

rapport

FRÅN SIDA NR 1 1979

TEMA: HÄLSA

fattigdomens räknekonst

Mamma, välj

vem som ska bli utan.

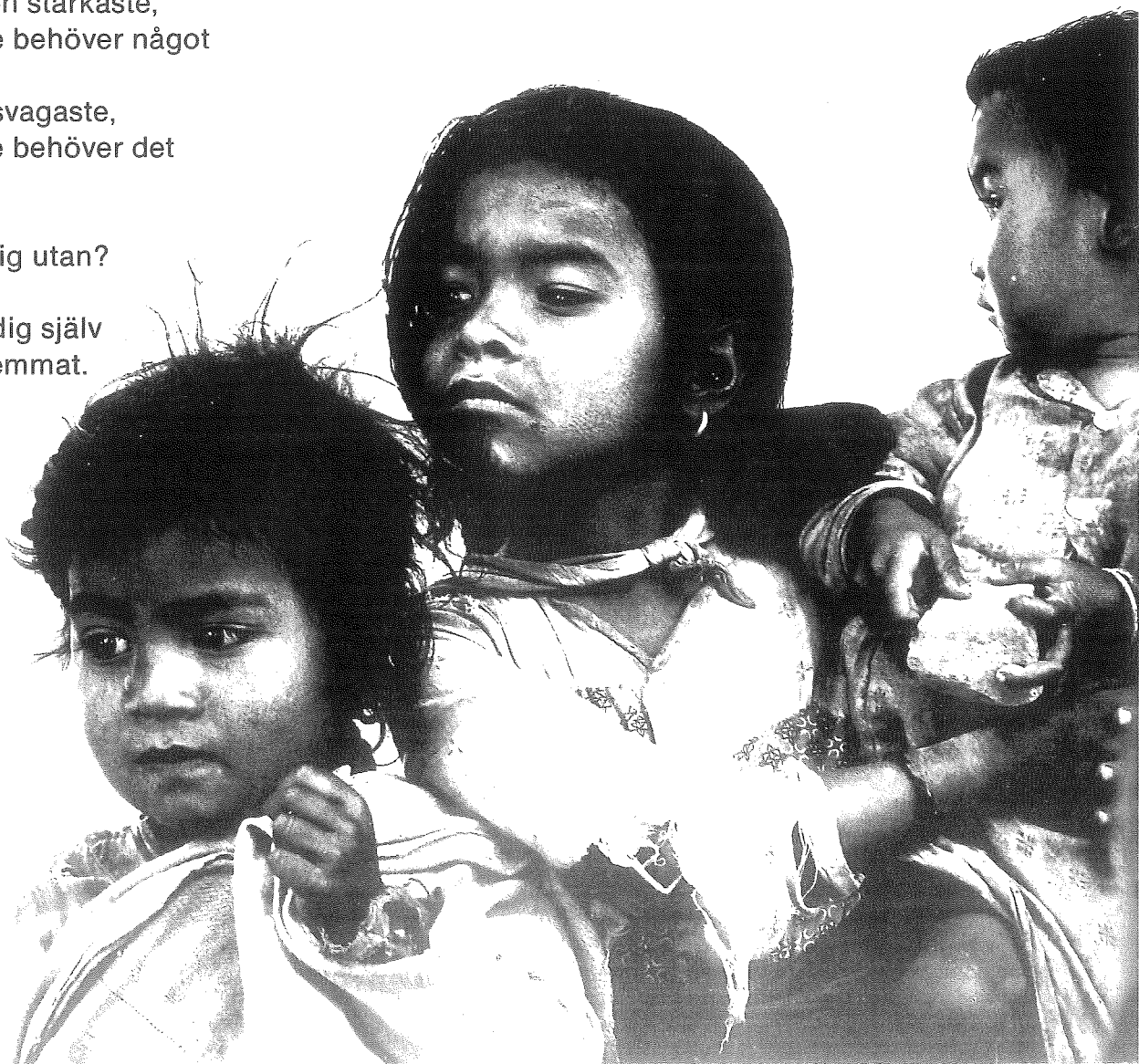
Är det Rama, den starkaste,
som kanske inte behöver något
den dagen?

Eller Bala, den svagaste,
som kanske inte behöver det
länge till?

Eller är det Sita
man kan klara sig utan?

Mamma, välj,
döda en del av dig själv
när du löser dilemmat.

Välj, mamma,
välj
och hata.



RAPPORT FRÅN SIDA är ett forum för fri debatt, som ställs till förfogande av SIDA. Dess syfte är att främja förståelse och engagemang för u-länderna och utvecklingsproblemen, att spegla den svenska och internationella debatten i utvecklingsfrågor med utgångspunkt i u-ländernas situation och relation till i-länderna, samt att förmedla kunskaper om u-ländernas egna utvecklingsansträngningar och innehållet i svensk biståndspolitik. För signerade bidrag svarar författarna.



rapport

från SIDA
Årgång 10 nr 1 1979
utges av
Styrelsen för
internationell utveckling
Tel. 08/15 01 00

Rapport från SIDA utkommer med 8 nummer per år.
OBS! Priset höjs från och med den 1 jan 1979 till 30 kr/år inkl moms.
Studeranderabatt: 20 kr/år inkl moms.

Ansvarig utgivare: Bo Kärre

Redaktionen: Eva Asplund (halvtid), Eivor Halkjær, Monica Lundgren; praktikant Ewa Hedlund.

Layout: Karl-Erik Ekeröth, Bodil Österlund

Redaktionsråd: Gun-Britt Andersson, Jan Bjerninger, Eva Ekelund, Gösta Ericsson, Ian Hamilton, Karin Himmelstrand, Bo Kärre, Lennart Wohlgenuth, Johan Sanne, Marianne Sundh.

Kontaktpersoner: Jan Cedergren, Maputo; Karlis Goppers, Dacca; Elisabeth Michanek, Lusaka; Jörgen Persson, New Delhi; Henrik Salander, Dar es Salaam; Nisse Öström, Hanoi.

Adress: SIDA Informationsbyrå
105 25 Stockholm
Telefon: 08/15 01 00

Planerad utgivning 1979

Nr 1	feb	Hälsa
Nr 2	mars	Blandat
Nr 3	april	Bistandsarbetarrollen
Nr 4	juli	Blandat
Nr 5	aug	Teknologiöverföring
Nr 6	okt	Jord

Distribution och prenumeration:
Direktus AB
172 80 Sundbyberg
Postgiro: 81 47 00-1

ISSN 0345-9705

Omslagsbild: Sven Gillsäter/TIO

Tryck: Tryckindustri AB, Solna 1979

Dikten på omslaget är skriven av D Appadurai, Indien och hämtad ur *Far Eastern Economic Review*, nov/77.
Översättning från engelska Monica Lundgren.

innehåll

HÄLSA ÅT ALLA ÅR 2000

Hälsa är inte bara en medicinsk fråga, framhåller Bo Stensson i en kommentar om hälsovården i u-länderna.

Sid 3

NY MUSIK MED GAMLA TONGÅNGAR



Hälsa är politik. Hälsovård kan inte vara neutral i ett samhälle där sjukdomar hänger ihop med fattigdom och orättvisor, anser Marit Kromberg. Hon diskuterar WHO:s riktlinjer för en mer jämlik fördelning av hälsovårdsresurserna på

Sid 4

MAT – EN VARA SOM ALLA ANDRA?

Tillräcklig och riktig mat är den främsta förutsättningen för god hälsa. Men mat blir i ökad utsträckning en kommersiell vara, vilket leder till en kommersialisering av jordbruket. Om sambandet mellan hälsa och jordbruksutveckling i Tanzania skriver Urban Jonsson på

Sid 9

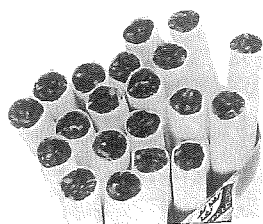
MAN BLIR INTE FRISK AV BARA VATTEN



Människor blir sjuka av dåligt vatten, men det är inte säkert att de blir friska av rent vatten. Även om det finns vatten är det ingen garanti för att det används på rätt sätt. Många misstag har gjorts i samband med vattenprojekt, vilket enligt Carl Gösta Widstrand beror på den bristande kommunikationen mellan tekniker och samhällsvetare.

Sid 15

HÄLSAN GÅR UPP I RÖK



I Europa och USA slutar allt fler människor att röka. Vad gör de multinationella tobaksbolagen i den situationen? De ser till att människor i u-länderna ökar sin cigarettkonsumtion, hävdar Mike Muller.

Sid 17

UTVECKLING OCH SCHIZOFRENI

Prognosen för dem som lider av schizofreni i u-länderna är bättre än för motsvarande grupp i i-länderna. Karin Himmelstrand redogör för resultaten av ett forskningsprojekt om schizofreni.

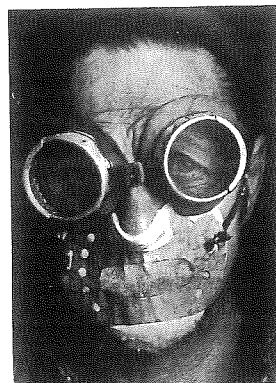
Sid 22

ALLTID LÄRA SIG

Det enda som kan avhjälpa ett lands dåliga hälsosituation är en social och ekonomisk utveckling, menar Anne Hammarström. I sin artikel ger hon sina personliga synpunkter på de medicinska problemen i Guinea-Bissau.

Sid 26

SAMHÄLLET SJUKDOMEN OCH DÖDEN



Genom ökade sjukvårdsinsatser kan man höja människornas förmåga att leva upp till nya krav i form av bl a stress, och dåliga arbetsmiljöer. Den syn på hälsa är den förhärskande i våra västerländska samhällen, anser Tage Voss. Läkarna dämpar smärtor och får människorna att tåla sin situation. Men många sjukdomar är inte längre ett biologiskt fenomen utan en följd av sociala problem.

Sid 30

UTVÄRDERING AV HÄLSOBISTÅND

Sid 37

RECENSIONER

Sid 38

I det svenska utvecklingsbiståndets barn-
dom upptog insatser inom hälsoområdet
en viktig plats. Behoven var påtagliga och
påträngande och resultaten av insatserna
var lätt synliga, om än begränsade till ett
relativt fåtal orter och personer.

Men under 1960-talet, när biståndet
började växa i volym och en s k bistånds-
filosofi arbetade sig fram, råkade hälso-
vården mer eller mindre i vanrykte. Det
statliga biståndet skulle gå till ekonomiskt
lönsamma projekt, menade man, både i
u-länderna och här hemma. Insatser inom
den sociala sektorn, inklusive hälsovård,
skulle u-länderna få råd med först när de
genom ekonomisk utveckling fått större
resurser. Hälsovården hade ingen intäkts-
sida, den var bara en kostnadspost i stats-
budgeten. Och den förblev liten. Inget bi-
stånd begärdes för att göra den större.

Vid inledningen av 70-talet började man
emellertid i allt vidare kretsar inse, att det
dåvarande synsättet inte var hållbart. I
samband med basbehovsdiskussionen
gjordes det klart att en god hälsa var ett
grundläggande behov för människan och
ett mål i sig för utvecklingsarbetet. Det
underströks också att hälsotillståndet hos
arbetskraften hade en avgörande betydelse
för produktionen. Investeringar i hälsa
kunde visa sig lika produktiva som andra
typer av investeringar. De sociala fakto-
rerna fick därför efterhand en ökad upp-
märksamhet såväl internationellt som i
den svenska biståndsdebatten. Svenskt
bistånd för hälsovård började efterfrågas
alltmer.

Längre livslängd

Under tiden denna debatt pågick skedde
trots allt en förbättring av hälsan i de
flesta u-länder. De sista 25 åren har sålun-
da medellivslängden ökat i genomsnitt för
alla u-länder med 10-15 år, framför allt
genom en sänkt barnadödlighet. Men
orsakerna till den ökade medellivslängden
är svåra att fastställa. Bekämpandet av
vissa stora folksjukdomar såsom malaria
och smittkoppor har sannolikt betytt en
del, liksom antibiotikabehandling vid en
del infektionssjukdomar.

I vilken utsträckning en allmän förbät-
ring av levnadsstandarden har medverkat
är mera osäkert. Vi vet att så har skett i
dagens i-länder, som fått sin förbättrade
hälsa mer genom allmän ekonomisk ut-
veckling, bättre bostäder, rent vatten, god
hygien och utbildning än genom modern
medicin. De flesta av dessa omgivnings-
faktorer har emellertid inte förbättrats
påtagligt för landsbygdsbefolkningen i u-
länderna. Här återstår det mesta att göra.

Ökningen av medellivslängden i u-län-
derna har blivit allt långsammare efter 40-
och 50-talens snabba förbättringar. Fort-
farande ligger sjukdoms- och dödlighetstal
mycket högre i u-länderna än hos oss.
Frågan om hur hälsovården ska organiseras
är mer aktuell än någonsin.

KOMMENTAR

HÄLSA ÅT ALLA ÅR 2000

Av
Bo Stensson

Det gamla synsättet

Den tidigare hälsovården i u-länderna ha-
de oftast byggts upp efter västerländskt
mönster, med stora och dyrbara sjukhus i
centrum. Man trodde sedan att den mo-
derna sjukvården skulle sprida sig ut till
landsbygden och att så småningom hela
befolkningen skulle få del av den.

Denna teori höll inte streck. De centrala
sjukhusen slukar i många u-länder en
oproportionerlig del av hela hälsobudgeten.
Man får då inte råd med någon näm-
värd sjuk- och hälsovård på landsbygden.
Större delen av befolkningen får inte till-
gång till någon form av regelbunden häl-
sovård över huvud taget.

En ny syn

De mest betydelsefulla sjukdomarna idag i
u-länderna, särskilt när det gäller barnen,
är diarréer, luftvägssjukdomar och under-
näring, ensamma eller i samspel. Mot
dessa sjukdomar hjälper modern sjukvård
föga utan en samtidig förbättring av de
allmänna levnadsvillkoren. Orsakerna är
inte av medicinsk natur; de är fattigdom,
okunnighet, dålig hygien och en allmänt
ohälsosam omgivning.

Artiklarna i detta nummer av Rapport
visar detta faktum ganska klart. Hälsa är
inte bara, och inte ens huvudsakligen, en
medicinsk fråga. Medicin botar eller lind-
rar plågorna bara för dem som redan är
sjuka, men hjälper ytterst litet för att hålla
människor friska.

Själva samhällsomvandlingen har inte
sällan negativa hälsoeffekter. Detta gäller
också specifika utvecklingsprojekt, där de
avsedda positiva resultaten kanske upp-
vägs av negativa konsekvenser på hälso-

sidan. Exempel på sådana kan vara bil-
harzia i samband med dammbyggnader,
försämrade kost vid övergång till avsalu-
grödor eller inflyttning till städerna och
undernäring hos barn genom införandet av
industriellt tillverkad barnmat som leder
till för tidig avvänjning. Detta är i och för
sig inga nyheter, men varken mottagare
eller givare har analyserat och beaktat
dessa problem tillräckligt.

Primärhälsovård

Detta allmänna perspektiv på hälsa som
en i huvudsak icke-medicinsk faktor kom
till klart uttryck i den gemensamma studie
över hälsovården i u-länder som WHO
och UNICEF genomförde 1975. Uttrycket
primärhälsovård lanserades i detta
sammenhang som ett samlingsbegrepp för
åtgärder som innefattar åtminstone ut-
bildning om lokala hälsoproblem, under-
visning i näringsfrågor och tillgång till rätt
kost, rent vatten och hygien, mödra- och
barnavård inklusive familjeplanering, im-
muniseringar mot de viktigaste infektions-
sjukdomarna, förebyggande av lokalt vik-
tiga sjukdomar och skador samt tillgång
till basläkemedel. Denna syn på hälsovård
har senast slagits fast vid världskonferen-
sen om primärhälsovård i september 1978
i Alma Ata i Sovjetunionen.

Under mottot "Hälsa åt alla till år
2000" har WHO nu tagit initiativet till ett
samlat grepp på hälsofrågorna. Syftet är
att mobilisera ytterligare resurser för stöd
till u-ländernas ansträngningar att ge-
nomföra breda primärhälsovårdsprogram.

Svenskt hälsobistånd i framtiden

Vilka slutsatser drar vi för svensk del av
denna utveckling? Det svenska biståndet
inom hälsoområdet är redan i stor ut-
sträckning inriktat på att bekämpa stora
folksjukdomar och på åtgärder för fattiga
och för särskilt sårbara grupper som kvin-
nor och barn. Men vi bör visa en ökad
beredvillighet att gå in i breda hälsopro-
gram också för att täcka lokala kostnader
och driftskostnader. Sådana program ger
kanske inte så ståtliga byggnader att visa
upp och deras resultat kan vara svår-
mätbara. Andra givare tvekar ofta inför dessa
utsikter eller har inte formella möjligheter
att tillgodose sådana önskemål. Sverige
får därför en speciellt viktig roll att spela.

Vi bör också ta ökad hänsyn till hälso-
effekten av projekt och program inom
andra sektorer. Detta kanske främst gäller
lantbruksinsatser och deras inverkan på
näringsituationen, men det kan också
vara fråga om vattenprojekt, vägar, ut-
bildningsinsatser och mycket annat.

Användningen av och utvecklandet av
lokala resurser är ett annat grundläggande
element för primärhälsovården. Ett ex-
empel på detta är mammornas bröstmjölk

för de små barnen, som är en i ordets egentliga betydelse både lokal och lättillgänglig resurs. Program för att främja amning och motverka för tidig avvänjning ingår i det svenska biståndsprogrammet sedan flera år tillbaka. Vi har planer på att ytterligare öka dessa insatser.

Förutom genom det bilaterala biståndet kan Sverige agera kraftfullt i de internationella organ som verkar inom området, främst då WHO, UNICEF och FAO. Ett sådant agerande kan kompletteras med finansiellt och personellt stöd till sådan verksamhet inom dessa organ som ligger i linje med en bred syn på hälsobegreppet. Detta kan gälla såväl forskning och metodutveckling som arbetet med att omsätta forskningsresultaten i konkreta handlingsprogram anpassade efter u-ländernas behov.

Bo Stensson arbetar vid SIDA:s befolknings- och hälsobyrå.



Foto Björn Myrman/Bildhuset

fakta

Hälso- och familjeplaneringsbiståndet 1977/78 (mkr)

Bilateralt

Bangladesh	4
Etiopien	12
Guinea-Bissau	3
Indien	35
Kenya	20
Sri Lanka	5
Tanzania	12
Tunisien	2
Vietnam	39
Zambia	7
	<hr/>
	139

Särskilda program

Internationella familjeplaneringsfederationen, IPPF	30
Kyrkornas världsråd, WCC	3
Smittkoppsbekämpning	15
Immunisering	1
Sexualundervisning	2
Övrigt	2
	<hr/>
	53

Forskning

Mänsklig fortplantning	30
Tropiska sjukdomar	9
Primärhälsovård	2
Nutrition	2
Övrigt	1
	<hr/>
	44

FN:s befolkningsfond 33

TOTALT 269

Basbehovsstrategin har slagit igenom också på hälsoområdet. Det traditionella sättet att angripa hälsoproblem, byggt på västerländsk medicinsk tradition, har visat sig odugligt för att lösa u-ländernas hälsoproblem. Inom WHO och andra internationella organisationer, liksom på det nationella planet, söker man i dag nya riktlinjer för att kunna ge alla människor bättre hälsa.

Men även om vokabulären och teknologin förändrats, är det tveksamt om det verkligen på allvar är meningen att något annat ska förändras, menar Marit Kromberg. Hälsan är politisk. Att arbeta för att alla människor ska få bättre hälsa innebär att man tar ställning mot dem som i dag upprätthåller den förhärskande, skeva fördelningen av resurser. Alla hälsoarbetare som inte inser och drar konsekvenserna av detta gör sig, enligt Marit Kromberg, till medbrottslingar i ett stort bedrägeri.

ny musik gamla tongångar

Marit Kromberg om hälsa, utveckling och hälsovård

Tanken på en grundläggande hälsovård, som Världshälsoorganisationen (WHO) och FNs barnfond (UNICEF) nu ansluter sig till, är resultatet av en konflikt mellan behovet att nå alla människor med hälsovård, och knappheten på resurser i de flesta u-länder. Det viktigaste skälet till den otillräckliga vården i mindre utvecklade länder har visat sig vara det faktum att deras läkarvård och utbildning av personal inom hälsovården nästan genomgående har kopierats från västländerna.

Begreppet grundläggande hälsovård har fått ett nytt uppsving i och med att WHO har trätt in på scenen. En armé av forskare och hälso- och utvecklingsplanerare med WHO, UNICEF och Världsbanken i spetsen söker nya formler, nya riktlinjer och tillvägagångssätt, och nya projekt som skulle kunna ge alla människor bättre hälsa. De principer som formulerades och reviderades av WHO 1975 är riktlinjer som har accepterats av de flesta organisationer och myndigheter:

- Den grundläggande hälsovården bör utformas med utgångspunkt från levnadsvanorna hos den befolkningsgrupp den ska gagna, och bör tillgodose samhällets behov;

- Den grundläggande hälsovården bör vara integrerad i det nationella hälsovårdssystemet, och övriga delar av systemet bör utformas så att de motsvarar behoven av teknik, övervakande och rådgivande stöd i de perifera delarna av samhället;
- Grundläggande hälsovård bör ingå som en helt integrerad del i jordbruk, offentliga arbeten, boende och kommunikationer;
- Lokalbefolkningen bör aktivt dras in i verksamheten så att den kan anpassas efter lokala behov och prioriteringar. Samhällets behov förutsätter en ständig dialog mellan folket och dem som handlägger insatserna;
- De flesta insatser i hälsofrågor bör företas i de mest perifera delarna av samhället, och handhas av personer med lämplig utbildning.

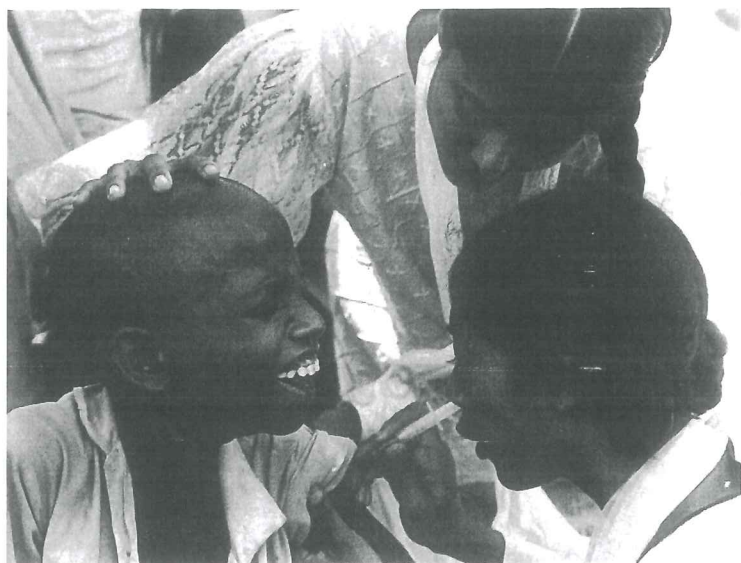
Hälsovård producerar inte hälsa

Det övergripande målet är bättre hälsa. Gamla modeller som kräver sjukhus och avancerad teknologi är i hög grad otillräckliga för u-länderna och – sanningen att säga – inte

alltid särskilt lämpliga för sina ursprungsländer heller. Under sitt sökande efter en lämplig teknologi för hälsofrågor har WHO gjort ytterligare en upptäckt: Hälsa är politik!

WHO:s generaldirektör Halfdan Mahler sade 1976 inför Världshälsoförsamlingen:

"Trots att teknologin i samband med sjukdomar har gjort stora framsteg under senare år har den missat sitt syfte, eftersom de sociala, ekonomiska och politiska sammanhang där den tillämpas nu har förändrats. Denna teknologi är å ena sidan omfattande och fulländad, men å andra sidan blir den alltmer komplicerad och kostsam, vilket har lett till en brist på överensstämmelse mellan den tekniska potentialen och den socioekonomiska förmågan att tillämpa den på alla som behöver den."



Hälso- och sjukvård i form av mediciner och vacciner och liknande insatser har länge ansetts vara självklara metoder för att förbättra folks hälsostandard såväl i u-länder som i i-länder. Foto JH Netocny

Detta är emellertid inte den enda bristen på överensstämmelse. Jag skulle här vilja gå igenom ett antal antaganden som ligger till grund för de nuvarande försöken att förbättra hälsan för de underprivilegierade massorna i världen.

Det första antagandet är att hälsovård producerar hälsa. För att motsäga detta finns det bevis som talar för att sociala och ekonomiska villkor inverkar mycket djupare på en befolknings hälsa än hälsovården. Dessa bevis har lagts fram av sådana nyktra organisationer som exempelvis Världsbanken.

Inför en WHO-konferens om nyare tendenser i fråga om mödrars och barns hälsa i Europa (Moskva 1974) gjordes en undersökning där europeiska nationers hälsoprogram poängsattes med utgångspunkt från vårdens kvalitet. Ju fler tjänster vården erbjöd och ju större antal människor som utnyttjade dem, desto högre blev poängen. Poängsumman ställdes så mot samma nationers statistik över mödra- och fosterdödlighet. Det visade sig då att höga poäng i fråga om vårdens kvalitet inte automatiskt motsvarades av låg dödlighet, utom i de länder där levnadsstandarden var hög.

Inga politiska slutsatser

Trots att de flesta tal, dokument och projekt i dag betonar att de sociala och ekonomiska förutsättningarna är viktiga, och lägger tonvikten vid behovet av en integrering mellan olika sektorer, dras sällan de politiska slutsatserna av detta.

Om det nu är så att ogynnsamma sociala och ekonomiska förutsättningar betraktas som förlorarnas öde i tävlingen om resurser och makt på olika nivåer (internationell, nationell och lokal), är det inte så säkert att det går lätt att övertala vinnarna att avstå från sina privilegier. I stället finner vi hälsoplanerare som tar på sig uppgiften att bygga upp en hälsovård som ska kompensera den dåliga politiska miljön, utan att skapa några störningar. Vidare hittar vi institut för utvecklingsstudier som försöker utarbeta en uppsättning indikatorer, med vilkas hjälp de ska fastställa "kvaliteten" på hälsovården.¹⁾ Sin utvärdering grundar de på kostnads-intäktsanalyser av förhållandet mellan den service som har tillhandahållits, och de mätbara förändringar i hälsotillståndet som är en följd av denna!

Då känns det befriande att stöta på medgivanden som det följande. Det är hämtat ur ett anförande som Cvjetanovic höll vid ett Cibasymposium 1973, som handlade om mänskliga rättigheter på hälsans område:

"Jag ska bortse från de aspekter som skilda socio-ekonomiska system utgör, och som inte är möjliga att mäta, samt deras respektive för- och nackdelar för hälsan. Dessa är verkligen av stor betydelse, men för närvarande saknar vi en metodik som kan göra dem rättvisa."

Jag skulle vilja påstå att metodiken saknas därför att vi är rädda för att se den "omätbara" utmaningen i vitögat. Resultatet blir att de flesta hälsoplanerare riktar uppmärksamheten på sociala, ekonomiska och politiska faktorer, för att sedan inte vidare bryr sig om dem.

Hälsovård kan inte vara politiskt neutral

Hälsovård producerar inte god hälsa. Det mesta vi kan vänta oss av en effektiv hälsovård är god omvårdnad, medan vårdbehovet bestäms av helt andra faktorer. De

¹⁾ Se sid 37 om utvärdering av hälsovårdssystem.

*För människor som tvingas leva i undermåliga bostäder och äta otillräcklig och bristfällig mat är traditionella hälsovårdsinsatser en liten hjälp i kampen för bättre hälsa och överlevnad.
Foto Paul Rimmerfors/SIDA*



viktigaste av dessa kan tänkas vara fattigdomens utbredning, och vilken ideologi den förhärskande ekonomiska politiken grundar sig på.

Men till och med vårdens effektivitet är ett tvetydigt begrepp i fattiga områden. Det finns en olöst konflikt mellan dem som har makt, pengar och kunskap och dem som ingenting har. Det är ett misstag att tro att en "effektiv" hälsovård kan vara neutral i samhällen där sjukdomarna hänger ihop med fattigdom och orättvisor. Om vi tvekar att välja sida, om vi vägrar att identifiera oss med någon av intressegrupperingarna i samhället, kommer vi oundvikligen att sugas upp av de starka för att tjäna deras intressen. Det är alltså inte sant att hälsovård kan vara politiskt neutral.

Konflikten mellan dem som har och dem som inte har motsäger också ett annat antagande, nämligen det att en fattig by på landsbygden är ett homogent, harmoniskt samhälle. Om inte djupgående politiska åtgärder vidtagits på det nationella planet i syfte att motarbeta de starkas förtryck av de svaga, består byarna på landet av flera samhällen – skilda åt av ålder, kön, ställning, religion, kast och klassintressen.

Hälsosektorn har tidigare misslyckats med att överskrida gränserna mellan dessa samhällen, och varje nytt projekt, eller varje ny form för verksamheten som vägrar acceptera att en sådan konflikt existerar löper risk att upprepa detta misstag. Åter och åter igen har man funnit att kommunikation över klassgränserna inte är möjlig. Tanken att en lokalbefolkning ska delta aktivt, både när det gäller att ge uttryck åt vilka aktiviteter som ska finnas och att genomföra dessa i en fortlöpande dialog mellan folket och serviceinrättningarna, är orealistisk i ett klass-samhälle.

För ungefär tio år sedan hände det att projekt som lovade att ta de fattiga ur deras fattigdom fick ett entusiastiskt gensvar, med samarbete, till och med tävlan, de fattiga emellan, tills det stod klart vilka som var de verkliga ägarna, vilka som i realiteten drog nytta av projekten. I alla de fall där de fattiga inte fick det bättre förbyttes den ursprungliga entusiasmen i apati och ovilja till samarbete. Om man gång på gång har blivit lurad, blir man skygg, och då är det svårt att mobilisera någon vilja till självhjälp.

"Barfotaläkare"

En undersökning som utfördes av WHO och UNICEF har visat att flera lyckade hälsoprogram hade utvecklat en ny typ av sjukvårdare, som nu kallas hälsovårdsarbetare i byarna eller "barfotaläkare". Bortsett från det faktum att de är billiga och att det är lätt att lära upp tillräckligt många av dem, har denna typ av hälsovårdsarbetare betraktats som ett verktyg för att övervinna traditionella kommunikationshinder. Några lyckas och andra misslyckas. Utvärderare fastställer vilka grundläggande kvalifikationer som krävs, vilka urvalskriterier som ska gälla, vad som är effektivitet i fråga om utbildning och övervakning. Men det finns också en annan aspekt som illustreras av följande exempel:

Sedan 1970 har man i Botswana utbildat en typ av hälsovårdsarbetare som ska verka i byarna. De kallas Family Welfare Educators (FWE). I flera år hade jag mycket nära samarbete med programmet, och min tillit till det var stort.

Vi förkastade tanken att rekrytera frivilliga, eftersom vi ville att dessa arbetare skulle komma från de fattigaste

familjerna. Dessa måste då gottgöras för den ekonomiska förlust det innebar att en av familjemedlemmarna inte längre bidrog till försörjningen.

Problemet var hur man skulle betala dem. Om de arbetade mot dagslön skulle de inte vara garanterade fast anställning, inte ha rätt till semester eller sjukledighet, och inte få några lönepåslag för arbetslivserfarenhet. Vid slutet av sitt yrkesverksamma liv skulle de dessutom "pensioneras" utan pension.

Häri skulle de inte på något sätt skilja sig från större delen av landsbygdens folk. Men vi visste att det skulle vara orealistiskt att tro att FWE skulle acceptera sådana villkor efter avslutad utbildning, när ingen annan måste göra det.

Från en klass till en annan

Arbetet föregicks av en utbildning som inte varade mer än elva veckor, men erfarenhet och övervakning under flera år skulle ge dem obegränsad utbildning i jobbet. Å andra sidan betydde klivet från lönen som tillfällighetsarbetare till platsen på den lägsta stegpinnen i den lokala regeringens tjänst, att man fick multiplicera månadslönen med tre, och dessutom införa en rad andra privilegier.

Under årens lopp har löneskillnaderna på landsbygden ökat, och FWE är i dag ytterligt välbetalda. Det innebär



Även om hälsovårdsarbetare rekryteras direkt från byarna, är risken stor att de snart blir hälsovårdsbyråkrater som får allt svårare att identifiera sig med de människor vars intressen de satts att tjäna. Därmed är de inte längre användbara som instrument för förändring. Foto J H Netocny

att de identifierar sig med byråkratklassen och inte längre med landsbygdens fattiga. Kampen är också hård för att komma i fråga för utbildning till FWE, och den vinnns ofta av de bättre utbildade döttrarna och brors- eller systerdöttrarna till de rikare familjerna. Dessa hälsovårdsarbetare säger nu att de fattiga är synnerligen "svåra att förstå" och dessutom inte samarbetsvilliga.

Hälsovårdsarbetarna har tagit steget ut ur fattigdomen och blivit delar av den byråkratiska strukturen. De identifierar sig inte längre med folket de är satta att tjäna, och därigenom är de inte längre användbara som instrument för förändring. Resultatet av deras höjda status har blivit att hälsan än en gång har avpolitiserats, hälsovården på landsbygden har blivit ofarlig i politiskt hänseende, men kanske till priset av sänkt effektivitet.

mat -en vara som alla andra?

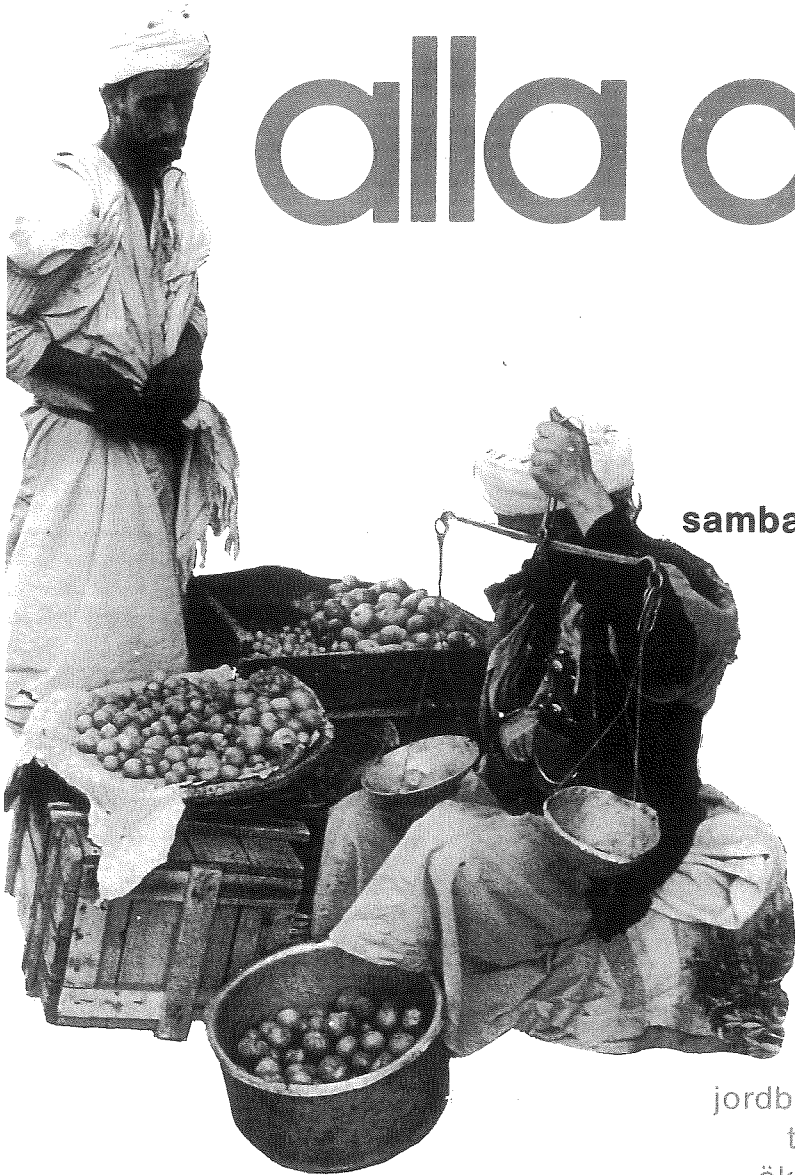


Foto Bo Dahlin/Bildhuset

**Urban Jonsson om
sambandet mellan hälsa/näringsstandard
och jordbruksutveckling i Tanzania**

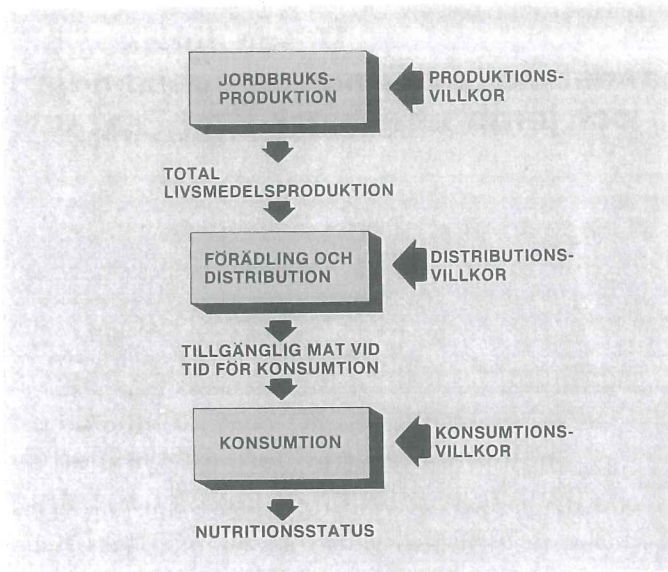
Tillräcklig och riktig mat är den främsta förutsättningen för god hälsa. I ett samhälle utanför eller i marginalen av penningekonomin är maten någonting man odlar och äter. Men en förutsättning för ökat materiellt välstånd är att det skapas ett överskott inom jordbruket som kan omsättas i pengar, som i sin tur kan användas för investeringar som kan öka produktiviteten. En kommersialisering av jordbruket måste till. Maten blir i ökad utsträckning en vara som man köper och säljer. Men denna kommersialisering av jordbruket innebär inte alltid en förbättring av näringsstandarden, och därmed hälsan. Tvärtom kan man iaktta hur införandet av avsalugrödor leder till konkurrens mellan födo- och avsalugrödor, och mellan olika nya konsumtionsbehov, som inte sällan gör att folk äter sämre. För att folkets grundläggande behov av mat ska tillgodoses under denna process måste bönderna behålla makten över sin produktion, hävdar Urban Jonsson.

I Tanzania dör varje år cirka 120 000 barn under fem år. I ungefär hälften av fallen är under- och felnäring den underliggande orsaken. Man räknar med att cirka 600 000 barn under fem år är under- eller felnärda. De sociala, ekonomiska och personliga konsekvenserna av detta är oerhörda, och har lett till att åtgärder att avskaffa eller minska undernäringen börjat ges en relativt hög prioritet i utvecklingsarbetet. Dit hör försöken att höja produktionen och produktiviteten i jordbruket.

I Tanzania finns ingen brist på jordbruksjord, med undantag för några få områden. Totalt sett är endast 10–20% av den odlingsbara arealen uppodlad. Det är alltså andra faktorer än tillgången på mark som normalt begränsar matproduktionen. För att belysa detta förhållande kommer först de processer att beskrivas som bestämmer flödet från jordbruksproduktion till matkonsumtion.

Varuflödet från produktion till konsumtion

Vad man producerar – produktionens innehåll – bestäms i varje samhälle uppsättningen av produktionsmedel, tillgången på kunskap och den maktstruktur som finns i samhället. Produktionen, liksom distributionen och konsumtionen, begränsas av ett antal villkor, bestämda av samhällets makt- och ägandeförhållanden.



Produktion och produktionsvillkor

I ett samhälle med naturhushållning bestäms jordbruksproduktionen framför allt av de lokala behoven av mat. Produktionsvillkoren är främst av ekologisk karaktär. I Tanzania utgör de osäkra nederbördsförhållandena en avgörande risk på kort sikt och trenden mot jordförstöring ett hot på lång sikt. På flera håll finns en nästan ständigt årtidsvis återkommande "hungerperiod". Ett exempel kan tas från Rufiji-området. Strax före de korta regnen i november sås majs, som kan skördas i februari, om regnen kommer. Livsmedelstillgången är därför särskilt knapp under januari. Detta tillstånd förvärras av att man just i januari måste så ris för att kunna utnyttja översvämningen av Rufiji-floden i februari till mars. Eftersom det är kvinnorna som huvudsakligen svarar för arbetet med matgrödorna utgör denna kombination av tillfällig

brist på mat och ökat behov av arbetsinsatser på risfälten en direkt orsak till att småbarnen försummas, med undernäring som följd.

Situationen skärps ytterligare när produktionen kommersialiseras. Den konkurrens som då uppstår leder inte sällan till att matgrödorna försummas, samtidigt som kvinnans arbetsbörda ökas ytterligare. Med kommersialiseringen av jordbruket görs ägande- och maktförhållandenas inflytande över produktionsvillkoren allt mer gällande.

Distribution och distributionsvillkor

Ett rimligt mål för distributionen vore att förse bristområden med jordbruksprodukter från överskottsområden. Lokalt torde detta gälla, i den mån som behoven kan omsättas i värdemässig efterfrågan. Nationellt handlar det emellertid huvudsakligen om att transportera lättillgängligt överskott till de större och penningmässigt rikare städerna. Livsmedelsöverskott från landsbygden tillsammans med livsmedelsimport och livsmedelshjälp från i-länderna tillförsäkrar stadsborna mat till inte alltför höga priser. Distributionsvillkoren är av ekonomisk och politisk karaktär. Transporter från avlägsna byar blir med nödvändighet dyra, medan politiskt beslutade priser på avsalu-grödorna till bönderna avgör graden av exploatering.

Cirka 80% av produktionen av matgrödor i Tanzania konsumeras i självhushåll och når aldrig utanför byn. Fortfarande förstörs stora mängder säd av mögel, råttor och skadeinsekter. Den bästa åtgärden för att förbättra "livsmedelstryggheten" (food security) är därför att förbättra lagringsmetoderna på bynivå och inte som har skett hittills genom att bygga silos och andra större lagringsbyggnader. Dessa är inte avsedda för landsbygdens varor utan tjänar som pris-buffertlager för stadsborna.

Konsumtion och konsumtionsvillkor

I ett samhälle med självförsörjning är det utbudet av varor som praktiskt taget helt bestämmer vad som konsumeras. Man äter vad som finns, helt enkelt. Dessutom spelar naturligtvis också attityderna till och kunskaperna om mat, en viktig roll. Med kommersialisering och handelsutbyte ändras konsumtionsvillkoren drastiskt. Här blir då priset på livsmedel/jordbruksvaran och hushållens inkomster avgörande. Valmöjligheterna ökar normalt och matkonsumtionen får konkurrera med konsumtion av nya varor. En försämrad kost blir ofta följden.

Det finns ett starkt samband mellan hälsa och nutritionstillstånd. Med sjukdom ökar ofta kroppens behov av näring, samtidigt som kroppens förmåga att utnyttja näringsämnen minskar. Under- och felnäring ökar i sin tur mottagligheten för sjukdomar. Man kan således se ett flöde av produkter från jordbruket till konsumenten, där villkoren bestäms av samhällets politiska och ekonomiska struktur. Med denna grova bild som utgångspunkt kommer nu en av de viktigaste förändringsprocesserna i Tanzania i dag att belysas – nämligen kommersialiseringen av jordbruket.

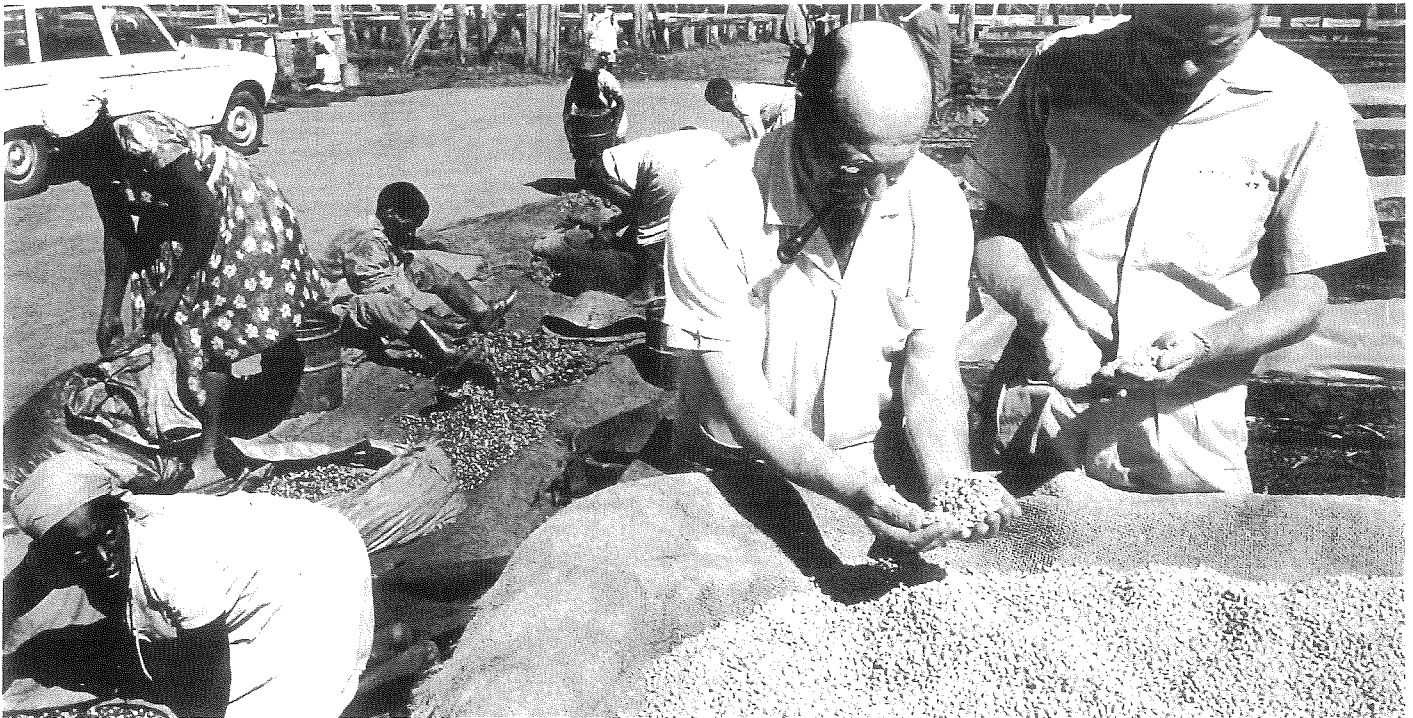
Kommersialiseringen av jordbruket

För att öka produktiviteten i samhället krävs investeringar. Investeringar kräver i sin tur sparande, som i ett jordbruksland som Tanzania uppnås genom att böndernas överskott tas om hand och exporteras. I Tanzania svarar jordbruket fortfarande för 40% av nationalprodukten, nästan alla exportinkomster, och sysselsätter 90% av landets befolkning. Genom det statliga uppköps- och försäljningssystemet tillägnar sig staten böndernas överskott i stort sett på samma sätt som kolonialisterna tidigare gjorde. Syftet är dock att inkomsterna från exportgrödorna ska möjliggöra produktiva investeringar och därmed höja

den materiella välfärden på landsbygden. Detta mål är klart uttalat i Tanzanias senaste 5-årsplan.

Införandet av exportgrödor (cash-crops) som bomull, trä, kaffe osv samt kommersialiseringen av matgrödor (främst majs) har emellertid ofta mycket påtagliga negativa hälso- och nutritionseffekter. En av huvudledningarna till att t ex den proteinfattiga kassavan sprids är behovet av mark för bomull, tobak och cashew-nötter. Medan inkomsten för avsalu/exportgrödorna på världsmarknaden medför finansiella möjligheter att t ex utvidga hälsovårdssystemet, kan de förändrade produktionsvillkoren faktiskt förvärra hälso- och nutritionstillståndet för människorna.

För ett hushåll eller en by som kommer i kontakt med en

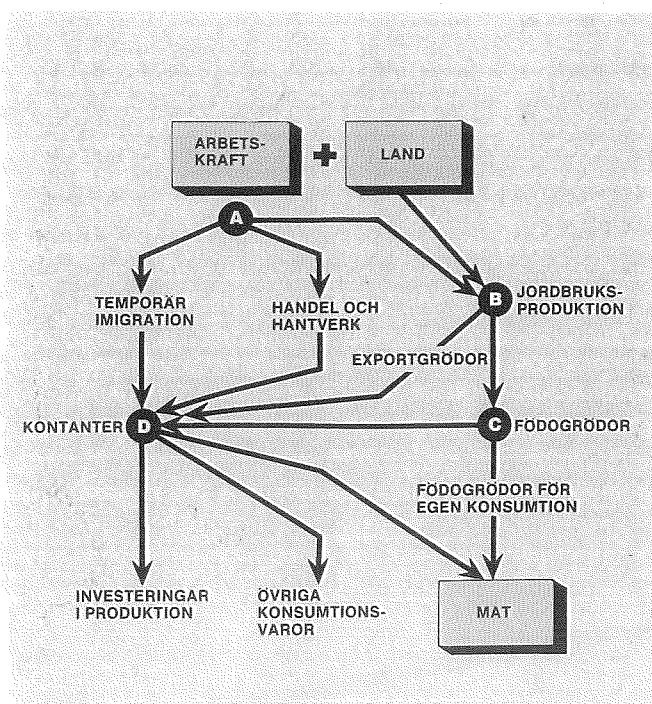


Att sälja överskottet från jordbruket är i de flesta u-länder den enda möjligheten att skaffa landet valuta. Därmed uppstår en konflikt mellan behovet av valuta för olika utvecklingsändamål, och behovet av mat i byarna. Om inte det senare behovet ska åsidosättas, måste bönderna själva behålla makten över sin produktion. Foto Per-Olle Stackman/TIO

kommersialiserad omvärld uppstår ett antal helt nya beslutssituationer. Dessa är åskådliggjorda i **figur 2**.

Som framgår av figuren medför kommersialiseringen att arbetskraften får ett alternativvärde, att exportgrödor blir möjliga och att matgrödorna kan säljas utanför byn. Vem som fattar de fyra olika besluten (A–D) och hur dessa fattas varierar i olika delar av landet. En studie från Njombe i södra Tanzania (O Jacobsen) visade att kommersialiseringen medförde en social stratifiering på bynivå med ökad undernäring till följd. Först sedan kommersialiseringen pågått en tid och utökats fanns en trend mot förbättrade förhållanden.

Som nämnts tidigare fanns i de flesta traditionella tanzaniska samhällen en arbetsfördelning mellan män och kvinnor. Normalt ansvarade kvinnan för födoavareproduktionen medan mannen tog hand om avsalugrödorna. Den ökade produktionen av avsalugrödor har gett männen mera pengar och kvinnorna mera arbete. Samtidigt som kvinnan fått allt mindre hjälp av mannen att röja mark har hon fått nytt arbete med att bistå mannen i produktionen av avsalugrödor. Detta leder obetingat till ökade svårigheter med barnomsorg inklusive amning och därmed ökad barnundernäring som följd.



Nationellt utgör emellertid kommersialiseringen av jordbruket en nödvändig förutsättning för ökad produktivitet och därmed förbättrade villkor för massorna. För att detta ska bli resultatet måste dock staten omvandla det av bönderna producerade överskottet i produktiva investeringar som förser bönderna med billig konstgödsel, bättre verktyg samt mer och bättre rådgivning.

Jordbrukspolitik och näringspolitik

God hälsa för alla är ett nationellt utvecklingsmål i Tanzania. Enligt de nationella utvecklingsplanerna ska Tanzania vara självförsörjande med baslivsmedel i början av 1980-talet. Man förutsätter här ett ganska direkt samband mellan livsmedelstillgång och nutritionstillstånd. Även om relationen finns, så är den, som visats tidigare, mycket

starkt beroende av de villkor och begränsningar som samhällets ekonomiska struktur ställer upp. För att kunna styra jordbrukets utveckling mot nutritionsmål krävs en uttalad nutritionspolitik. I Tanzania pågår för närvarande ett intensivt arbete med att utforma den sidan; ett arbete som samordnas av Tanzania Food and Nutrition Centre. En sak står helt klar i dag. Nutritionspolitik i Tanzania kommer inte att handla om s k Tillämpade Nutritionprojekt (berikning, barnmatsproduktion etc) utan i första hand behandla alla stora utvecklingsprojekts hälso- och nutritionseffekter.

Men man måste ändå samtidigt vara medveten om att jordbrukspolitiken inom överskådlig framtid dessutom måste utformas mot mera allmänna ekonomiska tillväxtmål. Jordbruket är den viktigaste exportsektorn och utgör därför en grundläggande "motor" för tillväxt i ekonomin. Men om allmänna tillväxtmål hamnar i direkt konflikt med



Foto Jean Hermansson /SAFTRA

Lågviktsbarn

Att använda BNP per capita som ett mått på ett lands socio-ekonomiska utveckling är otillräckligt bl a därför att BNP inte visar hur inkomst och välförhållanden fördelas inom ett samhälle. Andra traditionella indikatorer som t ex energikonsumtion pekar inte heller på var de fattigas problem ligger och ger inte vägledning om hur man skall attackera deras problem. Försök har gjorts att finna indikatorer som på ett mer adekvat sätt beskriver utvecklingen i ett land. Olika mått har prövats men de flesta har visat sig otillfredsställande. Ett mått som föreslagits av prof. Göran Sterky vid ett SAREC/WHO-seminarium 1977 är barns födelsevikt.

Tidigare hänfördes ofta barns födelsevikt till genetiska och etniska faktorer men det står nu klart att det finns ett samband mellan födelsevikt och moderns hälsotillstånd och sociala omgivning. I de industrialiserade länderna har mödrar länge blivit informerade om att olika faktorer som t ex rökning kan påverka ett barns födelsevikt. I u-länderna är det sådana faktorer som undernäring, infektioner, brist på hygien och täta graviditeter som avgör barnens kondition vid födseln.

WHO uppskattar antalet barn som föds med låg födelsevikt, dvs väger under 2,5 kg, till 2 miljoner per år. Endast fem procent av dessa barn föds i i-världen.

Barn med låg födelsevikt i u-länderna har liten chans att överleva det första levnadsåret. Att barnadödligheten är hög hos dessa barn hänger otvivelaktigt samman med deras nedsatta motståndskraft mot infektioner. Låg födelsevikt hos u-landsbarn medför också risk för störningar i barnens mentala och fysiska utveckling. Att förbättra mödrarnas allmänna hälsotillstånd, ge dem bättre utbildning och förbättra deras levnadsvillkor skulle reducera antalet barn med låg födelsevikt. Det borde alltså vara lönsamt att investera i program, som resulterar i att barnens födelsevikt höjs, eftersom friska barn stimulerar den sociala och ekonomiska utvecklingen.

Används födelsevikten – dvs andelen barn med låg födelsevikt per land, region eller by – som indikator, kan det leda till en större medvetenhet om nyttan av att förbättra villkoren för de fattigaste i samhället. Det blir lättare att identifiera dessa grupper och därmed kan insatserna också bli mer effektiva.

Ewa Hedlund

Uppgifterna är hämtade från SAREC:s (Beredningen för u-landforskning) rapport R:2 1978, "Birthweight Distribution – an Indicator of Social Development."

uttalade hälso- och nutritionsmål, bör de senare få avgöra. Det är bl a detta som kännetecknar Tanzanias socialistiska ideologi. President Nyerere har uttryckt det med att målet för utveckling är "människor och inte saker".

* * *

Jordbruket utgör basen för god hälsa och nutritionsstandard. En god hälsa utgör å andra sidan en förutsättning för ökad jordbruksproduktion. Denna växelverkan är naturlig och självklar i ett självhushåll. Är man sjuk så kan man inte så och därmed inget skörda. Får man ingen skörd så blir man undernärdd och sjuk. Samma sak gäller för samhället i stort även efter monetarisering och kommersialisering. Det nya är emellertid att jordbruksprodukten – maten – nu har blivit en "vara" med ett bytesvärde. Kommersialiseringen utgör därför såväl en möjlighet till en effektivare

geografisk arbetsfördelning som en risk för ökad exploatering av bönderna. Det ytterst avgörande är i vilken utsträckning bönderna själva har makt över sin produktion.

Litteratur

- O Jacobsen Economic and Geographical Factors Influencing Child Malnutrition. BRALUP Research Paper No 52, March 1978
E Tobisson Socio Economic Aspects of Infant Nutrition, the care of Nyanwigma Village. TFNC Internal Report No 97, 1978
U Jonsson m fl Data Report on the Food and Nutrition Situation in Tanzania 1972/73 – 1976/77. Juni 1978

Urban Jonsson, Svenska Institutet för Livsmedelsforskning i Göteborg, arbetar sedan tre år som planeringschef vid Tanzania Food and Nutrition Centre i Dar es Salaam.

Tjugo års utveckling avspeglas i hälsotillståndet

1979 fyller den kubanska revolutionen 20 år. Helt naturligt avspeglas de ekonomiska, sociala och kulturella framstegen under denna period i folkets hälsotillstånd.

Före 1959 kunde bara de som hade pengar eller bodde i städerna bli behandlade vid sjukdom. Närmare sextio procent av läkarna arbetade i Havanna, där endast tjugo procent av befolkningen var bosatt. Läkarevården var i huvudsak privat. De offentliga resurserna var otillräckliga och dåligt administrerade. Ekonomiska och sociala faktorer, som analfabetism, arbetslöshet och undernäring påverkade också hälsotillståndet.

I det kubanska samhället i dag är hälsan mer än en rättighet, det är en nödvändighet av första graden för människan och för hela samhället. Hälsovårdssystemet ingår som en del i en enhetlig social plan, som är underställd samhällets kontroll. Systemet, som tillförsäkrar alla gratis hälsovård, är uppbyggt på följande sätt:

1. På det nationella planet finns centrala institut som planerar och drar upp riktlinjer, kontrollerar och styr.
2. På provinsnivå finns provinssjukhus med avdelningar för barnmedicin, kirurgi, allmänmedicin, gynekologi och obstetrik. Provinssjukhusen står i förbindelse med laboratorier, blodbanker, specialsjukhus och ålderdomshem.
3. På kommunal nivå finns kommunsjukhus med kapacitet inom kirurgi, gynekologi, obstetrik, barnmedicin och specialistvård. De står i förbindelse med tandvårdskliniker och mödrahem.
4. I varje hälsovårdsområde finns en integrerad poliklinik. Den har det övergripande ansvaret för hälsovårdsinsatserna på primärnivån och arbetar i direkt förbindelse med läkarstationer och dispensärer vid industrin. Det finns 340 hälsovårdsområden, som tillsammans täcker hela landet. Varje område omfattar 15 000–30 000 invånare.

Näringsituationen

På Cuba finns god tillgång på mat. Den traditionella dieten är rik på kalorier, proteiner och fett, men fattig på grönsaker. Kostvanorna förefaller främja fetma och övervikt, som man idag kan iaktta hos många kubaner. I fa-

miljen styrs matordningen av ransoneringen. Varje familj får sig tilldelat en kvantitet mat som bestäms i förhållande till antalet familjemedlemmar och deras ålder. Som ett medel att lära folket goda kostvanor har många livsmedel släppts fria från ransoneringen (bl a ägg, fisk, smör, youghurt, färsk mjölk, frukt och säsongens grönsaker). Varje barn upp till sju år får en liter färsk mjölk varje dag.

1969 öppnade hälsoministeriet en skola för dietister. Men det saknas fortfarande dietister och nutritionister på nästan alla nivåer, framförallt vid poliklinikerna där undervisningen i näringslära meddelas. Man är medveten om dessa problem på central nivå och 1979 inleds en ny plan för utbildning av dietister.

Nya dödsorsaker

De typiska dödsorsakerna för utvecklingsländerna såsom infektionssjukdomar, malaria, tuberkulos, undernäring och låg födelsevikt som grundläggande eller bidragande orsak har försvunnit på Cuba. Hjärn-, hjärt- och kärlsjukdomar är idag de viktigaste dödsorsakerna, med procentuella andelar som närmar sig dem i de utvecklade länderna, där befolkningen i genomsnitt är mycket äldre. På Cuba är trettiosju procent av befolkningen under 15 år. I Nordamerika är motsvarande siffra 26 och i Sverige 15 procent.

För närvarande genomförs undersökningar bland spädbarn, ungdomar och yngre vuxna, vars preliminära resultat visar att det redan finns en icke önskvärd andel av befolkningen i dessa åldrar med övervikt eller fetma. Detta utgör en anledning till bekymmer för hälsoarbetarna på Cuba. Barnläkarna säger att det är enkelt att komma tillrätta med de få fallen av undernärda barn som de kommer i kontakt med, men att det är svårt att komma tillrätta med fetman. Hälsoarbetare står här inför uppgiften att på alla nivåer uppföstra det kubanska folket vad gäller kostvanor. En undersökning rörande kunskap, attityder och kostvanor inleddes i slutet av 1977 och ska omfatta ett urval av sex miljoner personer i hela landet. Parallellt med undersökningen pågår en undervisningskampanj om kostvanor via polikliniker och sjukhus, uppbackad av program via massmedia. Målet är att fastslå vikten av riktig kost för att främja och skydda en god hälsa.

Idilia Penayo, Inst för näringsforskning i Uppsala



man blir inte frisk

Att vatten i tillräcklig mängd och av god kvalitet är ett villkor för god hälsa torde vara obestridligt. Detta faktum har stundtals lett till en villfarelse att vatten också skulle vara en tillräcklig förutsättning för förbättrad hälsa i u-länderna. Så är ingalunda fallet, menar Carl Gösta Widstrand. Även om det finns vatten, finns inga garantier för att det används på rätt sätt, hela tiden.

I andra sammanhang visar det sig att vatten i vissa former är direkt sjukdomsalstrande. Så leder bevattningsprojekt och dammanläggningar ofta till ökad förekomst av t ex malaria och snäckfeber.

Att så många misstag gjorts i samband med vattenprojekt beror enligt Widstrand på att vatten betraktas som ett problem för tekniker, och att i regel ingen kunskap inhämtats om kulturella och andra faktorer som avgör vilka möjligheter ett projekt har att bli till effektiv nytta. Det är på tiden att samhällsvetarna lär sig prata med teknikerna, är Widstrands slutsats.

I FN:s regi har man hållit en konferens om bostäder i Vancouver 1976 och en om vatten i Mar del Plata 1977. Vid båda konferenserna kom man överens om att de många, många miljoner människor som nu inte har tillgång till rent dricksvatten ska ha fått sådant senast 1990. Det blir nog

tyvärr inte alldeles lätt.

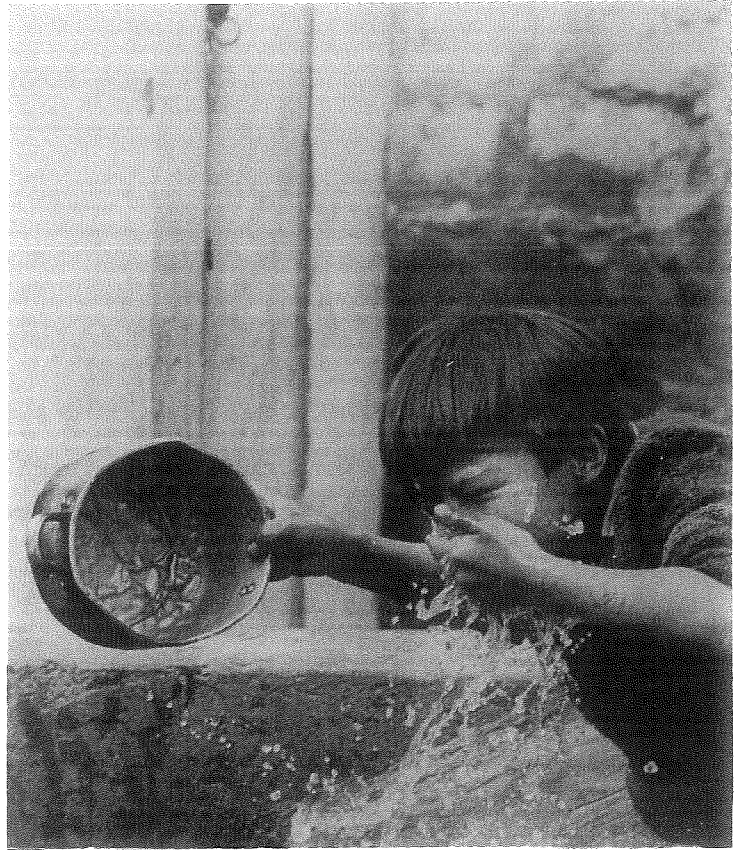
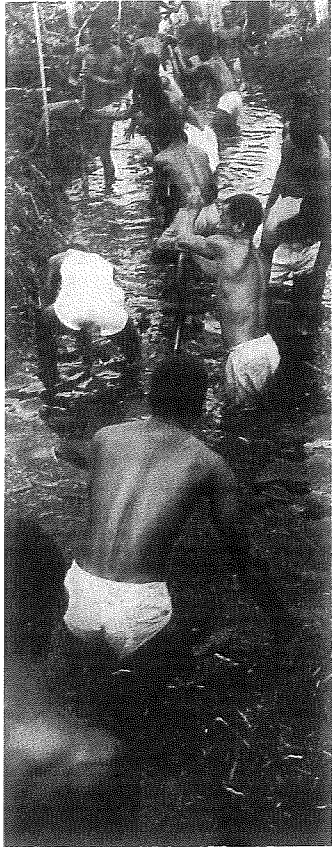
Tanken bakom satsningen på dricksvattensystem är att befolkningens hälsotillstånd ska förbättras och att den tid och det oerhörda slit som kvinnornas vattenhämtning innebär ska minskas. Rent vatten inom "rimligt avstånd" (vad det är definierar man från fall till fall från 300 meter till en halv mil) skulle förbättra hälsan. Människor som ständigt är sjuka i

magsjukdomar eller parasitsjukdomar fungerar bara till en liten del av sin normala kapacitet, och de kan inte förväntas bidra till utvecklingen i någon nämnvärd grad. Att vara fri från sjukdom är ett rimligt mänskligt krav. Detta är en enkel och till synes riktig tankegång: människor blir sjuka av smutsigt och infekterat vatten och borde bli friska om man genom en massiv teknologisk insats borrar brunnar och lägger ner rör och skapar tillgång till rent vatten.

Teknologi är inte nog

Det finns dock många problem i detta sammanhang. Det största kanske är att människor visserligen blir sjuka av dåligt vatten, men det är inte säkert att de blir friska av rent vatten. Vi har från svensk sida lagt ner 1 100 miljoner kronor på vattenprogram. Andra organisationer, både internationella och nationella, har lagt ner det mångdubbla beloppet. Endast i enstaka fall kan man säga att hälsotillståndet har förbättrats. Vad beror detta

Carl Gösta Widstrand är chef för Nordiska Afrikainstitutet i Uppsala.



av bara vatten

Av
Carl-Gösta
Widstrand

Foto Teddy Aarni och Tore Johnson/TIO, Björn Myrman, Lars Ekenborn, Beppe Arvidsson/Bildhuset

på? Det finns många försök till förklaringar, som är viktiga om man ska försöka göra någonting åt problemet. En allmän förklaring ligger kanske i övertron på den tekniska insatsens betydelse. Den så kallade "Salkparadigmen", dvs den oerhörda effekt som salkvaccinet haft för att förebygga polio, gör att man tror att medicinska landvinningar är av teknisk art: nya mediciner, nya vacciner, ny teknologi. Det är nog en missuppfattning av sjukdomarnas sociala historia. Tuberkulosen i Sverige har inte försvunnit tack vare streptomycinet utan kanske mer tack vare den stigande levnadsstandarden. Rent vatten skulle kunna ge en sådan ökad levnadsstandard, men bara i kombination med andra insatser på landsbygden. Enbart teknologin hjälper inte, och det är man nu medveten om på biståndshåll.

Det är naturligtvis också svårt att mäta ökad hälsa. Det tar lång tid, och man har ganska grova måttstickor: livslängd, sjukdomsfrekvens (om man kan avgöra den), dödlighet i olika åldrar (om den överhuvud taget kan mätas). Men det finns nya undersökningar från t ex Bangladesh och

Lesotho där man inte har kunnat demonstrera någon effekt av djupa brunnar på diarrésjukdomar eller kolera.

Hur använder man vattnet?

Viktigare är problemen med vattenanvändningen. För det första måste man, om man vill åstadkomma någon hälsoeffekt, se till att människor inte dricker något annat vatten än det som kan anses rent. Detta betyder bl a att avståndet till vattenkällan är avgörande. Om det finns en kran som används under torr tid, är det inte säkert att den används under regntiden. Andra vattenkällor ligger kanske då närmare. Människorna måste dricka samma typ av vatten hela året. På resa t ex dricker de kanske annat vatten hos den person de besöker. Om de far till stan på torgdag kanske de dricker "fel" sorts vatten. Avståndet är alltså en viktig faktor, och någon egentlig effekt ger inte rent vatten om det inte dras in i huset, vilket är en kostsam affär.

Många vattenpumpar och tappställen har en dålig tillförlitlighet: de fungerar in-

te, de har för dåligt tryck och för dålig kapacitet. Detta har ofta tekniska förklaringar. Många är helt enkelt tekniskt undermåliga, dåligt konstruerade och utformade för ett alltför litet uttag, med för få eller för små kranar. Detta gäller framför allt de äldre systemen från 1970-talets början i Östafrika och Etiopien. En annan förklaring till misskötsel och bortfall är att tappställets placering och deras utformning planerats centralt, över huvudet på dem som ska använda vattnet. Det finns hos lokalbefolkningen ingen känsla för att detta är en nyttighet som man bör känna ansvar för. När pumpen går sönder, är det ingen som bryr sig om att försöka få tag på en reparatör. När dieseloljan tar slut, vet man inte hur man ska göra. Detta beror i sin tur på att tyngdpunkten under de första tio åren av vatteninstallationerna lades på konstruktionsinsatsen. Inga bidrag eller teknisk hjälp lämnades till administration eller underhåll av vattenprogrammen. Speciellt underhållssidan har varit eftersatt. Nu, när mer än hälften av vattenställena inte fungerar, har man börjat satsa pengar även på detta och på



Foto Bo Dahlin/Bildhuset

utbildning av reparationspersonal. Situationen har varit så besvärande att ju mer som byggts, desto mindre antal människor har fått tillgång till tillförlitliga vattenställen, eftersom bortfallet p g a bristande tillsyn och underhåll har överskridit nybyggnadstakten.

För människor som hela sitt liv druckit brunt, luktande och mer mättande vatten, och som aldrig fått veta hur bra det nya vattnet är och vilken nytta det medför, kan rent, iskallt vatten som isar i tänderna verka skrämmande. Ska man dessutom betala för det nya vattnet finns det ytterligare anledning att inte använda det.

Tryckfall och bristande tillförlitlighet leder till att man avstår från att dricka det nya vattnet, varvid allt förblir som förut. Eller kanske tvingas man vänta länge vid pumpen, på grund av dess bristande kapacitet, och under tiden finns många sätt att smutsa ner och infektera vattenkärnen innan man väl kommer hem med dem igen. Detta är antagligen en mycket vanlig anledning till infektioner.

Vi vet egentligen ingenting om vad barn dricker. I åldrarna under fem år är diarré-sjukdomar vid sidan av malaria kanske den vanligaste dödsorsaken. Det är kanske också just bland barn som rent vatten skulle kunna ha en effekt: att nedbringa dödligheten. I Bangladesh har man på

många platser två vattenkrukor i hemmet, en med järnhaltigt vatten som är bakteriologiskt hyggligt och som man dicker och ett smutsigare och osäkrare som man lagar mat med och diskar i. John Briscoe, som länge arbetat med dessa problem, har visat att ingen vet ur vilken av de två kärnen som barnen dricker.

Några stora hälsoförbättringar är inte att vänta om man inte använder **mer vatten**. Det är till och med så att om vattenanvändningen ökar kraftigt, försvinner en hel del sjukdomar som beror på bristande möjligheter till hygien, t ex hudsjukdomar, även om vattnet inte är bakteriologiskt rent. Detta kan synas gå emot all konventionell visdom. Men tanken är inte att vattenkvaliteten är oviktig, utan snarare att det på kort sikt vore en mer framkomlig väg mot förbättrad hälsa att öka tillgången på vatten, än att förbättra kvaliteten.

Vattenrelaterade sjukdomar

Förhållandet mellan vatten och hälsa har också andra aspekter. För att öka jordbrukets avkastning utnyttjas ofta möjligheter till bevattning, dels genom att skapa stora bevattningssystem för t ex risodling med många nya odlare, dels genom att ordna extra bevattning för olika grödor. Detta leder nästan omedelbart – i varje fall i Afrika – till en stark ökning av två sjukdomar som också har med vatten att göra: snäckfeber och malaria.

Malaria är en sjukdom som sprids med myggor, som utvecklas i vatten. Om den inte behandlas leder den i många fall till döden, speciellt hos barn.

Snäckfeber, eller schistosomiasis, är en sjukdom som framkallas av en parasit, som f n har cirka 200 miljoner människor som slutvärd. Dessförinnan har parasiten passerat ett stadium i en mellanvärd, som oftast är någon slags sötvattenssnäcka. I ett av sina frisimmande stadier kan parasiten tränga genom huden vid beröring med eller vistelse i vatten. Snäckorna, som är nödvändiga för parasitens utveckling, har en viss förkärlek för stillastående vatten, eller vatten som rör sig mycket sakta, och invaderar snart bevattningsprojekt. Parasitens ägg sprids med människans urin eller avföring. Sjukdomen är svår att bli av med och om man har ett stort antal parasiter – de kan leva länge i t ex blodkärlen kring urinblåsan – blir man inte särskilt pigg.

Vad kan man då göra åt denna situation? Till att börja med kan man titta på vilka sjukdomar som har med vatten att göra och systematisera dem på ett nytt sätt, för att se om det går att komma vidare på den vägen. Man arbetar idag med fyra olika typer av vattenrelaterade sjukdomar:

Vattenburna, där smittämnet passivt far med vattnet, t ex kolera, dysenteri, maskäg.

”Vattentvättade”, eng water-washed,

dvs sådana sjukdomar som beror på att man inte använder tillräckligt mycket vatten. De är då först hudsjukdomar som trakom och skabb, men också sådana som beror på dåligt tvättade grönsaker och födoämnen, masksjukdomar m m.

Den ena av dessa typer har med vattenkvalitet och den andra med vattenkvantitet att göra. Men båda har det gemensamt att smittämnet utsöndras genom avföringen och kommer in i människan genom munnen.

Vattenbaserade, där en förutsättning för sjukdomen är en i vatten levande mellanvärd, som t ex i snäckfeber, eller till och med två sådana mellanvärdar, snäcka och fisk, som hos en annan vanlig parasit, den orientaliska leverflundran, **Opistorchis sinensis**.

Vattenrelaterade insekter, som bär sjukdomen, t ex malariamyggor och andra myggor som bär gula febern och filariasis, och som fordrar vatten för ett av sina utvecklingsstadier. Hit hör också sådana sjukdomar som sprids av insekter som biter och vistas nära vatten, t ex tse-tseflugor, bärare av den fruktade afrikanska sömnsjukan.

Detta sätt att betrakta sjukdomar i förhållande till vatten kan ge uppslag till åtgärder, som naturligtvis skiljer sig starkt om det är fråga om kolera eller snäckfeber.

Tre av typena har med smittspridning genom avföring att göra. Enligt min åsikt är det viktigare att reda ut de sanitära förhållandena innan man lägger in rent vatten. I flera länder är detta en förutsättning för lokala vattenprogram: latrinfrågan måste ordnas innan vattenprogrammet sätter igång. Inget vattenprogram borde därför komma till stånd om det inte samtidigt finns ett sanitetsprogram. Detta innebär i sin tur en ganska massiv utbildningsinsats men **så länge folk inte kan hålla isär skit och vatten, spelar rent vatten ingen roll**.

Många av problemen med sjukdomar och vatten har med kulturella faktorer att göra. T ex den lokala uppfattningen om sjukdomar, om vad vatten är, om hur barn skall skötas, och hur man torkar sig i ändan. Det är därför alldeles klart att det för varje enskilt program behövs en genomgång av de kulturella förutsättningarna och en samhällsvetenskaplig insats i vattenprogrammen. Problemet är bara att vi hos oss har mycket få samhällsvetare som sysslar med sådana här frågor. I våra mottagarländer finns det knappast några alls. Här finns ett stort behov av studier som har med människans vattenkontakt att göra, som kan förklara enskilda detaljer i problemkomplexet rent-vatten-fortfarande-dålig-hälsa och som kan återföra erfarenheter till den fortsatta planeringen. Detta har man nog klart för sig både på givarsidan, hos konsulterna och på mottagarsidan. Men det tar lång tid för samhällsvetare att lära sig tala med tekniker. Det är på tiden att de börjar. ■

HÄLSAN GÅR UPP I RÖK

Foto Paul Rimmerfors/SIDA

Av Mike Muller



I Europa och USA slutar alltfler människor röka. De som inte kan, eller vill, sluta helt går i många fall över till svagare cigaretter.

Vad gör de multinationella tobaksbolagen i den situationen? De ser till att folken i tredje världen ökar sin cigarettkonsumtion, hävdar Mike Muller i denna artikel. Hittills har tredje världen varit relativt förskonad från de sjukdomar som hänger samman med rökning, men nu börjar de uppträda också där.

En bidragande orsak är att tjärhalterna i de cigaretter som säljs i u-länderna är mycket högre än vad vi är vana vid.

Man kan fråga sig varför u-ländernas regeringar inte gör någonting åt problemet. En viktig anledning är, säger Muller, att tobaken ger inkomster **nu**, medan sjukvården får ta hand om följderna av tobaksrökningen först någon gång i framtiden.

Mike Muller är frilansjournalist. För organisationen War on Want i London har han skrivit Tobacco and the Third World: Tomorrow's Epidemic (110 s). Skriften kan beställas från War on Want, 467 Caledonian Road, London N7 9 BE mot en kostnad av £2 inkl porto.

Översättning från engelska Monica Lundgren.

Cigarrettrökning är en av de främsta orsakerna till för tidig död i Europas och Nordamerikas rika länder. En sannskyldig epidemi av sjukdomar som hänger samman med rökning – lungcancer, hjärtsjukdomar, luftrörskatarr och annat – har blivit följden av den starkt ökade cigarrettkonsumtion som kom igång på allvar under vårt århundrade.

I de fattigare länderna i Afrika, Asien och Latinamerika är sådana sjukdomar relativt sällsynta. Felnäring, infektioner och andra sjukdomar som följer i fattigdomens spår dominerar fortfarande i dessa länder. I dem hör sjukdomar som förorsakas av rökning morgondagen till.

I många rika länder röker nu allt färre människor, men i tredje världen sprider sig vanan snabbt. Cigarrettkonsumtionen i Pakistan stiger med åtta procent årligen, och i Kenya med tio procent per år, enligt källor inom industrin. I vissa latinamerikanska länder ligger den på samma nivå som i Europa.

Det är därför inte förvånande att sjukdomar som har samband med rökning börjar uppträda. Det finns många mindre undersökningar som visar att rökning redan i dag vållar sjukdomar i tredje världens länder. Den allamerikanska hälsoorganisationen har funnit att sjukdomar som har samband med rökning "svarade för 20 procent av alla dödsfall i tio latinamerikanska städer. Sedan dess har en rad tecken givit vid handen att cigarrettkonsumtionen var ovanligt stor i många länder."

I Zimbabwe har en forskare framlagt "klara belägg för någon form av samband mellan lungcancer och rökning bland rhodesiska afrikaner". I Marocko har man påvisat en tydlig koppling mellan rökning och strupcancer hos relativt unga män. På västindiska öarna har man konstaterat att rökning är en starkt bidragande orsak till bröstsjukdomar.

Få undersökningar i tredje världen har dock varit så omfattande som det berömda arbetet i USA och Europa som de senaste 25 åren effektivt har bevisat att cigarrettrökning orsakar cancer och hjärtsjukdomar. Vetenskapsmän som professor Gatei vid Nairobiuniversitetet i Kenya – han håller noggrann uppsikt över antalet cancerfall som

registreras i hans land – är i samma belägenhet i dag som deras europeiska kolleger för femtio år sedan, när lungcancer var en "sällsynt märkvärdighet". Skillnaden är emellertid den att de väntar för att se om historien, den rika världens epidemier, ska upprepa sig. Som vetenskapsman förutspår professor Gatei bestämt att den kommer att göra det i takt med att rökningen tilltar i hans land.

Framtida börda

Varför accepterar då tredje världens regeringar att deras folk tar på sig denna börda för framtiden? De har ju så många andra problem med fattigdom och sjukdom. Har de vidtagit några åtgärder för att skydda kommande generationer?

I den rika världen skärps kontrollen över tobaken oavbrutet. I många länder är cigarrettreklamen begränsad, och ibland helt och hållet förbjuden. Höga skatter används som ett medel att avskräcka rökare. Upplysningsprogram går in för att få icke-rökare att avhålla sig från att skaffa sig vanan, och att uppmuntra rökarna till att minska konsumtionen. Man verkar för att få fram nya cigaretter med "låg tjärhalt", som är mindre skadliga, för dem som inte kan sluta helt.

I tredje världen hör sådana åtgärder till undantagen. Några få länder, bl a Indien, kräver att cigarrettreklamen ska innehålla varningar för hälsoriskerna – även om dessa ibland är svåra att hitta. Ytterligare en handfull länder har gjort inskränkningar i rätten att annonsera; i Malaysia förbjöds t ex nyligen TV-reklam för cigaretter.

Det är tunnsått med upplysningar om farorna i samband med rökning. Bristen på information kan alltid rättfärdigas med att de begränsade resurserna måste användas till att ta itu med så många andra, mer näralliggande, problem. Det tanzaniska hälsoministeriets inställning är typisk: "I Tanzania finns för närvarande inga riktlinjer när det gäller rökning och hälsa, och vi har inga planer på att presentera några inom den närmaste framtiden", sade en talesman till



I den rika världen skärps kontrollen över tobaken oavbrutet. Fabrikerna konkurrerar om att få fram nya cigaretter med mindre tjärhalt, som är mindre skadliga. I u-länderna finns sällan någon sådan kontroll, och tobaksbolagen kan här sälja de produkter som blivit omöjliga att marknadsföra i i-länderna. Foto Beppe Arvidsson/Bildhuset, Paul Rimmerfors/SIDA



mig. "Sjukdomar i samband med rökning betraktas inte som någon viktig fråga."

Trots att tredje världens rökare får minst information om farorna med rökning blir de utsatta för de största riskerna. Tjårhalten i de cigaretter som köps i tredje världen är ofta dubbelt så hög som i cigaretter som köps i Europa och USA – till och med när produkterna är till synes identiska och har samma varumärke.

Tobaksbolagen medger att tjårhalten i de cigaretter som säljs i tredje världen är högre än i europeiska och amerikanska produkter. En talesman för världens största tobaksbolag, British-American Tobacco (BAT), berättade för mig att detta beror på att rökarna i tredje världen bara röker några få cigaretter om dagen. "När man har rökt en cigarett vill man känna att man har njutit av den, att man har fått ut någonting av den."

I själva verket är det många afrikaner, asiater och latin-amerikaner som röker lika många cigaretter per dag som sina motsvarigheter i Väst. Vad de får ut av sina starkare cigaretter är en mycket större risk att få cancer. Det är "tjår" i cigarettröken som har visat sig orsaka cancer.

Ekonomisk makt

Innan man kan få klart för sig hur man ska gå tillväga för att kontrollera de skador som cigaretterna ger upphov till, måste man förstå strukturen hos den industri som säljer dem. En rapport som UNCTAD nyligen gav ut belyser det faktum att världens tobakshandel domineras av en handfull multijättar, ledda av BAT som är det tredje största

industriföretaget i England och det fyrtiotredje i världen.

Enbart storleken gör dessa företag till fruktansvärda motståndare för vilken som helst av tredje världens regeringar. Men den ekonomiska makt de kan utöva i enskilda länder härrör till största delen ur deras roll som skatteindrivare åt de nationella regeringarna. I många finansministerier betraktas bolagen som producenter av statliga inkomster, snarare än av cigaretter. Tobaksbolagen själva underblåsar denna föreställning. Deras årsrapporter framhåller alltid att de "tjänar" pengar åt eller "ger" pengar till regeringen.

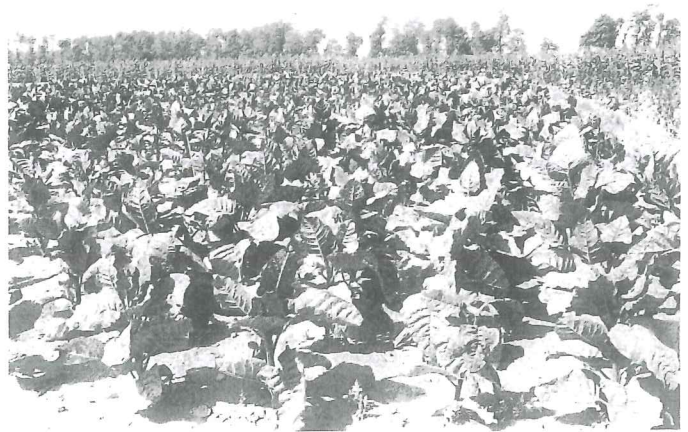
Och det rör sig om stora summor. I Tanzania som är ett av de få länder i tredje världen som har nationaliserat cigarettindustrin, uppgick tanzaniska cigarettbolagets (TCC) vinst och skatteintäkter till omkring 400 miljoner shillings (1 shilling = ung 60 öre) 1977. Det var tillräckligt för att betala nationens hela hälsobudget. Direktörer vid TCC berättade öppet för mig att deras bolag drivs för att öka statens inkomster. De har inte kämpat för lägre skatter för att öka försäljningen, eftersom pengarna går till statens skattkammare oavsett om de kommer från vinster eller skatter.

Bolagens ekonomiska makt grundar sig också på att de kontrollerar världens tobaksmarknader. UNCTADs rapport avslöjar att nittio procent av världens tobakshandel kontrolleras av allt som allt sex bolag. Det är de som fastställer priset på tobak, vilket varierar starkt från land till land. Genom sin inköpspolitik bestämmer de också vilka länder som ska tillåtas bli världens tobaksexportörer.

Det är inte lika lätt att få grepp om hur utbredd den makt över marknaden är som är en följd av de största cigaretttillverkarnas utgifter för internationell reklam. I den rika världen har vi vant oss vid att enorma summor spenderas för att göra reklam för cigaretter: 40 miljoner dollar kostar det att lansera ett nytt märke i USA, fem miljoner pund går åt på sex månader i Storbritannien. Tobaksbolagen ger också ut rejält med pengar i u-länderna. Innan TV-reklamen stoppades i Malaysia lade de exempelvis ut ett pund per vuxen man och år där. I Kenya är BAT den fjärde



För många u-länder är tobaksodlingen en av de mest lönsamma grödorna. De har därför ett direkt ekonomiskt intresse av att förbrukningen av tobak hålls uppe. De stimuleras också därtill av FN:s jordbruksorganisation FAO, vars uppmuntran här står i direkt motsättning till en annan FN-organisations, WHO:s, strävan att avhålla folk från att röka mindre. Foto Lasse och Lisa Berg/TIO



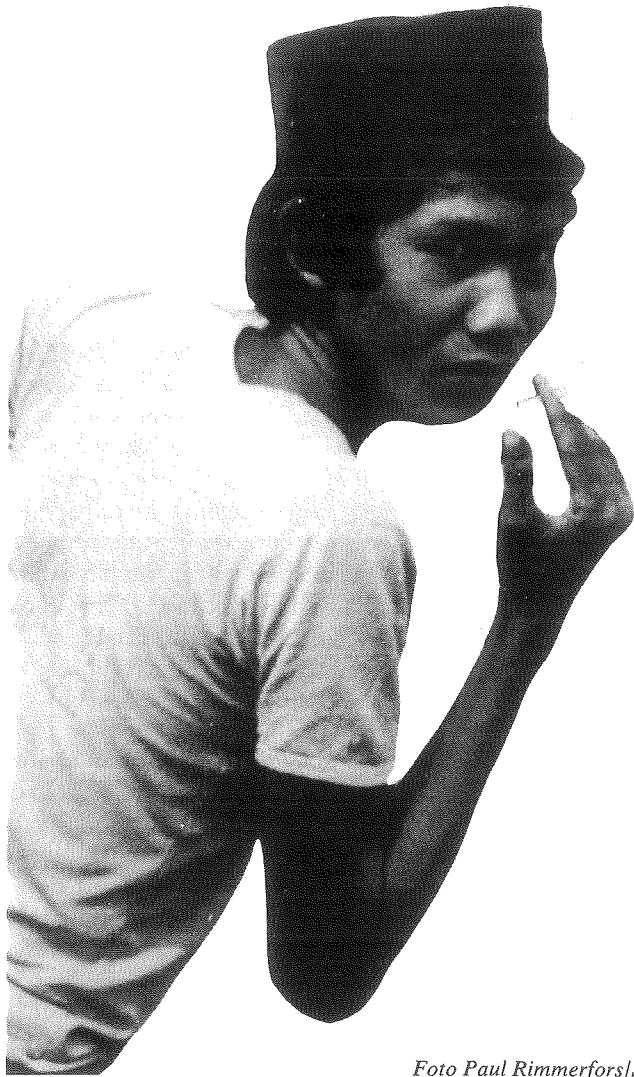


Foto Paul Rimmerfors/SIDA

största annonsören – trots att företaget som enda cigarrtproducent i landet inte har någon konkurrens alls.

Industrins uppbyggnad påverkar klart de metoder som används för att kontrollera rökningen. Och det är klart att u-länderna har färre alternativ att välja mellan än de rikare länderna.

Smuggelmarknad

Kanske är skatthöjningar som gör cigarrterna dyrare det mest effektiva sättet att minska rökningen. Sådana har dessutom den fördelen att penningflödet till statens finansministerium bibehålls. Hur mycket skatterna kan höjas kommer till en del att vara beroende av konsumentens politiska makt, men invändningarna från konsumenterna kanske kan dämpas om man framlägger det hela som en hälsobefrämjande åtgärd.

Hotet från smuggelmarknaden avskräcker emellertid många länder från att höja skatterna. UNCTAD rapporterar att omkring en tredjedel av världshandeln med cigarrter går till denna marknad. U-länderna saknar ju den polis- och tullorganisation som krävs för att kontrollera den olagliga handeln och är därför mer sårbara i det fallet

än rika länder. En höjning av priset på lokalt framställda eller lagligen importerade cigarrter blir meningslös om marknaden i stället förses med smuggelgods.

Det finns oroande bevis för att de största brittiska och amerikanska bolagen avsiktligt förser den illegala handeln i Colombia, Ghana och Nigeria med cigarrter. Handeln med smuggelgods är otvivelaktigt ett av bolagens motdrag mot skatthöjningar. Och den gynnas av de tunga annonskostnaderna för "internationella" märken som omedelbart känns igen av rökare i de flesta länder, även om de kan variera mycket i fråga om tjärhalt.

Undervisning i hälsofrågor är en väsentlig del av ett program för att kontrollera rökningen. Minimikravet bör vara att man ska informera alla potentiella rökare om de kända riskerna i samband med rökning. Problemet är bara att de resurser som står till förfogande för sådan upplysning aldrig kan tävla med dem som tobaksbolagen har för att göra rökningen populär. Informationen i hälsofrågor kommer därför sannolikt att få begränsad effekt så länge det inte finns några andra kontrollåtgärder. Effekterna kommer nog också att bli ännu mindre i de länder där tobaken odlas.

Farorna med att röka nämns t ex i förbigående i Tanzanias undervisningsplan, men samtidigt odlar vissa skolor tobak som ett led i strävan efter "självförsörjning". Detta gör de med stöd från det brittiska hjälporganet OXFAM. Vad ska eleverna i dessa skolor tro om offensiven mot rökning?

Bolagen vänder kappan efter vinden

I Europa och USA har man inriktat sig på att kontrollera hur cigarrter marknadsförs och säljs, men dessa åtgärder kan knappast vara tillräckliga i sig själva. Inskränkningar i rätten att sälja cigarrter överträds ofta: i Storbritannien är det t ex många som inte bryr sig om den lag som säger att cigarrter inte bör säljas till barn under 16 år.

Tobaksindustrin har skickligt flyttat sina reklamkostnader till andra områden, för att undvika nya kontroller. Förbud mot annonsering som kopplar samman cigarrter med sport har t ex inte hindrat tobaksbolagen från att satsa pengar i sportevenemang, vilket gör att unga människor ändå förknippar sport och cigarrter med varandra.

Bolagen kan väntas visa samma färdigheter i u-länderna. Ett förbud mot reklam i radio-TV och annonser i dagspressen kommer t ex inte att hejda den i Afrika utbredda vanan att leverera gatuskyltar och busskurer med inbyggd reklam – en mycket listig koppling mellan cigarrter och stadens strålande ljus.

Vissa hälsomyndigheter vidtar åtgärder som syftar till att minska rökningen, och försöker dessutom uppmuntra rökarna att gå över till cigarrter med "låg tjärhalt", som kan tänkas vara säkrare. Detta kan både tobaksbolagen och finansministerierna acceptera: bolagen bibehåller sin försäljning och finansministerierna fortsätter att få in skattepengar.

Problemet för länderna i tredje världen är att de teknologier som krävs för att framställa cigarrter med låg tjärhalt kommer att göra dem än mer beroende av de stora tobaksbolagen. I dessa tekniker ingår att arbeta fram nya filtermaterial, att förändra cigarrtpapperet så att luften kan komma åt att tunna ut röken och att förändra tobaken både kemiskt och fysiskt.

Var och en av dessa tekniker kräver produkter och

kunskaper som bara går att få från de största bolagen, och en eller två oberoende leverantörer som svenska Arencó. Så det u-land som väljer en politik som går ut på en låg tjärhalt kommer också att välja ett förlängt och dyrbart beroende av de multinationella bolagen.

Kostnader i dag och i morgon

Det står klart att ett innehållsrikt "paket" av åtgärder är nödvändigt för att rökningen ska kunna kontrolleras på ett framgångsrikt sätt. Klart är också att länderna i tredje världen står inför många svårigheter som Europa och USA inte har. Deras enda fördel kan möjligen vara att rökvanan ännu inte är så utbredd.

Kan åtgärder mot rökning försvaras nu? De som går i spetsen för antirök-kampanjer i tredje världen har ett problem: kostnaderna för ett försämrat hälsotillstånd till följd av rökning kommer inte att bli aktuella förrän i framtiden – och framtida kostnader gör inte intryck på finansministrar som måste betala dagens räkningar. Dessutom mäts sådana kostnader snarare i människoliv än i hårdvaluta.

Det finns emellertid en kostnad för rökningen som direkt drabbar tredje världen. Det är kostnaden för råvaror och maskiner för att framställa cigaretter, och så tobaksbolagens profiter. Dessa kostnader måste betalas i utländsk hårdvaluta, och sådan valuta begriper sig politiker-na på.

Således har en undersökning avslöjat att BATs dotterbolag i Brasilien har fört vinster på femtio miljoner pund ur landet på bara tio år. Den investering bolaget gjorde vid starten var inte mer än två miljoner pund.

Sri Lanka har närmast lamslagits av de minskade förtjänsterna från teexporten, och där har enda möjligheten att undgå brist på mat varit att använda utländsk valuta för att köpa mat utifrån. När denna kris var som mest akut sade ordföranden i det lokala BAT-företaget till sina aktieägare: "Det är helt uppenbart att vi måste få större (tobaks)skördar genom att öka avkastningen på de jordar som redan finns, och genom att odla upp nya jordar. Annars kan vi inte tillgodose de lokala konsumenternas behov."

Detta uttalande gick stick i stäv med bolagets anspråk på att bidra till en lokal matproduktion. Colombos centrum för samhälle och religion visade i en undersökning att de förtjänster i utländsk valuta BAT skröt med att ha dragit in till landet genom tobaksexporten inte uppgick till mer än femtiofem procent av den utländska valuta som gick åt till import, respektive fördes ut ur landet som vinst.

Vart går utvecklingen?

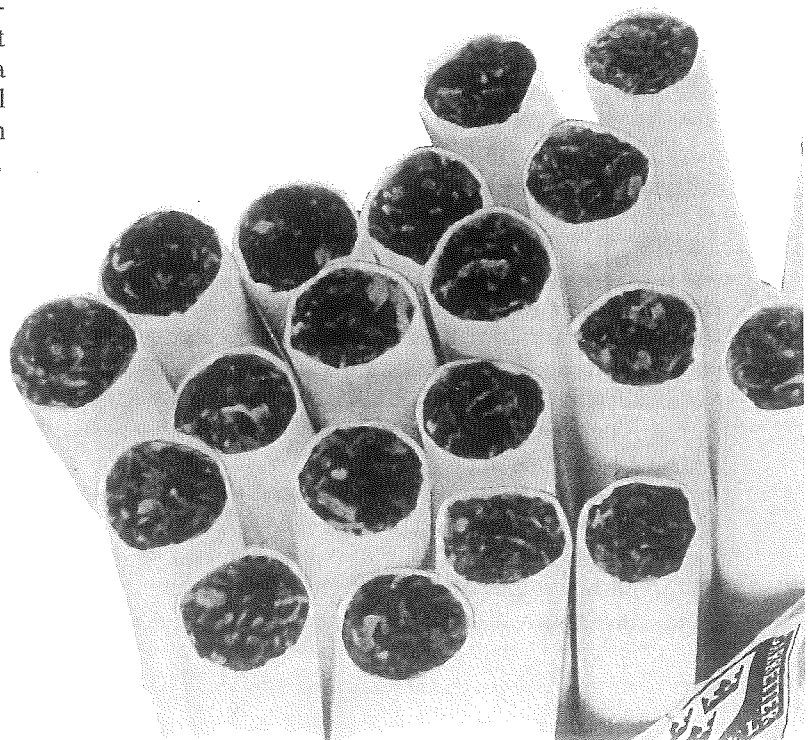
Till och med en tobaksproducent som Zambia har funnit att det gyllene bladet är en diskutabel välsignelse – när folket väl en gång har fått smak för det. "Vi säger ofta att tobaken ger oss stora exportintäkter", berättade chefen för Tobaksstyrelsen i Zambia, Hugh McEnery i förtroende, och fortsatte: "På vår produktionsnivå är behållningen i realiteten noll, om man summerar produktionskostnaderna, de varor vi importerar för utländsk valuta och vår export."

Dessa kostnader kan inte ställas mot de lokala tobaks-skatterna. Att ett u-land låter ett multinationellt tobaksbolag ta in skatterna är jämförbart med att betala ett lag svenska arbetare svenska löner för att sopa gatorna i Dacca eller Dar es Salaam.

Det finns alltså tillräckligt många anledningar att u-länderna ska införa normer för att kontrollera tobaksbruket. Tobaksbolagen själva har också redan förutsett att något kommer att hända. "Vi är fria från restriktioner i fråga om annonsering och liknande, som bolagen i Europa och USA är underkastade, men jag tror inte att det alltid kommer att vara fallet", fick jag höra av ordföranden för BAT i Kenya, Bethuel Gecaga. "Jag är säker på att det som händer i Europa och USA måste nå oss också i framtiden. Vi för vår del håller jämna steg med all vetenskaplig kunskap som finns tillgänglig inom tobaksindustrin, och förbereder oss för den tiden."

Detta betyder inte att industrin inte kommer att mot-sätta sig försök att kontrollera rökningen. Den kommer att kämpa, i land efter land, tills hälsoproblemen blir alltför uppenbara för att man ska kunna bortse från dem. Då kommer det att vara för sent att vidta förebyggande åtgärder – och profitema kommer redan att ha skördats. BATs högste chef, Sir Richard Dobson, sade vid ett tillfälle till sina aktieägare: "I alla de länder där vi är verksamma lägger vi oss vinn om en ansvarsfull attityd gentemot våra konsument, rökning och hälsoproblem."

I det fallet kommer historien att döma. ■



UTVECKLING OCH

De som lider av schizofreni i u-länderna har ett förmånligare sjukdomsförlopp och en bättre utgång än motsvarande grupp i i-länderna. Det visar de första resultaten av ett stort tvärkulturellt forskningsprojekt om schizofreni i WHO:s regi. Social isolering är en av de faktorer som bäst förutsäger utgången för patienter från både u- och i-land. Är schizofreni mindre vanligt och tillfrisknandet mycket mera tillfredsställande i länder där familje- och byggemenskapen ännu är levande eller är det bara så att de mest sårbara människorna dör undan fortare än i våra samhällen, undrar Karin Himmelstrand i den här redogörelsen för WHO:s forskningsprojekt.

”Schizofreni” är en svår sinnessjukdom med hemlighetsfullt ursprung. Populärt kallas den ”personlighetsklyvning”. Många skyggar för den. Den är ärftlig och organisk hävdar en del; den orsakas av en mycket tidig, allvarlig relationsstörning menar andra. Den är ett samlingsnamn för mentala störningar som vi vet litet eller ingenting om och som ett sjukt samhälle tillskriver avvikande personer, säger åter andra.

Schizofreni uppträder inte sällan första gången hos unga människor. Förr ansågs den nästintill obotlig. Människor som fick diagnosen schizofreni kunde få tillbringa större delen av sitt liv på mentalsjukhus. I dag läser vi böcker eller ser filmer om psykotiska schizofreniliknande tillstånd, som kunnat bekämpas tack vare skickliga terapeuter. Dessa tillstånd blir mindre skrämmande när man blir bekant med människan som drabbats av dem. Vem följer inte skakad och fascinerad flickan Deborah till landet Yr i Hannah Greens bok **Ingen dans på rosor** eller Mary Barnes på hennes **Resa genom själens mörker** eller Stanislav Grof till **Människans okända världar**?

WHO:s schizofreniforskning

För några år sedan fick jag höra att Världshälsoorganisationen (WHO) engagerat sig i en stor internationell undersökning om schizofreni. Jag ha-

de länge letat efter någon som försökte jämföra innehållet i schizofrenas fantasivärldar i u- och i-land. Kanske kan sådana fantasier avspegla djupt liggande mänskliga konflikter, som berättar något om samhällena i stort, tänkte jag. I hopp om att hitta någon som delade mitt intresse har jag vid ett par tillfällen, när jag besökt Genève, passat på att uppsöka en av dem som samordnar WHO:s schizofreniforskning, dr Assen Jablensky.

Senaste gången jag träffade honom var i december 1978. Han har ett litet arbetsrum i ett annex till Världshälsoorganisationens stora byggnad i Genève.

Dr Jablensky delar inte mitt intresse för det dramatiska innehållet i den schizofrenes fantasivärld. Han menar att de böcker av och om schizofrena som jag läst och som han själv också läst egentligen inte alls handlar om verkligt schizofrena tillstånd. Det rör sig enligt honom om andra typer av psykiska sammanbrott, som kommit att framställas litterärt eller som beskrivits av personer utan vetenskaplig skolning eller vetenskapliga aspirationer. De har sin plats, menar dr Jablensky, men de har ingenting med verklig schizofreni eller vetenskaplig forskning om schizofreni att göra.

WHO:s schizofreniforskning är alltså strikt vetenskaplig. Den utgår från en schizofrenidiagnos som bestäms utifrån symptom som är möjliga att kliniskt observera, och utifrån en sta-

tistisk analys av samband mellan symptomvariabler. WHO:s schizofrenidiagnos har, enligt dr Jablensky, mycket bestämda och definitiva gränser, som inte överträds. Men även om denna strama och som det tycks kalla vetenskaplighet kan kännas trång i all sin positivism, är The International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS, inte något ointressant forskningsprojekt.

Tvärkulturellt

IPSS började 1966 som ett stort tvärkulturellt projekt. Det genomfördes samtidigt i forskningscentra knutna till psykiatriska kliniker i nio socialt, ekonomiskt och kulturellt helt olika länder, nämligen Colombia (Cali), Tjeckoslovakien (Prag), Danmark (Aarhus), England (London), Indien (Agra), Nigeria (Ibadan), Sovjetunionen (Moskva), Taiwan (Taipei) och USA (Washington).

Syftet med projektet var från början att utveckla grundläggande metoder för framtida studier av schizofrenins och andra funktionella psykosers utbredning och att utöka kunskaperna om schizofrenins natur.

När det gällde metodarbetet ville IPSS undersöka om det går att genomföra stora internationella undersökningar som kräver samarbete mellan psykiatriker och andra mentalsjukvårdare med olika kulturell och teoretisk bakgrund. Projektet ville

SCHIZOFRENI

Karin Himmelstrand redovisar en internationell studie om schizofreni i WHO:s regi

också utveckla standardiserade instrument och procedurer för psykiatriska undersökningar och bedömningar som kan användas i olika kulturer på ett tillförlitligt sätt. För det tredje ville projektet, när det gällde metodutvecklingsarbetet, träna forskarteam att använda dessa instrument och procedurer så att jämförande observationer kunde göras i utvecklade såväl som underutvecklade länder.

Till målen för projektet hörde också att utöka kunskaperna om schizofrenins natur, i vilka delar av världen den existerar, vidare vilka symptom som är lika respektive olika i olika delar av världen och i olika patientgrupper.

När det gäller olikheterna mellan schizofrena patienter med olika kulturell bakgrund vill projektet finna ut i vilken grad olikheterna är ett resultat av variationer i diagnosen eller ett resultat av kulturellt betingade olikheter. Slutligen vill IPSS undersöka om sjukdomsförlopp och utfall är olika i olika länder.

Projektuppläggning

Projektet kan delas in i tre faser: en förberedande fas, då administrativa operationella och organisatoriska procedurer fastställdes och testades, en inledande utvärderingsfas och slutligen en uppföljningsfas efter 2 och 5 år.

I fas nummer 2, den inledande utvärderingsfasen, utvaldes 1 202 patienter för projektet på de nio forskningsstationerna. Dessa patienter sökte läkarhjälp under det år denna del av forskningsprojektet pågick. De var i åldern 15 till 44 år och hade ingen organisk sjukdom. Det schizofrena utbrottet var av relativt färskt datum. Patienterna valdes också så, att de skulle vara lätt tillgängliga för uppföljande undersökningar.



De som togs med i undersökningen hade några av följande symptom: vanföreställningar, helt inadekvat eller mycket ovanligt beteende, hallucinationer, kraftig psykomotorisk störning; eller några av följande symptom, om de var tillräckligt kraftiga: social tillbakadragenhet, störningar i tänkandet, men inte vanföreställningar, överväldigande rädsla, känslöstörningar, depersonifikation, försummelse av den egna personen. (Se även sammanfattning av patientbeskrivningar i ruta).

Undersökningen utfördes i den inledande fasen på tre olika sätt, dels genom en standardiserad intervju, som rörde det aktuella sjukdomstillståndet, dels genom en sammanställning av patienternas psykiatriska historia och dels genom en beskriv-

*Att det ofta är ödesdigert för schizofrena och andra med psykiska sjukdomar att isoleras från sin normala omgivning och sitt normala liv har länge varit uppenbart. Försök görs därför på många håll att låta de sjuka ingå i en social gemenskap utanför sjukhusen.
Foto Anders Birkeland/SAFTRA*

ning av deras sociala bakgrund. För varje patient tog undersökningen 5 timmar och resulterade i 1 600 informationsbitar.

Alla tänkbara åtgärder vidtogs för att datainsamlingen skulle bli vetenskapligt tillförlitlig och för att få jämförbarhet mellan länderna. På grundval av de gjorda undersökningarna diagnostiserade forskarna patienterna. De fick en klinisk diagnos, en databaserad diagnos och en diagnos grundad på statistisk slumpurvalsteknik.

Den genomsnittliga överensstämmelsen mellan diagnoserna var hög (87%). Det var alltså möjligt att identifiera patienter med liknande karaktäristika i alla nio undersökningsländerna.

Uppföljning

Efter två år letade forskarna upp de 1 202 patienterna igen. Totalt kunde 97% av dem spåras och 82% i genomsnitt per centra kunde undersökas på nytt. Denna gång var undersökarna intresserade av sjukdomens förlopp under de två år som gått sedan den inledande undersökningen och hur utgången blivit.

De tog reda på

- den första psykotiska episodens längd,
- om sjukdomen hållit i sig hela tvåårsperioden, om patienterna återintagits med eller utan återfall,
- hur sjukdomsbilden sett ut under de nya sjukperioderna,

- hur allvarlig den sociala störningen blivit,
- hur lång tid patienterna inte var hospitaliserade under uppföljningsperioden och
- hur den allmänna utgången av sjukdomen blivit.

Resultat

Jämför man sjukdomens förlopp och utgången av den för patienter i u- och i-land blir skillnaderna slående och entydiga. Långt flera patienter i Agra (Indien), Cali (Colombia) och Ibadan (Nigeria) hade ett förmånligt sjukdomsförlopp och en god utgång än i Aarhus, Moskva, Prag och Washing-

ton (se figuren). Jämför man individuella centra finner man att patienterna i Ibadan och Agra hade det mest tillfredsställande sjukdomsförloppet av alla patienter i alla centra (se tabellen). Femtiosju procent av de patienter som följdes upp i Ibadan och 48% av patienterna i Agra var symptomfria vid tvåårsuppföljningen. Dessutom hade 36% av de schizofrena i Ibadan och 27% av de schizofrena i Agra en första psykotisk episod som varade mindre än en månad och som följdes av utskrivning utan återfall. Endast 5% av de schizofrena i Ibadan hamnade i den grupp som fick sämsta utfallet. För varje variabel som mätte utgången av sjukdomen hade patienter i Ibadan och Agra bättre utgång än pa-

Anm. De fem kategorierna är:

(1) Mycket tillfredsställande - psykotiskt för mindre än 15 procent av uppföljningsperioden, sedan helt avtagande; inga märkbara sociala störningar.

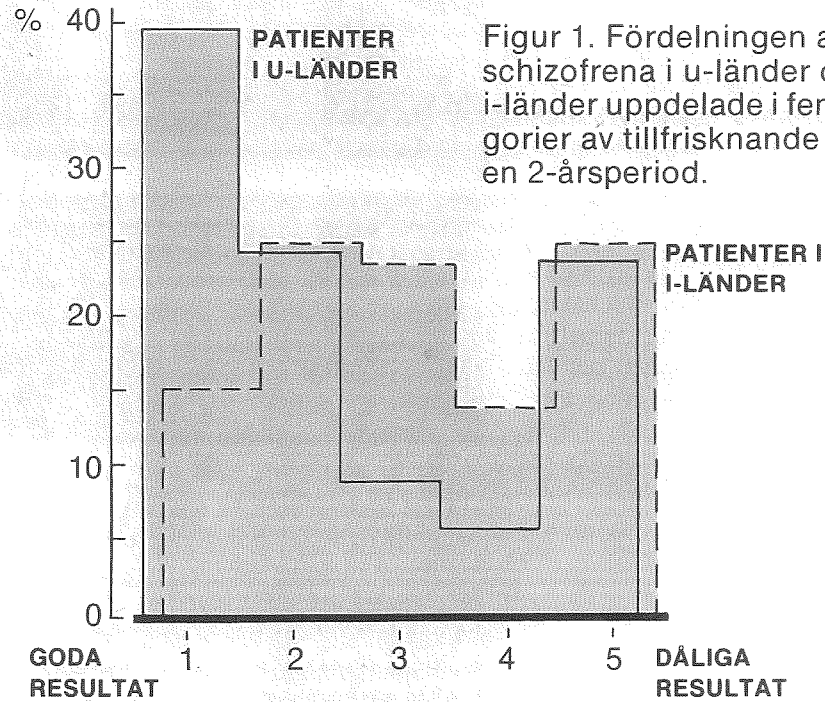
(2) Tillfredsställande - (a) psykotiskt för mindre än 15 procent av uppföljningsperioden, sedan avtagande med några kvardröjande symptom, men inga märkbara sociala störningar; (b) psykotiskt för 16 till 45 procent av uppföljningsperioden, sedan helt avtagande och inga märkbara sociala störningar.

(3) Ganska bra - (a) psykotiskt för mindre än 15 procent av uppföljningsperioden, sedan avtagande med eller utan kvardröjande symptom, men med sociala störningar; (b) psykotiskt för mellan 16 och 45 procent av uppföljningsperioden, sedan antingen avtagande med kvardröjande symptom men inga märkbara sociala störningar eller helt avtagande med märkbara sociala störningar; (c) psykotiskt för 46 till 75 procent av uppföljningsperioden, sedan avtagande (helt eller med kvardröjande symptom) men inga märkbara sociala störningar.

(4) Otillfredsställande - (a) psykotiskt för 46 till 75 procent av uppföljningsperioden, sedan helt avtagande, men märkbara sociala störningar; (b) psykotiskt för mer än 76 procent av uppföljningsperioden sedan avtagande (helt eller med kvardröjande symptom) men inga märkbara sociala störningar.

(5) Mycket otillfredsställande - (a) psykotiskt för 46 till 75 procent av uppföljningsperioden, sedan avtagande med kvardröjande symptom och märkbara sociala störningar; (b) psykotiskt för mer än 76 procent av uppföljningsperioden, sedan avtagande (helt eller med kvardröjande symptom) och märkbara sociala störningar.

Ur Schizophrenia Bulletin vol 4, nr 1, 1978, sid 105.



Figur 1. Fördelningen av schizofrena i u-länder och i-länder uppdelade i fem kategorier av tillfrisknande efter en 2-årsperiod.

Procentuell fördelning av schizofrena patienter uppdelade på olika orter.

Kategori	Orter i u-länder			Orter i i-länder					
	Agra	Cali	Ibadan	Aarhus	London	Moskva	Prag	Washington	Samtliga orter
Mycket tillfredsställande	48	21	57	6	24	9	14	23	26
Tillfredsställande	18	32	29	29	12	39	20	16	25
Ganska bra	13	19	7	17	23	32	27	16	20
Otillfredsställande	6	13	2	17	10	9	9	26	11
Mycket otillfredsställande	15	15	5	31	31	11	30	19	18

Ur Schizophrenia Bulletin vol 4, nr 1, 1978, sid 107

tienter från Aarhus, London, Washington och Prag. Patienterna i Cali och Moskva föll däremellan.

Men, frågar den skeptiske, kan det inte tänkas att forskarna fått med svårare fall och patienter med en tidigare lång sjukdomshistoria i i-landsgrupperna. Dr Jablensky försäkrar och kan belägga att så inte är fallet.

På grundval av det insamlade materialet anger forskarna en rad faktorer med vilkas hjälp sjukdomsförlopp och utgång kan förutsägas. Bland de viktigaste är social isolering (förenad med dålig prognos) och civilstatus (att vara gift är förenat med god prognos). Tidigare psykiatrisk behandling, dålig psykosexuell anpassning och en allmänt dålig levnadsmiljö är alla förenade med dålig prognos. Dålig prognos hänger också ihop med längden på den första sjukdomsperioden och ett långsamt smygande insjuknande.

Social isolering och längden på den inledande psykotiska episoden är de faktorer som bäst förutsäger utgången för patienter både från u- och i-land. Civilstatus och utbildningsnivå hör till de faktorer som bäst förutsäger utgången i u-land. Kön (kvinnor har bättre prognos) och yrke (manschett-yrken har bättre prognos) är faktorer med förmåga att förutsäga utgång i i-land.

Men dessa faktorer kan inte helt förklara att sjukdomens förlopp och utgång blev de funna, speciellt inte för u-landspatienterna.

Dr Jablensky varnar för alltför långtgående generaliseringar av undersökningarnas resultat. Avsikten med studien var aldrig att jämföra representativa grupper patienter i de olika länderna. Men att prognosen är så mycket bättre för schizofrena patienter i u-land är en viktig upptäckt, erkänner han. Bekräftas den vid den 5-årsuppföljning som nu håller på att sammanställas, kommer den att få en viktig teoretisk och praktisk innebörd. Riskerna med lång sjukhusvistelse är man också klar över. Den vetenskapen har redan sedan länge förändrat mentalsjukvården i många länder, bl a i Sverige.

Det är vidare uppenbart att sociala faktorer spelar stor roll för tillfrisknandet. Det stämmer bra med vad andra kommit fram till i både u- och i-land. Nyligen besökte jag Dodoma, den nya huvudstaden i Tanzania. Där ligger landets enda mentalsjukhus. Jag hade tillfälle att tala en liten stund med den tanzanske överläkaren. Han

berättade att gemensamt för hans 1 500 patienter, som kom från hela landet, var deras isolering och utstötthet. De patienter ingen ville veta av, som inte hade något hem, har små möjligheter att någonsin kunna leva ett normalt liv igen. Någon annan behandling än medicin fick de knappast. De blev också snabbt hospitaliserade.

Social förankring viktig

Dr Jablensky berättar att forskargruppen nu försöker gå djupare in i de sociala faktorernas betydelse. Den har börjat titta på vad de anhöriga, som är emotionellt viktiga för patienterna (significant others) betyder om de samtidigt med att vara emotionellt viktiga intar en kritisk och ambivalent inställning till patienten. "Viktiga anhöriga" blir nu intervjuade. Intervjuerna spelas in på band. Forskarna försöker komma åt inte så mycket vad de anhöriga säger, utan hur de säger vad de säger om patienten. Att starka emotionella band mellan människor i kombination med en kritisk inställning till den svagare i relationen kan vara förödande för den svagare, mera beroende parten (för barn t ex i föräldra-barn-relationen) är emellertid inte någon ny upptäckt.

"Life events", livshändelser snarare än livskriser, är en annan faktor som undersöks. Med "life events" menar WHO:s schizofreniforskare händelser av stor vikt, som plötsligt utan förvarning drabbar en människa, t ex en nära anhörigs död, plötslig arbetslöshet. Vid vilken punkt kan en patient inte längre tolerera flera "life events"? Den punkten vill forskarna finna.

De vill också beskriva de sociala funktioner, de sociala roller patienterna har eller spelar. Vilka av dem blir störda under sjukdomen och hur störs de?

Undersökningar, som rör schizofrenins utbredning i olika länder, antyder att den förekommer sparsamt i av Västerlandet orörda kulturer, men tar fart, när den kontakten etableras. Man frågar sig då: Är den sociala isolering och den utstötning vårt moderna samhälle utsätter människor för verksamt bidragande till att schizofrenin tycks vanligare i våra samhällen och samhällen som är på väg att likna våra? Blir vidare tillfrisknandet mera tillfredsställande i länder där familje- och bygemenska-

pen ännu är levande eller är det bara så, att de mest sårbara människorna i u-land dör undan så mycket fortare än i våra samhällen? De frågorna finns det inga svar på ännu. Kanske kommer WHO:s schizofreniforskare att ge dem om några år.

Referenser:

- The International Pilot Study of Schizophrenia, World Health Organization, Geneva, 1973.
- Culture and schizophrenia, *Psychological Medicine*, Vol 5, No 2, 1975, sid 113-124.
- Two-year follow-up of the patients included in the WHO International Pilot Study of Schizophrenia, prepared on behalf of the collaborating investigators by N. Sartorius, A. Jablensky and R. Shapiro, *Psychological Medicine*, 1977, 7 sid 529-541.
- N. Sartorius, A. Jablensky and R. Shapiro, Cross-cultural differences in the short-term prognoses of schizophrenic psychoses, *Schizophrenia Bulletin*, Vol 4, No 1, 1978 sid 102-113.

Beskrivningar av fall av schizofreni. Ur The International Pilot Study of schizophrenia, WHO 1973.

Katatonisk (= ung. passiv) schizofreni Aarhus, Danmark

Patienten kom för fyra år sedan tillbaka från Nederländerna. Han verkade då förändrad; hans tal var förvirrat, och han inbillade sig att han var homosexuell. Arbetade först som frisör, därefter som betjänt. Han blev alltmer sluten och tyst, besynnerlig och isolerad. Började försumma sin egen person. Emellanåt impulsiv, började skratta eller plötsligt spotta ut maten. Under fyra månader innan han blev intagen satt han stilla och rörde bara ögonen. Nat-tetid orolig.

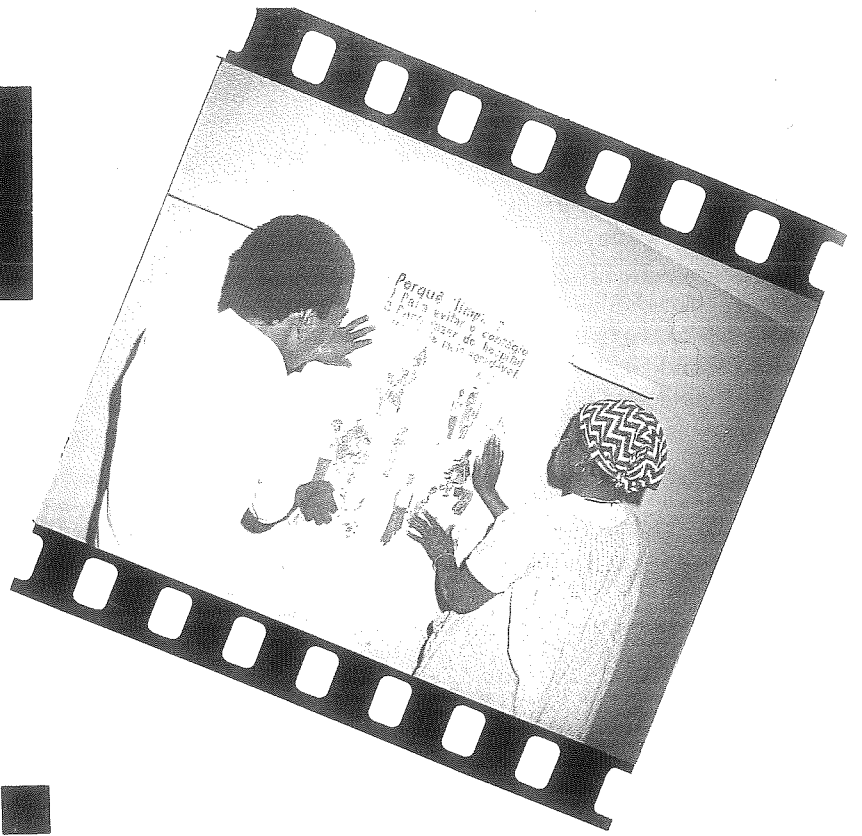
Vid intagningen föreföll han gravt katatonisk: satt under långa stunder alldeles stel och spänd ute på stolskanten utan att ändra ställning. Klumpig, ryckig gång. Totalt stum.

Mania, Agra, Indien

Historien har pågått i sex månader. Retligt lynne under denna tid, muckade gräl med grannarna och maken. Slog barnen utan anledning. Vårre under den gångna månaden. Miste intresset för arbetet, och slutade så småningom helt. Började bli ovettig, och sov mindre. Försummade sin personliga hygien. Nedsatt aptit. Kissade på sig. Hon började prata mycket och osammanhängande, irrade omkring på gatan. Sade att hon hade mött guden Krishna; han hade sagt henne att hon inte skulle leva längre än ett år till, eller däromkring, och att hon skulle ägna sig åt att göra andra människor gott, njuta livet. Efter detta är hon glad och lycklig.

För omkring fem år sedan fick hon sitt första anfall. Ovetting, våldsam, destruktiv. Nedsatt sömnförmåga och aptit, tyckte om ensamhet. Kände att någon kom för att döda henne.

alltid lära sig ...



Anne Hammarström berättar om en arbets- dag som läkare i Guinea-Bissau

De allra vanligaste sjukdomarna i dagens Guinea-Bissau är desamma som de vi hade i Sverige under 1800-talet, och de har samma ursprung: dålig mat, bristfälliga sanitära förhållanden, dåliga bostäder m m.

Men i Guinea-Bissau ses de medicinska problemen ur ett samhällsperspektiv, framhåller den svenska läkaren Anne Hammarström. Det enda som i längden kan råda bot på ohälsan är en social och ekonomisk utveckling av landet, och regeringen försöker också åstadkomma en utveckling på landsbygden som ska komma folkflertalet till godo. Sjukvården är gratis, och man satsar på små sjukhus och hälsostationer, enkel teknologi och förebyggande vård.

”... Lära sig livet, lära tillsammans med vårt folk, lära sig genom böcker och genom andras erfarenhet. Alltid lära sig ...” (Amilcar Cabral)

Orden möter mig vid ankomsten till sjukhuset, nedskrivna på ett gulnande

papper på en av de kala väggarna i vänt-rummet, där en märklig blandning av doft från nytvättade golv och unken stank från smutsiga sår och variga förband slår emot mig. Sjuka ligger, sitter och hänger utefter väggarna. Mitt i röran står Francisco oberörd och röker. Han är sjukskötare men förefaller helt ointresserad av sitt yrke.

Det koloniala arvet

– Bom dia doutor Ana. Corpo está bom? (Goddag doktor Anne. Mår kroppen bra?) Hans soliga leende ger intryck av att han glömt vårt gräl i går. Grälet gällde en ung flicka som några dagar tidigare sökt vård för hög feber och buksmärter. Francisco skickade hem henne på eget beväg efter att bara ha gett henne en stor spruta smärtstillande medel. Flickan återkom i går med utbredd bukhinneinflammation. Om hon överlever riskerar hon livslång sterilitet eller utomkvädeshavandeskap. Detta hade nog kunnat undvikas om hon från början fått antibiotika mot sin ägglar-inflammation. Det är inte första gången sådant händer. En natt sökte jag överallt efter en sköterska tills jag äntligen fann honom i ett rum fjärran från avdelningen, där han obekymrat spelade kort.

Det är visserligen ett fåtal (tre, fyra stycken) av all sjukhuspersonal jag jobbar ihop med som direkt missköter sig, men de märks desto tydligare. Och jag känner mig splittrad. Hur mycket beror i det enskilda fallet på nonchalans och hur mycket kan förklaras av bristande utbildning eller på att den som missköter sig kanske har allvarlig blodbrist, inte ätit sig mätt på flera dagar, har två fruar och tio barn att försörja på minimal lön samt en timmes gångväg till jobbet?

Det förväntas av oss kooperanter att vi påtalar missförhållanden, så på morgonmötet framför jag kritiken. ”Alla som inte arbetar bra måste kritiseras öppet”, svarar sjukhusdirektören, som tillsammans med sjukhusets politiska kommitté också försöker omsätta orden i praktiken. ”Ni vet våra problem med dem som inte vill jobba”, fortsätter han.”



Guinea-Bissau satsar på en hälsovård som ska gynna de breda befolkningslagren. Målet är gratis sjuk- och hälsovård, tillgänglig för alla. Men kolonialtiden lever kvar, med en koncentration av sjukvårdsresurser till framför allt Bissau. Men inga nya sjukhus byggs mer, utan man satsar helt på småsjukhus och hälsostationer på landsbygden. Decentralisering, enkel teknologi och förebyggande vård är nyckelbegreppet i den nya hälsovården. Foto Anne Hammarström

Javisst, bakgrunden är välkänd för oss. Det är klart att guineanerna inte var särskilt motiverade att arbeta i det koloniala systemet. Att komma tillrätta med den bristande arbetsmotivation som lever kvar är en av partiets svåraste uppgifter.

Det viktigaste för oss som jobbar i huvudstaden Bissau är att komma ihåg skillnaden mellan stad och landsbygd. Vi får inte dra slutsatsen att guineanerna är politiskt omedvetna, även om vi tycker förhållandena är sådana i Bissau. Det sägs att 10% av sjukvårdsarbetarna i Bissau är politiskt medvetna, medan motsvarande siffror på landsbygden är 90%. PAIGC har alltsedan kampen haft stöd på landsbygden. Men i Bissau finns ett litet skikt av småhandlare, affärsmän m fl som hade en relativt gynnad ställning under kolonialtiden. Av naturliga skäl var de inte aktiva antikolonialister då, lika lite som de nu ger aktivt stöd åt PAIGC. Försöken att aktivera människor i uppbyggnadsarbetet av landet går därför trögt i Bissau.

”Vi har våra egna huvuden”

Morgonmötet fortsätter med att en kubansk läkare för svårskötta och nyinlagda patienter. Hon har lagt in en 16-årig medvetlös gosse med hög feber och behandlat honom med tre olika antibiotika plus medel mot malaria. Kombinationen av antibiotika skulle betraktas som helt felaktig i Sverige. Men vad gör man med en svårt sjuk människa när säker diagnos inte kan ställas? Är det inte bra att behandla mot de två, tre sjukdomar man i första hand misstänker? Det kan väl knappast vara bättre för de sjuka om ett fåtal av dem tas in för ”ordentlig” utredning,

medan majoriteten utestängs från vård p g a platsbrist. En europeisk läkare arbetar enligt den senare modellen. Men när han med alla sjukhusets tillgängliga resurser utrett fallet visar det sig inte sällan att sjukdomen inte kan behandlas.

Ett glatt gäng kubaner gör sällskap med mig mellan de låga sjukhusbyggnaderna till medicinavdelningen där jag jobbar. Jag gillar kubanerna men många västerlänningar klagar över dem, liksom de klagar över nästan allt annat som finns, respektive inte finns, i landet. De påstår att kubanerna är slarviga, fast de kan inte ge exempel på mer än två, tre stycken av årets kull kubaner som vid något tillfälle slarvat i jobbet. Ofta verkar ”slarvet” bero på olika behandlingspraxis. Min erfarenhet av samarbetet med kubanerna är mycket god: förutom att de är duktiga yrkesmäniskor så är de alltid lika glada och vänliga. Och trots att de lever under ytterst knappa förhållanden här så har jag aldrig hört dem klagat. Vilken kontrast till alla kvarlevande västerlänningar! Därmed inte sagt att man inte ska framföra kritik. Tvärtom. I landet är man mån om konstruktiv kritik, men västerlänningarnas ständiga klagan över det mesta landet gör och inte gör vittnar om bristande respekt. Presidentens svar på detta är: ”Vi har våra egna åsikter och våra egna huvuden.”

På avdelningen går jag rond med avdelningssköterskan, Antonia. Hon håller minutiös ordning på allting. När hon arbetar vet jag att patienterna får sina mediciner, att ordinerade prover tas, att labsvaren sorteras in i rätt journal osv. När en annan sköterska arbetar behövs mer skepsis. Men å andra sidan kan jag aldrig förlita mig till labprover utan måste alltid utgå från den sjukas aktuella symptom. Det

kan låta självklart, men i Sverige har det ju nästan blivit tvärtom. Där litar vi mer till labvärden än till patientens symtom och till det kliniska intrycket. Vi skulle väl aldrig kunna behandla ens ett alldeles uppenbart gult nyfött barn innan labvärden bekräftat färgen. Och skulle labvärden blandas ihop och inte stödja diagnosen, så måste slutsatsen nästan bli att barnet inte är gult.

Fattigdomens pris

I den renstädade storsalen hälsar vi på tolv patienter, iförda nya fräscha pyjamasar. ”Godmorgon, kamrat. Hur mår kroppen?” ”Kroppen mår bra, tack”, svarar en magerlagd 35-årig man med leversjukdom, som fortfarande är darrig och blek efter nattens mängder av blodiga kräkningar. Ja, allt är relativt och exemplet visar hur svårt det kan vara att ställa diagnos via frågor. Han tycker ju att han mår mycket bättre än under natten.

Jag tänker på en annan patient som kom gående till kirurgen för att operera ett bräck. Han var kraftigt andfädd och hade bleka slemhinnor. Blodvärdet visade sig vara 30 gram per liter (mot normalt omkring 150 i Sverige) men han sökte alltså inte för trötthet och andra symptom i samband med blodbrist. I Sverige skulle många betrakta en människa med så lågt blodvärde som döende och det är ytterst ovanligt att hitta så låga värden. Under kort tid har jag sett ett stort panorama av tropikmedicinska sjukdomar, såsom malaria, snäckfeber, spetälska, tyfoidfeber, masksjukdomar med mera.

Men de allra vanligaste sjukdomarna är inte specifikt tropiska utan är desamma

som vi hade i Sverige under artonhundratalet och som fortfarande florerar i många underutvecklade i-länder. Det rör sig om de tre huvudgrupperna: infektionssjukdomar, undernäring och diarrésjukdomar – dvs sjukdomar som framför allt orsakas av fattigdomens följder såsom dålig mat, bristande sanitära förhållanden, dåliga bostäder med mera. Det är sjukdomar som i Guinea Bissau vittnar om 500 års kolonial utsugning och outveckling. Det är sjukdomar som läkemedelsindustrins produkter knappast kan komma åt. Endast en social och ekonomisk utveckling av landet kan effektivt råda bot på ohälsan.

Längst bort i salen ligger en 18-årig gosse som är helt utmärslad. Hans ögonvitor är knallgula, slemhinnorna är bleka och levern uppfyller faktiskt nästan hela buken. Hans leversjukdom beror säkert på en kombination av flera faktorer, som undernäring, malaria, epidemisk gulsot, snäckfeber plus eventuellt andra infektionssjukdomar. Slutligen har antagligen cancer utvecklats i levern som en följd av alla andra skador. Vi har ingen möjlighet att behandla honom, och han lever nog inte länge till. På nattduksbordet ligger hans enda medhavda ägodel, en kvist som är fransad i ena änden. Den fungerar som tandborste.

Genom de glaslösa fönstren tränger en kvinnas högljudna gråt in. Under dygn lever hon ut all sin sorg och förtvivlan över sitt barn som just dött. Och varje dag hör

och ser vi dem – kvinnorna som förlorar sina barn. Kvinnorna som betalar fattigdomens pris. Vissa undersökningar anger att hälften av alla barn dör innan de uppnått fem års ålder.

Hälsa för folket

Det är lätt att fyllas av vanmakt inför allt man ser. Men någonstans bortom känslorna finns mitt rationella jag. Jag valde att åka till Guinea Bissau eftersom landet genom att satsa på hälsovård, utbildning och jordbruk försöker åstadkomma en utveckling av landsbygden i syfte att gynna folkflertalet. Biståndet kan därigenom få en utvecklingseffekt. Om man inte på så sätt kan solidariser sig med landets utvecklingssträvanden skulle arbetet kännas rätt meningslöst.

Ett bra exempel på medveten hälsopolitik i Guinea Bissau är att man som första land i världen infört recepttvång på bröstmjölksersättning. Här arvoderar inte multijättarna sjukhusets personal att ge gratis bröstmjölksersättning åt nyblivna mödrar så att de, när den egna mjölkproduktionen sinat, tvingas spendera stora delar av familjens inkomster på bröstmjölksinköp. Är det så att en kvinna p g a sjukdom inte kan amma brukar de läkare jag känner fråga om inte någon granne eller släkting kan amma barnet tills mo-

dern tillfrisknat. I de flesta fall går det bra och endast i undantagsfall skriver vi ut recept på bröstmjölksersättning.

Vad bör i övrigt känneteckna hälsopolitik som ska gynna folkflertalet? Alla bör ha tillgång till sjukvård. Den ska alltså dels vara gratis, dels finnas tillgänglig där folk bor.

I Guinea Bissau har man nyligen p g a knappa resurser varit tvungen att införa en mindre avgift (mindre än en halv svensk krona) för vissa sjukbesök. Det gäller dock inte exempelvis barna- och mödrabesök. Likaså är all sjukhusvård gratis.

Liksom under kolonialtiden finns fortfarande en koncentration av sjukvårdsresurser till Bissau. Men det vill PAIGC ändra på. Inga nya stora sjukhus planeras. I stället satsar man på fortsatt utbyggnad av småsjukhus och hälsostationer på landsbygden med bl a resultatet att antalet hälsostationer fördubblats under den senaste 5-årsperioden (se faktaruta). Decentralisering är alltså en viktig punkt i landets nya hälsoplan. Den prioriterar också enkel teknologi och förebyggande vård.

Förebyggande vård

Och förebyggande vård är precis vad jag försöker syssla med under eftermiddagsarbetet på en hälsostation i stadens utkanter. Jag möts av en ringlande kö sjuka som väntar på ompåstring utanför hälsostationens kala fyrarumsbyggnad. – Bom dia camaradas och bom dia chefe enfermeira (= chefssköterskan). Antonio är kraftigt byggd, har mustach och 20 års erfarenhet av skoterskeyrket. Ett tag trodde jag han skulle motsätta sig införandet av hälsovårdsministeriets nya arbetsrutiner. Men nej, Antonio är mycket intresserad. Han har kontaktat massorganisationerna, dvs politiska kommittén och kvinno- och ungdomsorganisationer i området. Tillsammans med hälsostationens personal har vi diskuterat den nya hälsoplanen. Förslagen har mötts med entusiasm. Förebyggande barna- och mödrahälsovård ska införas. Representanterna för massorganisationerna ska förklara betydelsen av dessa hälsokontroller samt mana till uppslutning. Vidare ska de inventera bostadsområden för att kartlägga invånarantal, läskunnighet, vattentillgång, latrinförekomst och bostadsstandard.

Mina uppgifter enligt den nya hälsoplanen är två. Dels ska jag fungera som administratör. Den förebyggande barna- och mödrahälsovården ska införas enligt speciella scheman. Längd, vikt, vaccinationer och hälsouppllysning är de viktigaste momenten i kontrollerna. En entusiastisk portugisisk läkare har föreslagit ett mycket ambitiöst upplagt program med tjugofem kontroller av barn upp till sju års ålder samt ca tio kontroller av gravida före för-

Statistik från februari 1978

Antal nationella sjukhus	2
Antal regionala sjukhus	4
Antal sektor sjukhus	11
Antal hälsostationer (posto sanitario)	123
Antal hälsostationer (posto sanitario) år 1973	ca 60
Antal läkare	75
varav 28 kubaner	
14 ryssar	
14 kineser	
10 inhemska	
Antal sjukhusplatser	1 221
dvs 1 per 605 invånare	
Antal personer som arbetar inom den kurativa vården	1 377
Antal sjuksköterskor	74
Antal undersköterskor	242
Antal barnmorskor	
Antal "socorristas" "barfotaläkare"	219

Sammanställd av Sven Aschberg

De vanligaste sjukdomarna enligt OIORapporten 1975

Diagnos	Procentuell andel med diagnosen
Hakmask	66
Summa ögonsjukdomar (traktom, katarakt, keratit)	57
Protein-kalori malnutrition åldrarna 0–11 år	48
Blodbrist (enligt "u-landskriterier")	40
Malariaparasiter i blodet	34
Hernia abdominalis (bräck)	27
Acanthocheilonemiasis (masksjukdom)	19
Protein kalori malnutrition i åldrarna över 11 år	11
Övre luftvägsinfektioner	10
Infektionssjukdomar i hud	9

lossningen. Det kan ju aldrig fungera på mycket länge, och vi får nog vara glada om de gravida kommer två gånger och åtminstone får sina bägge stelkrampsprutor.

Antonio och jag går också igenom rekvisitlistan: våg, måttband, nya vacciner (de gamla förstördes då kylskåpet inte fungerade) och mediciner. Aldrig nånsin kunde jag drömma om vilka fullkomligt vansinniga produkter läkemedelsföretagen spottar ur sig. Forskningen de lägger ner på "u-landssjukdomar" är också minimal och beräknas utgöra ca en procent av alla pengar som läggs ner på medicinsk forskning i världen (enligt Haslemere-rapporten).

Hur kan man t ex framställa tabletter mot vanligt halsont som innehåller diverse farliga antibiotika (av vilka ett är ökänt för att orsaka allvarliga blodsjukdomar), vitaminer och ett livsfarligt smärtstillande medel. Allt i samma tablett. Och – hör och häpna – tabletten mot halsont ska sedan stoppas upp i ändtarmen. En annan vansinnighet är att koncentrationsangivelse saknas på många läkemedelsförpackningar! Så i de fallen har jag ingen aning om hur mycket farmeka jag ger den sjuke.

Exemplet på läkemedelsindustrins verkningsslösa och livsfarliga mediciner är många. Landet försöker komma till rätta med problemen genom att minska antalet preparat från ca 2 000 till 200. Det är möjligt genom att ett statligt bolag har monopol på import och distribution av mediciner. Lovvärda försök som vi i Sverige också skulle må bra av att testa.

Min andra huvuduppgift är att fungera som hälsoundervisare. Så jag sitter bredvid Pedro, nyutexaminerad sjukskötare, och undervisar honom i hur man undersöker och behandlar sjuka. Något nytt är också att han för varje patient fyller i ett journalkort. Det tar lång tid från början och det är lite tålmodsprövande för mig att ofta sitta sysslösl under tiden. Men det är förstas helt nödvändigt för såväl patientvården som för statistiken. Trots att Pedro är nyutexaminerad sköter han jobbet med stor vana och skicklighet. Och jag, som ska undervisa honom, lär mig själv en hel del. Tålmodigt frågar han varje patient vad de äter. Svaret blir ofta kort och gott: ris. Så Pedro får berätta för var och en vad de borde äta för att få näringsriktig mat. Matvanor förändras förstas inte över natten. Förutom tillgången och priset på mat avgörs matvanorna av traditioner, religion m m. Men jag har sett hur man genom upplysningsarbete lyckats få bönderna i en by att både odla och äta grönsaker. Och det lär inte ha tagit mer än ett halvt till ett år. Så nog går det.

Vad är medicinsk sanning?

"Vad är det här för utslag? Hur behandlar man kikhosta?" Pedros frågor duggar

över mig och kunskapsörsten är det inget fel på. Mina arbetsuppgifter här är verkligen mycket roligare än på sjukhuset.

"Feber, då ska jag lyssna på lungorna." Det är ett framsteg att inte all feber behandlas som malaria utan att sköterskorna lärt sig diagnosticera lunginflammation genom att lyssna på lungorna. Cirka hälften av alla jourfall har malaria, med det är viktigt att med de enkla medel vi har, utsluta andra febersjukdomar. Risken för slarv är annars stor. Trots allt återstår många febersjuka som vi utan säker diagnos behandlar som malaria. Blir de inte friska får de återkomma inom något dygn. Att behandla utan säker diagnos är igen, enligt min svenska kunskap, helt vansinnigt, fast under dessa omständigheter det enda rimliga. En annan "vansinnighet" är att behandla vanliga diarréer med sulfa. Men återigen frågar jag mig: vad är medicinsk sanning? Sulfa är kanske trots allt bra här, där människorna är utsatta för så mycket mer bakterier och där läkningsprocesser går mycket sämre än i Sverige bl a därför att folk äter fel och för litet.

Pedro sköter tillsammans med tre andra nyutexaminerade sjuksköterskor verksamheten vid hälsostationen dygnet runt under hela veckan, med 20–30 barn samt ett tiotal gravida på förmiddagen och ett trettiotal jourfall resten av dygnet. Det innebär heldygns arbete vart fjärde dygn. Förutom detta tunga jobb går han i gymnasiet och dessutom är han aktiv i ungdomsorganisationen. "Jag vill bli läkare och jag vill hjälpa folket på landet i min hemby", säger han och ögonen lyser. Det är kontakten med dessa medvetna och hårt slitande guineaner som ger mig mycket av min solidaritet med och entusiasm för landet.

Dags för personalmöte. Med hjälp av diabilder undervisar jag personalen om förebyggande mödrhälsovård. Senare ska sköterskorna ordna stormöte med områdets invånare och vidarebefordra kunskaperna.

Vi har redan haft ett sådant möte. Det var förra lördagen. Skymningen föll över den förväntansfulla skaran människor. Personalen talade om de sex viktigaste faktorerna för hälsa, dvs vikten av att arbeta hårt, att kunna läsa, att äta riktigt, att sköta hygien, att ha bra kläder och bra bostäder samt slutligen vikten av att använda fritiden till bl a politiskt arbete, sport med mera.

Vi hade emellertid inte räknat med händelseutvecklingen som följde. Diabilderna vi visade väckte succé. De föreställde nämligen invånarna själva i området och dessutom var det säkert första gången som människorna över huvud taget såg fotografier. Jublet steg till fortissimo och de sista föredragen kunde nog ingen höra. Nåväl. . . bättre går det väl nästa gång.

Kan detta komma att fungera? Jag har sett verksamheten i funktion på en närbelägen hälsostation och ett halvårs erfaren-

het därifrån ger anledning till optimism. Massorganisationernas representanter har i stort sett ställt upp och jobbar enligt planerna. Uppslutningen till hälsokontrollerna verkar vara stor. Ett annat positivt exempel på massorganisationernas arbete är poliovaccinationskampanjen 1976, då 11 286 barn vaccinerades på tre dagar. Detta var möjligt tack vare massorganisationernas förberedande upplysande verksamhet.

Medicin i samhällsperspektiv

Men förbehåll måste förstås alltid finnas. I Bissau t ex stöter massorganisationernas arbete på problem. Men hälsoplanens experiment är ett verkligt försök att engagera människor i hälsofrågor. På försök har "experter" från Bissau under ett år bott tillsammans med invånarna i två landsbygdsbyar. Under den tiden ska invånarna själva definiera sina största hälsoproblem, och sedan får de hjälp av experterna att råda bot på problemen. Det kan röra sig om att gräva latriner, brunnar, att bygga bostäder eller att utveckla jordbruket. Problemen inom den här försöksverksamheten har främst kommit av att "experterna" haft svårigheter att finna sig tillrätta i den nya kulturella och sociala miljön på landsbygden. I fortsättningen vill man därför satsa på att utbilda lokala "experter" från varje by. Genom samordnade insatser inom flera samhällssektorer (jordbruk, transport, utbildning, sjukvård m m) ska hälsoproblemen angripas. Och genom att förbättra mat, bostäder och vatten räknar man med att hela 60% av all sjuklighet kan förebyggas. Medicinska problem ses alltså ur ett samhällsperspektiv.

I Sverige talar politiker också om "aktiv patientmedverkan" och "egenvård", men var finns kanalerna för denna medverkan? Och varför begränsas denna medverkan till individuella frågor (såsom att jogga, äta kruska och följa läkarnas ordinationer) i stället för att angripa de centrala samhällsproblemen såsom arbetsmiljö, trafikproblem, arbetslöshet och annan social utslagning? Tänk om vår utveckling i Sverige också byggde på folkets medverkan. Tänk om vi hade aktivt arbetande massorganisationer i varje bostadsområde. Tänk om våra hälsovårdsansvariga på motsvarande sätt som guineanerna försökte ta itu med befolkningens verkliga hälsoproblem. . .

"... Alltid lära sig" löd citatet av Amílcar Cabral's ord. Lika aktuellt för oss i dag är innebörden i hans följande mening:

Kamp mot underutveckling i Guinea Bissau är en kamp mot imperialismen, som är vår gemensamma fiende. Alltså måste vi solidaritetsarbetare också kämpa mot imperialismen i våra länder. Det är ett av de bästa bevisen på solidaritet vi kan ge Guinea Bissau. . . .

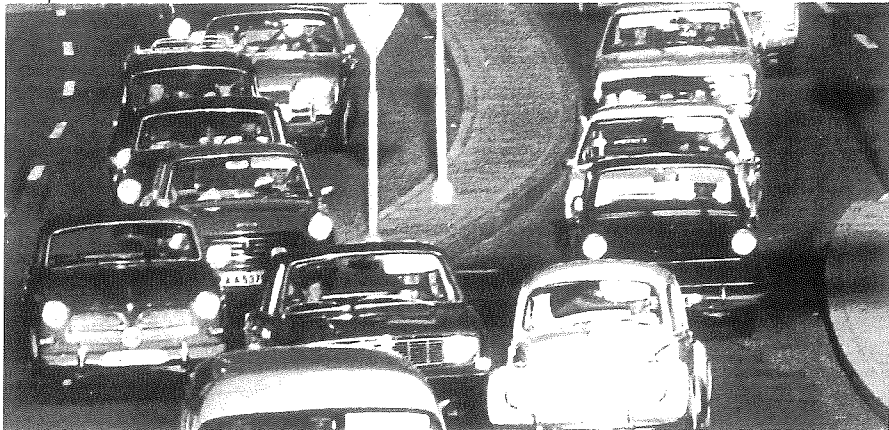
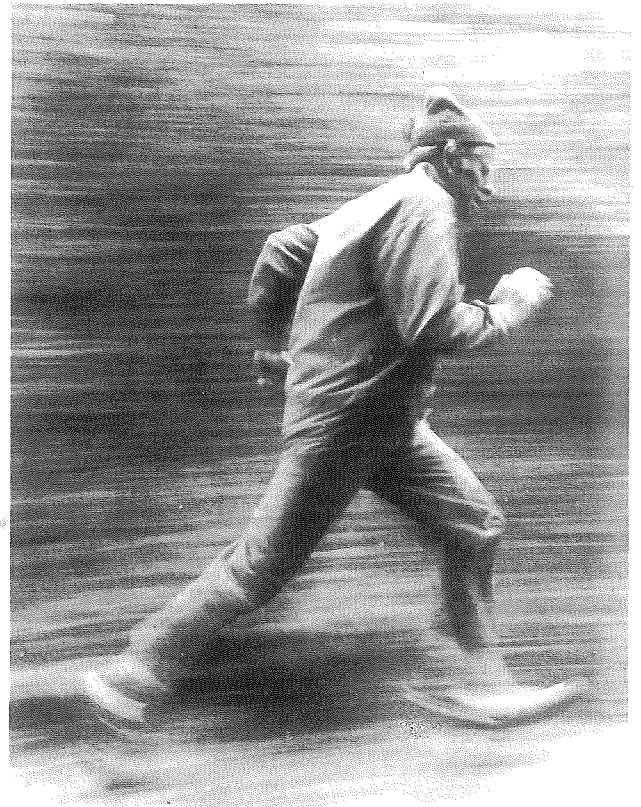
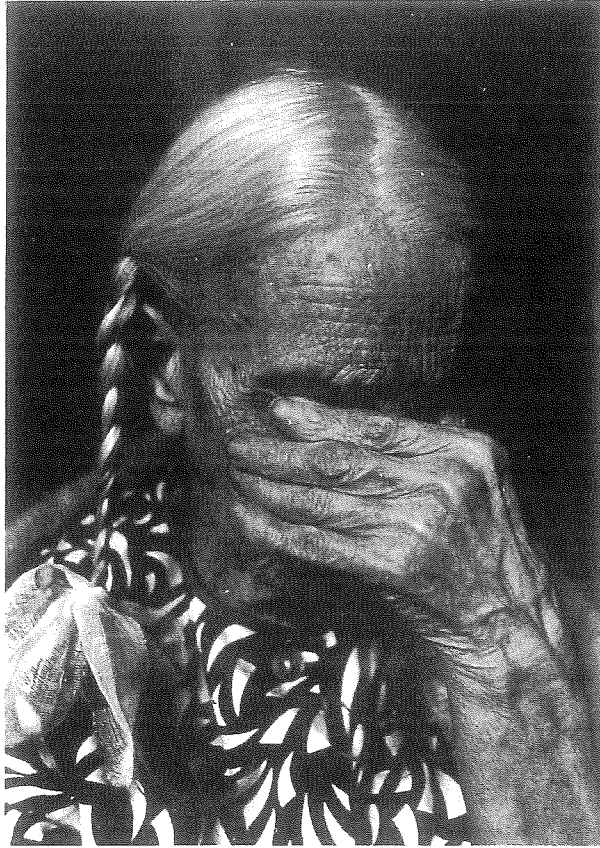


Foto Peter de Ru, Per-Olle Stackman|TIO, Thomas Fallander, Anders Petersen|SAFTRA

Samhället sjukdomen och döden

Av Tage Voss

Att vara sjuk respektive frisk är inte något absolut biologiskt tillstånd. Det som under vissa omständigheter betraktas som normalt, eller acceptabelt, kan under andra omständigheter anses vara tillstånd som hotar individens hela existens. Lever man under gynnsamma omständigheter, klarar man sig fram med relativt små resurser. Utsätts man för hård belastning, krävs också helt andra resurser för att klara av situationen.

För att människorna ska få vara så friska som möjligt, kan antingen samhället anpassas efter deras resurser, eller deras resurser kan förstärkas så att de motsvarar de ökande krav som omgivningen ställer på dem.

Tage Voss menar att den förhärskande synen på hälsa helt grundats på det senare ledet, att genom ökade sjukvårdsinsatser öka människornas förmåga att leva upp till nya krav i form av stress, dåliga arbetsmiljöer, miljögifter, trafik etc. En oändlig spiral av ökande sjukvårdsutgifter och ständigt ökad efterfrågan på nya resurser har blivit följden.

Läkarnas tradition att ge hjälp i en akut nödsituation hindrar dem från att angripa själva problemet: sjukdomen som människosjälens och människokroppens reaktioner mot orimliga livsvillkor. Hälsa, insatt i ett totalt samhällsperspektiv, där all planering relateras till dess inverkan på människornas fysiska och psykiska välbefinnande, är inte en angelägenhet bara för läkare, utan för alla dem som har ansvar för samhällets utformning, hävdar Voss.

I det moderna industrisamhället är sjukdomsbegreppet inte biologiskt betingat. Det är mindre en fråga om hälsa än om en faktisk social funktion. När är man sjuk? Svaret är givet: man är sjuk när man inte längre är i stånd att klara av sina yrkesmässiga förpliktelser.

Att bara en tiondel av alkoholisterna inom en grupp är kvinnor, är inte ett uttryck för att kvinnor dricker särskilt mycket mindre än män. Däremot visar det att kvinnor kan tillåta sig att dricka mer och längre än män innan det

registreras på arbetet och i samhället i övrigt.

I sin yrkesutövning träffar läkaren på ett betydande antal människor som förklarar sig vara sjuka och lidande utan att man – ens efter att ha skickat dem på årslånga odysseer genom sjukhusystemen – kan hitta något som helst fel på dem. Samtidigt lever vi i en civilisation där

håravfall, dålig andedräkt, karies, sura uppstötningar, förstopning, impotens och hemorrojder anses vara något helt acceptabelt – tillsammans med oro, depressioner, muskelinfiltrationer och sömnlöshet.

Det ser ut att finnas ett visst samband mellan de krav som ställs på människorna, och dessas förmåga att leva upp till kraven. Lever man under betingelser där utmaningarna är blygsamma, kraven måttliga och belastningarna små, så klarar man sig fram med små resurser. Är man välnärd, varm, välklädd, har bad, ett trevligt hem och rimlig ekonomi ska det mycket till för att få en på fall. Är man deprimerad, fattig, ensam och hemlös behövs det inte så mycket innan man ger upp, t ex inför en sjukdom. Man skulle kunna säga att sårbarheten framgår av förhållandet mellan ens resurser och de belastningar man utsätts för.

En social upprustning – eller en upprustning av hälsan – skulle nu kunna sättas in, dels genom att man gav människan större resurser, dels genom att man ändrade belastningsnivån. Man kommer härvid att lägga märke till att nästan alla insatser, såväl socialhjälp som läkarhjälp, inriktas på att öka resurserna. Inför ändringar i fråga om belastningen – det må sedan röra sig om arbets-, bostads-, trafik- eller hälsoinsatser – kapitulerar man.

Förklaringen är antagligen den att man inte behöver göra om samhället så länge man kan hålla föreställningen vid liv att ett sammanbrott är följden av människans, individens, otillräcklighet. Om vi började tvivla på att vår värld är det bästa av världar, skulle detta få oöverskådliga politiska konsekvenser.

Därför går vi lös på individerna med behandling, och de accepterar lydigt att de är bristfälliga och ofullkomliga och därför bör behandlas, omformas, uppfostras, utrustas för att klara livets hårda krav. Som de amerikanska rymdfysiologerna har konstaterat: människan är en mycket opraktisk konstruktion . . .

Behandling – rättighet och plikt

Även om vi inser att människans motståndskraft är summan av många slags resurser, är det först och främst **behandling** vi erbjuder de nödställda. Behandling grundar sig enligt traditionen på en diagnos, ett konstaterat fel i den mänskliga mekanismen. Därmed kommer återigen enbart individen – i andra hand individens organ – i blickpunkten. Till och med psyket betraktas helst som en mekanism som ska fås att fungera normalt.

Behandlingsplanen ställs in på apparatfel. Om du är fattig, trött eller ensam är det din ensak. Det är inte legitimt att utebli från arbetet för att man är ledsen. Men är man **sjuk** är det en helt annan sak. Då är det plötsligt en offentlig angelägenhet, en social begivenhet som finns med i lagstiftningen och som berättigar till insatser från social- och hälsosektorns ambulansutryckning. Plus alla medborgares deltagande och blommor från personalen.

Detta medför att folk har en förståelig tendens att fly in i sjukdomen när det är något som plågar dem. Och denna flykt har sin motsvarighet i en tendens hos samhället att kalla avvikelse från normerna – alkoholism, drogmissbruk, kriminalitet – för sjukdom. Och på samma sätt som



Foto Jean Hermansson/SAFTRA

patientstatus berättigar till behandling, och reser krav på behandling från patientens sida, så har man en outtalad **skyldighet** att låta sig behandlas för att få behålla de sociala förmåner som denna status medför. Samhället kräver att den avvikande låter sig behandlas.

Så länge som patienten själv uppfattar behandlingen som nödvändig leder detta inte till några konflikter. Vi vaccinerar, bepansrar, indoktrinerar och dopar människan till att tåla alla fördärvliga inverkningskrav och stress. Och människan tackar och tar emot.

Annat är det om patienten uppfattar sig själv som normal, och tillvarons (samhällets) krav som olidliga. Behandlingen får då ofta mer eller mindre karaktären av tvång. Den kan vara ett villkor för att man inte ska mista patientstatus och -rättigheter – eller rätt och slätt för att man ska få ha kvar sina medborgerliga eller mänskliga rättigheter i samhället.

Den kan också ha formen av krav på att man ska ta medicin (antabus, psykofarmaka, hormoner), på operativa ingrepp (sterilisering, kastrering), det kan bli tal om tvångs''placering'' med motiveringar som skiftar mellan behandling och internering. Men betecknande – och betänkligt – med dessa åtgärder för normalisering är att de normer till vilka man normaliserar avvikare så sällan tas upp till debatt. Och att man så sällan erkänner vem som bestämmer och håller fast vid dessa normer. Vid sidan av det vanligt förekommande önskemålet att få fly in i sjukdomen finns därför en lika utbredd rädsla för att bli sjuk och beroende av behandlingsapparaten.

Tingen – en del av vår identitet

Behandlingssektorn växer. Nyligen sände ordförandena i de danska landstingen ut ett nödrop: utgifterna för läkarevård och sjukhus har i år sprängt alla budgetramar – ''till synes med en naturlags kraft''. Och så länge svaret på all världens mänskliga problem är **behandling** kommer det att fortsätta att gå på det viset. Trots att varje erfaren ekonom inser att det inte går.

Förhållandet mellan omkostnaderna för behandling och omkostnaderna för förebyggande vård är fortfarande otroligt oproportionerligt, i storleksordningen. Därför känner många att de i stor utsträckning är hänvisade till att klara sig på egen hand.

I ett samhälle där generationerna lever åtskilda, utan praktisk eller ekonomisk samhörighet, där kärnfamiljen har upphört att fungera som solidarisk gemenskap, där är vår och en hänvisad till sig själv. Därför klamrar vi oss fast vid saker som ger oss fler möjligheter: bilen som garanterar vår rörlighet i världen, telefonen som är vår kontakt med omgivningen, de ränteinbringande värdepapperen som stabiliserar ekonomin, tvättmaskinen, hushållsassistenten, TV-apparaten – alla dessa **ting** som representerar våra möjligheter och blir en del av vår identitet. De kallas felaktigt för statussymboler, men är det knappast. De ger i stället uttryck för vår chans att överleva, vår motståndskraft och vår integritet.

Den panik som griper oss när dessa tillgångar sviktar beror på vår hjälplöshet. Den ställer oss ansikte mot ansikte med den isolerade människans vanmakt och prisgivenesshet. Det är bråkdelar av rädslan för döden.

Om telefonen tystnar är det som att bli döv. Slocknar TVn är det som att bli blind. Om bilen börjar bli skraltig är det som att bli förlamad. Men döden talar vi aldrig om, trots att det är den som alla fruktar mest eftersom den skiljer oss från alla de **ting** som är våra sinnen, våra möjligheter, vår identitet, utan vilka vi är intet.

Sjukdom, ålderdom, död – relativa begrepp

I naturen är man inte antingen sjuk eller frisk, inte antingen ung eller gammal. Man kan vara **alltför sjuk** för att klara sig, eller man kan vara **tillräckligt frisk** för att göra det. Man kan vara för gammal att leva om tiderna blir hårda – inte tillräckligt gammal för att dö så länge solen skiner och det finns nog med mat. Sjukdom och ålderdom är relativa begrepp som hela tiden mäts med de belastningar som omgivningen, miljön, utsätter en för. I naturen ser man sällan svaga eller sjuka individer. De överlever så kort tid att de aldrig präglar bilden. De dör snabbt, eller dödas. På så sätt håller sig naturen "frisk".

Foto Kjell Johansson/Bildhuset

Denna reningsprocess är en följd av att de individer vilkas krafter inte räcker till under rådande förhållanden hinns upp av stora fiender som äter dem utifrån – eller av små fiender som tränger in och äter dem inifrån (som infektioner). Den som inte orkar skaffa sig tillräckligt med föda försvagas hastigt; domen har fallit. Fienderna endast verkställer den.

Man skulle uttryckligen kunna säga att de enskilda individernas sjukdom är en förutsättning för släktets sundhet. Sjukdomarna är det medel som används för att röja upp i beståndet och bevara naturens balans, och asätarna och förruttnelsebakterierna är renhållningskarlarna som håller den frisk.

Hos många folkslag i historien har den personliga överlevnaden varit av underordnad betydelse. Människorna har känt sig tryggare och mer fjärran från fruktan för döden, knappast på grund av förståndsmässig eller moralisk överlägsenhet, utan snarare därför att varje enskild person så fullständigt uppfattade sig själv som en del av en levande och faktiskt odödlig organism: stammen, släkten.

Och eftersom den enskilde värderade sig själv och sin betydelse för gemenskapen – nyttig, ansvarsfull, men aldrig oersättlig – blev hans individuella död mindre katastrofal också för honom själv. Alla såg och erfor ju att vad som än hände den enskilda människan, skulle barn fortsätta att leka mellan hyddorna, män också i fortsättningen komma hem med mat, skulle elden fortfa att brinna i eldstäderna. Ingen kom på att jämra sig över att hans liv skulle ta slut – de gamla kunde till och med utan sentimentalitet själva välja att stiga åt sidan och erkänna att deras liv var för besvärande för dem och alla andra, att det därför var slut. Och göra slut på det.

Det finns folkslag vilkas hela kultur – social struktur, moralkodex, lagstiftning, religion, diktning, ceremonier och traditioner – ja vilkas hela inställning till naturen, medmänniskorna och universum präglas av respekt, av



identifikation med omgivningen; av ekologiskt sammanhang, skulle man kunna säga.

I mycket ren form finns detta hos de folk som i ett årtusende bebodde Amerikas kontinenter från Atlantkusten ända till Stilla Havet, från Labrador och Alaska till Rio Grande – och vidare på andra halvklotet ned till Patagonien. Även om dessa folks levnadsmönster och språk kom att skilja sig mycket från varandra, eftersom de anpassades till vitt skilda klimat och yrken, så är inställningen till livet, och dess kulturella uttryck, märkligt överensstämmande.

Döden – ett naturligt slut

För många folk är jorden som en mor. Men i indianskt medvetande formuleras detta konkret: hon upprätthåller livet på oss, föder oss och låter oss bo hos henne. Man ärar henne, ser till att inte kränka eller irritera henne. Givetvis kan man inte äga jorden. Man tillhör *den* – inte tvärtom.

Då man inte kunde äga jord – och jorden var upphovet till nästan allt gott och allt välstånd i dessa samhällen som vilade på naturahushållning – så var egendom på det hela taget inskränkt till personliga ting: redskap, klädsel, vapen. Men välståndet var beroende av ens färdigheter: duktighet, fyndighet, uthållighet. Och ens betydelse var beroende av vilken nytta samhället hade av en.

I dessa jägar- och jordbrukarsamhällen gick man varsammt fram, även om man var i trångmål. Hos indianerna fanns en given tradition att inte utnyttja alla sina möjligheter, utan att alltid välja de rätta och rata de sämsta, till och med om det gällde livet. Det var vanligare att dö av svält än att bryta den lag som med ekologisk logik förbjöd någon att döda ett dräktigt hondjur.

Sådana handlingssätt visar en moralisk hållning, en medvetenhet om att befinna sig på jämställd fot med jordens andra barn, djuren i alla deras skepnader, växterna. Man respekterade dem, dödade dem under jakt när det var nödvändigt, men gjorde inte vad som helst mot dem.

Människor i dessa kulturer kunde alltså dö utan att beklaga sig och utan att vara rädda. I litteraturen talas om deras "dödsförakt". Men dessa folk var inte dödsföraktande. De dödade aldrig utan skäl, inte ens minsta kryp.

Döden – en katastrof

Men vi förgiftar jorden och suger ut den för profitens skull; för att tjäna mer fyller vi luften med sot och stank. Av hänsyn till affärerna föder vi upp tiotusentals industrikycklingar och kalvar i bur, förvandlar kor till ohyggliga bihang till överutvecklade juver, höns till fodral kring äggutspyende livmoderfunktioner. För en osäker inkomsts skull finkammar vi havet på jakt efter miljarder vidunderliga, blanka fiskar, som vi håller i pressar och mosar sönder till en sörjig massa för att utvinna litet olja. Och utan att skämmas det ringaste kallar vi fisken för "skräpfisk". Samtidigt bär vi på en ständig skräck för att dö.

Den som står utanför naturens sammanhang, ensam och för sig själv, må uppfatta sin personliga överlevnad som

viktigare än allt annat. För honom blir sjukdom, ålderdom, hårt arbete och skador ett hot som han till varje pris måste undvika – gärna på andras bekostnad. Men förutsättningen för att man ska betrakta sig själv som det viktigaste i världen är en ständig dödsångest. Och dessförinnan: rädsla för att bli sjuk, för att vara svag, för att bli gammal. Och dessförinnan: avsky för allt som är defekt, fullt, avvikande . . .

Det finns kulturer där människor alltså kan dö utan sorg, och där sjukdom är en naturlig början till slutet. Det finns folk som hyser aktning för sina gamla och vårdar sina sjuka så länge det finns ett överskott som tillåter det. Och när de gamla och sjuka känner att de belastar helheten stiger de självmant åt sidan, ut ur sammanhanget, för att dö. Medan vi krampaktigt klamrar oss fast vid livet, långt in på intensivvårdsavdelningen.

För oss är döden en katastrof som lamslår oss. En teknisk olycka, ett brott på vår världsordning. Och våra krav på läkekonsten är att ständigt bekämpa, uppskjuta, portionera ut döden i små doser. Bättre att dö bara till hälften än att dö helt och hållet. Och detta lever läkarna upp till.

Förlängda liv = framsteg?

I alla organiserade samhällen, från antikens Rom till vårt eget fram till för omkring hundra år sedan, var medellivslängden 30–35 år. Nu lever vi dubbelt så länge. Ett framsteg?

Foto Stefan Lindberg/SAFTRA



I början av förra århundradet gjordes den första befolkningsstatistiken över Amerikas indianer. En stam på tusen medlemmar visade sig då bestå av 725 barn, medan bara tio personer var över 65 år. Barnen var stammens pant för framtiden, och de gamla var med rätta aktade som mycket starka, mycket kloka och mycket lyckosamma personer, värda att lyssna till och lära av.

Hos oss har vi i dag 260 barn på tusen invånare, men vi har tretton gånger fler gamla än indianerna: 130 över 65 år. Ängsligt värnar vi om våra barn. Och våra gamla är ett problem, både för omgivningen och för sig själva, psykologiskt och praktiskt. Att deras ökande antal är ett allvarligt nationalekonomiskt problem inser vi. Ett märkligt perspektiv på framsteg.

Den primitiva läkekonsten består först och främst av en rad praktiska handgrepp, medel mot lättare lidanden som tandböld, benbrott, barnsängsnöd – tekniska åtgärder som kan lätta den dagliga plågan, men som inte griper in i den stora hushållningen och som aldrig inverkar på medellivslängden. Vad det rör sig om är alltså en smula kvalitetsförbättring av tillvaron, aldrig om någon ändring i kvantiteten. Denna primitiva medicin är något som varje husmor med tiden kom att behärska och klokt folk att förstå sig på.

Den moderna läkekonsten med all sin förmåga har aldrig ekologiskt ändrat det bistra faktum att det i varje tid lever precis så många människor inom ett område som det finns mat till. Varken sjukdom, fiender eller vilda djur har rubbat denna balans, och inte heller läkekonsten. Forna tiders "stora sjukdomar" – digerdöden, pesten, tuberkulosen, koleran kunde kräva sin dyra tribut – mer än hälften av den kända världens befolkning kunde ryckas bort. De stora krigen, 30-åriga kriget, första och andra världskriget, kunde döda och lemlästa miljoner människor. En till två generationer senare kunde befolkningstalet ha nått sin tidigare nivå. Reproduktionen håller i varje tid jämna steg med den kraftigaste utrotning av en befolkning.

U-landsarbetet har under senare tid på samma sätt visat oss läkekonstens totala maktlöshet, trots yrkesmässig effektivitet och enorma tekniska resurser. Den kan hjälpa många sjuka som lider, den kan utrota sjukdomar. Men den enda medicin som kan leda till att en befolkning överlever är **mat**. Antalet kalorier per individ och dag!

Produktionen – målet för vårt samhälle

Villkoret för att man ska kunna öka matproduktionen är ökad socialisering. Genom att fördela de uppgifter som finns, och med hjälp av den specialisering som detta möjliggör, kan man producera mer, konservera bättre och fördela inom ett vidare område, oavsett på vilket tekniskt stadium i övrigt man befinner sig. Och människans överlägsenhet i naturen är endast följderna av socialisering oavsett individuell intelligens och den enskildes fysiska styrka. En Robinson Crusoe såväl som en Tarzan kommer här ohjälpligt till korta. De räknas inte, ekologiskt sett – och i litteraturen är de ingenting annat än en kuriositet.

Om man drar ut konsekvenserna av denna insikt hamnar man mitt i det moderna industrisamhället. Dettas utform-

ning och främsta mål har gällt produktionen. Största möjliga antal förmåner, utveckling av metoder och kapacitet till vilket pris som helst.

Alltför länge har den blinda tilliten härskat: om vi bara skaffar oss tillräckligt stora resurser betyder resten inte så mycket. Människan kunde med förtröstan tåla stress, föroreningar, idiotiserande arbetsformer, industriframställda boendemiljöer, skiftarbete, familjens upplösning – bara välståndet var tillräckligt stort.

Mätt enligt måttstocken medellivslängd och förekomst av "stora" sjukdomar har tilliten varit berättigad. Mätt med livskvalitet, humör, behållning, intresse för medmänniskorna, med välbefinnande, antal sjukdagar och krav på lindring av "små" sjukdomar har den varit otroligt kortsynt.

Vi har uppnått en hög medellivslängd och ringa dödlighet – men vår fantasi, fördragsamhet, värme och kreativitet har gått förlorade. De många livsdagarna har tappat värdet för de trötta, nervklena, utmattade, griniga, alkoholiserade, sömnlösa, kariesangripna, rapande, medicinförgiftade, missnöjda människorna. Vi har köpt kvantitet och betalat med kvalitet.

Människan – ett tillbehör till maskinerna

Det är ju sant att fler resurser ger stor motståndskraft mot allsköns belastningar. Möjligen finns en av nycklarna till den moderna människans situation just här: den höga resursnivå som vi har åstadkommit genom att rationalisera industriproduktionen gör det mindre nödvändigt att ta hänsyn till den mänskliga organismen och till människans själ. Ju fler materiella resurser vi har, desto fler belastningar tål vi ju utan att dö av dem. Därför har människan kunnat göras om till ett rent tillbehör till maskinerna, både i fråga om själva arbetsmomenten och när det gäller konsumtionen.

Vi underkastar oss arbetsplatsens krav – låter oss spännas fast, skumpa omkring på säten stödda av korsetter, andas genom skyddsmasker, döva av öronskydd, blinda bakom glasögon och skärmar, dolda under masker och hjälmar, med vissa organ och muskler belastade intill smärtgränsen, andra passiva och avtynande av brist på användning – när produktionen kräver det av oss.

Och vi äter, även om vi håller på att kräkas, när det krävs att vi konsumerar. Äter produkter med färgtillsatser, konserveringsmedel, äter ur burkar och sugrör av papp överdragna med paraffin och PVC-plast, om det krävs av oss för åtgångens skull. Vi måste köpa och förbruka – eller spara och avstå – inte när det passar oss och vår organism, utan när avsättningsläget och valutabalansen så dikterar.

Läkarna väntas klara följderna. Det är bara några få som dör av ensidigt arbete, av arbetsplatsförorening, av miljöförstöring, av födoämnestillsatser. Men hosta, uppkastningar, sömnlöshet, nedsatt minnesförmåga, huvudvärk, muskelinfiltration, oro och nervositet präglar dagar och nätter för majoriteten människor, från helt unga till gamla.

Leva – inte gott men länge

Läkarna har fortsatt i sina traditionella hjulspår. De lappar ihop mekanismen som cykelreparatören lagar en knarrande cykel. De har piller för varje klagomål. De kan skriva ut piller till den trötta husmodern, den svartsjuke äkte mannen, den neurotiske arbetaren, det vanartiga barnet. De har piller för dem som kissar i sängen och för den som inte kan kissa alls. Piller för den som inte kan somna och för den som inte kan hålla sig vaken, uppiggande och lugnande piller, piller mot slöhet och piller mot hyperaktivitet, mot aggressivitet, mot trötthet, mot depression.

Den sublimerade cykelreparatören arbetar oförtrutet enligt apparatfelsmodellen. Vem känner inte till sängbord med 14 olika glas medicin bredvid ett utpinat och olyckligt ansikte på huvudkudden? Och går det riktigt illa kan vi ju alltid skära bort det smärtande eller tredskande organet, och om det är nödvändigt transplantera dit ett nytt.

Den enskilda människan vill fungera. Därför är kravet på läkaren: ta bort mina symptom så att jag blir som om jag vore frisk. Några är rädda för att bli socialfall, sekunda medborgare, berövade sin frihet, avpoletterade och slut. Därför vidkänns de inte sitt elände. De lever inte gott, men de vill prompt leva länge.

Andra fruktar att inte orka leva upp till de krav som ställs på dem. De önskar att läkaren ska kodifiera och klassificera deras symptom – eller några andra – så att de kan dra fördel av den trygghet och sociala särställning som

patientrollen ger. I gengäld uthärdar de gärna behandlarnas manipulationer, tar deras medicin, underkastar sig deras prover, procedurer och operationer, offerar understundom gärna ett organ eller en lem.

För resten av mänskligheten är det illa ställt i det pulvriserade livet. Men vi tar vår tillflykt till pseudohumor, pseudohälsa, pseudoungdom, pseudoliv. Vi kompenserar vår brist på aktivitet och initiativ med pseudohändelser framför TV-rutan, vårt fysiska förfall med en manisk upptagenhet av vad en halvprofessionell sportelit presterar. Läkaren har här samma ställning som kosmetikaindustrin, sporten och underhållningsmedierna: han är en kort-siktig behovstillfredsställare och symptomdöjlare.

Läkaren dämpar smärtor, han mildrar insikten om eländet och får det hela att hanka sig fram ännu en tid. Han får människorna att tåla sin situation och konserverar därmed den bestående ordningen. Han blir en systembevarare. Hans tradition att ge hjälp i en akut nödsituation hindrar honom att angripa själva problemet, som han ser klarare än någon annan: sjukdomen som människosjälens och människokroppens sunda reaktioner mot orimliga livsvillkor. Sjukdomen är inte längre ett lokaliserat biologiskt fenomen. Den är en följd av allmänna sociala problem.

Att lösa dessa och befria människan ur hennes olyckliga fångenskap i det moderna konkurrenssamhället ligger nu utanför människan själv – i den sociala verkligheten. Men den uppgiften är inte längre något som bara berör läkarna. ■

fakta

U-länderna utbildar läkare åt i-länderna

Mellan den professionella standard en läkare förskrivit sig åt och behoven av hälsovård på landsbygden i u-länderna finns en klar intressekonflikt. I den konflikten är det alltid läkarna, en högt respekterad, legitimerad intressegrupp, som drar det längsta strået. I sin utbildning har läkarna skaffat sig färdigheter som de vill tillämpa i praktiken, därför att de anses vara kronan på deras medicinska kunnande. För detta krävs dyrbara och avancerade medicinska anläggningar. När kostnaden för dessa läggs ovanpå kostnaderna för utbildningen blir slutsumman en mycket stor investering i tjänster som enbart är till nytta för en relativt liten elit i städerna, vars behov av läkarvård mer liknar behoven i de västerländska industriländerna än de egna landsmännens. När läkarna slår vakt om "yrkesstandarden", innebär det att de förser de rika med vård, samtidigt som de förvägrar de fattiga resurser för att lindra deras misär.

Bland de fattiga på landsbygden finns heller inga möjligheter att tjäna pengar på privata kliniker, vilket ger läkaren ytterligare ett skäl att söka sig till mer profitabla omgivningar än de landsbygden erbjuder.

I u-länderna är efterfrågan på förebyggande, offentlig sjuk- och hälsovård stor. Tillgången är minimal. De som har råd med eller behöver "västerländsk" sjukvård är få, men tillgången på sådan sjukvård är stor. Följaktligen strömmar läkare från u-länderna till i-länderna, som USA, där efterfrågan på sofistikerad specialistvård är större än tillgången.

I England arbetar f n ca 15 000 utländska läkare, de flesta från Indien. Medan endast 10–15 000 läkare sörjer för de 450 miljonerna människor på Indiens landsbygd, arbetar samma antal läkare i andra länder runtom i världen. De utländska läkarna utgör en fjärdedel av alla läkare inom den statliga sjukvården i England. På de lägre posterna utgör de inte mindre än 60%. Det är ingen överdrift att påstå att hela det statliga sjukvårdssystemet i England skulle bryta samman utan dessa läkare. För England innebär de en besparing i storleksordningen 150 miljoner pund, den ungefärliga kost-

naden för att utbilda så många läkare. Denna kostnad bärs nu i stället av några av de fattigaste länderna i världen.

För USAs del motsvarar den årliga inflyttningen av 5 756 läkare (1971) från fattiga länder ett tillskott motsvarande 50% av det totala antalet som utexamineras från de medicinska fakulteterna i USA under ett år. 20% av alla verksamma läkare i USA, och 40% av dem i New York, är f n utlänningar. För Latinamerika utgör de årliga kostnaderna för denna export av läkare till USA ca 200 miljoner dollar, lika mycket som det totala medicinska biståndet från USA till Latinamerika under hela 1960-talet.

Situationen har i en rapport sammanfattats på följande sätt:

"Världen ger nu lika mycket eller mer medicinskt bistånd till USA i dollar räknat som den totala kostnaden för allt amerikanskt hälsobistånd, privat och offentligt, till andra länder.

Invandringen av läkare, tandläkare och sjuksköterskor till USA, Canada och Storbritannien från u-länder

	USA 1962-72	Canada 1963-72	Storbri- tannien 1964-72
Asien	16 239	8 792	11 628
Afrika	912	302	3 845
Latinamerika	5 704	199	495
Europa (Grekland)	128	420	—
Alla andra u-länder	2 059	6 202	13 499
Totalt	25 042	15 915	29 467

Källa: ILO

Materialet är sammanställt av Eivor Halkjær efter uppgifter i tidskrifterna Kontakt, Udkik, New Internationalist, Motpol och IDS Bulletin.

hur utvärderas hälso- bistånd?

Av Hellen Ohlin

Sverige samarbetar med u-länder som i sin allmänna politik strävar efter ekonomisk och social utveckling och utjämning. Svenskt bistånd syftar till att nå de fattigaste grupperna i dessa länder. Hur har man lyckats med detta inom hälsovårdsområdet? En studie av hälsobistånd från tre länder – Sverige, Holland och England – för åren 1973 och 1974 har just avslutats av en tvärvetenskaplig forskargrupp vid Institute of Development Studies, University of Sussex, med stöd från svenska biståndsanslag. Syftet med studien var bl a att få fram bättre metoder för planering av hälsoinsatser i u-länder. Man har undersökt såväl det statliga biståndet som det bistånd som utgått från olika frivilliga organisationer, både missionsksamfund och andra.

Studien består av fem rapporter om det statliga och privata hälsovårdsbiståndet från de tre länderna samt två jämförande studier. Materialet är inhämtat vid "huvudkontoren" – man har inte gjort några försök att värdera verksamheten på fältet eller studera beslutsprocessen – alltså hur beslut om insatser inom hälsovårdsområdet kommer till.

Ättio procent av alla människor i u-länderna anses leva utan någon som helst kontakt med organiserad hälsovård. De största bristerna ligger på bynivå inom den sk primärhälsovården. IDS-gruppen har därför sagt sig att bistånd till uppbyggnad av hälsostationer och liknande i byarna är det mest angelägna biståndet.

Stöd till sekundär hälsovård – distrikts-sjukhus, allmänna sjukhus i städerna – och till tertiär nivå – specialistsjukhus – har ansetts ha lägre prioritet. Ett problem vid analysen blir bedömningen av olika sk vertikala program, t ex malariabekämpning, som med nödvändighet måste bedrivas på alla de tre nivåerna i hälsostrukturen.

Efter en granskning av den allmänna biståndspolitik i de tre länderna och den tonvikt som under 1970-talet lagts på vikten av sociala insatser för att förbättra levnadsförhållandena för de fattigaste människorna, fann IDS-gruppen att Sverige av de tre länderna varit snabbast att anamma denna nya biståndssyn. Budgetåret 1973/74 hade Sverige haft en biståndspolitik med tonvikt på en jämlik fördelning av resurserna under flera år. Holland hade just antagit en sådan till skillnad från Storbritannien. Den engelska biståndspolitik präglades i stället av önskan att nå de fattigaste länderna.

IDS' studie ger en mycket positiv bild av statligt svenskt direkt hälsobistånd. Man fann att Sverige varit snabbast av de tre studerade länderna när det gällde att anpassa sig till den nya synen på vikten av sociala insatser för att förbättra levnadsförhållandena för de fattigaste människorna. Sverige spenderade endast 1,6% på tertiär hälsovård och en tredjedel på primärhälsovård (två tredjedelar om man också inbegrep vertikala program samt medicinska utbildnings- och forskningsinsatser). Motsvarande siffror för Holland var 16% till primärnivå – drygt en tredjedel med en vidare definition. Englands bidrag till primärhälsovård var endast 4% – ca 15% med den vidare definitionen. Siffrorna är dock delvis svårtolkade.

Påpekas bör, att det svenska stödet till Cuba och Vietnam (t ex de två stora vietnamesiska sjukhusbyggena) inte inbegrips. Om så hade varit fallet, skulle bilden ha blivit en annan, eftersom mer än hälften av det totala svenska hälsobiståndet gick till dessa länder. Anledningen till att dessa båda länder undantogs var att de ansågs ha tillfredsställande byggt ut sin primärhälsovård. Kritik kan på flera punkter riktas mot IDS-gruppens sätt att angripa problemen. Så kan man t ex invända, att det ensidiga förordet för primärhälsovård bortser från behovet av specialistsjukhus för remittering av patienter med sjukdomar som inte kan behandlas på bynivå.

Man kan också ifrågasätta urvalet av insatser som studerats. Slutsatserna gäller i stort sett endast hälsovårds- och vissa nutritionsinsatser medan familjeplanering, vatten- och avloppsinsatser, livsmedels-

bistånd m m lämnats åt sidan, insatser som också kan ha stora effekter på hälsotillståndet.

Ett problem som man underskattar är konflikten mellan den övergripande synen inom den svenska biståndspolitik – att mottagaren i största möjliga utsträckning ska bestämma användningen av biståndsanslagen (må vara i dialog med givaren) – och Sveriges önskemål att biståndet ska nå de fattigaste människorna. Dessa olika mål kan komma i konflikt med varandra. En bedömning av biståndet till hälsovård kan inte göras utan diskussion av dessa sammanhang. IDS-gruppen avstår i stort sett också från en diskussion av biståndets roll, sedd i relation till landets totala hälsovårdssatsning, samt av landets hälsovårdspolitik i relation till den allmänna utvecklingspolitiken. Man saknar med andra ord en utförligare diskussion av mål och medel – vilka åtgärder som är viktigast för att göra någonting åt hälsoproblemen.

Bland skälen till att det svenska hälsobiståndet framstår som bättre – med de angivna kriterierna – än de övriga två ländernas, framhålles dels den svenska övergripande biståndspolitik, dels den sektorinriktade administrativa organisationen på SIDA med en särskild hälsobyrå, till skillnad från organisationen av biståndsadministrationen i Holland och England.

De två jämförande IDS-studierna ger sig in på ett antal rekommendationer till biståndsgivare som vill främja ökade resurser till hälsovårdsprogram för de fattigaste grupperna. Man hamnar här i en diskussion av ett antal allmänna frågor såsom att biståndet inte bör vara bundet till inköp hos givarlandet, att stöd till driftskostnader och kostnader för lokala utgifter bör kunna ges, att bistånd bör ges som gåvor och inte som lån osv.

Vad som är mera diskutabelt i studierna är deras mycket detaljerade katalog över vad som är bra och dåligt hälsobistånd. Denna speglar synen att givaren vet bäst. Man bortser från att vi t ex i Sverige knappast ens själva har en sådan utbyggd hälsovård på primärnivå som vi rekommenderar u-länderna att bygga upp. Vi har inte heller kunskaper om hur en sådan skapas i u-länder. Respekten för andra länder och andra kulturer saknas. Man känner sig därför tveksam till det meningsfulla i många av IDS-gruppens rekommendationer. Att värdera utvecklingsprogram är en viktig uppgift, som bör utföras av varje land självt. Separata studier av hur just biståndet från ett visst land fungerar ter sig motiverade vad gäller procedurer och principer. Givarens detaljerade lathund över vilket hälsobistånd som kan accepteras bör avvisas. ■

Om konsten att bygga sig ett dass

Uno Winblad:
SANITATION WITHOUT WATER
Sundth offset, Stockholm 1978, 116 s.

Arkitekten Uno Winblad har tillbringat stor del av sitt liv i u-land. Han har arbetat som lärare på olika nivåer inom sitt område. I sitt arbete i u-land har han särskilt fäst sig vid de stora hälsoproblem som uppkommer på grund av bristande hygien i samband med människors avföring. Han fann att den forskning som pågick huvudsakligen sysslade med den rika världens problem, nämligen vattenburna avlopps-system. Forskningen var endast tillämplig i u-ländernas storstäder. Folket på landsbygden hade ingen nytta av denna forskning.

Han började studera problemet på sin fritid och lyckades så småningom få finansiering för forskning inom detta område. Sedan 1970 har han i flera länder och finansierad av olika organisationer arbetat med system för hur man bäst löser de sanitära problemen på landsbygden i u-länderna. Mellan år 1975 och år 1978 genomförde han laborietester i stor skala ute på fältet i ett antal ujamaa-byar i Tanzania. Erfarenheterna har han nu sammanfattat i en handbok "Sanitation without water".

Boken inleds med ett kapitel om avföring och sjukdomar som skrivits av projektchefen i det tanzanska projektet Wen Kilama, professor i paracitologi vid universitetet i Dar es Salaam. Därefter följer ett kapitel om hur komposter fungerar i praktiken och ett antal exempel på sanitära system i u-länder.

Resten av boken, dvs huvuddelen, handlar om hur man genomför några av förslagen och hur dessa fungerar. Det finns inget system som är rätt överallt utan man måste anpassa sig till klimat, kulturellt mönster etc. Handboken inkluderar även instruktioner för hur de olika systemen ska användas och hur man på bästa möjliga sätt håller det kanske värsta gisslet borta från latrinerna, nämligen flugorna.

Handboken som är 116 sidor lång innehåller 97 mycket tydliga figurer som underlättar för den som ska bygga de olika typerna av latriner. Ritningar är gjorda på ett sådant sätt att man inte behöver vara arkitekt för att kunna använda sig av handboken. Den riktar sig till hälsoadministratörer på distriktsnivå i u-länderna. Den finns ännu bara på engelska och kräver därför översättning till ett antal andra språk för att få verklig spridning och användbarhet.

"Sanitation without water" är ett utomordentligt exempel på vad man utifrån svensk teknologi men med ingående förståelse av problemet i u-länderna kan göra för att medverka till utveckling. Förslagen är enkla och anpassade till u-landsmiljön och kräver ingen utländsk expertis för att genomföras. Förslagen kan till största delen utföras med inhemskt material. Och framförallt är det ett förslag i tiden. Genom befolkningsökning och sammanflyttning i allt större byar och enheter på landsbygden blir de sanitära problemen alltmer akuta i u-länderna. Felaktig hantering av avföring är därför i dag utan tvekan den största orsaken till spridning av sjukdomar i u-länderna.

Lennart Wohlgemuth, SIDA:s länderbyrå

Byperspektiv på utvecklingen i Kenya

Ngugi Wa Thiong'o:
PETALS OF BLOOD
London: Heinemann, 1977, 344 s.

I debatten om objektivitet i samband med presentation av u-länder och utvecklingsproblem har u-landsrepresentanter fått en alltför liten plats. Genom att försöka se u-landsproblemen genom författare från u-länderna får man en långt mer realistisk och ofta mer kritisk syn på problemen än vad vi i i-länderna kan åstadkomma. En författare som är ett bra exempel på detta är professorn i litteraturhistoria vid Nairobi-universitetet Ngugi Wa Thiong'o. I sina berättelser, som sträcker sig från tiden före den europeiska kolonisationen fram till i dag, beskrivs de enskilda människornas vardag och upplevelser av utvecklingen på ett klart och medryckande sätt. Så länge dessa berättelser skrevs på engelska fick han hållas och blev i o m. berömd och uppburen (under namnet James Ngugi). Men när han beskrev samma sak i en teaterpjäs som framfördes av dem som det gäller – och på deras eget språk – sattes han i fängelse (december 1977). Han släpptes i slutet av 1978.

Ngugis senaste bok är "Petals of blood" (Sv. ung. kronblad av blod). I denna beskrivs utvecklingen i en by under de senaste 30 åren. Den ger en god bild över kenyansk nutidshistoria med särskild betoning på den stora majorite-

ten fattiga landsbygdssbor. Höjdpunkten i boken är när en deputation från byn beger sig till huvudstaden för att införa sin parlamentsledamot och andra höga herrar ge tillkänna sitt lidande efter tre års svår torka och hungersnöd. Beskrivningen av hur delegationen blir bemött i Nairobi är just en sådan som ingen kan beskriva så som en u-landsrepresentant. Detsamma gäller beskrivningen av hur byn som ett led i utvecklingen av landet byggs ut och moderniseras. Den hårdhänta behandling som "den vanliga människan" utsätts för under utvecklingsprocessen för att några få ska få det bättre gör att varje läsare med författaren måste ifrågasätta om detta verkligen är utveckling och om de metoder som ärvt och som understöds från i-länderna är de rätta. Är man fattig finns ingen som helst nåd att vänta. Försöken att vända sig mot de rika blir närmast patetiska – ingen hindrar dessa att öppet hänflabba åt trashankarna. Hos några av bokens fattiga finns ändå en stolthet över det egna ursprunget och en obruten vilja till motstånd. Men finns det verkligen några vägar på vilka en sådan motståndsvilja kan finna utlopp? I boken ges inget större hopp om att så skulle vara fallet. Antingen åter man upp andra eller också äts man upp.

En sådan kritisk bild av Kenyas utveckling får man bara genom att se utvecklingen från de många som drabbas av den. Är denna utveckling endast en följd av att Kenya extremt litat till vårt marknadssystem – eller är detta vad man genomgår eller kommer att genomgå i samtliga liknande länder?

Samtidigt som Petals of Blood ger anledning till dessa och många andra frågor är den också en roman som handlar om relationer mellan fyra personer, och deras liv och kärlek. En i allt fin berättelse som jag hoppas snarast ska översättas till svenska så att den blir tillgänglig för många. Under tiden kan kanske Rapport presentera valda delar av boken för sina läsare.

Lennart Wohlgemuth, SIDA:s länderbyrå

Kort och klart om utvecklings-teorier

Jens Erik Torp:
ØKONOMISKE UDVIKLINGSTEORIER FOR U-LANDE. En introduktion till nyere liberal og marxistisk udviklingsteori.
2a uppl.

København: Mellemfolkeligt Samvirke, 1977, 67 sid.

För att vara så liten är den här boken ovanligt innehållsrik. Den är dessutom lättläst och klar. Omkring en tredjedel av texten behandlar liberal nationalekonomisk utvecklingsteori, resten ägnas marxistisk samhällsutvecklingsteori. Boken handlar alltså inte enbart om ekonomi i snäv mening utan snarare om ekonomins roll för hela samhällets underutveckling och utveckling.

Inom den icke-marxistiska nationalekonomi skiljer Jens Erik Torp mellan tre typer av utvecklingsteorier: de som ställer kapitalbildningsproblemet i centrum, de som främst betonar motsättningen mellan den moderna och den traditionella sektorn inom ekonomin (s k dualismteorier) och de som främst uppmärksammar utrikeshandelns betydelse. Idéer formulerade av Adam Smith, John Maynard Keynes, Walt Rostow, Ragnar Nurkse, Arthur Lewis, Raúl Prebisch, Gunnar Myrdal, Hans Singer m fl passerar snabbt revy på några få sidor.

Trots skickliga sammanfattningar blir ändå

den kritiska diskussionen av de liberala ekonomerna väl knapphändig. Kapitalbildningsteoretikerna har kritiserats, skriver Torp t ex, för att göra kapital (dvs investeringar) till en nyckelfaktor i utvecklingsprocessen. Men är det inte det, då? Här avbryter Torp diskussionen i stället för att jämföra liberala och marxistiska utvecklingsteoriernas syn på kapitalbildningen. Vem arbetar och vem har makt över de producerade tillgångarna? Sådana frågor ryms inom marxistisk politisk ekonomi men knappast inom den konventionella nationalekonomin. Men båda har förstås rätt i att utveckling kräver investering av ackumulerade tillgångar.

Bland de icke-marxistiska ekonomer Torp tar upp finns för övrigt en som klart och tydligt pekar på den politiska maktens avgörande betydelse för samhällsutvecklingen. Jag tänker på Gunnar Myrdal i det stora arbetet **Asiatiskt drama**. Myrdals politiska slutsatser bygger visserligen inte på historiematerialistisk klassanalys, men hans synsätt bryter ändå öppet med det snävt nationalekonomiska. Det är samhällsvetenskapligt.

Avsnittet om marxistisk utvecklingsteori i Torps skrift börjar med några ord om marxistisk samhällsvetenskap (historisk materialism) och dess utveckling från Marx' och Engels dagar. Här finns också en nyttig sammanfattning av teoretiska grundbegrepp. Torp koncentrerar sedan sin framställning till i första hand Andre Gunder Frank och Samir Amin.

Dessa två är antagligen de mest kända och inflytelserika representanterna för modern **underutvecklings- eller beroendeteori**. Båda arbetar med marxistisk utgångspunkt. Men Amin utgår från produktionsförhållandena i samhället och är därför, teoretiskt sett, mera konsekvent marxist än Frank, som närmast studerar utsugning genom handel och därmed har teoretiska beröringspunkter med liberala utrikeshandels-teoretiker som Prebisch. Frank har inspirerats av latinamerikanska förhållanden i sitt arbete, medan Samir Amin (själv egyptier) knyter an till verkligheten i Afrika. Frank talar om imperialistiska **metropoler** med **satelliter** i tredje världen. Amin skiljer på världskapitalismens **centrum** och dess **periferi**. Båda ser klara historiska orsakssamband mellan kapitalistisk utveckling i metropolerna/centrum och underutveckling i satelliterna/periferin.

Det är inte bara beskrivningen av teorierna utan också diskussionen som är fylligare i avsnittet om marxistisk teori än i avsnittet om liberalerna. Torp tar t ex upp Amins bidrag till konkretisering av teorin om ojämnt byte mellan u- och i-länder. Denna teori har utvecklats av den franske ekonomen Arghiri Emmanuel, som menar att u-länder främst blir utsugna genom låga arbetslöner. Hans förklaring är abstrakt och delvis oklar. Amin går däremot vidare och pekar på konkreta skillnader mellan i-ländernas samhällen med deras ganska renodlat kapitalistiska produktionsätt och u-ländernas samhällen där skilda produktionsätt (kapitalistiska och olika slags förkapitalistiska) samexisterar på ett invecklat sätt. Genom att studera hur olika produktionsätt och sektorer kopplas till varandra (industriarbetarens löner hålls nere genom att de delvis försörjs av traditionellt jordbruk, t ex) kan vi bättre förklara varför lika arbete lönas olika i centrum och periferi, med ojämnt byte som följd.

Underutvecklings- och beroendeteoretikerna hävdade ursprungligen att tredje världens folk var dömda till massfattigdom och underut-

veckling, så länge de inte bröt radikalt med kapitalismen. Det krävs därför en vidareutveckling av dessa teorier för att kunna ta hänsyn till den kapitalistiska utveckling som faktiskt pågår i vissa s k u-länder. Torp antyder på slutet att en sådan nyorientering är på väg inom marxismen. Det skulle varit bra om han kunnat skriva mer om dessa centrala problem. I en tidigare upplaga (1974) av boken försökte Torp närma sig ämnet genom att visa hur olika skolor tolkar den kapitalistiska utvecklingen i Brasilien på olika sätt: "ekonomiskt under" eller "tillväxt utan utveckling". Det avsnittet skulle ha kunnat omarbetas i stället för att bara strykas.

Ett annat avsnitt i den förra upplagan som nu strukits handlade om utvecklingsteori i Sovjetunionen och andra östeuropeiska länder, främst den teoretiska diskussionen om s k icke-kapitalistisk utveckling. Genom "icke-kapitalism" skulle det vara möjligt för länderna i tredje världen att gradvis bryta med underutvecklingen och närma sig socialism, bl a genom samarbete med de socialistiska staterna. Själva termen används sällan numera, men diskussion och forskning om de politiska betingelserna för utveckling mot socialism måste ju ändå fortsätta. Frågan gäller **utveckling för vem, på vems villkor och under vems kontroll**, dvs samma problem som den kapitalistiska utvecklingen i vissa u-länder ställer den nymarxistiska underutvecklingsteorin inför.

Kanske Jens Erik Torp kan ta upp de här frågorna i en tredje version av sin skrift? Men i väntan på den känner i varje fall inte jag till någon annan utvecklingsteoretisk introduktion som samtidigt är så kort, lättfattlig och kunskapsrik som den han redan skrivit.

Lars Rudebeck, docent vid Statsvetenskapliga institutionen vid Uppsala universitet.

Kedjan som fjättrar folk i fattigdom och förnedring

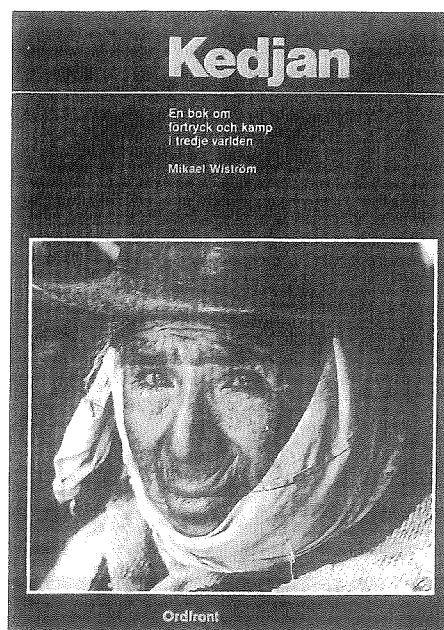
Mikael Wiström:

KEDJAN. En bok om förtryck och kamp i tredje världen.

Ordfront 1977, 123 s.

När Filomeno Damiano kom hem på kvällen var han trött efter den dagslånga marschen. Men han var också nöjd. För borta i Uripa hade han köpt medel mot de insekter som angripit den knappa grödan och givit hela familjen fullt med kliande, variga sår. Och av några supande fattigbönder i handelsboden hade han fått veta hur ALDRINET skulle användas.

Så snart han kommit hem gned Filomeno in de tre barnen med det gulvita pulvret. De



yngsta skrek högt när det kom i kontakt med de variga såren. Sedan ställde Filomeno undan burken, vars varningstexter varken han själv eller hustrun kunde läsa. Själva smorde de inte in sig – till det var pulvret för dyrt. Några få timmar senare var Filomenos tre barn döda. Det starka giftet hade angripit barnens nervsystem och skakat deras små kroppar i häftiga kramper till de blivit stilla.

Ryktet om de tre barnens död nådde snabbt polisstationen i trakten, och snart låg den förtvivlade Filomeno på knä utanför sitt eget hus, framför polismannens häst.

– Jävla indian, vad har du gjort! Du kommer att hamna i fängelse för det här! skrek polisen.

För Filomenos hustru blev detta för mycket. På ett ögonblick hade hon fyllt en smutsig platsmugg med ALDRIN och vatten och tömt blandningen. Några minuter senare låg hon död mitt på gårdsplanen. Polismannen gav sig plötsligt av, och den nedbrutne Filomeno följde sin hustrus väg. Så hade den peruanske fattigbonden Filomeno Damiano och hans familj upphört att trampa den karga jorden.

En tragisk tillfällighet? Inte alls. Tragiskt, ja. Men ingen tillfällighet: "Aldrinet, som dödade familjen Damiano, var bara det yttersta redskapet för en rad krafter. Hade Filomeno kunnat läsa eller hade polisen representerat rättvisa... så hade det hela aldrig behövt få så ödesdigra konsekvenser."

Berättelsen ovan är hämtad ur en av de bästa böcker om den s k tredje världen jag läst och sett på länge: Mikael Wiströms *Kedjan*. Läst och sett, för den här boken är ett framgångsrikt försök att verkligen kombinera ord och bild. Dess drygt 120 A4-sidor består av minst lika mycket bild som text.

Kedjan – det är det tunga band av utsugning, förtryck och beroende som börjar i bankernas och de multinationella bolagens styrelserum och slutar bland sluminvånarna, fattigbönderna och arbetarna. En kedja som håller flera kontinenters folk fjättrade i fattigdom och förnedring.

Mikael Wiströms bok handlar visserligen bara om Peru. Det är peruanska fattigbönder,

Masskorsband
Tjänste
SIDA
105 25 Stockholm

HAR DU ÄNDRAT ADRESS?

Är vidstående adress felaktig ber vi Dig fylla i rätt adress här och skicka in hela remsan (alltså även den gamla adressen) till SIDA, c/o Direktus AB, 172 80 Sundbyberg.

Namn:

Adress:

Postnr/postadress:

Distribution och prenumeration: Direktus AB, 172 80 Sundbyberg

gruvarbetare och sluminvånare vi möter. Det är den peruanska naturen vi ser och får oss beskriven. Men just genom att boken är så konkret, människorna så nära och levande (alltså inga abstrakta "typexempel"), blir det porträtt, berättelser och analys som räcker långt utanför Perus gränser. Man lär sig om Peru – men också om de problem och livsvillkor imperialismen i dag tvingar på alla dem som befinner sig i kedjans borte ände. Och, naturligtvis, om motståndet mot fattigdomen och förnedringen. Ty "under varje millimeter av kedjan finns liv, som fräter sönder den hårda metallen".

Kedjan är således en självskrivnen bok för skolans samhällskunskap, all folkbildningsverksamhet och alla studiecirklar om tredje världen. Att den trots sitt stora format, alla fina bilder och de hårda pärnarna dessutom är billigare (kostar under 60:-) än många pocketböcker gör den ju inte precis sämre.

Pierre Fröhling, frilansskribent

Colombianska bilder som talar –men inte om allt

Björn Myrman:
BILDER FRÅN COLOMBIA
Fyra Förläggare 1978. 120 s.

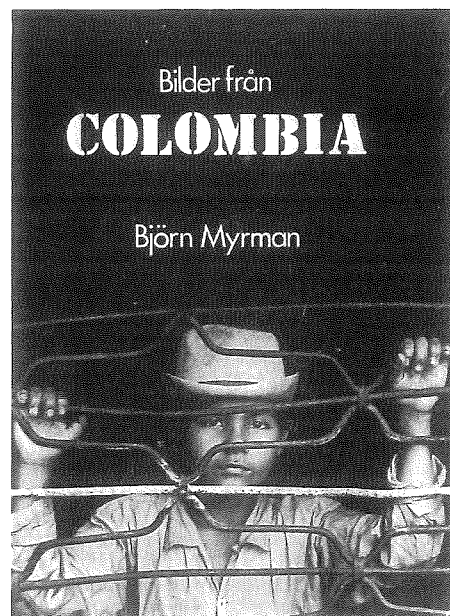
I Sverige är Colombia förmodligen ett av de minst kända latinamerikanska länderna. Eftersom Colombia under senare år varken upplevt någon militärkupp, revolution eller förödande jordbävning har det av svenska massmedia i

allmänhet ansetts vara ointressant. Information om landet har främst spritts genom UBV (Utbildning för Biståndsverksamhet). På senare tid har även colombianer, bosatta i Sverige, börjat ge ut "Colombiabulletinen".

Nu publicerar Björn Myrman en fotobok: "Bilder från Colombia" med texter av Maith Håkansson och Anders Kellquist.

Björn Myrman anger att hans utgångspunkt varit att skildra "hur det ekonomiska förtrycket yttrar sig". Han har valt att göra detta genom att gruppera sina bilder kring några olika ämnen: utsugningen av landsbygdsbefolkningen får sålunda representeras av en småbonde som odlar kaffe på 1,5 ha samt av arbetare på ett sockerbruk vilka har en lön på cirka 5 kronor för en 12-timmars arbetsdag; han skildrar storstadsslummen, bl a de människor som lever på att samla lump på sophögen i Colombias näst största stad, Medellín, och som har sina bostäder praktiskt taget direkt på själva sophögen. Även slummen i huvudstaden Bogotá finns dokumenterad; bokens mest omfattande avsnitt är också från Bogotá och visar "gamines" liv på gatorna – "gamines" är hemlösa småpojkar som lever i gäng, sover direkt på gatan och skaffar sig mat genom att tigga och stjäla.

Många av bilderna skildrar en nöd som är oerhörd, framför allt de som visar "gamines". I det avsnittet fungerar också text och bild bra tillsammans. Texten är klar, rak och informativ och fotografierna utformas till en bildberättelse. I några av de andra avsnitten skulle jag ha önskat mer text som hjälp att tolka och förstå de avbildade människornas situation. Det hade också varit bra om människorna som avbildas fått tala mer själva. En del är nu helt stumma. Bilderna är i sig fulla av information men jag tror att en hel del behöver översättas med ord eftersom det gäller en för oss främmande kultur. Ett exempel på att en text helt enkelt förvränger bildinformationen är avsnittet om småbondefamiljen. Där kallas denna familj "familjen Pastor Rua", alltså med mannens förnamn och efternamn. Vidare berättas det att "han" bor, att "han" äger, att "han" arbetar och att "han" odlar. Modern i familjen finns över huvud taget inte omnämnd i texten. Men det finns en bild (utan bildtext) som visar en kvinna som står framför något som ser ut som en spis (?) och som då kanske håller på att grädda "arepas" (majsbröd) över glöd (?). Om jag tolkar bildinformationen rätt finns det här en kvinna som bor, arbetar och kanske också odlar och



äger. Och det ekonomiska förtrycket yttringar måste då också gälla henne.

När det gäller den "allmänna politiska och ekonomiska översikt" som inleder boken så måste det sägas att det faktiskt inte är sant som där påstås att militärerna systematiskt mördar "alla som på något sätt försöker förändra förhållandena i Colombia i riktning mot större rättvisa för de fattiga". Förhållandena i Colombia är – i skrivande stund – inte sådana som i t ex Chile eller Argentina. Den förklaring man måste söka i en politisk analys av Colombia är tvärtom varför bourgeoisin inte behöver använda total repression eller systematiska massmord för att upprätthålla sin hegemoni som varit fallet i andra latinamerikanska länder. En del av den förklaringen kan vara att bourgeoisin inte uppfattat vänstern som något stort hot, splittrad och numerärt svag som den är, och att varken bonderörelsen eller de radikala prästerna bedöms ha haft någon större framgång, så att systemet hittills ansetts kunna upprätthållas med mer selektiva metoder.

Kristina Bohman, socialantropolog