

Djärva hälsoreformer i Zambia – med inspiration från Sverige

Zambia har de senaste åren genomfört långtgående reformer av sitt hälso- och sjukvårdssystem. Organisationen och besluten har decentraliserats och metoder för bättre fördelning av de knappa resurserna utvecklats. Modellen har inspirerats av den svenska rollfördelningen mellan departement, myndigheter och vårdgivare. Den har också utvecklats med hjälp av svenska institutioner och personer med erfarenhet av svensk hälso- och sjukvård.

Rapporten utmynnar i frågan om inte Sverige å sin sida kan dra lärdom av de zambiska metoderna.

Reformerna av det zambiska hälso- och sjukvårdssystemet genomförs på ett så konsekvent och visionärt sätt att landet allt oftare framhålls som ett internationellt exempel. Det gäller decentraliseringen, prioriteringarna, den bättre användningen av resurserna och den nya roll som det centrala ministeriet har fått liksom andra strukturförändringar inom hälso- och sjukvårdssystemet [1].

Sida stödjer tillsammans med andra biståndsgivare de pågående reformerna i Zambia, såväl finansiellt som genom samarbete med svenska och internationella institutioner.

Det fanns 1997 avtal med svenska

Författare

ANDERS NORDSTRÖM

leg läkare, regional hälsorådgivare för Sida i Afrika, svenska ambassaden, Lusaka, Zambia.

CAROLINE CEDERLÖF

hälsoekonom, Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för internationell hälso- och sjukvårdsforskning, tidigare avdelad av WHO till hälsoministeriets planeringsenhet, Zambia.

institutioner motsvarande ett värde av fem miljoner kronor. Totalt uppgår det svenska biståndet till Zambia till cirka 50 miljoner kronor per år. Den här rapporten vill ge en sammanfattande bild av utvecklingen inom hälso- och sjukvårdssektorn de senaste fem åren i Zambia.

Hälsosamma visioner

Zambia är till ytan omkring en och en halv gång så stort som Sverige och med ungefär lika stor befolkning. Ändå finns det inte fler än cirka 650 läkare. För att kompensera läkarbristen har Zambia liksom många andra afrikanska länder utvecklat ett system med en yrkesgrupp som kallas »clinical officers». I utbildningsnivå ligger de mellan sjuksköterskor och läkare, och de har en mer terapiinriktad funktion än sjuksköterskor. Ofta är de chefer för vårdcentralerna. Det finns omkring 1 500 clinical officers i landet.

Den försämrade ekonomin under 1980-talet ledde till att kvaliteten på hälso- och sjukvården i Zambia sjönk drastiskt samtidigt som antalet fall av malaria, diarrésjukdomar, aids och andra smittsamma sjukdomar ökade. Infrastrukturen försämrades och tillgången på läkemedel minskade. Det gällde särskilt på distriktsnivå. Provinserna delade sällan med sig av de offentliga medlen till distrikten. Det ledde till att motivationen hos sjukvårdspersonalen försämrades.

Mot den bakgrunden började arbetet med att reformera hälso- och sjukvårdssystemen. Under 1992 presenterade den då nyttillträdda regeringen ett policydokument [2] som skulle komma att utgöra grunden för de kommande reformerna inom hälso- och sjukvårdssektorn. Hälso- och sjukvård prioriterades i den nya regeringens allmänna reformprogram och man fokuserade på primärvården.

Målet för hälsoreformerna förklarades vara att förse zambianerna med en överallt likvärdig tillgång till en kostnadseffektiv kvalitetshälsovård så nära familjerna som möjligt.

Detta kan synas vara en lätt sak, men det innehåller en ambition att sätta gränser för statens roll när det gäller att er-

bjuda vård och att bättre utnyttja resurserna.

Framför allt är det en tydlig fördelningspolitisk markering.

De tre vägledande principerna för de zambiska hälsoreformerna är:

1. (decentraliserat) ledarskap
2. ansvarstagande
3. partnerskap.

Reformarbetet har gått framåt med varierande hastighet under de år som förflutit sedan 1992. Visionen har dock hela tiden varit levande och gett genomslag både i utformningen av policydokument och i tillämpningen av reformerna på olika vårdnivåer. Varje år presenteras en uppdaterad version av en femårig rullande nationell hälsoplan. Den koncentreras till de viktigaste reformfrågorna och innehåller också en finansieringsplan [3].

Distrikten i fokus

Liksom i Sverige har decentralisering varit ett nyckelbegrepp i de zambiska reformerna av hälso- och sjukvårdssystemet. De finansiella resurserna förs ut till distrikten och primärvårdsnivån, men även organisationen och beslutsfattandet decentraliseras.

Distrikten i Zambia kan sägas motsvara landstingen i Sverige, med den skillnaden att de zambiska distrikten inte har beskattningsrätt utan finansieras med statliga medel. Samtliga distrikt har en vald styrelse, »district health board», samt ett distriktshälsovårdsteam, »district health management team». Distriktet ansvarar för distriktssjukhuset, vårdcentraler och dispensärer. De regionala och centrala sjukhusen (totalt 12) har sina egna styrelser.

Samtliga dessa styrelser ges långtgående ansvar och befogenheter inom ramen för den lag, »National health service act», som antogs 1996. Från och med i år är det tänkt att styrelserna även ska ta över personalansvaret, vilket innebär att personalen inte längre är statligt anställd.

Distriktens och sjukhusens skyldigheter och åtaganden specificeras i kontrakt mellan den centrala myndigheten och varje distriktsstyrelse, kontrakt som

Tabell I. Makroekonomiska indikatorer 1977–1994. Källa: CSO [5-8].

	1977	1980	1985	1990	1994
BNP, miljoner kwacha, 1977 års priser	1 986	1 996	2 044	2 214	2 181
BNP per capita, US-dollar	382	351	304	299	263
Statens andel av BNP, procent	23	22	27	23	27
Andelen statliga medel anslagna till hälso- och sjukvård	7	6	7	6	12

förnyas årligen. I samband med att kontrakten undertecknas samlas alla distrikts-, sjukhus- och övriga styrelser i huvudstaden Lusaka för utbyte av erfarenheter och diskussioner med den centrala myndigheten bl a för synpunkter på planer och budgetar.

Socialstyrelse etableras

Den tidigare hälsovårdsministern i Zambia, doktor Katele Kalumba, har tillsammans med andra ledande personer inom den zambiska hälso- och sjukvårdsförvaltningen besökt Sverige vid flera tillfällen och inspirerats av den svenska rollfördelningen mellan departement, myndigheter och lands- ting.

Zambia bygger därför nu upp ett mindre ministerium som fokuserar på den politiska processen, den strategiska, övergripande planeringen, lagstiftning och budgetfrågor samt en något större, självständig teknisk myndighet med uppgift att säkerställa kvalitet i vården – en motsvarighet till Socialstyrelsen i Sverige. Detta är en unik utveckling i ett afrikanskt land och har redan resulterat i en rad studiebesök från andra länder i regionen.

Arbetet med att etablera den nya myndigheten, Central Board of Health, CBoH, fick extra draghjälp genom ett besök av bl a generaldirektör Claes Örtendahl hösten 1995 samt av två konsultrapporter av Sven Eric Bergman 1996 [4].

Generaldirektören och cheferna för de olika avdelningarna på CBoH utsågs i slutet av 1996.

Den nya organisationen har i huvudsak integrerat de sk vertikala sjukdomsorienterade programmen (för t ex mala-

ria eller vaccination), vilka inte har fungerat särskilt effektivt. Man har i stället koncentrerat sig på följande tre funktioner:

1. »Commissioning of health service» med ansvar för att ingå kontrakt med bl a distrikten och de stora sjukhusen

2. »Monitoring and evaluation» med uppgift att följa upp och kontrollera verksamheten

3. »Health systems development» med uppgift att utveckla system och bestämma standarder och normer.

Totalt sett kommer denna omorganisation att innebära en personalminskning från drygt 500 till knappt 200 anställda, som kommer att vara bättre betalda och ha en högre kompetens.

Små resurser – men tydliga prioriteringar

Finansieringen av hälso- och sjukvården i Zambia bygger, liksom i Sverige, i huvudsak på ett skattefinansierat system (se Tabell I). Hälso- och sjukvårdssektorn får 14 procent av statsbudgeten i jämförelse med 6 procent i början av 1990-talet. Detta är en hög andel i jämförelse med andra afrikanska länder, där genomsnittet ligger på 4 procent [9]. I kronor räknat erhåller den zambiska hälso- och sjukvårdssektorn cirka 56 kronor per capita och år, jämfört med cirka 7 000 kronor i Sverige.

Genom tydliga prioriteringar har de mycket små resurserna kunnat utnyttjas allt effektivare.

Den tydliga decentraliseringen av vården i enlighet med reformerna har inneburit t ex att anslagen ur den totala

hälsobudgeten till de stora sjukhusen har minskat från runt 35 procent för fem år sedan till cirka 20 procent. I stället har anslagen till distrikten ökat från 22 procent till närmare 50 procent [10].

Resurserna fördelas i dag betydligt mer rättvist än tidigare genom att man nu har övergått till ett system med sakliga objektiva kriterier för hur medel anslås till sjukhus, distrikt och vårdcentraler.

Dessa kriterier beslutades i nära samarbete med vårdpersonal och administrativ personal på alla vårdnivåer. Vid anslagsfördelningen till distrikten tillmätts ett antal faktorer större eller mindre tyngd:

- befolkningstätheten (där mindre tätbefolkade områden får en större vikt, med motiveringen att det är dyrare att nå patienterna i ett distrikt där invånarna är mer utspridda)
- priset på bensin
- tillgången till bank
- frekvensen av kolera i området.

Regeringens och biståndsgivarnas anslag till distrikten fördelas efter samma regler. För att minska risken för användning av resurserna på ett mindre kostnadseffektivt sätt har man utformat regler för hur distrikten ska fördela sina anslag på olika vårdnivåer och kostnadsslag (se Tabell II) [11].

Ett problem i systemet har varit att de centrala sjukhusen också har sysslat med primärvårdsverksamhet, vilket i praktiken inneburit att primärvården dubbelfinansierats. Resurser har anslagits till vårdcentralerna för primärvård samtidigt som sjukhusen använt stora delar (hur stora vet ingen) av sina knappa resurser till att också tillhandahålla primärvård.

Detta har skett därför att patienterna upplever att kvaliteten på sjukhusen är bättre – historiskt sett har den också varit bättre – och att de ekonomiska motiven för patienten att i första hand söka vård på primärvårdsnivå saknats – något som vi känner igen även från Sverige.

Som ett resultat av detta har den tertiära vården blivit lidande. För att råda bot på problemet, stängde man förra året drastiskt mottagningen för öppenvård på det stora universitetssjukhuset i Lusaka.

Essential health package – ett sätt att prioritera

Nästa viktiga steg blev att forma en policy för hur de begränsade resurserna för sjukvård skulle kunna utnyttjas på ett mer kostnadseffektivt sätt.

För detta ändamål identifierade man de huvudsakliga hälsoproblemen och de mest kostnadseffektiva åtgärderna. Arbetet inleddes med att beräkna sjuk-

Tabell II. Övre och undre gränser för utlägg inom distriktsbudgeten, angivna i procent [11].

Kostnadsställe	Minimum	Maximum	Kostnadsslag	Tak
Distriktskontoret	5	15	Traktamenten	20
			Bensin	20
			Kapitalinvestering	10
Distriktsjukhus	20	40	Nödinköp av läkemedel	5
			Bensin	15
			Kapitalinvestering	10
Vårdcentraler och lokalsamhället	45	65	Nödinköp av läkemedel	5
			Bensin	15
			Kapitalinvestering	10

ANNONS

domsördan i sk disability adjusted life years (DALYs), ett mått på antalet förlorade levnadsår till följd av för tidig död eller handikapp.

I Tabell III redovisas de tio främsta orsakerna till sjuklighet och dödlighet. Dessa sjukdomar svarar för över 95 procent av all sjuklighet och dödlighet i Zambia [12].

Olika tänkbara behandlingar och interventioner identifierades och kostnadsberäknades. Därefter genomfördes en analys av kostnadseffektiviteten. För att minska resursslöseri i form av vård på »för hög» nivå tydliggjorde man på vilken nivå i hälsosystemet som vården skulle tillhandahållas.

De interventioner som var mest kostnadseffektiva (samt vissa andra interventioner som inkluderades av etiska skäl, t ex att omhänderta aidspatienter) kom att utgöra grunden i ett baspaket, som man kallar »essential health package». Detta definierades på ett för de zambiska hälso- och sjukvårdsreformerna klassiskt sätt med ett aktivt deltagande av representanter från distriktet, provinskontoren och sjukhusen. På det sättet fick man garantier för ett decentraliserat »ägande», som förbättrar möjligheterna till ett lyckat genomförande.

Tillämpningen sker samtidigt som man bygger upp ett system för att kunna tillhandahålla baspaketet. Det omfattar familjen och lokalsamhället, dispensärer som ger enklare primärvård nära befolkningen, större vårdcentraler som kan erbjuda det mesta av den vård som ingår i baspaketet samt distrikts-sjukhusen.

90 procent av de interventioner som identifieras i baspaketet beräknas kunna göras inom ramen för distriktens hälso- och sjukvård. På så sätt beräknar man att komma åt 98 procent av all sjuklighet och dödlighet på distriktsnivå. Arbetet med att omstrukturera verksamheten, förflytta och fortbilda personal har just börjat. Effekter på vårdkvalitet och ekonomi kommer att följas upp på olika sätt.

Extern utvärdering

I slutet av 1996 genomförde ett internationellt team under före detta WHO-chefen Halfdan Mahlers ledning en utvärdering av reformerna av hälso- och sjukvårdssystemet i Zambia. Den slutliga rapporten kom 1997 och det är tydligt att teamet imponerades av de reformer som genomförts – samtidigt som de framförde konstruktiv kritik [13].

Teamet lyfte fram fem principer för reformarbetet, som varit nycklar till framgångarna:

- öka valfriheten för patienten
- hitta lösningar genom förhandling
- aldrig förlora visionen

Tabell III. De 10 sjukdomar som representerar flest förlorade DALYs. Källa: Ministry of Health [12].

Sjukdom	Antal förlorade DALYs
1. Malaria	6 800 000
2. Akuta luftvägsinfektioner	5 500 000
3. Aids	3 200 000
4. Diarrésjukdomar	2 100 000
5. Perinatale sjukdomar	1 300 000
6. Tuberkulos	300 000
7. Undernäring	100 000
8. Sjukdom i samband med graviditet och förlösning	92 000
9. Gastrointestinala sjukdomar	87 000
10. Anemi	82 000

- uppmuntra inflytande i stället för kontroll
- utnyttja en interaktiv läroprocess.

DISKUSSION

Zambia har kommit långt i sitt reformarbete inom hälso- och sjukvårdssystemet. Men trots framgångarna återstår många utmaningar.

Reformprocessen har hindrats av bland annat strukturella problem, som den dåliga infrastrukturen i landet och bristen på välutbildad personal på distriktsnivå. Personer med god utbildning är ofta överhopade med arbete, och många duktiga läkare har flyttat till grannländerna där lönerna är högre. Detta har medfört att det faktiska resultatet inte alltid nått upp till de ursprungliga förväntningarna, åtminstone inte i den takt som man från början räknat med.

Reformarbetet har hittills inriktats på framför allt administration och organisationsutveckling och mindre på kvalitet i vården och på folkhälsofrågor. Det har medfört en obalans i processen som man nu brottas med och vars lösning prioriteras högt.

Reformarbetet har hittills uppnått många förbättringar i hälso- och sjukvårdssystemet. Även ute på vårdcentralerna märks förändringar. Ofta är personalen på vårdcentralerna ute i landet i dag mer motiverad och känner en äganderätt till reformarbetet. Ett konkret resultat framgår av den statistik som visar att spädbarnsdödligheten, till skillnad från i grannländerna, inte har stigit trots en förväntad ökning främst till följd av HIV/aids epidemin.

Krav på resultatredovisning

Kraven på mätbara resultat har påskyndat utvecklingen av ett nationellt hälsoinformationssystem i Zambia. Ett fåtal nyckelindikatorer, som ska göra det möjligt att följa sektorns utveckling,

är på väg att testas. Förutom sjuklighet och dödlighet kommer man att följa förändringar i tillgång till hälso- och sjukvård samt hur administrationen utför sina basuppgifter.

Skulle samma krav på resultatredovisning kunna ställas på den svenska hälso- och sjukvården? Det vore troligen intressant för svenska folket att genom några indikatorer årligen få en översikt över vad som händer i svensk hälso- och sjukvård.

Reformarbetet har bidragit till ökad överskådlighet och möjlighet att påverka systemet, både inifrån och utifrån. Kvarstående problem och utmaningar är kända och diskuteras öppet i Zambia. Har då Sverige något att lära av Zambia?

Svensk hälso- och sjukvårdspolitik har ibland kritiserats för att fokusera på enskilda problem i stället för att se helheten. I Zambia har man genomgående anlagt helhetsperspektiv i reformarbetet. Man utvecklar t ex årligen en nationell strategisk plan, där prioriteringar och budgetfrågor för hela hälso- och sjukvårdssektorn diskuteras.

En nyckel till framgången i det zambiska reformarbetet har varit en politisk vilja och klara prioriteringar från centralt håll kombinerat med en stark decentraliseringsprocess. Prioriteringar är nödvändiga och blir särskilt viktiga vid en ekonomisk nedgång, som den vi känner av även i vårt land. I Sverige har nedskärningar i vården skett, men prioriteringarna har ofta varit vaga. Det svåra är inte att prioritera, utan att bortprioritera.

Samarbetet i Zambia mellan vårdpersonal och representanter från avdelningar på hälsoministeriet har lett till att förändringar har förankrats på alla nivåer och därför har bättre chans att tillämpas. Kanske skulle även svensk sjukvårdspolitik få bättre gehör hos vårdpersonalen om denna vore mer delaktig i besluten.

Givande för Sverige

I Zambia har hälsoministeriet medvetet prioriterat utvecklingen av den institutionella kapaciteten. Det svenska biståndet har också delvis koncentrerats till institutionsutveckling i form av samarbete mellan zambiska och svenska institutioner och organisationer, t ex avdelningen för internationell hälso- och sjukvårdsforskning (IHCAR) på Karolinska institutet, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund och RFSU.

Samarbetet har gällt hälsoekonomi, läkemedelspolitik, ungdomshälsa och fortbildningsfrågor, och har visat sig givande för institutionerna i både Sverige och Zambia. Det har gett en bättre inblick i tankegångarna inom det zambiska

ka hälsoministeriet som i sin tur fått hjälp av experter.

I början av det här året avsattes hälsoministern Katele Kalumba av politiska skäl, och Zambia har fått en ny hälsominister, professor Nkando Lou. Det återstår att se vilken linje den nya hälsoministern väljer och om reformarbetet i sin nuvarande form kan gå vidare. Vi hoppas att det goda samarbetet mellan Sverige och Zambia fortsätter och att vi i framtiden kan lära oss ännu mer av varandra.

Referenser

1. Berman P, ed. Health sector reform in developing countries: making health development sustainable. Boston: Harvard University Press, 1995. Harvard series on Population and International health.
2. Ministry of Health, Republic of Zambia. National health policies and strategies (health reforms). Lusaka: MOH, 1992.
3. Ministry of Health, Republic of Zambia. National strategic health plan (investment plan) – 1995–2000. Lusaka: MOH, 1996.
4. Bergman SE. Central Board of Health – key issues for the establishment. Lusaka: Sida, 1996.
5. Central Statistics Office. National accounts, statistical bulletin 1984. Lusaka: CSO, 1984.
6. Central Statistics Office. National accounts, statistical bulletin 1990. Lusaka: CSO, 1990.
7. Central Statistics Office. National accounts, statistical bulletin 1992. Lusaka: CSO, 1992.
8. Central Statistics Office. National accounts, statistical bulletin 1995. CSO, Lusaka, 1995.
9. Unicef. The state of the world's children 1997. Oxford: Oxford University Press, 1997.
10. The Department of Economics, UNZA, The Swedish Institute for Health Economics (IHE). Zambia health sector expenditure review 1995. Lusaka, 1996.
11. Health Reform Implementation Team, Ministry of Health, Republic of Zambia. Handbook for district health board members. Second edition. Lusaka: MOH, 1996.
12. Ministry of Health, Republic of Zambia. Report from the packaging workshop in Kabwe, 27 September to 1 October 1995. Lusaka: MOH, 1995.
13. Mahler H, Chabot J, Ciardi P, Foltz AM, Huddart J, Mbanefoh G et al. Independent review of the Zambian health reforms. Lusaka: MOH, 1997.

En rak fråga till läkarkåren:

Hur använder ni egentligen era kuratorer?

Frågan ställs av kurator Lena Marjavaara, ÖNH-kliniken, Regionsjukhuset, Örebro. Med mer än 20 års yrkesverksamhet inom socionomyrket – inom och utom sjukhus – berättar hon om hur samverkan mellan läkare och kuratorer kan gestalta sig i ett respektfullt teamarbete, då den totala resursen utnyttjas för att med helhetssyn hjälpa patienten vidare ur en krissituation.

Tänk dig en cancerpatient, strålbehandlad, opererad och »klar». Efterkontrollerad och till doktors tillfredsställelse tumörfri – så långt våra tekniska resurser kan påvisa. Men: patienten är fortfarande olycklig och rädd. Hans trygga liv har fått ett nytt inslag av hot. Man glömmer inte bort en cancersjukdom och all den omilda behandling som krävs under lång tid. Han tror att cancer får grepp om honom igen. Inte nu kanske, men snart. Eller senare ... När? Får han se sina barn växa upp? Kan han tro att han har något mer att ge sin arbetsgivare? Pratar han med doktorn om detta? Kanske, men troligen inte. Varken han eller doktorn tycker att den sortens icke-medicinska spörsmål får ta upp dyrbar mottagningstid.

Hjälp att brygga över gapet

Är det ett psykiatriskt problem? Psykiatrin idag vill att akutklinikerna om möjligt skall hantera sina egna »normala» kriser. De anser det rimligt att människor drabbas av en existentiell kris i samband med en cancerdiagnos. Tills krisreaktionen passerat gränsen för det patologiska anser man sig inte kunna avvara resurser för denna typ av behandling.

På min klinik hänvisas patienter med enligt ÖNH-klinikens mått mätt »rimliga» krisreaktioner till kuratorssamtal. Så sker även i samband med diagnosbesked och då den svåra behandlingen skall presenteras. Det är ett erbjudande som patienten givetvis kan tacka nej till,



Lena Marjavaara:

”Det är med stolthet och glädje jag berättar för dem som ännu inte uppfattat det, att kuratorer bedriver ett självständigt och avancerat behandlingsarbete. Under alla år inom sjukhuset är det inte alltid vi gjort oss själva rättvisan att synas och höras. Därav myten om oss som ’tysta’, ’snälla’, evigt tjänstvilliga människor. Nu är det tid att sticka ut hakan och tala om att vi efter tre och ett halvt års högskolestudier, i många fall dessutom kontinuerligt under pågående yrkesutövning, har inhämtat kvalificerad vidareutbildning.”