

---

# Behov, beslut och konsekvenser i ett globalt hälsoperspektiv

HÅKAN HELLBERG

---

Om ramarna och bakgrunden för global hälso- och sjukvård samt frågor om initiativ och kontinuitet, ansvar, delegering och övervakning; att välja och prioritera och leva med konsekvenserna i både makro- och mikroperspektiv.

## Hur det började

Det var först efter andra världskriget som ett mer medvetet och systematiskt globalt hälso-tänkande började utvecklas. Världen hade ”krympt” i takt med de växande kontakterna och det ökade informationsflödet och allt fler människor och intressegrupper började få vidare vyer och inse det ömsesidiga beroendet också när det gäller hälsa och sjukdom.

FN grundades 1946, WHO 1948 och de organiserade internationella hjälpinsatser som påbörjats under kriget och efterkrigstiden växte in i nya globala biståndsorgan som UNICEF, UNDP, FAO m.fl., som på en vidare bas började syssla med sociala och ekonomiska samarbets- och biståndsfrågor.

Långt tidigare hade man naturligtvis på internationell bas befattat sig med specifika globala hälsoproblem. Behovet att kontrollera smittsamma sjukdomar ledde redan på medeltiden till att det infördes bestämmelser om karantän (från franskans ord för fyrtio) vid pestfara. Det var främst inkommande fartyg som isolerades i fyrtio dagar och skulle föra gul signalflagga (Q). Den gula färgen lever vidare på de internationella vaccinationsintygen. Med den senare utvecklade

kunskapen om infektionssjukdomar fick isolering och desinfektion mer omfattande och systematiska former både inom länderna och i internationell kommunikation. Ännu långt in på 1900-talet hade vi i Finland kommunala epidemisjukhus där patienter med difteri och scarlatina hölls isolerade. Under tecknad låg 1938 isolerad i tre veckor under en difteriepide-mi. År 1942 dog en kamrat i den sjukdomen och litet senare en i meningit.

Från slutet av 1940-talet tilltog det allmänna, politiska och sociala intresset för länder utanför Europa och Nordamerika, och efter hand började begrepp som u-land och biståndsinsatser bli allt vanligare. Den industrialiserade världen började allt mer effektivt utnyttja den globala råvarumarknaden och öppnade väg för sina produkter. Med den koloniala expansionen följde också en utveckling av hälsovård och sjukvård i mer avancerad form än under 1800-talet och under tidigt 1900-tal. Det skedde med två dominerande motiv. Det gällde för det första att upprätthålla hälsa och välfärd för de koloniala tjänstemännen och deras familjer, och för det andra att främja hälsa och arbetsförmåga hos den infödda arbetskraften. Här gick de preventiva och kurativa åtgärderna hand i hand med utnyttjande av de existerande vårdtekniska möjligheterna. Inom länderna i Asien, Afrika och Latinamerika hade lokala och statliga myndigheter sina vårdssystem av varierande omfång och kvalitet. Förutom hälso- och sjukvård av modernt snitt förekom, och förekommer, på många håll olika former av traditionell medicin, med ”bonesetters” (kotknackare) som ofta skickligt sköter luxationer och frakturer, örtdoktorer med varierande kunskap och färdighet, barnmorskor och mångsidiga terapeuter med insikter

## FÖRFATTAREN

ML **Håkan Hellberg** har DTM&H examen från Liverpool och Certificate in International Health från Johns Hopkins. Arbetat med lungmedicin, främst tuberkulos men också tropikmedicin, organisation, administration och utbildning inom hälso- och sjukvård på flera språk i över sjuttio länder på fem kontinenter.

---

i andevärlid och mänskliga relationer. Hiv-/aidsepidemin har gett den traditionella medicinen flera tråkiga och för många människor olyckliga dimensioner.

Med det kristna missionsarbetets utbredning från mitten av 1800-talet följde läkare, sköterskor och annan vårdpersonal, och de utgjorde en privat vårdsektor med olika grader av samarbete med kolonialtidens hälso- och sjukvård. Dessutom utvecklade näringslivets verksamhetsformer – plantager, farmer och fabriker – sin egen ”företagshälsovård” för sina anställda. Vid Firestones jättestora gummiplantager i Liberia samlades gravida kvinnor i förtid till s.k. belly camps för att i tid upptäcka eventuella förlösningskomplikationer. Den stora TATA-koncernen i Indien upprätthåller ett eget vårdssystem.

De kristna kyrkornas och missionsorganisationernas globala vårdinsats omfattade på 1960-talet tusentals läkare, tiotusentals sköterskor och annan vårdpersonal, över trettio medicinska högskolor, närmare tusen skolor för sköterskor och annan personal i olika länder. Efter hand som de nya och självständiga uländerna började ansvara för vården, blev ovanstående privata vårdformer i varierande grad och takt integrerade i de nationella vårdsystemen. Fortfarande i början av 2000-talet är den här sektorn av stor betydelse i flera länder särskilt ute på landsbygden.

### **Täckning och kontinuitet – Coverage and continuity**

Ända till 1940-talet var den globala tekniska vårdarsenalen rätt begränsad. Vaccinationerna omfattade bara smittkoppor, gula febern och kolera. Läkemedelsarsenalen var mycket begränsad och laboratorieundersökningarna enkla. Det betydde att sjukvården var ganska billig, och tack vare låga personalkostnader gällde detta också för de långa vårdtiderna vid t.ex. tuberkulos och lepra.

Men från slutet av 1940-talet inleddes en process av total förändring. Undersöknings- och behandlingsmöjligheterna blev mer omfattande och dyrare. Den kurativa vårdens snabbt ökande möjligheter och påtagliga resultat ledde till att de preventiva och promotiva, hälsofrämjande, åtgärderna kom i skymundan och deras utveckling försumrades i den kurativa entusiasmen. I det globala samhället växte samtidigt kraven på demokrati och större social och politisk rättvisa. Det gällde också för en bredare tillgång till de nya vårdmöjligheterna. Sjukvården

erbjöds mest på större orter fastän majoriteten av befolkningen då ännu fanns ute i periferin. De vanligaste sjukdomarna fanns (och finns) bland majoriteten av människorna i befolkningspyramidens bas. Mer ovanliga och behandlingskrävande patienter utgör en mindre grupp i mitten, och i pyramidens smala topp finns det relativt få vårdproblem som kräver undersökning och behandling på högsta nivå.

Om befolkningens behov ses som en pyramid med bred bas utgjorde det ensidiga vårdsystemet då en pyramid som står på sin spets med ett ringa utbud i basen där de största behoven finns. Den obalansen skapade ett socialt och politiskt tryck att göra de växande vårdmöjligheterna tillgängliga också utanför den elitorienterade sjukvården. Mot den bakgrunden började man tala om utveckling av ”basic health services”, att föra ut vårdmöjligheterna närmare majoriteten av befolkningen. Men det var inte bara vårdmöjligheterna som behövde decentraliseras. Detsamma gällde också för den övriga infrastrukturen där de skrala allmänna kommunikationerna utgjorde en broms för utvecklingen. Det märkte vi senare när den här utvecklingen fortsatte under rubriken ”primary health care” (PHC) efter en global konferens i Alma Ata.

I några länder började man redan på 1950-talet bygga små hälsostationer ute på landsbygden men de blev sällan ordentligt utnyttjade eftersom ingen utveckling av vårdpersonalens, läkarnas och sköterskornas utbildning hade skett i takt med den fysiska utvecklingen av sjukvårdsbyggnader. Det stärkte övertygelsen om att en förändring av utbildningen borde påbörjas 5–10 år innan man inför ett fysiskt nytt och annorlunda vårdsystem. Tyvärr blir den principen aldrig tillämpad till fullo och därför blir de första åren av en tillämpad vårdreform så besvärlig och otillfredsställande (jfr Finland från 1970-talet framåt). Dessutom skall befolkningen också i tid förberedas för förändringarna. – Man kan påbörja vilken ny aktivitet som helst, men svårigheten är att åstadkomma kontinuitet och full täckning inom ett givet ansvarsområde.

### **Ansvar och delegering**

Som vikarierande kommunalläkare i Finland på 1950-talet hade jag fyra väldigt olika hälsosystrar i kommunen. En behövde bromsas för att inte bli alltför självsvåldig medan de andra behövde olika grader av uppmuntran till självständigt ingripande och handling. Det

---

grundproblemet existerar inom alla decentra-  
liserade system. När en läkare skall betjäna  
en befolkning på 50 000–100 000 eller mera,  
går det inte utan att uppgifterna delegeras  
och ansvarsförhållandena klarläggs. Då kan  
en ytterlighetssituation se ut som i Papua Nya  
Guinea på 1970-talet. Här fanns en utspridd  
befolkning i svårbemästrad terräng, bl.a.  
bergstrakter med kall och fuktig väderlek,  
vilket ledde till besvärliga luftvägsinfektioner  
med stor dödlighet. För att kunna nå de hjälp-  
behövande utbildades 16–18-åriga unga män,  
med 2–3 år i folkskola bakom sig, att använda  
fyra till sex olika tabletter, två salvor och två  
mixturer. De övervakades och fortbildades av  
en Public Health Nurse (hälsosyster). Efter  
sex månaders tillfredsställande verksamhet  
fick de bästa pojkarna lära sig att ge penicillin-  
injektioner under fortsatt övervakning av hälsosystemen med distriktsläkaren i bakgrunden.  
Resultatet visade sig i en kraftig minskning av  
dödsfallen i luftvägsinfektioner. Erfarenheten  
visar att sådan hjälppersonal (auxiliaries) kan  
klara av 80–90 procent av de vanliga åkom-  
morna i lokalsamhället.

På annat håll blev uppgiftsfördelningen  
inom vårdpyramiden mer utvecklad och sys-  
tematisk. I Östafrika, bl.a. Tanzania, tar Rural  
Medical Aids med 1–2 års utbildning hand  
om basen på pyramiden. Deras överordnade  
är Medical Assistants och/eller Public Health  
Nurses (3–4 års utbildning) medan läkarna  
representerar pyramidens topp med sin yr-  
keskunskap och sitt ledaransvar.

Olika varianter av den östafrikanska mo-  
dellen fungerar i flera länder. Trycket från  
”det ogjorda”, fördelningen av de tekniska  
vårdmöjligheterna och ansvaret för utbild-  
ning, fortbildning och övervakning bildar  
bakgrunden till de lösningar som växer fram  
och utvecklas vidare. – I vår finländska medi-  
cinhistoria har vaccinerande klockare, själv-  
lärd barnmorskor och folkkirurger – senare  
hälsosystebrarna och barnmorskorna – varit  
värdefulla ”auxiliaries” (hjälpare).

### Att välja och prioritera

Beslutsfattare i alla länder lever ständigt  
med spänningen mellan växande behov och  
otillräckliga resurser. I resursfattiga länder är  
klyftan större och därmed också kraven på pri-  
oritering starkare. Det räcker inte med enbart  
mera resurser, man måste också fatta de rätta  
besluten om hur de ska användas för bästa  
mögliga resultat. Det betyder många gånger  
svåra och bokstavligen plågsamma beslut.

När direktören för hälso- och sjukvården i  
Kenya på 1950-talet fick ett erbjudande om  
en enhet för strålbehandling svarade han: ”Vi  
har inte råd att ta emot en sådan gåva, det är  
som att ge oss Queen Mary (fartyget) och vi  
har inte råd att bygga den sjö som hon skulle  
behöva”. Samma nekande svar måste en in-  
disk överläkare ge inför erbjudandet om en  
dialysanläggning: ”på det här stadiet skulle  
skötseln av en sådan ny enhet höja kostna-  
derna och poliklinikavgifterna så mycket att  
det skulle utestänga majoriteten av bl.a. de  
urinvägspatienter som behöver primärbe-  
handling för sina problem.

De två exemplen på prioritering tar fram ba-  
lansen mellan kostnaderna för investering och  
underhåll. En grov tumregel inom vårdekono-  
min är att en tredjedel av investeringen årligen  
behövs för underhållet, dvs. de löpande kost-  
naderna. Trohet mot den principen tvingade  
fram ett nekande svar till flera ansökningar  
om investeringsstöd till de biståndsorgan där  
jag var medicinsk rådgivare på 1960- och  
1970-talen. Man ska inte påbörja det som inte  
kan skötas i fortsättningen. Åtminstone måste  
man minska på den överambitiösa investe-  
ringen så att den motsvarar möjligheterna till  
fortsatt årligt underhåll.

Ibland kan man få uppleva överraskande  
prioriteringar. När Nigeria började få snabbt  
växande oljeinkomster diskuterade minist-  
rarna hur de nya resurserna skulle användas.  
När hälsoministern erbjöds mera resurser ville  
han prioritera undervisningen. ”Ett förbättrat  
skolsystem kan just nu producera mera hälsa  
än ett tillskott till vårt ministerium.”

Under slutskedet av inbördeskriget kring  
Biafra-frågan var matsituationen katastrofal  
i den omgivande enklaven. I det läget delades  
vårdpersonalen spontant i två grupper enligt  
sin respons på läget. En del av läkarna och  
sköterskorna fortsatte att sköta sjukvården  
för de barn och vuxna som snart skulle svälta  
ihjäl. Den andra gruppen tog av sig vita rockar  
och stetoskop, ”lånade” några lastbilar och for  
iväg för att skaffa livsmedel åt de hungrande.  
Särskilt i svåra lägen gäller det att se efter om  
man gör saker rätt eller om man faktiskt gör  
de rätta sakerna!

En överläkare i Sydkorea höll på med sjuk-  
husets årsberättelse: ”Då märkte jag att nivån  
på våra poliklinik- och sjukhusavgifter uteslöt  
70–80 procent av dem som bodde nära oss  
och för vilka sjukhuset ursprungligen hade  
byggts. Observationen ledde till en omorgani-  
sation av verksamheten och specifika tilläggs-  
resurser från globala biståndsorgan för en tid.

---

En del av lösningen var, som på många andra håll, den s.k. Robin Hood-inställningen: "rob the rich to pay the poor", dvs. högre avgifter för de rika för att kunna subventionera vården av den fattigare majoriteten.

### Det korta och det långa perspektivet

Varje gång nyhetsmedierna berättar om en ny katastrof som drabbar större geografisk-politiska områden och stora befolkningar tänker jag på de människogrupper som drabbas.

- Hur många akuta sjukdomsfall blir utan behandling?
- Vilken region drabbas?
- Hur många långtidsbehandlingar av diabetes, tuberkulos, lepra etc. avbryts och för hur lång tid?
- Hur många riskfall förblir oupptäckta och obehandlade?
- Hur många barn förblir ovaccinerade?
- Hur många måste klara sig utan rent vatten?
- Hur lång tid tar det att "lappa ihop systemet" så att man kan återgå till en situation som motsvarar läget före katastrofen?

Tiden när tuberkulos och lepra sköttes på sanatorier och leprosarier i årtal är förbi för länge sen. Men hur ska en decentraliserad ambulering långtidsvård organiseras när kommunikationerna är bristfälliga? Hur ska alla som behöver det få tillgång till de nya, och dyra, medicinerna? Det här kräver beslut på en mikronivå, dvs. vilken patient ska få en medicin som inte räcker till för alla? Kring 1960 räckte inte tuberkulosläkemedlen till för alla i Namibia under en viss tid och jag blev tvungen att avgöra vem som fick medicin och vem som blev utan. Då kom jag ihåg när de första streptomycinampullerna kom till Mjölbolsta och det skulle avgöras vem som fick dem.

Det gör bokstavligen ont i en att vara tvungen att prioritera på individnivå men

också när det gäller större kollektiv. En gång stod vi inför valet att besluta vilken region på flera miljoner människor som skulle få det tillgängliga vaccinet och vilken lika stor region som skulle bli utan i ett visst skede, ett beslut som betydde mera lidande och död för en grupp än för en annan. – Plötsligt kände jag mig som en del av Allied Bombing Command 1943–45: Skall vi bomba Hamburg, Frankfurt eller Leipzig? Det väsentliga är att vara medveten om att varje beslut har konsekvenser. Både sådana som man kan förutse och sådana som kommer som överraskningar.

Inom tuberkulosprogrammet i Tanzania sköter "district officers" (DO) om de lokala kontakterna med patienter, familjer och bykollektiv. De delar ut medicinerna och övervakar hur de används. Vid diskussionen under en utbildning begärde en DO ordet: "Jag har ett problem med tidsanvändningen under mina besök i byarna med min motorcykel. I min region finns det många lejon, och ibland när de hotar mig måste jag klättra upp i ett träd och vänta tills lejonen drar vidare. Ofta förlorar jag mycket tid på det här sättet. Mitt arbete skulle bli bättre om jag hade en bil!"

Med utomstående resurser fick vi senare en liten bil åt den här DO:n och flera andra i olika länder. Då kunde man också transportera patienter vid behov och inte förlora tid på grund av lejon eller andra hinder.

**Håkan Hellberg**

**Tempelgatan 8**

**10300 Karis**

**hokan.hellberg@kolumbus.fi**

### Litteratur

Health by the People, WHO Geneva 1975.

Health and Disease in Developing countries, Lankinen, Bergström, Mäkelä, Peltonen - Macmillan 1994.

Practising Health for All, David Morley et al., Oxford University Press 1985.

Community Health and the Church, Hellberg J.Håkan, World Council of Churches, Geneva 1978 (samma också på franska och portugisiska).

Doktor i Kavango, Hellberg Håkan, Fontana Media 2006.

Jag reste vidare, Hellberg Håkan, Fontana Media 2008.

---

## Summary

### *Need, decision-making and consequences in a Global Health perspective*

*From the beginning, infections have been prevented from leading to large epidemics through isolation, but only with the founding of the UN in 1946 and the WHO in 1948 did a more global health policy develop. Today, several international organizations are active in preventing often-lethal infections by establishing programs in cooperation with the authorities. The importance of basic local services and education of sufficient personnel to achieve geographic coverage and continuity is our emphasis. Knowledge of local circumstances and needs are important to choose the right priorities when helping developing countries.*