

Inga snabba resultat – tålamod och långsiktighet nyckelord

Medicinsk forskning inriktad på lokala hälsoproblem kan bidra till att förbättra hälsotillståndet i tredje världen, varför det är viktigt med bistånd till uppbyggandet av hälsoforskning där. Ovanligt långsiktiga tidsperspektiv tycks vara nödvändiga vid sådant samarbete, som även fordrar en medvetenhet om att valet av forskningsprogram alltför mycket kan styras av biståndsgivaren. Våra erfarenheter från Nicaragua är dock att biståndsmottagaren gradvis blir alltmer oberoende och självständig i sitt förhållande till givaren.

Medicinsk utbildning bör ge studenterna kunskaper anpassade till den särskilda miljö där de skall verka. Emellertid har kursplaner i tredje världen (Syd) ofta utformats utifrån västvärldens (Nord) erfarenheter och behov, och relevanta ämnen som epidemiologi, beteendevetenskap och administration har intagit en underordnad plats [1]. Även medicinsk forskning har styrts av Nords behov, vilket lett till att forskningens förmodat stora förmåga att förbättra hälsotillståndet för Syds folk försummats.

Mot denna bakgrund har en internationell kommission lanserat termen »Essential national health research» (ENHR) för att ange en önskvärd inriktning mot att identifiera och prioritera lokala hälsoproblem samt att utveckla redskap och strategier för lösningen

Författare

ÅKE THÖRN

överläkare, yrkesmedicinska enheten, Bodens sjukhus

LEIF SVANSTRÖM

professor i socialmedicin, prefekt vid institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm.

av dem [2]. Kommissionen föreslog också att bistånd till hälsoforskning borde koncentreras till långsiktigt stöd av uppbyggnad och underhåll av forskningens infrastruktur. Detta är bakgrunden till vår medverkan i ett 15-årigt forskningssamarbete med institutionen för preventiv medicin i León, Nicaragua.

Fartblindhet, långsiktighet och beroende

Syftet med samarbetet är alltsedan starten att den nicaraguanska institutionen skall utvecklas till en självständig och oberoende enhet, på sikt förmögen till en egen nationellt relevant forskning och forskarutbildning inom folkhälsoområdet i Nicaragua. Under flera år påverkades arbetet avsevärt av det pågående kriget, varför det inte är egendomligt att verksamheten från och med freden 1989/1990 fungerat smidigare.

Emellertid har vi kommit att förstå att de första sex årens störningar inte enbart berodde på kriget. De hade också sin grund i vår oförmåga att inse de tidsperspektiv som är nödvändiga vid ett institutionellt uppbyggnadsprojekt som inbegriper två skilda och mycket ojämlika världar. Så här i efterhand tror vi att vi i början av samarbetet led av ett slags Nords fartblindhet, betingad av en etnocentrisk förträngning av vår egen utvecklingshistoria. Vi – institutioner, biståndsmyndigheter, enskilda handledare – förbisåg den tid det tar för parter med så skilda förutsättningar att skapa de nära kontakter – präglade av förtroende, någon form av jämlikhet samt interkulturell förståelse – som fordras för att samarbeta i uppbyggnaden av en institution vars mål är att bli helt oberoende av oss och våra egna institutioner.

En av våra viktigaste erfarenheter, delad också av andra [3], är därför att kapacitetsuppbyggnad inom högre undervisning och forskning i Syd fordrar en osedvanligt lång långsiktighet. En medvetenhet om detta är nödvändig för att minska konflikter och besvikelser mellan parterna: finansiärer, universitetsinstitutioner, ministerier, handledare och enskilda forskarstuderande. Tålamod är nyckelordet!

Det är naturligtvis dock inte bara

fartblindhet och brist på tålamod som kan vara ett uttryck för en etnocentrism i samarbete kring kapacitetsuppbyggnad. Trostle [4] anför t ex att själva termen kapacitetsuppbyggnad uttrycker en arrogant uppfattning om att det ingenting finns från början. Banjeri [5] för fram liknande tankegångar. Gudrun Dahl och Birgitta Odén [6] anför att i den situation av extrem ojämlikhet som råder mellan Nord och Syd finns en mycket stor risk för att vetenskapligt legitimerad kunskap tillmäts ett större argumentationsvärde än den lokalt tillägnade, praktiska kunskapen.

Andra [3, 4, 7] pekar på det starkt asymmetriska förhållandet mellan å ena sidan erfarna handledare från Nord med välutbyggda nätverk till finansiärer, forskningskommittéer och institutioner och å andra sidan oerfarna elever från Syd utan sådana kontakter. Detta leder ofta till att såväl val av forskningsprogram som forskningens innehåll styrs från Nord [3, 4, 8].

Vidare är det vanligt att den inbördes arbetsfördelningen mellan den utländska handledaren/institutionen och den inhemska eleven/institutionen förblir sådan att den förra väljer och utarbetar forskningens mål och design, medan den senare blott utför fältarbetet och/eller tillhandahåller tillgång till intressanta studiepopulationer [4]. Denna permanentning av en assistentroll har kallats »vetenskaplig kolonialism» [4], och vi har försökt undvika detta genom att upprepat diskutera de obalanser som råder.

15 år – var står projektet och Nicaragua idag?

Gradvis har tre nationellt relevanta forskningslinjer byggts upp vid institutionen i León. En av dessa är socialmedicinsk och rör olycksfall, vilka svarar för en hög morbiditet och mortalitet i landet [9]. En andra, som utvecklats med avdelningen för yrkesmedicin vid Karolinska institutet som svensk motpart, rör bekämpningsmedel, vars användning lett till en hög incidens av förgiftningar hos lantarbetare och deras familjer [10]. Med hjälp av institutionen för epidemiologi och folkhälsovetenskap vid Umeå universitet har så den

tillhandahålla kortare kurser rörande forskningsmetodologi och, från 1995, en Masters-utbildning i public health.

Vidare har institutionens ökade kompetens uppmärksammat internationellt, vilket lett till forskningsanslag från andra länder än Sverige. Denna geografiska spridning av forskningsfinansieringen tolkar vi som ett lovande tecken på ett begynnande oberoende av oss ursprungliga handledare och handledande institutioner.

Effekten på folkhälsan dröjer

Utvecklingen under dessa år visar emellertid tydligt att på kort sikt spelar en förbättrad forskningskapacitet med nationellt relevant inriktning dessvärre ingen roll för folk-

hälsans utveckling. Nicaragua har blivit ett av världens fattigaste länder med en bruttonationalprodukt per capita på 340 US-dollar år 1994 [12]. På grund av ett strängt åtstramningsprogram har det enhetliga hälsovårdssystem som vi rapporterade om i Läkartidningen 1984–1985 [13, 14] upphört att finnas till, varför tillgången till sjukvård inte längre är allmän. Andelen fattiga var år 1991 70 procent [11], och 1995 85 procent [15]. Analfabetismen hade ökat från 13 procent vid mitten av 1980-talet till 25 procent tio år senare [15].

Spädbarnsdödligheten tycks ha stannat upp vid ca 50 promille [12, 15], medan smittsamma sjukdomar såsom kolera har ökat från ett fåtal fall per år på 1980-talet till 2 800 under år 1995 [15]. I de tre största städerna har andelen hushåll som uppger sig ha sjuka barn i hemmet ökat från 46 till 68 procent mellan 1992 och 1998 [16].

Mot denna bakgrund är det lätt att hålla med röster från Syd som kritiserat den inledningsvis omnämnda internationella kommissionens [2] uppfattning att hälsoforskning märkbart skall förändra liv och hälsa i Syd: »It piously hopes for a relation of equality in health research in an international setting that is blatantly unjust and inequitable» [5].

Fortsatt bistånd till forskarutbildning?

Trots detta förefaller projekt som stärker utbildnings- och forskningsinstitutionernas kompetens i Syd vara en av de få former av bistånd som möjligen kan bidra till en självständig utveckling mot förbättrad hälsa. Forskning möjliggör rationella och effektiva lösningar på nationella hälsoproblem,

Begravning av en tvåårig flicka som avlidit dehydrerad på grund av häftiga diarréer.

mellan oss (Nord) och våra sammar-

trede forskningslinjen byggts upp, inriktad på studiet av den höga sjuk- och dödlighet som sammanhänger med handenskap, förlossning och nyföddhetsperiod [11].

I vilken mån konsekvenserna av det oundvikligen ojämlika förhållandet

betspartner (Syd) har kunnat reduceras kan vi naturligtvis inte säga. Något har de minskat, tror vi, annars hade resultaten uteblivit. Det viktigaste resultatet är att institutionen i León sedan 1989 har börjat kunna reproducera sin kunskap genom att, utan utländsk medverkan,

Referenslistor

Några detaljer förtjänar att påpekas då de ofta vållar problem:

Läkartidningen publicerar inte fler än 20 referenser (max 5 i korrespondensinlägg). Om fler finns skall författaren ange vilka som skall publiceras. Efter referenslistan skrivs då: »En fullständig referensförteckning kan rekvideras från författaren (författarna).» Ange både namn och adress!

Om ett verk har upp till sex författare anges samtliga; om författarna är sju eller fler anges de sex första plus et al.

Förkorta tidskrifters namn enligt Index Medicus. Om tidskriften inte återfinns i den senaste upplagan, skriv ut hela namnet.

Personliga meddelanden och opublicerade data redovisas i texten, inte i referenslistan. Undvik referenser till sammanfattningar (abstracts).

Författare skall alltid anges. Många skrifter har namngivna författare även om namnen inte finns på titelsida, utan t ex endast i förord eller liknande.

Om »författare» är en organisation, utredning eller expertgrupp skrivs detta, t ex »Synskadeutredningen. Synskadade och samhället . . .»

Finns ej angiven författare anges typ av artikel inom parentes efter rubriken, exempel: Syftet med läkarstrejken [ledare]. Läkartidningen 1986; 83: 75-6.»

Seriebeteckning för vissa publikationer – t ex Socialstyrelsen redovisar, SOU, departementsrapporter – anges i slutet av referensen. Exempel: Rannek J, Wahren H, Ringnér Å. Kväveföreningar i grundvattnet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1981. Socialstyrelsen redovisar 1981:9.

Vid hänvisningar till vad som sades vid konferenser och symposier anges konferensnamn, konferensplats och datum. Referera i första hand till tryckt protokoll eller sammanställning, ange förlag/utgivare och utgivningsort.

Vid hänvisningar till Svenska Läkarsällskapets riksstämmas sammanfattningar anges Hygiea, årtal, volym/band, nr och sida. Exempel: Bergdahl S, Eriksson M. Neonatal osteomyelit – ett 10-årsmaterial. Svenska Läkarsällskapets handlingar Hygiea 1980; 89(5): 67.

Om en referens är en akademisk avhandling anges [dissertation] före slutpunkten i titeln.

OBS! Många institutioner och universitet står själva som förlag.

En gruvarbetarfamiljs bostadsstandard.

och samarbete i forskarutbildningen har ett värde i sig [17]; det befördrar fördjupade institutionella kontakter mellan Syd och Nord, bredare nätverk och överföring av teknologi [17]. En internationell utredning [2] visar dock att bearbetning och spridning av forskningsbiståndets erfarenheter sker mycket bristfälligt. De medverkande institutionerna saknar »institutionellt minne», och det finns inga oberoende organ som kan värdera aktiviteterna [2]. Andra författare [18] drar delvis liknande slutsatser, och rekommenderar därför att biståndsprojekt inom hälsoforskningen lämnar mer detaljerade redogörelser för projektens ledning, administration, finansiering och etiska konsekvenser.

Det tycks alltså finnas goda möjligheter att utveckla och förbättra biståndet till forskarutbildning genom mekanismer för systematisk bearbetning av skilda erfarenheter. Konkret kunde detta ske genom att skapa gemensamma, regelbundna former (sekretariat, konferenser, workshops) för reflektion, diskussion, kunskapsutbyte och utvärdering för alla de svenska institutioner som numera har erfarenhet av forskarutbildning i Syd.

Referenser

- Henderson DA. Defining global medical education needs. Acad Med 1989; 64 suppl 5: 9-12.
- Commission on health research for development. Health research: Essential link to equity in development. Oxford: Oxford University Press, 1990.
- Thulstrup E. A key to development: Strengthening science based fields in Third World universities. In: Research for development. Stockholm: Sarec, 1995: 79-90.
- Trostle J. Research capacity building in international health: Definitions, evaluations and strategies for success. Soc Sci Med 1992; 35: 1321-4.
- Banerji D. Report of the commission on health research for development and the countries of the south. Int J Health Res 1992; 22: 169-7.
- Dahl G, Odén B. Knowledge and Sweden's way from poverty to affluence. In: Research for Development. Stockholm: Sarec, 1995: 15-38.
- Karekezi S. Capacity building for policy analysis and implementation. In: Research for Development. Stockholm: Sarec, 1995: 65-78.
- Jeyratnam J. 1984 and occupational health in developing countries. Scand J Work Environ Health 1985; 11: 229-34.
- Ministerio de Salud. Causas de defunciones registradas 1982-1992. Managua: Minsa, 1994.
- Marín J, Toledo R, Corriols M. Efectos adversos a la salud causados por la exposición de plaguicidas. Boletín Epidemiológico 1998; 8: 16-9.
- Sú C, Mosquera M. Contexto nacional del estudio: datos generales sobre Nicaragua. I: Vázquez ML, Mosquera M, eds. Diarrea y Enfermedades Respiratorias Agudas en Nicaragua. Un Estudio de Intervención Educativa 1989-1992. Managua: CIES-UNAN, 1994: 1-18.
- Unicef. The state of the world's children 1997. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Svanström L, Thörn Å. Förebyggande hälsoarbete viktig del i det nicaraguanska uppbyggnadsprogrammet. Läkartidningen 1984; 81: 561-2.
- Svanström L, Thörn Å. Återbesök efter två år: Förbättrat hälsoläge trots strider och blockad. Läkartidningen 1985; 82: 3717.
- Ministerio de Salud: Situación de Salud en Nicaragua: Indicadores Básicos. Managua: Minsa, 1997.
- Vilchez SA. Condiciones de vida de los hogares de Managua, León y Granada 1992-1998. El Observador Económico 1999; 84: 13-20.
- Lansang, MAD, Olveda RO. Institutional linkages: Strategic bridges for research capacity strengthening. Acta Trop 1994; 57: 139-45.
- Maina-Ahlberg B, Nordberg, E, Tomson G. North-South health research collaboration: Challenges in institutional interaction. Soc Sci Med 1997; 44: 1229-38.