

## Doktor Järhults afrikanska resa

|| Bengt Järhults artikel »Malaria Day i Ratta« i Läkartidningen 23/2005 (sidorna 1825-6) säger en del om Afrika. Men kanske mer om hur vi, ännu år 2005, utifrån vår europeiska postkoloniala horisont, kan betrakta Afrika som exotiskt, spännande, obegripligt – och farligt.

Järhults skildring, på temat »när jag var i Afrika och hade 186 patienter på en dag«, är underhållande och full med godmodiga anekdoter om u-landets fullständiga desorganisation, mellanmännsliga missförstånd, ignoranta makthavare och kulturella konstigheter. Här möter vi såväl »den lokala alkoholiserade sjuksköterskan« som »den kvinnliga tolken som alltid var långt bort i sina egna problem och tankar«, vägar som »var fullständigt omöjliga redan i det skick de var« och undersökningar som »fick göras på en decimeterbred, ranglig, träbänk«.

### Kiplingsk anda

Det är en skildring i bästa (?) kiplingska anda, där inte ens en reflektion om den vite mannens historiska börda saknas:

»Jag hade verkligen inte åkt till Kenya för att bli medicinskt ansvarig för någon 'Malaria Day'. Skulle jag göra en principfråga av saken och hänvisa till de dåliga förberedelserna? Vägra att deltaga i detta jippo? Eller hade jag fel?«

Liksom många andra tidigare Afrikaresenärer har Järhult också, efter sitt besök, klart för sig hur kontinentens olika problem bör lösas:

»Jag framhöll att världen kan slippa malaria genom förebyggande insatser som bara kräver människors kunskap, organisation och val av goda ledare.« – – – »Förhoppningsvis kan ärlighet, disciplinerade rutiner och avtal som hålls av NGO (Non-Governmental Organizations) bli positiva förebilder i ett land fyllt av fiffel och korruption.«

### Självuppoftande arbete

Läkarbanken, Järhults uppdragsgivare under resan, har funnits i Afrika i snart 20 år. Genom flera hundra kollegers självuppoftande arbete har det vävts en väv av kontakter mellan Sverige och olika afrikanska länder, inte minst Kenya – en väv där varje individuellt bidrag har sin betydelse, varje individuell upplevelse sin funktion.

Professionella kontakter har utvecklats till nära, personliga och livslånga vänskapsrelationer. Den ömsesidiga respekten och förståelsen har ökat. För oss, som haft förmånen att deltaga, har det varit en ständig källa till glädje att se

de konkreta resultat som faktiskt uppnåtts.

Det handlar om tålmodets och de små framstegens filosofi. Varje år har vi på Läkarbankens årsmöte, som jag hoppas Järhult haft eller kommer att få möjlighet att besöka, diskuterat detta: kampanjer för rent vatten, myggnät, barnhälsa. En del myter, som den om befolkningsexplosionen som orsak till problemen, har kunnat sorteras bort. Tillsammans har vi, vill jag påstå, utvecklat och effektiviserat vår förmåga att verka i samklang med den afrikanska verkligheten på ett sätt som gagnat såväl de människor vi vill stödja som de bidragsgivare utan vilkas givmildhet inget arbete vore möjligt.

### Dramatisk förbättring

I Garissa, i nordöstra Kenya, mötte jag 1991 ett nedslitet landsortssjukhus, med osäker el- och vattenförsörjning, svår resursbrist och bristfällig organisation. Genom Läkarbankens tålmodiga närvaro, småskaliga men konkreta praktiska arbete, strategiska donationer och – inte minst – ett allt bättre och inte måstrande samarbete med vår kenyanska samarbetspartner, har situationen dramatiskt förbättrats. Vid mitt senaste besök i Garissa, sommaren 2004, mötte mig ett sjukhus med fungerande dygnetruntvård, utrustning för basal kirurgi, personal som fanns på plats, intresserad sjukhusledning och undervisning.

I nuläget finns t ex endoskopisk utrustning, ett hyggligt laboratorium och olika specialismottagningar. Operationer som kräver ett visst mått av övervakning, som prostatakirurgi – något helt otänkbart för tio år sedan – är nu rutin. En kenyansk kollega, på avancerad ST-nivå, arbetar med Läkarbankens kirurg,

### Replik:

## Ironi, min bäste dr Olofsson

|| Jag skrev: »Var det min uppgift att recensera och moralisera över kenyanska försök att ta itu med sina problem?« Jag kom fram till att det inte var det och beslöt att delta i Malaria Day.

Jag tyckte det kunde ha ett intresse för LTs läsare att mer personligt redovisa: I läkargärningen, var vi än arbetar, hemma eller utomlands, uppkommer val, resomang inombords för och emot något som känns svårt. Vad är det som gör att vi kommer fram till ett visst beslut att medverka i något som först känns omöjligt?

Det är inte tu tal om att Gunnar Olofs-

son och sjukhuset i Garissa fungerar nu så bra att Läkarbanken börjat fundera på att fasa ut sin närvaro inom några år. Det finns andra exempel.

### Små marginaler

Det är knappast konstigt att fattiga människor söker vård när det är gratis men inte när det kostar – om än aldrig så litet. Marginalerna är så små. Många är de gånger då jag själv fått ta emot svårt sjuka människor som, som en absolut sista åtgärd, till slut sökt vård på sjukhus – ofta ett missionssjukhus. Mitt bestämda intryck är då också att man från sjukhusets sida, tvärtemot vad Järhult påstår, utan tvekan tagit hand om de akuta problemen och lämnat frågan om betalning till senare.

Om vi skall komma någon vart med global utjämning måste vi släppa våra koloniala utgångspunkter, sluta se Afrika och afrikanerna som objekt för det ena eller andra av den vite mannens projekt, och börja betrakta våra bröder och systrar i Afrika som medmänniskor med samma behov och önsknings, och samma kompetens till förståelse och insikt, som vi själva.

Vi måste börja dela med oss – på ett personligt, individuellt plan, och med hjälp av justa handelsförbindelser, hjälp till självhjälp och kulturellt utbyte. Jag vill avslutningsvis påstå att man inom Läkarbankens projekt kommit en bit på denna väg – även om det uppenbarligen för vissa enskilda deltagare i arbetet nog finns en bra bit kvar att gå.

**Gunnar Olofsson**

*läkare, kirurg, Mölndal;*

*har deltagit i flera*

*av Läkarbankens projekt i Afrika*

*gunnar\_fam@hotmail.com*