

Det kinesiska undret

Sixten Haraldson

Paret Ruth och Victor Sidel – kända framför allt för ett tidigare arbete om "A Healthy State", en jämförelse mellan hälso- och sjukvården i Storbritannien, Sovjetunionen, Kina och Sverige – har utkommit med en ny bok: "The Health of China" – current conflicts in medical and human services for one billion people (Beacon Press, Mass, USA, 1982). Boken recenseras av dr Sixten S. R. Haraldson, professor of international development, Clark University, USA.

Efter mångårig isolering från omvärlden kom år 1971 den sensationella perforationen av bamburidån, då ett ping-pong-team från USA inbjöds att spela i Kina. Fem månader senare inbjöd Hälsovårdsministeriet den första USA-delegationen (på 20 personer) att besöka Kina. Ruth och Victor Sidel var bland de utvalda deltagarna i denna studieresa, som för familjen Sidel's del blev början till en rad studiebesök (1972, 1977 och 1980). Sonen Mark är språklärare i Peking och talar kinesiska. Han har bidragit med ett kapitel om skolväsendet i Kina.

Boken är skriven på klar och lättläst engelska, och är tillgänglig och väsentlig för även icke-medicinare. Många av senare års publikationer om Kina har genomgått av författarna. Litteraturlistan upptar 260 nummer.

Kina har under det senaste årtiondet lanserat en ny modell för utveck-

lingen av ett u-land, och visat upp resultat som i Världsbankens "World Development Report 1981" betecknas som "remarkable achievement". Trots en per capita inkomst som fortfarande placerar Kina bland världens u-länder – och som i andra u-länder anses stoppa utvecklingen – har Kina exv då det gäller nutrition, medellivslängd, familjeplanering och hälso- och sjukvård för landsbygds- och glesbygdsbefolkning åstadkommit mycket sensationella resultat. Förklaringen synes bli ligga i en unik vilja till samarbete och lojalitet, och i ett extensivt utnyttjande av lokala krafter. Bilder och rapporter från dagens Kina vittnar om stor förnöjsamhet och livsglädje, egenskaper som tyvärr fattas i många stillastående u-länder.

Kina har byggt upp hela sitt pragmatiska system utan egentlig hjälp utifrån. Man tar emot viss u-hjälp och ger samtidigt u-hjälp till länder som är fattigare och mindre utvecklade än Kina. Åtskilliga av Kinas idéer och metoder har kopierats i såväl i- som u-länder, ofta utan att man uppnått det sociala välbefinnande som idag utmärker Kina.

Victor Sidel är professor of community medicine vid Albert Einstein College of Medicine i New York och föreståndare för den socialmedicinska institutionen vid Montefiore Hospital i Bronx i NY. Hustrun och medförfattaren Ruth Sidel är assistant professor of sociology vid City University of NY. Båda har i en rad böcker dokumenterat sitt tvärvetenskapliga sociala och socialmedicinska kunnande.

Teamet Sidel ger i den nu utgivna Kina-boken (220 sid) en grundlig och objektiv skildring av ej enbart

hälso- och sjukvården utan även av andra områden av betydelse för nationalhälsan, såsom socialvård, näringsliv, kommunikationer och skolväsende. Boken är ett utmärkt exempel på moderna tvärvetenskapliga grepp på ett svårgripligt ämne. Utan detta multidisciplinära synsätt skulle en skildring av det förbryllande skeendet inom hälso- och sjukvården i Kina hänga i luften – en snabb utveckling från en utpräglad u-landssituation på alla områden, undervisning, nutrition, omgivningshygien etc, till en situation idag, som man har svårt att inränga i vår traditionella u-landsskala.

Några speciella områden som behandlas i boken skall kommenteras här: den traditionella medicinen, barfotaläkar-systemet, och familjeplaneringen.

Traditionell och västerländsk medicin

Den traditionella medicinen i Kina är 4000-årig och bygger på ackumulerade empiriska observationer. I dagens Kina integreras denna folkmedicin utan större problem med västerländsk medicin. Speciellt har akupunktur blivit känd utåt. Den västerländska medicinen firade emellertid triumfer vid en rad omfattande epidemier och har därför accepterats som ett väsentligt komplement till den traditionella medicinen, som utbildar sina egna "läkare". Läkemedelsföretag i Kina pro-

Den västerländska medicinen firar emellertid triumfer i en rad omfattande epidemier.

ducerar omkring 3 000 traditionella kinesiska preparat.

Bland dagens medicinska problem finner man tuberkulos, trakom och schistosomiasis. Ledande dödsorsaker är i ordning: cancer, "hjärnblödning", hjärtsjukdomar. (Jfr USA med omvänd ordning på samma dödsorsaker). Trafikskador är relativt obetydliga i en nation av gående och cyklande. Endast Peking har 3 milj cyklar, men endast 180 000 motorfordon.

Ett snabbt ökande intresse tilldrar sig industrihälsovården vid Kinas 400 000 fabriker och gruvor. Företagshälsovården har sin egen sjukvårdsapparat med egna sjukhus och egna forskningsinstitutioner. Som helhet är emellertid medicinsk forskning i Kina relativt blygsam. Det talas om prövning av nya medel mot cancer och mot malaria.

Mentalhälsovården ligger i stor utsträckning i händerna på familj, grannar och arbetskamrater – och uppges vara framgångsrik. Man har en utpräglat traditionell syn på mentalsjukdomar. Äldrvården är på samma sätt familjens angelägenhet.

Spädbarnsdödligheten har beräknats av Världsbanken för hela Kina (1978) till omkring 50 per 1 000 levande födda, med stora variationer mellan olika provinser och mellan städer och landsbygd. För Peking City var siffran 10,4 år 1980, vilken kan jämföras med 14,6 för vita och 18,2 för "icke-vita" spädbarn i NY City. Landsbygdsbefolkningen har högre både morbiditets- och mortalitetssiffror, och allvarliga åtgärder har därför satts in för att bygga ut hälso- och sjukvården på landsbygden. Man strävar efter att korrigera snedfördelningen av resurserna, som gynnat storstädernas och tätorternas befolkning (15–20 % av Kinas totala befolkning). Man decentraliserar hela sjukvårdsapparaten och överför ansvaret för planering och drift till myndigheterna på provins- och kommunal nivå.

Som ett led i "mobiliseringen av massorna" har det mångomtalade

Barfotaläkarna utgör ovärderliga länkar mellan befolkningen och den professionella medicinen

barfotaläkar-systemet utvecklats och spelar nu en väsentlig roll i det heltäckande nätet av primärvård. Kandidaterna till detta by-läkar-system utses av folket lokalt. Initialt ges en utbildning på 3–6 månader. I sitt arbete står de under regelbunden övervakning från närmast högre sjukvårdsenhet, och måste regelbundet genomgå fortbildningskurser. I vårddedjan befinner de sig längst ut och sköter hälso-stationer med ansvar för hälsoundervisning, omgivningshygien, förebyggande vård och behandling av enklare sjukdomsfall. Västerländsk medicin blandas med traditionell. Ofta är de halvtids-anställda och arbetar resten av tiden exv i jordbruk (med "bara fötter" i risfälten).

Barfotaläkarna bidrar effektivt till den eftersträlvade "avmystifieringen" av professionell medicin. Det finns 1,5 milj barfotaläkare (1980), men endast 447 000 modernt utbildade läkare, eller en på 2 200 invånare. Utövare av traditionell medicin och utbildade för detta är 369 000. Antalet sjukhusbäddar motsvarar två per 1 000 invånare i genomsnitt i Kina. Barfotaläkarna med sin lokala kännedom om folk, kulturmönster, sociala förhållanden och språk utgör oumbärliga länkar mellan befolkningen och den professionella medicinen. Säkerligen av avgörande betydelse för exv kampanjer som rör omgivningshygien, nutrition och familjeplanering.

Familjeplanering och läs- skrivkunnighet

Två tidigare familjeplaneringskampanjer har stort sett misslyckats i Kina. Den tredje har nu pågått i tio år och redan gett mycket överras-

kande resultat. Man rekommenderar högre ålder för ingående av äktenskap, tillåter aborter, och favoriserar enbarnsfamiljer beträffande inkomst och karriär. "Att producera ett tredje barn är att utmana staten" (premiärminister Hua Guofeng). Tillsammans har dessa åtgärder med samtidig undervisning om preventivteknik – sänkt födelsetalet från 27 per 1 000 inv 1963 och till 13 år 1979, och reducerat befolkningsökningen till omkring en procent per år. Emellertid är hela 39 % av befolkningen under 15 år. Medellivslängden stiger (nu 64 år), varför Kinas befolkning likväl kommer att stiga ett antal år framåt. Enligt 1982 års census är befolkningen 1,1 milj. Den optimala befolkningen har av Kina angetts till omkring 700 milj, vilket förväntas vara uppnått om ca 100 år.

Förskolundervisningen börjar redan vid tre års ålder, och redan då sätts den politiska träningen in. Loyaliteten mot samhället och regimen lovsprisas i sånger, lekar och barn teater. Trots de stora klasserna i grundskolan, ofta över 50 elever per klass, anses det inte finnas några disciplin-problem, alla är tacksamma och lyckliga.

I all undervisning på alla nivåer även akademisk, har teoretiska studier varvats med kroppsarbete utom samhället. Skolbarnen får sopa gator och städa lokaler.

Cirka en tredjedel av skolbarnen fortsätter studierna efter den obligatoriska grundskolan, och en procent går vidare till universitet och högre skolor. Allt flera skaffar sig dessutom specialutbildning i USA, Japan eller Väst-Europa.

Av u-länder har endast Sri Lanka en lägre analfabetism och en högre procent av barn i skolgång. Läs- och skrivkunnigheten har i Kina ansetts vara en förutsättning för förbättring av nationalhälsan – en sanning som inte gått upp för många av Afrikas u-länder med upp till 90 % analfabetism på landsbygden och ett utvecklat skolsystem. Barfotaläkar-

Parfotaläkariden bygger på
möjligheterna att lokalt rekrytera
ungdomar som genomgått åt-
minstone 5-6 års grundskola.

den bygger på möjligheten att lokalt
rekrytera ungdomar som genomgått
åtminstone 5-6 års grundskola.
Systemet är därför ogenomförbart
eller mindre framgångsrikt i Afrikas
länder söder om Sahara.

Stabila förhållanden och ansvars- ämnande — hur länge?

Mycket av utvecklingen i Kina byg-
ger på stabila familjeförhållanden
och ansvarskänning för barn och
äldringar. Skilsmässor är sällsynta
och får ej äga rum under pågående
graviditet och ett år efter barnets fö-
delse. Många frågar sig, helt natur-
ligt, om hela denna, ganska idylliska
bild av en nation i utveckling kan
bestå eller om inflytande från Väs-
terlandet successivt skall ändra
ideologi och metoder. Då det gäller
intelligentia och akademiker har
man redan gett avkall på kravet på
periodiskt kroppsarbete ute i sam-
hället, och sålunda tummat på den
proklamerade jämställdheten mellan
utövare av manuellt och intellektu-
ellt arbete. Vetenskap och expertis
har getts ökat värde. Kanske kan
gradvis den orubbliga lojaliteten och
kollektiva solidariteten naggas i kan-
ten, och därmed de politiska ideolo-
gierna. Vad kommer Kinas 2,2 milj
TV-apparater (1980) att betyda? Fa-
miljemönstret kan komma att modi-
feras och morgondagens kines kan-
ke inte accepterar enbarnsfamiljen
som norm (för nationens skull), och
inte heller en tillvaro där sexuallivet
uppenbarligen bortrationaliserats.

Förhållandena i Kina är svårgrip-
bara för oss också på grund av lan-
dets och nationens dimensioner. Be-
folkningen utgör nära en fjärdedel
av hela mänskligheten. Vid jämfö-
relser med exv Sverige måste man
hela tiden multiplicera med hundra.

Liksom i Sri Lanka har Kina
åstadkommit sin snabba utveckling
trots en mycket låg BNP per capita.
Kineserna är fortfarande fattiga. En-
dast 1-3 % av inkomsten går till
hälso- och sjukvård (i USA ca
10 %). Standarden på sjukvården
varierar inte bara mellan stad och
landsbygd utan är betydligt mindre
utvecklad i de oändliga glesbygderna
i norra och västra delarna av det
kinesiska imperiet. Å andra sidan
har man inga problem som kan jäm-
ställas exv med de färgades i USA
eller med slumkvarteren i Bronx,
som är författarna Sidel's grannar.

En meningsfull socialmedicin

För fyra år sedan hade jag nöjet att i
Socialmedicinsk Tidskrift (nr 10/
1979) anmäla ett tidigare jättearbete
av samma författarpar, "A Healthy
State" (kommit i ny upplaga 1983),
där man jämför hälso- och sjukvår-
den i Storbritannien, Sovjetunionen,
Kina och Sverige med varandra och
med utvecklingen på motsvarande
områden i USA. Tidigare har Sidels
tillsammans utgivit bla boken
"Serve the People" (om Kina), och
Ruh Sidel har skrivit den uppmärks-
ammade boken "Urban Survival",
som bygger på ingående intervjuer
med åtta kvinnor i NY.

Victor och Ruth Sidel har tillfört
socialmedicinen helt nya dimensio-
ner. De är insatta i socialmedicinens
traditionella ämnesområden: epi-
demiologi, preventiv medicin och ad-
ministrativ medicin. Har arbetat
många år med problemen hos slum-
befolkningen i Bronx, och med stora
nationella sociala problem i USA. I
motsats till det mesta av socialmedi-
cin i Skandinavien har de också vid-
gat vyerna och adderat globala
aspekter till de lokala och nationel-
la. WHO har också flitigt utnyttjat
Victor Sidel's unika kunnande. Helt
visst har också arbete med hemma-
problemen i USA och Bronx beri-
kats av parets "gränslösa" social-
medicin, som är medicinsk tvärve-
tenskap i bästa tappning.

I denna form är socialmedicinen
otvivelaktigt den mest behövliga
specialiteten i internationellt ar-
bete.

I den formen är socialmedicin
otvivelaktigt den mest behövliga
specialiteten i internationellt arbete.
Ingen kan se så objektivt på pro-
blemlistan och prioritera så obö-
hörligt efter lönsamhet och bestän-
de utvecklingseffekt som socialme-
dicinaren. Den otroligt låga hälso-
och sjukvårdsbudgeten i de flesta u-
länder (i Etiopien 2000 gånger lägre
än i Sverige, räknat per capita)
tvingar till detta synsätt. Vatten och
avlopp och latrinbyggande slår där-
för ut tänkbara insatser då det gäller
avancerad sjukvård såsom strålbe-
handling av cancer och hjärtkirurgi.
Kina har kommit långt i detta realis-
tiska sätt att prioritera.

**bok
recensioner**

Ungdom i riskzon

Identitetsutveckling

INGA SYLVANDER

UtbildningsproduktionAB

Under temat Ungdom i riskzon ger
Socialstyrelsen ut en serie böcker,