999; 47(3): 195-205. Artiklen udgår fra Center for Community Medicine på All India Institute of Medical Sciences I New Delhi. Man har forsøgt at beregne de økonomiske konsekvenser af HIV/AIDS. Man har indregnet behandlingsudgifter og produktionsbortfald pga. sygefravær og for tidlig død samt pasningsfravær. Da antallet af HIV/AIDS ikke kendes, opererer man i artiklen med 3 scenarier:

1. 1,4 mill. HIV-pos med 100 hospitalsdage/år à 200 Rs og livsforbrug af medicin på 10.000 Rs
2. 2.5 - - - 150 - - - 400 - - - -
- 25.000 -
3. 4.5 - - - 200 - - - 600 - - - -
- 50.000 -

I værste tilfælde kan de årlige udgifter til HIV/AIDS opgå til mere end 1% af bruttonationalproduktet. Der skønnes, at der doneres 30 mill. enheder blod årligt i Indien. ELISA-screeing for AIDS koster 20 Rs pr. blodportion.

17. **Need for livertransplantation in Indian children.** P. Mehrotra and S.K.Yachha. Indian Pediatrics 1999; 36(4): 356-61. Artiklen bedømmer behovet for levertransplantation til 30% af børn med cirrhosis, biliær atresi eller fulminant leversvigt. Pædiatrisk levertransplantation er ikke nogen almindelig udbredt behandlingsoption i Indien. Over en 5 års periode blev behovet for pædiatriske levertransplantationer opgjort til 89 på det center, som arbejdet udgår fra (Sanjay Postgraduate Institute of Medical Sciences, Lucknow, Uttar Pradesh).
18. **Characteristics of private medical practice in India: a provider perspective.** Ramesh Bhat. Health Policy and Planning 1999; 14(1): 26-37. Forfatteren har sendt spørgeskemaer til 500 privatpraktiserende læger i Ahmedabad og fået svar fra 130, som artiklen baseres på. Det påpeges i artiklen, at lægepraksis kræver store kapitalomkostninger pga. høj husleje, dyrt medicinsk udstyr og teknologi. Der er også problemer med uønskede fremgangsmåde som overudskrivning af medicin og diagnostiske undersøgelser og ukendskab til aktuel lovgivning på sundhedsområdet, utilfredsstillende sterilisering og affaldsbortskaffelse, dårlig patientinformation, etc. Det anbefales, at videreuddannelse kobles sammen med autorisation og ret til at praktisere. Det anføres, at 6% af Indien's GDP bruges i sundhedssektoren. 75% af dette beløb bruges i den private sektor og her fordeler det sig med 1/3 på sekundært og tertiært niveau, mens 2/3 bruges i primærsektoren. Det er beskedent, hvad der finansieres af forsikringsordninger – det meste betales direkte af patienten. Væksten i den private sundhedssektor har været 12,5% siden 1960. Ca. 57% af hospitalerne og 32% af hospitalssenge er private. For nærværende arbejder ca. 80% af 390.000 uddannede allopathic (vestlig medicin) læger i den private sektor. Der er 650.000 udøvere af behandling indenfor andre medicinske systemer. Undersøgelser af forbrugsmønstret viser, at 1/3 af alle indlagte patienter og 3/4 af alle ambulante patienter foregår i den private sektor.
19. **Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala, India.** V. Raman Kutty. Health Policy and Planning 2000; 15(1): 103-9. Kerala ligger i det sydlige Indien og har relativt ringe standard mht. per capita indkomst, industriel og agriskulturel produktion, men det har ikke hindret, at man har udviklet de sociale og sundhedsmæssige sektorer, hvilket nogle tal fra 1992 viser:

Indien: Læsefærdighed mænd: 64%, kvinder: 40%, sexratio k/m: 0,927, crude birth rate: 28,5/1000,

Kerala: - - 94% - 86% - 1.036 -
17,3/1000

Spædbørnsdødeligheden er i Indien 74/1000 levendefødte og i Kerala 13/1000 levendefødte. Skiftende regeringer i Kerala har altid prioriteret udgifter til undervisning og sundhed højt. Man har brugt 7-8% af udgifterne i sundhedssektoren, men der har været en faldende tendens i de sidste 10 år. Samtidig bruges relativt mere til lønninger og tilsvarende mindre til medicin og medicinske artikler, hvilket må betyde faldende standard i de offentlige sygehuse. I den samme periode har man set en ekspansion i den private sundhedssektor.

20. **Regulation of the private health sector in India.** Ramesh Bhat. *International Journal of Health Planning and Management* 1996; 11(3): 253-74. Den private sektor spiller en stor og ekspanderende rolle i Indiens sundhedsvæsen. Strukturen i sundhedsvæsenet kan opdeles på forskellig vis: efter ejerskab (offentlig, privat not-for-profit, privat for-profit), efter terapeutisk system (allopathic = vestlig medicin, homeopatisk, traditionelt) og efter type af organisation (hospital, dispensary, klinik). Man kan måske groft skelne mellem 4 overlappende sektorer: (1) den offentlige sektor med hospitaler, dispensaries, klinikker, PHC og subcentre; (2) private not-for-profit sektoren inkluderende frivillige sundhedsprogrammer, velgørende og kirkelige institutioner, etc; (3) organiserede private for-profit sundhedssektor med hospitaler, klinikker, nursing homes, og praktiserende læger med eksamen; (4) den private uformelle sektor inkluderende udbydere uden formelle kvalifikationer: religiøse healere, herbalister, præster, tantriks, hakims og vaidyas. Generelt opfordrer den indiske regering via National Health Policy (NHP) til at fremme private og voluntary udbydere på sundhedsmarkedet for at forbedre sundheden for alle. Tal fra 1992 viste at 57% af Indiens 11.174 hospitaler er private men de udgør kun 32% af sengetallet – de private institutioner er ofte små med kun en halv snes senge. 84% af hospitalssengene er lokaliseret i bymæssige områder. I 1991 var der 389.898 lærer registreret af medical councils og ca. 20% var ansat i offentlige hospitaler eller klinikker. I Rajasthan var der i 1991 14.046 læger, heraf 2156 i offentlige hospitaler. Der er sandsynligvis lige så mange der praktiserer i alternative systemer som indenfor vestlig medicin. Den indiske befolkning foretrækker at søge medicinsk hjælp i den private sektor. 60-70% af udgifterne til sundhedsvæsenet hidrører fra ikke-offentlige kilder, dvs. fra private. Totalt bruges 5% af GDP (Gross Domestic Product) til sundhedssektoren. Sygeforsikring er ikke særlig udbredt i Indien, men det er almindeligt at låne penge ved sygdom – ofte op til en hel årsløn. Man kan spekulere på om den store private sektor i Indien optimerer fordelingen af ressourcerne, om man for valuta for sine penge som privat forbruger, og udviklingen i sundhedsvæsenet med hensyn til kvantitet, type af ydelser og kvalitet optimeres, når private interesser styrer markedsudviklingen – på disse spørgsmål kan svarene ikke findes. Den sidste halvdel af artiklen handler om vurdering af nogle love af betydning for regulering af den private sundhedssektor i Indien. Der nævnes Consumer Protection Act (COPRA), Code of Ethics, Indian Medical Council Act, Dangerous Drug Act, Drug and Cosmetics Act, Drug Control Act, Nursing Home Act, etc. De er utilstrækkeligt implementeret og det er ikke svært at finde eksempler på dårlig praksis (fee-spitting, excessiv ordination af medicin og/eller undersøgelser, utilstrækkelig sterilisation, anvendelse af utrænnet personale, osv.), manglende patientinformation mht. diagnose, manglende journalføring, manglende registrering og tilsyn af nursing homes.

21. **Medical Colleges in India.** T. George. *Natl Med J India* 1996; 9(5): 252-3.

22. **Organ transplantation in the mirror of the recent worldwide legislation.** A. Carmi. Med Law 1996; 15(2): 341-9. Indien er et af de lande, der har indført lovgivning på transplantationsområdet.
23. **Absolute poverty and child health in India.** D.A. Green. Public Health 2000; 114(6): 495. I marts 2000 blev der lavet 6 Paediatric Outreach Clinics i fattige områder i Gwalior, Madhya Pradesh. Procenter med kropsvægt under henholdsvis 3'ede, 5'te og 10'ende centil var henholdsvis 44%, 50% og 62%. Det påpeges at fattigdom stadig er et påtrængende problem ved indgangen til det nye århundrede.
24. **Experiences with laparoscopic donor nephrectomy in India: is the open approach justified any longer?** A.S. Soin, M.R. Rajasekar, V. Rajakumari et al. Transplantation Proceedings 2000; 32(7): 1585. Fra Department of Multiorgan Transplantation, Indraprastha Apollo Hospital i New Delhi rapporteres gode resultater med denne teknik. Organet tages ud gennem en incision, der forlænges til 5 ca. Der formodes, at denne teknik vil øge andelen af familiedonationer og mindske behovet for kommerciel nyreudtagning.
25. **The Untouchables.** Rebecca Coombes. Nursing Times 1999; 95(2): 12-4. Reportage fra Bombay, der beskrives som Indiens AIDS hovedstad, hvor man dog ikke kender det eksakte tal for HIV/AIDS. Officielle tal siger, at 4 millioner indere lever med HIV/AIDS, men man skønner at dette problem indenfor de nærmeste år vil udvikle sig til en katastrofe med flere HIV-smittede end i noget andet land. Sygdommen er så stigmatiserende, at patienter smides ud fra sygehusene, når det opdages at de er smittede. Mange indiske sygeplejersker er bange for at have med disse patienter at gøre. Der mangler utensilier f. eks. engangshandsker til beskyttelse. Nogle filantroper, filmstjerne og berømtheder har deltaget i kampagner på indisk TV til støtte for AIDS, men mange – også læger – undgår AIDS-patienter. Nogle hospitalsafdelinger har ikke rindende vand. Alle Bombays hospitaler er private på nær to regeringshospitaler. AntiAIDS kampagner er igangsat f. eks. på jernbanestationer. Med illustrationer fra "Kama sutra" står der "Many postures with one is better than many partners" og "To avoid AIDS, don't change beds". Der var meget publicity, da det statslige JJ Hospital åbnede sin første afdeling for AIDS patienter, men det var et 4 sengs rum uden vinduer, og der gik historier om, at personalet kastede maden ind til patienterne. Dr. Ishwar Gilada arbejder på en af de få klinikker, hvor man modtager AIDS patienter. Han siger, at epidemien delvis er selvforskyldt: der er titusindvis af prostituerede og 80% af dem har sexuel overførte sygdomme og er derfor udsatte for HIV. Hans første patienter var narkomaner fra Vesten, men nu smittes 95% heteroseksuelt. 100 tabletter AZT koster svarende til 31 £ og en månedsløn for en sygeplejerske er omkring 71 £. Kombinationsbehandling er udenfor rækkevidde for de fleste indere. Mange forlader sig på homeopati eller ayurvedisk medicin.
26. **A survey of some Indian medicinal plants for anti-human immunodeficiency virus (HIV) activity.** M. Premanathan, S. Rajendran, T. Ramanathan et al. Indian Journal of Medical Research 2000; 112: 73-7. Indien beriges af megen skov og stor plantediversitet, og mange planter har fundet vej til "grøn medicin". Her er undersøgt 69 plantearter, og 16 viste aktivitet overfor HIV-1. 4 var virksomme mod både HIV-1 og HIV-2. Mest virkning havde Cinnamomum cassia og Cardiospermum helicacabum. Der opfordres til yderligere undersøgelser.
27. **Pain relief in India.** P. Desai. Lancet 1999; 353(9153): 677. Terminal smertebehandling beskrives som "completely hopeless" i Indien. Lovgivningen gør det svært at få morfika, medikamentforsyningen svigter ofte, analgesiområdet er underprioriteret og uden status og vinding for læger og hospitaler, ansvaret for den nødvendige terapi ligger ofte på patienten og pårørende og mange får insufficient analgesi.

28. **Emergency medicine and air rescue in India: future perspectives.** K.S. Sachdev. Eur J Med Res 2000; 5(1): 23-5. Den aktuelle situation for akut traumatologi i Indien beskrives som 160.000 primary health care centers og subcenters med en læge, en sygeplejerske/jordemoder og paramedicinsk personale, der tager sig af akut syge i et optageområde på 3-5000 personer. I byerne kan der være veludstyrede skadestuer, men patientpresset er ofte ekstremt stort. Transport af patienter til og mellem behandlingssteder er ofte dårlig og personale og ambulanceudstyr utilstrækkeligt. Lufttransport af syge befinder sig på et rudimentært stade. Man tror på forbedringer i de nærmeste 20 år pga. udviklingen i informationsteknologien, privatisering af forsikringssystemet og de medicinske faciliteter og forbedret infrastruktur i transportsektoren.
29. **India health survey finds too many women and children in poor health.** Sanjay Kumar. Lancet 2000; 356(9244): 1830. Resultaterne fra National Family Health Survey no. 2 blev offentliggjort i november 2000 og viste alvorlige sundhedsproblemer for kvinder og børn. Undersøgelsen blev støttet af US Agency for International Development og United Nations Childrens Fund, omfattede 90.000 kvinder og børn og blev gennemført i 1998-9. Omkring 50% af kvinderne har ikke noget at sige vedrørende beslutningsprocesserne omhandlende deres eget helbred. En tredjedel af kvinderne og 47% af småbørn er underernærede. Men 30% af kvinderne fra Punjab og Delhi områderne er overvægtige. 52% af gifte kvinder mellem 15 og 49 år og 74% af småbørn er anæmiske. Kun 40% af kvinder i reproduktiv alder har hørt om AIDS, men det afhænger meget af læsefærdighed – kun 18% af analfabetske kvinder havde hørt om AIDS, men 92% af dem der kunne læse havde hørt om AIDS. 56% af kvinderne meget at afstraffelse af kvinder var rimeligt og retfærdigt; de mente, at det skulle reserveres til situationer, hvor kvinden negligerede husarbejdet eller børnene, ikke respekterede svigerfamilien, ved utroskab eller ikke lavede maden ordentligt. Undersøgelsen viste også, at 20% af de undersøgte kvinder var slået eller fysisk mishandlet siden 15 års alderen.
30. **Developing financial autonomy in public hospitals in India: Rajasthan' model.** Suneeta Sharma and David R. Hotchkiss. Health Policy 2001; 55(1): 1-18. Forfatterne kommer fra et konsulentfirma i Washington og fra School of Public Health and Tropical Medicine i New Orleans. Artiklen beskriver tendensen i Indien til at introducere en vis autonomi til hospitalerne for at øge deres effektivitet og forbedre deres finansielle muligheder. De kan få mulighed for hurtigt at opstille virksomheden. I Rajasthan skulle man have lykkedes specielt godt med indførelsen af Medicare Relief Societies (MRS). Disse selskaber er autonome organisationer dannet med formålet at komplettere og supplere den eksisterende service, der ydes i de offentlige sygehuse. Man har givet mulighed for indtægtsgivende aktiviteter, brugerbetaling, oprettelse af hospitalsapoteker med salgsfunktioner, muligheder for alternative finansiering via fonds og lån. Forfatterne har forhørt sig i de 69 af Rajasthan's hospitaler, der har over 100 senge. Systemet er altså en brugerbetaling for test, røntgenundersøgelse og senge i "private wards". Eksempelvis var prisen i Jaipur ca. 1/3 - 1/2 af markedsprisen (CT-scanning i SMS hospital kostede 700 Rs mod 1200-2000 Rs i private klinikker). Fattige og sårbare grupper (enker, forældreløse, pensionister, emergency cases) holdes udenfor afgiftssystemet. Ca. 30% i Jaipurs SMS hospital behandles gratis. De enkeltes sygehuses cost-recovery udgjorde i 1997-8 mellem 6% og 26%. Nogle eksempler på prissætningen i Rs på Jaipurs SMS Hospital med priser fra den private sektor i parentes: audiometri 40 (100), CT-scan 700 (1200-2000), coronar angiografi 100 (7500), ECG 150 (450), gastroskopi 150 (600), coloskopi 300 (1000-1500), ERCP 500 (3000-3500), rutine røntgenbillede 50 (110). Life-Line Fluid Stores (LLFS) er apoteker, der opererer indenfor hospitalerne. Produkterne sælges betydelig billigere end på det frie marked, men alligevel

med fortjeneste. Man har også forsøgt at skaffe indtægter gennem at lade foreninger (Rotary, Lions Club), fonde og private adoptere afdelinger. På SMS Hospital i Jaipur er 22 afdelinger blevet adopteret heraf 5 af Rajasthan Bank, der har lovet at donere 1 million Rs årligt. Systemet med indtægtsgivende aktiviteter vurderes som fornuftigt. På den negative side nævnes, at nogle manager ikke har kunne bruge midlerne fornuftigt, at de statslige midler til de offentlige sygehuse ikke er mindsket (og dermed kunne omfordeles til primær og sekundærsektoren) og at den private apotekssektor ser det hele som et forsøg på at monopolisere detailmarkedet for apoteksvarer.

31. **Stamme-kvinder i Indien.** Alt for Damerne 1999, 27. 12. Der berettes om Bishnoi-stammen i Marwar i Rajasthan. De har fra gammel tid en økologisk holdning, og prøver at bevare områdets dyr og planteliv. Artiklen beskriver en antilopeart de specielt tager sig af. Kvinderne går ikke i blå tøj, da det er farvet med et ekstrakt af insektblod og kogt bark fra det hellige khejri-træ. Kvinderne går gerne i rødt eller lyserødt tøj og bærer smykker. Mændene går i hvidt. Stammen bor ikke langt fra testområdet for de indiske atombombesprængninger.
32. **Herbal vitamins:Lead toxicity and development delay.** Cynthia More and Robert Adler. Pediatrics 2000; 106(3):600-2. En indisk familie bosat i Los Angeles giver en søn med udviklingsforstyrrelser 4 års behandling med tabletter, der skulle "være tibetansk urtemedicin fremstillet af en læge der har nær tilknytning til Dalai Lama". Det medførte kronisk blyforgiftning. Sådanne alternative medikamenter er meget udbredt i Indien.
33. **Review on some plants of Indian traditional medicine with antioxidant activity.** Paolo Scartezzini and Ester Speroni. Journal of Ethnopharmacology 2000; 71(1-2): 23-43. Ayurveda (ayus = liv, veda = kundskab) er det traditionelle indiske medicinske system og også verdens ældste. Det hedder også Maharishi Ayurved og er en livsopfattelse med regler for forebyggelse og behandling af mange sygdomme gennem diæter, leveregler, medicinske procedurer og medikamenter af alternativ type. Rasayana er en gren af ayurveda, hvor man specielt bruger mange præparater med antioxidant virkning. I artiklen gennemgås 7 præparater: emblica officinalis, curcuma longa, mangifera indica, momordica charantia, santalum albus, swertia chirata Buch-nam og Withania somnifera. Deres kulturhistorie og farmakologiske effekter beskrives.
34. **Eye care by traditional healers.** R.S. Parmar, R. Tuli, Anil Chauchan, Ashwani Kapila and H.M. Swami. World Health Forum 1996; 17(3): 292-3. Disse indiske øjenlæger påpeger problemet med healer, der behandler øjensymptomer med anvendelse af planteekstrakter, planter, humane kropsvæsker, dyrevæsker og -ekskreter, kemikalier og organiske opløsningsmidler. De undersøger med nåle, knivsblade, søm, tændstikker og torne og installere varm væsker eller bruger varm sonde terapeutisk. Forfatterne har fået oplysninger om healerbehandling af 168 patienter fra 6 måneders alder til 70 år. Forfatterne er klar over, at healere fortsat vil spille en vigtig rolle, bl.a. fordi de findes i nærområdet og er økonomisk overkommelige. Men det foreslås, at healere skal lære lidt mere om øjensygdomme og om hvilke patienter de skal holde sig fra og sende til øjenlæger. Det foreslås også at deres undersøgelsesteknik forbedres bl.a. vil brugen af en lommelygte forbedre evne til at diagnosticere.
35. **India pledges legislation to improve medical services.** Ganapati Mudur. British Medical Journal 2000; 321(7267): 981. En notits omtaler, at den indiske regering vil udstikke retningslinier for minimum standard i hospitaler og kræve at læger registreres hvert femte år i Medical Council of India for at bevare retten til at praktisere. Lægernes Indian Medical Association kom samtidig med et forslag til patientrettigheder og nogle principper der skal forbedre samarbejdet mellem læger og patienter. Årsagen til disse tiltag antydes at ligge i at

- en indisk minister døde i august. Han havde leukæmi, der ikke var diagnostiseret på et privat hospital nogle måneder tidligere.
36. **Plague in India.** Dileep V. Mavalankar, Vikram K. Chand and Eswar Krishnan. *Lancet* 1994; 344(8932): 1298. Et udbrud af lungepest i byen Surat medførte panikreaktioner i befolkning: 400.000 flygtede ud af byen, over 1 million tetracyclindoser blev solgt selvom det halve havde været nok til adækvat behandling af alle relevante personer, massemedierne opskræmte og myndighederne nedtonede, men på normal utroværdig vis.
 37. **Variation in stated management of acute myocardial infarction in five countries.** Richard F. Heller, Rachel L. O'Connell et al. *International Journal of Cardiology* 1999; 68(1): 63-7. Man har forsøgt at sammenligne behandlingen af nogle typiske myocardiinfarktforløb i Australien, Brasilien, Chile, Indien og Thailand. Det er gjort i form af en enqueteundersøgelse. Der var som forventet en vis variation og eksempelvis var coronar by pass kirurgi og tPA ikke så udbredt i Indien som i de andre lande.
 38. **Mother Theresa's care for the dying.** Robin Fox. *Lancet* 1994; 344 (8925): 807-8. Der berettes om Mother Theresa's hospice nær Kalighat templet i Calcutta. Besøgende er velkomne specielt hvis de vil deltage i arbejdet. Der er 2 store rum til henholdsvis mænd og kvinder. I hvert er der 3 rækker cementbænke med grønne plasticmadrasser. Der var 2 nonner til at koordinere arbejdet for de 5 voluntører, som var unge mennesker fra Belgien, Tyskland og Japan. Der var 90 patienter. Artikelskriveren noterede, at de fleste spiste med god appetit, og at det var normalt at 2/3 forlod hjemmet på gåben. Journalføring er minimal, man skriver med blyant for at kunne viske ud og genbruge papiret. Diagnostik af sygdomme er mangelfuld f. eks. fik en patient tetracyclin mod feber indtil en læge mistænkte malaria. Mest i øjenfaldende træk ved institutionen er god hygiejne. Artikelskriveren bemærkede sig manglen på smertestillende medikamenter.
 39. **Factors affecting perinatal mortality in India.** D. Shah, S. Shroff and K. Ganla. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 71(3): 209-10. Arbejdet stammer fra Bombay og omfatter 10.715 nyfødte idet man har sammenlignet 5353 perinatale døde med 5362 nyfødte. Konklusionerne er at anbefale 6-12 undersøgelser i graviditeten, anbefale ophør med rygning i graviditeten, rekommandere folattilskud for at undgå neuralrørsdefekter. Endvidere bør man føre en aktiv familieplanlægningspolitik, begrænse antallet af graviditeter til to og henvise risikofødsler til specialcentre.
 40. **Training and delivery of pediatric surgery in Asia.** Htut Saing. *Journal of Pediatric Surgery* 2000; 35(11): 1606-11. Artiklen gennemgår dimensionerne og uddannelsesforholdene for børnekirurger i en række asiatiske lande. Der er store forskelle. I Indien er der ca. 0,5 børnekirurg pr. million indbygger. I vestlige lande er tallet omkring 2 børnekirurger pr. million indbygger.
 41. **Early Medical Abortion in India: Three Studies and Their Implications for Abortion Services.** Kurus Coyaji. *Journal of the American Medical Womens Association* 2000; 55(3 suppl): 191-4. Abort er siden 1972 tilladt i Indien, men skal udføres på autoriserede institutioner. Dem er der ikke på hvert gadehjørne, så det skønnes at illegale aborter stadig er 3-5 gange så hyppige som legale. 80% af de illegale aborter udføres af utilstrækkeligt trænedede personer i uegnede lokaler. Forfatteren mener, at medicinsk abort med hormonpiller vil være et godt alternativ i Indien.
 42. **Palliative care in India.** David Seamark, K. Ajithalumari et al. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2000; 93(6): 292-5. Der gættes på, at der er ca. 1 million nye cancer tilfælde i Indien årligt, og 80% diagnostiseres i III og IV stadie med stor sandsynlighed for inkurabilitet. (0% af cancerpatienter dør indenfor 1 år. Smerter er et markant symptom hos cancerpatienter. Mest almindelige cancerformer for indiske mænd er hoved & hals, mave,

lunge og spiserør. For kvinder er det cervix uteri, bryst, hoved & hals, spiserør og ovarie. Hoved & hals cancer skyldes vanen med at tygge tobak og betel. Der eksisterer en del barrierer mod effektiv terminal palliativ terapi i Indien: 80% lever på landet med dårlige sundhedsfaciliteter og transportmuligheder. Her er fattigdom og uvidenhed udbredt. Fattigdom er af stor betydning. Der er en meget streng lovgivning vedrørende morfika i Indien (på trods af at der produceres meget morfin i landet). Oral morfin er ikke tilgængelig i almindelige apoteker, men kan kun udskrives af hospitaler med særlig tilladelse. Lægernes kundskab om morfikabehandling er også utidssvarende – de er nervøse for afhængighed og respirationsdepression. Sygepleje er et lavstatus job og det ikke været tillokkende at arbejde med udsigtsløse terminale patienter. I det seneste dusin år er der dog sket lidt på området: nogle læger og sygeplejersker har uddannet sig i udlandet og taget Diploma in Palliative Nursing i Oxford. En engelsk organisation - Cancer Relief India - har været initiativtager til kurser forskellige steder i Indien og etableret klinikken Pain and Palliative Care Clinic in Calicut, der nu er WHO-ankendt mønsterinstitution for Sydøstasien. Der er 11 regionale cancercentre i Kerala og flere har smerteklinikker. I Pune, Maharastra er der med støtte fra et medicinfirma åbnet et palliativt træningscenter, hvor tanken er at smertepatienten med familie skal instrueres under 2 ugers indlæggelse. Andre smerteventre er Calicut Centre, Shanti Avedna Ashram, Mumbai og Cipla Centre i Pune.

43. **Surgery in India.** Sandip Mukerjee and Tarun Gupta. Arch. Surg. 1997; 132(1): 571-8. Kirurgiens historie i Indien går langt tilbage; man har sporet kirurgi på et højt niveau helt tilbage til 600 f. Kr. Sanskritskrifterne Rig Veda og Atharva Veda, som også indeholder medicinsk viden, stammer fra 1500 f. Kr. Center for medicinsk viden dengang var Varanasi. Man kender til hospitaler dateret til 137 f. Kr. og 226 f. Kr. sidstnævnte med grundstenen lagt af kejser Ashok. Sushruta var klassisk indisk medicins store navn, men det vides ikke præcist, hvornår han levede – det var mellem 600 f. Kr. og 600 e. Kr. Dissektion var efter hinduistisk opfattelse forbudt, idet alle lig over 2 år skulle kremes i oprindelig tilstand. Kendskab til menneskelegemet fik man fra dissektion af børn under 2 år, hvilket forklarer, at man mente, at kroppen indeholdt mellem 300 og 360 knogler. Man kunne også undersøge lig, som ingen gjorde krav på: de blev lagt 7 dage i en bæk, hvorefter bløddele blev skrubbet af med en kost, så man kunne se det indre uden at berøre liget med menneskehånd. I Sushruta Samhita er beskrevet 101 stumpe og 20 skarpe kirurgiske instrumenter og blandt de kirurgisk indgreb, der beskrives er rhinoplastik, rekonstruktion af læbe, kraniotomi, lithothomi, kataractoperation, kejsersnit, fjernelse af tumorer, hudtransplantation og frakturposition. Kirurgi blev kun brugt som ultimum refugium. Retningslinierne for valg af kandidater til uddannelse som læger: *The formal initiation of a pupil into the science of medicine should be imparted to a student belonging to one of the three twiceborn castes such as the Brahmas, the Kshatriya and the Vaishya and who should be of tender years, born of a good family, possessed of a desire to learn, energy of action, contentment, character, self-control, a good retentive memory, intellect, courage, purity of mind and body, and a simple and clear comprehension, command of clear insight into the things studied, and should be found to have been further graced with the necessary qualifications of thin lips, thin teeth and thin tongue, and possessed of a straight nose, large, honest and intelligent eyes, with a benign contour of the mouth, and a contented frame of mind, being pleasant in his speech and dealings, and usually painstaking in his efforts. A man possessed of contrary attributes should not be admitted into the sacred precincts of medicine.* Den kandidat, der blev accepteret, måtte leve op til en code of conduct, der meget mindede om den hippokratiske ed.

Kirurgiens historie i det moderne Indien hviler på engelske traditioner; det første Medical College blev etableret i Madras i 1835, Indien frigjorde sig fra England i 1947, Medical Council blev oprettet som overgribende ansvarlig instans for sundhedsvæsenet, der er nu ca. 132 uddannelsessteder for læger i Indien (medical colleges). Gennemsnitlig antager hvert medical college 100 – 140 nye studerende årligt og der er et 700 sengs sygehus knyttet til uddannelsesstedet. Der er 9000 medlemmer i The Association of Surgeons of India, hvilket repræsenterer flertallet af kirurgerne. Oprindeligt var sundhedsvæsenet regeringsfinansieret, men den private sektor er i vækst hovedsageligt koncentreret til byområder. Lovgivningen tilsiger, at private hospitaler skal stille nogle senge til rådighed for mindre velstillede. De bedste indiske hospitaler tilbyder ydelser, som måler sig med det bedste i verden. Fra officielt hold fører man en politik, der forsøger at bringe sundhedsydelser til landbefolkningen.

44. **Health care systems in transition III: India part II: The current status of HIV-AIDS in India.** J.K. Maniar. *Journal of Public Health Medicine* 2000; 22(1): 33-7. Det officielle tal for HIV/AIDS er kun nogle få tusinde, indberetning er ikke tvungen; et konservativt skøn er, at i 1997 var 1,5% af befolkningen HIV-positiv. Graviditetsundersøgelser i Pondicherry viste 4% positive. En undersøgelse af truck drivers i Madras viste 6,2% positive. De sociale stigmata til HIV/AIDS er meget stærke i Indien: der er eksempler på at disse patienter nægtes adgang til sygehuse, isoleres fra andre, diskrimineres i arbejdslivet, udstødes fra job og familie. Antiviral kombinationsbehandling er stadig urealistisk for de fleste indere af økonomiske årsager; mindst halvdelen af disse medikamenter fabrikeres ikke i Indien, men skal importeres. Få læger har erfaring i AIDS behandling. Der er ikke offentlige eller private tilskud til antiviral terapi. Mange HIV-smittede søger tilflugt til alternativ terapi, som tilbyder mange muligheder for helbredelse af AIDS. Børn med HIV er også udsat for megen diskriminering. Der er igangsat oplysningsarbejde om AIDS, selvom det støder på visse barrierer. Den almindelige kulturelle opfattelse er, at man gifter sig og lever i monogami. Derfor er det vanskeligt offentligt at diskutere emner som kondombrug, multiple seksualpartnere og homosexualitet. Vedrørende perinatalt overført HIV, skal patienterne selv betale HIV- test også ved graviditetsundersøgelser. Zidovudine i forbindelse med graviditet kan mindske antallet af smittede børn. Det sammen kan kejsersnit og undgåelse af amning. Hvad der er mest egnet i et U-land som Indien er endnu ikke fastlagt. Amning er jo også vigtigt for at undgå diarre og fejlernæring og af økonomiske grunde. I Indien er rapporteret 1 års dødelighed på 30% for børn med perinatal HIV-smitte.
45. **Health care delivery systems and surgical education in India.** Nilkantha K. Apte and Prafulla G. Kerker. *World Journal of Surgery* 1994; 18(5): 687-90. 80% af alle medicinske institutioner i Indien befinder sig i byområder. Man har forsøgt at planlægge mod øget sundhedstilbud til landbefolkningen. Sundhedsvæsenet kan opdeles i 5 sektorer: 1. Den offentlige Sektor med Primary Health Care (PHC og subcentre), Hospitaler (community health centers, perifere hospitaler, distriktshospitaler, specialist- og undervisningshospitaler), health insurance schemes (employees state insurance og central government health scheme) og andre institutioner (forsvarets og jernbanernes medicinske institutioner). 2. Den Private sektor med privathospitaler, polyklinikker, nursing homes, dispensaries og privatpraktiserende læger. 3. Traditionelle medicinske systemer: Ayurveda, Siddha, Unani, Tibbi, Homeopati, uregistrerede behandlere. 4. Frivillige organisationer i sundhedssektoren og 5. Nationale sundhedsprogrammer. En PHC har en læge og der skal kunne laves indgreb som abort og vasectomi. En Community Health Center (CHC) dækker 100.000, har 30 senge og 4 specialister (medicin, kirurgi, pædiatri og obstetrik/gynækologi) og kan henvise patienter direkte til specialisthospital uden om det lokale sygehus.

Lægeuddannelsen overvåges af Medical Council of India (MCI) og er opbygges af 4.5 års akademiske år resulterende i M.B, B.S. efterfulgt af 1 års internship og 3 års postgraduate uddannelse som ender i M.S. Man har forsøgt at reorientere uddannelsen og gøre den mere behovsrettet mod virksomhed i PHC. Under internperioden skal 6 måneder være i community health ved et rural health training center eller et upgraded PHC. Og i graduateperioden skal man bl.a. få praktiske færdigheder i venesection, parcentese, incision af absces, vasectomi, spiraloplæggelse, sårbehandling og alt dette læres ofte ved deltagelse i sundhedskampagner i landdistrikter.

46. **Liver transplantation in the developing world.** A. Sibal, M.R. Rajasekar, A.S. Soin. *Indian J Pediatr* 1999; 88(suppl): 120-3. Levertransplantation er etableret rutine i den rige verden, men er kun for nylig blevet succesfuldt gennemført i Indien.
47. **How to bring surgery to remote tribal areas.** J Gnanaraj, L. Gnanaraj, V.K. Shah. *Tropical Doctor* 1997; 27(3): 163-5. Erfaringer fra et landdistriktshospital i det vestlige Indien beskrives: patienter præges af uvidenhed, mange har aldrig besøgt en læge, de er fattige, patienter fra en etnisk gruppe føler sig ikke trygge sammen med andre grupper, der er lange transportveje; lokale heksedoktorer behandler med brændejern, og dette opfattes som normal medicinsk behandling – for ikke at patienterne skal udstødes fra fællesskabet for at have fået ”vestlig” behandling, er kirurgerne nødt til at skjule ar eller få dem til at ligne ar fra brændejern. Man opererede for duodenal ulcer, sygdom i thyreoidea, hysterectomi, cataract, etc. Kirurgerne forsøgte at undervise de lokale heksedoktorer. Udgifterne til virksomheden blev fordelt på patienter (70%) og kirkelige organisationer (30%). For at spare gav man væske rectalt via brugt Foleykateter i stedet for intravenøst og man genbrugte tomme iv. plasticflasker som vacuumdrænage.
48. **Attitudes of commercial renal transplant recipients toward renal transplantation in India.** W. Qunibi et al. *Clinical Transplantation* 1995; 9(4): 317-21. Det er almindeligt for saudiarabere at rejse til Indien for at købe og få indsat en nyre. Forfatterne har tidligere skrevet om resultater af 540 sådanne patienter operationsresultater. I Saudiarabien ventede 2500 patienter i 1995 på nyretransplantation. I 1993 blev der foretaget 240 nyretransplantationer, men 783 accepteres til kronisk dialyse. I denne artikel beskrives følelserne hos 81 nyretransplanterede: 68% tog til Indien af mangel på mulig beslægtet donor, 26% fordi de mente at man hurtigt kunne få en nyre i Indien, 88% betalte selv for nyren og transplantationen, priserne varierede mellem 13.000 og 40.000 \$ fordelt med 34% til lægerne, 29% til hospitalet og 24% til donoren og 13% til nyreformidleren. 40% blev transplanteret indenfor 2 uger. Generelt havde man respekt og taknemmelighed for de indiske læger og sygehuse om end man mente hygiejnen på hospitalerne kunne være bedre. 52% mødte aldrig deres nyredonor. 77% af nyredonorerne var under 30 år og 13% var under 20 år. 57% fik blodtransfusion perioperativt og af dem fik 3 (10,7%) HIV. Største problem for patienterne var de økonomiske. Kommerciel nyretransplantation er forbudt i mange lande inklusive Saudiarabien og Indien, men det forekomme alligevel.
49. **Status of neonatal intensive care units in India.** Armidi Fernandez, Jayashree A. Mondkar. *Journal of Postgraduate Medicine* 1993; 39(2): 57-9. 50% af indiske kvinder har ikke adgang til basal antenatal care, 80% af fødslerne foregår i hjemmet med utilfredsstillende forhold hvad angår renlighed, medicinsk udstyr og professionel assistance. Neonatal care er også minimalt prioriteret på mange sygehuse perifert. Der er kun få neonatale intensive specialafdelinger i Indien og de er knyttet til universitetsafdelinger og har patientbehandlingsmæssige, udviklingsmæssige og undervisningsmæssige opgaver. Der er også nogle private neonatalafdelinger. I andre lande rekommenderer man 30 neonatale intensive senge pr. 1 million indbygger. I artiklen stilles spørgsmålet om neonatal

intensivterapi overhovedet har en plads i et udviklingsland? Man anbefaler i første omgang at opruste neonatalplejen på mere perifere institutioner.

50. **Sai Baba Super Speciality Hospital.** www.manipal.edu/health/shirdi.html. 280 sengs cancerhospital i Manipal. Igangsat i 1992 og drives på non-profit basis af en filantropisk trust efterfølgende tankerne hos Sai Baba af Shirdi. Alle moderne faciliteter og udstyr til up-to-date cancer-diagnostik og –terapi.
51. **Immunization Status of Children of India.** Padam Singh & R.J. Yadav. *Indian Pediatrics* 2000; 37(17): 1194- 9. 19.000 repræsentativt udvalgte børn viser at 90% af indiske børn er helt eller delvis vaccineret. 63% har fået alle vaccinationerne i det indiske program (BCG, DPT, OPV, mæslinger). Geografisk er vaccinationsprocenten lavest i staterne Bihar, Rajasthan, UP, MP og NE. Børn fra landdistrikter og med analfabetiske mødre er også relativt dårligt vaccineret. Sammenlignet med tidligere undersøgelser i de senere år observeres en tendens til forbedret vaccinationsstatus.
52. **Poliomyelitis in India: past, present and future.** H.V. Wyatt. *Indian J Pediatr* 1998; 65(suppl): 1-98. Forfatteren er fra School of Healthcare Studies, University of Leeds. Af artiklens abstract fremgår at polio er ganske udbredt og at 95% lammes i benene. Forfatteren pointerer, at intramuskulære injektioner, der er populære ved febertilstande, forværrer paralyserne.
53. **Newborn care at peripheral health care facilities.** V.K. Paul and A.V. Bamani. *Indian J Pediatr* 2000; 67(5): 378-82. Arbejdet udgår fra Department of Pediatrics, WHO Collaborating Centre for Training & Reseach in Newborn Care, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi. Man har undersøgt forholdene i Orissa og et distrikthospital i Himachal Pradesh. Man har så godt som ingen fødsler på PHC og sjældent indlægges nyfødte. Almindeligste diagnose for nyfødte er infektioner og undersøgelsen konkluderer, at det er velgørende at konstatere, at behandlingen af syge nyfødte på velfungerende distrikts- eller subdistrikts-hospitaler under ledelse af pædiater er præget af gode resultater og lav mortalitet.
54. **Pediatric parenteral nutrition in India.** S. Bhave & A. Bavdekar. *Indian J Pediatr* 1999; 66(1 suppl): 141-9. Der gives en oversigt over indikationerne for parenteral ernæring af børn. Komplikationerne omtales. Der er tegn på at anvendelse af parenteral ernæring er stigende i Indien.
55. **Public health problems of urbanization.** R.K. Mutatkar. *Soc Sci Med* 1995; 41(7): 977-81. Akrtiklen udgår fra School of Health Sciences, University of Poona, Pune, India. Indflytningen til mangemillionbyer medfører store problemer: dårlige boligforhold, utilstrækkelig vandforsyning og kloakering, forurening, slum, kriminalitet, trafikproblemer, nedslidte skole- og sundhedsfaciliteter, osv. Der nævnes nogle eksempler fra Indien: i Bombay er der 4,2 personer pr. værelse, 30% af den indiske befolkning bor i slum og 45% bor i et-rums boliger. 50% af husene er opført i beton eller cement, men 17% er af mudder og strå. Omkring en tredjedel af befolkningen har ikke adgang til toilet og yderligere en tredjedel har adgang til fælleslatrin. Fordelingen af vand er ikke ensartet – i Ahmadabad forbruger 25% af befolkningen 90% af vandet. I slum kan der være mellem 170 og 700 personer pr. vandhane mod de anbefalede 150. Ca. 34% af de fattige i storbyslum har ikke adgang til indlagt vand. Kloaksystemer er ofte utætte og mange storbyer har åbne overflade drænsystemer til spildevand. Mange indere er vant til at toiletbesøg foregår i det fri. Også hospitalsaffald bliver ofte håndteret noget lemfældigt. Forureningen er enorm – i Delhi er der årlig 294 dage med dårlig luft, den industrielle sektor bidrager sammen med trafikken og i Indien's mest forurenede by Calcutta bruger 70% af indbyggerne kul til madlavning, hvilket også forurener. Kvaliteten i offentlige hospitaler belastes af overbefolkning og en

- apatisk attitude fra personalet mod patienterne. Der er ved at udvikle sig klassebestemte forskelle i behandlingssystemet. Problemer med børn og unge er betydelige – vold, misrøgt, børnearbejde, kriminalitet, etc. I den indiske by Pune er der 12.000 gadebørn ud af 2,5 millioner indbyggere.
56. **India's voiceless and the new population policy.** Debabar Banerji. *International Journal of Health Services* 2000; 30(4): 675-80. Forfatteren er professor ved Nucleus for Health Policies and Programmes i New Delhi. Han leverer et voldsomt kritisk angreb på Indiens befolkningspolitik. Den har kostet dyrt, der har ikke nået de mål der var planlagt og den har drænet ressourcer fra sundhedsvæsenet. Han antyder også at kampen mod befolkningsekspllosionen har været en slags "klassekamp", hvor de fattige har været target-gruppe. Han tilskriver bureaukrater skylden for den mislykkede befolkningspolitik.
 57. **Medicine in the next millenium – manpower needs.** B.M.Hegde. *J Assoc Physicians India* 1999; 47(11): 1089-91.
 58. **Reproductive health in India's primary health system.** M. Rao. *Natl Med J nIndia* 1997; 10(3): 134-8.
 59. **Integration of mental health care into primary care.** D. Chisholm, K. Sekar et al. *British Journal of Psychiatri* 2000; 176: 581-8. Forfatterne har forsøgt at lave en omkostningsorienteret resultatopgørelse over mentale behandlingsprogrammer i lavindkomstlande. Man har taget udgangspunkt i 2 indiske samfund nær Bangalore og 2 pakistanske landsbyer nær Rawalpindi.
 60. **The Bologna Hospital-at-Home; a model for cost-effective care of advanced cancer patients in developing countries.** S. Tanneberger. *Natl Med J India* 1998; 11(5): 231-5. En italiensk model for home care af cancerpatienter er afprøvet i Albanien og Indien, og har vist lovende resultater både hvad angår livskvalitet, patienttilfredshed og omkostningseffektivitet.
 61. **Community resources for mental health care in India.** R.S. Murthy. *Epidemiol Psichiatri* 2000; 9(2): 89-92.
 62. **Reducing child mortality in India in the new millenium.** M. Claeson, E.R. Bos, T. Mawji and I. Pathmanathan. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(10): 1192-9. Arbejdet er fra The World Bank, Washington. Tilgængelige opgørelser viser, at den faldende tendens i børnedødeligheden i Indien er bremsset op. I 1998 døde ca. 2.5 millioner børn under 5 år i Indien. Der har været betydelig forskel mellem de enkelte indiske stater, og børnedødeligheden er faldet mindst i Rajasthan. Man har ikke nået målsætning for børnedødelighed: 5 års mortalitet under 100/1000 levendefødte, infant mortality rate under 60/1000 levende fødte og perinatal mortalitet under 85/1000 levende fødte. Man diskuterer mulige faktorer: indkomstmæssige forhold for familien har en vis betydning, iværksættelse af børnesundhedsprogrammer (rehydrering, vaccinationer, luftvejsinfektioner, etc), ernæring (halvdelen af alle børn under 4 år er moderat til svært malnutrieret), kønsspecifikke forhold (en indisk pige har 30-50% større risiko for at dø mellem 1 og 5 års alderen end en dreng) og sundhedsvæsenets interventioner fra graviditetskontroller og fremefter.
 63. **Work in slums by the Nursing Faculty of Christian Medical College and Hospital, Ludhiana: a report..** M. Dean. *Nurs J India* 1992; 83(10): 242-7.
 64. **Prescribing pattern by doctors for acute diarrhoea in children in Delhi, India.** J. Singh et al. *J Diarrhoeal Dis Res* 1995; 13(4): 229-31. Forældrene til 264 børn med diarré blev spurgt om behandling før indlæggelsen. Kun 22% havde fået udskrevet orale rehydrerings væsker, mens 64% havde fået farmaka (antibiotika, amtidiarrémidler) og 40% fik intravenøs væske. Der var ingen forskel på behandlingen af private og offentligt ansatte læger. Det anbefales at stimulere til øget anvendelse af oral rehydrering.

65. **Renal transplantation – a fundamental right?**. M.K. Mani. *Natl Med J India* 1995; 8(5): 244-5.
66. **Understanding the sex ratio in India: a simulation approach**. Paula Griffiths, Zoë Matthews, Andrew Hinde. *Demography* 2000; 37(4): 477-88. Der er en betydelig overvægt af mænd i forhold til kvinder i Indien, og den forskel har været tiltagende i det sidste tiår af forrige århundrede. For nærværende er der 1075 mænd for hver 1000 kvinder. Normalt er der en overvægt af drenge ved fødslen, og dette kan forstærkes af sexselective aborter. Der gisnes også på, at der er overdødelighed blandt den kvindelige indiske population.
67. **Maternal and Child Healthcare Services in India with Special Focus on Perinatal Services**. Meharban Singh, Vinod K. Paul. *Journal of Perinatology* 1997; 17: 65-9. Der fødes over 50 børn hvert minut i Indien. 37% af den indiske befolkning er under 15 år. Infant mortality rate er faldet fra 140 pr 1000 levende fødte i 1970'erne til 73 i 1994. Tallet er lavere for byboere i forhold til landboere, Neonatale dødelighed er også faldet til under 50 hovedsagelig pga. eliminering af neonatal tetanus. Den perinatale dødelighed er faldet knapt så markant, hvilket tilskrives af kun 24,5% af alle fødsler foregår på klinikker/hospitaler og 51,3% af alle fødsler foregår uden medvirken af fagpersoner. Perinatal mortalitet var omkring 44 pr 1000 fødte i 1993, og dette høje tal skyldes faktorer som lav fostervægt, for tidlig fødsel, unge mødre (60% af piger mellem 15 og 19 år er gifte), maternal malnutrition, eklampsi, hyppige graviditeter, stor arbejdsbyrde for de gravide, dårlig uddannelse. I Kerala er uddannelsen bedre og perinatal mortalitet nede på 17 pr. 1000 fødsler. Bruttonationalprodukt er 300 \$ pr inder, og i 1993 brugtes 2,1 \$ pr indbygger i sundhedssektoren. Kun 2,1% af centralregeringen budget allokeres til sundhed. Et betydelig bidrag til sundhedssektoren kommer fra den private sektor. 15% af sundhedsudgifterne går til family welfare, der inkluderer maternal and child welfare. Indien har følgende mål for moder-barn-sundhed: infant mortality rate under 60 pr. 1000 levendefødte, neonatal mortality rate under 35 pr. 1000 levende fødte, perinatal mortalitet under 35 pr. 1000 fødsler, en incidens på low birth weight neonates på under 10%, 100% dækning med antenatal care, alle fødsler under tilsyn af uddannet personale, maternal mortality rate under 200 pr. 100.000 fødende. For at nå målene har regeringen programmet Child Survival and Safe Motherhood Program i 1992. I programmet indgik newborn care, vaccinationer, management af diarre og respirationsvejsinfektioner, vitamin A profylakse, rekommendation om amning, mindst 3 forebyggende undersøgelser i graviditeten, tetanusvaccine, jernprofylakse, henvisning af komplicerede graviditeter og syge nyfødte. I 1997 blev programmet udbygget til The Reproductive and Child Health Package of the National Family Welfare Program. Heri indkoopereres behandling af uønsket svangerskab, familieplanlægning, behandling af STD og sundhedsmæssige aspekter omkring graviditet, fødsel og det nyfødte barn. Siden 1975 har man haft et Integrated Child Development Services program, der retter sig mod børn under 6 år, gravide og ammende samt unge piger. Programmets komponenter er sundhedsmæssige (vaccinationer, check-up, referral), ernæringsmæssige og sundhedsundervisning, Nøglepersonen i dette program er Anganwadi – en deltidsfungerende kvinde udvalgt i det område, hun lever; hendes område omfatter ca. 1000 personer. The All India Post Partum Programme fokuserer specielt på familieplanlægning. I det seneste dusin år er tilkommet en del specialiserede neonatalafdelinger i Indien. Administrativt er Indien inddelt i 25 stater og 7 union territoriums med i alt 460 distrikter. Sundhedsvesenets struktur beskrives med sub-centret som den mest perifere enhed bemanded med en mandlig og en kvindelig sundhedsmedarbejder og dækkende 5000 personer. Et Primary Health Center (PHC) dækker 30.000 personer og er lægebemandet. For hvert 3 – 4 PHC's er der et Community Health

- Center (CHC), hvoraf et kan være distriktshospital. I 1995 var der 131.900 sub-centre, 21.723 PHC's og 2390 CHC's, hvilket er for lidt. I byerne er der en anden struktur med en blanding af statslige, kommunale og private institutioner. 74% af befolkningen lever i landområder og i de seneste år er udviklingen gået mod liberalisering og markedsøkonomi.
68. **Hypertension and stroke in Asia: prevalence, control and strategies in developing countries for prevention.** R.B. Singh et al. *Journal of Human Hypertension* 2000; 14: 749-63. I Indien har prevalensen af hypertension og stroke været stigende siden 1960'erne. Prevalensen varierer mellem 15 og 35%, og er højere i byområder end i landområder. Livstilsforhold er en del af forklaringen på blodtrykssygdommen.
69. **Healthcare in an Indian Hospital.** Francis Biley. *British Journal of Nursing*, 1992; 1(7): 359-60. Forfatteren er fra Cardiff og har besøgt Hospicio Hospital of Margoa. Hospitalet blev oprettet som en godgørende institution i 1867, men har fra 1977 været drevet som statsligt indisk hospital med 250 senge. Man har kirurgisk, medicinsk og coronar afdeling, ambulatorier, operationsstuer og skadestue. Statistik (1989) viste at sygehuset behandlede næsten 11.000 indlagte og 57.000 ambulante patienter. Der var 21.000 skadestuebesøg. På sygehuset arbejder 32 læger, 88 sygeplejersker og 113 i administrationen. Sygehuset råder kun over en hjertemonitor og enkelte sug, og forfatteren udtrykker forbløffelse over, at der kan udføres fornuftigt lægeligt arbejde med gode resultater, når man ser mængden af skidt og affald, der findes overalt. Bl.a. flyder indgangen med nåle og brugte bandager. Patienterne må selv komme til operationsstuen. Men alt skal ses i forhold til den aktuelle virkelighed i Indien. Man kan i Indien blive sygeplejersker efter 12 års basisuddannelse efterfulgt af 4 års BSc studie. I 1997 kunne en sygeplejerske tjene omkring 3000 rupees (90 £) om måneden.
70. **Udenrigsministeriets landeoversigter: Indien.** Ajourført september 1999. BNI pr. indbygger 1998: 430 US \$. Vækst i BNI pr. år 1990-97: 4,3%. Indbyggertal 1997: 962.378 millioner. Befolkningsvækst pr. år 1990-97: 1,8%. Udenlandsk bistand pr. indbygger 1997: 2 US \$. Dansk projekt/programbistand 1998: 190 millioner kr. Vurdering af menneskerettighedssituationen viser krænkelse af svage dele af befolkningen, i konfliktfyldte områder i nord- og nordøst. Børnearbejde findes udbredt på trods af regeringens bestræbelser på at begrænse det. Siden 1960'erne har Indien været en af hovedmodtagerne af dansk bistandshjælp, og i 1997 blev en ny landestrategi vedtaget for dansk bilateralt udviklingssamarbejde med Indien; man ville støtte projekter indenfor sundhed, landbrug, vand og sanitet samt miljø og vedvarende energi. Efter Indiens atomprøvesprængninger i 1998 besluttede den danske regering at stille projekterne i bero. En bæredygtig udfasning ventes tilendebragt over en tiårig periode.
71. **Indien i dag.** Thomas Karlsson og Steen Frederiksen. Gyldendal, København 2000. God oversigt over Indiens mangfoldigheder: mandlige sikh'er hedder Singh til efternavn og tror ikke på kastesystemet, over 20 af Indiens byer har mere end 1 million indbyggere, arierne kom med vedaerne, troen på genfødsel og kastesystemet, under den britiske imperialisme styredes 216% af den indiske befolkning af 565 prinsedømmer, hvis maharaja'er kunne være ustyrligt rige (den syvende maharaja af Patiala havde 350 kvinder i sit harem og 500 af de fineste poloheste, Maharaja'en af Gwalior nåede at skyde 1400 tigre i sit liv), flere hundrede tusinder blev dræbt ved delingen af Indien i 1947, de oprindelige 5 kaster er opdelt til 2-3000 forskellige kaster, lærerne er højkaste og kommer derfor ofte ikke på arbejde, da de ikke anser undervisning for nødvendigt til lavkaster, som skal fungere som arbejdere (og så kan de tjene ekstra på privatundervisning), luftforureningen i New Delhi svarer til rygning af halvanden pakke cigaretter, op imod halvdelen af inderne lever under

- fattigdomsgrænsen, 52% af inderne kan læse (64% af mændene og 39% af kvinderne), 12 hovedsprog og 2000 dialekter, truede stammer i nordøst (5 stammer har kun et medlem!).
72. **Indien.** Marie Thøger. Asienbiblioteket 1988. Bogen er ikke helt ny, men fra kapitlet om sundhedsforhold citeres: ”Den indiske centralregering anerkender følgende former for behandling: Den aurovediske medicin, som er den ældste indiske lægekunst. Homøpati, hvor man helbreder ved hjælp af meget små doser af de samme stoffer, som har fremkaldt sygdommen. Naturmedicin og yoga, som bygger på naturens evne til at helbrede. Og vestlig medicin, som blev bragt til Indien i kolonitiden. Læger, som er uddannet efter vestligt mønster, findes nu i enhver storby, i mange provinsbyer og endda i landdistrikterne. Den aurovediske medicin, homøpati, naturmedicin og yoga har hospitaler og klinikker i alle delstater. I byer af en vis størrelse findes der næsten altid et eller flere regeringshospitaler, som behandler efter vestlige principper. Regeringens hospitaler giver gratis medicin og behandling. Men patienterne må selv sørge for mad. Ofte følges hver patient af flere familiemedlemmer. De sover på gulvet ved siden af sengen. De køber ind og koger maden. Indiske hospitalslæger er ikke særlig godt lønnede. Derfor sker det, at nogen falder for fristelsen til at tjene lidt ekstra ved at give en speciel behandling til patienter, der kan betale drikkepenge. Det er naturligvis ulovligt. Men i så stort et land er det svært at kontrollere. En del private hospitaler er anlagt af missionærer før uafhængigheden. De drives nu, så de økonomisk hviler i sig selv. De har dyre eneværelser for patienter, der kan betale for behandlingen, mens folk uden penge kun betaler symbolsk. Disse hospitaler har ofte meget travlt, fordi regeringshospitalerne er overfyldte. Desuden har regeringshospitalerne svært ved at holde den samme standard som de private hospitaler. 70% af de penge, som indiske delstater anvender på sundhed, bliver brugt i byerne, men 80% af befolkningen bor på landet. Der er et net af sundhedscentre over hele Indien. Centrene er tænkt som steder, hvor man kan få gode råd om, hvordan man bedst bevarer sin sundhed, og hvor de mest almindelige sygdomme kan blive behandlet. For hver 100.000 mennesker er der et center med to læger og en stab af medhjælpere: jordemødre, spedalskhedsarbejdere, tuberculoseassistenter, ernæringsvejledere, familieplanlæggere og sygeplejersker. Til hvert center hører flere hjælpecentre, der hver skal tage sig af et område med ca. 10.000 mennesker. En læge fra det nærmeste sundhedscenter skal regelmæssigt besøge hjælpecentret, der passes af to eller tre sundhedsplejersker. Dette net strækker sig til hver eneste krog af landet. Men planlæggerne har måttet erkende, at noget var forkert. Man fik så den idé, at moderne uddannede læger måske ikke passede til at arbejde i landsbyerne. Derfor besluttede man yderligere at uddanne frivillige sundhedshjælpere. De skulle være lokale folk, som efter få måneders uddannelse vendte hjem til deres egne landsbyer som rådgivere. En af betingelserne for at blive antaget var, at man kunne læse og skrive. Det har bevirket, at ni ud af ti frivillige er mænd. Da det mest er kvinder og børn, som har brug for hjælp, så fungerer denne ordning heller ikke helt efter hensigten. Det mål, man nu arbejder hen imod, er at hver landsby skal have en uddannet jordemoder og en sundhedsplejerske. Bogen oplyser også, at Rajastan har 34.261.963 indbyggere og 172 hospitaler med 19.133 senge (bogen er fra 1988).
73. **India Handbook.** Robert & Roma Bradnock. Passport Books, Chicago, 1995.
74. **Rejsen Rundt i Indien.** Jane Hutchings. Politikens Forlag, 2000. God rejseguide med flotte illustrationer.
75. www.bibliotek.dk. Søgning på ordet ”Indien” på de danske bibliotekers database giver godt 1400 henvisninger.
76. **Mellempfolkeligt Samvirke.** Denne organisations bibliotek kommer man ind på via www.ms.dk. På søgeordet: indien er der 2047 hits. På søgeordene: indien + sundhed er der

112 hits. Der er også mulighed for at søge på video og film, og her giver søgeordet: indien 47 hits. Blandt anbefalelsesværdige film er "Salaam Bombay" af Mira Nair, "Ghandi" af Richard Attenborough, "Calcutta" af Louis Malle og "Kundun" af Martin Scorsese.

77. **Den Nye Nordiske Encyklopædi.** NRosd har skrevet afsnittet om sundhedsforholdene i Indien: befolkningstilvæksten er i begyndelsen af 1990'erne faldet til 1,8%. Det skyldes helt overvejende et kraftigt fald i antallet af børn, den enkelte kvinde føder, og opvejer hermed det samtidige fald i dødeligheden, som imidlertid fortsat er høj. Middellevetiden er i 1994 angivet til 61 år, lidt højere for kvinder end for mænd. Af 1000 levendefødte børn dør 79 inden etårsdagen (1994) mod 137 i 1970; dødeligheden er ca. 50% højere i landdistrikter end i byerne. Også mødredødeligheden er høj med ca. 4 pr. 1000 fødsler. Ca. 30% af alle børn har en fødselsvægt på under 2500 g. Det anslås, at børn under 5 år i gennemsnit har 1,7 diarréepisode pr. år. Uden hurtig behandling er diarré livstruende og udgør også den hyppigste dødsårsag i Indien. Børnediarré er hyppig pga. dårlig vandkvalitet (officielt er 84% af befolkningen dækket af sikker vandforsyning) og lav ammefrekvens, således kun 34% ved tremånedersalderen i byerne. Indien har et børnevaccinationsprogram nogenlunde som det danske, men det omfatter dog også tuberculose. Officielt er dækningen ca. 90%, men den synes at være væsentlig lavere. Sygdomme forårsaget af mangel på bl.a. jern, vitamin A og iod er relativt hyppige, og underernæring blev i 1995 rapporteret hos 69% af førskolebørn. Malaria anslås at ramme 15 millioner indere årligt med 20.000 dødsfald. I 1993 blev der fundet 450.000 nye tilfælde af spedalskhed, men med en effektiv medicinsk behandling kunne 900.000 mennesker erklæres helbredt samme år. Tuberculose er i stærk vækst i Indien med 1.6 millioner tilfælde i 1991, dvs. en fjerdedel af alle tilfælde i verden. Stigningen forventes at fortsætte samtidig med et stigende antal AIDS-tilfælde. I januar 1995 var der rapporteret 905 personer med AIDS, hvoraf ca. 90% også havde tuberculose. På dette tidspunkt blev det anslået, at 1.5 millioner var smittet med HIV. Leverbetændelse er meget hyppigt forekommende; det anslås, at 43 millioner er bærere af det virus, som forårsager type B. Hjerte-kar-sygdomme, kræft og ulykker har en stigende betydning, men der foreligger ikke sikre tal mht. dødelighed. Delstaterne har hovedansvaret for tilrettelæggelsen af et offentligt sundhedsvæsen. Det offentlige stod kun for 1.3% af de i alt 6% af BNP, som Indien i 1994 brugte på sundhedsvæsenet. Kun 39% af resurserne anvendes til det decentrale sundhedsvæsen. Landet modtog i 1994 i alt 251 millioner \$ i bistand til sundhedsformål, og Danmark har gennem årene været en stor donor. I 1992 havde Indien 4.7 læger og 6.8 sygehussenge pr. 10.000 indbyggere. I encyklopædien er der også gode afsnit om indisk historie, gastronomi, film, musik, teater, litteratur, malerkunst, arkitektur, uddannelse, massemedier, økonomi, sociale forhold, religion, sprog, etnografi, befolkning, erhvervsliv, klima og geografi.
78. **City of Joy.** Dominique La Pierre. Meget god bog om det hårde liv i Calcutta. Er også indspillet på film med Patrick Swayze i hovedrollen.
79. **Turen går til Indien.** Søren Lauridsen og Kaj Halberg. Politikens Forlag 1999. Meget faktaspækket rejseguide med forslag til yderligere litteratur.