

Temanotat

Sri Lanka: Helserelaterte forhold



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 rapporter og temanotater er basert på opplysninger fra både åpne og anonyme kilder. Opplysningene er innsamlet og behandlet i henhold til kildekritiske standarder.

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

© Landinfo 2016

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

Alle henvendelser om Landinfos rapporter kan rettes til:

Landinfo
Utlendingsforvaltningens fagenhet for landinformasjon

Storgata 33 A

Postboks 8108 Dep

N-0032 Oslo

Tel: 23 30 94 70

E-post: landinfo@landinfo.no

www.landinfo.no

SUMMARY

The government of Sri Lanka has the responsibility to ensure access to healthcare for all its citizens, and public health services are free of charge. The public health sector is well developed. Health services are significantly better in Colombo and urban areas than in rural areas, particularly in the east and the north; regions that have been affected by war and underdevelopment for over a generation.

Mental health care in Sri Lanka is generally limited. Significant portions of the population in the northern and eastern areas of the country are believed to be in need of mental health care, but adequate facilities and professional personnel are lacking. The leading institution in Sri Lanka for treatment of mental illness is the National Institute for Mental Health, located in Angoda outside Colombo.

In addition to the public health services, Sri Lanka has a large commercial private sector providing a wide range of healthcare services.

SAMMENDRAG

Myndighetene i Sri Lanka har ansvar for å sikre befolkningens tilgang til helsetjenester, og det offentlige helsetilbudet er gratis. Helsesektoren i landet er godt utbygd. Helsetilbudet er allikevel betydelig bedre i Colombo og urbane strøk enn på landsbygda, og da særlig i områdene nord og øst. Dette er områder som har vært rammet av krig og underutvikling i over en generasjon.

Det psykiatriske helsetilbudet i Sri Lanka er generelt begrenset. En betydelig andel av befolkningen i de nordlige og østlige områdene antas å ha behov for psykisk helsevern, men det mangler tilstrekkelige tjenester, både når det gjelder behandlingssteder og kvalifisert personale. Den ledende institusjonen for behandling av psykiske lidelser er National Institute for Mental Health, som ligger i Angoda utenfor Colombo.

I tillegg til det offentlige helsesystemet, har Sri Lanka en stor privat sektor som tilbyr et bredt spekter av helsetjenester.

INNHold

1. Innledning	5
2. Bakgrunn	5
3. Organisering	6
4. Kapasitet	7
4.1 National hospital of Sri Lanka.....	8
4.2 Sykehus for barn.....	8
4.3 Behandling av kreft	8
5. Psykisk helsevern	9
5.1 Organisering av psykisk helsevern.....	9
5.2 Behandlingstilbud.....	9
5.2.1 National Institute for Mental Health (NIMH)	9
5.2.2 Akutt psykiatrisk innleggelse	10
5.2.3 Personell innen psykisk helsevern.....	10
5.2.4 Behov for psykisk helsevern.....	11
5.2.5 Nord-området.....	11
5.2.6 Stigma knyttet til psykiske lidelser.....	11
6. Ayurvedic medisin	12
7. Private helsetjenester	13
8. Referanser	14

1. INNLEDNING

Dette temanotatet belyser enkelte aspekter ved både det somatiske og det psykiatriske helsetilbudet i Sri Lanka. De forhold det redegjøres for, anses å ha relevans for utlendingsforvaltningen, og notatet intenderer ikke å gi et uttømmende bilde av helsevesenet i Sri Lanka.

Notatet er i hovedsak basert på offentlig tilgjengelig informasjon. Kildelisten som følger notatet, kan tjene som utgangspunkt for videre fordypelse.

Sri Lanka har forbedret sin score på viktige levekårsindikatorer i de seneste år. Landet er rangert som nummer 73 av 187 land på FNs Human Development Index for 2014. Til sammenlikning ble Pakistan rangert som nummer 146 og India som nummer 135 (UNDP 2014a). Forventet levealder i 2012 var 75,9 år, mens den var rundt 40 år i 1930. Dette tilsvarer forventet levealder i flere land i Europa og er høyere enn mange andre land i regionen.¹ I 2010 var barnedødeligheten rundt 17 per 1000 fødte, mens den i 1930 var 175 per 1000 (WHO 2015; Govindaraj et al. 2014, s. 1).

Verdensbanken kategoriserer Sri Lanka som et lavere middelklasse-inntektsland. I 2002 var fattigdomsraten rundt 22,7 prosent, mens den var sunket til 6,5 prosent i 2012. Det er imidlertid store inntektsforskjeller i Sri Lanka (Huntington & Hort 2015, s. 263-264).

2. GENERELLE FORHOLD

Sri Lanka har et relativt velfungerende helsesystem, og offentlige helsetjenester er gratis. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO 2014) har Sri Lanka et omfattende nettverk av offentlige helseinstitusjoner og sykehus.

Flere kilder betegner Sri Lankas oppnådde resultater innen helsesektoren som bemerkelsesverdige, spesielt i lys av landets nasjonaløkonomi (UNDP 2014b, s. vii; IOM 2014, s. 6; Govindaraj et al. 2014, s. 1). Sri Lankas score på sentrale helseindikatorer er sammenliknbare med land som Thailand og Malaysia, land med høyere inntektsnivå og større helseutgifter (Govindaraj et al. 2014, s. 1).

Myndighetenes helsekostnader tilsvarer 3,2 prosent av bruttonasjonalprodukt, og finansieres hovedsakelig gjennom skatt (WHO 2015). Utgifter til sykehusdrift står normalt for rundt 70 prosent av helsebudsjettet (Huntington & Hort 2015, s. 266). Under 2 prosent blir brukt til psykisk helsevern (Jenkins et al. 2010).

Tilbudet av helsetjenester og kvaliteten på tjenestene som leveres, varierer rundt om i landet, og tilbudet er langt bedre i Colombo og i de store byene enn på landsbygda. I gjennomsnitt ligger det en offentlig helseinstitusjon innen en distanse på fem kilometer fra en enhver borger. Type institusjon vil imidlertid variere innen et spenn fra primære helsetjenester til mer spesialiserte sykehus (Huntington & Hort 2015, s.

¹ Forventet levealder i Makedonia, Montenegro og Ungarn er den samme som i Sri Lanka. Forventet levealder i Bangladesh og Nepal er 71 år, og i India og Pakistan 67 år (Globalis 2015).

266). De fleste lokale helseinstitusjonene er små, færre enn 10 prosent har mer enn 100 senger (Govindaraj et al. 2014, s. 9). Det er fritt sykehusvalg i Sri Lanka. Pasienter velger ofte bort lokale tilbud, noe som medfører periodisk press og overbelegg ved sentrale sykehus (Ministry of Health 2013, s. 55).

Srilankiske myndigheter har nedlagt et betydelig arbeid når det gjelder behandling av smittsomme sykdommer, utvikling av helsetilbudet til fødende og mor-barn, samt forebygging gjennom ulike vaksineringsprogram. Omfanget av ikke-smittsomme, livstilrelaterte sykdommer er imidlertid økende, deriblant hjerte-karsykdommer, diabetes, kroniske luftveissykdommer, nyresykdommer og kreft (IOM 2014, s. 6).

Srilankiske helsemyndigheter står overfor en «dobbel sykdomsbyrde» (double burden of disease); smittsomme sykdommer og fattigdomsrelatert problematikk (underernæring, lav fødselsvekt, etc.) på den ene siden, og økning i omfanget av ikke-smittsomme sykdommer på den andre siden (Huntington & Hort 2015, s. 262). En betydelig økning av andelen eldre holdes frem som forklaring for veksten av ikke-smittsomme sykdommer. Helsemyndighetene har identifisert to utfordringer innen helsesektoren: det økende behovet for helsetjenester til eldre og funksjonshemmede, samt tiltak mot økt forekomst av ikke-smittsomme sykdommer, selvmord, rusmisbruk og underernæring (IOM 2014, s. 6).

Den private helsesektoren i Sri Lanka er relativt stor, og finansieres hovedsakelig gjennom pasientene selv (Jenkins et al. 2010; Huntington & Hort 2015, s. 266). Det er mange private sykehus, flest i Colombo. Sykehusene tilbyr behandling av høy kvalitet på en rekke områder. Privat medisinsk behandling er relativt dyrt (IOM 2014, s. 6).

Områdene nord og øst i landet er fremdeles preget av borgerkrigen. International Organisation for Migration (IOM) understreker at myndighetene har store utfordringer knyttet til etablering av et tilfredsstillende helsetilbud i disse områdene (IOM 2014; WHO 2014).

Den offentlige helsesektoren tilbyr også tradisjonell medisinsk behandling, og da særlig ayurvedisk behandling. Ministry of Indigenous Medicine ble etablert i 1980 (Ministry of Health & Indigenous Medicine u.å.).

3. ORGANISERING

Helsedepartementet (Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine) har det overordnede politiske ansvaret for helsevesenet, herunder psykisk helsevern.

Helsesektoren er desentralisert, men Helsedepartementet har ansvar for styringen av en del sentrale sykehus (Huntington & Hort 2015, s. 20-21). Under Helsedepartementet sorterer Provinsial Ministeriers of Health som har ansvar på provinsnivå. Det er også 25 regionale helseorganer, såkalte Regional Directors of Health Services (RDHS), som igjen bistår ni tilsvarende organer på provinsnivå (Provinsial Directors of Health Services). Hvert RDHS-område er inndelt i flere undernivåer, såkalte Medical Officer of Health-områder. Disse er blant annet ansvarlige for forebyggende helsetjenester (Ministry of Health 2013, s. 11).

Overføringen av betydelig myndighet for helsevesenet til provinsnivå, fant sted i 1987. Etter dette har det ikke vært større strukturelle endringer innen helsesektoren (Huntington & Hort 2015, s. 257).

Det omfattende nettverket av ulike helseinstitusjoner er organisert på tre plan; primær-, sekundær- og tertiærnivå. Helseinstitusjonene er ordnet i ulike kategorier basert på typen av medisinske tjenester som tilbys og behandlingskapasitet (Ministry of Health 2013, s. 55). Det er Helsedepartementet som definerer og setter rammer for profesjonelt personell og utstyr ved institusjonene, og bestemmer hva slags behandling og tjenester som skal tilbys. Flere institusjoner oppfyller ikke departementets kravspesifikasjoner, og da spesielt når det gjelder personell og utstyr (Huntington & Hort 2015, s. 269-270).

Ifølge Helsedepartementet (2013, s. 55) er de ulike kategoriene av sykehus og helseinstitusjoner som følger:

1. National Hospital of Sri Lanka
2. Teaching Hospitals (universitetssykehus)
3. Provincial General Hospitals
4. District General Hospitals
5. Base Hospitals (Type-A og Type-B)
6. Divisional Hospitals (Type-A, Type-B og Type-C)
7. Primary Medical Care Units

Det nasjonale sykehuset, universitetssykehus og General Hospitals på provins- og distriktnivå faller innenfor kategorien tertiærnivå. Basesykehus, type A og B, er kategorisert som sekundærnivå. De resterende sykehusene er på primærnivå. Majoriteten av sengeplassene er på tertiærnivå hvor to tredeler av innlagte pasienter behandles. En tredel av alle polikliniske behandlinger blir også utført på tertiærnivå (Huntington & Hort 2015, s. 259, 269).

Alle de nevnte helseinstitusjonene, med unntak av enkelte spesialiserte sykehus, skal i utgangspunktet gi poliklinisk behandling og mor-barn-tjenester, samt tilby familieplanlegging. Institusjoner på sekundærnivå skal ha radiologi- og patologi-tjeneste, operasjonssal og intensivavdeling, samt ha kompetanse innen kirurgi, pediatri, obstetikk og gynekologi. Basesykehus blir klassifisert som type A eller B etter hva slags spesialisttjenester som tilbys innen øre-nese-hals- og øye-behandling, dermatologi og psykiatri. Sykehus på tertiærnivå gir mer omfattende spesialisthelsetjenester, og universitetssykehusene representerer det mest omfattende tilbudet (Huntington & Hort 2015, s. 270).

Alle de administrative distriktene i Sri Lanka skal ha minst ett sykehus på tertiærnivå, enten klassifisert som District General, Provincial General eller universitetssykehus (Huntington & Hort 2015, s. 278).

4. KAPASITET

I 2011 var det totale antallet sengeplasser innen det offentlige helsevesenet i Sri Lanka 71 674. Dette tilsvarer 354 sengeplasser per 1000 innbyggere (Huntington & Hort 2015, s. 269).

I 2011 var det i alt 1067 offentlige sykehus og helseinstitusjoner med poliklinisk behandlingstilbud. Av disse hadde 593 både et tilbud om poliklinisk behandling og sengeplasser, mens 475 kun hadde tilbud om poliklinisk behandling (Govindaraj et al. 2014, s. 9).

Det er ett nasjonalt sykehus i landet. I 2011 var det 21 universitetssykehus (inkludert spesialiserte sykehus) med totalt 21 350 sengeplasser. Det var 3 Provincial General Hospitals med 4203 sengeplasser og 18 District General Hospitals med 10 423 sengeplasser (Huntington & Hort 2015, s. 269).

På sekundærnivå var det 26 basesykehus – type A med 8306 sengeplasser, og 41 basesykehus – type B med 6458 sengeplasser (Huntington & Hort 2015, s. 269).

Innenfor primærhelsetjenesten var det 46 Divisional Hospital – type A med 46 sengeplasser, 134 Divisional Hospital type B med 8732 sengeplasser og 311 Divisional Hospital – type C med 7168 sengeplasser. I tillegg var det 1076 Primary Medical Care Units med 71 674 sengeplasser (Huntington & Hort 2015, s. 269).

I 2011 arbeidet ca. 16 500 leger innen det offentlige helsevesen (Govindaraj et al. 2014, s. 17).

4.1 NATIONAL HOSPITAL OF SRI LANKA

National Hospital i Colombo er det største sykehuset i Sri Lanka. Sykehuset har 3300 sengeplasser fordelt på 106 avdelinger, 35 operasjonsstuer og 12 intensivavdelinger, i tillegg til spesialavdelinger. Det er universitetssykehus, og fungerer som det nasjonale senteret for medisinsk og kirurgisk behandling (Ministry of Health 2013, s. 57).

4.2 SYKEHUS FOR BARN

Helseinstitusjoner på sekundærnivå skal ha tilbud om behandling innen pediatri (Huntington & Hort 2015, s. 270).

Lady Ridgeway Hospital, som har status som universitetssykehus, er det nasjonale senteret for behandling av barn. Sykehuset er spesialisert på barn under 12 år, og utfører blant annet kirurgiske inngrep. Kapasiteten er 901 sengeplasser. Sykehuset har en poliklinisk avdeling som behandler rundt 2500 barn daglig. I tillegg blir om lag 200 pasienter innlagt daglig, og ca. 50 000 barn behandles ved sykehuset hvert år (Ministry of Health 2013, s. 63-64).

Sirimavo Bandaranayke Hospital for barn har 157 sengeplasser. Det arbeider 16 spesialister, 75 leger og 153 sykepleiere ved sykehuset (Ministry of Health 2013, s. 90).

4.3 BEHANDLING AV KREFT

Sykehuset Maharagama Cancer Institute er det ledende senteret for kreftbehandling i Sri Lanka. Instituttet screener, diagnostiserer, behandler og følger opp kreftpasienter. Sykehuset tilbyr både cellegiftterapi, kirurgi og strålebehandling. Kapasiteten er 808 sengeplasser fordelt på 24 avdelinger. Personalet består av 31 spesialister, 174 leger og 438 sykepleiere (Ministry of Health 2013, s. 89).

5. PSYKISK HELSEVERN

I en rapport fra 2010 (Jenkins et al.) om integrering av psykisk helsevern i primærhelsetjenesten i Sri Lanka, hevdes det at behovet for psykiatriske helsetjenester trolig er like høyt i Sri Lanka som i andre deler av verden, om ikke høyere. Det vises til at Sri Lankas selvmordsrater er blant de høyeste i verden. Rundt 6000 personer begår selvmord per år (Siva 2010). Borgerkrigen og tsunamien har også medført et økende behov for psykiatriske behandlingstilbud (Jenkins et al. 2010).

5.1 ORGANISERING AV PSYKISK HELSEVERN

Helsedepartementet har det overordnede ansvaret for psykisk helsevern i Sri Lanka. Direktoratet for psykisk helse, underlagt departementet, ble etablert i 2000, og har det faglige ansvaret for vurdering av behov og tilbud, strategisk planlegging og utvikling av handlingsregimer og retningslinjer. I 2005 ble det vedtatt en politisk handlingsplan – Mental Health Policy – som politisk forankrer behovet for å styrke forebygging, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser (Ministry of Health 2013).

5.2 BEHANDLINGSTILBUD

Det psykiatriske helsetilbudet er begrenset. Behandling av alvorlige psykiske lidelser innenfor det offentlige helsevesenet vil, etter Landinfos erfaring, i all hovedsak være basert på institusjonalisering og/eller medisiner. Medisiner er i utgangspunktet gratis, men det kan være begrensninger på dyre preparater.

Ifølge Helsedepartementet var det 1453 sengeplasser innen psykisk helsevern i 2012. Dette tilsvarer rundt 2 prosent av sengeplassene i offentlige sykehus, noe som gir ca. 27 sengeplasser for psykiatriske pasienter per 100 000 innbygger (Ministry of Health 2013, s. 42).

5.2.1 National Institute for Mental Health (NIMH)

Den ledende institusjonen for behandling av psykiske lidelser er National Institute for Mental Health (NIMH) (tidligere kjent som Mental Hospital Angoda). Sykehuset tilbyr både poliklinisk behandling, langtidsbehandling i institusjon og rehabiliteringsprogram (Ministry of Health 2013, s. 41).

Som nasjonalt kompetansesenter administrerer NIMH både opplæring og forskning innen psykisk helsevern. Kompetansetilbudene omfatter både medisinstudenter, leger, psykiatri, sykepleiere og psykiatriske sosialarbeidere (Ministry of Health 2013, s. 42).

I henhold til Helsedepartementet hadde NIMH en kapasitet på 1029 sengeplasser, fordelt på åtte avdelinger i 2012-2013. 120 sengeplasser var øremerket langsiktig behandling av mannlige pasienter, mens kvinnelige pasienter med langsiktig behandlingsbehov ble behandlet ved NIMHs avdeling i Mulleriyawa (Ministry of Health 2013, s. 42).

I 2010 hadde NIMH åtte psykiatere, 300 sykepleiere og seks ergoterapeuter (occupational therapists). Det var ingen psykologer ansatt ved sykehuset (Jenkins et al. 2012).

5.2.2 Akutt psykiatrisk innleggelse

Helsedepartementets statistikk for 2012 viser at det var totalt 22 psykiatriske døgninstitusjoner (in-patients units) i Sri Lanka som hadde tilbud om akutt psykiatrisk innleggelse (Ministry of Health 2013, s. 42).

Følgende institusjoner hadde et slikt tilbud i 2012: National Hospital (Colombo), Colombo South (Kalubowila), Lady Ridgeway Hospital (Borella), Colombo North (Ragama) samt Teaching/General Hospitals i Kalutara, Galle, Badulla, Kandy, Peradeniya, Kurunegala, Trincomalee, Batticaloa, Ampara, Kalmunai, Jaffna, Anuradhapura, Polonnaruwa, Vavuniya, Ratnapura og i Nuwara-Eliya (Ministry of Health 2013, s. 42).

Ved såkalte General Hospitals eller basesykehus uten tilgjengelige akuttpsykiatriske enheter, blir psykiatriske pasienter mottatt og innledningsvis innlagt ved en somatisk avdeling (Ministry of Health 2013, s. 42).

I tillegg til NIMH fordeler de psykiatriske sengeplassene seg slik (Ministry of Health 2013, s. 42):

- Colombo-distrikt: 48
- Gampaha: 20
- Kalutara: 30
- Karapitiya: 28
- Badulla: 34
- Kandy: 133
- Batticaloa: 35
- Ampara: 16
- Kalmunai: 12
- Jaffna: 50
- Ratnapura: 32
- Anuradhapura: 24

5.2.3 Personell innen psykisk helsevern

En av de største utfordringene innen psykisk helsevern i Sri Lanka er mangelen på kompetanse, både når det gjelder diagnostisering og behandling/terapi (Siva 2010). I en rapport publisert på hjemmesidene til World Psychiatric Association, påpekes det at Sri Lanka hadde 48 psykiatere fordelt på 19 millioner innbyggere i 2010 (Jenkins et al. 2010). I henhold til Helsedepartementet hadde antallet praktiserende psykiatere økt til 60 i 2012 (Ministry of Health 2013, s. 43).

Det er ingen spesialiserte sykepleiere innenfor psykiatri, men 800 sykepleiere som har noe erfaring innen psykiatri, er ansatt ved ulike psykiatriske avdelinger. Tre psykologer er knyttet til universitetsavdelinger. Videre finnes det 57 ergoterapeuter (occupational therapists), 20 «psychosocial workers (PSWs)» og 60 «assistant PSWs» (Jenkins et al. 2010).

I 2010 var det ni døgninstitusjoner på provinsnivå med psykiatriske enheter, med tilsammen én psykiater, 12-15 sykepleiere, én ergoterapeut (occupational therapist) og én sosialarbeider. Ingen av disse hadde psykolog tilgjengelig (Jenkins et al. 2010).

Særlig på lokalt nivå (distrikt) er kompetansenivået generelt lavt. I 2010 arbeidet én psykiater, ti sykepleiere og én ergoterapeut (occupational therapist) innen psykiatrien på distriktsnivå i Sri Lanka. Det var ingen psykologer tilgjengelig. Sykepleiere skal

ha gjennomført en måneds grunnleggende psykiatriopplæring og oppfriskningskurs (Jenkins et al. 2010).

På landsbasis var det også 110 «medical officers of mental health (MOMHs)». Det er leger som enten har et månedskurs innen psykiatri eller et tolv måneders diplomkurs (med utstedt sertifikat fra College of Psychiatrists) og tittelen «medical officer of mental health» (Jenkins et al. 2010).

5.2.4 Behov for psykisk helsevern

Det foreligger relativt lite dokumentasjon om omfanget av psykiske lidelser i den srilankiske befolkningen. Internasjonal erfaring tilsier at minst 10 prosent av befolkningen har «common mental disorders» (CMD) og rundt 1 prosent har psykotiske tilstander (Jenkins et al. 2010). «Common mental disorders» er en betegnelse på et bredt spekter av tilstander, som blant annet inkluderer depresjoner og angstlidelser (Siriwardhana et al. 2013, s. 2). Videre i temanotatet vil dette bli betegnet som «vanlige psykiske lidelser».

Enkelte kilder hevder at rundt 5-10 prosent av den srilankiske befolkningen sannsynligvis har en form for psykisk lidelse som trenger medisinsk oppfølging (Samarasekare et al. 2012). Den langvarige borgerkrigen i landet og tsunamien i 2004 har forårsaket mange psykiske problemer og lidelser. WHO anslår at minst 10 prosent av de som eksponeres for traumatiserende hendelser, får en form for psykisk helseproblem (Sritharan & Sritharan 2014, s. 1).

5.2.5 Nord-området

Det er få studier i Sri Lanka som har fokusert på konfliktperiodens betydning for befolkningens generelle psykiske helse. En studie beskrevet i en artikkel publisert i International Journal of Humanities and Social Science, har kartlagt den psykologiske effekten av konflikten på befolkningen gjennom en spørreundersøkelse. Studien indikerer at kun 6 prosent av respondentene ikke har blitt eksponert for psykiske belastninger på grunn av krigen (Sritharan & Sritharan 2014, s. 1).

I henhold til en pilotstudie gjennomført for WHO's Mental Health Gap Action Program (Siriwardhana et al. 2013, s. 2), kan det være sammenheng mellom økt forekomst av psykiske lidelser og internflykt forårsaket av konflikt. Dette inkluderer «vanlige psykiske lidelser» og post-traumatiske stresslidelser. Artikkelen viser til tidligere publisert materiale som indikerer at personer som har vært internflyktninger (IDP) lenge, oftere har «vanlige psykiske lidelser» enn den øvrige befolkningen i Sri Lanka (18,8 prosent mot 4,2 prosent) (Siriwardhana et al. 2013, s. 2).

Den langvarige konflikten i Sri Lanka har medført at mange områder er svært lite utviklet, og i nord er tilbudene innen psykisk helsevern enda mer utilstrekkelige enn ellers i landet (Siriwardhana et al. 2013, s. 2).

5.2.6 Stigma knyttet til psykiske lidelser

Stigma har blant annet blitt definert som «the combined effect of prejudice, ignorance and discrimination», og mange mener at stigma er hovedårsaken til at mennesker med psykiske lidelser ikke mottar behandling (Samarasekare et al. 2012, s. 94). Det foreligger imidlertid lite informasjon, herunder undersøkelser og studier, som spesielt omhandler stigma i forbindelse med psykiske lidelser i Sri Lanka.

I en artikkel publisert av det medisinske tidsskriftet *The Lancet* (Siva 2010), påpekes det at i tillegg til mangelen på behandlingssteder og kvalifisert personale, er det også kulturelle utfordringer knyttet til psykisk helse i Sri Lanka. En psykiater som har erfaring med psykisk helsevern i Sri Lanka, mener at det er stigma forbundet med mentale lidelser både i det singalesiske og tamilske samfunnet. I artikkelen uttaler også Amnesty Internationals Sri Lanka-ekspert at psykisk helse ikke diskuteres åpent i Sri Lanka på grunn av kulturelle tabuer (Siva 2010).

Ifølge en studie basert på kvalitative intervjuer med ni helsearbeidere (Samarasekare et al. 2012), vil stigma forbundet med psykiske lidelser, ikke bare påvirke den syke, men også dennes familie. I studien indikeres det at mange srilankiske familier holder sykdom skjult for å unngå stigma og forskjellsbehandling. Dette kan medføre at færre oppsøker hjelp. Studien viser imidlertid også eksempler på det motsatte. Hvorledes srilankiske familier håndterer psykisk syke familiemedlemmer, vil med andre ord variere (Samarasekare et al. 2012).

I studien påpekes det at det finnes mange ulike oppfatninger om årsakene til psykiske lidelser i Sri Lanka. Det vises blant annet til at buddhistiske og hinduistiske forestillinger om karma er utbredt, og at enkelte bruker dette som forklaring for at psykiske lidelser oppstår (Samarasekare et al. 2012).

Så langt Landinfo kjenner srilankiske forhold, vil stigma i forbindelse med psykiske lidelser i all hovedsak være knyttet til svært alvorlige psykiske lidelser, lidelser som eksempelvis innebærer psykoser, adferdsforstyrrelser og funksjonsnedsetting. Personer med lettere psykiske lidelser, eksempelvis moderate depresjoner, avgrensede angstlidelser, posttraumatisk stress-syndrom, vil etter alt å dømme ikke bli møtt med de samme fordømmene, ei heller stå i umiddelbar fare for å bli isolert eller utsatt for overgrep.

6. AYURVEDIC MEDISIN

Det offentlige srilankiske helsevesenet tilbyr også behandling basert på tradisjonelle ayurvediske prinsipper. Ayurveda kan dateres tilbake til vedisk tid i India², og er basert på indisk og hinduistisk filosofi (Ministry of Health & Indigenous Medicine u.å.).

I dag tilbyr det offentlige helsevesenet ayurvedisk behandling ved hele 62 sykehus og 208 mindre institusjoner. Det er rundt 1424 behandlere ansatt ved disse institusjonene. I tillegg er det registrert om lag 20 000 privatpraktiserende tradisjonelle behandlere i Sri Lanka (Ministry of Health & Indigenous Medicine u.å.).

Dette er et helsetilbud som blir brukt av mange, og myndighetene opplyser at rundt 10 prosent av befolkningen har benyttet ayurvedisk behandling (Ministry of Health & Indigenous Medicine u.å.).

² Rundt 1500-500 f.Kr.

7. PRIVATE HELSETJENESTER

Den private helsesektoren tilbyr både poliklinisk behandling og behandling ved innleggelse på sykehus og klinikker. Det private helsetilbudet har blitt stadig utvidet fra 1980-tallet og frem til i dag.

I 2011 var det en kapasitet på 4210 sengeplasser innen privat sektor (Govindaraj et al. 2014, s. 10). I henhold til myndighetene var det per juni 2013 registrert 202 private sykehus og pleiesentre (Nursing Homes). Det var videre registrert 589 medisinske laboratorier og 336 medisinske sentre/helsesentre (Ministry of Health 2013, s. 138).

Den private helsetjenesten er i all hovedsak konsentrert i urbane strøk, spesielt i Western Province, hvor nesten 25 prosent av landets befolkning bor. Rundt 50 prosent av det totale antall sengeplasser er i Colombo. De resterende er mindre klinikker og sykehus med rundt 20 til 30 plasser, spredt på noen få distrikt bl.a. Kandy, Galle, Kurunegala og Anuradhapura (Govindaraj et al. 2014, s. 9, 10).

Nesten 90 prosent av alle praktiserende leger og sykepleiere i landet er sysselsatt i det offentlige helsevesenet. De fleste helsearbeiderne i privat sektor arbeider også i det offentlige helsevesenet (Govindaraj et al. 2014, s. 9). Det ble åpnet for at offentlige helsearbeidere også kunne arbeide innen privat sektor i 1977.

I 2011 var det rundt 700 leger som arbeidet fulltid i privat sektor. Av rundt 16 500 leger innen det offentlige, jobbet omkring 4700 deltid ved private sykehus (Govindaraj et al. 2014, s. 17).

8. REFERANSER

Skriftlige kilder

- Central Bank of Sri Lanka (2014, juni). *Sri Lanka Socio-Economic Data 2014*. Colombo: Central Bank of Sri Lanka. Tilgjengelig fra http://www.cbsl.gov.lk/pics_n_docs/10_pub/docs/statistics/other/Socio_Econ_Data_2014_e.pdf [lastet ned 24. september 2015]
- Globalis (2015). *Forventet levealder*. Oslo: FN-sambandet. Tilgjengelig fra <http://www.globalis.no/Statistikk/Levealder> [lastet ned 19. oktober 2015]
- Govindaraj, R., Navaratne, K., Cavagnero, E. & Seshadri, S. R. (2014, juni). *Health Care in Sri Lanka: What Can the Private Health Sector Offer?* Washington D.C.: World Bank. Tilgjengelig fra <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/20018/899540WP0Box380th0Care0in0Sri0Lanka.pdf?sequence=1> [lastet ned 19. oktober 2015]
- Huntington, D. & Hort, K. (2015). *Public Hospital Governance in Asia and the Pacific*. Manila: Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Tilgjengelig fra http://www.wpro.who.int/asia_pacific_observatory/country_comparative_studies/ccs_public_hospital_governance.pdf?ua=1 [lastet ned 24. september 2015]
- IOM, dvs. International Organization for Migration (2014, juni). *Country Fact Sheet Sri Lanka (June 2014)*. Genève: IOM. Tilgjengelig fra http://www.bamf.de/SharedDocs/MILO-DB/EN/Rueckkehrfoerderung/Laenderinformationen/Informationsblaetter/cfs_sri-lanka-dl_en.pdf?__blob=publicationFile [lastet ned 24. september 2015]
- Jenkins, R., Mendis, J., Cooray, S. & Cooray, M. (2010). *Integration of mental health into primary care in Sri Lanka*. Chêne-Bourg: World Psychiatric Associations. Tilgjengelig fra http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=24&content_id=927 [lastet ned 22. september 2015]
- Ministry of Health (2013). *Performance and Progress Report 2012-2013*. Colombo: Ministry of Health. Tilgjengelig fra <http://www.health.gov.lk/en/publication/P-PRReport2012.pdf/PerformanceReport2012-E.pdf> [lastet ned 22. september 2015]
- Ministry of Health & Indigenous Medicine (u.å.). *The Ministry of Indigenous Medicine*. Colombo: Ministry of Health & Indigenous Medicine. Tilgjengelig fra http://www.indigenoumedimini.gov.lk/About_us.html [lastet ned 22. oktober 2015]
- Samarasekare, N., Lloyd, M., Davies, M., & Siribaddana, S. (2012). The Stigma of Mental Illness in Sri Lanka: The Perspectives of Community Mental Health Workers. *Stigma Research And Actoin*, 2(2). Tilgjengelig fra <http://stigmaj.org/article/view/48> [lastet ned 22. september 2015]
- Siriwardhana, C., Adikari, A., Bortel, T. V., McCrone, P., & Sumathipala, A. (2013). An intervention to improve mental health care for conflict-affected forced migrants in low resource primary care settings: a WHO MhGAP-based pilot study in Sri Lanka (COM-GAP study). *Trials* 2013. Tilgjengelig fra <http://www.trialsjournal.com/content/pdf/1745-6215-14-423.pdf> [lastet ned 22. september 2015]
- Sritharan, J. & Sritharan, A. (2014, februar): Post-Conflict Sri Lanka: The Lack of Mental Health Research and Resources among Affected Populations. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(3). Tilgjengelig fra http://www.ijhssnet.com/journals/Vol_4_No_3_February_2014/14.pdf [lastet ned 22. september 2015]
- Siva, N. (2010, 13. mars). Sri Lanka struggles with mental health burden. *The Lancet*, 375(9718). Tilgjengelig fra [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60370-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60370-4/fulltext) [lastet ned 22. september 2015]

- UNDP, dvs. United Nations Development Programme (2014a). *Human Development Index 2014*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra <http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components> [lastet ned 24. september 2015]
- UNDP (2014b). *Sri Lanka National Human Development Report 2014. Youth and Development*. New York: UNDP. Tilgjengelig fra <http://www.lk.undp.org/content/dam/srilanka/docs/localpublications/Sri%20Lanka%20National%20Human%20Development%20Report%202014123123.pdf> [lastet ned 24. september 2015]
- WHO, World Health Organization (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles/lka_mh_profile.pdf [lastet ned 22. september 2015]
- WHO (2014, mai). *Country Cooperation Strategy at a glance*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_lka_en.pdf [lastet ned 22. oktober 2015]
- WHO (2015). *Sri Lanka*. Genève: WHO. Tilgjengelig fra <http://www.who.int/countries/lka/en/> [lastet ned 22. september 2015]