

Paradoxer vid planering av hälso- och sjukvården i u-länder¹⁾

Arbete med planering av hälso- och sjukvård i utvecklingsländer innebär besvikelser. Problemen är multipla och överväldigande, personella och ekonomiska resurserna små. Förhållandena resulterar i att hälso- och sjukvårdsprogram utvecklas som motverkar målet att förbättra hälsotillståndet hos befolkningen. Som utgångspunkt för studium av dessa olyckliga fenomen föreslår författaren att tre paradoxer analyseras.

1. Ju större andel av hälso- och sjukvårdsbudgeten som går till behandling av sjuka desto långsammare förbättring av befolkningens hälsotillstånd.

Desto mindre andel går nämligen då till förebyggande verksamhet. Det är inte lätt att se människor lida svårt på grund av sjukdomar som man vet kan botas. Om preventiva program prioriteras blir det till priset av många sjukas lidande och död. Inte minst politiskt kan en sådan prioritering därför vara omöjlig. Humanitära känslor kan således i enlighet med dessa frusna realiteter hämma utvecklingen mot en högre hälsonivå hos befolkningen.

2. Ju bättre hälso- och sjukvård i västerlandet desto svårare att få en riktig hälso- och sjukvård i u-länderna.

Faran ligger i att jakten på denna hägring kan förbruka all energi och ge den fel inriktning. Ett exempel är ambivalensen inför utbildningen av läkarassistenter. För de nya ledarna har detta smak av kolonialism. Om man i alla fall tvingas utbilda sådana assistenter görs det alltid med förbehållet att när man fått tillräckligt med läkare skall den utbildningen upphöra. Är det någon som inte tror att större delen av den kliniska medicinen i USA sker maskinellt år 1980? Så snabbt går det inte i u-länderna men långt innan nuvarande mål för läkarutbildningen uppnåtts och då är personalbehoven andra än nu.

3. Ju mindre skillnad i utbildningsnivå mellan fältarbetaren och den befolkning han betjänar desto effektivare är han.

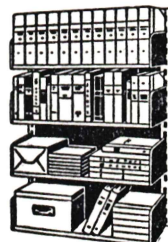
Denna paradox är mest uppenbar inom preventiv medicin och hälsouppllysning men också i vanlig sjukvård. Läkaren har svårt att kommunicera över gränsen till lägre socio-ekonomiska grupper och han är ofta hjälplös, ineffektiv och frustrerad i en annan kulturell miljö. Naturligtvis finns också ett gap mellan den mindre välutbildade medhjälparen och befolkningen men

inte så stort. Ett minskat kunskapsgap ökar kommunikationen och ökar sannolikheten för samarbete. På flera håll har man således upptäckt att man bör hämta personalen från den aktuella befolkningsgruppen och att utbildningen bör försiggå kort tid, så att man vet att de åtminstone förstår varandra när arbetet startar. Om utbildningen blir för lång och på annan plats än hemorten får vederbörande svårt att återanpassa sig till sitt tidigare liv. Han har förstas lättare att förstå engelsk text etc. men har svårt att översätta sin nyförvärvade medicinska kunskap för befolkningsgruppen. Naturligtvis kan inte den på detta sätt hjälpligt utbildade personalen klara sin del av ett program utan stöd och övervakning från läkaren och utformningen av aktiviteten faller också på den välutbildade. Om hälso- och sjukvården skall utvecklas till att motsvara de särskilda behoven i u-länderna, måste ovannämnda förhållanden beaktas. Organisation och verksamhet får inte bara bli en kopia av västerlandets.

Lars Olov Bygren

HYLLOR

praktiska
konstruktioner
för kontor
arkiv
bibliotek
butiker
laboratorier
privatinredn.



Sparrings

Försäljningsavd.:

KARLAV. 89 - STOCKHOLM Ö
Tel. 67 36 50, 67 76 75, 67 76 81

¹⁾ Rice, D. T., Three paradoxes in Health Development. Public Health Reports Vol 81, No 10, October 1966, 885-9.