

Global helse i norsk forvaltning

Michael 2011;8:200–209.

Aktørene i norsk forvaltning som er engasjert i global helse, beskriver og utøver sitt engasjement på ulike måter, basert på hvilke samfunnsoppdrag de har. Særlig viktig er innsats der Norge kan gjøre en forskjell ved å bidra globalt med ressurser i form av pengestøtte eller fagekspertise, og ivaretagelse av norske interesser som sikkerhet, handel og fred, som kan kobles mot helse.

Norge kan i økende grad bidra globalt med erfaringer og kompetanse innenfor helsefag og helsepolitikk. Det er også et potensial for å ta i bruk virkemidler i norsk helsearbeid, som har hatt dokumentert effekt i andre lands helsesystemer.

Det er i hovedsak to utfordringer som må løses for at Norge skal bli enda bedre på den globale helsearenaen. Den ene er å ytterligere styrke samarbeidet mellom de nasjonale aktørene. Den andre hovedutfordringen er finansiering. Det er til tider krevende at ikke helseforvaltningen har mer innsikt og innflytelse på finansieringen av ulike organisasjoner, initiativ, fond og programmer som får støtte til sitt arbeid med helse. En mer åpen dialog mellom utenriks-, bistands- og helseforvaltningen om støtte til ulike globale og regionale initiativ kunne bidra til en mer helhetlig og gjennomtenkt finansiering til global helse.

Uttrykket global helse har ingen presis definisjon og brukes ofte synonymt med internasjonal helse. Søker du på «global helse» i Store Norske Leksikon finner du en definisjon utarbeidet av blant andre Helsedirektoratets nestor innen det globale helsearbeidet, Harald Siem:

«Med internasjonal helse forstås internasjonal samfunnsmedisin, det engelsk/amerikanske begrepet international eller global public health. Samfunnsmedisin er et fagområde som tilrettelegger samfunnsforholdene, basert på medisinsk og samfunnsvitenskapelig grunnlag, slik at befolkningen kan være ved god helse. Etterprøving av helsetiltak (evidence based medicine), kunnskap om hva som påvirker folkehelsen (determinanter) og måling av

utbredelse av sykdom og faktorer som påvirker sykdom (epidemiologi) er viktige elementer. I den senere tid er også de politiske rammefaktorer trukket inn i bildet (the new public health)».

«Internasjonal helse, eller internasjonal samfunnsmedisin, berører de oppgavene som krever mellomstatlige løsninger, og som i noen tilfeller angår oss alle. Felles klassifikasjoner av sykdommer muliggjør forskning og sammenligninger, felles rapporteringsregler gir oversikt; utryddelsen av poliomyelitt vil få betydning for etterslekten i alle land, osv.» (1).

Wikipedia definerer global helse noe mer eksplisitt; «*global health is the health of populations in a global context and transcends the perspective and concerns of individual nations. Health problems that transcend national borders or have a global political and economic impact, are often emphasized. It can be defined as the area of study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Thus global health is about worldwide improvement of health, reduction of disparities and protection against global threats that disregard national borders.*»(2).

I Store Norske Leksikon defineres internasjonal; «som angår flere nasjoner eller stater; mellomfolkelig». Ordet stammer fra inter- og nasjon. Samme kilde definerer global; «som angår hele jordkloden, verdensomspennende». Ordet stammer fra globus.

Videre i denne artikkelen brukes begrepet global helse fordi det tydeligere enn internasjonal helse kan sies å ivareta den gjensidige grenseoverskridende påvirkningen og vektleggingen av utjevning.

At global helse er et prioritert område for norsk helseforvaltning forstår vi ved å lese høringsnotatet til Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) som forelå på nettet høsten 2010 (3). I høringsdokumentet står det: «Helse og helseberedskap er i økende grad et internasjonalt anliggende. En bruker stadig oftere uttrykket global helse, for å understreke at vi er på samme klode – det har betydning for oss det som skjer i andre land. Dette er tydelig med tanke på migrasjon av helsepersonell, helsesikkerhet, handel med matvarer og spredning av smittsomme sykdommer. Samtidig utgjør ikke-smittsomme sykdommer en stadig større andel av verdens sykdomsbyrde. Den demografiske utviklingen, med en aldrende befolkning, innebærer utfordringer for mange lands helsesystemer og medfører økt behov for kvalifisert helsepersonell.

Norges globale innsats på helseområdet er omfattende og sammensatt. Regjeringens politikk er at alle mennesker, nasjonalt og globalt, skal ha lik rett til helsetjenester.

Regjeringens politikk om utviklingspolitiske interesser og de globale helseutfordringene dekkes bl.a. av Stortingsmelding nr. 13 (2008-2009) og Stortingsmelding nr. 15 (2008-2009).

Flere store helseutfordringer krever mellomstatlige løsninger, for eksempel:

- arbeidet for å redusere smittespredning og epidemier
- reguleringer av markedsføring og distribusjon av helseskadelige produkter
- regelverk og standarder for mat- og drikkevarer
- reguleringer av legemiddelproduksjon og distribusjon
- rekruttering av helsepersonell over landegrensar
- migranternes helse og rett til helsetjenester
- støtte til kunnskapsutvikling og forskning

I det internasjonale helsesamarbeidet skal Norge bidra til å utvikle vel fungerende og helhetlige helsesystemer, ivareta helsehensyn i handel med produkter og tjenester, verne den norske befolkningen fra negative kommersielle interesser og kriminell virksomhet (eksempelvis narkotikarelatert virksomhet), samt styrke Verdens helseorganisasjons rolle som hovedorgan for normutvikling og overvåkning av den globale helsesituasjonen.

Det internasjonale helsesamarbeidet utøves hovedsakelig gjennom deltagelse i Verdens helseorganisasjon, OECD, EU/EØS, Nordisk Ministerråd, EUs Nordlige dimensjon og Barents helse- og sosialprogram, Global Alliance for Vaccines and Immunisation, GAVI, samt det Globale Fond. I tillegg kommer Statsministerens initiativ med tanke på Tusenårs mål 4 og 5, og Utenriksministerens engasjement i Utenrikspolitikken og global helse.

Samarbeidet med WHO er politisk viktig og av stor betydning i et utviklingsperspektiv. Koblingene mellom helse og en interessebasert norsk utenrikspolitikk gjelder både norske egeninteresser og de interesser vi deler med andre land. Norge har forpliktet seg til to konvensjoner på helseområdet: Tobakkskonvensjonen og det internasjonale helsereglementet IHR (2005).

WHO utfordres av et økende antall store aktører i global helse. Norge mener det er viktig å bevare WHO's rolle som uavhengig normsetter og helserådgiver for alle verdens land.

Norge er ett av 34 medlemmer i WHO's globale styre i perioden 2010-2013. Dette gir mulighet for å påvirke og det er utarbeidet en norsk WHO-strategi. Målet med strategien er todelt. For det første fastsetter den overordnede mål og prioriteringer for det norske WHO-arbeidet. For det andre bidrar den til at Norge fremstår på en helhetlig måte i WHO og i globale helsespørsmål generelt.

Norge vil i styreperioden i WHO spesielt arbeide for å:

- bedre WHO's budsjett og styring
- fremme global helseforskning som grunnlag for kunnskapsbasert politikk
- styrke helsesystemer, herunder tilgang på helsepersonell
- styrke arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer
- styrke WHO's arbeid med smittsomme sykdommer og helsesikkerhet

WHO anslår at det globalt mangler mer enn fire millioner helsearbeidere. På Verdens helseforsamling i 2010 ble det vedtatt en global kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Norge skal implementere denne koden i planperioden. Regjeringen har i Stortingsproposisjon nummer 1 (2006-2007) forpliktet seg til å føre en politikk som motarbeider strømmen av kvalifiserte helsearbeidere fra fattige land.

Ikke-smittsomme sykdommer er et økende problem også i utviklingsland og bidrar her til en dobbel sykdomsbyrde. Norge var det første landet som undertegnet WHO's tobakkskonvensjon. Norge oppfyller ikke alle forpliktelsene, men ny tobakksstrategi for perioden 2011–2015 vil bidra i riktig retning.

Livsstil påvirkes av reklame. På Verdens helseforsamling i 2010 ble det vedtatt et sett med retningslinjer for å begrense markedsføring av usunn mat og ikke-alkoholholdige drikker mot barn. Norge vil i perioden utnytte disse retningslinjene i nasjonal politikktutforming.»

Mange av helseutfordringene beskrevet i utkastet til Nasjonal helse- og omsorgsplan beskriver forhold som krever globale fremfor nasjonale løsninger. Disse løsningene bidrar Norge til å finne, blant annet gjennom arbeidet i Verdens helseorganisasjon.

Global helse, utenrikspolitikk og bistand

Arbeid med global helse i norsk forvaltning krever samspill mellom flere aktører langs flere akser. Aktørene er i hovedsak Statsministerens kontor, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten, Statens legemiddelverk, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Utenriksdepartementet og Direktoratet for utviklingssamarbeid, Norad. De viktigste aksene er fag og politikk. Helse, utenrikspolitikk og bistand er i seg selv krevende disipliner. Global helse krever samarbeid mellom dem alle. Enkelt beskrevet skal en gruppe i helseforvaltningen jobbe globalt fra et helsefaglig og helsepolitisk ståsted. Samtidig skal en gruppe i utenriks- og bistandsforvaltningen jobbe med helse fra et utenrikspolitisk og bistandsfaglig ståsted.

Tabell 1

FNs helserelaterte Tusenårsmål
Mål 4: Redusere barnedødeligheten for barn under fem år med to tredeler.
Mål 5: Redusere svangerskapsrelatert dødelighet blant gravide og fødende kvinner med tre firedeler samt sikre universell tilgang til reproduktiv helse.
Mål 6: Stoppe og begynne å reversere spredning av hiv/aids, malaria og andre dødelige sykdommer, samt sikre alle som trenger det tilgang til behandling av hiv/aids.

Disse gruppene har i utgangspunktet ulike mål og agendaer; politisk og faglig. Det skal de også ha for å levere sine samfunnsoppdrag. Utfordringen er så langt det er mulig å skape felles målbilder og samarbeide mest mulig sømløst for å oppnå målene for det norske globale helsearbeidet. Fra utsiden oppfattes vi som norske, enten det er som donorer til globale fond eller til enkelte utviklingsland eller som helsefaglig ekspertise i internasjonale arbeidsgrupper og fora. Det er et solid varemerke vi skal beskytte og videreutvikle. Det er viktig både helsefaglig og utenrikspolitisk.

Perioden som startet med den globale enigheten om FNs tusenårsmål ved tusenårsskiftet og slutter i 2015 som er målstreken for disse målene, er en spennende tid for global helse – også fra et norsk ståsted. Vi har en statsminister som er svært sentral og globalt eksponert i arbeidet med å nå tusenårsmålene og bedre forholdene for mødre og barn i verden. Samtidig har vi en utenriksminister som vel kan sies å ha en større helsefaglig og helsepolitisk forståelse enn vanlig er for en utenriksminister. Denne forståelsen er opparbeidet fra hans periode som stabssjef i WHO under generaldirektør Gro Harlem Brundtland på 1990-tallet og hans periode som leder i Norges Røde kors. Sammen med helseministeren utgjør disse tre et svært godt fundament for globalt helsearbeid i norsk forvaltning.

Under overskriften «satsingsområder» på hjemmesiden til Statsministerens kontor finner vi to temaer; klima og FNs tusenårsmål. Tre av disse tusenårsmålene er direkte helserelaterte (Tab 1). Stoltenbergs andre regjering har tatt et spesielt ansvar for at tusenårsmål nummer fire og fem skal nås, å redusere barne- og mødredødeligheten innen 2015.

Statsminister Jens Stoltenberg understreket i sitt innlegg på FNs toppmøte i september 2010 at utviklingslandene selv har hovedansvaret for å nå tusenårsmålene. De rike landenes rolle er å støtte opp under utviklingslandenes egne planer for å bekjempe fattigdom.

Helse- og omsorgsdepartementet beskriver formålet med internasjonal helsesamarbeid på sin hjemmeside som følger: «å bidra til å løse helseutfor-

dringer som ikke stopper ved grensene, å utvikle kunnskap, utvikle ordninger for å kunne drive effektiv forebygging og sykdomsbekjempelse nasjonalt og å bidra til bedring av helsesituasjonen i Norges nærområder og i andre deler av verden.

Engasjementet innenfor Verdens helseorganisasjon (WHO) har fått økt betydning. Fra norsk side har det særlig vært lagt vekt på oppfølging og implementering av rammekonvensjonen for tobakkskontroll, den globale strategien for kosthold, fysisk aktivitet og helse, den europeiske handlingsplanen for barns miljø og helse samt arbeidet med alkohol og folkehelse. WHO er både i Europa og globalt ledende i arbeidet med å møte en mulig influensapandemi som følge av den pågående spredningen av fugleinfluenza. Norge arbeider nå med å gjennomføre det nye internasjonale helsereglementet. Dette gir retningslinjer for WHO og enkeltlands håndtering av utbrudd av smittsomme sykdommer og forplikter landene til sterkere grad av samarbeid om rapportering og kontroll av smittsomme sykdommer,

Videre er Norge pådriver i helsesamarbeidet i nærområdene gjennom Barents helse- og sosialprogram og Partnerskapet for helse og livskvalitet innenfor rammen av Den nordlige dimensjon (et partnerskap mellom Russland, EU, Norge og Island). Norge er også engasjert i en rekke bilaterale samarbeidsordninger på helsesektoren, med Kina, Frankrike og Russland som sentrale samarbeidsland. I tillegg til dette legges det betydelig vekt på samarbeidet gjennom internasjonale organisasjoner som Nordisk Ministerråd, Europarådet og OECD.

Norge gir betydelige bidrag til WHO både i form av frivillige bidrag og kontingent. Bidragene er i stor grad bistandsmidler som bevilges over Utenriksdepartementets budsjett. Tiltak under Barentssamarbeidet og Partnerskapet for helse og livskvalitet innen rammen av Den nordlige dimensjon skjer med prosjektmidler bevilget over Utenriksdepartementets budsjett.» (4).

Under overskriften «Global helse – noen utfordringer» på Helsedirektoratets hjemmeside finner vi; Helsedirektoratet, ved avdeling for global helse, har i noen tid vært opptatt av utvikling og helse, og særlig sett på hvordan de 25 milliarder dollar som brukes på dette feltet, kan nyttes på en bedre måte for de aller fattigste.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en rapport om den globale helsearena (5) og Just Balstad Haffeld, Harald Siem & John-Arne Røttingen har publisert en artikkel basert på rapporten (6).

Rapporten og artikkelen beskriver manglende samordning, giveres manglende respekt for mottakers prioriteringer og mottakers mangel på åpenhet

og innsyn. Spørsmålet om det trengs over-nasjonale forpliktende retningslinjer drøftes, og som et alternativ er en rammekonvensjon tatt fram.

Helsedirektoratet har engasjert Asbjørn Eide for å vurdere helse i fattige land i et rettighetsperspektiv, og særlig da med hensyn til mulige forpliktelser for rike land. Hans rapport ferdigstilles våren 2011.

I «Strategisk plan for Helsedirektoratet 2011-2014» heter det: Helsedirektoratet har som mål å påvirke den globale helsen i riktig retning. Vi har i denne perioden en sentral posisjon i WHO, og vi skal styrke vårt internasjonale engasjement og samarbeid for å ha innflytelse på viktige områder.

Det er også nødvendig å ta hensyn til globale dimensjoner og migrasjon i direktoratets arbeid. Begge dimensjonene har fått økt betydning (7).

Søker man på «global helse» på Utenriksdepartementets hjemmeside får man 443 treff. Antall treff underbygger at Utenriksdepartementet er tungt engasjert i global helse. Tre av treffene bidrar til å illustrere hvordan og hvorfor global helse er relevant Utenriksdepartementet;

«Arbeidet med en stortingsmelding om global helse

Hovedformålet med stortingsmeldingen er å forankre norsk innsats på global helse og rapportere om dette arbeidsområdet, sa utenriksminister Støre bl.a.da han innledet på møtet med representanter for det sivile samfunn 18. oktober 2010.

Nytt forskningssamarbeid på utenrikspolitikk og helse

For å oppnå bedre helse for alle, må kampen stå i andre fora enn tradisjonelle helsefora. Helseperspektivet må inn på den utenrikspolitiske agendaen, sa utenriksminister Støre blant annet da han lanserte det nye forskningssamarbeidet i begynnelsen av desember 2010.

Utenrikspolitikk og global helse

Helse er den beste inngangen til å forklare globalisering, sa utenriksminister Støre under sin innledning om temaet utenrikspolitikk og global helse på Helsedirektoratets fredagsseminar 12. september 2008.

Gjennom Utenriksdepartementet er Norge den største bidragsyteren, målt i dollar per innbygger, til det Globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria. Norge støtter fondet med 450 millioner norske kroner årlig i treårsperioden 2011-13. Over Utenriksdepartementets budsjett går også millionbeløp til det globale vaksinefondet GAVI, der Norge inneværende periode har styreleder vervet. Verdens helseorganisasjon får også store beløp fra Norge gjennom Utenriksdepartementet; både faste bidrag i form av medlemskontingent samt frivillige, øremerkede bidrag.

Direktoratet for utviklingssamarbeid, Norad som er underlagt Utenriksdepartementet beskriver helse slik på sin hjemmeside (8):

«God helse er en menneskerett og en av de viktigste forutsetninger for et meningsfullt og aktivt liv. En bedring av helsen blant de fattige er også en forutsetning for fattigdomsbekjempelse, en bærekraftig utvikling og for økt verdiskapning. Det bidrar til redusert fattigdom gjennom bedre lærings-evne i barneårene, større arbeidsdyktighet og reduserte sykdomsrelaterede utgifter.

God helse handler ikke bare om gener eller hva man spiser og gjør av fysisk aktivitet, selv om disse faktorene spiller en viktig rolle. God helse handler også om en kompleks påvirkning mellom individet og omstendighetene rundt det. Dårlig helsestatus får konsekvenser for både for individet og samfunnet.

Helsesystemene i mange utviklingsland preges av mangelfull finansiering, mangel på helsepersonell, og svake sammenhenger mellom ulike deler av systemet. En viktig utfordring er statens kapasitet og evne til å styre helse-systemet. Mer enn 10 millioner barn under 5 år dør hvert år. De fleste dør av sykdommer som kan forebygges eller med enkle midler behandles.

Den globale kampanjen for helsetusenårsårene skal sørge for fleksibel støtte som tillater nasjonale og lokale forvaltere å angripe flaskehalsen som hindrer oppnåelsen av resultater. Kampanjen ble lansert av statsminister Jens Stoltenberg i tilknytning til FNs generalforsamling i september 2007.

Helsepersonellkrisen, som særlig rammer utviklingsland, er den mest betydningsfulle flaskehalsen for å nå FNs tusenårsårene. Afrika sør for Sahara har en fjerdedel av helsebyrdene i verden, men bare tre prosent av verdens helsearbeidere. Totalt mangler verden 4,3 millioner helsearbeidere.»

De siste årene har helseforvaltningen økt sitt globale engasjement og er både politisk og faglig mer aktive enn for bare ti år siden. For å understøtte dette engasjementet har både Helse- og omsorgsdepartementet bygget opp sine internasjonale avdelinger. Dette kan underbygge at globalisering foregår i alle sektorer og områder av samfunnet, også helse.

Parallelt har Utenriksdepartementet og Direktoratet for utviklingssamarbeid, Norad styrket sin helsekompetanse. Dette økte samlede engasjementet kan legge grunnlaget for et hele som er større enn summen av de enkelte delene. Dette fordrer imidlertid samhandling og god dialog.

Utfordringene i det norske arbeidet med global helse

Statsministerens kontor, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Utenriksdepartementet og Direktoratet for utviklingssamarbeid, Norad er alle engasjert i global helse. Disse sentrale aktørene i norsk forvaltning beskriver og utøver sitt engasjement innen global helse på ulike måter,

basert på hvilke samfunnsoppdrag de har. Samlet sett er det likevel mulig å trekke frem to forhold som er viktig;

- innsats der Norge kan gjøre en forskjell ved å bidra globalt med ressurser i form av pengestøtte eller fagekspertise.
- ivaretagelse av norske interesser som sikkerhet, handel og fred, som kan kobles mot helse.

Norge kan i enda større grad enn i dag bidra globalt med erfaringer og kompetanse innenfor helsefag og helsepolitikk. Det er også et potensial for å ta i bruk virkemidler i norsk helsearbeid, som har hatt dokumentert effekt i andre lands helsesystemer.

Norsk forvaltnings videre engasjement i global helse forutsetter fortsatt politisk vilje til å tenke og handle globalt. Med endringer i regjeringen kan denne politiske viljen reduseres og fundamentet for norsk forvaltnings globale helsearbeid svekkes. Fagkompetansen som er opparbeidet innen global helse i norsk forvaltning de senere årene vil kunne videreutvikles og benyttes, men påvirkningskraften og handlingsrommet vil bli svekket om den politiske viljen til å bidra til global helse reduseres.

Forutsatt videre politisk vilje er det i hovedsak to utfordringer som må løses for at Norge skal bli enda bedre på den globale helsearenaen og ytterligere bidra til bedre helsen globalt. Den ene er å ytterligere styrke samarbeidet og dialogen mellom de nasjonale aktørene. Et mulig virkemiddel for styrket dialog og samarbeid er å styrke arbeidet med å definere felles mål – på tvers av institusjonsgrenser. Kan Statsministerens kontor, som en overbyggende aktør på tvers av linjefagdepartementene, tenkes å være katalysatoren i dette krevende målformuleringsarbeidet? Sannsynligvis må det mer til enn en Helse- og omsorgsplan som beskriver global helse og en Stortingsmelding fra Utenriksdepartementet som omhandler global helse.

Den andre hovedutfordringen er finansiering. Det er til tider krevende at ikke helseforvaltningen har mer innsikt og innflytelse på finansieringen av ulike organisasjoner, initiativ, fond og programmer som får støtte til sitt arbeid med helse. En mer åpen dialog mellom utenriks-, bistands- og helseforvaltningen om støtte til ulike globale og regionale initiativ kunne bidra til en mer helhetlig og gjennomtenkt finansiering til global helse – og et enda større norsk bidrag til å bedre helsen til verdens befolkning.

Litteratur

1. www.snl.no
2. www.wikipedia.com
3. www.fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no
4. www.hod.no
5. Balstad J, Røttingen JA. *Examining the Global Health Arena: Strengths and Weaknesses of a Convention Approach to Global Health Challenges*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 12/2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
6. Haffeld JB, Siem H, Røttingen JA. Examining the Global Health Arena: Strengths and Weaknesses of a Convention Approach to Global Health Challenges. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2010; 38: 614-28.
7. www.helsedirektoratet.no
8. www.norad.no

Arne-Petter Sanne
Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo
ars@helsedir.no
arne.petter.sanne@gmail.com