

Intryck av socialmedicinska problem i Zambia

Axel Gisslén

I den artikel redovisas intryck från en studieresa i Zambia sommaren 1975. Den varade fyra veckor och omfattade besök i bl a Lusaka, Livingstone, Copperbelt och en resa genom den västra, mycket glest befolkade provinsen.

Zambia är som andra länder i Afrika starkt påverkat av sin koloniala historia. Små geografiska områden i landet och begränsade sektorer av tex sjukvård och utbildning har utvecklats under den koloniala tiden. Större delen av landet är emellertid underutvecklat. Befolkningen är utsatt för parasit- och infektionssjukdomar i stor omfattning. Under de senaste tio åren har urbaniseringen varit snabb. Detta är några faktorer som bidrar till att Zambia har mycket stora socialmedicinska problem.

I resan deltog Axel Gisslén, Grethe Gisslén och Birgitta Lindström.

SYFTE OCH UPPLÄGGNING

Syftet med denna artikel är att förmedla några intryck av socialmedicinska problem i ett utvecklingsland.

Uppgiften är svår. Besöket var kort. Det mesta är så annorlunda mot i Sverige. Den administrativa strukturen är en helt annan. Det är svårt att finna de rätta kontaktvägarna. Data som vi är vana att arbeta med i Sverige finns inte alls eller bara ofullständigt. Många av deras problem är väsensskilda från våra. Och förutsättningarna att bearbeta problemen så totalt annorlunda — inte minst de ekonomiska förutsättningarna.

Våra metoder att samla material kan sammanfattas i tre punkter:

- a) Genomgång av litteratur och andra tryckta källor.

Det finns några få böcker på svenska om Zambia. Dessutom har vi fått del av åtskilliga broschyrer, rapporter och statistiska sammanställningar i Zambia. Naturligtvis är urvalet ofullständigt och slumpvis.

- b) Intervjuer med personal på olika nivåer i social- och hälsovårdsorganisationen.

Vi har haft tillfälle att intervjuar ett 25-tal personer i hälsoministeriet, socialministeriet samt på provins- och distriktsnivå. Alla har varit välorienterade och ytterst tillmötesgående. Ändå är det svårt att frigöra sig från en hämmande känsla av främling som nyfiket tränger sig på.

- c) Synintryck av institutioner och miljöer.

På sätt och vis är detta den viktigaste informationskällan. Men intrycken är svåra att systematisera och förmedla.

Vilken bild av Zambia ur socialmedicinsk synpunkt kan vi förmedla från dessa källor? Fragmentarisk, ytlig, subjektiv? Javisst. I hög grad. Men förhoppningsvis ändå tillräckligt för att ge en introduktion till en socialmedicinsk verklighet som är både oroande och uppmuntrande. Oroande därför att så många problem tycks befinna sig så långt från en rimlig lösning. Uppmuntrande därför att det trots allt görs så ambitiösa satsningar.

.....

Oroande därför att så många problem tycks befinna sig så långt från en rimlig lösning. Uppmuntrande därför att det trots allt görs så ambitiösa satsningar.

.....

Ett brett perspektiv nödvändigt

Man kunde försöka göra en mekanisk jämförelse punkt för punkt mellan Zambia och Sverige. På några punkter är det möjligt. Men bilden av Zambia skulle med den metoden bli osammanhängande och skev. De sociala problemen liksom hälso- och sjukvårdsproblemen är invävda i ett kulturellt, socialt och ekonomiskt sammanhang som är helt olikt motsvarande sammanhang i Sverige. Och Zambias socialmedicinska problem kan bara förstås i sitt Zambiska sammanhang.

Detta är en generell svårighet för studiet och förståelsen av utvecklingsländernas problem. Inget problem och inget område i samhället kan med framgång studeras isolerat från sitt sammanhang med andra problem och andra samhällssektorer. Detta är också en svårighet för genomförandet av utvecklingsprogrammen i dessa länder. Om inte utvecklingsinsatserna anknyts till existerande kulturmönster och sociala förutsättningar och om de inte är integrerade i ett program för en allsidig utvecklingsprocess som samtidigt förändrar hela samhällsstrukturen leder de i bästa fall endast till isolerade öar av framsteg.

I Sverige har ett socialmedicinskt synsätt fått allt starkare genomslag under senare år. Sammansatta problem kräver samordnade sociala och medicinska insatser. Men ett socialmedicinskt synsätt motiverar också förebyggande åtgärder inom andra sektorer, t ex samhällsplaneringen.

I Zambia är det ytterst påtagligt att de grundläggande socialmedicinska problemen kan angripas framgångsrikt endast genom integrerade in-

satser på flera områden samtidigt. Här skall uppmärksamheten fästas vid tre områden: bostäderna, utbildningen och landsbygdsutvecklingen. Givetvis sammanhänger den socialmedicinska situationen med utvecklingen av alla sidor av det Zambiska samhället. Men utan framgångsrika insatser på i första hand de tre nämnda områdena förefaller det klart att de sociala och medicinska insatserna kommer att bli mer eller mindre slag i luften.

Bostäderna

Infektionssjukdomarna intar en dominerande plats i det Zambiska sjukdomspanoramat. Det kräver en förbättring av den hygieniska standarden både personligt och omgivningshygieniskt. En förutsättning för det är en förbättring av bostadsstandarden framför allt på landsbygden.

Bostadsstandarden är mycket låg för majoriteten av befolkningen. I de byar vi såg på landsbygden var hyddor av lera eller gräs den vanligaste bostaden. Eftersom familjerna som regel är stora blir trångboddheten enorm om man mäter med våra mått. Utrustningen att förvara och bereda livsmedel är ytterst primitiv. Elström finns bara i städerna, i den urbaniserade delen av kopparprovinsen och längs vissa vägar.

Även i städerna är bostadsproblemen stora. Därtill bidrar inte minst urbaniseringen. I Lusaka har befolkningen ökat från 123 000 1963 till 400 000 1974. Övriga städer har också en hög tillväxt även om den är lägre än i Lusaka. Det officiella bostadsbyggandet i Lusaka klarar inte den snabba inflyttningen, varför en betydande del av befolkningen där bor i sk shanty town. Det är "illegala" förortsområden med primitiv bebyggelse. Där saknas som regel både el, vatten och avlopp.

Utbildningen

Utbildningsstandarden har fundamental betydelse för den socialmedicinska standarden ur åtminsto-

Infektionssjukdomarna intar en dominerande plats i det zambiska sjukdomspanoramat.

Om inte utvecklingsinsatserna anknyts till existerande kulturmönster och sociala förutsättningar och om de inte är integrerade i ett program för en allsidig utvecklingsprocess som samtidigt förändrar hela samhällsstrukturen leder de i bästa fall endast till isolerade öar av framsteg.

ne tre aspekter:

a) för den allmänna, basala kunskapen om hygien, kost och enkel hemsjukvård.

Betydelsen av sådan förbättrad kunskap framträder i skarp relief mot bakgrund av infektions-sjukdomarnas och undernäringsens omfattning.

b) för tillgången till kvalificerad personal inom hälso-, sjuk- och socialvård.

Bristen på kvalificerad personal är sannolikt den största svårigheten vid utbyggnaden av samhällsservicen på detta område.

c) för att möjliggöra en sådan allmän ekonomisk utveckling att tillräckliga resurser kan skapas för vårdsektorn.

Hälso- och socialsektorn är prioriterad i Zambia. Hälsoministeriet erhöll 1975 ca 10 % av hela statsbudgeten.

Jordbruket

Zambia förefaller att ha en mycket stor jordbrukspotential. Men den är dåligt utnyttjad. Landet är för närvarande långt ifrån självförsörjande med livsmedel. För närvarande är 40 % av de marknadsförda livsmedlen importerade. Då är att märka att en betydande del av befolkningen producerar sina livsmedel i självhushåll.

Zambia beräknas ha 32 milj ha odlingsbar mark. Endast 2,5 milj är odlade. (Ca 3 milj ha i Sverige) Men många jordar är dåliga. Svedjejordbruken och omfattande gräsbränder hindrar humusbildning. Vidare krävs det omfattande konstbevattning och konstgödning. För avsaluodlingen är transport- och lagringsproblemen besvärande. Före självständigheten var den moderna del av jordbruket som producerar för avsalu huvudsakligen i europeernas händer. Många av dem utvandrade vid självständigheten och jordbruksproduktionen sjönk.

Zambia förefaller att ha en mycket stor jordbrukspotential. Men den är dåligt utnyttjad. Landet är för närvarande långt ifrån självförsörjande med livsmedel.

Jordbrukets utveckling är emellertid inte bara en fråga om att trygga en tillräcklig och allsidig livsmedelsförsörjning för Zambias folk. Jordbrukets utveckling har också grundläggande betydelse för möjligheterna att lösa både städernas och landsbygdens socialmedicinska problem.

Slutsats

Detta är det perspektiv vi vill anlägga på Zambias socialmedicinska problem. Det gör vår lilla studie svårare men också intressantare och meningsfullare.

Mot den bakgrunden skall vi i fortsättningen redovisa uppgifter om hälso- och socialservicens organisation, om sjukligheten och undernäringen, och om de sociala problemen. Vi skall redovisa våra intryck från i första hand Copperbelt och kort återkomma till jordbruket, bostäderna och utbildningen.

Men allra först några allmänna data om Zambia och en liten historisk återblick.

ZAMBIA — UNG NATION I GAMMALT LAND

Äldre historia

Det är med Zambia som med det övriga Afrika att dess egen historia långt före européernas inträngande har börjat uppmärksammas och beskrivas först under de allra senaste decennierna. Zambias kulturhistoria sträcker sig årtusenden, kanske 30—40 tusen år tillbaka.

Vi bodde under en stor del av besöket i Iteshi-Teshi, en liten ort vid Kafuefloden ca 30 mil väster om Lusaka. Där byggs f n en damm, som ska öka kapaciteten på ett nybyggt kraftverk längre ner efter floden. I och med uppdamningen kommer ett stort område att läggas under vatten.

Det är med Zambia som med det övriga Afrika att dess egen historia långt före européernas inträngande har börjat uppmärksammas och beskrivas först under de allra senaste decennierna.

Därför pågick just arkeologiska undersökningar av området.

Arkeologerna hade gjort fynd från den äldre stenåldern (ca 35 000 år tillbaka). På en utgrävningsplats vi besökte hade de grävt sig ner lager för lager och hittat en by i varje lager. De hade på det sättet nått ner ca 500 år i tiden, genom järnåldern och in i den yngre stenåldern. Fynd av glaspärlor och andra saker visade att afrikanerna inte levt isolerade i byarna utan haft handelsförbindelser neråt floden bl a med araberna.

Kolonial historia

Européernas inträngande i denna del av Afrika började med portugisiska köpmän på 1400- och 1500-talen. Men inflytandet var ringa. Först på 1800-talet berördes de Zambiska folken på allvar av den slavhandel som redan under ett par hundra år dessförinnan hade fört 10-tals miljoner afrikaner över Atlanten. Slavhandeln försvagade stammarna i Zambia och bidrog till att britererna kunde ta över landet.

Zambia är mera känt under sitt tidigare koloniala namn: Nord-Rhodesia, efter den främste kolonisatören Cecil Rhodes. Det var kopparfyndigheterna som var drivkraften till koloniseringen av Nord-Rhodesia. Genom mutor och bedrägerier lyckades British South Africa Company få avtal om prospekteringar med olika hövdingar. Bolagets befogenheter grundades på ett kungligt privilegium från drottning Victoria. Det erhöles 1889, och gav bolaget fullmakt att "ingå fördrag, utfärda lagar, bevara freden, hålla en polisstyrka och förvärva nya koncessioner". Det fick också rätt att driva all slags ekonomisk verksamhet. Bolaget hade alltså praktiskt taget oinskränkt makt.

1924 blev Nord-Rhodesia formellt ett brittiskt protektorat. Bolaget behöll dock mineralrättigheterna.

Efter andra världskriget började den nationella frigörelsen efter känt mönster med politiskt arbete och strejkaktioner. Koppargruvorna blev en bas för starka fackliga organisationer. Britterna försökte först möta den nationella frigörelsekampen med en påtvingad federation mellan Nord- och Syd-Rhodesia och Nyasaland. Den kunde så

~~~~~  
*Kolonialismen har satt djupa spår i Zambia.  
Det är effekter, som är negativa även ur  
socialmedicinsk synpunkt.*  
~~~~~

småningom endast hållas samman med brittiskt våld, och 1964 var Zambias nationella frigörelse fullbordad.

Kolonialismen har satt djupa spår i Zambia. Det är effekter, som är negativa även ur socialmedicinsk synpunkt.

Under den koloniala tiden fanns inget som helst samlat program för en allsidig utveckling av hela Zambia. Utvecklingen länkades till kolonisternas intressen. Det innebar att endast de områden och de funktioner som hade betydelse för kolonisterna utvecklades. Större delen av befolkningen var en arbetskraftsreserv som i övrigt föga intresserade makthavarna. Vid självständigheten var Zambia starkt beroende av USA och Europa för sin kopparexport och av Syd-Rhodesia och Syd-Afrika för importen av livsmedel och industrivaror. Inom Zambia var den ekonomiska utvecklingen koncentrerad till kopparprovinsen och ett område längs järnvägen.

Andra inslag i det koloniala arvet var bristen på utbildad personal och ett mycket bristfälligt utbildningsväsende. Den första kullen läkare t ex, som utbildats i Zambia, lämnade universitetet i Lusaka 1973. Kolonialismen hade heller inte varit gynnsam för utvecklingen av självkänsla och självförtroende. När det nya Zambia bildades genom självständigheten 1964 bar det på ett kolonialt arv som gav många ogynnsamma förutsättningar för landets utveckling.

ZAMBIA



Några basfakta

Självständighet	1964
Yta	746 256 km ²
Antal inv.	4,7 milj
Folkökning	3 % per år
Huvudstad	Lusaka (ca 450 000 invånare)
Klimat	Zambia har tre årstider. En sval och torr period från maj till augusti med temperaturer mellan 15 och 26°. En het och torr period från september till november och en het och regnig period från december till april med temperaturer mellan 27 och 32°.
Statsskick	Zambia är republik och en-partistat med Kenneth Kaunda som president.
Näringsliv	Huvuddelen av befolkningen lever av jordbruket. Majs, hirs och cassava

(buskväxt med stärkelserika rotknölar). Zambia är rikt på mineraler, speciellt koppar. Zambia är världens näst största exportör av koppar. Denna export utgör ryggraden i Zambias ekonomi.

BNP till marknadspris	12,5 miljarder kr
BNP per invånare o. år	2 700 kr
Ekonomi	Zambias statsbudget för 1973 uppgick till 3 337 milj svenska kronor. Genomsnittsinkomsten låg samma år på 350 skr på landsbygden och 4 200 skr i städerna.
Språk	Engelskan är officiellt språk i administrationen. Desutom finns fyra officiella lokalspråk (stamspråk).

Staten har ansvaret

I Zambia är hälso-, sjuk- och socialvården till övervägande del statliga uppgifter. Den planeras och leds av hälsovårdsministeriet resp arbets- och socialministeriet. I Zambia finns ingen motsvarighet till kommuner och landsting som mer eller mindre självständiga huvudmän för dessa funktioner. Det behöver inte betyda en fullständig centralisering. Landet är indelat i 9 provinser med en betydande del av såväl planering som verkställighet delegerad till denna nivå. En kabinettminister är ansvarig för samordningen på provinsnivå mellan olika samhällssektorer. Varje provins är i sin tur indelad i 6—8 distrikt. För samordningen på distriktsnivå finns en distriktsguvernör. Både på provins- och distriktsnivå finns lokala kommittéer.

Hälso- och sjukvården har byggts ut mycket snabbt sedan självständigheten 1964.

Förutom den statliga sjukvården finns ett betydande antal mindre sjukhus samt kliniker i missionsregi. De är dock samordnade med den allmänna sjukvården och statsbidrag utgår. Vidare har det tidigare funnits vissa privata sjukhus. De har varit avgiftsfinansierade och har tillhandahållit sjukvård åt anslutna företags anställda och deras anhöriga men även åt andra privatpersoner. Samtliga dessa sjukhus har övertagits av staten enligt beslut av president Kaunda i juni 1975.

Hälso- och sjukvården har byggts ut mycket snabbt sedan självständigheten 1964. Det framgår i stora drag av följande siffror. (Tyvärr finns det inte siffror tillgängliga senare än 1972):

	1964	1968	1972
Antal sjukhus			
statliga	19	27	36
missionen	19	23	28
övriga	10	12	12
Antal bäddar på sjukhus	7 700	10 000	12 900
Hälsocentra (full-tids)	306	419	595
Antal bäddar på hälsocentra	3 140	4 000	4 500
Barnkliniker	—	36	> 1 000 (1974)
Mödravårdskliniker	—	—	> 500 (1973)
Antalet inlagda patienter			
sjukhus	150 000	212 000	302 000
hälsocentra	159 000	203 000	194 000
Antal vård dagar			
sjukhus	2 020 000	2 300 000	3 090 000
hälsocentra	1 240 000	1 400 000	1 226 000
Antal besök i öppen vård (ny- och återbesök)			
sjukhus	2 535 000	3 900 000	5 600 000
hälsocentra	12 000 000	14 500 000	19 000 000

Riksnivå

På riksnivå finns tre centralsjukhus, i Lusaka, Kitwe och Ndola. De två senare i kopparpövinsen. Vidare finns tre specialsjukhus; ett barnsjukhus, ett mentalsjukhus och ett leprasjukhus. Dessa sex sjukhus är direkt underställda hälsoministeriet. De är samtidigt undervisningssjukhus och tillhandahåller specialistvård inom de flesta medicinska specialiteter.

Provinsnivå

På provinsnivå finns under hälsovårdsministeriet en provinsial medical officer. Han svarar för planeringen av all hälso- och sjukvård i provinsen och är samordnare mellan de olika funktionerna. I varje provins, utom Copperbelt som har två centralsjukhus, finns ett provinssjukhus bemannat med såväl allmänläkare som vissa specialister.

Distriktsnivå

Tyngdpunkten i hälso- och sjukvården är förlagd till distriktsnivå. I varje distrikt skall det finnas ett distriktssjukhus som har ansvaret för hälso- och sjukvården i distriktet och som svarar för handledning av personal vid hälsocentra (kliniker).

Distriktssjukhusen är små, mycket enkla sjukhus. De skall dock vara bemannade med läkare och examinerade sjuksköterskor.

Basen för hälso- och sjukvården utgörs av de ca 600 hälsocentra som är utspridda över landet. Det betyder i genomsnitt ca 8 000 invånare per centra. Därtill kommer ett antal sub-centra i periferi byar. De är bemannade endast på deltid. Hälsocentralerna är bemannade med medical assistants, undersköterskor (enrolled nurses), barnmorskor och hälsoassistenter. Vid dessa hälsocentraler tillhandahålls i första hand öppen vård och allmän hälsovård. Men det finns också ca 4 600 bäddar i hälsocentralerna.

Den förebyggande mödra- och barnvården är relativt väl utbyggd på distriktsnivå. Det finns fler än 1 000 "barnkliniker" (ursprungligen kallade under-five-clinics), av vilka något mer än hälften är förlagda till sjukhus eller hälsocentra medan resten är ambulanta. De viktigaste aktivi-

Vid hälsocentralerna sköts sjukvården i huvudsak av medical assistants. De har 2-årig medicinsk utbildning. De anses vara förhållandevis skickliga och är väl förtrogna med de lokala förhållandena.

teterna vid dessa kliniker är följande: vaccinationer mot smittkoppor, TBC, mässling, polio, difteri och kikhosta. Viktkontroll för tidig upptäckt av undernäring. Tillhandahållande av näringskomplement. Behandling av småkrämpor samt undervisning till mödrarna i hälso- och kostfrågor. För mödravården finns mer än 500 antenatal och post-natal kliniker. År 1972 var det sammanlagt 1,3 milj besök av barn vid klinikerna. Trots det beräknas endast 35—40 % av alla barn ha besökt en klinik minst en gång under 1972.

Skolhälsovården är sedan 1972 integrerad med mödra- och barnhälsovården. Den består av hälsokontroller samt hälsoundervisning för både lärare och barn.

Vid hälsocentralerna sköts sjukvården i huvudsak av medical assistants. De har 2-årig medicinsk utbildning. De anses vara förhållandevis skickliga och är väl förtrogna med de lokala förhållandena.

Examinerade barnmorskor finns endast vid sjukhusen. 1972 skedde ca 60 000 födselar vid sjukhus. Ca 25 000 skedde vid hälsocenter. Där tjänstgör sk enrolled midwives, som har ett-årig barnmorskeutbildning utan sjuksköterskeutbildning som bakgrund. Hur många födselar som skedde i hemmen är obekant, men det torde vara ett mycket stort antal. I många familjer är det tradition att första barnet skall födas hemma.

Personal

Det var svårt att få säkra uppgifter om personalsituationen. En samlad statistik på detta saknades. Antalet läkare torde vara omkring 200. Antalet statsanställda sjuksköterskor var av storleksordningen 550. Antalet fullt utbildade barnmorskor ca 160.

Zambia har emellertid ett mycket ambitiöst utbildningsprogram för sjukvårdspersonal. 1973

Tillgången på facktidsskrifter och annat periodiskt material som ger kontinuerlig orientering och vidareutbildning är ytterst begränsad.

blev den första kullen läkare, 13 stycken, färdiga vid universitetet i Lusaka. Målet för år 1980 är att utbilda 90 per år. Trots det kommer Zambia under lång tid framåt att ha stort behov av utländska läkare.

Sjuksköterskor utbildas vid fyra skolor. 1973 utexaminerades 70 sköterskor. Det antalet kommer att successivt utökas till 250 per år. Av legitimerade barnmorskor utbildas för närvarande ett 50-tal per år. Utbildningskapaciteten för medical assistants uppgår till ca 300 per år.

Vidareutbildningsmöjligheterna är otillräckliga. Läkare kan få stipendier för specialiststudier utomlands. Två skolor håller på att byggas ut för

vidareutbildning av sjuksköterskor. Korta kurser och seminarier för olika personalkategorier arrangeras i växande omfattning.

Personalutbildningen kämpar med många speciella svårigheter förutom den otillräckliga kapaciteten. Kvaliteten på grundutbildningen är ojämn med åtföljande svårigheter för många elever att tillgodogöra sig yrkesutbildningen. Lärare och studiematerial kommer huvudsakligen från Europa, vilket medför svårigheter att anpassa undervisningen till Zambiska förutsättningar. Tillgången på facktidsskrifter och annat periodiskt material som ger kontinuerlig orientering och vidareutbildning är ytterst begränsad.

En liten bild från sjuksköterskeskolan i Ndola för tankarna till förhållandena i Sverige för några decennier sedan. Eleverna bor i internat och är strängt övervakade. De får inte gifta sig och ett negativt graviditetstest är en första förutsättning för att bli antagen som elev.

Tabell 1. Sjuklighet och dödlighet för inlagda patienter på sjukhus

Diagnoser	1969			1973		
	Antal fall	% av tot fall	Döda/ 1 000 fall	Antal fall	% av tot fall	Döda/ 1 000 fall
1. Malaria	24 721	8,9	17,5	33 315	9,51	18,0
2. Bilharzia	3 544	1,28	4,8	3 172	0,91	2,5
3. Lepra	718	0,26	8,4	726	0,21	51,0
4. Pulm tuberculos	4 588	1,65	83,5	4 469	1,28	82,1
5. Icke pulm tuberculos	1 451	0,52	73,7	1 198	0,34	77,6
6. Mässling	9 860	3,55	65,0	17 349	4,95	78,5
7. Kikhosta	1 490	0,54	33,6	1 086	0,31	17,5
8. Veneriska sjukd	1 154	0,42	6,9	1 369	0,39	8,3
9. Alla övriga infektiösa o parasitsjukdomar	8 641	3,12	245,1	8 247		305,2
10. Malnutrition	8 671	3,13	107,1	7 641	2,18	155,9
11. Anemier	7 408	2,67	51,2	8 024	2,29	67,4
12. Respirator sjukd	33 894	12,22	48,1	37 271	10,64	56,1
13. Ögonsjukdomar	4 030	1,45	3,2	4 741	1,35	0,8
14. Öronsjukdomar	1 083	0,39	4,6	1 304	0,37	3,8
15. Hudsjukdomar	10 165	3,66	3,4	11 471	3,27	3,1
16. Mag-tarmsjukdomar	27 693	9,98	57,1	35 529		225 85
17. Urogenitala sjukd	11 794	4,25	11,5	14 602	4,17	13,4
18. Olycksfall o skador totalt	30 221	10,90	17,6	47 810	13,65	16,2
19. Övrigt	53 589	21,9	1 156,5	66 367	21,7	1 148,9
TOTALT sjukdomar	244 715		1 998,8	305 691		2 331,15

Social service

Zambia har ingen direkt motsvarighet till den svenska socialvårdsorganisationen. Det är endast i kopparprovinserna det finns en statlig organisation på provins- och distriktsnivå. I övrigt är det frivilliga organisationer som svarar för socialt hjälparbete. De frivilliga organisationernas verksamhet samordnas sedan 1973 av ett slags samorganisation: Zambia Council of Social Development. Den ger vägledning och råd för det sociala arbetet.

Departementet för social välfärd har på detta område huvudsakligen anslagsbeviljande och tekniska uppgifter. Budgeten för 1974 omfattade ca 250 milj. kr. Verksamheten omfattar hjälp till "de utfattiga", ålderdomshem, barnhem samt några institutioner, som närmast kan liknas vid ungdomsvårdsskolor.

Zambia har ett 250-tal utbildade socialarbetare. Därtill kommer en del som har utbildats utomlands.

SJUKLIGHETEN

Sjuklighetspanoramata och sjuklighetsfrekvensen visar betydande olikheter mot Sverige. I *tabellerna 1—4* redovisas sammanfattande siffror över sjuklighet och dödlighet 1969 och 1973.

Mellan 1969 och 1973 ökade antalet första-gångsbesök inom den öppna vården från ca 5,2 milj till 6,2 milj. En ökning med nära 20 %. Även antalet sjukhusvårdade patienter ökade. Ökningen kan antas ha tre orsaker:

- sedan 1971 är sjukvården kostnadsfri för alla
- flera sjukhus och hälsocentra har byggts

Tabell 2. Sjuklighet och dödlighet för inlagda patienter vid hälsocentra och kliniker

Diagnoser	1969			1973		
	Antal fall	% av tot fall	Döda/ 1 000 fall	Antal fall	% av tot fall	Döda/ 1 000 fall
1. Malaria	38 020	17,18	6,3	29 350	17,43	8,3
2. Bilharzia	3 639	1,64	—	1 994	1,18	—
3. Lepra	283	0,13	—	76	0,04	—
4. Pulm tuberculos	595	0,27	48,7	317	0,19	41,0
5. Icke pulm tuberculos	161	0,07	6,2	153	0,09	26,1
6. Mässling	14 206	6,42	21,6	15 779	9,37	30,1
7. Kikhosta	4 206	1,90	8,3	2 580	1,53	10,4
8. Veneriska sjukd	1 641	0,74	0,6	1 025	0,61	0,9
9. Alla övriga infektiösa o parasitsjukdomar	14 239	6,43	2,7	9 470	5,62	1,5
10. Malnutrition	4 113	1,86	37,6	2 560	1,52	40,6
11. Anemier	3 984	1,80	21,3	2 904	1,72	45,1
12. Respirator sj d	34 249	15,48	10,1	25 221	14,98	16,1
13. Ögonsjukdomar	7 929	3,58	—	5 433	3,23	—
14. Öronsjukdomar	1 994	0,90	—	1 146	0,68	—
15. Hudsjukdomar	10 742	4,85	—	5 246	3,12	—
16. Mag-tarmsjukdomar	32 756	14,80	0,5	25 461	15,12	0,9
17. Urogenitala sjukd	1 448	0,65	8,5	1 627	0,97	12,9
18. Olycksfall o skador	14 528	6,56	2,7	10 127	6,01	4,9
19. Övrigt	21 283	9,62	1,7	14 426	9,57	2,4
TOTALT sjukdomar	211 213	95,43		155 818	92,53	

Någon befolkningsstatistik i vår mening finns inte, varför tillförlitliga uppgifter om åldersfördelningen bland befolkningen inte står att få.

c) den omfattande hälsoupplysningen.

Några större förskjutningar i fördelningen på olika diagnoser har inte skett. Av de patienter som 1973 vårdades på sjukhus var nästan hälften barn under 15 år och av dessa nära 25 % spädbarn under 1 år. Vi saknar motsvarande uppgift om åldersfördelningen inom den öppna vården, men den kan antas vara ungefär densamma. Den åldersfördelning speglar åldersfördelningen

inom befolkningen. Det uppges att hälften av landets befolkning är under 15 år. Någon befolkningsstatistik i vår mening finns inte, varför tillförlitliga uppgifter om åldersfördelningen bland befolkningen inte står att få.

Någon uppgift om andelen åldringar bland patienterna fanns inte heller. Den kan emellertid inte vara påfallande stor. Vi såg för övrigt praktiskt taget inga åldringar på de institutioner vi besökte.

Barnadödligheten är hög, ca 160 per tusen levandefödda. För bara några få år sedan räknade man med att 4 av 10 barn dog före 5 års ålder. I viss utsträckning återspeglas detta även i dödlighetssiffrorna från sjukhusen. Det är framför allt de mycket frekventa infektionssjukdomarna

Tabell 3. Sjuklighet för öppenvårds-patienter vid både sjukhus, hälsocentra och kliniker

Diagnoser	Sjukhus				Hälsocentra och kliniker			
	1969		1973		1969		1973	
	Fall	% av tot	Fall	% av tot	Fall	% av tot	Fall	% av tot
1. Malaria	144 747	8,79	151 215	7,21	395 116	7,07	413 493	6,75
2. Bilharzia	22 988	1,40	16 653	0,80	33 894	0,61	40 791	0,67
3. Lepra	2 092	0,13	600	0,03	9 437	0,17	1 077	0,02
4. Pulm tuberculos	2 892	0,18	1 370	0,07	5 628	0,10	1 668	0,03
5. Icke pulm tuberc	1 156	0,07	411	0,02	4 702	0,08	1 108	0,02
6. Mässling	23 753	1,44	15 558	0,74	77 771	1,39	65 719	1,07
7. Kikhosta	15 992	0,97	5 390	0,26	52 546	0,94	30 407	0,50
8. Veneriska sjukd	26 255	1,59	29 429	1,40	55 807	1,00	68 983	1,13
9. Alla övriga infektiösa o parasit-sjukdomar	147 083	8,93	175 142	8,35	587 096	10,50	679 825	11,09
10. Malnutrition	22 602	1,37	11 192	0,53	40 483	0,72	35 812	0,58
11. Anemier	15 071	0,91	11 355	0,54	25 630	0,46	24 754	0,40
12. Respirator sjukd	274 954	16,70	348 566	16,61	992 083	17,75	1 164 974	19,00
13. Ögonsjukdomar	69 899	4,24	111 254	5,30	317 635	5,68	429 366	7,00
14. Öronsjukdomar	38 279	2,32	41 596	1,98	128 290	2,30	128 365	2,09
15. Hudsjukdomar	112 773	6,84	97 058	4,63	392 851	7,03	333 582	5,44
16. Mag-tarm-sjukdomar	280 642	17,04	389 668	18,57	1 051 229	18,81	1 154 613	18,83
17. Urogenitala sjukd	40 309	2,45	39 221	1,87	32 991	0,59	66 006	1,08
18. Olycksfall o skador								
totalt	149 404	9,07	208 175	9,92	631 843	11,30	653 396	10,66
19. Övrigt	256 337	15,56	444 136	21,16	22 480	0,41	15 349	0,25
TOTALT sjukdomar	16 471 228	100 %	2 097 989	100 %	211 213	100 %	155 818	100 %

Tabell 4. Total sjuklighet och dödlighet vid sjukhus fördelad på åldersgrupper.

Diagnoser	Antal fall					
	1969			1973		
	Under 1 år	1—14 år	15 år och uppåt	Under 1 år	1—14 år	15 år och uppåt
Infektions- och parasit- sjukdomar	7 986	25 397	22 784	9 916	35 086	25 929
Sjukdomar i inre organ	6 830	9 354	11 509	22 059	45 665	62 577
Olycksfall och skador	1 032	8 354	20 835	1 171	12 274	34 365
TOTALT	34 922	75 446	134 347	42 772	96 320	211 238

som skördar stora offer. 1973 var dödligheten i hela antalet sjukhusbehandlade fall av infektions- och parasitsjukdomar för patienter under 1 år 82,5 ‰.

De vanligaste diagnoserna hos barn som vårdas på sjukhus är malaria, mässling, respiratoriska sjukdomar som pneumonier samt malnutrition och anemier. Av dessa leder mässling, malnutrition och respiratoriska sjukdomar i nära 20 % till döden. Även gastrointestinala infektioner med diarréer är vanliga och leder i hög procent till döden. Då bör uppmärksammas att endast de svåraste fallen läggs in på sjukhus. Men dessa sjukdomar utgör det största problemet och medför de högsta besöksiffrorna även inom den öppna vården.

Även för de vuxna är infektionssjukdomarna den vanligaste orsaken till vårdbehov. Malaria är vanligast. Även tuberkulos är relativt vanligt liksom övriga sjukdomar i respirationsorganen. Anemier är vanliga. I de södra och västra provinserna har man stora problem med parasitsjukdomen bilharzia.

Även för de vuxna är infektionssjukdomarna den vanligaste orsaken till vårdbehov. Malaria är vanligast. Även tuberkulos är relativt vanligt liksom övriga sjukdomar i respirationsorganen.

SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

I hälsoplanen för 1972—1981 läggs stor vikt vid att tillhandahålla en integrerad kurativ, preventiv och allmänt hälsofrämjande service.

Kostförbättring

Undernäring — framför allt felnäring — är ett grundläggande hälsoproblem i Zambia. Dess omfattning är svår att kartlägga. Den höga barnadödligheten är en viktig indikator. En annan — låt vara mycket ofullständig — indikator är andelen barn som vårdas på sjukhus för undernäring. Dessa siffror uppskattas för 1973 till knappt 4 % av alla barn under 1 år och ca 6 % av alla barn mellan 1 och 14 år. Det var en betydande nedgång från 1969, vilket tyder på framgång i de kostförbättrande åtgärderna.

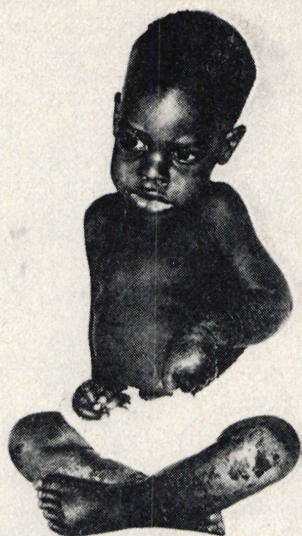
Den viktigaste orsaken är jordbrukets underutveckling. Cassava utgör basföda inom vissa delar av landsbygden. Den innehåller huvudsakligen stärkelse. Majs är den mest odlade grödan. Den värdefullare hirsan används mest till bryggning av öl. Det är i huvudsak kvinnorna som svarar för jordbruket. Männens uppgift är att skaffa protein genom jakt och fiske. Vilttillgången har emellertid minskat och många av de unga män-

Undernäring — framför allt felnäring — är ett grundläggande hälsoproblem i Zambia.



MARASMUS

is a malnutrition disease which children get when they do not eat as much food as they need.



KWASHIORKOR

is a malnutrition disease which children get when they do not eat as much BODY BUILDING foods as they need to grow well.

nen har flyttat till städerna.

De mera långsiktiga åtgärderna mot undernäring/felnäring måste alltså bestå i utveckling av jordbruket. Men även hälsoupplýsning och tillhandahållande av näringstillskott spelar en mycket stor roll. Som framgått tidigare finns det ett relativt väl utbyggt nät av kliniker för mödra- och barnavård. Där får mödrarna undervisning och råd om kosten. Bilden ovan visar ett av många exempel på affischer och broschyrer som används i den upplysningsverksamheten. Vidare sker kontroll av viktökningen. Vid behov ges näringstillskott. Uteblir viktökningen, trots näringstillskott, ordnas medicinsk hälsokontroll.

Allmän hälsoupplýsning

Hälsoupplýsningen är enormt viktig men också komplicerad i ett samhälle där den allmänna bildningsstandarden är så låg, där många alltså är analfabeter och där fördomar och vidskeplighet finns nära ytan.

I många perifera byar verkar fortfarande african doctors (medicinmän) med metoder, som

inte alltid är särskilt lämpliga. Den officiella politiken är att låta dem hållas eftersom de annars skulle "gå under jorden".

En barnmorskelärare berättade hur man i en stam har som sed att lägga aska och kospilling på naveln till nyfödda. Att få bukt med en så skadlig sedvänja kan vara ytterst svårt. "Något måste man ju lägga på naveln!" Då kan man få nöja sig med att försöka förmå dem att bara använda aska och att ta askan från mitten av hårdan där risken att den är infekterad är minst.

Lepra är fortfarande en utbredd sjukdom i Zambia. Här är det en stor informationsuppgift att få folk att inse att sjukdomen verkligen kan botas med adekvat behandling. 1971 startade en stor uppsökande kampanj. Sedan dess har mer än 100 000 skolbarn undersökts. Men alltså finns många som inte söker vård. Uppskattningsvis finns det 20 000 sådana fall.

Hälsoupplýsningen bedrivs på bred front framför allt vid alla hälsocentra. På de hälsocentra vi besökte fanns enkelt och instruktivt informationsmaterial, uppsatt på väggarna. Det fanns

också material för utdelning. Det var tryckt både på engelska och lokalspråk. Information ges givetvis också muntligt. Det är en särskilt viktigt del av den förebyggande mödra- och barnvården. Hälsoassistenterna går ut i byarna och hemmen med sin information.

Vaccinationer

Smittkoppor har inte förekommit i Zambia sedan 1968. 1964 var det över 2 000 fall med nära 200 dödsfall. Detta resultat har uppnåtts genom intensiva vaccinationskampanjer. Under perioden 1964—1973 gavs 12,5 milj vaccinationer.

1967 inleddes vaccinationer mot TBC. Fram till 1971 hade mer än 2 milj personer vaccinerats. Sedan dess har vaccineringarna begränsats till nyfödda på sjukhus och nybörjare i grundskolan.

Kolera har inte förekommit på länge i Zambia. Men fall har under senare år rapporterats från grannländerna. Särskilda kolerakommittéer har satts upp både på riks- och provinsnivå. De skall upprätta speciella laboratorier för kolera, varna för fall av diarré samt sprida information om behandling och kontroll av kolera. Vaccination mot kolera har begränsats till bestämda riskgrupper.

Malaria är som framgått av siffrorna över sjukligheten mycket vanlig. Eftersom det inte finns någon långtidsverkande malariaprofylax anses inte den metoden användbar. Under de senaste åren har ett omfattande arbete utförts på att insamla och bearbeta basdata om såväl sjukdomen som sådan som värdparasiternas utbredning och varianter. Detta arbete skall läggas till grund för ett program i syfte att få malarian i Zambia under kontroll.

Nyfödda vaccineras mot difteri, kikhosta och stelkramp. Antalet sådana vaccinationer uppgår till ca 450 000 per år.

Nyfödda vaccineras mot difteri, kikhosta och stelkramp. Antalet sådana vaccinationer uppgår till ca 450 000 per år.

MEDICINSK OCH SOCIAL SERVICE I COPPERBELT

Copperbelt—Zambia

Copperbelt är den folkrikaste och ekonomiskt starkaste av Zambias 9 provinser. Den har som helhet betraktat den bästa samhällsservicen på alla områden. Trots att denna provins således inte är fullt representativ har vi valt att se närmare på den medicinska och sociala servicen där.

Låt oss först relatera Copperbelt till Zambia i dess helhet.

	Copperbelt	Zambia
Antal invånare	1,1 milj	4,6 milj
Antal invånare i urbaniserade områden	90—93 %	35 %
Antal health center	112	595
Antal sjukbäddar/1 000 inv	3,97	3,90

Den medicinska servicens organisation

Provinsen är uppdelad i 6 distrikt med en lokal styrelse för varje distrikt. Huvuddelen av den medicinska servicen tillhandahålls av 3 organisationer:

- a) Staten. I statlig regi finns de två centralsjukhusen och barnsjukhuset som administreras direkt av hälsoministeriet. På provinsnivå administreras 2 sjukhus och 2 större kliniker med sammanlagt 183 bäddar. Vidare finns 24 hälsocenter med 59 bäddar och bemannade med medical assistants och biträdespersonal. I den urbaniserade delen av provinsen finns 37 mindre öppenvårdscentraler.
- b) De halvstatliga gruvföretagen. Företagen har 10 sjukhus och 31 öppenvårdsenheter.
- c) Missionssjukvården, som omfattar 2 sjukhus och 5 hälsocenter. De har sammanlagt 304 bäddar.

Gruvföretagens sjukvård står till förfogande för deras anställda med familjer. Den statliga sjukvården och missionssjukvården står till förfogande för resten av befolkningen. Missionssjukvården finansieras huvudsakligen genom statsbi-

drag. Den är också väl samordnad med den statliga sjukvården. Gruvsjukvården står helt utanför såväl hälsoministeriets som provinsledningens kontroll.

Ett speciellt resursproblem i provinsen är bristen på vårdplatser för nydiagnostiserade TBC-patienter. Det finns endast 95 sådana vårdplatser. TBC är relativt vanligt i Zambia.

Centralsjukhuset i Ndola

Centralsjukhuset i Ndola har 773 bäddar och är landets största och modernaste. Det tar emot patienter från i första hand de fyra nordligaste provinserna. Via ambulansflyget, som är stationerat i Ndola, kan emellertid även patienter från övriga provinser tas emot.

I april 1975 hade sjukhuset 64 läkare, 73 sjuksköterskor och 164 undersköterskor (till denna kategori har räknats medical assistants och enrolled nurses). Två socialarbetare var knutna till sjukhuset.

Antalet inlagda patienter under april var 1 306 och antalet besök i öppen vård var 43 000, därav 8 300 nybesök. Av nybesöken avsåg 15 % olycksfall, 14 % magåkommor och 10 % övre luftvägsinfektioner.

Vi hade tillfälle att se sjukhuset med en av sjukhusets husmödrar som ciceron. En representant för det unga välutbildade Zambia. Detta är ett sjukhus av hög standard även med västerländska mått. Här finns de flesta specialiteter och laboratoriemöjligheter. Dock ingen pediatrik. Det behövs inte eftersom det finns ett barnsjukhus i Ndola. Vi tittade på flera laboratorier, såsom histologiskt, kliniskt-kemiskt och bakterologiskt. På alla laboratorier fanns ny, modern apparatur.

På den kvinnliga kirurgiska avdelning vi såg vistades många barn. Det upplystes att under den Zambiska vintern, med svala kvällar och nätter, faller många barn i de öppna eldar som tänds för att värma hus och hyddor. Många barn och även vuxna med brännskador får läggas in på sjukhus. Vi såg många mödrar tillsammans med sina barn på sjukhuset. I Zambia är det kutym att modern bor tillsammans med barnet under den tid det vårdas på sjukhus.

~~~~~  
*I Zambia är det kutym att modern bor tillsammans med barnet under den tid det vårdas på sjukhus.*  
~~~~~

På de medicinska avdelningarna fanns det inte så många patienter med våra vanliga västerländska invärtes medicinska sjukdomar. Patienterna här speglade sjukdomspanoramat för landet i övrigt. Här vårdades patienter med malaria, lunginflammation, hjärnhinneinflammation och andra infektionssjukdomar.

Hälsocentra

Vid hälsocentra tillhandahålls en integrerad kurativ, förebyggande och hälsobefrämjande service. Verksamheten kontrolleras och handleds av ett team på provinsnivå. Det består av en medical assistant, en hälsosyster och en hälsoinspektör. De besöker alla hälsocentra en gång per månad.

På nio hälsocentra finns en hälsoassistent, som medlem i det medicinska teamet. Utbildade barnmorskor finns på några få centra. Där barnmorska saknas hjälper ett sjukvårdsbiträde till med antenatal- och post-natalservice.

De flesta hälsocentra är relativt väl utrustade. De praktiska utrustningsproblemen är emellertid stora. Det skall belysas med följande passus ur en rapport: "I syfte att undvika att vaccin förstörs på grund av brist på fotogen till kylskåp har varje hälsocenter på landsbygden försetts med en 44 gallons behållare med fotogen samt med reservdelar för kylskåpet". Vissa centra har också problem med vattentillgången.

Vi besökte ett hälsocenter i Swanamkubwa utanför Ndola. Det ligger inom gruvområdet och alldeles vid gränsen mot Zaire. Denna klinik sorterar under Ndolas centralsjukhus. Patienterna utgörs till stor del av gruvarbetare och deras familjer, men en betydande del av patienterna kommer också från perifera byar. Gruvarbetarna utgör en av de högst betalda grupperna i Zambia och de tillhandahålls bra bostäder av gruvbolagen. Barnen verkar friska och välnärda.

Detta var ett typiskt hälsocenter vad gäller lo-

kalerna. Där fanns ett stort vänt- och inskrivningsrum, 2 undersökningsrum och ett stort rum som kunde användas till undervisning i hälsovård och barnavård. Skilt från dessa lokaler, i ett hus strax intill låg förlossningsavdelningen. Detta för att förhindra infektioner. Avdelningen hade dock inte tagits i bruk på grund av brist på barnmorska.

Det som behandlades där var mindre blesstyrer, lättare infektioner, malaria, masksjukdomar osv. Det bedrevs även barnavård. Mödravård planerades.

Vi hade tillfälle att jämföra detta hälsocenter med ett center i Mulobezi i västra provinsen. Mulobezi ligger i ett glest befolkat och inte särskilt bördigt område. I närheten fanns en hel del träskmarker som är tillhåll för malariamyggen och bilharziasnäcken. Mulobezi hade en medelstor industri som staten övertagit och höll på att bygga ut. Kommunikationerna till Mulobezi bestod av järnväg och en efter svenska förhållanden knappast farbar landsväg.

Hälsocentrat var inrymt i det f d bolagssjukhuset och därför inte särskilt representativt vad gäller lokalerna. Det bestod av 4 längor kring en inbyggd gård. Gården fungerade till en del som väntsal. Där satt bl a en hel del barn. Till skillnad från dem vi såg i Swanamkubwa var de magra och de hade stora magar som tecken på felnäring. Centrat förestods av en medical assistant, som var glad och stolt över de fina lokalerna. I laboratoriet fanns bl a mikroskop för malaria och bilharziadiagnostik. Centrat ligger i ett bilharziaområde. Får en patient blodig urin, kommer ofta en hel grupp och vill bli undersökt. Läkemedelsförrådet var relativt välförsett med maskmedel, malariamediciner, preparat mot bilharzia, antibiotika osv. Det fanns två mottagningsrum för såromläggning, det ena för infekterade sår. På kliniken fanns 3 salar med sammanlagt 32 bäd-

dar. Personalen bestod av två medical assistants, två undersköterskor och en hälsoassistent. Det fanns ingen barnmorska ännu men det fanns möjlighet till förlossning på kliniken. Här som på andra ställen är transporterna det största problemet. Man har en ambulans på kliniken för transport till närmaste sjukhus, men det är inte alltid den finns tillgänglig. Ibland kan man få låna något fordon från företaget i närheten.

Förebyggande hälsovård

Den förebyggande hälsovården omfattar vaccinationer, hälsokontroller, hälsouppllysning, livsmedelskontroll och omgivningshygien. Inom stats- och missionssjukvården utfördes 1973 ca 135 000 vaccinerings. Vidare förekom nära 40 000 mödravårdsbesök och nära 90 000 barnavårdsbesök.

Skolhälsovården var tidigare en självständig organisation, vilket ansågs medföra ineffektivitet och personalproblem. Numera är den integrerad i den övriga statliga medicinska servicen. Skolsköterskor finns i 5 av 6 distrikt. I det 6:e, landsbygdsdistriktet, är flertalet primärskolor belägna i närheten av hälsocentra, vilket underlättar tillsynen.

Hittills har skolhälsovården ansetts vara en uppgift för legitimerade sjuksköterskor. Chefläkaren i kopparprovinen är kritisk till denna ordning eftersom han anser att medical assistants utför "ett excellent arbete i många distrikt" . . . "Är det verkligen nödvändigt att fortsätta med glorifieringen av detta arbete som ett specialarbete för enbart registrerade sjuksköterskor", skriver han i en rapport.

Familjeplanering

Inställningen till familjeplanering förefaller vara relativt positiv i denna provins. Mer positiv än i andra delar av landet. Initiativet till sådan rådgivning tas ofta från sjukvårdspersonalens sida. Men ämnet betraktas uppenbarligen som mycket delikat. Verksamheten startade för fem år sedan med ambulans rådgivning på olika platser. Numera har verksamheten integrerats med den övriga medicinska servicen. Det är i första hand läkare, legitimerade sjuksköterskor och barnmors-

.....
Till skillnad från dem vi såg i Swanamkubwa var de magra och de hade stora magar som tecken på felnäring.
.....

kor som svarar för rådgivningen. Preventivmedel tillhandahålls i den utsträckning Zambia erhåller sådana gratis från Internationella organisationer eller företag. Under 1973 erhöll nära 8 000 personer rådgivning i familjeplanering. Det var mest mödrar som besökte olika sjukvårdsinrättningar.

Transportproblem

Transportproblemen är stora i detta vidsträckta land med svagt utbyggt vägnät. Då är att märka att kopparprovinsen har de bästa kommunikationerna. Fordonsparken är otillräcklig och i dåligt skick. "Vid många tillfällen har sjukvårdspersonal fått sova i bilen ute i bushen på grund av fordons-haveri." Distributionen av förnödenheter, förebyggande hälsovård på fältet samt rutinemässig handledning av personalen försvåras allvarligt av detta. Ambulansservice är inte heller tillgänglig i tillräcklig omfattning. Ett värdefullt men också otillräckligt tillskott utgör flyget.

Social service

Kopparprovinsen är som tidigare framgått den enda provins som har en "socialvård" i statlig regi. Den sköts av avdelningen för social välfärd i provinsadministrationen. Vi skall kort antyda dess verksamhet i anslutning till några problemområden.

Inom barnavårdsområdet är det vanligaste problemet barn som överges av sina föräldrar. Speciellt förekommer det att unga ogifta kvinnor överger sina barn om de inte själva anser sig kunna ta hand om dem och de inte har släktingar som vill eller kan gripa in. Chefen för social service i Ndola ser detta som ett tecken på att "storfamiljssystemet" kommer att upphöra. Den åtgärd som vidtas är att barnen placeras i barnhem eller fosterhem eller adopteras bort.

Ungdomsbrottligheten är omfattande. Den

~~~~~  
*Som bakgrund till äktenskapsproblemen nämns tre orsaker: Inflyttningen från byarna, som medför att många familjer splittras, prostitutionen, som också sammanhänger med att unga kvinnor flyttar in till städerna utan att få arbete, samt alkoholproblemen.*  
~~~~~

sammanhänger främst med att många sysslösa ungdomar kommer in till städerna från byarna. De har oftast inga släktingar som tar hand om dem. Ungdomar (15—18 år) som begår brott tas om hand av polisen. Men socialservicen gör alltid en utredning om bakgrunden och framlägger en rapport till domstolen. Det är på grundval av den rapporten domstolen tar ställning. Som alternativ till fängelse finns villkorlig dom och övervakning. Socialservicen har möjlighet att sända den unge till en ungdomsvårdsskola (Improvement school).

Socialservicen har också en roll som medlare eller familjerådgivare. Det är oftast de lokala domstolarna som skickar paren till socialservicen. Som bakgrund till äktenskapsproblemen nämns tre orsaker: Inflyttningen från byarna, som medför att många familjer splittras, prostitutionen, som också sammanhänger med att unga kvinnor flyttar in till städerna utan att få arbete, samt alkoholproblemen.

Ekonomiskt och socialkurativt stöd efter fängelse- eller sjukhusvistelse är också en uppgift för den sociala servicen. Det stora centralsjukhuset i Ndola hade två socialarbetare, men det förekom inte på de mindre sjukhusen.

Aldringsvården är ett typiskt exempel på hur familjens socialmedicinska funktioner förändras i samband med urbaniseringen. Många äldre som har bott och arbetat i gruvorna i många år har helt förlorat kontakten med sina släktingar. Problemet förstärks av att de gamla inte får bo kvar i gruvföretagens bostäder när de inte längre orkar arbeta. Sådana äldre måste tas om hand av samhället. Det finns fyra till fem ålderdomshem i provinsen. Den officiella inställningen är uppenbarligen att de gamla skall tas om hand av sina släktingar.

~~~~~  
*Vid många tillfällen har sjukvårdspersonal fått sova i bilen ute i bushen på grund av fordons-haveri.*  
~~~~~


Samhälle i uppbrott

Zambia är ett samhälle i snabb och smärtsam omvandling. Inflyttningen till städerna är mycket snabb. Under perioden 1963—1969 var den årliga befolkningstillväxten i städerna i genomsnitt 8,9 %. Under perioden 1969—1974 var takten något lägre, men fortfarande så hög som 6,8 % per år. Byarnas traditionella livsmönster bryts mot nya värderingar, vanor och sociala system i städerna. Vi känner samma företeelser från Sverige, men i Zambia är det århundradena, för att inte säga årtusendena, som möts.

Förändringarna är nödvändiga för att Zambias folk skall få drägligare livsvillkor. Men i förändringens spår följer många sociala problem.

Bostadsproblemen har redan nämnts. Samhällsplaneringen hinner inte med. Bostäder, vatten och avlopp, elementär samhällsservice hinner inte byggas. Resurserna räcker inte. Och trots ambitioner i annan riktning är boendesegregationen påtaglig. Européerna bor för sig. De välsituerade afrikanerna för sig. Olika grader av fattiga för sig. Klassskillnaderna syns i boendet.

Arbetslösheten är stor i städerna. Undersysselsättningen på landet är naturligtvis inte mindre. Men den märks mindre. I städerna skapar arbetslösheten många andra problem.

Ett av dem är kriminaliteten. "You see, de har inget att göra, de har inget att äta, de vill ha kläder och saker. De har inga pengar. De måste stjäla." Lakoniskt skildrat av chefen för social välfärd i kopparprovinsen. Vi har inga siffror på kriminalitetens omfattning. Men den är uppenbarligen mycket stor.

Alkoholproblem

Alkoholmissbruk är ett annat allvarligt problem. Före självständigheten gällde hårda restriktioner för afrikanerna när det gällde möjligheterna att skaffa alkohol. Den nyvunna friheten på detta område har utnyttjats maximalt. Zambia lär ligga på andra plats i världen i alkoholkonsumtion. Det är framför allt öl som konsumeras i stora mängder.

Hembryggning av öl är förbjuden numera. Men vem kan kontrollera det förbudet? Och på statens öl fanns det ingen brist. Även den tillfällige besökaren kunde snart finna tre varor som distributionen tycktes fungera utmärkt för i Zambia: Coca Cola, läskedrycken Fanta och — öl.

Skadeverkningarna av alkoholmissbruket är påtagliga; både de medicinska, sociala och ekonomiska. Ca 14 % av alla psykiatriska fall 1972 hade diagnosen alkoholism. Husmor på centralsjukhuset i Ndola bedömde att praktiskt taget alla trafikskador hade samband med alkohol.

De ekonomiska och sociala skadeverkningarna är ungefär desamma som i Sverige. Men sannolikt ger de sig snabbare till känna i ett fattigt samhälle. Ett speciellt problem är att huvuddelen av skörden av den relativt äggviterika hirsen går till ölbryggning.

Åtgärderna mot alkoholmissbruket är trevande och osäkra. Socialchefen i kopparprovinsen suckar uppgivet: "Varför folk dricker för mycket är något jag inte kan förstå. Det är något till och med ministern och presidenten inte kan förstå." Men presidenten vädjar och hotar. För fyra år sedan förklarade han att han skulle avgå som president om inte tillståndet hade förbättrats inom fem år. Han ville inte vara president för en nation av fyllhundar! I den allmänna hälsouppllysningen förs bl a en kampanj med dramatiska affischer. Bildberättelsen på sidorna 448—449 är typisk i sin något naiva realism.

Kvinnorna har det svårast

Den bild av den zambiska kvinnan som fastnade på näthinnan var följande: Gravid, med ett barn på ryggen och ledande ett barn i handen eller bärande en stor vedknippa på huvudet, gående några

Den bild av den zambianska kvinnan som fastnade på näthinnan var följande: Gravid, med ett barn på ryggen och ledande ett barn i handen eller bärande en stor vedknippa på huvudet, gående några steg efter mannen som var lös och ledig.

A story about drinking

too much

Drunkenness makes people blind and deaf to the facts of life. Read and remember this story about Mr. Strong and Mr. Weak, two friends who went different ways.

This is a "wall cartoon." It should be hung at eye level where many people gather so that it can be read and studied in detail. We hope that the clever reader will read and explain what happens in the pictures to friends who cannot read.



Produced by the PUBLIC RELATIONS UNIT of the NATIONAL FOOD AND NUTRITION COMMISSION, P.O. Box 2669, Lusaka, ZAMBIA. Telephone 51542 - 51547
Idea and design: A. Fuglesang, Photographer: S. Karris. Printed at The Government Printer, Lusaka 1971.



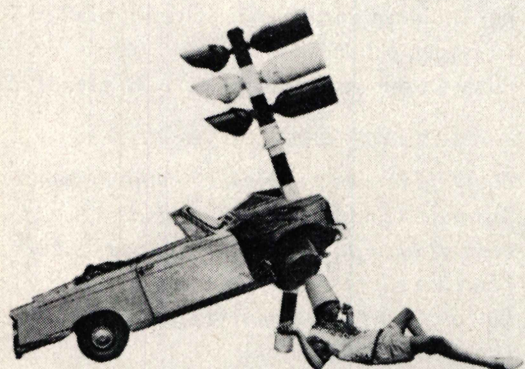
1 Mr. Strong and Mr. Weak meet in the tavern sometimes. They both enjoy a good drink and a happy chat.



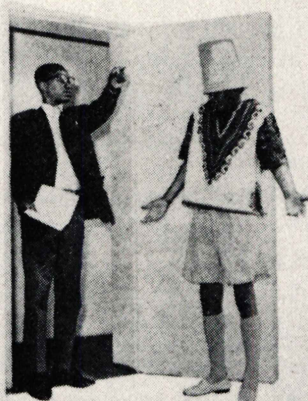
4 Mr. Weak does not stop drinking. He lives in the tavern from opening time until closing time. One day he drinks so wildly that the mug gets stuck on his head.



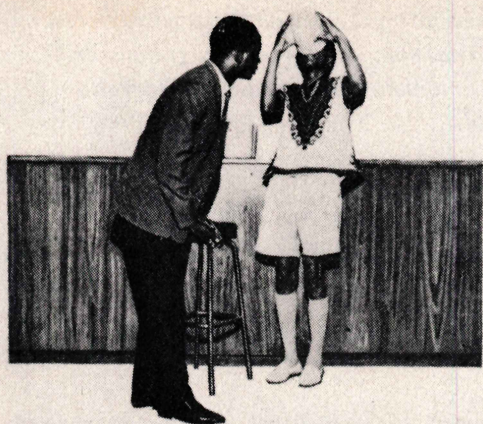
5 O, dear, he cannot get it off! He is blind and deaf from drinking too much. He does not hear his wife's plea for money to buy food. One day she leaves him.



8 Another Friday Mr. Weak borrows a friend's car and crashes it. People do not trust drunken drivers. Mr. Weak lost his friend also.

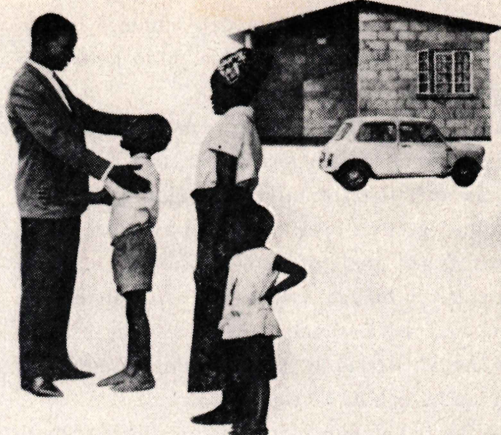


9 Always late for work and often absent. Doing a sloppy job too. Of course Mr. Weak loses his job. His boss throws him out.



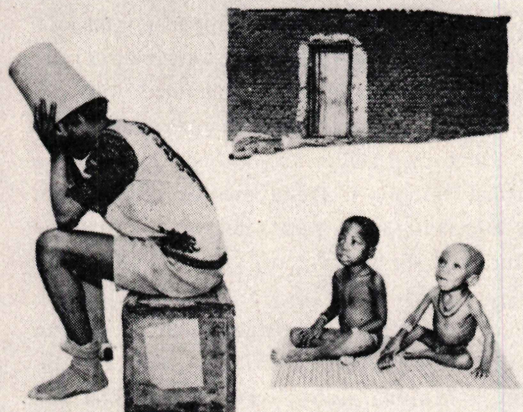
2

Mr. Strong drops in at the tavern only when he feels like relaxing after a hard day's work. When he has enjoyed his drink, he greets his friend and goes home.



3

Mr. Strong does not waste his money on drinking every night. He has bought a nice house - and even a car. He likes staying at home with his family.



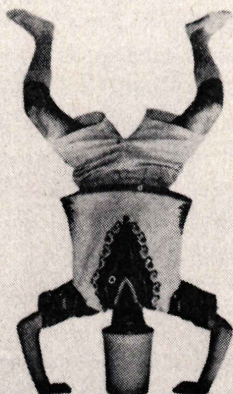
6

He does not see that his children are starving and will soon end up in hospital. He does not pay rent and is thrown out of his house. He has even lost his shoe!



7

One Friday a thief knocks Mr. Weak down and runs away with his money. Nobody believes a drunken man, and nobody helps him.



10

Mr. Weak has lost his wife, his children, his money, his friends and his job. Now he is even losing his dignity. People are laughing at him.



11

Nobody can live when he loses his dignity - so one day Mr. Weak finally lost his life. On his grave lies the thing he loved most.

steg efter mannen som var lös och ledig. Kanske är det en förenkling att låta den bilden symbolisera kvinnans situation i Zambia. Men helt missvisande är den absolut inte.

Det sker f n en förskjutning av kvinnornas ställning i samhället. Inom jordbruket, där kvinnorna av tradition haft en relativt självständig ställning, tar mannen gradvis över en hel del av arbetet. Det sammanhänger med jordbrukets modernisering. I städerna lever många kvinnor ett isolerat liv som hemmafruar i s k shanty towns. Det är en stor klyfta mellan det fåtal välutbildade kvinnor som finns i landet och de lågt utbildade.

Politiskt är kvinnan i teorin jämställd med mannen. Vid självständigheten infördes rösträtt för varje zambier vid 18 års ålder. Varje zambier är valbar till de folkvalda församlingarna, men antalet kvinnor i parlamentet är lågt och av 25 kabinetsministrar är 3 kvinnor. Zambias hälsominister, som gav oss tillstånd att besöka de olika institutionerna, var kvinna. I det traditionella samhället var det mannens uppgift att ta hand om politiken. Det var män som skötte relationerna med andra stammar och klaner. Det var män som genom muntlig tradition förde vidare kunskaper om bl a de lagar som reglerade samhällslivet.

Sedan självständigheten har en hel del gjorts för att genom lagstiftning förbättra kvinnornas juridiska ställning. Då särskilt för hustrur, änkor och fränskilda. Lagstadgade äktenskap förhindrar polygami, ger kvinnan rätt till skilsmässa och efter en sådan underhåll. Men det är en liten del av äktenskapen som ingås på detta sätt. De flesta äktenskap är traditionella och där får kvinnorna inte samma rättigheter. Många kvinnor vet inte att de har möjlighet att välja mellan de båda äktenskapsformerna.

I Zambia lever fortfarande ca 2,5 milj människor på jordbruk utan avsaluhandel, ofta i form av svedjejordbruk. Man odlar alltså bara de grödor och så mycket man själv förbrukar. Redskap är hacka och skära. Det är kvinnorna som har skött och fortfarande sköter det traditionella jordbruket. Mannen röjer och sköter svedjningen. Kvinnan hackar, slår, rensar och skördar. Hon har förfoganderätten över eventuellt skördeöverskott

~~~~~  
*Mannen förfogar över de fleråriga växterna. De räknas som kapital och enligt hävd är det endast mannen som kan äga och förvalta kapital.*  
~~~~~

från de 1-åriga växterna, dvs hon kan sälja överskottet för egen del (hirs, sötpotatis, majs, cassava, jordnötter). Av hirsen brygger kvinnorna öl som de säljer. Visserligen är detta förbjudet men kvinnorna brygger fortfarande mycket öl för försäljning.

Mannen förfogar över de fleråriga växterna. De räknas som kapital och enligt hävd är det endast mannen som kan äga och förvalta kapital. I och med att nyare jordbruksmetoder, t ex plogteknik, vinner insteg tar männen över alltmer av det som tidigare var kvinnans uppgifter. Då allt fler börjar odla för avsalu och då också en hel del fleråriga växter som te, kaffe och tobak, blir det en allt större andel av jordbruket som mannen förvaltar. Plogbruk i stället för svedjebruk gör också jordbruket stationärt. Detta medför att mannen börjar betrakta jorden som sin ägodel. Detta för i sin tur med sig att kvinnornas oberoende minskar.

Under kolonialtiden var engelsmännen benägna att hellre anställa män än kvinnor inom administration, i hemmen och i serviceyrken. Det var också för det mesta män som kunde få någon form av utbildning. Mönstret finns kvar. Inom yrkesområden som i västerlandet anses kvinnliga ser man många män. Det finns t ex manliga hembiträden, s k house-boys. Det finns ingen lag som diskriminerar mot anställning av kvinnor. Villkor och löner skall vara desamma inom samma arbete, men kvinnorna utgör en mindre del av de lönearbetande och män avancerar snabbare. 1970 fanns 25 000 kvinnliga lönearbetande mot 347 000 manliga.

Den danska socialantropologen Karin Tranberg-Hansen gjorde 1971 en undersökning bland 100 gifta kvinnor i Mtendele utanför Lusaka. Av dessa var det 13 som ständigt arbetade utanför hemmet och då som egna företagare med försäljning av öl,

grönsaker m m. 11 arbetade ibland och ytterligare 9 kvinnor hade erfarenhet av arbetslivet från tiden innan giftermålet. Av de 100 kvinnorna fanns bara en med alla 9 klasserna i grundskolan och hon var förbjuden att arbeta av sin man.

Beträffande skolunderbyggnad finns följande uppgifter från 1970. Av ca 700 000 registrerade grundskoleelever var något mindre än hälften flickor. I gymnasieskolan däremot var dubbelt så många pojkar som flickor registrerade. Vad gäller högre utbildning och yrkesutbildning är det en liten del av kvinnorna som får del av den. Den stora majoriteten får aldrig tillfälle till någon högre utbildning.

Jordbruket måste utvecklas

Städernas problem skulle vara väsentligt mindre om inflyttningen dit inte vore större än vad som är absolut nödvändigt för de urbana näringsgrenarnas expansion. Men människorna dras till städerna trots problemen. I byarna på landet står livet stilla. I städerna finns friheten, möjligheterna, sakerna.

Den snabba urbaniseringen skapar problem också på landsbygden. Det blir en utarmning på folk i arbetsför ålder. Sociala nätverk bryts sönder. Tilltron till utvecklingsmöjligheterna på landsbygden försvagas.

Om det förefaller svårt att komma tillrätta med en del av de medicinska problemen (undernäring och infektionssjukdomar) utan en genomgripande utveckling av landsbygden, förefaller detta gälla i än högre grad de sociala problemen. Jordbruket måste ge ökad sysselsättning och mycket bättre utbyte så det kan möjliggöra ett nytt sätt att leva även på landsbygden. I jordbrukets utveckling ligger en nyckel till lösningen på flera av Zambias problem.

Zambia har ett omfattande program för landsbygdens och jordbrukets utveckling. Ett särskilt ministerium bildades 1968 för att samordna insatserna från olika ämbetsverk och halvstatliga organisationer. Ministeriet samordnar åtgärder för forskning och tillämpning av forskning, omfattande rådgivning, demonstrationer och tillhandahållande av teknisk service på fältet. Andra åtgärder

Den snabba urbaniseringen skapar problem också på landsbygden. Det blir utarmning på folk i arbetsför ålder. Sociala nätverk bryts sönder. Tilltron till utvecklingsmöjligheterna på landsbygden försvagas.

är förbättrad lagring och marknadsföring, kreditlättnader och ökad användning av konstgödsel.

Det närmaste målet är att uppnå självförsörjning med sådana stapelvaror som majs m fl. På längre sikt räknar man med export. Redan nu exporteras tobak, jordnötter och dagsgamla kycklingar. Särskilt i dalgångarna finns goda förutsättningar för produktion av frukt och grönsaker. De spelar en viktig roll för förbättringen av näringsstandarden. Det har upprättats 12 fruktträdskolor över landet. De ger bl a 50 000 citrusplanter per år. Vidare har man fått fram förbättrade och sjukdomsfria plantor av bananer, ananas m fl arter.

Köttproduktionen främjas genom en rad samordnade åtgärder. Det finns bl a 20 statliga rancher som har till uppgift att öka boskapspopulationen och tillhandahålla service för boskapsägare. Dessa rancher har underlättat produktionen av boskap i nya områden och hjälpt till att fylla gapet efter de vita farmarna.

Jordbruksprogrammet stöds av omfattande forsknings- och utbildningsinsatser. Ett par av de viktigaste forskningsuppgifterna är att få fram växtslag, som är bättre anpassade till Zambias förutsättningar, samt att komma till rätta med sjukdomar och skadeinsekter, som hotar både växter och djur. Utbildningen för jordbrukets behov har ökat mycket kraftigt på alla nivåer. Ett viktigt inslag i upplysningen är enkla, instruktiva jordbruksprogram i radio som sänds på 8 olika språk.

Vi har inte gjort något försök att bedöma effekten av programmet för landsbygdens utvecklingen. Tillgänglig produktionsstatistik visar dock en kraftig ökning av produktionen på de flesta områden. En av de största svårigheterna torde ligga i traditionerna; de urgamla brukningsmetoderna och jordbrukets låga status.

Mot den bakgrunden får man troligen se en sådan åtgärd som president Kaunda vidtog just vid den tidpunkt vi befann oss i Zambia. Han gav då order att all ledande personal i landet skulle ut i praktiskt jordbruksarbete under en vecka. Det gällde medlemmarna av regeringen och parlamentet, ledande personer i partiet, halvstatliga organisationer m fl. "I stället för att ropa slagord skall vi nu gå ut på landet", förklarade Kaunda. Åtgärden torde få ses som en symbolhandling för att ge status åt jordbruket och ge eftertryck åt kampanjen för "den agrara revolutionen".

Omfattande bostadsbyggande

Före självständigheten var inflyttningen till städerna kontrollerad och bostadsbyggandet, huvudsakligen i hyreshus, var anpassat till behovet av arbetskraft. Efter självständigheten har situationen radikalt förändrats av 3 huvudorsaker:

- a) Den snabba ekonomiska expansionen
- b) Upphävandet av inflyttningskontrollen till städerna
- c) Den förbättrade hälsoservicen har ökat befolkningstillväxten

Resurserna för bostadsbyggandet kunde inte anpassas till den nya situationen. Inte minst av ekonomiska skäl blev det nödvändigt att vid sidan av ett fortsatt hyresbyggande satsa på ett omfattande egnahemsbyggande.

Under den första 10-årsperioden efter självständigheten byggdes 32 400 lägenheter i hyreshus. Därav 800 på landsbygden.

Egnahemsbyggandet har stimulerats på två olika sätt:

- a) Genom stöd åt självbyggeri. Det sker på tomter som avstyckas och förses med service av de lokala myndigheterna. Tomterna hyrs ut. Husen uppförs med teknisk rådgivning och material från staten och de lokala myndigheterna. Det finns tomter med basal service och tomter med full service allt efter vad man har råd med. Fram till 1974 hade 15 000 sådana egnahem färdigställt och ytterligare 10 000 var under byggande.
- b) Genom stöd åt självbyggande i de "illegala"

bostadsområdena, shanty towns, eller squatter areas. Det rör sig om bostäder som byggs i områden som från början varit helt oplanerade och utan all slags service. Tidigare ignorerades dessa områden och avsikten var att de skulle rivas. Under 10-årsperioden fram till 1974 byggdes 40 000—50 000 nya bostäder i sådana områden. På senare år har bostadsbristen tvingat myndigheterna att tänka om. Det uttrycktes på följande sätt i den andra nationella utvecklingsplanen: "Det erkänns att fastän squatter-områdena är oplanerade, är de inte desto mindre en tillgång både i sociala och finansiella termer. Områdena behöver planering och service och förstöring av såväl goda som dåliga hus är ingen bra lösning."

Nu har det inletts omfattande projekt för att förse dessa områden med vatten, vägar, skolor, hälsocentra och annan service.

Sammanlagt har det under den nämnda perioden således tillkommit 90 000—100 000 nya bostäder i de urbaniserade delarna av landet. Samtidigt har emellertid befolkningen ökat i dessa delar med betydligt över 1 miljon. Möjligheterna att under den närmaste 10-årsperioden väsentligt förbättra bostadssituationen bedöms inte som goda. Det sammanhänger främst med den fortsatta urbaniseringen och svårigheten att frigöra resurser för denna sektor.

Ambitiöst utbildningsprogram

Vid sidan av hälso- och sjukvården förefaller utbildning vara det område som det självständiga Zambia har satsat mest på.

Sedan 1964 har antalet grundskolor ökat med 41 %. I klass 1 har inskrivningen ökat med 191 % och i klass 7 med 306 %. Målet att ge plats åt alla 7-åringar i klass 1 har åtminstone nåtts på papperet. På grund av folkökningen i stadsområdena var trycket på platser i stadsskolorna mycket starkt medan efterfrågan på landsbygden avmattats.

Tillväxten av sekundärskolor är ännu mer imponerande. Vid självständigheten fanns 72 skolor, nu finns det 115. Inskrivningen har ökat med

Vid självständigheten fanns 72 skolor, nu finns det 115. Inskrivningen har ökat med 450 % och antalet kandidater till studentexamen har ökat 21 gånger.

450 % och antalet kandidater till studentexamen har ökat 21 gånger.

Den tekniska undervisningen har också byggts ut kraftigt. 1965 grundades det första tekniska gymnasiet. 1967 infördes tekniska ämnen i alla sekundärskolor. Utbyggnaden har möjliggjort att undervisningen i tekniska ämnen, handelsämnen, hantverk och jordbruksämnen är tillgänglig för 60 000 elever.

Mot bakgrund av de stora bristerna tidigare på undervisningsområdet har vuxenutbildningen stor betydelse. Ett system med kvällsskolor har byggts ut över hela landet, med tyngdpunkten på landsbygden. 1974 var 53 000 elever inskrivna. Det finns även möjligheter till korrespondensstudier. De ger utbildning på sekundärskolenivå. 1974 fanns det 9 000 inskrivna elever.

Universitetet i Lusaka startade i mars 1966. Då skrevs de första 312 studenterna in. 1974 fanns det 2 663 studerande. De första examinerades 1968. Vid självständigheten fanns det endast 103 personer med universitetsutbildning.

Till de stora problemen på detta område hör lärarbristen, studieplanerna och studiemedlen. Det sekundärskolesystem t ex som ärvdes 1964 reflekterade den koloniala bakgrund från vilken det stammade. Syftet var att producera en elit med bakgrund av brittisk kultur som skulle kunna utföra kontorsarbete och liknande. Stora ansträngningar görs att anpassa studieplanerna till Zambias behov och förutsättningar. Lärarutbildningen är omfattande. 1974 var kapaciteten 2 300 elever i en 2-årig lärarutbildning. Behovet av utländska lärarkrafter är emellertid mycket stor i den högre utbildningen.

Snabbt utbyggt bistånd

Sverige har ett relativt omfattande biståndssamarbete med Zambia. Zambia är ett s k programland. För budgetåret 1976/77 uppgår biståndet till 62 milj kronor. 1970/71 var det knappt 4 milj kronor.

Enligt det svenska biståndsprogrammet skall utvecklingssamarbetet "stödja landets strävanden mot ekonomisk och social utveckling och utjämning samt dess strävan att göra sig oberoende av minoritetsregionerna i Södra Afrika". Inriktningen skall styras av Zambias egna prioriteringar. Från dessa utgångspunkter skall det svenska biståndet i första hand stödja landsbygdsutveckling, hälso- och sjukvård samt utbildning. I andra hand skall svenskt bistånd stödja sektorer med anknytning till Zambias oberoendesträvan, dvs kommunikationer, kraftförsörjning, industri och förvaltning.

Endast ca 10 % av biståndet går till hälso- och sjukvårdssektorn. Det är fördelat på tre projekt: mödra- och barnavård, sjuksköterskeutbildning samt hälso- och sjukvårdsplanering. Biståndet till mödra- och barnavårdsprogrammet omfattar en rådgivare i mödra- och barnavårdsfrågor vid hälsoministeriet, en provinssköterska, elva distriktsköterskor i Norra Provinsen samt medel för inköp av fordon. Sjuksköterske- och barnmorskeutbildningen omfattar drygt 20 lärartjänster. Personalbiståndet till hälsovårdsförvaltningen omfattar två provinsialläkare, en överläkare, en hälsoplanerare och en statistiker.

Biståndet är meningsfullt

Vi har inte försökt bedöma den svenska biståndsinsatsen i Zambia. Men en iakttagelse kan förtjäna att förmedlas: inställningen till Sverige och SIDA var påfallande positiv.

Självklart har vi heller inga förutsättningar att bedöma utvecklingen i Zambia. Försöker man sig ändå på en värdering är det för det första lätt att sätta frågetecknen.

Är det inte trots talet om anknytning till Zambias kultur och inriktningen av resurserna på folkets elementära behov för stora eftergifter åt väs-

.....
Deras öppenhet och engagemang gjorde ett starkt intryck. Då kände man: de här människorna är värda allt stöd de kan få.
.....

terländsk kommersialism och västerländsk kultur? Affärernas skyltfönster vittnar om att mycken valuta går åt till import av oväsentliga "prylar". Några tecken på en medveten satsning på en inhemsk kulturtradition var det svårt att upptäcka.

Är mobiliseringen av folket i byarna tillräckligt helhjärtad för att få fart på den nödvändiga landsbygdsutvecklingen? Tillgängliga siffror tyder på en växande klyfta mellan landsbygden och städerna.

Är inte risken stor för utveckling av en Zambisk över- och medelklass med ekonomisk och kulturell distans till den övriga befolkningen? De 20 % rikastes andel av BNP uppgår till ca 50 %.

De 20 % fattigastes andel av BNP uppgår till ca 4 %.

Varför denna återhållsamma hållning till familjeplanering när man inte har resurser att ge mat, sjukvård, bostäder och arbete åt alla?

Så kan man rada upp många frågor. Och man kan överväldigas av problemen. Men trots allt. Summerar man intrycken blir bedömningen övervägande positiv. Landet har en progressiv politisk ledning. Utvecklingsprogrammen syftar till att dra med alla sidor av samhällslivet i utvecklingen. För man in det koloniala arvet i bilden är framstegen obestriddiga stora.

Ser man till hälso- och sjukvården är den breda satsningen på en hälsoservice till hela befolkningen imponerande trots bristerna. Men den subjektiva upplevelsen domineras av mötet med så många kunniga och ambitiösa zambier inom hälso- och sjukvården. Deras öppenhet och engagemang gjorde ett starkt intryck. Då kände man: de här människorna är värda allt stöd de kan få.

Prenumerera

för år 1978

på

Socialmedicinsk Tidskrift

Prenumerationspris:

Helår kr 70,

För studerande helår kr 40

Kollektivprenumeration kr 60

(minst 25 ex. pren. direkt hos redaktionen)

SOCIALMEDICINSK TIDSKRIFT

Postadress: Fack, 104 01 Stockholm 60. Tel. 08/83 20 83, 87 34 91. Postgiro 11 79-1