

Sjukvård efter behov eller plånbok?

r I städer som Karthoum och Phnom Penh finns både datortomografi och laparoskopisk kirurgi att tillgå för den som kan betala. Samtidigt saknar barn på landsbygden tillgång till basal vård. Denna paradoxala vårdssituation är ett faktum i många fattiga länder. Ett projekt i Kambodja, initierat av Läkare utan gränser, visar att med tid, rationellt använda pengar och anpassning till praktisk verklighet går det att förändra ett katastrofalt dåligt sjukvårdssystem.

JOHAN VON SCHREEB

kirurg och katastrofhälsoanalytiker, avdelningen för internationell hälsa (IHCAR), Karolinska institutet, Stockholm (johan.von.schreeb@phs.ki.se)

II Under de senaste årtiondena har möjligheterna att få vård i världens fattigaste länder ökat markant genom fler mottagningar, fler sjukhus, mer utbildad personal, mer mediciner och mer material. Fattiga länder definieras som låginkomstländer med en BNP under 736 dollar per capita och år. Men trots att behovet av bot och möjligheten till bot därmed borde kunna finnas på samma plats saknar ändå en stor del av befolkningen i denna del av världen tillgång till nödvändig vård. Vi står här inför en smärtsam paradox. I denna artikel kommer jag att analysera situationen för att sedan med utgångspunkt i utmaningarna i ett medicinskt utvecklingsprojekt i Kambodja diskutera hur man kan angripa problemet på ett konkret sätt.

Marknadens verkningar

Vi kan idag se hur globaliseringens verkningar även påverkar sjukvårdens verklighet. Avregleringar, strukturella anpassningsprogram och den fria marknadens expansion har förändrat vården på många sätt. Samtidigt som både datortomografi och laparoskopisk kirurgi idag finns tillgänglig för den som har råd i huvudstäder som Khartoum, Kigali och Phnom Penh saknar barn på landsbygden i berörda länder faktisk tillgång till basal vård. Denna paradoxala vårdssituation har självfallet flera förklaringar, men till de mer avgörande orsakerna hör den bristande styrningen och kontrollen av vården samt avsaknaden av en gemensam hälsofinansiering. Vård finns tillgänglig, men det är svårt att få tillgång till den!

Sjukvården – ett marknadsmisslyckande

Man måste konstatera att den fria marknadens expansion under de senaste åren betytt mycket för att stimulera ekonomin

och öka välbördet i världen. Även sjukvården har i stigande grad påverkats, men det är snarare marknadens utbuds- och efterfrågemodell än rationell planering och kostnadseffektiv hälsopolitik som förändrat vården. Utifrån den fria marknadens perspektiv framstår dock sjukvården som en »förlorad marknad«, och som sådan är den en misslyckad marknadsplats där det inte råder ideala förhållanden för en kostnadseffektiv vård. Eftersom behovet av sjukvård tycks vara outtömligt saknas förutsättningar för jämvikt – efterfrågan på vård och mediciner kommer aldrig att sina.

På vårdmarknaden råder också ett asymmetriskt kunskapsförhållande mellan patienten och vårdgivaren. Patienten (»den lidande«) är i ständigt underläge; utsattheten försätter henne i ett beroendeförhållande som, tillsammans med vårdgivarens ointagbara kunskapsförsprång, gör henne helt oförmögen att agera som autonom kund. Det finns också klara brister i den fria marknadens förmåga att värdera och ta hänsyn till sk externaliteter, positiva bieffekter. (Om man låter vaccinera sig blir man inte bara själv skyddad, utan ens vaccination innebär också minskad risk för andra att bli smittade. Denna positiva »spill over«-effekt är en bieffekt.)

Listan på de komplikationer som möter den som vill applicera en strikt mark-

I de flesta fall är det snarare färgen på tabletten än dess generiska innehåll som avgör mot vilken sjukdom den kommer att användas.



VINJETT: HELENA LUNDING

Global hälsa

Gästredaktör för serien Global hälsa: Staffan Bergström.

Se även artikel på sidan 702 i detta nummer och i nr 3, 4, 5, 6 och 7 2004.

nadsmodell på sjukvården kan göras lång. Det finns idag gott om exempel på att då sjukvården styrts av enbart marknadens mekanismer har det inneburit betydande kostnadsökningar. (Det är något paradoxalt med att sjukvården i Kambodja blivit extremt marknadsanpassad. Denna sektor har sedan 1996 en årlig tillväxt på 13 procent. I USA spenderades år 1999 4 200 dollar per capita på sjukvård; i Sverige var motsvarande summa 2 500 dollar) [1]. I dessa sammanhang fokuserar vården snarare på dyra och icke-rationella behandlingsmetoder mot åkommor hos köpstarka personer än på kostnadseffektiva insatser mot allvarliga sjukdomar. Den fattigare delen av befolkningen hamnar därmed ofta utanför systemet och hänvisas i stället till billiga kvacksalvare.

Behovet av den tredje parten

För att minska sjukvårdskostnaderna avstår de sjuka i Sierra Leone från att gå till doktorn och vänder sig i stället direkt till pillerförsäljare. I Afghanistan finns det gott om tablettförsäljare som inhandlat en påse blandade mediciner i storstaden och sedan säljer dem styckevis i byarna på landsbygden. I de flesta fall är det snarare färgen på tabletten än dess generiska innehåll som avgör mot vilken sjukdom den kommer att användas. I Kambodja inträffar det regelbundet att barn dör på grund av att den malariamedicin föräldrarna köpt på torget visar sig vara förfalskad och ineffektlös. (Dessa observationer baserar sig på egna erfarenheter från dessa länder.)

Utän en tredje part som finansierar, kontrollerar och styr sjukvården är det

svårt, för att inte säga omöjligt, att skapa ett hälsosystem med kostnadseffektiv vård tillgänglig även för den fattiga befolkningen. I Sverige sköter myndigheterna detta och i USA representeras den tredje parten främst av försäkringsbolag. I fattigare länder är däremot institutionerna ofta svaga och den politiska viljan att kontrollera och subventionera sjukvård låg. I avsaknad av en tredje part hamnar sjukvården i en omöjlig situation, och i brist på styrning anpassar sig sjukvårdssystemet efter de rådande förutsättningarna. Detta illustreras tydligt i Figur 1, där de mycket stora skillnaderna mellan hur sjukvården finansieras och drivs i Sverige respektive Kambodja exemplifieras.

Gemensam finansiering – ett fundament

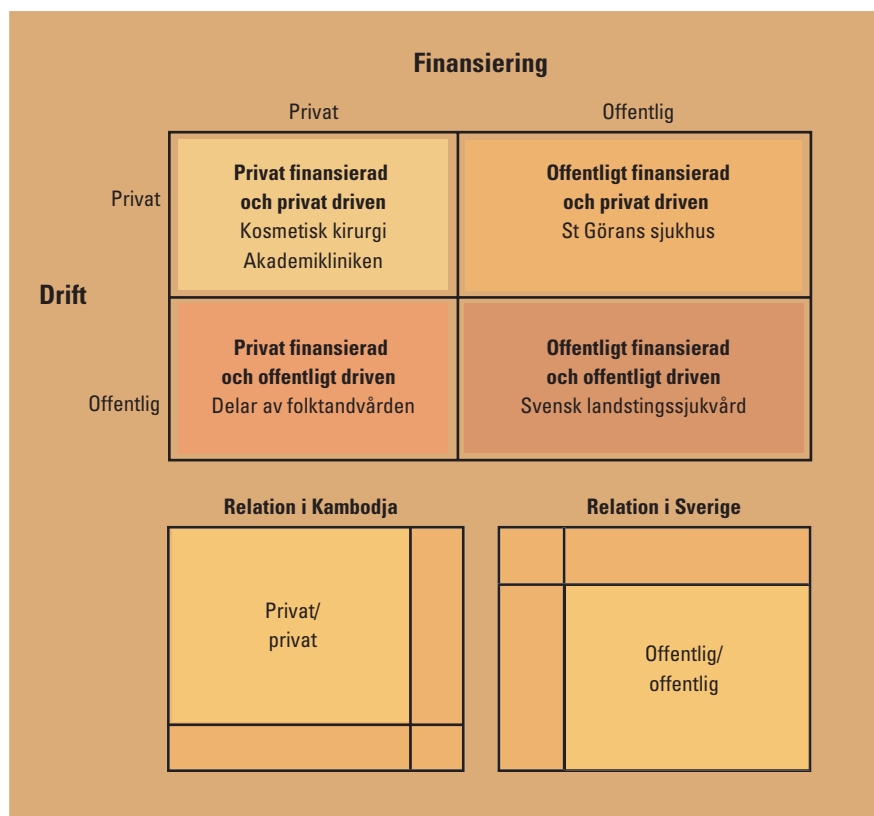
Till skillnad från fattigare länder verkar ett kännetecken för välfärdsstater vara att det finns en gemensamt finansierad sjukvård, där alla oavsett ekonomisk kapacitet är garanterade vård. En sådan politisk infrastruktur bör idag ses som en mänsklig rättighet. En garanterad vård för alla fungerar dessutom som en stabiliserande faktor i samhället. WHO har det senaste året i sin rapport Makroekonomi och hälsa [2] sökt föra fram budskapet att en friskare befolkning även bidrar till att skapa ekonomisk tillväxt. Enligt samma rapport krävs det åtminstone 30–50 dollar per person och år för att garantera en god vård som är tillgänglig för alla.

I Figur 2 illustreras hur värdeeffekten varierar beroende på mängden använda pengar men också på rådande hälsoproblem. Den optimala effekt som uppnås mitt på kurvan fås vid den summa WHO har föreslagit. Detta förutsätter dock rationell användning av dessa 30–50 dollar.

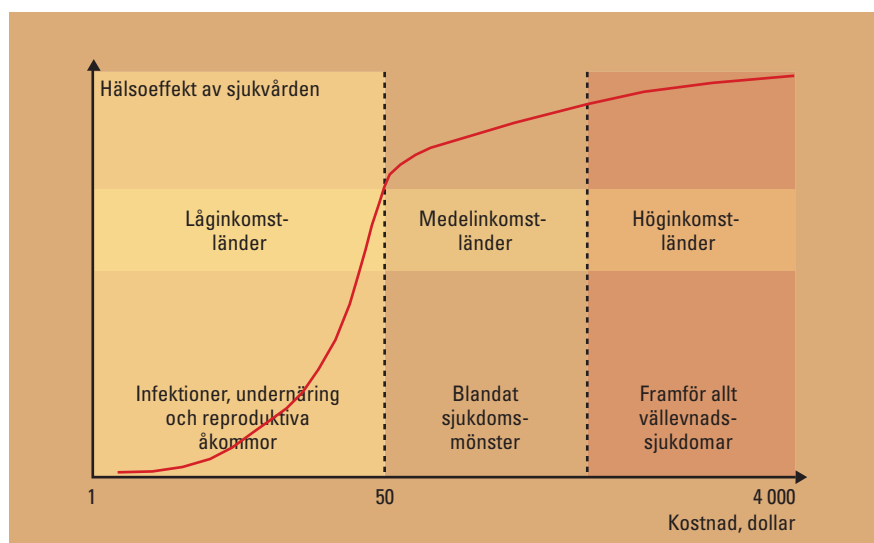
Iatrogen fattigdom

I fattigare länder utgör bristen på gemensam finansiering av sjukvården ett stort problem. I många av dessa länder avsätts endast ett fåtal dollar per person och år för detta ändamål. Andelen egenfinansiering av sjukvårdskostnaderna är betydligt större ju fattigare ett land är (Figur 3). Eftersom människor i dessa samhällen tvingas till ständig ekonomisk beredskap för att kunna möta plötslig sjukdom inom familjen kommer också mycket kapital att ligga överksam, vilket är starkt hämmande för ett fattigt lands ekonomi. Ett oplanerat kejsarsnitt eller en bruten arm innebär ofta risk för ekonomisk ruin och kan resultera i en livslång skuldbörda [3].

I Kambodja är sjukvårdskostnaderna den främsta orsaken till att människor försätts i absolut fattigdom. Ett sjukvårdsbe-



Figur 1. Fyra sätt att driva och finansiera sjukvård.



Figur 2. Hälsoeffekt i förhållande till kostnad för sjukvård på olika ekonomiska nivåer.

hov, vanligen akut påkommet, är vad som tvingar familjen att sälja sin sista ägodel – en ko eller en risplätt. Det är en fattigdom orsakad av sjukvård – »iatrogen« fattigdom [4]!

Att bygga hälsovård i Kambodja

Jag arbetade i Kambodja åren 1999–2001 med ett projekt vars syfte var att öka tillgängligheten av den offentliga hälso- och sjukvården. Läkare utan gränser initierade och drog upp riktlinjerna för projektet, som genomfördes i

nära samarbete med hälsoministeriet i Phnom Penh och Unicef.

Kambodja är ett land där finansieringssvårigheterna och bristen på kontroll och styrning av hälso- och sjukvården illustreras på ett exemplariskt sätt. Kambodja är ett av världens fattigaste länder. År 2000 placerade sig landet på plats 184 av 208 rankade länder i välståndsligan [5].

Landet har en sällsynt blodig och våldsam historia. Från att på 1100–1200-talet ha varit en högkultur som



Figur 3. Andel av de totala sjukvårdskostnaderna som betalas av patienten själv. World Health Chart 2000. www.whc.ki.se

uppförde det väldiga Angkor Wat-templet och politiskt kontrollerade nuvarande Thailand, Laos och delar av Vietnam blev Kambodja ett franskt protektorat åren 1863–1953. I slutet av 1960-talet drogs landet in i Vietnamkrigets bakvatten. USA började systematiskt bomba Kambodja då man misstänkte att den nordvietnamesiska armén transporterade material via Kambodja till Vietnam. Under drygt fyra år pågick regelbundna bombningar, och enligt Kambodjakännaren professor Ben Kiernan vid Yale-universitetet dödades minst 150 000 khmerer av amerikanska bomber. När de röda khmererna revolterade och i april 1975 intog Phnom Penh inleddes fyra fasansfulla år, då uppskattningsvis drygt 20 procent av befolkningen miste livet. Skräckväldet avbröts 1979, då Vietnam invaderade Kambodja och sedan ockuperade landet i tio år.

Mot slutet av 1970-talet fanns endast ett femtiotal läkare kvar i livet i det svårt sargade landet. I början av 1990-talet hölls omsider demokratiska val med stöd av FN, och sedan 1998 råder fred i landet.

Kambodjas hälsosystem

Under senare år har Kambodja gjort vissa ansträngningar i akt och mening att bygga ett fungerande hälsosystem. Landets hälsoministerium har lyckats med en del av sina åtgärder; man har bl a organiserat ett centralt apotek som någorlunda regelbundet levererar mediciner till sjukhus och hälsocentraler. På de flesta platser i landet finns idag sjukhusbyggnader och hälsocentraler med utbild-

ad personal. På pappret ser det fint ut, men om man lämnar hälsoministeriets huvudkontor i Phnom Penh och ger sig ut på landsbygden upptäcker man snabbt de ofantliga problem som landet har att brottas med. Man kan lätt konstatera att den offentliga sjukvården fungerar ytterst dåligt. De flesta sjukhus gapar tomma, och i själva verket är endast enstaka vårdcentraler öppna.

Vaccinationstäckningen är låg, och knappt 10 procent av landsbygdens kvinnor med behov av livräddande operativa obstetriska ingrepp får sådan [6]. Mödradödligheten ligger sannolikt mellan 1 och 2 procent. Omkring 15 procent av barnen dör före sin femårsdag. Enligt hälsoministeriet har i praktiken knappt 40 procent av befolkningen tillgång till sjukvård. En studie [7] visar att sjukvårdskostnaderna under 1997 representerade mer än 10 procent av hushållens totala utgifter. Kambodja toppar världs-

Med sådana omänskliga val tvingas fattiga familjer att välja bort ett barn för att resten av familjen skall ha en rimlig chans att klara sig.

statistiken avseende andelen sjukvårdskostnader som betalas ur egen ficka (Figur 3).

Ett alltmer dualistiskt system har växt fram inom hälsovården. Å ena sidan finns en offentlig sjukvård som är ytterst lågt utnyttjad och enligt officiell framställning billig men i realiteten mycket dyr och med låg kvalitet. Å andra sidan finns en oreglerad privat sektor, där den sjuke möter utbildade försäljare av ofta överksamma läkemedel eller privata vårdgivare med okänd kvalifikation, vilka ger synnerligen irrationella behandlingar till ett högt pris.

Brist på finansiering och organisation

En sammanfattande bedömning pekar tydligt på att Kambodja idag står inför en veritabel folkhälsokatastrof – trots att varken krig eller andra oroligheter pågår i landet. Orsakerna till den uselt fungerande sjukvården är givetvis multifaktoriella, men bristen på finansiella medel synes vara helt central.

Låt mig göra en jämförelse: I Sverige subventionerade staten 1999 vården med motsvarande 1 900 dollar per person och år – summan för Kambodja var 1 dollar. Karolinska sjukhusets kostnader under en vecka motsvarar hela årsbudgeten för Kambodjas offentliga hälsovård med dess 10 miljoner invånare. Kontrasterna är dramatiska.

De finansiella problemen i kombination med bristen på vilja, organisation och ansvar från politiskt håll bidrar till den dåliga vården i Kambodja. Ett direkt resultat av bristen på offentliga medel är personalens mycket låga löner, vilket ger starkt negativa effekter på vårdens kvalitet och trovärdighet. Motivationen hos en extremt underbetald personal är givetvis mycket låg. Det är lätt att inse att en läkare inte har råd att arbeta för en månadslön på 100 kr när det krävs 1 000 kr för att klara en familjs utgifter. Kreativa sätt att dryga ut kassan blir därför nödvändiga. Källan till extrainkomster består oftast av inofficiella patientarvoden eller försäljning av hälsoministeriets material och mediciner. Den offentliga sjukvården har härigenom sakta men säkert blivit alltmer privat (Figur 1).

Patienterna i Kambodja kan vanligen inte förutse vilka kostnader de kommer att drabbas av då de söker offentlig sjukhusvård. Vården är dyr, och den sjuke stannar hellre hemma för att dö än riskerar att familjen blir utfattig på grund av kostnaderna på sjukhuset [8]. Föräldrarna kan tvingas att välja mellan att ta sin svårt sjuke trearing till sjukhus och att avstå från vård och därigenom prioritera de övriga fyra barnens överlevnad. Med sådana omänskliga val tvingas fattiga familjer att välja bort ett barn för att resten

ANNONS

ANNONS

av familjen skall ha en rimlig chans att klara sig.

Ett distrikt på landsbygden

Sotnikum är ett fattigt distrikt beläget i centrala Kambodja med 220 000 invånare. Distriktet har ett sjukhus, 17 hälsocentraler och ett distriktskontor som ansvarar för sjukvårdens organisation. Sjukdomspanoramata domineras av smittsamma sjukdomar, framför allt luftvägs- och diarrésjukdomar. Falciparummalaria är mycket vanlig och visar ofta resistens mot konventionell terapi. Andra vanliga diagnoser är graviditetskomplikationer, traumatiska skador samt epidemiska utbrott av kolera, hjärnhinneinflammation och denguefeber.

Läkare utan gränser (MSF) har de senaste tio åren givit ett regelbundet stöd till sjukvården i Sotnikum. Mot slutet av 1990-talet ansåg MSF att utvecklingen inom hälsosektorn gradvis hade försämrats – alla parter var missnöjda. Patienterna klagade på höga priser och dålig kvalitet på vården. Personalen var med sina låga löner synnerligen omotiverad. FN-systemet och givarländerna lyckades inte skapa framsteg och klagade hos hälsoministeriet, som ansåg sig tvunget att hålla med. Det fanns uppenbarligen anledning till förändringar. MSF tog därför initiativ till att försöka snabbstarta den sedan länge diskuterade nationella hälsosektorreformen med ett projekt som benämndes »The New Deal« [9]. Samtliga parter kallades till ett möte, och man enades om att skapa en styrkommitté där alla tog på sig ett kontraktbundet ansvar (Fakta 1).

Projektets initiala strategi blev att förbättra personalens löner, då man insåg att utan en lön som går att leva på är allt förändringsarbete omöjligt. I Sotnikum inleddes projektet på det befintliga distriktssjukhuset med drygt 100 bäddar och 40 anställda. En managementgrupp bildades, bestående av personal och en representant från MSF. Gruppen förhandlade fram betydligt högre löner för personalen i utbyte mot vissa kontraktbundna åtaganden: Sjukhuset skulle vara bemannat dygnet om med läkare, sjuksköterska och barnmorska. Vidare skapades ett internt regelverk som stipulerade att varken mediciner eller material fick tas från sjukhuset. Till detta bestämdes att ingen fick kräva patienter på extra betalning eller flytta över patienter till egen privatmottagning. Man skapade även ett sanktioneringssystem för dem som bröt mot reglerna.

Projektets resultat

Från första dagen förändrades sjukhusets sätt att fungera. Den högre lönen motiverade att man kunde börja ställa

II Fakta 1

Läkare utan gränser projekt »The New Deal« i Kambodja

Tre målsättningar fanns:

1. Att öka tillgänglighet till en kvalitetsmässig sjukvård för allmänheten.
2. Att skapa ett hållbart sjukvårdssystem.
3. Att få fart på hälsosektorreformen i landet.

I operationella termer fanns följande mål:

1. Att med finansiella och organisatoriska mekanismer skapa ett system där personalen på sjukhuset, hälsocentralerna och distriktskontoret motiveras att arbeta.
2. Att kvalitetsmässigt förbättra sjukhuset med en röntgenavdelning, en blodbank och en kirurgisk klinik och på samma gång förbättra utbildning av personalen.
3. Att skapa en social fond med syfte att identifiera de fattiga och betala deras sjukhusavgifter för att garantera att även de med dålig ekonomi får vård.

krav på personalen. Det förändringsarbete som inleddes den 1 december 1999 har efter snart fyra år skapat många positiva resultat. Personalen tycks vara nöjd med utvecklingen, och majoriteten av dem har för första gången ekonomisk säkerhet i sina liv. Mot slutet av varje månad får de en lön som går att leva på. En doktorslön är nu närmare 200 dollar och en sköterska tjänar omkring 100 dollar. Min kollega dr Watt uttryckte det tydligt:

– Nu kan jag vara doktor, förut var jag affärsman som sålde det patienterna ville ha, oftast antibiotikainjektioner och dropp.

Den motiverade personalen har långsamt lyckats skapa en förtroendefull miljö som långsamt lockat allt fler pati-

Projektets inriktning har från början styrts mer av affärsmässighet än av förlegade biståndsvärderingar ...

enter till sjukhuset och hälsocentralerna. Sjukhuset i Sotnikum har ökat beläggningen med över 200 procent, och inkomsterna till sjukhuset har stigit kraftigt, vilket lett till att behovet av externt finansiellt stöd har minskat.

Personalens löner stiger allteftersom sjukhusets inkomster ökar. En stor del av sjukhusets inkomster kommer från den sociala fond som sköts av en lokal frivilligorganisation – ett slags tredje part. Fonden bidrar i genomsnitt med 6 dollar per person och betalar därmed de fattigas inläggningsavgift. Fonden betalade år 2002 sjukvårdskostnader för omkring en tredjedel av dem som sökte vård på sjukhuset. Genom att tillföra denna »tröskelsumma« får patienten tillgång till en vård som i verkligheten skulle ha kostat nästan tio gånger mer (sjukhuset finansieras delvis med offentliga medel, och ett vårdtillfälle kostar i realiteten ca 50 dollar). Världsbanken har nyligen beslutat att kopiera fondmodellen och vill införa den i hela Kambodja. Den kirurgiska verksamheten fungerar vid sjukhuset, och år 2001 utfördes drygt 300 operationer, varav majoriteten handlade om akuta, livräddande insatser. Blodbanken är i drift, och röntgenavdelningen har även den en fungerande verksamhet. Hur kvaliteten på vården har påverkats är det svårare att säga något om. Förbättring av vårdkvaliteten har den senaste tiden varit högt prioriterad. Dock kan man konstatera att sjukvårdens positiva rykte, i kombination med den sociala fondens genomslag, har lett till att även de fattigaste numera vågar söka vård.

Målsättningen med projektet har hela tiden varit tydligt, alla aktörer – från hälsoministeriet (statssekreteraren är med i styrgruppen) till hälsocentralerna – har medverkat och det lokala inflytandet har hela tiden varit viktigt. I den händelse att någon varit missnöjd med förändringsarbetet har omförhandlingar skett, men hela tiden har bindande kontrakt varit bas för projektet. Den största förändringen har projektet sannolikt haft för hälsocentralerna, vilkas drift har utvecklats till personalkooperativ. De har konkurrerat ut alternativa vårdformer genom att de vunnit allmänhetens förtroende.

Nya grepp nödvändiga

För att kunna möta vårdens snabbt förändrade förutsättningar i dagens värld krävs förnyade grepp. Klassiskt bistånd har många gånger misslyckats i sin strävan efter att skapa förbättringar, kanske delvis beroende på en inneboende »tycka synd om«-attityd gentemot dem man önskat hjälpa. Projektets inriktning har från början styrts mer av affärsmäs-

sighet än av förlegade biståndsvärderingar – samtidigt har insikten om marknadsprincipens begränsning balanserats in. Uppgifterna för de inblandade parterna har varit tydlig, och vid styrkommitténs regelbundna möten har alla problem kunnat ventileras öppet. Professionella revisionskonsulter har arbetat fram budget och bokslut i samarbete med hälsoekonomer för att tydliggöra de ekonomiska förhållandena. Budgeten för hela sjukhuset med dess numera 120 sängplatser – inkluderande intensivvård, kirurgi, röntgen, 45 anställda, mat till patienterna, elektricitet och ambulansverksamhet – ligger på omkring 11 000 dollar per månad, varav MSF står för drygt 2 000.

Problemen har givetvis varit otaliga, men ändå inte oöverstigliga. En av de svåraste uppgifterna man har som utländsk läkare är problemet med att försöka säkra och slå vakt om patientens rätt och allas lika värde. Den svåra tiden under de röda khmerna utplånade mycket av initiativ, solidaritet och medmänsklighet. Man kan därför ibland möta en brist på läkare som kan verka direkt stötande.

Förändring är möjlig

Det beskrivna projektet har haft stort inflytande på hälsosektorreformen, och de positiva resultaten överskuggar de dagliga problem vi mött under dess utförande. Besökare från Laos och andra länder har tagit till sig idéer och erfarenheter från arbetet med projektet. Samma problem som finns i den kambodjanska sjukvården möter man i många andra fattiga länder. Huvudfrågan är hur man i en snabbt förändrad värld kan garantera att även människor utan egna finansiella medel kan få tillgång till sjukvård.

Den rika världens bistånd fokuseras alltmer på vertikala projekt som berör enstaka sjukdomar, exempelvis malaria, tuberkulos och HIV. Problemet är att bekämpandet av dessa sjukdomar kräver ett hälsosystem. Det handlar inte enbart om tillgång till läkemedel utan även om tillgång till utbildad personal som kan diagnostisera, behandla och följa upp dessa svårbehandlade sjukdomar. Vid arbetet med dessa problem visar det sig att en viktig förutsättning för att få hälsosystemet i funktion är att se till att personalen får reella löner som de kan leva på. Till detta kommer den politiska viljan att skapa en sjukvård som är tillgänglig för alla och att detta verkligen realiserar. Sedan krävs självfallet också att gemensamma finansiella medel avsetts och används rationellt.

Det går att förändra ett sjukvårdssystem, men det tar tid, tålamod och en fast förankring i den miljö där sjukvår-

den verkar. De teoretiska modellerna är viktiga, men de kräver anpassning efter hur verkligheten fungerar. Den praktiska implementeringen är den verkliga utmaningen!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Har varit anställd av Läkare utan gränser i Kambodja.

Referenser

1. <http://www.whc.ki.se>
2. http://www.who.int/whosis/cmh/cmh_report/e/pdf/001-004.pdf
3. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003;362:111-7.
4. Kassie, A. Credit and landlessness: impact of credit access on landlessness in Cheung Prey and Battambang districts, Cambodia. Phnom Penh, Center for Advances Studies 2000;9:1-34.
5. World Development Report 2000/2001. www.worldbank.org/poverty/wdrpoverty/report/
6. v Schreeb S. A survey of essential obstetrical needs, Siem Reap Province 1999+2000. MSF Phnom Penh, 2000. [Intern rapport.]
7. Report on Cambodian socio-economic survey 1997. Ministry of Planning, Phnom Penh, Cambodia, 1998.
8. Meessen B, Zhenzhong Z, Van Damme W, Devadasan N, Criel B, Bloom G. Iatrogenic poverty. *Trop Med Int Health* 2003 Jul;8(7):581-4.
9. Van Damme W, Meessen B. Sotnikum New Deal, the first year: better income for health staff, better service to the population. MSF, Phnom Penh, 2001.



= artikeln är referentgranskad

Särtryck

Läkartidningen

Vad är vetenskapsteori och vad kan medicinska forskare ha för nytta av sådan teori? Den biomedicinska forskningen vilar på en empirisk och positivistisk grund, men den kliniskt verksam läkaren ställs allt oftare inför alternativa teoribildningar främst inom allmänmedicin, samhällsmedicin och psykiatri. I ett försök att orientera om den vetenskapsteoretiska diskussionen publicerade Läkartidningen under 1999 och våren 2000 elva artiklar om olika vetenskapsteoretiska resonemang. Dessa har samlats i ett häfte som kan beställas med kupongen nedan.

Priset är
70 kronor



Vetenskapsteori

Beställer härmed.....ex
av "Vetenskapsteori"

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker