

Varför går man inte vetenskapligt tillväga när man omorganiserar?

Jag har med stort intresse läst Leif Rosenhalls insändare i Läkartidningen 7/99, där han kritiserar bristen på vetenskapligt tillvägagångssätt vid organisatoriska beslut inom sjukvården. Jag instämmer i det mesta han skriver.

Lars Collste och medarbetare känner sig uppenbarligen träffade när de svarar i Läkartidningen 15/99. De påpekar att det knappast finns vetenskapligt underlag att falla tillbaka på i dessa sammanhang. Collste och medarbetare propagerar för att läkare borde utbildas i administration.

Med dagens ofta komplicerade strukturer inom sjukvården är det säkert riktigt. Jag har speciellt i början på 1990-talet upplevt talrika omorganisationer inom sjukvården. Det slog mig att man mycket sällan före en planerad ändring har redovisat problemen för dem som arbetade på »verkstadsgolvet» för att få en bättre förståelse eller för att efterhöra deras synpunkter. Än mindre har man redovisat resultaten av de genomförda förändringarna efteråt.

Jag har inte heller hört att resultaten av dessa erfarenheter har publicerats, förmodligen därför att det inte finns någon vetenskaplig tidskrift som skulle ta

in studier som utförts på detta ovetenskapliga sätt.

Det har således funnits rikligt med tillfällen att samla vetenskapligt material. Å andra sidan var det inte många läkare som på den tiden involverades i eller intresserade sig för administration. I

stället fick man intrycket att tillvägagångssättet var hämtat från tillverkning av bilar eller kylskåp, men inte från umgänge med människor.

Dieter Lockner
docent,
Trångsund

Så byggdes primärvården i Tanzania upp

Vi har med glädje läst den fina artikeln om barfotaläkare i Tanzania i Läkartidningen 21/99. Man får emellertid intrycket att »village health workers» ersätter läkare på landsbygden. Därför vill vi ge en bild av hur primärvården byggdes upp på 1950–1970-talen.

Då Tanganyika blev självständigt 1961 fanns statliga sjukhus i städerna och ett glest nätverk av små dispensärer i distrikten samt missionssjukhus med ett antal tillhörande sjukstugor, ofta med många bäddar, på landsbygden. En plan förelåg för en hierarkisk utbyggnad av hälso- och sjukvården. Enligt denna byggdes, med hjälp av Sida, health centres som en nivå mellan distriktssjukhusen och dispensärerna, som de skulle stödja.

På dispensärerna skulle finnas en »rural medical aid». Vid missionssjukhusen utbildades sjuksköterskor och vid några av dem fanns en utbildning av »medical assistants». Dessa hade en högre skolunderbyggnad än sjuksköterskeleverna. »Medical assistants» fungerade som underläkare vid kyrkornas sjukhus några år och blev sedan chefer på sjukstugor eller »health centres». Från slutet av 1960-talet kunde de bästa av dem få vidareutbildning till »assistant medical officers» och arbetade sedan som läkare vid sjukhus.

Efter några år fick en del chansen till full läkarutbildning, som dock inte var internationellt erkänd. De kom därför att stanna i landet.

Det fanns ett fåtal inhemska läkare. Vid kyrkornas sjukhus tjänstgjorde utländska läkare. Vi arbetade vid den lutherska kyrkans sjukhus Ndolage i Bukoba distrikt 1962–1968 och under några månader 1976–1977. Under de se-

naste två decennierna har det ofta bara funnits en svensk läkare där tillsammans med inhemska läkare och »assistant medical officers». Redan på 1960-talet besökte vi läkare regelbundet en gång per månad kyrkans sjukstugor och »health centres».

För att nå ut på bynivå med hälsovård påbörjades i mitten av 1980-talet i Tanzania liksom i många andra utvecklingsländer utbildning av »village health workers». Vi har intresserat oss mycket för detta, beskrev hur det fungerade i Indien [1], och har arbetat med ett byhälsoprogram i Zimbabwe [2]. Det var därför glädjande för oss att få höra att samarbetet mellan dispensär och »vill-age health workers» fungerade i den del av Tanzania som artikeln berörde.

Kerstin Dahlin
barnläkare, allmänläkare
Lars Dahlin
kirurg, allmänläkare,
Helsingborg

Referenser

1. Dahlin K, Dahlin L. Byutvecklingsprojekt med utbyggd primärhälsovård i Indien och Nepal. Läkartidningen 1981; 78: 46.
2. Dahlin K, Dahlin L. Bättre hälsa på Zimbabwes landsbygd genom byutvecklingsprojekt. Läkartidningen 1984; 81: 36.

ter, medarbetare och i samhällsdebatten.

Kvinnliga Läkare i Vätterbygd har skapat en arena, ett möte mellan kvinnor i sjukvården, läkare, politiker och administratörer i form av ett Nordiskt symposium 2–4 september, på temat »Organisation i förändring». Vi vill fördjupa kunskapen för den organisation vi arbetar inom, för att därmed kunna påverka vår egen arbetsmiljö och skapa större arbetsglädje.

För bättre sjukvårdsorganisation och för framtidens läkare uppmanas läkarkåren, både män och kvinnor är välkomna, att komma till Jönköping i september!

Lotta Larsdotter
ordförande,

Kvinnliga Läkare i Vätterbygd (KLIV), distriktsläkare, Mullsjö vårdcentral

