

Rika och fattiga länder, exempel från sjukvården

Per Bjurulf

I Etiopien har man satt läkarens insatser mot effekten av korttidsutbildad personal ur såväl ekonomisk, effektmässig liksom i vissa fall även ur ideologisk aspekt. Detta har lett fram till en radikal förändring av planerna för fortsatt utbyggnad av hälso- och sjukvård inom ramar som synes vara möjliga att förverkliga med egna resurser. Resultaten av dessa experiment är av intresse och betydelse ej endast för tredje världen, framhåller i nedanstående artikel Per Bjurulf, professor i socialmedicin vid Linköpings universitet. Artikeln baseras på en erfarenhet av två års tjänstgöring som chef för det etiopiska hälsoministeriets avdelning för öppen och sluten hälso- och sjukvård.

Åtskilliga länder i tredje världen har i sin långsiktiga planering — ofta i form av successiva 5-årsplaner — haft de rika ländernas hälso- och sjukvårdstruktur som förebild. Denna målsättning har emellertid radikalt förändrats i ett stort antal fattiga länder; ej enbart som en följd av tidigare misslyckanden att uppnå uppsatta mål utan även som led i en genomgripande förändring i uppfattningen hur hälso- och sjukvården skall operera och även hur målet med en friskare befolkning skall åstadkommas. Jag skall här presentera några väsentliga drag från Etiopien idag, som påverkar den kommande utvecklingen av hälso- och sjukvård i landet. Etiopien kan genom att det tillhör de fattigaste länderna i tredje världen vara ett talande exempel. Min erfarenhet från Etiopien baseras på drygt två års tjänstgöring som chef för hälsoministeriets avdelning för öppen och sluten hälso- och sjukvård.

BAKGRUND

Kommunikationer

Etiopien har något större befolkningstäthet än Sverige och är ytmässigt 3 gånger större. 90 % av befolkningen bor på landsbygden i byar med 50—60 invånare. Dessa byar är spridda över hela höglandsområdet, som är tätt genomskuret av djupa raviner. Höglandsområdet är ca två gånger större än Sverige. Ett omfattande och stort problem är kommunikationerna. 40 % av befolkningen har längre än tre dagars restid, oftast på åsne- eller mulryggen till närmaste sjukvårdsresurs och ca 70 % har en restid på mer än en dag. Särskilda undersökningar har visat att upptagningsområdet för en basal hälsoinstitution i realiteten begränsas till två timmars restid, dvs. omkring 20 km. Under regntiden, vilken varar under ca fyra månader, är det ofta omöjligt att ta sig fram vare sig till fots eller på riddjur. Detta återspeglas i besökssiffrorna från existerande hälsovårdsinstitutioner. Såväl befolkningsdistributionen som avsaknaden av vägar innebär ett krav på speciella lösningar av hälso- och sjukvårdsservice.

Ekonomi

BNP är omkring 4 miljarder etiopiska dollar, vilket innebär 1 krona per dag och individ. Eftersom inkomstfördelningarna är snedfördelade, innebär detta att stora delar av befolkningen lever utan

.....
Särskilda undersökningar har visat att upptagningsområdet för en basal hälsoinstitution i realiteten begränsas till två timmars restid, dvs omkring 20 km.
.....

Den totala kostnaden inom hälso- och sjukvårdssektorn motsvarar 180 miljoner svenska kronor.

tillgång till kontanta medel. Detta ställer även särskilda krav på finansieringen av hälso- och sjukvården och har hittills icke beaktats vid utformningen av avgiftssystemet. Ca 45 miljoner etiopiska dollar av statsbudgeten går till hälso- och sjukvård, vilket är näst lägst i världen, motsvarande 3 svenska kronor per individ och år (i Sverige ca 3 000 kronor). Inräknas multilaterala och bilaterala resp. frivilligorganisationers bidrag blir totala kostnaden inom hälso- och sjukvårdssektorn ca 90 miljoner etiopiska dollar, dvs. 180 miljoner svenska kronor.

Vatten

98 % av landsbygdsbefolkningen och ca 60 % av stadsbefolkningen har endast tillgång till osäkert och kontaminerat dricksvatten. Var man kommer i Etiopien är det uppenbart att dricksvattnet är ett stort problem. Till största delen fraktas dricksvatten på kvinnoryggen i stora krukor, ofta 1—2 km. Under torrtid kan dessa avstånd bli dubbelt så långa. I samband med att en källa skyddas mot kontamination framför allt mot kreatur, vilket kostar mellan 700 och 1 000 kr, kan man ofta avläsa en dramatisk effekt på frekvensen diarréstillstånd på ortens hälsoinstitution.

I vissa fattiga länder bedöms graden av utveckling med antalet hushåll, som har inlett vatten, elektricitet och även med m² bostadsyta per person. Sådana mått är utan någon mening i Etiopien.

Hälsotillstånd och sjukdomspanorama

Officiellt uppges att antalet invånare i Etiopien är 28 milj (1974). Detta är troligen en underskattning och den rätta siffran torde vara omkring 35 milj.

Spädbarns- och mödradödligheten ligger på sådan nivå (tabell I) som talar för att den ej påverkats av förebyggande eller kurativa åtgärder i ett land präglad av låg ekonomisk nivå med omfat-

Tabell I. Vitalstatistiska data — jämförelse mellan Etiopien och Sverige

	Etiopien	Sverige
	(per tusen)	
Födelsetal (grovt räknat)	50	16
Dödstal "	25	10
Spädbarnsdödlighet	200	14
Barnsängsdödlighet	20	0.05
Antal havandeskap under fertil ålder	8	~2—3

tande näringsbrist. Om Sverige skulle ha samma nativitet och mödradödlighet skulle detta innebära att 8 000 kvinnor i 20—40 årsåldern skulle dö årligen i förlossningskomplikationer, en dödsorsak, som i det närmaste är eliminerad i Sverige.

Från undersökningen på begränsade befolkningar och på skolklasser är det uppenbart att infektionssjukdomar av olika slag dominerar sjukdomsmönstret. 60—70 % av skolbarn har trachom, vilken i 3—4 % ger funktionell synnedsättning eller blindhet. Lika många har intestinal parasitism ofta hakmask med påföljande anemitillstånd. På nivåer lägre än 1 500 meters höjd är malaria ytterligt vanligt. 6—10 % av barnen har splenomegali och mellan 40—80 % har positiva blodsmears. 3—4 % i befolkningen har aktiv tuberkulos. I vissa provinser är prevalensen av lepra mellan 1/2—1 %. Bilharzia är besvärande inom några områden med mellan 30—60 % infekterade. I en provins i norra Etiopien har utvecklats ett effektivt medel mot snäckan, vilket i prospektiva studier som nu pågått i 8 år kraftigt reducerat nyinsjuknande i sjukdomen.

Den förhållandevis goda statistiken från hälso- och sjukvårdsinstitutioner speglar i viss utsträckning sjukdomsgrupper, som ger akuta störande besvär. Bland sjukhusvårdade fall dominerar förlossningar med 11 % av värdepisoderna och 3 % av vårddagarna. Tuberkulos tar 6 % av vårdtill-

Spädbarns- och mödradödligheten ligger på sådan nivå, som talar för att den ej påverkats av förebyggande eller kurativa åtgärder.

Hungersnöden i Vollo-provinsen torde man kunna beteckna som toppen av det isberg som nationsomfattande ständig näringsbrist utgör.

fällena och 18 % av vårdtiden. Pneumoni, gastroenterit och dysenteri tar tillsammans 11 % av vårdtillfällena med 7 % av vårdtiden. 20 % av besöken i öppen vård orsakas av helmentiasis, hudinfektioner orsakar 6 % och olika typer av gastrointestinala infektioner tillsammans 12 %. Andra vanliga besöksorsaker är veneriska sjukdomar, övre luftvägsinfektioner, malaria och lunginflammationer. Samtliga nämnda diagnoser svarar för hälften av alla besök i öppen vård.

Bakom många infektioner t ex tuberkulos, lepra liksom den höga spädbarns- och mödramortaliteten ligger till stor del bristande näringstillgång med såväl kalori- som mera specifika bristtillstånd.

Hungersnöden i Vollo-provinsen som är ett jordbruksområde och i södra Etiopiens ökenområden, vilken väckt världsomfattande uppmärksamhet, torde man kunna beteckna som toppen av det isberg som nationsomfattande ständig näringsbrist utgör. Undersökningar på representativa material har visat att omkring 10 % av den etiopiska befolkningen är extremt undernärdd och 2,1 % lider av svår proteinbrist. Problemet är svårast bland barnen och det har uppskattats att 2 % av barnen mellan 1—3 år lider av kwashiorkor och 4 % av marasmus och att 60 % av barnen i samma åldersintervall är underviktiga. Vitamin C-brist har en prevalens av över 10 % och manifest B-vitaminbrist har påvisats i över 30 % i åldersintervallet 1—5 år. D-vitaminbrist är ej ovanligt hos spädbarn, beroende på lokal tradition att skydda barn mot solljus ("onda ögat") första halvåret.

D-vitaminbrist är ej ovanligt hos spädbarn, beroende på lokal tradition att skydda barn mot solljus ("onda ögat") första halvåret.

Tre sjukvårdsnivåer kan urskiljas.

Hälso- och sjukvårdsresurser

Fram till 1950 svarade olika missioner för stora delar av landsbygdssjukvården. Först 1948 tillskapades en central administrativ organisation med ansvar för hälso- och sjukvården i riket. 1958 startade första 5-årsplanen och samtidigt startade utbildningen av de sk Gondar-teamen som visar att Etiopien mycket tidigt var medveten om vikten av förebyggande medicin av basal typ rörande vatten och näringstillgång samt olika typer av avfallshantering. Gondar-teamet bestående av hälsoofficerare, distriktssköterskor och sanitärer utbildades för att tjänstgöra tillsammans för att täcka de basala behoven för community health service and development.

1968 examinerades de första etiopiskt utbildade läkarna och man har därefter examinerat ca 10—20 årligen.

Etiopien tillhör det afrikanska land som har lägst tillgång på sjukhussängar per befolkningsantal. Till detta kommer att fördelningen av sjukhusresurserna är utomordentligt sned då man jämför de tre stora städerna med resten av landet (*tabell II*). Antalet av olika kategorier utbildade visar den extrema knappheten på mera långtidsutbildad sjukvårdspersonal. Drygt 100 etiopiska läkare (samt ca 270 utländska läkare på kontrakt) för en befolkning på 28 miljoner ger en klar uppfattning om att sjukhusvården idag ej kan nå mer än ett ytterligt fåtal av befolkningen. (*Tabell III*.)

Tre sjukvårdsnivåer kan urskiljas. En sjukhus-

Tabell II. Fördelning av sjukhussängar i Etiopien jämfört med Sverige

	Etiopien		Sverige
	Städer	Landsbygd	
Sjukhussängar	7 500		130 000
	5 000	2 500	
Inv i tusental	2 500	25 500	8 000
Inv per sjukhussäng	500	10—15 000	60

Tabell III. Tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal år 1974 i Etiopien och Sverige

De svenska siffrorna har räknats upp och svarar mot lika stor befolkning som i Etiopien.

	Etiopien 28.10 ⁶	Sverige motsv.
Läkare	104 (374)	36 900
Sköterskor	892	92 000
Hälsoofficerare	213	} 6 000
Distr.sköterskor	270	
Sanitärer	241	
Äldre sjukvårdare	1 627	
Yngre sjukvårdare	1 393	

nivå som trots att den är formellt uppdelad i provins- och distriktsjukhus är så föga differentierad att någon större skillnad mellan dessa olika sjukhusnivåer icke existerar i praktiken. Inom primärvården finns två klart avgränsade vårdnivåer. Den ena är hälsocentralsnivå på vilken Gondar-teamet fungerar. En hälsocentral har ett potentiellt upptagningsområde på 50 000 inv med en årlig driftskostnad av 140 000 svenska kronor. Den är företrädesvis inriktad på förebyggande medicin men i praktiken sker omfattande sjukvårdsverksamhet vid sidan av mödra- och barnavårdsverksamhet. Sanitären vid hälsocentralen har till uppgift att ta initiativ och skydda källor och via de ledande inom orten ordna avfallshantering samt födoämnesinspektion. För närvarande finns ca 100 hälsocentraler i landet. Den mest perifera vårdnivån består av hälsostationer, som är bemannade med två sjukvårdare, som maximalt har två års sjukhusutbildning efter 8-årig grundskola. 500 hälsostationer var i funktion 1974 med ett potentiellt upptagningsområde på ca 5 000 individer var.

Antalet läkare och sjuksköterskor anger klart att betydelsen av sjukhusnivån är liten ur kvantitativ synpunkt. De 500 hälsostationerna har teoretiskt stor betydelse, men har visat sig fungera dåligt i praktiken beroende på åtskilliga olika faktorer.

Framtida utveckling

En framställning av denna typ kan endast ge brottstycken av verkligheten. Stora problemområ-

den måste utelämnas t ex nomaderna, som är mellan 2—5 miljoner och erbjuder särskilt invecklade problem ur många olika aspekter, liksom familjeplaneringsdelen, utveckling av skog och jordbruk samt vattenförsörjningen.

Här skall mot bakgrund av den information som givits några delproblem diskuteras.

Efter revolutionen har ofta läkarens roll i den framtida sjukvården diskuterats. Läkare-, sjuksköterske- och en stor del av sjukvårdarutbildningen har skett för att förse sjukhusen med personal. Efter revolutionen har sjukhusvården ifrågasatts. Man är medveten om att driften av en sjukhus-säng är dyr (även om den i Etiopien endast kostar mellan 10—25 kr om dagen) särskilt satt i förhållande till vad man ur hälsosynpunkt får för samma summa, då den läggs på förebyggande mödra- och barnavård och på utveckling av vatten, avfallshantering samt på näringssidan. 4:e femårsplanen som skulle starta 1974 omfattade konstruktion av fem nya sjukhus. Dessa har i revisionen av planen efter revolutionen strukits. Medicinska fakulteten är stängd för 2 år, då alla i universitetsutbildning samt under någon form av yrkesutbildning har sänts ut på landsbygdskampanj för väg- och hälsostationsbyggen, läsoffensiv (95 % av den etiopiska befolkningen är analfabeter) samt politisk mission med upplysning om etiopisk socialism. Det är idag osäkert om medicinska fakulteten och sjuksköterskeutbildningen kommer att återupptagas. Redan 1/2 år efter revolutionen föreslogs en kraftig utbyggnad av health assistant training för att kunna utforma en effektiv primärvård på bynivå. Hälsoassistenterna rekryteras från skilda delar av landet och avsikten är att de efter 4—18 månaders utbildning skall återvända till sin by. Hälsoassistenterna skall inrikta sig på mödra- och barnavård, community health development med hälsoinformation i skolorna och utveckling av vatten- och avfallshantering. De skall också

Det är idag osäkert om medicinska fakulteten och sjuksköterskeutbildningen kommer att återupptagas.

=====

Ibland har den pågående utvecklingen i dessa fattiga länder jämförts med Kina och dess barfotadoktorer. Det finns emellertid åtskilliga stora skillnader.

=====

självständigt kunna taga hand om de vanligaste infektionssjukdomarna och normalförlossningarna. Under 1975 har landsbygdskampanjen konstruerat mellan 100 och 200 hälsostationer och en snabbutbildning av 250 health assistants har startats.

I den reviderade 4:e femårsplanen har intagits en programförklaring att utreda i vilken utsträckning folkläkarna, av den vitt skiftande typ som finns, kan utnyttjas och hur folkmedicinen kan användas i regeringsdriven sjukvård.

Utvecklingen av mellannivån — hälsocentralerna är mera tveksam. Även den har bedömts som allt för dyr. Personalen med hälsoofficer, distriktssköterska och sanitär är förhållandevis långtidsutbildade med totala utbildningstider från 6-årsåldern på 14—16 år. Ur medicinsk funktions-synpunkt är emellertid denna nivå viktig. Den kan klara måttligt komplicerade förlossningar, en rätt stor del av sjukdomspanoramat och genom inspektioner, kontroller samt in service-education ge en viss garanti för innehålllet i primärvårdsnivån. Den kräver transportresurser, vilket innebär svår-bemästrade reparations- och underhållsproblem.

Det förefaller ej som om man tagit något policy-beslut beträffande denna del av utbildningen. Personligen har jag vid flera tillfällen hävdat behovet av denna vårdnivå, särskilt inom mödra- och barnavården. Om man inom hälsostationsni-

vån skall högprioritera mödra- och barnavårds-verksamhet blir en konsekvens att man urskiljer mödrar som innebär förhöjd risk i samband med förlossningen. Det är uppenbart att health assistants icke kommer att ha möjligheter att klara av komplicerade förlossningar utan dessa måste hänvisas till mer kompetent vårdnivå. Detta kan gälla mellan 3—9 % av förlossningarna. Ett billigt alternativ som med framgång försökts på andra håll i tredje världen är maternal villages. Försöksverksamhet startades 1974 inom en provins med en sådan maternal village kopplad till hälsovårdscen-tral. Resultaten från andra afrikanska länder tyder på att mödradödligheten kan reduceras med 95 % och spädbarnsdödligheten med något över 35 % med denna ekonomiskt billiga typ av omhändertagande av högriskförlossningar.

Ibland har den pågående utvecklingen i dessa fattiga länder jämförts med Kina och dess barfotadoktorer. Det finns emellertid åtskilliga stora skillnader. En är att inom överskådlig tid kommer ej något referral system att fungera i dessa länder. Hälsoassistentnivån kommer att vara den enda nivå som omkring 80 % av befolkningen kommer att kunna nå, medan i Kina finns en väl utbyggd differentierad sjukhusvård med ett stort antal specialiserade läkare även på distriktssjukhusnivå.

I Etiopien har man nu satt läkarens insatser mot effekten av korttidsutbildad personal ur såväl ekonomisk, effektmässig liksom i vissa fall även ur ideologisk aspekt. Detta har lett fram till en radikal förändring av planerna för fortsatt utbyggnad av hälso- och sjukvård inom ramar som synes vara möjliga att förverkliga med egna resurser. Resultaten av dessa experiment är av intresse och betydelse ej endast för tredje världen.