

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid
INLEDNING	1
SLUTSATSER	1
PROBLEM	2
Vad är hälsa	2
Orsaker till hälsa och ohälsa	3
Sjukdomar i fattiga länder	3
EN NY STRATEGI	3
Erfarenheter	3
Primärhälsovård	8
SVENSKT HÄLSOBISTÅND	9
Mål för svenskt bistånd	9
Hälsopolitik - Primary Health Care	9
Allmän hälsovård	10
Mödra- och barnhälsovård	10
Familjeplanering	11
Näring och undernäring	12
Vatten och hygien	13
Handikappfrågor	14
Utvecklingens avigsidor	15
Samarbete med internationella organisationer	15
Andra former av bistånd på hälsoområdet	15
Resursbasen	16
AVSLUTNING	17

Policy för SIDA's  
hälso**o**bistånd

1982

## POLICY FÖR SIDA:s HÄLSOBISTÅND

### INLEDNING

Detta dokument tar upp SIDA:s erfarenheter av och syn på bistånd inom hälsosektorn. I dokumentet fastställs också riktlinjer för hur hälsobiståndet skall utformas. SIDA:s centrala uppgift är det direkta samarbetet med mottagarländerna av svenskt bistånd och dokumentet gäller främst det bilaterala samarbetet. Det är avsett att användas vid bedömning av framställningar och vid diskussioner med mottagarländerna samt för information om hälsobiståndet.

### SLUTSATSER

De svenska insatserna inom hälsosektorn skall inriktas mot följande aktiviteter:

#### Planering och samordning

- planering av landsomfattande hälsosystem med primärhälsovårdsstrategin som grund;
- tvärsektoriell planering och samordning samt erfarenhetsutbyte mellan u-länder;
- mobilisering av landets egna resurser;
- ansträngningar att få folkligt deltagande;
- åtgärder att öka kvinnors möjlighet att ta del i hälsovården.

#### Fysiska förutsättningar

- byggnader, företrädesvis på primär- och sekundärnivå, samt enkla byggnader för undervisning. Kostnader för reparationer, underhåll och drift. Byggnadsplanering och utveckling av typritningar;
- utrustning för primärhälsovården, inklusive utrustning till den så kallade kylkedjan;
- transportsystem inom hälsosektorn;
- inköp, produktion, lagring och distribution av basläkemedel.

#### Verksamhet

##### Hälsoservice

- mödra- och barnhälsovård inklusive familjeplanering
- vaccinationsprogram
- åtgärder mot diarrésjukdomar

#### Hälsoundervisning:

- vattenanvändning, sanitet och hygien
- näringsfrågor
- hälsokampanjer
- sexualundervisning
- opinionsskapande verksamhet mot användning av alkohol, tobak och narkotika, samt för ökad trafiksäkerhet

#### Utbildning:

- personal för primärhälsovården
- undervisningsmaterial.

En hörnpelare i SIDA:s riktlinjer och den internationellt antagna primärhälsovårdsstrategin är samverkan mellan olika samhällssektorer för att åstadkomma bättre hälsa. När det gäller näringsområdet finns ett uppenbart och nära samband mellan produktionen av livsmedel och människornas möjligheter att få tillräckligt med rätt sorts mat. På samma sätt är det tekniska genomförandet av vattenförsörjningsprojekt en nödvändig, fast inte tillräcklig förutsättning för bättre hälsa. En nära samverkan mellan hälsobyrå och övriga enheter inom SIDA vid planeringen av insatser blir därför en nödvändighet.

Den i riktlinjerna angivna inriktningen gäller det långsiktiga hälsobiståndet. På kort sikt och i akuta nödsituationer kan dessa insatser kompletteras med exempelvis tilläggs-kostprogram och läkemedelsleveranser.

Målgruppen för hälsobiståndet är de människor som idag har ingen eller ringa tillgång till reguljär hälsoservice. I SIDA:s mottagarländer är de till helt övervägande delen bosatta på landsbygden. Hälsobiståndet blir därför ett led i utvecklingen av landsbygden.

#### PROBLEMBESKRIVNING

##### Vad är hälsa

Hälsa definieras av Världshälsoorganisationen, WHO, inte bara som frånvaro av sjukdom utan också som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Det torde vara få förunnat att uppfylla den definitionen. I detta dokument anläggs ett för u-landssammanhang mer realistiskt synsätt på hälsa. Det är att överleva de första riskfyllda levnadsåren och leva drägligt, utan onödigt lidande, i den miljö där man befinner sig. Härav följer att människor kan uppfatta hälsa på olika sätt. Hälsouppfattningen är kulturbunden. Svenskt bistånd måste respektera detta.

### Orsaker till hälsa och ohälsa

Hälsotillståndet är radikalt sämre i fattiga än i rika länder. Förbättringen av hälsotillståndet i den rikare delen av världen har inte främst kommit till tack vare medicinska framsteg. Den är resultatet av en utveckling i form av ökade inkomster, mer mat, bättre bostäder, tillgång till rent vatten och inte minst utbildning. Också fattiga länder har bevittnat en förbättring mätt i minskad barnadödlighet och ökad medellivslängd, men hälsotillståndet är fortfarande oacceptabelt dåligt i dessa länder. Den grundläggande orsaken är fattigdom. Till och med de så kallade tropiska sjukdomarna är betingade både av fattigdom och av klimatiska förhållanden.

### Sjukdomar i fattiga länder

De vanligaste sjukdomarna i u-länderna idag är undernäring, diarréer, luftvägsinfektioner, var för sig eller i samspel. Det är framför allt barnen som drabbas. Barnadödligheten är mellan 10 - 20 %, ibland upp till en tredjedel av de barn som föds. Alltför många och alltför täta graviditeter är påfrestande och riskfyllda, både för kvinnor och barn. En ny graviditet innebär i de flesta kulturer att amningen av det senaste barnet avbryts. Ju mindre det barnet är, desto större är risken för undernäring. För kvinnan innebär graviditet och amning en stor påfrestning på kroppen och ett ökat näringsbehov. Många gravida och ammande kvinnor i u-länderna lider av blodbrist.

Orent vatten, dålig mathygien och bristande avfallshandtering ger ofta upphov till infektioner och diarréer. Dåliga bostäder ökar förekomsten av smittsamma sjukdomar och luftvägs- och hudinfektioner och tuberkulos. Ungefär 600 miljoner människor lider av någon av de stora tropiska sjukdomarna. Bland dessa kan nämnas bilharzia, sömnsjuka, spetälska, trakom och hakmask. Även malarian tillhör denna grupp och är speciellt bekymmersam genom sin ökande motståndskraft mot bekämpning och behandling.

### EN NY STRATEGI

#### Erfarenheter

Såsom hälsovården hittills varit utformad har den sällan nått ut till människorna, än mindre förmått lösa deras problem. Bortemot 80 % av tredje världens människor föds, lever och dör utan att ha varit i kontakt med reguljär hälsovård. Fattigdom på landsbygden botas inte med satsningar på sjukhus i städerna.

Den hälsovård som finns i u-länderna idag är till stor del inriktad på att bota, den är sjukhusbaserad och återfinns i de större städerna. Den utgår från en bio-medicinsk syn på sjukdomar, som något man skall bota. Som en kvinna på Kenyas landsbygd uttryckte det: "Hur skulle vi kunna vara friska? Vi har ju inget sjukhus". Hälsa blir något man får eller köper på sjukhus. Detta synsätt är, som så mycket annat i u-länderna ett kolonialt arv.

Effekterna av detta kan man tydligt se i följande exempel från Ghana. Mellan år 1960 och år 1975 byggdes hälsovården ut markant. Antalet läkare ökade från 383 till 1 031, sjuksköterskor från 1 554 till 6 153, barnmorskor från 130 till 4 932 och antalet vårdplatser från 5 878 till 12 973. Trots detta rapporterar Ghana självt att man uppnått ingen eller föga effekt på det allmänna hälsotillståndet, framför allt för de 70 % av befolkningen som bor på landsbygden. Antalet mässlingsfall har exempelvis ökat från 94 000 år 1971 till 131 000 år 1976. Malariaförekomsten ökade under samma tid från 75 000 fall till 440 000. Av landets hälsobudget spenderades 40 % på specialistsjukhus, vilka når 1 % av befolkningen och 45 % på övriga sjukhus, vilka når 9 %. Primärvården når 90 % av befolkningen och de får dela på 15 % av hälsobudgeten.

Även tidigare svenskt bistånd har medverkat till och förstärkt denna tendens. Ett exempel utgör stödet till radioterapikliniken vid Kenyatta Hospital i Nairobi. Insatsen administrerades av Karolinska sjukhuset och måste från teknisk synpunkt anses som lyckad. Men antalet människor som fick hjälp var litet och utgången av deras behandling oviss. Kenyanerna själva var tvungna att satsa stora resurser för att driva kliniken.

Många personer inom sjukvårdssystemen är negativa till förändringar. Läkarnas utbildning förbereder dem för en sjukhusbaserad och expertinriktad sjukvård. Världshälsoorganisationen har intill för några år sedan rekommenderat en internationell standard för all läkarutbildning. Läkare i i- och u-länder har i stort sett samma utbildning, trots att deras länders behov och resurser är så olika. Bland annat detta har i sin tur lett till att många u-landsläkare lämnat sina länder för att arbeta i länder, där de har möjlighet att syssla med sådant, som deras utbildning förberett dem för. I Iran utbildades exempelvis under en 20 års period 40 000 läkare. Av dessa arbetar över 25 000 i utlandet. Mindre än 1 000 återfinns på den iranska landsbygden, där större delen av Irans befolkning bor.

För att hälsovården skall kunna byggas upp och nå ut till alla delar av ett land krävs en fungerande planering. För att nå ut på landsbygden med vården krävs speciella ansträngningar. Det är svårare att planera, samordna och bygga utspridda hälsostationer än centrala sjukhus. SIDA har exempel på detta från Kenya. Det

fortsatta svenska biståndet innehåller därför stöd till planeringsenheten vid hälsoministeriet för att öka deras kapacitet, samla in data och göra upp planer för landsbygdshälsovård. Bristen på utbildad kenyansk personal är stor. Framstegen går långsamt. Det kommer att ta tid att bygga upp kvalificerade och välbemannade planeringsorgan. Följaktligen måste även biståndet vara långsiktigt om det skall ge varaktiga resultat.

Förutom planering och samordning krävs också balans mellan investeringar och underhåll. Många exempel finns på enskilda satsningar på nyproduktion. I Tanzanias hälsobudget avsätts inte tillräckliga medel för drift och underhåll av landets hälsocentraler. Samma förhållande finns i Vietnam, där SIDA nu ger ett driftstöd för att de två uppförda sjukhusen skall fungera. I Zambia fann en undersökning häromåret att av hälsoministeriets hela fordonspark var bara 25 % i drift.

Att ett land har ett fungerande och utbyggt transportsystem inom hälsosektorn är viktigt av många anledningar. En är att förse långt bort liggande områden med mediciner och förnödenheter, en annan att transportera sjuka människor till mer kvalificerad vård och hjälp. En tredje är att göra det möjligt att övervaka, råda och hjälpa hälsoarbetare i byarna. Utan övervakning och stöd kan maktlösheten, tröstlösheten, ansvarslösheten lätt ta överhand. Detta framgår till exempel av en WHO-studie som finansierades av SIDA om byhälsoarbetares arbetssituation i Brong Akafo-regionen i Ghana.

Många givare har insett u-ländernas behov av fungerande transportsystem. Men alltför ofta har fordonen inte varit anpassade till behov eller förhållanden eller varit bundna till inköp från givarlandet, vilket har lett till leveranser av icke lämpliga fordon, problem med stor märkesspridning och eftersatt underhåll.

Brister i samordning och samarbete myndigheter emellan är vanligt, inte bara i u-länder. I u-länderna kan effekterna ofta bli katastrofala. Genom att kontrollera Nilens översvämningar genom utbyggnaden av Assuan-dammen hoppades man kunna öka jordens avkastning och odla upp ny mark. Men samtidigt ökade förekomsten av bilharzia med över 2,5 miljoner fall. De ekonomiska förlusterna av sjukdomen uppskattas till 560 miljoner dollar per år. Liknande exempel finns från Elfenbenskusten. Efter bara ett år hade man fått epidemier av flodblindhet, som drabbade 800 personer, 200 fall av sömnsjuka och att fyra av fem personer led av bilharzia. Samtliga dessa sjukdomar är vattenrelaterade.

Modernisering och företags marknadsföring har lett till en minskande frekvens amning bland mödrar i u-länderna. Bröstmjölksersättningar har av barnmatsindustrin lanserats som det bästa en mamma kan ge sitt barn. Barn som föds upp på nappflaska löper 5 - 10 gånger så stor risk att dö under första levnadsåret, jämfört med barn som ammas sina första sex levnadsmånader. Världshälsoorganisationen har dock nyligen antagit en kod för hur marknadsföring av barnmat får gå till. Nästa steg, som kommer att kräva bistånd från rika länder, är att se till att koden efterlevs.

Mellan 20 och 40 % av ett u-lands hälsobudget spenderas på mediciner, som köps i i-länder för knapp utländsk valuta. Många av dessa mediciner behövs inte, förfars och/eller felanvänds. WHO har fastställt en lista över basläkemedel. Av dessa har 32 identifierats som nödvändiga på bynivå. Som jämförelse kan nämnas att i Sverige finns några tusen godkända läkemedel, medan man i Mexiko återfinner 15 - 20 000 olika sorters läkemedel.

Andra exempel på u-ländernas beroende av externa krafter såsom biståndsgivare och företag återfinns inom området industriell barnmat. SIDA har lämnat stöd till barnmatsprodukterna SAHA i Tunisien och FAFFA i Etiopien. I båda fallen har det visat sig svårt att nå den grupp som behöver dem, det vill säga de fattiga och undernärda barnen. Dessutom har de biståndsstödda, lokalt producerade, produkterna svårt att konkurrera både med multinationella företags produkter på den kommersiella marknaden och på den sociala marknaden med biståndsprodukter av liknande typ framför allt från USA och internationella livsmedelsprogrammet, WFP. Resultatet har blivit att nationella barnmatsfabriker inte riktigt nått sitt syfte vare sig ur näringssynpunkt eller att bli ekonomiskt lönsamma.

Men även positiva erfarenheter finns, inklusive sådana där svenskt bistånd bidragit. Det gäller exempelvis smittkoppor vilka utrotades genom en intensiv och koncentrerad insats. Självklart väcker denna framgång förhoppningar om att vi skulle kunna göra detsamma med andra sjukdomar. Omständigheterna kring smittkoppor är dock speciella. Sjukdomen drabbar bara människor, den är lätt att identifiera, den är välkänd, människor är rädda för den, det fanns ett fullständigt effektivt vaccin. Alla dessa lyckliga omständigheter råder inte för andra sjukdomar. Kanske kan mässling angripas på liknande sätt.

Det finns å andra sidan risker förbundna med att driva program isolerade. Malariautrotningsprogrammet i Etiopien kan tjäna som exempel. Detta program drog under en lång följd av år till sig mer resurser än hela den övriga hälsovården tillsammans, utan att sjukdomen utrotades.

Ett lyckat exempel där svenskt bistånd varit inblandat är hälsovården på Sri Lanka. SIDA har sedan 1958 stött landets familjeplaneringsprogram. Hälssituationen i Sri Lanka är bättre än i andra u-länder med samma ekonomiska situation. Spädbarnsdödligheten är lägre, medellivslängden är högre. Satsning på hälsovård inklusive familjeplanering har där samverkat med andra åtgärder, vilka syftat till att förbättra levnads- och hälsonivåer. Bland sådana åtgärder kan nämnas en stor satsning på utbildning, en relativt väl utbyggd hälsovård, kampanjer för malariautrotning och att människors näringstillstånd förbättrats genom att riset subventionerats.

I andra asiatiska länder, framför allt i Pakistan och Bangladesh, har familjeplaneringsprogram drivits isolerade från övrig hälsovård. Detta har lett till föga förtroende för programmen. I Bangladesh har 4 av 5 gifta kvinnor kunskap om familjeplanering. Vart tredje par säger sig vilja planera sin familj. Men det är bara 1 av 10 som faktiskt gör det. De stora belopp som satsats på isolerade familjeplaneringsprogram har inte givit de resultat man hoppades på. Tendensen går nu mot att integrera dessa med hälsovård.

Som framgår finns många hinder för utvecklande av en fungerande hälsovård. Bland dessa kan nämnas:

- en oreflekterad syn på hälsa och orsaker till ohälsa bland politiker, planerare och hälsoarbetare,
- ett konventionellt utbyggt, sjukhusbaserat hälso-system, som inte så lätt låter sig ändras,
- bristande infrastruktur både allmänt vad gäller vägar, vatten, elektricitet och vad gäller hälsosektorns behov av byggnader, distributionssystem, etc,
- ett utbildningssystem som inte svarar mot behoven,
- en syn på undernäring som en sjukdom som bör botas, samt en bristande förståelse för näringssituationens samband med samhällssituationen istort,
- konsekvenser av modernisering i form av minskad amningsfrekvens, import av barnmat, rökning, samt negativa effekter av utvecklingsprojekt såsom exempelvis dammbyggnad, införande av odling av avsalugrödor,
- bristande samordning mellan myndigheter inom olika sektorer samt brist på system för planering av integrerad utveckling.

Den bild som exemplen ovan förmedlar är att många faktorer samverkar, när det gäller att förbättra människors hälsotillstånd. Det har saknats en helhetssyn. Trots detta har världen totalt sett bevittnat en förbättring i människors hälsotillstånd. Men för att denna trend ska fortsätta behövs ett nytänkande.



### Primärhälsovård - Primary Health Care

1978 ordnade WHO och FNs barnfond, UNICEF, en konferens i Alma Ata om primärhälsovård. Efter denna konferens enades världens regeringar om målet "Hälsa åt alla år 2000". Vi har alltså knappt 20 år på oss att uppnå detta mål.

Den strategi man anvisade för att uppnå målet fick namnet primärhälsovårdsstrategin. Denna kännetecknas av att den går långt utanför det område som traditionellt faller under ett hälsoministeriums ansvar. Den omfattar tillgång till rätt kost, rent vatten och hygien, mödra- och barnhälsovård inklusive familjeplanering, förebyggande av vanliga sjukdomar och skador, undervisning i näringsfrågor samt tillgång till basläkemedel.

Primärhälsovården bygger till mycket stor del på att de resurser och den erfarenhet som finns bland människorna själva utnyttjas. Hälsoministeriet har varken personella eller finansiella resurser som räcker till. Ett folkligt deltagande i organiserade former är en förutsättning för primärhälsovård. Det råder ingen tvekan om att detta är och kommer att bli svårt. Fattigt folk är passivt folk. Aktivt och krävande folk upplevs ofta som hotfullt av de styrande. Trots detta måste människorna i byarna få ta ansvar. Olika samhällen och kulturer kommer att söka olika lösningar. Och det kommer att ta tid innan nya former för hälsovård vuxit fram och förankrats.

Vidare krävs en långtgående decentralisering inom hälsosystemet till både regional och lokal nivå. Samtidigt skall de centrala myndigheterna förse primärnivån med utbildning, medicin och annan utrustning, samt möjligheter att sända svårare fall vidare för behandling på sjukstuga eller sjukhus.

Primärhälsovårdsstrategin förutsätter att resurser omfördelas

- från kurativt inriktad sjukvård till preventivt inriktad hälsovård,
- från städerna till byarna,
- från överdriven tillit till experter till respekt för traditionellt kunnande och människors egna organisationer och erfarenhet,
- från snävt sjukvårdsinriktat arbete till ett brett samarbete mellan ministerier och myndigheter,
- från investeringar i byggnader till utbildning och utveckling av mänskliga resurser.

WHO har identifierat följande områden som speciellt viktiga. De utgör en minimilista och bör vara det som i första hand ingår i integrerade primärhälsovårdsprogram:

- behandling av luftvägssjukdomar
- kunskap om barns mat, inklusive amning och avvänjningskost
- tillgång till familjeplanering (child spacing)
- behandling av diarréer
- vaccineringsprogram
- förebyggande och behandling av malaria
- tillgång till hushållsvatten och avfallshantering.

## SVENSKT HÄLSOBISTÅND

### Mål för svenskt bistånd

Ett viktigt mål för svenskt bistånd är att höja levnadsnivån för fattiga människor framför allt på landsbygden. För att uppnå detta satsar SIDA en allt större del av det svenska biståndet på att stödja en integrerad landsbygdsutveckling. SIDA har i ett strategidokument utvecklat sin syn på hur landsbygdsutveckling kan stödjas.

Primärhälsovård har sin självklara plats inom en integrerad landsbygdsutveckling. Att människor får ett bättre hälsotillstånd är inte bara ett mål i sig. Det är också en nödvändig förutsättning för en allmän ekonomisk och social utveckling.

### Hälsopolitik

Huvudinriktningen för det svenska hälsobiståndet är att stödja mottagarländerna i deras strävan att bygga upp och utveckla väl strukturerade och landsomfattande hälso-system. Vid bedömningen skall primärhälsovårdsstrategin användas som måttstock. Svenska insatser kan inte täcka hela det breda hälsoområdet, utan måste, tillsammans med andra givares bidrag, stå som komplement till mottagarlandets egna ansträngningar.

Hittills har en mycket stor del av det svenska biståndet inom hälsoområdet gått till uppförande av hälsostationer och hälsokliniker. Även i fortsättningen måste Sverige vara berett att lämna stöd till byggnader, men då företrädesvis på primär- och sekundärnivå, samt till enkla byggnader för undervisning. Lika viktigt är stöd till reparationer, underhåll och drift, samt inte minst byggnadsplanering och utvecklande av typritningar.

SIDA strävar i sitt samarbete efter ett ökat stöd till utvecklande av pedagogiska metoder lämpliga för undervisning inom primärhälsovården, framför allt för lägre nivåer samt utveckling och framställning av undervisningsmaterial. Ofta saknas exempelvis kost- och näringslära, vaccineringsprogram, familjeplanering och hygien i undervisningen.

Rätt upplagda och genomförda nationella hälsokampanjer om till exempel vattenanvändning, vikten av vaccinering, riktig mat, förebyggande tandhälsovård, risker med rökning kan göra människor mer medvetna och kunniga, och därmed förbättra deras hälsotillstånd.

Primärhälsovården förutsätter samarbete utanför sektorgränserna. Det är nödvändigt att utbilda planerare, tekniker, hälsopersonal, ekonomer och biståndsadministratörer för att uppnå samarbete och samsyn. Ett erfarenhetsutbyte u-länderna emellan är också viktigt.

Ett utbyggt hälsosystem kräver en infrastruktur i form av transportsystem och läkemedelsförsörjning, inklusive analys av behov, distribution och produktion.

Direkt varubistånd inom hälsosektorn kräver försiktighet. Primärhälsovården bygger på de resurser som finns och kan mobiliseras i byarna. En alltför stor och alltför tekniskt avancerad satsning på andra nivåer kan lätt förrycka balansen och kräva stora resurser utan att för den skull förbättra hälsotillståndet bland människor i byarna. Med dessa reservationer kan svenskt bistånd utgå till vaccinationer inklusive kylkedjan, till läkemedel och framför allt då de av WHO identifierade basläkemedlen, till enkel sjukvårdsutrustning framför allt primärnivån och till teknisk utrustning för vattenprogram.

#### Allmän hälsovård

Män, kvinnor och barn har olika behov av hälsovård. Män har oftare behov av behandling av skador. Mycket av kvinnornas behov är knutet till det faktum att det är kvinnorna som bär och föder barnen. Alla har samma behov av behandling av sjukdomar. Vid en hälsostation skall de vanligaste hälsoproblemen kunna förebyggas, behandlas, botas eller remitteras vidare.

SIDA kommer även i fortsättningen att stödja utvecklingen av den allmänna hälsovården, främst på landsbygden. Strävan är att öka den preventiva delen av vården på bekostnad av den kurativa.

#### Mödra- och barnhälsovård

Mödra- och barnhälsovård inklusive familjeplanering är en viktig del av primärhälsovården. Genom sin verksamhet att kontrollera, vaccinera, behandla och undervisa strävar mödra- och barnhälsovården att minska dödlighet och förhindra handikapp och skador. Om ett barn eller en vuxen trots allt drabbas av ett handikapp skall primärhälsovården även på bynivå ha kunskap att ge råd och enkla hjälpmedel för att mildra effekterna av handikappet.

Det är viktigt att mödra- och barnhälsovården kan ge råd och hjälp inom olika områden. Bakgrunden till att primärhälsovården betonar ett integrerat synsätt på servicen är den erfarenhet man har av isolerade programs oförmåga att lösa problemen. Detta gäller till exempel sporadiska vaccineringskampanjer och isolerade familjeplaneringsprogram.

WHO beräknar att 80 % av alla sjukdomar tas hand om inom familjen och inte belastar hälsovården. Det är framför allt kvinnor som har de vårdande uppgifterna. Kvinnors erfarenhet av vårdande måste erkännas och tas tillvara. Kvinnor måste finnas med på alla nivåer inom hälsovården.

Barn i u-länder dör ofta i sådant som kunde förhindras utan alltför mycket kunskap och kostnad. Målet för barnhälsovården är att förebygga sjukdomar och förhindra handikapp. Två viktiga hjälpmedel är vaccineringsprogram och behandling av diarréer. Bara 20 % av u-ländernas barn vaccineras idag mot de vanligaste barnsjukdomarna. SIDA stödjer ett vaccineringsprogram byggs upp i mottagarländerna. Flertalet diarréer kan behandlas genom att barnet matas med en socker/saltlösning, så kallat Oral Rehydration Salt. På så sätt förhindras den uttorkning av barnet, som annars lätt leder till döden. Aktionsprogram mot diarréer behövs både för att förebygga och för att behandla.

De flesta förlossningar sker idag med hjälp av traditionella barnmorskor. Dessa saknar oftast utbildning men har stort förtroende bland kvinnorna. Vidareutbildning och andra insatser kan leda till ett bättre utnyttjande och erkännande av de traditionella barnmorskorna.

Barnlöshet är ett allvarligt problem i många u-länder. Det är inte bara vanligare i u-länder än i i-länder. Att vara barnlös är att vara utanför, kanske bli förskjuten av sin man. Orsakerna till barnlöshet är undernäring, dålig allmän hygien, misskötta aborter, och framför allt veneriska sjukdomar. Dessa utbreder sig alltmer, inte minst på grund av prostitutionen i de snabbt växande städerna. Möjligheter behövs till behandling av infertilitet, både för män och kvinnor. Sexualundervisning har också betydelse.

### Familjeplanering

När det gäller familjeplanering har debatten rört sig på två olika plan, med två olika problem.

Alltför många och alltför täta graviditeter innebär stora hälsorisker för kvinnor och barn och stor påfrestning på familjen. Familjeplanering är ett sätt att minska dessa risker.

Det andra problemet är en oro för en snabbt växande befolkning och ett ökat tryck på samhällets och natu-rens resurser. För detta behövs befolkningsplanering vari utbildning, arbete, lagstiftning i form av exempelvis höjd giftermålsålder, abortlagstiftning, landrefor-mer o s v är viktigare inslag än familjeplanering och barn-begränsning. Erfarenheterna visar att effekterna av famil-jeplanering i befolkningspolitiskt syfte är små.

Familjeplanering skall tjäna människors "rätt att själva besluta hur många barn de vill ha och hur tätt de skall komma på ett fritt, informerat och ansvars-kännande sätt" (paragraf 29 i Deklarationen från befolkningskonferensen i Bukarest, 1974). Denna princip får konsekvenser för ut-formningen av servicen. För det första att den skall fin-nas. Idag har långt ifrån alla de familjer som önskar planera sin familj möjligheter därtill. Svenskt bistånd vill aktivt bidra till att bygga ut en mödra- och barn-hälsovård, i vilken familjeplaneringen är en del. Prin-cipen får också konsekvenser vad gäller utbudet av olika preventivmetoder. Det skall vara ett varierat utbud. Ingen metod får göras mer attraktiv än andra, till exempel genom belöningar till andra än klienten och belöningar för att påverka beslutet vad gäller metoder, där frukt-samheten inte återkommer utan nya ingrepp.

#### Näring och undernäring

Näringsfrågorna har en självklar plats inom primärhälso-vården. Undernäring och felnäring yttrar sig som sjukdomar som måste botas. Undernäring ger minskad motståndskraft mot infektioner och är därför indirekt orsak till många sjukdomar. Omvänt finns det sjukdomar, som exempelvis diarréer, mässling, malaria, vilka leder till undernäring.

Till hälsoarbetarnas vanliga uppgifter hör att ta hand om och bota svårt undernärda barn och att genom föräldrarna försöka förhindra att barnet på nytt blir undernärt. Det är också hälsosektorns ansvar att övervaka näringstillståndet hos enskilda och grupper av människor och rapportera om det försämras. Sådana rapporter skall ges till överordnade hälso-myndigheter och till andra sektorer som på olika nivåer har att göra med livsmedels- och näringsproblemen. SIDA stödjer utveckling av metoder för näringsövervakning och näringsut-värdering i flera länder.

Program för förbättrad näringsstandard kan ha olika tidsper-spektiv. På kort sikt kan de bestå av livsmedelsbistånd, bespisningsprogram och kampanjer mot bristsjukdomar. På längre sikt kan de innebära förändring av odllingsmönster, nya former för tillverkning och distribution av livsmedel samt insatser för utbildning och undervisning. SIDA stödjer insatser av båda dessa typer.

Traditionell undervisning i näringslära handlar om vad som är bra att äta, hur mat bäst tillreds och förvaras, vilken och hur mycket mat familjens olika medlemmar behöver. Det riktar sig främst till kvinnorna. SIDA verkar för att innehållet i denna undervisning vidgas och att den även når män och beslutsfattare. Den bör omfatta orsaker till näringsproblem i ett vidare perspektiv och dessas samband med exempelvis jordbruk, ekonomi och samhällsförändring.

Kvinnornas roll för familjens odling av mat, matlagning, barns uppfödning och amning är viktig från näringssynpunkt. En övergång från självhushållning till försäljning av grödor innebär ofta att kvinnor får mindre tid att odla matgrödor. Mat blir en handelsvara. Pris och tillgång styr familjens matvanor. Resultatet blir ofta att familjens kost och barnens näringstillstånd försämras. Näringsfrågor och kvinnofrågor hör därför intimt samman i utvecklingsarbetet.

Små barns mentala och fysiska utveckling är helt beroende av att de får rätt mat i rätt mängd. Grunden är att de får modersmjölk. Genom denna får barnet viss immunitet mot infektioner. Modersmjölk är dessutom näringsriktigt sammansatt, även om mamman är undernärd. Undernäring hos mamman påverkar däremot kvantiteten mjölk så att den sinar efter 4-6 månader. Om ett barn inte ammas, utan uppföds på modersmjölkersättning eller andra typer av mjölk med nappflaska, händer det ofta att det drabbas av diarréer och infektioner. Ofta får det inte i sig tillräckligt med modersmjölkersättning eftersom den är dyr att köpa eller för att mamman inte vet hur mycket barnet behöver. I värsta fall drabbas barnen av ren svält, marasm. Det skall poängteras att mödrarna oftast ger modersmjölkersättning i tron att de ger sina barn det bästa - reklamen säger ju det. SIDA verkar därför för att främja amning och för kontroll av marknadsföring av modersmjölkersättningar.

Även avvänjning från modersmjölk utgör en kritisk tid för barn i u-länder. Ofta finns ingen speciell barnmat. Av den stärkelsesrika vuxenkosten behövs alltför stor mängd för att barnet skall orka få i sig tillräckligt med näring. Det händer ofta att barn drabbas av undernäring i form av protein-energi-brist, så kallad kwashiorkor. Mödrar måste få stöd i och kunskap om vad som är lämpliga och överkomliga avvänjningskostnader.

Speciella problem utgör brist på vitaminer, jod och järn. För lite vitamin kan leda till blindhet, beri-beri och rakitis. Jodbrist kan ge struma, järnunderskott leder till blodbrist, som framför allt drabbar gravida och ammande kvinnor. Om en bristsjukdom har gått långt, behövs ett rejält tillskott för att bota den. Både undervisning i vad som är rätt kost och distributionsprogram för att förse människor med dessa tillskott behövs för att förbättra situationen.

### Vatten och hygien

Bara 20 % av människorna på landsbygden i u-länderna har tillgång till tillfredsställande vatten. Mindre än 10 % har ordnad latrin- och avfallshantering. WHO beräknar att 80 % av alla sjukdomar som drabbar människor i tredje världen har med vatten och hygien att göra. Exempel på dessa är diarréer, malaria, bilharzia, flodblindhet, trakom och hakmask. SIDA stödjer program för att förse människor med vatten. I SIDA:s strategidokument för vatteninsatser framgår hur dessa insatser utformas.

För att vatten skall leda till bättre hälsa räcker det inte med att installera det i en by. Det måste också till en förbättrad hygien i form av avfallshantering och latrinbyggande. Inom dessa områden kan människor göra mycket själva för att förbättra sin situation. Att bygga ut vattentillgången hjälper föga om människor sedan inte använder vattnet. Orsakerna till att de inte använder friskt vatten kan vara många. Människorna är vana vid brunt, ljummet vatten och är misstänksamma mot det klara, kalla, smakfria vatten som kommer ur pumpen. De tycker inte att mask och diarré är ohälsa, utan något ganska naturligt. Även fel använt vatten leder till problem. Djurs och människors vattenanvändning bör skiljas, vattenkärl bör vara rena. Det behövs alltså undervisning i vattenanvändning; en undervisning som respekterar folks traditioner, kunskaper och föreställningar.

Det är viktigt att anförtro ansvar för underhåll av pumparna åt personer som har intresse av att pumparna fungerar. Det är kvinnorna som ansvarar för att förse familjen med vatten. Bristen på vatten gör att många kvinnor ägnar timmar varje dag åt att hämta vatten. Där så är möjligt bör kvinnor ges utbildning och ansvar i dessa frågor.

### Handikappfrågor

Bistånd inom hälsoområdet har haft som ett av sina mål att förebygga handikapp. Exempel på sådana insatser är distribution av A-vitamin för att förebygga blindhet, insatser över huvud taget inom nutritionsområdet samt immunisering, exempelvis mot polio. Därutöver behövs åtgärder för rehabilitering av redan handikappade.

Det är inte bara olämpligt att bygga upp stora institutioner för handikappade utan dessutom en ekonomisk omöjlighet. De handikappades situation måste ses inom ramen för primärhälsovården. Mycket kan göras i miljön där de handikappade bor. SIDA stöder insatser för att utveckla metoder och tekniska hjälpmedel som kan fungera i u-länder.

På sikt måste åtgärder för handikappade finnas med i utvecklingsinsatser inom andra sektorer. Detta kräver ändrade attityder och mer kunskap hos alla inblandade.

### Utvecklingens avigsidor

Utveckling har medfört nya hälsorisker. Det finns några företeelser som för närvarande belastar rika såväl som fattiga länders hälsobudgetar oproporionerligt tungt. Det rör skador i samband med rökning, alkohol och trafik. Människor har själva möjlighet att påverka sin hälsa genom att välja en sundare livsstil. SIDA stödjer framför allt information och opinionsskapande verksamhet för att förebygga skador.

### Samarbete med internationella organisationer

SIDA samarbetar med ett antal internationella organisationer. För hälsofrågor i stort gäller detta Världshälsoorganisationen, WHO, och FNs barnfond, UNICEF. Inom befolkningsområdet är det FNs befolkningsfond, UNFPA, och inom familjeplaneringsområdet är det Internationella befolkningsfederationen, IPPF. Inom nutritionsområdet är det förutom WHO och UNICEF, framför allt FNs livsmedels- och jordbruksorganisation, FAO. Dessutom samarbetar SIDA med Världskyrkorådets medicinska kommission.

SIDA verkar för att organisationerna inom sina respektive områden bidrar till att utforma metoder och redskap som kan användas av u-länderna i deras primärhälsovård. I några fall innebär samarbetet att organisationerna är verkställande organ för SIDA, antingen inom ramen för den ämnesinriktade verksamheten eller inom det bilaterala samarbetet. Även dessa insatser väljs så att de tjänar primärhälsovården.

### Andra former för bistånd inom hälsoområdet

SIDA har ett nära samarbete med styrelsen för u-landsforskning, SAREC. Detta gäller ansträngningar att få fram nya mediciner och tekniker för att bekämpa, kontrollera och behandla sjukdomar. Det gäller också forskning för att få fram metoder för genomförande av primärhälsovård, till exempel uppföljnings- och utvärderingsmetoder samt olika former för folkligt deltagande. SIDA ser samarbetet med SAREC som angeläget, då det ger möjligheter till erfarenhetsutbyte och en koppling mellan forskning och tillämpning. Dessutom ger samarbetet SIDA värdefulla kontakter med den svenska resursbasen.

En stor del av SIDAS bidrag till svenska enskilda organisationer går till projekt inom hälsoområdet. Ofta har de haft en pionjärroll och drivit sin verksamhet med engagemang och kontinuitet. Det finns kunskap och erfarenhet i dessa organisationer. SIDA försöker i dialogen med organisationerna och i bedömning av ansökningar utreda hur deras projekt passar in i landets hälsosystem och tjänar primärhälsovården.

Katastrofbistånd ges vid akuta situationer, som jordbävningar och översvämningar, och vid mer långvariga nödsituationer, som torka, missväxt och flyktingkatastrofer. De insatser som görs under en längre tid måste bygga på primärhälsovårdsprinciper. Stor försiktighet måste iakttas så



att inte biståndet bryter goda traditioner, skapar nya behov och ökar beroendet. Detta gäller också livsmedelsbiståndet.

#### Resursbasen

En av SIDA:s uppgifter är att känna till svenska resurser lämpliga för utvecklingssamarbete inom hälsoområdet. Resursbasen omfattar både varor och tjänster, institutioner och enskilda. För att kunna identifiera, bedöma och vidareutveckla resursbasen krävs ett professionellt kunnande inom SIDA.

I sitt samarbete med resursbasen strävar SIDA efter långsiktighet. SIDA har etablerat institutionellt samarbete med ett par u-landserfarna institutioner inom särskilt viktiga områden, mödra- och barnhälsovård och näringsfrågor.

De personalkategorier som mottagarländerna behöver omfattar dels administrativ personal för planering av hälsovård, näringsfrågor, byggnation, distribution och transporter, dels personal för utbildning på mellan och lägre nivåer, samt för undervisningsplanering.

När det gäller personal för direkt sjukvårdande verksamhet inom ramen för det bilaterala biståndet är efterfrågan obetydlig. Det beror främst på att det är dyrt med svensk personal. Det finns också alltmer inhemsk personal inom de kategorier som kan bli aktuella.

Efterfrågan på personalbistånd gäller i allt större grad planering. Där kommer behovet av utländsk personal att kvarstå länge. På sikt bör det också finnas goda möjligheter från svensk sida att tillgodose denna efterfrågan. Inom många delområden av hälsoplaneringen finns kvalificerad personal i Sverige. Problemet är oftast bristen på u-landskunskap och frågan hur den tekniska kompetensen skall kunna anpassas till u-ländernas behov.

Området hälsoekonomi ökar snabbt i betydelse. Det är dock ännu inte särskilt välutvecklat i Sverige.

Transportplanering är ett speciellt behov inom många länders hälsovård. SIDA undersöker hur svenska resurser i form av konsultbolag och transportföretag bättre kan bidra till att lösa problemen i mottagarländerna.

Läkemedelsplanering efterfrågas i ökande utsträckning. Inom detta finns svenska resurser. Beredningen för internationellt läkemedelssamarbete är en kontaktpunkt som kan bidra till att mobilisera dessa resurser som finns såväl inom den offentliga sektorn som inom industrin.

SIDA har sedan några år gjort stora ansträngningar att mobilisera de svenska hälsoplaneringsresurserna och att öka deras u-landsengagemang. Detta har bl a skett genom u-landsinriktade kurser i regi av Institutionen för internationell barnhälsovård i Uppsala och av Nordiska

hälsovårdshögskolan i Göteborg. Resultatet har börjat visa sig i form av ett ökat antal sökande till hälsoplanerartjänster.

När det gäller planering av byggnader och utrustning för hälsovård har Sverige resurser, främst i form av privata konsultföretag. Många har varit engagerade i de landsbygds-hälsovårdsprojekt SIDA stött. Det finns därför en relativt stor grupp med såväl tekniskt kunnande som erfarenhet av u-landshälsovård och planering av landsbygdsinstitutioner.

Speciella program för sjukdomsbekämpning är ett relativt nytt område inom hälsobiståndet. Traditionellt har det funnits få svenskar med kompetens för exempelvis malaria- och leprabekämpning. Genom uppdrag för WHO och SIDA kommer det nu fram ett antal yngre läkare med erfarenhet inom detta område.

Utbildning fortsätter att kräva utländsk personal i många u-länder. För vissa typer av utbildning kan Sverige erbjuda god kompetens, t ex för mödra- och barnavård.

Hälsouppllysning är en allt viktigare komponent i primär-hälsovårdsprogrammen. Sverige har expertis för produktion av undervisningsmaterial inom olika områden. Det gäller trafiksäkerhetsupplysning, åtgärder mot tobaksrökning och åtgärder för att främja amning. Men samtidigt måste hälsouppllysning vara lokalt förankrad. Den är i hög grad avhängig kultur och lokala sedvänjor. Utlänningar kan bara vara av begränsad nytta. Det är därför tveksamt om svensk personal kommer att efterfrågas i större skala för hälsouppllysning.

SIDA har en fast representation i samråds- och fack-grupper av typ läkemedelsberedningen, handikappberedningen och barnmatsgruppen, i syfte att fördjupa kontakterna med och bearbeta den svenska resursbasen.

Därutöver finns kunskap och erfarenheter att utnyttja hos personer som arbetat inom hälsosektorn i det bilaterala biståndet, inom FN och inom de enskilda organisationerna.

#### AVSLUTNING

Primärhälsovård får inte ses som en andra klassens sjukvård för fattiga länders fattiga människor. Den får inte heller ses som ännu ett modebegrepp, som kommit för att stanna en tid och sedan ersättas av nästa.

Primärhälsovårdsstrategin kan och bör fungera som måttstock vid SIDAs bedömning av framställningar om hälsobistånd. Genom denna strategi får vårt bistånd en möjlighet att hjälpa till att förbättra hälsan hos de allra fattigaste på landsbygden - med deras egen insats, byggt på deras egna behov och erfarenheter. Detta kräver respekt, kunskap och inlevelseförmåga av alla inblandade.