

Bill Gates har skjønnt det:

Fattigdom i sør har med vår helse i nord å gjøre

REF.: HELEN BRANDSTORP

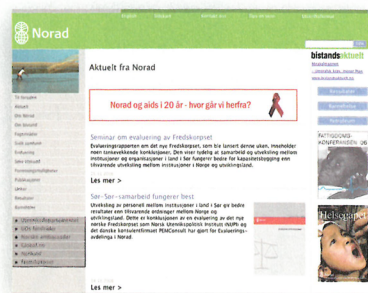
Fattigdom gir dårlig helse og dårlig helse gir fattigdom. Fattigdommen i verden representerer et problem for oss alle ved det at fattigdom skaper arnested for epidemier, fattigdommen og urettferdigheten avler kriminalitet, vold og krig og mennesker med dårlig helse kan ikke delta i de globale fellesoppgavene. De trenger ofte hjelp utenfra, fra folk som er heldigere. Allikevel hevdes det at «Health is probably the most confused area in development».

Norad inviterte 18. oktober til sin årlige fattigdomskonferanse. Spesielt i år var at teamet var spisset til fokus på Helse. Kanskje har vår helseinteresserte Statsminister Jens noe med det valget å gjøre? Hans engasjement for bedre og lettere tilgang på vaksiner er godt kjent. Mor/barn-helse er også noe han taler om internasjonalt. Under hans regjering har Norsk Forskingsråd fått økt sin bevilgning til programmet Global helseforskning (GLOBHEL) fra 20 mill. til 80 mill. Det gjør vel heller ikke noe at han har en habil doktor-søster vegg-i-vegg på hjemmefronten!

Alle landets leger var invitert til denne åpne konferansen via legeforeningens internettside, men det ble nok en konferanse for spesielt interesserte. Ca. 200 deltagere med ulik yrkesbakgrunn fant veien til eksklusive Aker Brygge for å snakke om helseproblem i verden, sett spesielt i sammenheng med fattige land. Stedet ble en kontrast til ettertanke. Eller som onde tunger vil kunne hviske; typisk Norad.

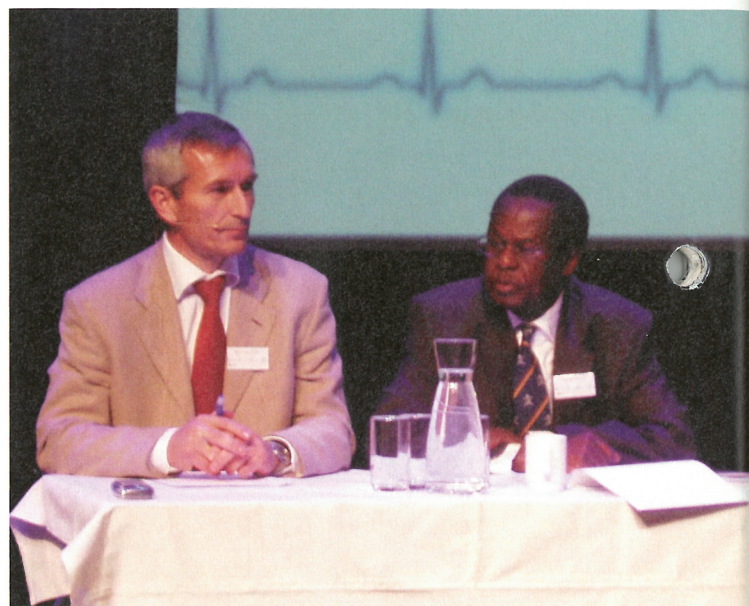
Hva er så Norad?

Kort sagt: et direktorat under UD som jobber med utviklingsarbeid gjennom NGO's (non-governmental organizations)



Slik presenterer de seg selv på hjemmesiden

Norad er direktoratet for utviklingssamarbeid (Norwegian Agency for Development Cooperation), under Utanriksdepartementet (UD). Poul Engberg-Pedersen er direktør i Norad.



Direktør i Sosial- og helsedirektoratet Bjørn-Inge Larsen og Dr Francis Onasera i Global Health Workforce Alliance.

Fagetat

Fagetaten Norad skal bidra til effektiv forvaltning av bistandsmidler og sørge for at det Norske utviklingssamarbeidet kvalitetssikrast og evaluerast. Norad skal vere Noregs nytenkande fagmiljø i kampen mot fattigdom i nært samarbeid med nasjonale og internasjonale fagmiljø. Norad har tidlegare hatt ansvar for forvaltninga av stat-til-stat samarbeidet. UD tok over dette ansvaret 1. april 2004. Ved årsskiftet overtok departementet også ansvaret for alle ambassadar som har bistandsoppgåver og tidlegare var administrert av Norad.

Rådgeving og debatt

Fagetaten skal bidra med faglege råd om effektiv oppfølging av Regjeringens handlingsplan for bekjemping av fattigdom og arbeidet med FN's Tusenårsmål¹. Etaten skal utvikle og levere uavhengig fagleg kompetanse, bidra aktivt til faglege diskusjonar og vere i front internasjonalt innan utvalde fagområder.

¹ Fra www.tusenarsmalene.no: I 2000 kom FN med sin oppskrift på hvordan man kan bekjempe fattigdommen i verden. Oppskriften er Tusenårsmålene; åtte felles mål som skal nås innen 2015.

1: Eradicate extreme poverty and hunger, 2: Achieve universal primary education, 3: Promote gender equality and empower women, 4: Reduce child mortality, 5: Improve maternal health, 6: combat HIV/AIDS, malaria and other diseases, 7: Ensure environmental sustainability, 8: Develop a global partnership for development

Alle FN's medlemsland skrev under på Tusenårserklæringen, noe som gjør Tusenårstoppmøtet en stor historisk begivenhet. Tusenårsmålene representerer noe nytt fordi de er konkrete, tidsbestemte og målbar. De åtte målene representerer en rettesnor og en prioriteringsliste for både FN, nasjonale myndigheter og organisasjoner som jobber for å redusere verdens fattigdom. Tusenårsmålene representerer noe nytt også fordi de ansvarliggjør alle land, fra de rikeste til de fattigste. Tusenårsmål nr 8 handler om hvordan vi kan oppnå mål nr 1-7, altså hvordan vi kan muliggjøre en fattigdomsreduksjon gjennom endrede rammebetingelser for de fattige landene.

Samarbeid og tilskot

Etaten skal finansiere, samarbeide med og ha kunnskap om organisasjonar, institusjonar og bedrifter. Kopling av organisasjonskunnskap og fagleg rådgiving skal bidra til å heve nivået på tenestene til Norad gjennom auka tilfang av erfaringar. Dei norske samarbeidspartnerane til Norad er bistands- og humanitære organisasjonar, bedrifter, fagforeiningar, kulturmiljø, forskingsmiljø, ambassadar, statlege etatar og institusjonar.

Fattigdomskonferansen

Tre hovedtema var satt på plakaten.

- Helsepersonell og kapasitetsbygging: nøkkelen til et godt helsevesen
- Legemidler og vaksiner for fattige land: Flaskehalser og mulige løsninger
- Fattige kvinners helse: Makt og avmakt, fordelig og ulikhet.

Dette er alle tema der Norge spiller en tydelig rolle i verdenssamfunnet og har mulighet for å påvirke. La oss kikke litt nærmere på de tre hovedtemaene

Helsepersonellproblemet

Helsepersonelltilgangen er grovt skjevfordelt i verden. Der barnedødligheten er høyest, er det færrest helsepersonell. Der barnedødligheten er lavest, er det flest. Tallene fra SHdir som er gjengitt i graf 1 nederst på siden taler tydelig.

Det er 57 land verden med akutt helsepersonellmangel, i følge WHO. De mener det trengs 4,6 millioner helsepersonell for å rette opp dette! Dette er helsepersonell som vi i Norge kunne hatt nytte av til våre oppgaver, men som andre fattigere land har enormt mye mer nytte av. Et av problemene i verden er at helsepersonell i de fattigste landene

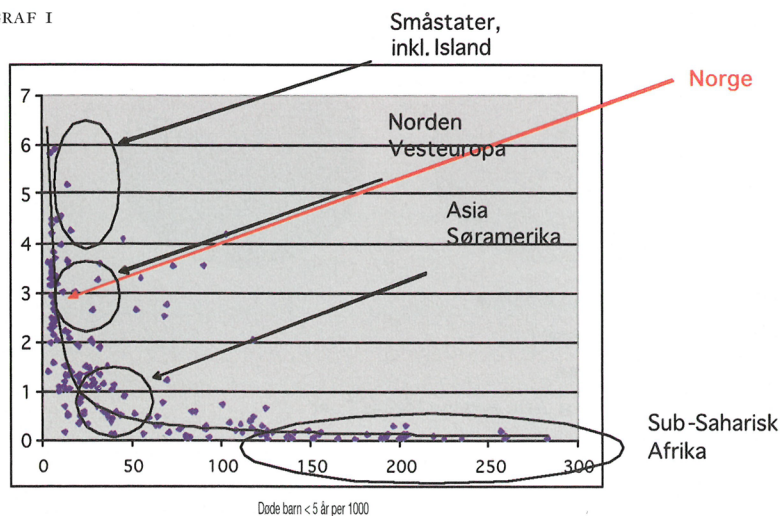
ofte reiser fra hjemlandet etter endt utdanning, til rike land. Bedre arbeidsvilkår og levekår gjør dette til et fullt forståelig valg, selv om vi vet at de fleste av oss ønsker bo nær slekt og venner, og i områdene der vårt folk «alltid har bodd». Noen blir igjen til tøffe arbeidskår og stor risiko for selv å bli syk. En del helsepersonell må også skaffe inntekt ved annen «business» og «no do»-problematikk med betydelig ineffektivitet er resultat mange steder. Legen handler med eiendom i stedet for å redde liv! Det oppstår onde spiraler; mistillit til helsevesenet som er dårlig og som av myndigheter og folk får enda vanskeligere vilkår.

Som aktør i FN og WHO har vi markert oss og tatt initiativ til arbeid med helsepersonellmangel i fattig land gjennom nyopprettede Global Health Workforce Alliance i WHO. Leder Dr Francis Omaswa fra Uganda, berømmet både kollega Sigrun Møgedal og spesialrådgiver Tore Godal for sine viktige roller. Norge gir penger til dette, sammen med andre land som Canada, samt Melinda & Bill Gates.

Sosial og helsedirektoratets direktør, Bjørn-Inge Larsen pekte på helsepersonellproblem som et globalt problem:.

- Norge har selv store utfordringer de neste 40 årene pga demografiske utfordringer og økende forventninger i befolkningen
- Vi må handle lokalt og tenke globalt: rydde i eget hus slik at vi ikke er en belastning på andre
- Vi kan bidra til en sunnere internasjonal helsepersonellpolitikk i nært samarbeid med WHO og andre internasjonale aktører
- Vi har etablert et godt helsesystem innen personellfeltet i Norge. Erfaringer fra Norge kan nyttiggjøres også i andre land, samtidig som vi har mye å lære av familienettverkets rolle innen helse og omsorg

GRAF 1



Vår eldrebølge og egne store forventninger til helsevesenet, gjør at vi vil trenge fortsatt betydelig økt arbeidskraft. Gjennomsnittlig årlig vekst av helsepersonellpoolen i Norge er allerede på 6700! Av brukte midler fra bruttonasjonalproduktet ligger vi nå på plass nr to, etter USA. Av leger som får autorisasjon er allerede ca. 50 prosent utenlandske. Brain drain fra fattigere land er på mange vis naturlig, men bør kunne reguleres noe. Larsen listet opp flere muligheter.

- Utdanne nok helsepersonell selv
- Ved behov for arbeidsinnvandring til Norge: Selv ta ansvar for helseutdanningen av innvandrerne
- Forstå de fattige landenes situasjon
- EPOC
- Arbeide for å motvirke fattigdom
- Påvirke forståelsen av økonomi og økonomisk handlingsrom
- Støtte helsesystemutviklingen
- Støtte utdanningen av helsepersonell (pålegge bindings-tid?)
- Bidra til kapasitetsbygging
- Norsk personell som arbeider i utviklingsland kan også undervise
- Godkjenne undervisningsopphold i utviklingsland som del av spesialistutdanning
- Drive egne utdanningsinstitusjoner i utviklingsland?
- Øke stipendordninger for utdanning av personell fra utviklingsland

Vaksiner

Meslinger og influensa er to store årsaker til betydelig barnedød som kunne vært unngått. GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) jobber med dette og hevder følgende på hjemmesiden:

Vaksinering er blant de aller mest kostnadseffektive helsetiltak vi kan gjøre for å forebygge sykdommer hos barn og voksne. Vaksiner er ikke bare et gode for hvert barn, men også for samfunnet som helhet fordi det reduserer sykdomsbelastningen. Fortsatt er det mer enn 30 millioner barn som ikke blir vaksinert i løpet av sitt første leveår.

Tore Godal er Jens Stoltenbergs spesialrådgiver, og ble presentert som hjernen bak GAVI. Norge satser på å være en tung støttespiller til denne alliansen også, igjen sammen med bl.a. Melinda og Bill Gates.

Legemidler

På samme måte som med helsepersonell, så er legemiddeltilgangen og bruken minst der behovet er størst. Kunnskapssenteret presenterte dette bildet (graf 2):

Dessuten forskes det frem flest og best (?) legemidler på sykdommer som de rikeste rammes av. Og lege-

middelindustrien beskyldes i tillegg for dumping av mindre gode legemidler til fattige land, der de lite opplyste kundene bruker sine ytterst få midler på unyttige tabletter.

Direktør på Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, John-Arne Røttingen, listet opp disse mulige tiltakene:

- Offentlig finansiering av FoU
- Offentlig-privat samarbeid
- Patentering (TRIPS)
- Frivillig eller tvungen lisensiering (TRIPS)
- Subsidiering (fra giverland)
- Donasjoner (fra industrien)
- Insentiver
 - innkjøpsfond, garantier for markedsandel
- Helsesystemutvikling

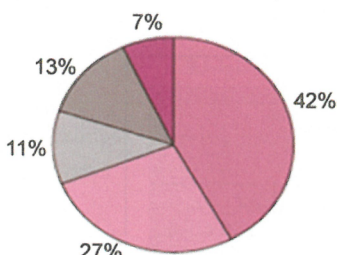
Røttingen trakk frem flere forkortelser for organisasjoner der Norge er med; WHO, TDR, GAVI, Stop TB, GFATM, GFHR, AHPSR. Vi har god mulighet for å påvirke politikkutformingen, mener han, men er bekymret for i hvor stor grad dette er faglig forankret. Ikke uventet, fra det holdet, kanskje. Dessuten etterlyste han en bred tilnærming (se fremstilling på graf 3 på neste side).

Fattige kvinners helse

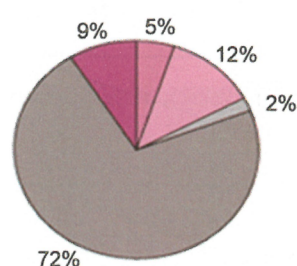
Kvinnens helse og overlevelse har direkte konsekvenser for deres barns helse og overlevelse. Denne gruppen kan derfor sees på som et samlet satsningsområde, og organisasjonen The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

Den globale legemiddelfordelingen

WORLD DRUG MARKET
(US\$406 billion in 2002)



WORLD POPULATION
(Six billion people in mid-2001)



- North America
- Europe
- Japan
- Africa, Asia and the Middle East
- Latin America

Sources: IMS Health/Population Reference Bureau

GRAF 2

GRAF 3

Bred tilnærming nødvendig

gjør det.

Dette er igjen en ny, stor, samlende organisasjon, opprettet i 2005 da WHO, UNICEF og Redd Barna i USA slo sine mor/barn-arbeid sammen. Tidligere helseminister i Mosambik, Dr. Francisco F. Songane er leder og han var i Oslo. Dataparet Gates støtter også dette initiativet.

Dr Songane understreket HIV-epidemiens tragiske følger. HIV gir økt barseldødlighet pga. infeksjoner, men også re-

duisert helsehjelp til de nybakte mødrene pga. smittefrykt og personellmangel. Jordmødre og gynekologer dør oftere av AIDS enn andre helsepersonell.

For den tidligere helseministeren, som har styrt helse-systemet i et afrikansk land, var det viktig å fortelle ivrige hjelpere i et rikt land følgende oppskrift til god hjelp:

- godt lederskap
- god koordinering
- EN felles plan
- internasjonal vilje til å hjelpe
- bygge videre på det som allerede er i landet

Oppsummeringen

Kollega Ling Merete Kituyi, nå konsulent i FN systemet, men som lenge hadde allmennpraksis i Nairobi, Kenya, oppsummerte konferansen. Hun sa det slik:

Norge er troverdige i dette globale arbeidet som en «honest broker». Vi har ikke egen legemiddelindustri å ta hensyn til, vi har et sterkt tradisjonelt fokus på menneskerettigheter, vi tør å ha et kvinnefokus og vi tør å snakke om ulik fordeling. Et av de første norske ordene min afrikanske mann lærte seg var «urettferdig».

Global utpost

Appell fra Harald Siem, helsediplomat:

Fastlegene har sine lister, distriktslegene hadde sine distrikt. Epidemiologene spør etter nevneren først, før de interesserer seg for telleren. Sånn er det kanskje for helsedirektører? De ser til landegrensene, og der slutter ansvaret.

Men ikke nå lenger.

Det er ikke nytt at den medisinske vitenskapelige utvikling er internasjonal. Internasjonale studier og fagkongresser innen medisinske fag har lenge vært verdifulle elementer for utviklingen her hjemme. Det som er nytt, kanskje særlig tydelig de siste ti årene, er at det neppe er et eneste samfunnsmedisinsk felt her hjemme som ikke er berørt av globaliseringen. Vi må i økende grad forholde oss til det som

skjer ute, og vi vil, og her er det snakk om nasjonens vilje, vi vil påvirke de globale strømningene. Ikke bare i egeninteresse, som for eksempel i smittevernarbeidet (eksepler er fugleinfluensa og verdensøkonomien, eller tuberkulose i nærområdene), og ikke bare de humanitære aksjonene til nødstedte, men også, og det er viktig, også samfunnsmedisinske områder som overvekt, rus, røyking, helsepersonell, prising av medikamenter, beredskap og ulykker – det aller meste.

Vi er i en gunstig situasjon i Norge.

Vi har en statsminister som er personlig engasjert i Tusenårsårmålene for kampen mot fattigdom, og da særlig mål

Harald Siem

født 1941, var med å grunnlegge Utposten da han var distriktslege i Aukra 1972. Arbeidet i 1980-årene ved Institutt for allmennmedisin UIO og ved Stadsfysikatet i Oslo. Ti år i Geneve, migrasjon og helse, IOM og nødhjelp, WHO. Sekretariatsleder for aksjonsgruppen for smittevern i Østersjøregionen 2000–2004. Nå leder for sekretariatet for internasjonal helse i SHdir.