

HELSEARBEID I UTVIKLINGSLANDENE

av

ERLING KAYSER

Medical Care in Developing Countries. A symposium from Makerere. Ed.: Maurice King. Oxford University Press, London 1967. 540 s. .

Det er etterhvert mange som har noen erfaring i å arbeide i helsesektoren i utviklingslandene. Det gjelder selvsagt særlig sykepleiere og leger, men også andre. Alle disse har hatt litt føling med de enorme problemer man står overfor. De har imidlertid liten innflytelse på budsjettering og prioritering når det gjelder kanalisering av pengemidler.

I og for seg kan jeg til en viss grad forstå dette. For av egen erfaring og utfra konferanser med mange leger og sykepleiere i den tredje verden vet jeg at selv mange års tjeneste der ute i grunnen gir påfallende liten evne til perspektiv-tenking og orientering.

Mangelen på perspektiv og orientering er imidlertid større hos lederne hjemme. Jeg har hatt anledning til å konferere med mange misjonsledere både i Europa og Amerika om utviklingen av helsetjenesten i den tredje verden. De aller fleste har et gammeldags og urealistisk syn, som gjorde at jeg stundom sa til meg selv: dette er jo nesten pinlig.

Også mange av lederne i de unge kirkene har for snevre meninger om utviklingen i helsesektoren. Slagordmessig kan man si at de ønsker fine sykehus som gir *status*.

Dette er ikke ment som kritikk. I så tilfelle måtte det være kritikk av meg selv også. Derfor har jeg, både da jeg var ute på misjonsmarken, og etter at jeg kom hjem igjen, vært på jakt etter en bok som virkelig så realistisk på problemene. Nå er den kommet. Det er en bok som er skrevet utfra en grunnposisjon som ikke faller nesegrus for alt som er oppnådd i den mest avanserte vestens medisin, men som tvert imot har som grunntese at helsetjeneste er noe annet i utviklingslandene enn i den industrialiserte verden.

Boken er utgitt av professor Maurice King ved Makerere-universitetet i Kampala, Uganda. Det er en bearbeidet utgave av materiale som ble lagt frem ved et symposium der for noen år siden. Det er blitt en bok som det ville ha vært vidunderlig å få i hende da man skulle prøve å lede arbeidet ved et sykehus midt under ekvator. Men like viktig som det vil være at helsepersonell leser den, like viktig, og kanskje viktigere, ville det være om misjonsledere og utviklingshjelpere i hjemlandet kunne ta seg tid til å studere, i allfall de første kapitler.

Utgiveren formulerer altså symposiets første grunnpåstand slik: «Helsetjeneste i utviklingsland er noe helt annet enn helsetjeneste i industrialiserte land». Dette er såpass banalt, og dette vet vi jo så godt — at vi overser det fullstendig. Vi planlegger og arbeider som om det ikke skulle være noen forskjell i det hele tatt.

Den andre grunnpåstand er litt mere overraskende, men likevel selvsinnlysende: «Det viktigste moment som influerer helsetilstanden er fattigdom, ikke varmt klima.» Hvis de økonomiske forhold var tilfredsstillende ville helsenivået kunne heves i tropene som i tempererte strøk.

For det tredje minnes det om at helsetjenesten i utviklingslandene er av veldig stor betydning. Dette er jo ikke noe revolusjonært sagt, men det må aldri glemmes.

Helseforholdene i den tredje verden representerer altså en stor utfordring, og den fjerde påstand tar sitt utgangspunkt i dette: «Det er mulig å samle kunnskap nok til å møte utfordringen.»

Boken er viet en oversiktlig og grei fremstilling av disse tilgjengelige kunnskaper som må til for å legge fornuftige planer for helsearbeidet i utviklingslandene. Dette gjøres ved å gjennomgå 12 aksiomer, dessuten legger den vekt på at man må tilegne seg evne til å tenke økonomisk og til å tenke sosiologisk. I denne forbindelse understrekes viktigheten av å kunne «diagnostisere» det samfunn man har for seg. Til sist kommer en mengde praktiske råd og vink. Alle realistiske og adekvate.

Mange av de tolv aksiomer er så viktige at jeg vil antyde i hvilken retning de går. Kanskje det kunne medvirke til å vekke såpass interesse for boken at den blir studert i sin helhet. Den er vel verd det.

Først tre hovedaksiomer:

1. Vi må aldri glemme det enkelte menneske. Det er ikke unødvendig å pointere dette. I massekampanjer kan det lett bli ignorert. Ja, noen vil ha «samaritaner-holdningen» til beste. Man gjør litt narr av den. Den er liksom inadekvat i det store perspektiv. Det er den altså ikke. Det enkelte menneske må stå i sentrum.

2. Man må nærme seg helsearbeidet i utviklingslandene objektivt uten forutfattede meninger preget av forholdene i industrilandene.

3. Man må søke å oppnå mest mulig med begrensede midler. Man må være villig til kompromiss. Dette er en anstøtten for mange. Ikke minst for misjonsleger. De sier som så at vi må holde den beste medisinske standard. Vi må ikke kompromisse. Sykehus, utstyr og betjening må være like godt som i en hvilken-somhelst by i Europa.

Et slikt syn er ganske enkelt urealistisk. Men det er første gang jeg har sett hevdet fra autoritativt hold at man ikke på en slik måte må blande sammen mål og midler. Det legges i denne boken ikke skjul på at man må ta hensyn til at utviklingslandene er i en overgangsperiode, og at man i den tiden må gjøre det beste ut av situasjonen.

Dette var de tre hovedaksiomene. Så følger fire aksiomer om generelle retningslinjer for helsetjenesten.

4. Den medisinske helsetjeneste må organiseres slik at det kan bli en jevn vekst både kvalitativt og kvantitativt i hele helsesektoren. Dette vil for det første si at man ikke må prøve på å gjøre hopp i utviklingen ved f. eks. å plasere et fiks ferdig og flott sykehus midt i urskogen.

Men for det andre innebærer dette at man må være forberedt på å følge med i utviklingen på det sosiale og økonomiske område. Alle planer må derfor være elastiske.

5. Meget viktig! «Pasientene må behandles så nær hjemmet som overhodet mulig i den minste, billigste, mest beskjedent bemannede og enklest mulig utstyrte enhet som kan ta seg av dem på en forsvarlig måte.» Her tas det klar avstand fra tendensen til sentralisering og institusjonalisering som har vært så farlig i all utviklingshjelp. Legemisjonen har her, når sant skal sies, tidligere fulgt en riktig linje. Jeg er bare redd for at der er tendenser i tiden som vil orientere legemisjonen mot sentralisering og store institusjoner. Nettopp derfor er dette korrektiv så sunt i dag. Den støtter opp om den andre, og mindre populære, retning i legemisjonen, som vil arbeide i retning av mindre helsesentra i nær tilknytning til menighetene og integreres i deres arbeide.

Det anbefales å arbeide for opprettelse av flere mindre klinikker med ca. 20 senger under ledelse av en sykepleier eller «medical assistant». Her kan det drives både kurativ og profylaktisk medisin. Noe som er ideelt, for det er usundt å skille de to aspekter av helsearbeidet. Helsesentret bør ha nær kontakt med et større sykehus på 2–3 hundre senger, med så god bemanning og så godt utstyr som mulig.

En konsekvens av dette er at misjonsselskaper som planlegger sykehus på 60–100 senger f. eks., bør tenke seg vel om før de går i gang. En slik enhet vil de fleste steder falle mellom to stoler.

6. Dette aksiom består av tre ledd:

a) Den medisinske omsorg må strebe etter å nå alle. b) For de fleste sykdommer gjelder at de ikke nødvendigvis blir bedre behandlet i store og dyre sykehus i forhold til enkle og billige. Og c) Det medisinske opplegg trenger ikke være så omfattende for å være effektivt.

Her blir beskjedenheten igjen understreket. Det gjelder ikke å gjøre heroisk og flott medisin for de få, men å nå de mange så enkelt og effektivt som mulig. Uten hensyn til bravur og status.

7. Helsetjeneste må vokse organisk og i relasjon til de aktuelle behov. Ikke pådyttes som en tvang.

Dette var fire punkter om den generelle «trend» man skal være oppmerksom på. Enkelhet, beskjedenhet og realistisk planlegging.

Så følger tre aksiomer om legen og hans medhjelpere.

8. Legens arbeid er et annet i utviklingsland enn hjemme i vår vestlige verden. Han må ikke tro at han må gjøre alt. Det viktigste er at han får andre til å

arbeide ansvarlig der det ikke er absolutt nødvendig med grundigere medisinsk skjønn.

9. Legens medhjelpere har derfor en annen, og langt viktigere, rolle i utviklingslandene enn her. Min personlig erfaring i relasjon til disse to punktene er at sykepleiere og teknisk personell kan gjøre utmerket arbeid. Jeg er faktisk blitt spurt om det ikke var uhorvelig mye arbeid ved et sykehus på 70 senger, med livlig poliklinisk virksomhet og som eneste lege. Faktum er at jeg ikke hadde for meget å gjøre. Det kom blandt annet av at jeg bare arbeidet i poliklinikken en dag i uken selv. Ellers besørgtet sykepleierne det til min fulle tilfredshet. De kom ofte og ba om råd og vink, men de bar dagens byrde og hete. Det samme med laboratoriarbeid, vanlige fødsler, mindre sår og skader, vaksinasjoner osv.

10. Men dette forutsetter stadig undervisning. Og dette er noe av det viktigste på alle plan. Fra lege til sykepleiere, til elever, til lærere, til befolkningen. I alle ledd inspirasjon til større forståelse av helseproblemene.

Til slutt to aksiomer av generell karakter for å avrunde det hele:

11. Helsetjenesten i utviklingslandene må finne frem til sin egen metodikk. Det generelle opplegg må ikke slavisk overføres fra industrialiserte land til den tredje verden.

12. For hele helsetjenesten må ikke falle ned som et fremmedlegeme i den lokale kultur. De stedeagne tradisjoner må skattes og tas hensyn til. Først på den måten kan en selvstendig og vokstervillig nasjonal helsetjeneste finne form.

Jeg har gitt en såpass utførlig, om enn summarisk, omtale av disse tolv aksiomer, for å antyde hvilken retning tenkningen tar om disse emner innen et team ved Makerere-universitetet, støttet av Verdens helseorganisasjon, fordi her er krystallisert ut de retningslinjer disse kapasitetene anbefaler. Boken bør studeres i sin fulle bredde av alle som arbeider i legemisjon, eller som har planer om å gjøre det. Den er et funn.

Men jeg vil gjenta at det er vel så viktig at misjonsledere studerer den. Legemisjonen sluker store summer og engasjerer mange iherdige mennesker. Det er viktig at utviklingen får følge sunne spor. Den planlegging som foretas er påfallende ofte dilleantisk. I denne boken har vi fått et sunt korrektiv og en vederheftig veileder.