

# Reisebrev fra Katmandu

Himalaya lokker eventyrere fra hele verden til Nepal og til flere av verdens høyeste fjell. Ved foten av fjellene lever landets fattige med lave utsikter til å få nødvendig hjelp og omsorg ved psykisk sykdom

TEKST:

**Ina A. S. Abraham**

PUBLISERT 1. juli 2008

PSY  
KOL  
OGI



Katmandu,  
Nepal  
Språk: Nepali  
(47,8 %),  
maithali  
(12,1%),  
bhojpuri  
(7,4 %) og  
flere andre  
språkgrupper  
Areal: 147  
181 km<sup>2</sup>  
Innbyggertall:  
Ca. 29,5 mill.

Artikkelforfatteren Ina A. S. Abraham har besøkt landet ved flere anledninger, siden hennes ektemann kommer fra Nepal.

Nepal er et fascinerende fjellrike, med vakre tempelbygninger og arkitektoniske mesterverk. Og en usedvanlig lav forekomst av psykisk syke? I alle fall finnes det bare ett eneste statlig psykiatrisk sykehus til en befolkning på godt over tjue millioner! Om det ikke skulle være tilfellet at det her er lav forekomst av psykisk syke, så må det være svært mange som aldri får noen diagnose eller profesjonell hjelp og behandling. Under et opphold i Katmandu, Nepals hovedstad, tok jeg turen til landets eneste statlige psykiatriske sykehus.



**FOLKELIV I  
HOVEDSTADEN:**

Avslappet  
familieliv på  
gateplan i  
Katmandu,  
Nepals  
hovedstad.  
Familien følger  
også med om  
noen skulle  
havne på landets  
eneste statlige  
psykiatriske  
sykehus. Foto:  
Scanpix  
Danmark

Jeg besøkte sykehuset ved to anledninger. Det som slo meg ved første besøk, var den svært enkle standarden, stanken av toalett i gangene, samt skitne og nedslitte vegger og gulv. Mange av pasientene hadde gamle, skitne klær, og kom åpenbart fra svært fattige kår. Ingen lot til å ense at familiemedlemmer spyttet på gulvet av gammel vane.

Ved det andre besøket fikk jeg imidlertid et noe annet inntrykk. Noen form for privatliv for pasientene forekom ikke. Likevel framsto flere av dem som rolige og fornøyde. Det var ingen merkbar uro blant pasientene, og ingen høylytte utbrudd. Tung medisinerer kan ha spilt en rolle, men jeg har også en følelse av at det må være svært beroligende å ha et familiemedlem rundt seg døgnet rundt når man er syk. Familiemedlemmene fordrev tiden med å diskutere og samtale med hverandre, uten at de syntes å føle skam over sin syke slektning.

### **Førti plasser**

Jeg oppsøkte Dr. Kapil Dev Upadhyaya, som har vært direktør ved sykehuset i tre år. Han er utdannet psykiater, med erfaring innenfor nevrologi i tillegg.

Sykehuset har nærmere førti innlagte psykisk syke pasienter, og rundt 125 dagpasienter. Årlig budsjett er på ca. 11 millioner nepalske rupee. En latterlig sum, tenker jeg, fra et norsk perspektiv. Det tilsvarer ca. 1,1 millioner kroner, en sum som i Norge knapt ville ha dekket en årslønn for en sykehusdirektør. De fleste pengene er, ifølge dr. Upadhyaya, lønnskostnader. Cirka én million rupee (rundt ett hundre tusen norske kroner) går til å dekke medisiner, som er gratis for de innlagte, og omtrent én million rupee går til mat. Og merk - dette er for et helt år.

I de aller fleste tilfeller er det familien som bringer pasienten til sykehuset, ofte langveisfra, da de fleste nepalesere bor på landsbygda. Dr. Upadhyaya forteller at den største gruppen av innlagte pasienter lider av akutt psykose og schizofreni. Bipolar lidelse er også vanlig, og det forekommer noen tilfeller av depresjon. Blant

dagpasientene forekommer også angstlidelser, samt noen tilfeller av nevrologisk sykdom som for eksempel demenstilstander, parkinson, epilepsi eller migrene.



**UTSMYKNING:**

Veggkunsten er  
utført av  
pasient Babu  
Ram Paudel,  
seng nr. 16.

**Akutt psykisk helsevern**

Innleggelsesperioden varer sjelden mer enn tre uker. Dr. Upadhyaya påpekte at dette er et akuttpsykiatrisk sykehus, og at pasienter derfor ikke holdes over tid. Jeg forsøkte å få informasjon fra flere hold om det fantes noen institusjon for dem som måtte ha behov for lengre innleggelse, men det nærmeste jeg kom et svar, var at slike pasienter sannsynligvis ville ende i fengsel. Jeg regner med at et stort ansvar ligger på familien.

Behandlingsopplegget ved sykehuset består i hovedsak av medisiner og råd/veiledning til familien («simple advice», som Dr. Upadhyaya kalte det). Dr. Upadhyaya forklarte at familien ofte forventer medisiner. Det er ingen psykologer tilknyttet sykehuset, og ingen form for psykoterapeutisk tilbud til pasienter. Sykehuset har imidlertid det de kaller et «play room», et rom der de kan se på TV, spille spill eller tegne. Etter en titt på dette rommet var jeg imidlertid ikke videre terapeutisk imponert. Mest minnet det om et oppholdsrom på et nedleggingsklart eldrehjem.

Ved omvisningen rundt sykehuset, som også innebar pasientvisitt, fikk jeg et direkte innsyn i avdelingene, pasientene og forholdet mellom de ansatte og pasientene. «Avdelingene» var i hovedsak en oppdeling i én kvinnelig og én mannlig avdeling. I hver av avdelingene var det to store sovesaler med rundt ti senger i hver. Det var en gutt på 15 år som lå på enerom, ellers lå alle på fellesrom. Da dette er det eneste statlige tilbudet, behandles barn og voksne på samme sykehus.



**ENSLIG**

**SVALE:**

Her, i  
Katmandu,  
ligger  
Nepals  
eneste  
statlige  
psykiatriske  
sykehus.

## Hva kan vi lære?

Det mest oppsiktsvekkende i forhold til de innlagte var kravet om at minst ett familiemedlem måtte være med pasienten under hele innleggelsen. Dette er for at familien skal kunne lære seg rutiner for medisinerings, hvordan de best skal forholde seg til den syke, og, antar jeg, fungere som en avlastning for de ansatte. Direktøren kunne ikke fortelle meg hvor familiemedlemmene sov. Han regnet med at de sov på gulvet eller i samme seng som pasienten.

Besøket ved sykehuset var tankevekkende, både på profesjonelt og privat plan. Selv om det er et åpenlyst og stort behov for midler, ressurser og kunnskaper innenfor psykisk helsevern i Nepal, dukket spørsmålet opp om kanskje vi i Vesten også kan lære noe fra psykisk helsevern i utviklingsland.



### **HERREAVDELINGEN:**

Hver av avdelingene  
har to store sovesaler  
med rundt ti senger i  
hver.

På tross av vår velstand, våre hygieniske forhold og våre behandlingsressurser mangler vi kanskje noe av den familiære tryggheten som også i stor grad kan bidra til bedring av sykdom. Ville en norsk pasient oppleve en økt trygghet ved å ha et nært familiemedlem ved sin side under innleggelsen, istedenfor å stå helt alene midt oppi nye omgivelser og en vanskelig psyke? Ville de pårørende hatt utbytte av å kunne møte andre pårørende i samme vanskelige situasjon? Og ikke minst, ville det ikke ha vært en enorm avlastning for de ansatte, som ofte føler seg overarbeidet og maktesløse?

Slike tiltak er vel i bunn og grunn svært urealistiske i vårt samfunn - kanskje like urealistiske som det er for et utviklingsland å oppnå et psykisk helse-tilbud som tilsvarer vårt eget. Men uansett er det en viss mulighet for at vi i Vesten ikke har det optimale svaret. Kanskje har også vi noe å lære av våre kolleger i økonomisk fattige land? ♦

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 7, 2008, side 881-883*

### **TEKST:**

**Ina A. S. Abraham**, Foto: Ina A. S. Abraham og Scanpix