

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 fugleinfluenza og verdensøkonomien, eller tuberkulose i nærområdene), og ikke bare de humanitære aksjonene til nøddestedte, 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.

nummer fire som skal få ned barnedødeligheten til en tredjedel innen 2015. Til det skal Norge bidra med en milliard kroner hvert år framover.

Vi har en utenriksminister som har arbeidet tre år i Verdens helseorganisasjon, og som nå har satt i gang et samarbeid med en håndfull kolleger utenriksministere for å se på hvordan helse som tema kan brukes i utenrikspolitikken. Utenrikspolitikk kan ofte være konfrontasjoner og konfliktløsning, mens helse oftest er et samarbeidstema med vann-vinn som resultat.

Og vi har en direktør i Sosial- og helsedirektoratet som i høst ble valgt inn i styret for regionalkomiteen i WHO, i den såkalte Standing Committee. Valgt for tre år, i en god posisjon til å påvirke elementer i helsepolitikken både i regionen, men etter hvert også globalt, gjennom styret i WHO, og innflytelse på de mange nye råd, allianser og konsortier som nå utgjør det man kaller den nye arkitekturen til det globale helsearbeidet.

Jeg vil nevne tre temaområder som er viktige for oss alle, og som krever samhandling og internasjonale løsninger:

Helsepersonellkrisen i sør. Særlig afrikanske stater tappes nå for helsepersonell, som ikke bare forsterker AIDS-katastrofen, men som truer det som måtte være av helsestell, selv det mest elementære. Samtidig som vi ikke kan nekte enkeltmennesker å søke forbedringer i sin egen livssituasjon må vi finne en politikk som gjør trekk-kreftene i rikere land mindre sterke i forhold til de kreftene som vil holde helsepersonell tilbake i de land hvor de bor, er utdannet og har en avgjørende oppgave. Helsepersonell-krisen innehar elementer av dagens migrasjonsproblematikk generelt, og et stort tema også innen temafeltet helsesystemer.

Legemidler, priser og patenter. Prisen på ett års behandling av AIDS har falt fra ti tusen dollar til tre hundre per år i noen land, takket være større innkjøp ad gangen, tydeligere konkurranse og kvalitetssikring av generiske produkter, dvs legemidler hvor patentbeskyttelsen har gått ut. Temafeltet er et spenningsfelt mellom stimulering til innovasjon, gjennom patentbeskyttelse, og liv og død i fattige land. Det gjelder ikke bare AIDS, men også i høy grad tuberkulose og en lang rekke sykdommer som kan behandles også i fattige land dersom prisen ikke er uoverkommelig.

Sosiale determinanter og helse. I Norge har vi snakket og skrevet mye om sosial ulikhet og helse de siste årene; overraskende ble det påvist at velferdsstatene i nord i større grad enn andre land, så en økning i forskjeller, målt i dødelighet og sykkelighet. Det er nå et større globalt engasjement for å klarere kunne beskrive de sosiale faktorer som skaper

uhelse. Vi begynte med fysiske forhold, jord, luft, ild og vann. Nå retter interessen seg mer mot individets tilhørighet i fellesskapet, følelsen av å bli sett, nettverk for omsorg, muligheten for å treffe gode valg. Det er et paradoks og en utfordring at å bedre dette forutsetter en samfunnsutvikling som er stikk i strid med utviklingen av det globale markedet, konkurranse og den sterkeste rett.

Jeg har nevnt tre store og kompliserte temafelt. Men den internasjonale agenda inneholder mange punkter, fra normer og klassifikasjoner, informasjonssystemer og ernæring (regulering av sukkerholdig og annen kaloririk mat til barn), utryddelse av poliomyelitt og pasientsikkerhet. Temaet som har betydning for oss, og som vi ønsker å påvirke. Vi er ubeskjedne i vår overbevisning om at verdier vi bringer til torvs; likeverd, innsyn og toleranse, skal gjennomsyre det internasjonale arbeidet.

Jeg har nevnt statsminister, utenriksminister og direktør. Ikke uten betydning, men helt hjelpeløse hvis ikke deres merkesaker, de sakene som de setter lyset på, hvis ikke disse sakene engasjerer bredt. Det gjør de, men det er rom for forbedringer. Budskapet om at vi nå i større grad må se utover landegrensene går også til deltakere i den norske primærhelsetjenesten. Kallet går også til dere, og det vil være en glede å se personer med bakgrunn i norsk primærmedisin som i økene finner å kunne engasjere seg, konkret og praktisk, i global helse.

