

Nacala, Moçambique

Anders Molin

Anders Molin, läkare, specialist inom gynekologi/obstetrik som arbetat med svenskt hälsobistånd på Sida. E-post: molin.anders.se@gmail.com

Tiden i Nacala i norra Moçambique under tidigt 1980-tal var avgörande för Hans Roslings djupa förståelse för vad fattigdom är och kom att innebära att han investerade sin begåvning i global hälsa, något jag tror många är glada för. Förståelsen för hur fattigdomen varierar inte bara mellan länder utan också inom länder kom att bli ett genomgående tema i Hans Roslings budskap om fattigdom och utveckling. Erfarenheterna från Moçambique förstärkte dels vreden över det oerhörda lidande fattigdomen orsakar, dels övertygelsen om att detta lidande i någon mening är onödigt eftersom en blygsam omfördelning av globala resurser från de allra rikaste till de allra fattigaste skulle kunna utrota den svåraste fattigdomen.

The time in Nacala in northern Mozambique during the early 1980's was crucial to Hans Rosling's deep understanding of what poverty is and his experiences here marks the foundation of his future commitment to global health. Understanding of how poverty varies, between countries as well as within countries, would become an ever present theme in Hans Rosling's talks and lectures on poverty and development. The experience gained from Mozambique reinforced the wrath Hans Rosling felt over the extreme suffering caused by poverty. It also strengthened the belief that this suffering is in some sense unnecessary as a modest redistribution of global resources from the richest to the poorest would be enough to eradicate the most difficult poverty

"Hej, är det du som ska åka till Moçambique?" Dessa var de första orden jag sa till Hans Rosling när jag i augusti 1977 träffade honom i en trapphall på andra våningen, på medicinkliniken på sjukhuset i Hudiksvall. Jag hade just börjat min AT-tjänstgöring på kirurgkliniken och hade hört talas om att det fanns en läkare på medicinkliniken som var på väg till Moçambique. Hans Rosling arbetade på medicinkliniken och var på väg till Moçambique tillsammans med sin

hustru Agneta och deras två barn Anna och Ola. Deras resa skulle sedan bli uppskjuten, så två och ett halvt år senare, juli 1980, flyttade jag in i Hans, Agnetas, Annas och Olas hus i Nacala i norra Moçambique och där skulle vi arbeta tillsammans till slutet på 1981, en erfarenhet som förändrade våra liv.

Ett omvälvande möte

Vi hade liknande bakgrund, varit engagerade i arbetet mot USAs krig i

Vietnam och i stödet till befrielseerna i Portugals kolonier. Hans Rosling hade träffat Frelimos (befrielse-rörelsen i Moçambique) ledare när han gjorde ett besök i Sverige och han hade redan då talat om det framtida behovet av stöd efter självständigheten. När Portugals kolonier i Afrika slagits sig fria 1975 fanns ett skriande behov av utbildade människor inom alla områden, inte minst inom sjukvården. De flesta läkare i Moçambique var vita portugiser som lämnade landet 1975 och den mocambikanska regeringen bad då det internationella samfundet om hjälp att fylla luckorna medan man byggde upp egna personella resurser.

Den svenska solidaritetsrörelsen Afrikagrupperna som länge stött befrielse-rörelserna i Portugals afrikanska kolonier, började rekrytera solidaritetsarbetare till Moçambique direkt efter självständigheten 1975, vilket gjorde det möjligt för unga läkare och sjuksköterskor att bidra till den unga statens tidiga utveckling och samtidigt få en fantastisk erfarenhet.

Vi hamnade så småningom tillsammans i Nacala, i Nampulaprovinsen i norra Mocambique. En kuststad med en stor hamn, järnväg till Malawi, ett distriktssjukhus och ett antal mindre vårdcentraler. Distriktssjukhuset där vi var dom enda läkarna. betjänade dessutom två grann-distrikt, Memba och Nacala Velha. De tre distrikten hade sammanlagt cirka 400 000 invånare. Sjukhuset hade två vårdavdelningar en för kvinnor och barn, och en för män, ett förlossningsrum, en öppenvårdsmottagning, ett

litet laboratorium och ett apotek. Vi hade inga operationsmöjligheter och närmsta provinssjukhus låg i Nampula cirka 200 km bort. Hans Rosling var distriktsansvarig läkare, han tog huvudansvaret för öppenvården och den manliga avdelningen på sjukhuset, jag för förlossningen och avdelningen med kvinnor och barn och Agneta som var barnmorska på den tiden tog sig an mödravården.

Tiden i Nacala förändrade våra liv. Det var slitsamt med ständig jour, brist på resurser, varmt, men alltid intressant, lärorikt, spännande. För mig innebar Nacalaerfarenheten att jag valde gynekologi/förlossning som specialitet och att jag under den andra halvan av mitt yrkesliv kom att arbeta med hälsobistånd på Sida. För Hans Rosling innebar det att han investerade sin begåvning i global hälsa. Hans Rosling hade naturligtvis gjort avtryck inom vilket annat område som han än hade landat i, men jag tror vi är många som är glada för att hans inriktning kom att bli global hälsa och utveckling.

Jag vill här nämna två områden där jag tycker det är särskilt tydligt att erfarenheterna från Nacala kom att prägla Hans Rosling framtida gärning. För det första tror jag att tiden i Nacala var avgörande för hans djupa förståelse för vad fattigdom är och vad den innebär för fattiga människor, och för det andra bidrog erfarenheten till att han utvecklade sin kapacitet att tänka och analysera över vitt skilda ämnesområden. Hans pedagogiska geni började dessutom visa sig under mocambiquetiden.

Det jag tror satte det största avtrycket var erfarenheten av att se fattigdomens djup och konsekvenser på nära håll. Vi var båda relativt väl förberedda i teorin. Vi hade gått kurs i tropikmedicin, läst om skillnader i BNP och vi hade rest, men det vi mötte i Nacala var omvälvande.

Fattigdomens sjukdomar

Sjukvården i Nacala 1980 var tyvärr en alldeles utmärkt observationspost för att se fattigdomen. Moçambique var ett av världens fattigaste länder, som nyligen frigjort sig från den portugisiska kolonialmakten. Nacala var en liten hamnstad i en av de fattigastes provinserna i norr. Det fanns ett par industrier i staden förutom hamnen men majoriteten av människorna inom sjukhusets upptagningsområde levde av eget jordbruk.

När man arbetar med sjukvård kommer man också nära fattigdomen. Man tar på fattigdomens yttersta konsekvenser, man luktar den, man hör den, man ser den varje dag. Fattigdomen får ansikten och namn. Vissa bilder etsar sig fast. Barnet som avlider i grav anemi just som det kommit in på sjukhuset och mamman som lyfter upp barnet på ryggen för att gå hem och det kommer att ta henne fem timmar. Den unga kvinnan som avlider av en infektion, troligen efter en osäker abort i hemmet, den unge mannen med tuberkulos, kvinnan som kommer in efter tre dygns förlossningsarbete och dör innan hon kommit in i förlossningsrummet, den gravt uttorkade kvinnan med kolera... Listan kan göras lång.

Den var också tydligt för oss att den sjukdomsörda vi såg heller inte var ”tropisk”, det var fattigdomens sjukdomar vi mötte. För ett par hundra år sedan var dödsorsakerna i Sverige liknande de i dagens låginkomstländer, d.v.s. infektionssjukdomar och följder av graviditet och förlossning.

En annan sak som blev tydlig för oss var gradering av fattigdomen för olika befolkningsgrupper i landet. Det var naturligtvis stora skillnader i hälsoläge mellan den lilla medelklassen i staden och landsbygdens jordbrukare, men även mellan stadens fattigare invånare och de som kom från den omgivande landsbygden. Det var alltid de fattigaste av de fattiga som drabbades hårdast av sjukdom och död. Ett exempel på detta var mödradödsfallen. Alla mödradödsfall vi såg kom från utkanten av vårt upptagningsområde och kom in till sjukhuset ofta efter flera dygns värkarbete och långa transporter. Detta är naturligtvis inte konstigare än att medellivslängden sjunker för varje station man färdas söderut med Stockholms tunnelbana, men hjälpte oss att se bortom schabloner av ”fattiga människor i Afrika”.

Denna förståelse för fattigdomen, både hur avgrunddjup den är och hur den varierar inte bara mellan länder utan även inom länder, har också varit ett genomgående tema i Hans Roslings budskap om fattigdom och utveckling. Det handlar inte om svart och vitt utan om en gråskala. Han såg också begränsningen i att enbart karakterisera och presentera länders utveckling med ett medelvärde vad gäller t ex BNP, och utvecklade World Health Chart (se nedan) till att också

kunna presentera spridningen av välstånd/fattigdom inom länder.

Omfördelning skulle kunna utrota den svåraste fattigdomen

En annan aspekt av fattigdomen vi levde i, var bristen på resurser. Hans Rosling noterade att det geografiska område som vi varit ansvariga för som läkare i Nacala var ungefär lika stort och innehöll ungefär lika mycket människor som Gävleborgs läns landsting. Han gjorde en bild där han la kartorna över de två områdena över varandra och jämförde population och sjukvårdens ekonomiska och personella resurser och kunde konstatera att Gävleborg hade ungefär 100 gånger så mycket resurser för samma befolkning. Detta återkom Hans ofta till i sina föredrag där han konstaterade att skillnaden mellan de fattigaste och de rikaste är två nollor.

Våra erfarenheter från Moçambique förstärkte hos oss en vrede över det oerhörda lidande som orsakas av fattigdomen och en övertygelse om att detta lidande i någon mening är onödigt. Enbart en blygsam omfördelning av globala resurser från de allra rikaste till de allra fattigaste skulle kunna utrota den svåraste fattigdomen.

Vi såg också i vårt arbete många exempel på vad sjukvården kan göra. Barnet med diarré som repar sig efter behandling med vätskeersättning. Mannen som avslutar sin tuberkulosbehandlig botad, glada mammor med sina barn i kö till vaccinering, en sugklockeförlossning, en spiralsättning, exemplen är även här många.

Unik förmåga att ta in vitt skilda områden i analysen

En av Hans Roslings viktigaste egenskaper var den att respektlöst kunna kombinera vitt skilda ämnesområden. Detta blev tydligt i vårt arbete med den förlamningsepidemi som vårt område drabbades av. Detta kommer att behandlas i mer detalj på annan plats i denna publikation men var den viktigaste enskilda händelsen i Nacala för Hans Roslings vidare arbete.

En epidemi av spastisk förlamning hos framförallt barn, men även vuxna, drabbade området 1981. De lättare fallen engagerade enbart benen men de allvarligaste även armar och i vissa fall tillstötte även blindhet. Vi stod helt frågande inför vad detta handlade om. Vi kände till att det fanns "tropiska" förlamningar av okänt ursprung och vi visste att det fanns liknande sjukdomstillstånd med spastiska förlamningar efter intag av giftiga ärtor (Lathyrism). Denna epidemi var dock något annat. Vi förstod att det kunde vara någon föda som var orsaken men vi tänkte också att det kunde vara en smittsam virus-sjukdom. Detta var under den tiden då Sydafrika organiserade och militära attacker på Moçambique p.g.a. stödet som Moçambique gav till apartheid-motståndet, och det hade gått rykten om att det siktats u-båtar utanför kusten så vi sa halvt på skämt, halvt på allvar att det kanske var biologisk krigsföring från Sydafrika. Vi bestämde oss för att Agneta och barnen skulle evakueras till provinshuvudstaden Nampula för säkerhets skull. Vi kunde dock så småningom, med mycket

hjälp från hälsoministeriet, klargöra att orsaken till förlamningarna var att de fattigaste, p.g.a. torka och svält, ätit kassava som man inte hade avgiftat tillräckligt från den blåsyra den innehöll.

Detta blev Hans Roslings forskningsområde och har beskrivits mer i detalj i de båda föregående artiklarna. Hans Roslings kreativa nyfikenhet hjälpte naturligtvis till i arbetet med att kartlägga epidemin och dess orsaker men han stannade inte där. När misstanken stärktes att det var giftig kassava som var orsaken och att befolkningen ätit av den för tidigt p.g.a. dåliga skördar som i sin tur berodde på torka gick Hans Rosling vidare för att förstå varför torkan fått sådana katastrofala följder. Det framgick att den mocambikanska regeringen infört hinder för handel över provinsgränser vilket bidragit till matbristen. Hans Rosling skrev en rapport till hälsoministern om detta, väl medveten om att det kunde få negativa konsekvenser att påtala brister i jordbrukspolitiken i det socialistiska samhällsbygge som den auktoritära regeringen genomförde. Rapporten togs dock emot väl och regeringen såg de negativa effekterna av sin politik. Denna förmåga att i analysen av ett problem sträcka sig från molekylärbiologi till jordbrukspolitik är minst sagt ovanlig.

Hans Roslings storhet låg också i kombinationen av kreativ analytisk skärpa och enastående pedagogisk skicklighet. Glansnumret är naturligtvis World Health Chart, som Hans Rosling skapade tillsammans med sonen Ola och svärdottern Anna, där

grafiken belyser länders utveckling över tid med avseende på ekonomisk utveckling och barnadödlighet. Att i en bild illustrera sambandet mellan fattigdom och hälsa i hela världen och dessutom följa den över tid är inget annat än genialt.

Hans Rosling kunde lägga två verkligheter bredvid varandra och därmed skapa en fascinerande bild av skillnader och likheter över tid och rum som dessutom gjorde att man som lyssnare/åskådare själv kände sig smart när världen blev lite mer begriplig. Ett tidigt exempel som jag gett ovan är jämförelsen mellan två lika stora områden i Sverige respektive Moçambique vad gäller storlek, befolkning och sjukvårdsresurser. Ett annat är att lägga det Sverige som Hans Roslings föräldrar föddes i bredvid ett land i dag som har motsvarande nivå på ekonomiska och social utveckling.

Förmedlade en faktabaserad bild av global utveckling

Ett annat grepp Hans Rosling ofta använde i sina föredrag var att visualisera med konkreta objekt. En leksaksbil eller en legobit eller en tvättmaskin. Vi som arbetat som läkare via Afrika-grupperna höll kurser i hälsorisker för de som var på väg att arbeta i Afrika och Hans tog då med en resväska för att illustrera de viktigaste hälsohoten som till skillnad från vad många trodde inte var ormar och skorpioner, utan Hans tog upp en spritflaska, ett paket kondomer och en leksaksbil.

Hans Rosling hade en förmåga att uttrycka sig drastiskt och att göra halsbrytande förenklingar men analy-



Hans Rosling (fjärde från vänster bakre raden) tillsammans med Agneta, Anders Molin och all personal, utanför sjukhuset i Nacala 1980.

Foto: Privat

sen bakom var alltid knivskarp.

Jag tycker dock att Hans Rosling till en del har misstolkats när det gäller hans syn på fattigdomen. Hans positiva budskap om hur världen utvecklats de senaste 70 åren då många länder gått från att vara låginkomstländer till att bli medelinkomstländer har ibland tolkats som någon slags allmänt optimistisk hållning, att allt bara blir bättre. Hans Rosling själv var alltid noga med att framhålla att det viktigaste budskapet är att många av oss inte ser världen som den är. Vi styrs mer av fördomar och schabloner än av fakta och ser därför världen i svart/vitt, rika/fattiga, i-länder/u-länder, och den världsbilden är felaktig. Hans Rosling försökte förmedla en faktabaserad bild av global utveckling, d.v.s. en kunskap om den enorma ekonomiska och sociala utvecklingen i framförallt medelinkomstländer som ägt rum de senaste 50 åren. Det gjorde han utan att för den delen glömma eller bortse från vare sig den fattigdom som finns även i medel- och höginkomstländer eller att det finns en grupp länder bland de allra fattigaste som blivit efter i utvecklingen och där

avståndet till de rika länderna fortfarande är två nollor. Hans Rosling var inte optimist, han var realist.