

»Varför blir det inte som man tänkt sig?«

Reflektioner kring svårigheterna att planera hälso- och sjukvård i Uganda

En svensk doktorsavhandling har gett ett intressant bidrag till den internationella debatten om hur hälso- och sjukvården kan organiseras i fattiga länder. Ugandas reformpolitik under 1990-talet visar betydelsen av att våga låta lokala politiker vara delaktiga i planeringen av de knappa resurserna och få översätta abstrakta deklarationer till konkreta lokala förhållanden.

PETER M NILSSON
docent, universitetslektor, avdelningen
för medicin, Universitetssjukhuset
MAS, Malmö
peter.nilsson@medforsk.mas.lu.se

Den 29 oktober 2004 försvarades en avhandling av läkaren Anders Jeppsson vid samhällsmedicinska institutionen, Malmö, Lunds universitet [1]. Arbetet handlar om de hälsosektorreformer som ägde rum i Uganda under 1990-talet och som syftade till att bygga upp en behovsbaserad sjukvårdsorganisation efter den politiska och militära turbulens som rådde i landet under tidigare decennier.

Första delarbetet i avhandlingen handlar om finansiell prioritering på distriktsnivå efter det att den offentliga budgeten decentraliserats [2]. När distrikten själva fick besluta om sina budgetar sjönk anslagen till hälsosektorn till en tredjedel jämfört med tidigare. Till synes var hälsa ingen prioritet för de lokala politikerna. Det visade sig emellertid att distriktens ledare hade logiska skäl för sina beslut: utbildningssektorn behövde pengar (obligatorisk skolgång infördes under denna tid), vägar var livsavgörande och behövde byggas. Dessutom kände sig distriktens ledare inte delaktiga i det som dryftades inom hälsosektorn. Hälsa var således en medicinsk snarare än en politisk fråga.

Svårt att genomföra hälsopolitik lokalt
Sector-Wide Approach (SWAp) har blivit något av ett modebegrepp inom bi-



Obligatorisk skolgång infördes i Uganda samtidigt som statsbudgeten decentraliserades. Utbildningssektorn behövde pengarna – det var det logiska skälet till att de lokala ledarna inte prioriterade hälsofrågorna.

ståndsarbetet. Det innebär att givare stödjer hela sektorer, t ex hälsa och jordbruk, snarare än enskilda projekt [3]. Mottagarlandets reguljära förvaltning administrerar biståndet, främst genom de inhemska finansministerierna.

På nationell nivå innebär det också en avsevärd förenkling om ett mottagarland kan träffa alla givarna samtidigt ett par gånger om året och då diskutera gemensamma mål, hellre än att träffa dem en och en, något som kräver betydande förvaltningsresurser (som inte finns).

Ett problem som inte behandlats tidigare, och som tas upp i avhandlingens andra delarbete [4], är att distrikten, som fått stor formell makt i och med decentraliseringen, i stor utsträckning ställs utanför processen. Därmed har hälsoministeriet och den centrala förvaltningen återtagit mycket av sin förlorade makt.

Det ugandiska hälsoministeriet har omorganiserats ett par gånger under 1990-talet. Syftet har varit att göra det mindre och samtidigt mer anpassat till

den nya situationen med styrning genom »policies« snarare än, som tidigare, genom detaljstyrning.

Den första omorganiseringen ledde till att hälsoministeriet blev större (sic!) och inte mer anpassat till policystyrning. Vid den andra omorganiseringen minskade antalet anställda obetydligt, och organisationen blev mer anpassad till indirekt styrning. Detta innebar, som visas i det tredje delarbetet [5], att planeringsfunktionen fick mer makt på bekostnad av de tekniska programmen (t ex malaria och barn- och mödrahälsovård) men också att förhållandet till distrikten, som skulle leverera sjukvårdstjänster, blev mer problematiskt. Ministeriet hade helt enkelt svårigheter att kommunicera med distrikten, och man var ovan att styra genom råd och anvisningar i stället för instruktioner. I stor utsträckning berodde detta, återigen, på att distrikten inte aktivt involverades i processen.

Det fjärde delarbetet [6] påvisar hur ministerierna och den centrala statsförvaltningen knyts närmare globala institutioner som internationella organisationer (t ex Världsbanken och WHO) och bilaterala biståndsorgan (t ex Sida) samtidigt som de fjärrar sig från lokalförvaltningen i det egna landet. Mekanismerna är flera: Pengar, läkemedel och policies analyseras. Medan de förra är kända sedan tidigare visar författarna på hur policies binder samman den nationella och den globala nivån.

Välmenande och globalt utvecklande policies »översätts« helt enkelt inte till de lokala förhållanden där de ska genomföras.

Olika prioriteringar centralt och lokalt

Slutligen visar avhandlingen [7] hur enskilda policyelement kan få motsatt effekt mot den avsedda då de används lokalt. Sjukdomsburda (burden of disease) är ett begrepp som används för att analysera folkhälsoproblem och framför allt trender i utvecklingen, främst på nationell nivå men också i större regioner.

Poängen är bl a att morbiditet och mortalitet »växlas in« i en gemensam »valuta«. På Världsbankens initiativ används begreppet i distriktsplaneringen i Uganda. Meningen var att sjukdomar med stor sjukdomsburda, t ex malaria, skulle få mer resurser, medan andra med



En ny vårdcentral har invigts (ovan) med brittiskt bidrag. Till vänster ett vanligt »sammanträdesrum«, i skuggan av ett mangoträd. Överst till vänster det lokala distriktskontoret i Pader. FOTO: ANDERS JEPPSSON.

mindre sjukdomsborða skulle få mindre. Distriktens budgetar visade ett omvänt resultat. Man följde upp med att studera de verkliga utgifterna, som bekräftade en helt annan bild än den avsedda. För att försöka utröna orsaken till detta intervjuaades sjukvårdstjänstemän i ett antal olika distrikt. Det visade sig att många andra faktorer än nationella policier styrde den lokala prioriteringen.

Ofta var det svårt att genomföra preventiva och behandlande program rent praktiskt. Ofta var verkligheten i distriktet en annan än den som de centrala tjänstemännen hade förutsett. Distriktens planering var, menar författarna, rationell utifrån distriktsledarnas intressen, men det var inte någon »teknisk rationalitet« som styrde den lokala planeringen.

För att motverka det maktmissbruk som Ugandas härskare ägnat sig åt under självständighetens första decennier har man genomfört en radikal decentralisering av hela den offentliga förvaltningen. Som en konsekvens av detta försöker man styra hälso- och sjukvården genom nationella policier i stället för, som tidigare, genom detaljerade instruktioner.

Intern ugandisk kritik

När det gäller HIV/aids har sjuklighetstalen sjunkit under 1990-talet [8]. Dessvärre har inte mycket hänt vad det gäller andra hälsoindikatorer. Snarast har de försämrats, vilket bl a diskuterats nyligen i Lancet [9] och BMJ [10] av en ugandisk tjänsteman inom hälsosektorn. Frågan är då varför välmenande, välmotiverade och kanske också välbehövda reformer inte blir av. Artikeln är en lätt pessimistisk betraktelse, som dock har intentionen att peka på hur saker skulle kunna bli bättre.

Avsikten med Anders Jeppssons avhandling har varit att generalisera erfarenheterna genom teoribildningar, som kan användas i olika miljöer, även i ett höginkomstland som Sverige, för att därigenom undvika enbart exotiska små fallstudier. Anders Jeppsson har arbetat i Uganda under sex år och har följt utvecklingen genom flera olika, parallella studier under denna tid. Han har tidigare erfarenhet från administrativt hälsoarbete i Zambia och Etiopien och har varit verksam i Afrika under sammanlagt tolv år; dessförinnan var han distriktsläkare och primärvårdschef i Timrå.

Avhandlingsarbete i Uganda – svårt
För att kunna besvara frågan i artikelns rubrik har författaren använt sig av ett flertal olika metoder och teorier, bl a från socialantropologi. Till skillnad från vad som är vanligt i naturvetenskapliga studier har empirin styrts valet av teori och metod. Vidare bygger avhandlingen på sex års empiriska studier, som bedrivits på plats i samtliga 45 distrikt i Uganda. Dessa studier har genomförts under ofta svåra förhållanden, som pågående



Sjukhuset i Gulu drabbades av en ebolaevidemi – ett av de många svåra förhållanden som den lokala sjukvården får möta.

krigshandlingar från grannländer, uppror, ebolavirus epidemier och problem i den nationella statsförvaltningen i Entebbe och Kampala, främst i hälsoministeriet. Vanligtvis brukar den här typen av studier grundas på sekundärt material; i bästa fall på små djupdykningar i verkligheten under kortare perioder (helikopterperspektiv).

Idéer sprids inte per automatik

Som övergripande teori har begreppet translation använts. Det är hämtat från statsvetenskapen och är en antites till det tidigare ofta använda diffusionsbegreppet. Diffusion innebär ju inom naturvetenskapen att om en lösning hålls i en annan sprids partiklarna, och resultat blir en jämn koncentration. Begreppet övertog på 1920-talet av antropologer, som beskrev hur idéer spreds i ett samhälle.

Problemet var att idéerna inte alltid spreds som det var tänkt, särskilt inte om olika maktintressen påverkade dem. När

det gäller spridande av policies inom hälsosektorn har t ex WHO och Världsbanken ofta tagit för givet att de kommer att spridas automatiskt. Vad Anders Jeppsson visat är att så inte sker och att orsakerna kan vara att de lokala politikerna har andra prioriteringar än hälso- och sjukvård. Knappheten på resurser ställer större krav på prioritering, och skolor och vägar kan vara andra projekt som prioriteras högre – om maktavarna inte kan övertygas om motsatsen.

Svensk forskningsinsats

Resonemanget känns igen från Sverige. Även om regeringen formulerar mål för t ex primärvården är det landstingspolitikerna som fördelar resurserna. Många intressen står mot varandra när hälsopolitik (policies) skall genomföras, och resultatet blir ofta inte som det var tänkt.

Sammanfattningsvis betonar avhandlingen vikten av att våga låta lokala brukare, politiker och sjukvårdstjänstemän vara delaktiga i planeringen av hur de redan knappa resurserna ska användas och i att översätta abstrakta policies till konkreta lokala förhållanden. Avhandlingen visar på så sätt vad vi tidigare befarat eller, möjligen, trott oss veta. Därtill tillför den betydande teoretisk och metodologisk kunskap till svensk och global folkhälsovetenskap. På så sätt har en svensk forskningsinsats kunnat bidra till den internationella debatten om hälso- och sjukvårdspolitikens genomförande i tredje världen.

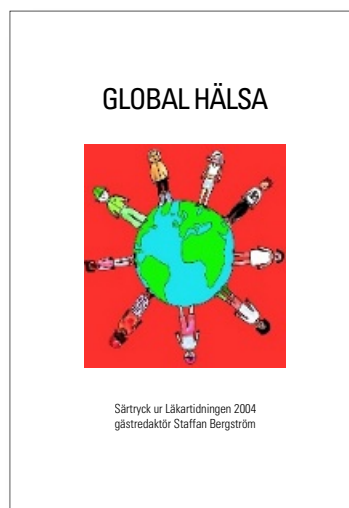
*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Jeppsson A. Decentralization and national health policy implementation in Uganda – a problematic process [dissertation]. Malmö: Samhällsmedicinska institutionen, Lunds universitet; 2004.
2. Jeppsson A. Financial priorities under decentralization in Uganda. *Health Policy and Planning* 2001;16:187-92.
3. Peters D, Chao S. The sector-wide approach to health: What is it? Where is it leading? *Int J Health Plann Manage* 1998;13:177-90.
4. Jeppsson A. SWAP dynamics in a decentralized context: experiences from Uganda. *Social Science and Medicine* 2002;55:2053-60.
5. Jeppsson A, Östergren PO, Hagström B. Restructuring a ministry of health: an issue of structure and process. *Health Policy and Planning* 2003;18:68-73.
6. Jeppsson A, Birungi H, Östergren PO, Hagström B. The global/local dilemma of a ministry of health: a case study from Uganda. *Health Policy* 2004;70:261-70.
7. Jeppsson A, Okuonzi SA, Östergren PO, Hagström B. Using burden of disease/cost-effectiveness analysis as an instrument for district health planning: experiences from Uganda. *Health Policy* 2004;70:261-70.
8. Parkhurst JO. The Ugandan success story? Evidence and claims of HIV-1. *Lancet* 2004;360:78-82.
9. Okuonzi SA. Dying for economic growth? Evidence of a flawed economic policy in Uganda. *Lancet* 2004;364:1632-7.
10. Okuonzi SA. Learning from failed health reform in Uganda. *BMJ* 2004;329:1173-5.

KONCENTRERAD KUNSKAP I SÄRTRYCK



- presenterar en ny världskarta, där norr och söder byts mot frisk och sjuk – öster och väster mot rik och fattig.
- ställer frågan: Vet vi vad vi gör när vi vaccinerar i fattiga länder?
- innehåller fakta om de tre stora infektionssjukdomarna: aids, malaria och tbc.
- belyser mödravård och barns villkor.
- tar upp hälsa som mänsklig rättighet.

Jag beställer exemplar av GLOBAL HÄLSA pris 110:-

Särtryck ur Läkartidningen 2004,
gästredaktör Staffan Bergström, 72 sidor.
Priset är inkl. moms och frakt.

Posta eller faxa in din bokbeställning på
08-20 74 35. Du kan också gå in på
www.lakartidningen.se och klicka på
särtryck/böcker.

.....
NAMN

.....
ADRESS

.....
POSTADRESS

.....
PRENUMERATIONSNUMMER

Läkartidningen

Box 5603, 114 86 Stockholm