

Från forna tiders missionärer till dagens brobyggare

Nytänkande insatser i missionssjukvårdens spår

Missionssjukvård i låginkomstländer har en drygt hundraårig tradition – från 1880-talets missionärer som försökte lindra och hjälpa så gott de kunde i den sjukdomsmisär de mötte, till dagens missionssjukvårdare som kan fungera både som mentorer för den inhemska vårdpersonalen och som brobyggare mellan västerländsk vetenskaplig medicin och ursprungsbefolkningars traditionella trosföreställningar om hälsa.

GUNNAR HOLMGREN

specialistläkare, infektionskliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping, ordförande i Svenska missionsrådets arbetsgrupp för sjukvård och hälsofrågor samt kursledare vid IMCH (section for international maternal and child health), Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet
(Gunnar.Holmgren@ltjkgp.se)

■ Under den kristna kyrkans första år var sjukvård en viktig del. Många var inspirerade av Jesu egen livsgärning, och hans berättelse om den barmhärtige samariten inspirerade många att se till hälsobehoven även hos främlingar och fiender. Den gyllene regeln blev ett rättesnöre för många.

Den moderna missionssjukvården har utvecklats i tre faser. Under den första fasen, slutet av 1800- och början av 1900-talet, åkte missionärer till låginkomstländer och upptäckte där en sjukdomsmisär och enorma hälsobehov. De försökte hjälpa så gott de kunde, en del hade fått en kort sjukvårdsutbildning.

Under missionssjukvårdens andra fas, efter första världskriget, etablerades dispensärer och hälsocentraler av svenska missionssjukköterskor och barnmorskor. De hälsoinsatser många av dem åstadkom var imponerande. Ofta var de pionjärer som vann förtroende för »modern« biomedicinsk hälsovård.

Under den tredje fasen, efter andra världskriget, byggdes sjukhus där svenska läkare och annan hälsovårdspersonal så småningom var verksamma.

Små umbäranden och hög dödlighet

Svensk missionssjukvård var den första, och utvecklades till den mest omfattande, kontakten mellan svensk sjukvård och hälsobehov i låginkomstländer.

Bland de första svenska läkarna som åkte ut i missionens tjänst från Sverige fanns pionjärer som Karl Winqvist som 1883 anlände till Abessinien, Karl Walfridson som 1891 anlände till nedre Kongo (han var troligen den förste som upptäckte trypanosomparasiten i blodutstryk, tio år senare bekräftade Forde och Dutton fyndet), Georg Palmaer som 1911 började bekämpa sömnsjuka i nedre Kongo och Erik Söderström som 1920 anlände till västra Etiopien och så småningom, 1934, etablerade sjukhuset vid Nakamte.

Dödligheten bland svenska missionärer var då skrämmande hög. Kring sekelskiftet dog 75 procent av missionärerna i Abessinien under sitt första arbetsår. I Kongo dog 50 unga missionärer fram till 1905, de flesta i malaria inklusive svartvattensfeber, men även tyfoid och tyfus skördade många liv. En studie av en holländsk mission i Västafrika 1920 visade att 25 procent av missionärerna dog detta år.

Användningen av kinin ökade efter 1897 då dess effekter på malaria visades vetenskapligt. Tillgänglighet till rent kinin med bättre dosering blev vanligare.

David Livingstone och flera av de första missionärerna tog kinin i form av chinchonabark vid febersjukdom, fastän vetenskapligt bevis för effekten vid malaria dröjde. En målande bild ges av Livingstone på väg uppför Zambesifloden 1855, svårt sjuk i malaria och tuggande på chinchonabarken. Feber, frossbrytningar och kräkningar gjorde honom så svag att hans medhjälpare måste hålla hans huvud över kanotens sarg vid de upprepade kräkningarna.

Kolonialerans slut blev en brytpunkt

Slutet av kolonialeran var en brytningstid på många sätt, och den påverkade även missionssjukhus. I vissa länder

skapades möjligheter för ett ännu bättre samarbete med regeringarnas hälsoprogram när självständiga länder satsade mera resurser på att tillgodose hälsobehoven hos folket i landet. Ofta var missionen en bra partner. I vissa länder kunde man ge finansiellt stöd till missionssjukhus för deras arbete att bredda omfattningen av hälsoinsatserna.

Men i vissa länder var de nationalistiska känslorna sådana att alla missionssjukhus övertogs av regeringen och kom att stå under hälsoministeriet. Ibland förstod regeringarna så småningom att de inte hade resurser att bedriva all sjukvård, och det blev ett »av och till«-förhållande till missionen. Dialogen med hälsoplanerare var inte alltid lätt då missionens engagemang för de allra fattigaste och mest utsatta kom i konflikt med hälsoplaner som även skulle inbegripa dem som hade det bättre ställt och starkare politisk röst.

Betydelse för global hälsopolitik

Mycket av det nytänkande inom primärhälsovård som WHO:s förre chef Halfdan Mahler inspirerade världens hälsoministrar till vid konferensen i Alma Ata 1978 kom från missionsläkare.

Mahler skickade ut sändebud i hela världen efter konferensen för att följa upp besluten. De skulle inspirera andra med vad Mahler kallade »aggressive humility«. Pionjärbudet att genomföra primärhälsovård i de fattigaste länderna gavs ofta till missionssjukvården.

Många av de stora framgångarna inom barnhälsovården i fattiga länder har också sin upprinnelse i studier gjorda av missionsläkare, t ex David Morley som i Nigeria studerade mässlingshotet och kom med ett åtgärdsprogram. »Under-5-kliniker«, med tillväxtbedömning som en grundsten i uppföljning av barn, har sitt upphov i hans studier.

Nytänkande och banbrytande vid HIV

I början av den stora HIV-/aids epidemin var det ofta missionsläkare som kom med nytänkande och banbrytande insatser, t ex vid Frälsningsarméns Chikanakata-sjukhus i Zambia där svenska sjukvårdare var verksamma vid introduktionen av hembaserad vård av aids-sjuka. Man utvecklade även ett system för rådgivning, »cascade of counsel-

ling«, med den drabbade individen, familjen, byn och slutligen samhället. Ett nätverk för stöd till aids sjuka byggdes upp i ett helt distrikt. Modellen för hem-sjukvård och samhälls-»counseling« modifierades även för slumområden i städerna.

Svensk missionssjukvård har haft en betydelsefull roll i Kageraregionen i Tanzania för bekämpning av HIV-spridning och vård av aids sjuka. Liknande insatser gjordes vid missionssjukhus i Uganda. Slutresultatet av många liknande ansträngningar är en minskning av HIV-incidensen i dessa områden.

Centralt för missionssjukvårdens aidsprogram var att åtgärder för att minska HIV-spridningen måste grundas på samhällets egna beslut i dialog med hälso personal efter grundliga diskussioner och hälsouppllysning. »Bottom-up« närmande utvecklades i stället för »top-down« satsningarna, som bl a WHO började med och som enligt deras egen bedömning blev ett misslyckande. När samhället blir engagerat och »äger« åtgärden inträder en förändring som inte är beroende av in pumpade medel.

Roll som brobyggare och mentorer

Svenska missionssjukvårdare har verkat aktivt för att hitta bättre finansieringsmodeller för hälsoenheter i fattiga miljöer. Under 1800-talet kom de svenska folkkrörelserna med många idéer om lokalt förankrade försäkringssystem för att finansiera sjukvårdskostnaderna när Sverige var mycket fattigt. Dessa idéer har stor relevans för liknande miljöer idag.

På många sätt kan missionen vara en viktig bro mellan ett folk med djupa traditionella trosföreställningar om hälsa och en västerländsk vetenskaplig medicin som ibland betar sig brutalt och oförstående i kontakten med ursprungsbe-folkningen.

Missionssjukvårdare kan också fungera som mentorer för inhemska vårdpersonal i frågor om medkänsla för de fattiga och mest utsatta, moral och etik i vården som bortser ifrån stam- och kasttillhörighet. Kontakt med omvärlden och med nytänkande inom hälsovård kan förmedlas även till avlägsna platser.

Kortvariga insatser av missionsläkare där erfarna kliniska lärare kan förmedla nya och förbättrade rutiner kan vara av stor betydelse. Just intresset och den personliga kontakten med en kollega från ett annat land kan betyda mycket för motivationen i isolerade områden.

I Uganda har ett helt kontaktnätverk byggts upp av missionskirurgen Peter Bewes. Regelbundna besök görs här på distriktssjukhus (både sådana som sköts av regeringen och sådana som drivs av



Foto: Privat

Lejonbett kan vara en del av det skadepanorama en missionsläkare möter i sin vardag. Här artikelförfattaren som, tillsammans med två svenska missionssköterskor, rensar upp sår efter ett svårt lejonbett.

II Missionsläkare som iakttagare och forskare

David Livingstone (som verkade i Centralafrika ungefär 1840–60) påvisade samband mellan återfallsfeber och fästingbett.

Charles Chesterman (verksam i Belgiska Kongo runt 1920–30) undersökte orsaken till och förekomsten av schistosomiasis. Tillsammans med *Charles Fisher* påbörjade han ett bekämpningsprogram mot schistosomiasis och trypanosomiasis. Hans motto blev välkänt: »Förebyggande är bättre än behandling.« Han var en pionjär i behandling av yaws.

Robert Cochrane (verksam i Indien ungefär 1930–50), senare *Stanley Browne* (Kongo och Nigeria 1940–60) samt *Paul Brand* (Indien 1950–60) ledde forskningen kring leprabehandling och förebyggande av komplikationer. Paul Brand lanserade rehabiliterande handkirurgi. Hans forskning kring effekten av känselbortfall (först utvecklad för lepra) var av stor betydelse för trauma- och diabetesvård i världen.

Dennis Burkitt (mannen bakom Burkitts lymfom) var framgångsrik forskare i Uganda. Hans cancerforskning och pionjärbete inom geografisk epidemiologi baserades på kunskap från missionsläkare. För att noggrant kartlägga förekomsten av ett antal sjukdomar hos olika folkgrupper i skilda miljöer besökte han hundratals sjukhus och hälsocentraler i östra och centrala Afrika under 1960- och 1970-talen. Hans bedömning var att missionssjukvården spelade en betydande roll i nytänkande och förbättring av hälsa i de länder där missionssjukvård svarade för upp till hälften av sjukvården på landsbygden.

Ingegerd Rooth har under 1980- och 1990-talen utfört unika studier inom malarieforskning i Rufidjeldeltat i Tanzania.

II Missionens roll inom utbildning

Missionssjukhuset Mengo-sjukhuset i Kampala (Uganda) blev föregångare till Medical School vid Makerere University i Uganda; här fanns på 1960-talet den bästa läkarutbildningen i Afrika.

Christian Medical College i Vellore i södra Indien har av WHO utsetts till modell för läkarutbildning inom flera områden, inklusive akutsjukvård och primärhälsovård. Läkarutbildningen här är i världsklass.

Kilimanjaro Christian Medical Centre i Tanzania har utvecklat den bästa läkarutbildningen i landet. En betydande insats har här gjorts av svenska missionsläkare.

Bland de viktigaste moderna läroböckerna för vård i låginkomstländer är en serie med Maurice och Felicity King som redaktörer: »Medical care in developing countries«, »Primary child care«, »Nutrition for developing countries«, »Primary surgery trauma«, »Primary surgery non-trauma«, »Primary anaesthesia«, »Primary mother care«. Dessa böcker har till stor del baserats på missionsläkares erfarenheter.

enskilda organisationer) med undervisning i nya metoder och bättre vård. Varje månad kommer ett nyhetsbrev med översiktsartiklar om de viktigaste sjukdomstillstånden i regionen. Ett bibliotek med de väsentligaste moderna läroböckerna och tidskrifterna har etablerats. Närliggande sjukhus länkas ihop genom regionala konferenser där man lär av varandras kunskap och erfarenhet.

Vård av hög kvalitet med enkla resurser lärs ut inom områden där framgångarna har uteblivit i många fattiga länder, t ex inom mödrhälsovård. Programmet har varit ett lyft för hela landets sjukvård.

Utmaningen för missionssjukvårdens framtid är enorm, inte minst under transitionsperioden då ansvaret överlämnas till lokala samarbetsorgan.

Öppen dialog för respekt och förändring

Den kritik som var ganska vanlig på 1960- och 1970-talen, dvs att missionen var engagerad i kulturmord genom att tvinga på människor i andra länder en ny kultur och religion, har tagits på allvar men har visat sig vara överdriven.

Inom sjukvården var samma kritik vanlig: främmande folk tvingades anamma ett nytt sätt att se på hälsa och mediciner.

Missionssjukvården, när den var som bäst, hade ett långsiktigt perspektiv med djupgående studier i folkets språk och kultur. En öppen dialog med samhällets nyckelpersoner kunde bli början till ömsesidig respekt och förändring. Ofta kunde missionsläkare spela en nyckelroll genom att leda andra svenska enskilda organisationer in i nytänkande och förståelse för gamla kulturer och värderingar hos ursprungsbefolkningar.

Förenklade metoder för diagnostik och behandling som kunde genomföras med minsta möjliga resurser lärdes ut till nya biståndsarbetare inom Afrikagrupperna, UBV (Utbildning för biståndsverksamhet), Svalorna, Läkare utan gränser, Rädda Barnen, Läkarbankerna osv.

Ett viktigt budskap till svenska läkare från ett stressat samhälle där allt görs i hast är att finna balansen mellan att vilja ändra så mycket som möjligt och att arbeta i harmoni med den kultur och arbetsrytm som finns hos andra folk.

Fokusering på terapi – en brist

En del missionsläkare höll alldeles för länge fokuseringen på kurativ vård, när det stod klart att prevention och hälsofrämjande åtgärder var ännu viktigare för samhällshälsan. Det är förstärkt att läkare vid det första mötet med svåra, livshotande hälsoproblem tog på sig den tunga bördan av kurativ sjukvård först.

Möjligtvis fanns det inget annat sätt att vinna förtroende för vidare utveckling till prevention och hälsofrämjande åtgärder.

En del missionsläkare hade också svårt med överlämnandet till nationella medarbetare. Dessutom fanns, speciellt under de tidiga åren, en tendens till konkurrens mellan olika missionsorganisationer.

Kostnadseffektiva åtgärder – en styrka

Ofta fanns en liten flexibel administration som kunde införa kostnadseffektiva åtgärder i nationella åtgärdsprogram. Ett exempel är missionshälsovården i Zambia, där en tredjedel av landets hälsovård drevs i missionens regi till en kostnad av 6 procent av landets hälsobudget. Där fanns även svensk missionssjukvård representerad.

Inom enheter med liten personal fanns ofta en mycket hög motivation och moral så att målen för hälsovården uppfylldes bättre än i den motsvarande statliga hälsovården.

Många hade ett långtidsperspektiv på sina satsningar och byggde under lång tid upp ett djupt förtroende från samhället. Detta förtroendekapital var av stor betydelse då nya program, t ex primärhälsovårdsstrategin, skulle lanseras efter Alma Ata-konferensen. Ofta hade missionssjukvårdens ledning ett närmare förhållande till samhällets tänkande och behov än hälsoministeriet.

Rättvisa kräver passionerad insats

Behovet av djupt engagemang och klart synt framtidsplanering har aldrig varit större än idag. Ett citat från Martin Luther King beskriver detta:

»Human progress is neither automatic nor inevitable. Even a superficial look at history reveals that no social advance rolls in on the wheels of inevitability. Every step towards the goals of justice requires sacrifice, suffering, and the tireless exertions and passionate concern of dedicated individuals.«

(Fritt översatt: »Framgång inom mänskligheten har aldrig varit automatisk eller oundviklig. Även en ytlig bedömning av historia visar att ingen social framgång rullar vidare på oundviklighetens hjul. Varje steg mot målet av rättvisa kräver uppoffring, lidande och outtröttlig ansträngning och en passionerad insats av hängivna individer.«)

Översiktsreferenser

- Browne SG, Davey F, Thomson WAR, editors. *Heralds of health; the saga of Christian medical initiatives*. London: CMF; 1985.
- Palmaer G. *Uppdrag i Afrika*. Stockholm: Missionsförbundets förlag; 1947.

Halldin M, redaktör. Något om svensk missionssjukvård. *Opuscula Medica* 1967; Dec 12:445-507.

Perers D, redaktör. *Missionssjukvård*. Svensk missionstidskrift 1978;66(Häfte 4):241-320.

Adolph H. 10 good reasons for staying. *Today's Christian Doctor* 1999;30(2).

Clegg D. Medicine, mission and the millennium. *AAN insert; Triple Helix* 1997;(1 Autumn):12-3.

Martin J. Medical missions – look to the future. *AAN insert; Triple Helix* 1999;(7 Spring).