



Michael Quarterly

Publication Series of The Norwegian Medical Society



Fra utpost til utland

Magne Nylenna
(red.)

2/11



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Fra utpost til utland

Michael 2011;8:151–153.

«Norge er et land i verden», sa tidligere statsminister Lars Korvald (1916–2006). Vi kan tilføye at Norge er et lite land i verden. Det er kanskje derfor utferdstrangen alltid har vært stor. Vikingene dro ut, og kom hjem med ulike motiver og varierende hell. Fra 1825 til 1929 utvandret mer enn 800 000 nordmenn, og kom til å sette sitt preg på deler av USA. Norske oppdagelsesreisende og polfarere har utført historiske bragder.

Som regel har reisen begynt ved havkanten. Ikke sjelden har Nord-Vestlandet vært utgangspunktet for utfarten. Slik er det også i vår tid. Både fiskere på vei til Seattle og fotballspillere på vei til Manchester har tatt ut fra Romsdalskysten og vendt tilbake til hjemlandet der de har benyttet sin internasjonale erfaring med suksess.

Også for internasjonalt helsearbeid kan praksis i denne delen av landet være en god begynnelse. Slik sett er Harald Siem et typisk eksempel. Som distriktslege på Aukra utenfor Molde la han grunnlaget for en omfattende internasjonal karriere før han vendte tilbake til sentrale posisjoner i norsk helsetjeneste igjen. Når han fyller 70 år, er det god grunn til å se på sammenhengen mellom norsk samfunnsmedisin og globale helseutfordringer.

Utposten, blad for allmenn- og samfunnsmedisin, har gjennom 40 år vært med på å prege norsk primærhelsetjeneste. Hverdagslige erfaringer og lokale initiativ, som noen lett oppfatter som banale, kan sette nasjonale spor når de deles med andre (1). Norsk samfunnsmedisin har i stor grad blitt formet av distriktsleger og kommuneleger rundt i landet (2).

En fellesnevner for alt medisinsk arbeid, klinisk og administrativt, lokalt og internasjonalt, er behovet for gode beslutningsprosesser. På dette feltet er det fortsatt potensial både for mer teoretisk skolering og for praktiske forbedringer (3,4).

På samme måte som gode lokalsamfunn i økende grad har utvidet helsebegrepet til å omfatte miljø og trivsel, har internasjonal politikk utviklet folkehelsearbeid i nye former. Både i norsk utenriks- og bistandspolitikk finnes det i dag helsepolitiske ambisjoner. Koblingen mellom helse og en interessebasert norsk utenrikspolitikk omfatter både norske egeninteresser og de interesser vi deler med andre land. Mange norske forvaltningsorganer er på ulike måter engasjert i global helse (5).

Internasjonalt helsearbeid begynte på 1800-tallet med kampen mot infeksjonssykdommer, særlig kolera, på tvers av landegrensene. Etter første verdenskrig ble samarbeidet organisert i League of Nations Health Organisation (6). Etter andre verdenskrig ble Verdens helseorganisasjon (WHO) etablert med betydelig norsk innflytelse. Fra Karl Evang til Gro Harlem Brundtland har mange nordmenn etterlatt seg dype spor i Geneve (7).

Senere har global helse nærmest blitt en medisinsk spesialitet med egne metoder og egne nettverk (8). En av de mange utfordringene er knyttet til migrasjon. Over 200 millioner mennesker feiret sin siste fødselsdag utenfor sitt eget fødeland (9).

Vi behøver ikke å reise langt fra Norges grenser for å finne internasjonale helseoppgaver. Etter Sovjetunionens fall er det blant annet behov og muligheter for norsk innsats i de baltiske land (10-12). Oppnåelse av politiske mål kan være en viktig del av agendaen ved internasjonale helseprosjekter. Et eksempel er *Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region 2000-2004* (12). Her ble det satt i gang en rekke prosjekter der målet både var å stimulere egenaktivitet og å etablere varige kontakter.

Studentutplassering i Latvia var et prosjekt fra Universitetet i Oslo. Medisinstudenter hadde i en årrekke lærerike uker i et fremmed helselandskap (13). Også dette skapte varige kontakter, for eksempel ved at man i 2010 holdt et symposium i Oslo der ulikheter i legemiddelbruk ble drøftet i lys av samfunnsutviklingen (11).

Mens organiseringen og nettverksbyggingen i slike prosjekter krever politisk kompetanse, minner det praktiske arbeidet mye om distriktslege-tjeneste i Utkant-Norge for en generasjon siden.

En enkelt person kan utrette mye på riktig sted til rett tid. Harald Siem har utrettet mye i sitt internasjonale arbeid. Som andre som har vendt hjem etter produktive år i utlandet, har han dessuten brukt sin kompetanse og erfaring på å bygge et nasjonalt kompetansemiljø i global helse (14).

Slik er ringen sluttet, fra utpost til utland – og tilbake igjen.

Litteratur

1. Wium P. Utpostens betydning for norsk samfunnsmedisin. *Michael* 2011:8:154–68.
2. Smith A. Samfunnsmedisin på norsk. *Michael* 2011:8:169–78.
3. Bjørndal B. Langt fram til velinformerte beslutninger i norsk helsetjeneste. *Michael* 2011:8:179–88.
4. Guldvog B. Presten Thomas Bayes og medisinske beslutninger. *Michael* 2011:8:189–99.
5. Sanne AP. Globalt perspektiv i norsk forvaltning. *Michael* 2011:8:200–09.
6. Borowy I. International health work: the beginnings. *Michael* 2011:8:210–21.
7. Larsen H. Nordmenn i WHO. *Michael* 2011:8:222–7.
8. Lawrence OG, Emily A Mok, EA. Friedman. Towards a radical transformation in global governance for health. *Michael* 2011:8:228–39.
9. Kumar BN. Health and migration. *Michael* 2011:8:240–50.
10. Sandberg KI. Health and politics. *Michael* 2011:8:251–7.
11. Salaks J. The marketing of medications in the post-Soviet Latvia . *Michael* 2011:8:258–69.
12. Siem H. Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region. *Michael* 2011:8:270–94.
13. Larsen Ø, Kilkuts G. Health in Latvia 1991–2004: Years of conflicting values. *Michael* 2005;2: Suppl 1.
14. Larsen BI. Å styrke norsk kompetanse i global helse – en kasuistikk. *Michael* 2011:8:295–9.

Magne Nylenna

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St Olavs plass

0130 Oslo

magne.nylenna@kunnskapssenteret.no

Øivind Larsen

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no

Utpostens betydning for norsk samfunnsmedisin

Michael 2011;8:154–168.

Dette er historien om hvordan et medisinsk amatørblad ble en viktig samfunnsmedisinsk pådriver i norsk helsetjeneste. Utposten ble skapt på kjøkkenbenken i distriktslegeboligene på Aukra og Midsund i 1972. I løpet av 40 år har mer enn 40 aktive primærleger redigert bladet og skrevet sitt fag med entusiasme og godt humør. Dette har ført til at hovedinnholdet har variert fra samfunnsmedisin til allmennmedisin. Noen har hatt klart kvinnefokus, mens andre har drevet helsepolitikk. Hele tiden har det vært spennende å møte nye dyktige kolleger i redaktørstolen ved lederskiftet hvert femte år.

Samfunnsmedisin er legers arbeid med grupper av befolkningen (1). Dette ble klart for oss som var unge leger på 1970-tallet, og valgte å arbeide i utkantstrøk i Norge. *Utposten* startet etter at distriktslegen på Aukra, Harald Siem, hadde gjennomført Bygdøy-kurset (Helsedirektoratets kurs i offentlig helsearbeid) i 1971, og kom hjem for å tenne nabodistriktslegene Tore Rud på Sandøy og Per Wium på Midsund. Hensikten var å åpne kontakten mellom distriktslegene. Vi var stolte av vårt arbeid og ville vise sentrale helsemyndigheter og sykehuskolleger at vi satt inne med kunnskap som var av stor viktighet for å drive helsetjeneste i Norge. I 1972 startet vi skrivemaskinen med kulehode og rettetast, og klippet og limte opp bladet. Tre prinsipper var viktige: Ingen sak skulle være for liten til å komme i *Utposten*, bladet skulle være uavhengig av reklame med abonnementspris på 50 kroner, og redaktørene skulle ikke sitte mer enn fem år.

Når historien om distriktslegene skrives, er *Utposten* blitt et viktig kapittel der tre poeng kan trekkes fram: Redaksjonens påvirkning på helsepolitikken, dens innvirkning på praktiseringen av faget og hvordan de hadde innflytelse på fagets verdier og normer (2). I ettertid er det imponerende å

Nr. 5
JUNI

OPPLAG 1500

Årgang 2
1973

UTPOSTEN[®]

ALMINDELIG BLAD FOR PRIMÆRLEGER



Forberedelse til debatten på Legeforeningens landsmøte

se hvordan vi allerede første året fikk andre distriktsleger, sykehusleger og enda til helsedirektør Karl Evang på banen.

En av kongstankene var å skifte redaksjon hvert femte år, og medlemmene av de ulike redaksjoner er vist i tabell 1.

1972–1982

Utposten anbefalte alle distriktsleger å gjennomføre kurs for offentlig helsearbeid på Bygdø. Redaktørene hadde der fått innsikt i hvordan sentrale helsemyndigheter arbeidet. Vi begynte derfor med å oppdra Helsedirektoratet. Et poeng var at telefonkontakt med direktoratet var vanskelig: «I et år har jeg samarbeidet med helsedirektoratet. Dette året har helsedirektoratet ikke samarbeidet med meg» skrev jeg i et av de første numrene i 1972 (3). Vi følte at helsedirektør Karl Evang likte og leste *Utposten*, og i novembernummeret første året skrev han om forebyggende helsearbeid.

En liten historie må nevnes. Alle leger og veterinærer kunne ta ut en viss mengde 96 % sprit til «kontorbruk». I direktoratet satt det en lavt betalt sekretær og hadde utsending av spritkort til alle leger som sin oppgave. Vi syntes ordningen var ille, og avslørte at legene brukte spriten til å lage billig brennevin til seg selv. De drev aldeles ikke med gramfarging av bakterier lenger, der man måtte ha ren sprit. Etter kort tid ble det slutt på den billige spriten, og vi ble veldig upopulære, bortsett fra hos sekretæren i Helsedirektoratet.

Det nye bladet skjøt i alle retninger. Sykehusene fikk sitt pass påskrevet når det gjaldt epikriser og dårlig informasjon til pasienter ved utskriving.

Utposten hadde tidlig sitt blikk rettet utover landets grenser. Det var informasjon fra University of Wisconsin og fra Harvard School of Public Health. Ivan Illich (1926-2002), den samfunnskritiske professor som skrev «Medisinsk nemesis» ble også behørig omtalt. Vi beskrev også forholdene under Vietnam-krigen der distriktslegen i Tana arbeidet med flyktninger for Røde Kors.

Kampen mot professorveldet ble stimulert da professor dr. med. Willy Mathisen på Rikshospitalet i bladet *Alle Kvinner* hevdet at alle barn med enurese skulle henvises til urolog. Vi påpekte at muligens hadde psykologiske mekanismer en plass i behandlingen. Den sinte professor skulle ha seg frabedt slikt uvederheftig referatarbeid fra amatører, og han slo tilbake med sin ekspertise. Det hele ble avsluttet med et foredrag av den engelske pediater Sylvia Dishe som på en balansert måte ga god informasjon til primærhelsetjenesten (4).

Legenøden nordpå var stor, flere distrikter stod uten lege, og statsminister Odvar Nordli (f. 1927) satte i gang regulering av legestillinger. *Utposten*

Tabell 1

Utpostens redaktører

1972–1977	Tore Rud, Sandøy; Harald Siem, Aukra; Per Wium, Midsund.
1978–1982	Martin Holte og Aage Bjertnæs, Risvollan legesenter i Trondheim
1983–1987	Jon Hilmar Iversen, Eide på Nordmøre, Frode Heian, Tingvoll, Ola Lilleholt, Rindal, Magne Nylenna, Smøla; Øystein Pedersen, Molde.
1988–1992	Eli Berg, Roverud; Mette Brekke, Vinstra; Marit Hafting, Voss; Kirsti Malterud IAM Universitetet i Bergen; Berit Olsen, Fylkeslegen i Finnmark; Jannecke Thesen, Lærdal.
1993–1997	Geir Sverre Braut, Stavanger; Sonja Fossum, Oslo; Betty Pettersen, Gravdal; Eystein Straume, Øksfjord; Eivind Vestbø, Judaberg; Helge Worren, Oslo; Petter Øgar, Hornindal.
1998–2002	Torgeir Gilje Lid, Stavanger; Jannike Reymert, Namsos; Elisabeth Swendsen, Flatdal; Gunnar Strøno, Rjukan; Frode Forland, Oslo; Erik Jesman Pedersen, Stavanger; Tone Skjerven, Vikersund.
2003–2007	Jannike Reymert, Namsos; Helene Brandstorp, Tana; Tor Andre Johannessen, Trondheim; Ola Nordviste, Oslo; Ivar Skeie, Gjøvik; Anders Svensson, Straumsjøen; Ingvild Menes Sørensen, Vuku. Gunhild Felde, Bergen; Petter Brelín, Halden.
2008–2012	Jesper Blinkenberg, Askøy; Ole Andreas Hovda, Sandaker Oslo; Ann-Kristin Stokke, Oslo legevakt; Esperanza Diaz, Kokstad Bergen; Karin Frydenberg, Skreia; Tom Sundar, Lørenskog.

hadde mange beskrivelser av forholdene, og mange forslag til løsninger. Per Fugelli spurte hvorfor disse uverdige forholdene hadde oppstått. Han mente at sentrale myndigheter og Legeforeningen handlet som om det var det nordnorske værlaget som hadde skylden (5). Redaksjonen foreslo å opprette 150 nye legestillinger årlig i distriktshelsetjenesten, og pekte igjen på konkurransen fra sykehusene.

UTPOSTEN

ALMINNELIG BLAD FOR DISTRIKTSHELSETJENESTEN

NUMMER 1

JANUAR 1977

ÅRGANG 8



AV INNHOLDET:

KLAUS RAMBØL:	Primærhelsetjenesten	s. 3
HENRIK SEYFFARTH:	Er det nok å frisere på det gamle?	s. 4
BJØRN MARTIN AASEN:	Åpent brev til sosialministeren ...	s. 6
ASBJØRN HAUGSBØ:	Primærhelsetjenesten i Troms fylke. (Utdrag av foredrag)	s. 7
	Stortingets spørretime 03.11.76 .	s.10
H. SIEM:	Kommentar til Stortingets spørretime	s.11

Det nye lovutkastet i 1979 hadde samordning som en hovedmålsetning. Det er altså ikke noe nytt i Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47, 2008–2009).

Diskusjonene om screening og helsekontroller var vanskelige. NAVFs gruppe for helsetjenesteforskning under ledelse av professor Peter F. Hjort (1924–2011) kastet seg inn i diskusjonen om det vitenskapelige grunnlaget for screening. Ut kom Harald Siems rapport om «Masseundersøkelser og helsekontroller». Her fant man et fullstendig program for kontroll av den norske befolkning. Det var ikke mye igjen av massescreeningen. Siem var metodologisk korrekt, og opptatt av riktig bruk av ressurser (6).

Allerede i januar 1980 mente redaktørene at vi burde få et fastlegesystem. Og siden sto bladet på det standpunkt til det hele var gjennomført. Men diskusjonene var mange og høylydde.

Tiårsjubileet i 1982 ble feiret med et gullnummer. Leder av Offentlige legers forening, Tharald Hetland skrev om *Utpostens* oppgave som katalysator for primærhelsetjenesten i Norge.

Til slutt i denne perioden må nevnes en artikkel om helseplanlegging. Distriktslegen i Rennesøy, Torleiv Robberstad lærte oss at vi har større tilgang på leger enn på penger, og da var det viktig å skille mellom politisk styring, administrativ gjennomføring og fagforeningens oppgaver. Han var helt klar på at samfunnsmedisinen har en viktig plass i krysningspunktet mellom Legeforeningens økonomiske interesser og administrasjonens gjennomføring av politikken. Mange av samfunnsmedisinerne har sittet akkurat i denne klemmen og sett hvordan vår fagforening har tatt for seg av pengene. Flere av samfunnsmedisinerne har derfor meldt seg ut av Legeforeningen.

1983–1992

Kommunelegetjenesten fikk en seier i Legeforeningen, og i nr 3/1983 forkynte redaktørene at «Det ble tvillinger». Etter mange og lange diskusjoner fikk vi ny spesialitet både i samfunnsmedisin og i allmennmedisin. En viktig diskusjon handlet om hvor eksklusivt det skulle være å bli spesialist. Norsk selskap for almenmedisin ble stiftet, og den første formann var Christian F. Borchgrevink (7). Snart kom også lokale samfunnsmedisinske grupper i gang. Det nye redaktørteamet var dyktige til å lage praktisk nyttige temanumre, og arbeidet med skadeforebygging (Tellnes), ungdom (Nylenna), barnevern (Pedersen), svangerskap og helseopplysning (Heian) fikk hvert sitt nummer.

Et temanummer ble tilegnet samfunnsmedisin. Helsesjefen i Ringsaker ga av sin omfattende kunnskap om kommunediagnose til yngre kolleger. Videre kunne man bruke kommunediagnose som grunnlag for helseopplysning (8).

En utbryter ble privatpraktiserende samfunnsmedisinere, men selv om *Utposten* prøvde å få et positivt bilde av yrket, varte det ikke lenge før den privatpraktiserende samfunnsmedisinere, Harald Siem, var tilbake på lønnslisten.

De første fem år av denne tiårsperioden fikk samfunnsmedisinen et godt skyv framover, og redaktørene har fortsatt å prege faget i vårt land.

De neste fem år ble meget spennende med ren kvinneverdaksjon, og ikke mindre samfunnsmedisin, men fra en ny vinkel. Redaksjonen startet meget aktivt, og i bakgrunnen hadde de i tillegg 13 kvinnelige leger som referansegruppe. Kvinneverdaksjonen la stor vekt på likeverd, og det innebar at kvinnelige leger burde få mer makt i forhold til dagens situasjon (9). Viktigheten av å ha kvinneverdaksjon i planer ble også ivaretatt. Fylkesplanen for Finnmark inneholdt følgende setning om helsetjenesten: «I et bredt anlagt helseprogram for Finnmark må også kvinneverdaksjon og kvinneverdaksjon politiske spørsmål stå sentralt».

Et annet gjennomgående tema var svake grupper. Berit Austveg skrev om innvandrere og flyktninger. Dette var et område hun kjente bedre enn noen andre. Øvrige tema av betydning for samfunnsmedisin, var vold, samer, sosial ulikhet og lesbiske.

En samfunnsmedisinsk perle kom i 1990 da kommuneoverlegen i Loppa beskrev hvilken skrustikke sjarkfiskerne i kommunen befant seg i når fisken uteble eller myndighetene endret spillereglene, og kreditorene stod på døra og krevde renter på lånet. Dette var virkelig patogenesis i praksis (10).

Til slutt tok kvinneverdaksjonen opp hvordan vi tok oss av gamle mennesker som skal dø. Peter F. Hjort tok seg som vanlig av spørsmålet grundig og praktisk. Han påpekte innledningsvis at 18–26 % av de totale helseutgifter brukes til behandling de siste leveår, og 60 % av dette ble brukt på pasienter i somatiske sykehjem.

1993–2002

Den nye redaksjonen bød som sine forgjengere også på en strategisk visjon for samfunnsmedisin. Hans Magnus Solli påpekte at vi må innstille vår aktivitet mot den økologiske endring og utdanne oss for dette. I nr 3/1998 fikk spesialiteten gjennomgå med innlegg fra mange profilerte samfunnsmedisinere. Redaktørene var bekymret for «Samfunnsmedisinens kår når markedet rår». De lurte på om det nytter å rope og skrike mer når kommunene ikke vil ha oss? Politikerne mente det var bortkastet å bruke leger til å behandle saker og ikke pasienter. Og Per Fugelli mente at markedet må endres.

Fastlegeordningen kom nærmere og *Utposten* hadde spesialnummer om ordningen. Særlig var det spørsmål om samfunnsmedisinens stilling under

UTPOSTEN

NUMMER 3-4

1983

ÅRGANG 12

AV INNHOLDET:

TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen

Ved
Frøde Helan og
Øystein Pedersen

OLA LILLEHOLT:
Rapport om kommune-
helsetjenesten 13

ERIK SØLBERG:
Bibliografi over norsk
almenmedisinsk forskning 18

**CHR. F. BORCHGREVINK,
PER FUGELLI OG
ERIK SØLBERG:**
Matanalerter 16 og 21

GUNNAR TELNES:
Skader og forebyggende
arbeid i en kommune 22

MAGNE NYLENNA:
Ungdomsmedisint i Småla 26

STEINAR WESTIN:
Skal almenpraktikere forelese
for medisinske studenter? ... 28

JON HILMAR IVERSEN:
Presentasjon av den nye
redaksjonen 31

OG MER!

DET BLE TVILLINGER!



ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENMEDISINSK OG SAMFUNNSMEDISINSK SPESIALITET

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomgår den endelige redigering kommer det beskjed fra landemetet i Oslo at veien åpner seg både for almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landemetet ville nøle med å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning, i alle fall fordi en her med to nært beslektede disipliner. For oss som arbeider i dette feltet er det ikke vanskelig å se at dette nå var både riktig og nødvendige vedtak. «Tvillingene» er ikke identiske men komplementære. Den ene av de to spesialitetene ville alone være for spe til å ta de faglige løft som vi ser rundt oss. Nærmere omtale i neste nummer.

den nye ordningen (11). Vi er nå inne i helseminister Gudmund Hernes sin periode, da det regnet med stortingsmeldinger. Redaktøren spurte hvorfor helseministeren ikke sier noe om forebyggende og helsefremmende arbeid etter å ha tenkt seg om i 100 dager. Så kom stortingsmelding 23 (1996 – 97) *Trygghet og ansvarlighet – Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen*. *Utpostens* spalter formidlet kommentarer fra alle lederne i Legeforeningen: Johnny Mjell som hadde ledet Legeforeningens spesialutvalg i saken la fram både fordeler og ulemper, Aplf ved formann Hans Kristian Bakke var sammen med NSAMs leder Bjarne Haukeland og Oll's Ivar Halvorsen stort sett positive, men Halvorsen var bekymret for lønnsnivået for offentlig helsearbeid. Tom Christiansen var Helsedepartementets gjennomføringsgeneral, og han utfordret legene til å komme med sine synspunkter. Særlig vanskelig var det igjen med legestillingene nordpå. Og utkantlegene fikk spalteplass. Kommunelegen i Lebesby spurte: Hvorfor ikke satse mer på hjelpepersonell, bedre utstyr og sikre vikarordninger? Folket har fastlegeordning, men ikke faste leger.

25 års-jubileet ble feiret med ekstrasnummer. Der kom professor Peter F. Hjort med utfordringer. Han spurte hvorfor skolehelsetjenesten og helsestasjonene er svekket, og om liberaliseringen av primærlegetjenesten er veien å gå, når vi får stadig flere fattige og gamle. Han syntes samfunnsmedisinerne i større grad burde lære seg den kommunale kulturen i kommunepolitikken. På den måten vil de bedre nå gjennom med sine synspunkter. Hjort var tilhenger av de mange små skritt i riktig retning og ikke de store politiske prosesser.

Så ble *Utposten* 30 år og et sett av bladet ble innlemmet i biblioteket i Alexandria. Redaksjonen hadde en omfattende artikkel om samfunnsmedisinen med bakgrunn i samtaler med Ole Berg og Hans Ånstad. Berg understreket at lederkunnskap er vesentlig i samfunnsmedisinske stillinger. Den gamle spesialiteten er en lapskaus av oppgaver som for en stor del er overtatt av andre (12).

Ved et slikt jubileum ble grunnleggerne behørlig løftet fram, og historiker Aina Schiøtz skrev at bladet ble de unge primærlegenes opprør mot «etablissementet». Hun mente redaktørene nådde fram med sine synspunkter og ble sentrale aktører i utformingen av 1970 og -80 årenes primærhelsetjeneste. Schiøtz var mer usikker på om våre synspunkter var representative for legestanden (13).

2003–2012

100 års jubileum for Karl Evang ble markert med en artikkel av Per Fugelli der han beskrev hvordan Evang ville ha blitt mottatt i 2003. Mye ville man

UTPOSTEN

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

NUMMER 1

1997

ÅRGANG 25



**Langsamt blir
faget og studiet vart eget...**

utposten

Nr. 3-2005
Årgang 34

Blad for
allmenn- og
samfunns-
medisin



Innhold:

LEDER:

Om retningslinjer og gravide
Av Astrid Skjerve **1**

UTPOSTENS DOKUMENT:

Intervju med Arle Klovning
Av Perica Buzica **2**

Nye nasjonale retningslinjer
for svangerskapsmorgnen
Av Anna Kvernåen **5**

Gravide Noff og di, Brummi, Av Elisabeth Berntsen **11**

Sykdomsdeling av gravide
– vanskelige grenseoppganger
Av Ingrid Rasmussen **14**

Allmennemedisinske utfordringer, Av Tori Skott **18**

Nasjonalt sentre for distriktsmedisin
Toralf Hestvedt intervjuer av Jonny Skjerve **23**

Dialog på dansk, Av Helge Skjerve **24**

Mellom nostalgi og avangarde
Av Tori Skott **28**

Entersjert samfunnsmedisin
Av Perica Buzica **31**

Send pasienten på border?
– med direkte henvisning
Av Helge Skjerve **34**

Guardsinførbruddet i Bergen høsten 2004
Av Elisabeth Berntsen **36**

Faste spulser **42**

satt pris på, men Evangs overdrevne tro på epidemiologi ville i dag være vanskelig for enkeltindividet.

Bladet bød på flere planer for samfunnsmedisin. Ass. helsedirektør Geir Sverre Braut pekte på dilemmaet at hvis man gir noen bedre helse kan andre grupper få dårligere helse. Helseminister Dagfinn Høybråten tok mål av seg til å bli folkehelseminister, men departementet fikk vanskeligheter med å skaffe entusiasme for stortingsmelding nr.16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* også kalt Folkehelsemeldingen (14).

Det er på tide å rendyrke spesialisten i samfunnsmedisin. Kombilegen er på vei ut. Dette var Nylenna-utvalgets råd om samfunnsmedisin («Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin») Tvillingene skulle nå skilles. Sosial- og helsedirektoratet arrangerte en høring om samfunnsmedisin. Konklusjonen var at det er bruk for samfunnsmedisinere (15).

Ola Nordviste var også med på flere diskusjoner om samfunnsmedisinens framtid sammen med Arne Johannesen og Ola Jøsendal. Nylenna-utvalgets rapport om samfunnsmedisin ble kritisert som noe som handlet om kosmetikk i forhold til helseulikhetene i landet. Forslaget var imidlertid bra ved at det åpner for bredere rekruttering, ikke bare for kommuneoverleger, og foreslo flere rekrutteringsstillinger i kommuner, fylker og på nasjonalt nivå. Det så ut som distriktslegen kom tilbake i 2004. Sosial- og helsedirektoratet var entusiastisk til den nye distriktsmedisinen. Den inneholdt mye samfunnsmedisin. Direktoratet ville gi støtte til nye distriktsmedisinske sentre.

Samfunnsmedisin ble beskrevet i to artikler av lederen i Norsk samfunnsmedisinsk forening, NORSAM, Einar Braaten. Det var optimistiske og positive toner fra en leder av den tre år gamle foreningen (16). Betty Pettersen skrev doktorgradsavhandling om samfunnsmedisin. Hun påpekte at tiden legene brukte på samfunnsmedisinske oppgaver hadde gått ned fra 1990-tallet til i dag, og antall fastlønnede leger var redusert fra 70 % til 30 %. Dette hadde klare årsaker i lønn der samfunnsmedisinsk arbeid ble lønnstaper og allmennmedisin lønnsleder (17).

Screening ble kritisk gjennomgått av Karin Frydenberg. Hun påpekte det samme som Harald Siem i «Masseundersøkelser og helsekontroller», men glemte å referere til hans arbeid. Screening ble også tatt opp av Odd Winge som var med på å lage Legeforeningens helsehåndbok med forslag til helsekontroller i 1993. Han hevdet at fastlegen skulle innføre regelmessige kontroller på sine pasienter.

Skolehelsetjenesten kom opp igjen i mange artikler i 2006. Mange kolleger påpekte hvor mye som kan gjøres på skolen av forebyggende helsearbeid.

Redaksjonen tok tak i viktige allmennmedisinske problemstillinger, men da kardiologen Sverre Kjeldsen forfektet europeiske kardiologers blodtrykksgrenser, og hevdet at de som har blodtrykk over 140/90 bør behandles, rykket Bjørn Gjeldsvik ut og fortalte at det finnes andre, mer allmennlegevennlige europeiske retningslinjer.

Så kom samhandlingsreformen som skulle løse problemene. Mindre økning av sykehuskapasiteten og større satsing og mer penger til kommunehelsetjenesten (18). Flere artikler fulgte, og det var og er mye skepsis til om dette er løsningen på prioriteringsproblemene.

En løsning på samhandling ble beskrevet som overordnede samarbeidsutvalg. Disse bestod av representanter fra de regionale helseforetak og kommunene i området. Dette var alt i gang i Østfold, Trondheim og i Helse Nord.

Epilog

Historikeren Aina Schiøtz karakteriserer *Utposten* som de unge primærlegenes opprør mot «etablissementet». Redaktørene nådde fram med sine synspunkter og ble sentrale aktører i utformingen av 1970- og 1980-årenes primærhelsetjeneste (2).

Når jeg ser på rekken av redaktører og forfattere er det ganske klart at *Utposten* har vært en sentral aktør i utviklingen av både allmennmedisin og samfunnsmedisin i Norge. Ikke bare har redaktørene og forfatterne skrevet sitt fag i bladet, men de har sittet i sentrale stillinger i organisasjoner som har planlagt, administrert og utført helsetjenester. Da vi startet *Utposten* i 1972 var det en kamp mot etablerte sentrale helseadministrasjoner og Legeforeningen. Siden ble det redaktører i *Utposten* som inntok disse posisjonene og fikk dette ansvaret.

Det var ikke lett å få stafettpinnen videre etter de første fem årene. Vi er meget takknemlige for at trondheimslegene Martin Holte og Aage Bjertnæs var villige til å føre bladet videre i 1978. Som representant for den første redaksjonen er det fantastisk å se hvordan *Utposten* lever og hvordan redaktørene er stolte og aktive i produksjonen av bladet. Det Harald Siem kom hjem med fra Bydøy-kurset i 1971 har virkelig hatt livets rett.

Har *Utposten* en oppgave i framtiden? Vi har blitt mange samfunnsmedisinere og allmennpraktikere. I årene som kommer vil vi bli mange flere. *Utposten* kan også framover samle representanter for faget, og jeg er sikker på at det ikke vil mangle framtrepende kolleger som vil stille opp som redaktører. De vil sørge for å holde diskusjonen gående på områder som sykehuskolleger og sentrale helsebyråkrater ikke ser. Pasientene vil derfor få en bedre tjeneste takket være *Utposten*.

ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 2 - 2011 • ÅRGANG 40

INNHOOLD:

SVIK: Hva er sannhet? AV GILJ ANDREAS HEDGA	1
SYMPTOM, DOMSTOLING, FETT, SKOLN OG PULS: KVALITET TELLANDET NEDSTIGT AV JONAS KJELLSTAD	2
Å være doktor er gart Refleksjoner over tittel i legelivet. REVISJON AV PULS AV JOE TILJ	6
ALLERWATERSTAD: UNDERSTAD: A gradene eller ikke – det er sykdomsdegenspermalet. AV JONAS KJELLSTAD	7
Erfaring former kroppen. AV ANNA TOSK KJELLSTAD	10
Big-krymodellen – et lokalt akuttmedisinsk team. AV TRINE HEDSTAD, PETER HEDSTAD OG SØSKEN TILJ	13
En brukerundersøkelse i allmennpraksis – MossPET AV HENRIK HEDSTAD, LARS HEDSTAD OG HENRIK HEDSTAD	17
Pasientekader og erstatning – hva har vi villt? AV BOEVE KJELLSTAD, HEDSTAD OG HENRIK HEDSTAD	22
Teoring i oppvekststadiet – en heberstetende og selvregulerende prosess. AV HEDSTAD OG TILJ	28
Styrket helsehjelp til pasienter med svære – gode interaksjoner, men ikke uten resonanser AV HENRIK HEDSTAD	30
Korte spalter	32
BOSSSTAD: Sammenheng. Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis. ANNESTAD AV HEDSTAD OG TILJ	40

Jeg er mer usikker på i hvilken form *Utposten* vil leve videre. Muligens har papiret utspilt sin rolle. Kan vi se for oss *Utposten* på iPad, eller som del av Helsebiblioteket? Jeg håper bare at redaktørene også i framtiden vil være uavhengige av reklamen i bladet, og ikke lar seg påvirke for mye av legemiddelindustrien.

Litteratur

1. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M, red. *Helse for de mange – Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk 2003: 15–16.
2. Schiøtz A. *Doktoren – Distriktslegens historie 1900 – 1984*. Oslo: Pax, 2003: 152–156.
3. Wium P. Praktiske erfaringer i samarbeid med Helsedirektoratet. *Utposten* 1972; nr 2: 4, 9.
4. Skjælaaen P. Nye toner i sengevæterbehandlingen? Enuresis skal behandles senest i 7 års alderen. *Utposten* 1978; nr 6: 9.
5. Fugelli P. Legenøden nordpå. *Utposten* 1978; nr 5: 5.
6. Westin S. Mellom klarhet og påståelighet, Harald Siems «Masseundersøkelser og helsekontroller». *Utposten* 1979; nr 8: 10.
7. Nylenna M. Selskapet er stiftet. *Utposten* 1983; nr 2: 5.
8. Tellnes G. Kommuned diagnose som grunnlag for helseopplysning og forebyggende arbeid i lokalsamfunnet. *Utposten* 1986; nr 2: 62.
9. Normann T. Trenger vi flere kvinner i ledelsen av norsk helsevesen? *Utposten* 1989; nr 6: 269.
10. Straume E. Mer enn et spørsmål om helsetjeneste. *Utposten* 1990; nr 3: 1009.
11. Schiøtz A. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003 – Folkets helse landets styrke 1850 – 2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003: 357.
12. Forland F. Samtale om samfunnsmedisin. *Utposten* 2002; nr 7/8: 14–16.
13. Schiøtz A. Utkantleger på offensiven – «Utposten» – en ny premissleverandør. *Utposten* 2002; nr 7/8: 56–57.
14. Nordviste O. Send samfunnsmedisineren i dusjen! *Utposten* 2003; nr 4: 28–30.
15. Forland F. Etterspurt samfunnsmedisin? *Utposten* 2005; nr 3: 31–32.
16. Braaten E. Samfunnsmedisin i utvikling. *Utposten* 2008; nr :22–26 og nr 7: 23–26.
17. Pettersen B J. Om samfunnsmedisinen og samfunnsmedisinens plass i medisinen og i samfunnet. *Utposten* 2009; nr 2: 12–17.
18. Søndena M. Samhandlingsreformen – retorikk og realisme. *Utposten* 2009; nr 5: 1.

Per Wium

Johan Castbergs vei 11B

0673 Oslo

per.wium@broadpark.no

Samfunnsmedisin på norsk

Michael 2011:8:169–178.

Samfunnsmedisinen har fått en litt særegen plass i norsk historie og i norsk forvaltning. Vi finner spor av samfunnsmedisinsk innsats i hvert fall tilbake til begynnelsen av 1600-tallet. Det store oppsvinget fikk vi med Sundhedsloven av 1860. Dette styrket legenes posisjon i samfunnet.

Faget har vært under stadige diskusjoner og omlegginger. Karl Evang preget en lang etterkrigstid frem til 1972 med sitt krav om fagstyre. Senere er samfunnsmedisinen og folkehelsearbeidet blitt demokratisert. Interessen for samfunnsmedisin har variert. Det samme har synet på hva samfunnsmedisin egentlig er. Det er verdt å merke seg at kommunale samfunnsmedisinere fortsatt skal ha sin plass i norske kommuner, også når vi får nye lover for folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenester fra 2012.

Samfunnsmedisin som fag, har lange og litt spesielle tradisjoner i Norge. Men som egen spesialitet for leger er historien ganske kort.

Da vi i 2003 markerte 400 års jubiléet for det offentlige helsevesen i Norge, feiret vi samtidig at det var 400 år siden den første offentlige lege ble utnevnt, nemlig utnevnelsen av Villads Nielsen (ca. 1564–1616) til stadsmedicus i Bergen. Allerede den gangen innså man at man hadde bruk for en medisinsk kyndig person som hadde oversikt over mulige årsaker til sykdom og hvordan man kunne bekjempe og behandle dem. Nå vet vi at det var lang vei frem. Miasmeteorien stod fortsatt sterkt i ytterligere 250 år. Og det var lite man kunne gjøre mot miasmene eller jorddunstene.

Kanskje gjorde de medisinsk fagkyndige størst nytte for seg når det gjaldt omsorg? Utover på 1600-tallet finner vi tegn til organisert sosial omsorg, men også omsorg for soldatenes helse: «flittig agt maa gives paa at de syge ...faaer god pleje slik at de igjen kan blive friske» (1). Det var med andre

ord, ut fra forsvarshensyn, helt nødvendig å sikre at man hadde friske soldater slik at man kunne stå imot svensken!

Utover på 1700-tallet var det en gryende forståelse for at også andre ting enn miasmene kunne virke inn på folks helse i et område: det kunne være forhold i spedbarnsalderen, befolkningens størrelse og tetthet, kontaktmønstre, værslagens innflytelse og hva slags mat man spiste. Det kom en interesse for politisk aritmetikk (det vi i dag kaller helsestatistikk eller kommunediagnose når det gjelder statistikk på kommunenivå), og det ble utgitt topografiske skrifter som bl.a. beskrev forekomst av helse, sykdom og død i de forskjellige delene av landet. Vi ser også de første tegnene til helseopplysning i form av publiserte opplysningsskrifter som både omtalte hva man måtte unngå for å hindre at man ble syk (forebyggende tiltak) og hva man kunne gjøre for å bli mer robust (helsefremmende tiltak). Bl.a. skulle man sikre «sunne fornøyer og adspredelse» og en «sunn forplantning».

De offentlige helseoppgavene var oppgaven for det medisinske politiet (Sundhedspolitiet) hvor legene bare spilte en beskjeden rolle. Allerede fra 1740 hadde vi hatt et Collegium Medicum felles for Norge og Danmark. På grunn av napoleonskrigene måtte Norge nå få sitt eget kollegium, *Det kongelige Sundheds-Collegium* fra 1809. Heller ikke utover på 1800-tallet stod legene særlig sterkt: det var sterk innbyrdes krangel om hvorvidt koleraen som kom til landet i 1832, skyldtes miasmer eller berøring (smitte). Dette medførte forskjellig syn på betydningen av karantene, men også betydningen av andre hygieniske tiltak.

Embetsstanden som var dominert av jurister, prester og militære personer, skjønte på et vis at infrastrukturen i samfunnet hadde noe å si for helsen, bl. a. knyttet til slike håndfaste ting som vann og avløp, toaletter og gjødselbinger, men også forhold knyttet til inneklima, trangboddhet og ernæring. Denne erkjennelsen var bakgrunnen for Sundhedsloven av 1860. Dette ble en enestående anledning for legene til å hevde seg i det gode selskap av embetsmenn. Nå skulle det være sunnhetskommisjoner i hver kommune, og en lege (embetslegen) skulle være kommisjonens ordfører, med dobbeltstemme om det knep. Sann sett kan vi si at Sundhedsloven kom til som et ledd i nasjonsbyggingen, at den ble en bekreftelse på at det var embetsstanden som skulle kultivere befolkningen samtidig som legene ble en fullverdig del av denne standen. Nå var det ikke lenger politiet som skulle lede sunnhetsarbeidet i kommunene, men legene. Så fulgte etableringen av Den norske lægeforening i 1886 og endelig Lov om offentlige lægeforretninger i 1912. Vi fikk amtslegene (fylkeslegene), og antallet distriktsleger økte. Det ble imidlertid trangere tider utover på 1920- og 30-tallet, lønnen ble redusert og antallet distriktsleger redusert. Det kom også forslag om å

erstatte distriktslegestillingene med *kommunelegestillinger*. Det var kommuneleger i en litt annen betydning enn i dag idet det for det meste henspilte på rollen som sosiallege.

Fagstyre eller folkestyre?

I 1938 ble Karl Evang (1902-81) utnevnt til medisinaldirektør. Allerede før utnevnelsen var han opptatt av muligheten for å få etablert et eget helsedepartement. Alternativt kunne han tenke seg en sammenslutning av Medisinaldirektoratet og Sosialdepartementets medisinalavdeling. Det siste ble resultatet, men først etter krigen, basert på en kongelig resolusjon som Karl Evang (for sikkerhets skyld) hadde fremdatert til 8. mai 1945!

Systemet Evang var tuftet på to elementer (2):

- at helsevesenets ideologiske fundament skulle være oppbygging av velferdsstaten,
- gjennomføring av fagstyre.

Som bakgrunn for Evangs ideologiske fundament lå *The Beveridge Report on Social Insurance and allied Services 1942* som Evang hadde stiftet nært bekjentskap med i London under krigen.

Evang uttalte i den forbindelse (2):

«Det er lægene selv som overtar hovedansvaret for administrasjonen av sin egen etat, og av de medisinske og hygieniske spørsmål i landet i bredeste forstand ... Det blir min oppgave – formodentlig ingenlunde lett – å utjevne de motsetninger, den sjalusi og den prestisjeinnstilling som er skapt mellom juristene på den ene side og de medisinske, farmasøytiske og andre sakkyndige på den annen, gjennom de mange år av helt uhensiktsmessig og utilfredsstillende administrasjonsordning».

Selv om fagstyret stod sterkt i mange år enda, var det å være *offentlig lege* ikke knyttet til en egen spesialitet. Spørsmålet dukket opp flere ganger i etterkrigsårene. Tydeligst ble dette kanskje formulert på landsmøtet i Den norske lægeforening på Voss i 1969. Da var spørsmålet oppe om man skulle etablere offentlig helsearbeid som en egen spesialitet. Karl Evang tok da ordet og sa (A. Smith, eget notat):

«Det som er spørsmålet er derfor intet mer og intet mindre enn om legestanden ønsker å gi fra seg det å planlegge, tilpasse, koordinere, effektivisere helsetjenesten, eller om den ønsker å ha sine egne spesialister på området...

Spørsmålet om en hardhendt prioritering til beste for folkehelsen innenfor de summer som kommer, er blitt av fundamental betydning. Her vil politikeren, naturlig nok ut fra sitt utgangspunkt – og det ligger ikke noen

bebreidelse i det – ha en tendens til å gi etter for trykket fra visse pressgrupper som aldeles ikke taler den samlede befolknings interesse. Eller de vil gi etter for bestemte kliniske spesialister som med sitt fremragende kikkertsyn er i stand til å presentere sine særproblemer på bekostning av andres, selv om de dermed får en prioritering som virker ødeleggende innenfor den rammen vi får ...

Det å omsette i praktisk gjerning, i institusjoner, personell og utstyr det som legevitenskapen gir, er blitt en egen spesialitet, og vårt valg er nå: skal vi følge andre lands vei og gjøre dette til en medisinsk spesialitet, eller skal vi kaste dette over bord og la andre overta. Det står fullt av folk ferdig til å overta. Politikerne ... liker faktisk å putte inn mellom seg og sakkyndigheten folk som ikke er sakkyndige. Derved unngår de å få sakkyndigheten så tett innpå seg at den blir besværende med de faglige argumenter den kan fremføre.»

Omtrent på denne tiden ble nettopp Evangs fagstyre-tankegang stilt overfor store utfordringer. Aina Schiøtz sier om dette i bind 2 av verket «Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003» (2): «1970-tallet var et begivenhetsrikt tiår. Nye ideologiske strømninger, utallige kampsaker, sterke politiske motsetninger og idealistiske og samfunnsengasjerte aktører formet 70-tallet til et oppbruddets tiår. De mange aktivistene – den nye generasjonen akademikere og intellektuelle – utfordret det tilvante og det etablerte. Et hovedkrav var at samfunnets institusjoner måtte tilpasses endrede betingelser. Flere endringsprosesser pågikk samtidig: Det var distriktsopprør, studentopprør, sameopprør, kvinneopprør, miljøkamp og en generell radikaliserings av den høyest utdannede del av befolkningen. Autoritetsstrukturene sto for fall. Tidligere tause grupper hevet røsten og var ikke lenger villige til å la seg underordne byråkratiske bestemmelser eller øvrighetspersoners ordre. ...».

En ny tid ble innvarslet ved Stortingsmelding nr. 85 (1970–71), *Om helsetjenesten utenfor institusjon* (3). På denne tiden begynte man å sysle med tanker om opprettelse av lokale helsesentre samt behovet for endringer i de gamle helserådene. Helsesentertankegangen var uttrykk for et ønske og et behov for samarbeid på tvers av faggrenser, ikke minst via å vis sosialtjenestene. Et sitat fra denne tiden er betegnende. Det er formulert av Per Wium, den gang distriktslege i Midsund: «Jeg kan ikke skjønne at dagens pasienter kun har problemer som kan løses av privatpraktiserende leger og sykehus. Etter min ringe erfaring har et stort antall pasienter behov for sosial støtte og hjelp på mange områder, og jeg tror legene etter hvert må innse at disse oppgaver kan løses like godt, om ikke bedre, av andre grupper enn det legeutdannede personale.» (2)

Etter grundige forberedelser, bl. a. NOU 1979:10 om Helsepolitikken (Juel-komitéen) (4) og NOU 1979:28 om Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet (Nyhus-utvalget) (5), fikk vi Kommunehelsetjenesteloven av 19. november 1982 som trådte i kraft 1. april 1984. Fortsatt var det ting som var uavklart, særlig spørsmålet om hvordan man skulle sikre oversikt over helsetilstanden i kommunene og oppgaver og ansvar for omgivelseshygienen, d.v.s. de mer tradisjonelle «helserådstjenestene». Daværende fylkeslege Johannes Wiik fikk i oppdrag å lede arbeidet med en NOU som nettopp fikk tittelen «Helserådstjenesten» (NOU 1984:28) (6). Dette arbeidet førte til kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven (om miljørettet helsevern). Samtidig opphørte begrepet *helseråd*.

Den nye tid

Som en forberedelse til den nye tid, dvs. opprustingen av helsetjenesten utenfor institusjon, fikk man på midten av 1980-tallet to nye spesialiteter, den i allmennmedisin og den i samfunnsmedisin. Sistnevnte kom i stand etter utredning foretatt i et utvalg, ledet av Anton Skogland som i november 1980 la frem sin innstilling (7). Godkjenning av spesialiteten i samfunnsmedisin ble fulgt opp av krav om videre- og etterutdanning. Her var Harald Siem tidlig ute med den første Utdanningsboken i samfunnsmedisin i 1986 (8). Men allerede i 1982 hadde han gitt ut «Helsekontroller – til nytte eller bekymring?» (9), i realiteten en lærebok i anvendt statistikk, epidemiologi og helsetjenesteforskning. Denne boken var basert på Siems rapport «Masseundersøkelser og helsekontroller» fra 1979 (10).

Norsk samfunnsmedisin de siste 25 årene kan sies å ha hatt både opp- og nedgangsturer. Politikerne har også hatt forskjellig oppfatning av hva samfunnsmedisin er og betydningen av den. I Stortingsmelding 16 (2002–2003) (11) sies det bl.a. at «samfunnsmedisin som legespesialitet har uklar profil og uklart innhold», at det er «liten interesse for samfunnsmedisin blant legene», og at det er «vanskelig å rekruttere leger til kommunelege 1 stillinger i kommunene».

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling la i oktober 2003 frem sin Utredning nr. 3 *Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin* (12).

Høsten 2004 laget Magne Nylenna i det daværende Sosial- og helsedirektoratet en «Rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge» (13) og fremla en rekke konkrete tiltak for å styrke samfunnsmedisinens rolle i Norge.

I 2005 laget Sosial- og helsedirektoratet en *Handlingsplan for utvikling av samfunnsmedisinen*, og i 2006 kom det nye spesialistregler (14).

I 2007 omtalte Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport følgende (15):
«...kommunelegefunksjonen styrkes i kommunene. Forankringen i kommunen må være tydelig. Fylkesmannen/fylkeslegen kan bidra til kompetanse i kommunene ved at det etableres systemer for veiledning og oppfølging av kommuneleger i alle fylker».

Denne utviklingstrekkrapporten ble fulgt opp i en arbeidsgruppe som ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i oktober 2007 og som avga sin rapport 1. juli 2008 (16). Som svar på et av mandatpunktene, listet arbeidsgruppen opp følgende årsaker til at rekrutteringen av kommuneleger svikter:

- Liten rekruttering til primærlegetjenesten generelt
- Mindre interesse for fagfeltet samfunnsmedisin
- Uklarhet omkring struktur, innhold og krav
- Ulike former for organisering og kombinasjoner med annet legearbeid
- Ulike avlønnings- og støttefunksjoner
- Spinkelt faglig miljø
- Den samfunnsmedisinske tilhørighet blir ofte svak

Arbeidsgruppen foreslo følgende grep:

- Faglig miljø og nettverk må utvikles
- Grunnutdanning og videreutdanning må styrkes betydelig
- Samfunnsmedisinsk forskning må styrkes
- Det må etableres økonomiske ordninger som sikrer at kommunene prioriterer kommunelegefunksjonen på lik linje med allmennlegetjenesten. Her siktes det til behovet for et kostnadsnøytralt valg og kostnadsnøytral prioritering av legetjenestene i kommunene samt at ordningene må bidra til å redusere de store utgiftsforskjellene mellom små og store kommuner når det gjelder legetjenester.
- Etablere *kommuneoverlege* som tittel på den legen som er medisinsk faglig rådgiver
- At plikten til å ha ansatt en kommune(over)lege fortsatt skal være lovforankret
- At det utarbeides en veileder for kommunene om det samfunnsmedisinske fagfeltet
- Styrking av styrings- og informasjonshjulet ved at det innføres lokale helsemeldinger og ved at forholdet mellom kommunen på den ene siden og fylkesmannens helseavdeling og sentrale helsemyndigheter på den annen forsterkes
- At andelen kombistillinger reduseres (f. eks. ved hjelp av interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske oppgaver)

- At spesialistkompetanse må vektlegges mer ved fastsettelse av lønn

Arbeidsgruppen foretok også en gjennomgang av fremtidige arbeidsoppgaver for kommune(over)legen og inndelte disse oppgavene slik:

- *Må*-oppgaver: smittevern, miljørettet helsevern, psykisk helsevern, beredskap. Inkl. medisinsk faglig rådgivning.
- *Bør*-oppgaver: annen medisinsk faglig rådgivning, helse i planlegging, samordning av helsetjenester, samordning innad i kommunen, kontaktledd til fastlegene, samordning med spesialisthelsetjenesten, overvåking av helseforhold og helsetjeneste, kvalitetssikring, sosialmedisinske oppgaver
- *Kan*-oppgaver: ledelse, samarbeid med frivillige organisasjoner

Da høringsnotatene til ny folkehelselov (17) og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (18) ble lagt frem 18. oktober 2010, er det interessant å se at det særlig er *må-oppgavene* ovenfor som har medført at begge lovforslagene fortsatt baserer seg på at vi skal ha en lovpålagt kommunelegefunksjon.

Hva er egentlig samfunnsmedisin?

Hva kjennetegner samfunnsmedisinen og hva gjør at den er litt spesiell i Norge?

På Legeforeningens landsmøte i juni 1973 ble det fattet et vedtak om «Videreutdanning innen offentlig helsearbeid og samfunnsmedisin, f. eks. ved helsehøgskolen i Göteborg, ved utenlandske skoler i «public health» eller annen likeverdig utdanning» (7).

Til dette sa ass. helsedirektør Egil Willumsen at formålet med forslaget var «... å lage en modell som skal skape bedre og forhåpentligvis også flere leger med administrativ erfaring, med en strukturert, systematisk utdanning. Nøkkelordet er at de skal kunne takle de stadig vanskeligere miljøhygieniske og samfunnsmedisinske spørsmål som vi vil stå overfor» (7).

Som svar på spørsmålet: «Hva er offentlig helsearbeid?» svarte Peter F. Hjort i november 1976 (7): «Offentlig helsearbeid i Norge omfatter i dag to helt forskjellige arbeidsområder:

- Almenpraksis, som angår individer,
- «Community Medicine», som angår hele befolkningen og grupper av individer.

Etter mitt skjønn er det rimelig å se helt bort fra almenpraksis når en skal definere offentlig helsearbeid. Tilbake blir «community medicine», og problemet blir å finne et norsk ord og et norsk innhold som kan dekke dette begrepet ... Jeg tillater meg å foreslå ordet «samfunnsmedisin».

Faget samfunnsmedisin (= community medicine) omfatter hele befolkningens behov for og tilbud av helsetjenester. Helsetjenestens organisasjon og styring, planlegging, ressurser og evaluering er viktige sider ved faget ... Det kan tenkes at sykehusene bør administreres av spesielt utdannede leger. Jeg er tilbøyelig til å tro det, og da blir administrasjonen av store helseinstitusjoner også en del av samfunnsmedisinen. Utdanningen i samfunnsmedisin bør omfatte epidemiologi, statistikk, administrasjon, økonomi og planlegging. Faget bør bli en spesialitet på linje med andre medisinske spesialiteter. Utdannelsen bør legges opp i samarbeid med andre nordiske land og/eller England.»

Om samfunnsmedisin som *begrep* sa Utvalget for samfunnsmedisin, oppnevnt av Offentlige legers landsforening i 1980, og ledet av Anton Skogland (7):

«Samfunnsmedisin er et supplement til all klinisk medisin og bygger på denne, men har som hovedoppgave å se den i et helhetsperspektiv. Samfunnsmedisin vil derfor bare bruke data om enkeltindividers helse som indikator på helsetilstanden i større grupper av folket. Utvalget mener at samfunnsmedisin i egentlig forstand derfor må defineres som grupperettet helsearbeid. En slik definisjon vil fullt ut være i samsvar med navn på og avgrensning av dette fagområdet i Storbritannia, Danmark og Sverige, og er også i bruk i vårt land ...».

Skogland-utvalgets innstilling har for øvrig et langt vedlegg som forsøker å forklare hva samfunnsmedisin er, både i Norge og flere andre land. Det er verdt å merke seg at forklaringene og oppfatningene til dels spriker ganske sterkt!

Felles for mange av definisjonene er at samfunnsmedisin som begrep er sterkt knyttet til legeyrket. Bakgrunnen for Skogland-utvalgets innstilling var da også å åpne for samfunnsmedisin som egen spesialitet i Norge. Mange av definisjonene understreker betydningen av slike samfunnsmedisinske verktøy som statistikk og epidemiologi samt kunnskap om og erfaring fra helseadministrasjon. Andre knytter samfunnsmedisin mer til slike ting som klinisk sosialmedisin og rehabilitering.

Epilog

Neppe noen har «eneretten» til å definere hva *samfunnsmedisin* er: generelt, som medisinsk spesialitet, i Norge etc., men det er lov å prøve seg. Det har mange andre gjort tidligere, også.

Eller kanskje er det tryggere å trekke frem noen av særtrekkene ved samfunnsmedisin. Disse får man gjerne klart frem ved å sammenligne faget med en eller annen klinisk spesialitet, f. eks. kirurgi.

Mange av særtrekkene har samfunnsmedisinen felles med folkehelsearbeidet. Samfunnsmedisin er da også kjennetegnet ved at den i stor grad arbeider helsefremmende og forebyggende, slik folkehelsearbeidet gjør det. Det ligger i sakens natur at samfunnsmedisinen da også dreier seg om grupperettet arbeid.

Men det er ikke bare helsefremmende og forebyggende arbeid som er grupperettet. Det gjelder i høyeste grad også behandlingsrettet helsearbeid. Ikke behandling av enkeltindivider, riktignok, men det å *planlegge, drive og evaluere* kurative helsetjenester. Derfor er det nødvendig og gledelig at våre regionale helseforetak nå har ansatt samfunnsmedisinere som ledd i nettopp slikt arbeid.

Hvis vi trekker hele samfunnet inn i samfunnsmedisinernes ansvars- og oppgaveområde, kan vi kanskje si at samfunnsmedisin dreier seg om å bidra til mest mulig hensiktsmessig ressursbruk fra samfunnets side for å sikre helse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Og når vi bruker ordet «ressurser» her, er det ikke først og fremst helsetjenestens egne ressurser, men samfunnets samlede ressurser. Da skjønner vi også hvor nær samfunnsmedisinen er knyttet til andre samfunnssektorer, f. eks. gjennom Plan- og bygningsloven, samferdselslovgivningen, miljø- og forurensningslovgivningen osv.

En noe mer «utilitaristisk» tilnærming viser at samfunnsmedisin dreier seg om deltagelse i samfunnets organiserte anstrengelser for å sikre at samfunnets ressurser gir størst mulig trivsel og helsegevinst for flest mulig mennesker. En slik tilnærming minner oss også om at det er en forskjell på behov og etterspørsel, d.v.s. at samfunnet i større grad må vurdere folks *behov* for hjelp og bistand fremfor at det hele tiden er *etterspørselen* som skal være førende.

Det er altså flere trekk som samfunnsmedisinen har felles med folkehelsearbeidet: det lange tidsperspektivet man arbeider under, utfordringene som ligger i å oppdage resultatene av arbeidet, det å måtte samarbeide på en likeverdig måte med mange andre, mangelen på incentiver fordi det gjerne er andre enn de som investerer i tiltak, som høster gevinstene og det at man hele tiden arbeider svært nær politikken. Så her er det oppgaver for en rastløst tålmodig sjel! Det er kanskje et av særtrekkene til samfunnsmedisinen!

I forbindelse med samhandlingsreformen (19) snakker vi for tiden om «den nye kommunerollen» og «den nye kommunelegerollen». Det er viktig at norske samfunnsmedisinere ser dette fagets «indre skjønnhet» (som Lars Hanssen i Helsetilsynet sikkert ville uttalt det!) og vurderer dette som en alternativ karrierevei!

Litteratur

1. Moseng OG. Ansvar for undersåttenes helse 1603 – 1850. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*, bind 1. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
2. Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003, bind 2. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
3. *Om helsetjenesten utenfor institusjon*. Stortingsmelding nr. 85 (1970-71).
4. *Om helsepolitikken*. Norges offentlige utredninger (NOU) 1979:10.
5. *Om helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*. Norges offentlige utredninger (NOU) 1979:28
6. Norges offentlige utredninger (NOU) 1984:28 *Helserådstjenesten*
7. *Samfunnsmedisin i Norge*. Innstilling fra et Utvalg for samfunnsmedisin (Skogland-utvalget). Oslo: Offentlige legers landsforening, 1980.
8. Siem H. *Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
9. Siem H. *Helsekontroller – til nytte eller bekymring?* Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
10. Siem H. *Masseundersøkelser og helsekontroller*. Bind nr. 2-1979. Oslo: NAVF, 1979.
11. Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*.
12. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Utredning nr. 3: *Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2003
13. *Rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2004.
14. *Handlingsplan for utvikling av samfunnsmedisin*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
15. *Utviklingstrekkrapport 2007*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet 2007.
16. *Utvikling av kommunelegerollen*. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet 2008.
17. *Forslag til ny folkehelselov*. Høringsnotat. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
18. *Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Høringsnotat. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
19. St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet 2009.

Anders Smith
Anton Schjøth's gate 2A
0454 Oslo
ande-smi@online.no

Langt fram til velinformerte beslutninger i norsk helsetjeneste

Michael 2011;8: 179–188.

I følge pasientrettighetsloven har pasienter rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, i tillegg til informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Pasienten har også rett til medvirkning ved valg av behandling. Helsetjenesten lever i liten grad opp til lovens krav. Informasjon er ofte manglende, av varierende kvalitet, og det er ikke en sterk kultur i Norge for å trekke pasienter aktivt inn i beslutninger. Det må vi gjøre noe med.

På hjemmesidene til Kreftregisteret kan du trykke på knappen «Mammografi kan redde liv». Da kommer du til informasjon rettet mot kvinner som er invitert til å delta i mammografiscreening, og her finnes det en ny klikkbar overskrift om «Fordeler og ulemper». Dette er offentlig utgitt informasjon som skal gi en oppsummering av den beste tilgjengelige kunnskap på området. På noen måter er informasjonen god; man omtaler også negative sider av screening, forbereder kvinnene på mulig falske positive prøver, og tallfester noe det kan være viktig å ha et begrep om størrelsen på (som sjansen for å oppdage kreft mellom screeningrundene).

På den annen side; informasjonen er åpenbart utformet for å stimulere kvinner til å komme, snarere enn å oppmuntre dem til å treffe et eget valg. Informasjonen om det vanskeligste punktet (overbehandling) er vag, og nytteeffekten er kun beskrevet med relative effektestimater (som er den mest «imponerende» måten å vise fram resultater på). Det er ingen henvisning til uavhengig informasjon. Heller ikke brosjyren kvinnene får i posten (som også er tilgjengelig på nettstedet) er egnet som et underlag for egne beslutninger eller en åpen diskusjon med egen lege fordi essensiell informasjon mangler og fordi den ikke er laget som et verktøy for å veilede i beslutninger.

Det Kreftregisteret informerer om er unektelig ganske forskjellig fra den informasjon som nylig ble lagt fram på lederplass i *The New England Journal of Medicine*, der det heter: «Hvis du screener 2500 kvinner som er 50 år gamle i ti år, vil én kvinne unngå å dø av brystkreft. Tusen kvinner vil få minst én falsk alarm (og halvparten av dem må ta biopsi). 5-15 kvinner vil bli overdiagnostisert og behandlet unødig med kirurgi, stråling og kjemoterapi.» (1)

Kreftregisteret er ikke enestående; ingen offentlig eller privat informasjonsformidler i Norge har forpliktet seg på prinsipper for hvordan man bør legge fram kunnskap for å fremme brukermedvirkning i beslutninger om eget liv og egen helse. Helseforvaltningen og nasjonale spisskompetansemiljøer har i det hele tatt et uavklart forhold til om man bør oppmuntre folk til egne valg. Det gjelder f.eks. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket. Det gjelder også i tjenestene selv; allmennleger har eksempelvis et tvetydig forhold til sin oppgave som rådgiver (2). Det er uklart om «den pasientsentrerte metode» forutsetter en pasient som er fullt ut orientert om kunnskapsstatus for sitt helseproblem (3). «Alle» er derimot enige om at informert samtykke er nødvendig i forhold til utprøving av ny behandling. De samme aktørene glemmer at det ikke er noen prinsipiell forskjell på å få nye og «gamle» tiltak.

Pasientrettighetsloven er på den annen side krystallklar og utfordrende: «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsestilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.» (4) Denne informasjonen kan pasienten bruke til å medvirke i de beslutninger som skal treffes. I lovens paragraf 3-1 heter det: «Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon».

I dette essayet er formålet å drøfte noen årsaker til den svake kultur for reell pasientmedvirkning – i klinisk praksis og på policy-nivået – og peke på noen muligheter for endring. Jeg pretenderer ikke å gi noen uttømmende redegjørelse; målet er å skrape litt under overflaten av beslutningene og påvise at «det er noe der». Mammografidebatten er egnet for å illustrere noen av spørsmålene som reiser seg.

«Masseundersøkelser og helsekontroller»

Allerede i 1979 beskrev Harald Siem det teoretiske grunnlag for screening i lys av beslutningsteori (5). Det er det første norske forsøk jeg kjenner til på en stringent analyse av «decisions under uncertainty». Sammen med

Hans Th. Waaler holdt Siem i årene etter en seminarrekke for medisinstudenter som jeg fikk være med på. Det vekket interessen for beslutninger og beslutningsunderlag, åpnet opp for grunnleggende diskusjoner om helse-tjenestens kunnskapsgrunnlag og ble en inspirasjon til å bidra til oppryd-dingen i rotet i forskningens arkivrom (6).

Beslutningsteori som fag har imidlertid, etter mitt syn, ikke bidratt sær-lig mye til å løse de grunnleggende problemer knyttet til å treffe «gode beslutninger». Det har forblitt teori. Også helseøkonomien har vært en skuffelse på dette punkt.

En velinformert beslutning

Helsepersonell og helseforvaltningen treffer beslutninger om hvordan å påvirke folks og folkets helse absolutt hele tiden. Beslutninger om helse og helsetjenester er som regel forankret i informasjon; det er sjelden vi slår krone og mynt. Vi bør ha innsikt i problemets natur og kjenne konsekven-ser av ulike handlingsvalg. Slike fakta er imidlertid ikke nok; man må i tillegg mene noe; om forventet nytte, skade og kostnader (og om avveilingen mellom nytte og skade der bildet ikke er entydig). «Hva er viktig og hvor viktig er det?» må «noen» spørre – og svare. Slik blir beslutninger til; i møtet mellom det objektive og det subjektive. Dette er det beslutninger er; ikke en fasit med to streker under, men en vurdering av sjanser og verdier.

Denne «modellen» er – når den stilles opp på en formell måte – det man i klassisk beslutningsteori og økonomisk analyse kaller teorien om forventet nytte (expected utility theory) (7). Den beskriver en modell for rasjonell opptreden basert på logiske regler som er internt konsistente, og et mål om nyttemaksimering. Forventet nytte er kryssproduktet mellom hvor sannsyn-lig det er at noe skjer og hvilken verdi man tillegger dette utfallet. For å hjelpe folk å opptre rasjonelt når de skal treffe vanskelige beslutninger, har man forsøkt å lage analyseverktøy som beslutningstrær o.l.

Beslutningstrær er en formalistisk fremgangsmåte som ikke likner den måten folk flest treffer beslutninger på (8). Studier av folks atferd viser at vi har en mye mer intuitiv tilnærming. Den er fleksibel og på sett og vis imponerende; vi er i stand til å treffe utallige beslutninger mens vi bombar-deres av informasjon fra den ytre verden og fra eget sinn. På den annen side blir beslutningene ofte «biased»; preget av tilsynelatende sammenhenger og rene feiltolkninger. Vi er bl.a. ikke vant til å forstå risiko eller håndtere informasjon om behandlingseffekter, og er sårbare for hvordan informasjo-nen presenteres og kontekstualiseres. Vi har også kognitive begrensninger og greier f.eks. ikke å vurdere mer enn noen få konkurrerende alternativer når vi skal karakterisere et fenomen .

Ønsket om å bidra til «gode beslutninger» har derfor ledet til andre, mer preskriptive modeller, som ivaretar kravet om god informasjon, men lempet på kravene om å multiplisere seg fram til en beslutning om f.eks. å ta i mot et screeningtilbud eller ikke. Informert samtykke, «informed choice» og «reasoned choice» er begreper som har vært brukt (8). De har det til felles at de leder til «gode beslutninger» simpelthen fordi det var en god prosess (og ikke fordi de kom fram til et riktig svar). Dette er den velinformerte beslutning; den gjelder kjente til realistiske implikasjoner og traff så beslutningen selv eller i et tillitsfullt samspill med de fagpersoner som var involvert.

På policy-nivået kan vi kalle det den velinformerte policybeslutning. Det forutsetter også her en systematisk og åpen innhenting og fremlegging av informasjon (om problemet, om måter å håndtere problemet på, om lokale forutsetninger for implementering og om ressurser og kostnader) (9). I tillegg forutsetter det at man har strategier for å involvere dem beslutningen vil få konsekvenser for, f.eks. i policydialoger eller andre eksplisitte forsøk på å engasjere publikum.

Status presens

Etter min vurdering har vi altså få slike beslutninger i Norge fordi ingen aktører har jobbet systematisk med hva det vil si å treffe velinformerte beslutninger sammen med dem beslutningen gjelder. Helsefaglig praksis i Norge er derfor ennå i stor grad paternalistisk. De færreste beslutningstakere har et klart bilde av hva en beslutning egentlig er og hvilke elementer den består av. Vi gir stadig råd om forebygging og behandling selv når kunnskapsgrunnlaget er syltynt, og vi orker ikke med usikkerhet; bare glatter over den eller måker den under teppet. Informasjon om screeningtilbud er et godt eksempel; gjennomgående overdrives nytten, mens skadene bagatelliseres (10). Det er i det hele vanskelig å skjønne at man har et valg. Slagordet synes å være: ta testen, ikke ta sjansen. Man mangler den systematikk og åpenhet som er varemerket for å kalle noe sant.

Det mangler også et syn for hvorfor det er viktig og riktig at folk treffer egne valg. De profesjonelle aktørene «rives» mellom ønsket om størst mulig oppslutning om programmet og hensynet til informert samtykke. Kombinasjonen av sterke meninger og selektiv rapportering av faktagrunnlaget ser vi også bl.a. på vaksineområdet, for blodtrykksbehandling, i rusomsorgen og i legemiddelreklame.

Hvorfor spiller det en rolle?

Helsetjenesten og alle andre «hjelpende tjenester» intervenserer i folks liv. Mange ganger er det et ubestridelig gode at noen griper inn. Ved ulykker, akutt innsettende og livstruende sykdom, og der samtykkekompetanse mangler, har det preg av et moralsk imperativ å handle for å hjelpe. Størstedelen av sykdomsbyrden i en befolkning skyldes imidlertid kronisk sykdom. Beslutningene handler mer om hvordan folk bør leve enn om å overleve. Og mye «hjelp» er svakt fundert; tiltakene er ikke godt evaluert, bivirkninger forekommer, ikke alle blir hjulpet, ikke-intenderte effekter dukker opp osv. I tillegg er det mange beslutninger knyttet til det helsefremmende og forebyggende arbeidet der kunnskapsgrunnlaget gjennomgående er ennå svakere. For mange spørsmål i klinikk og samfunnsmedisin foreligger følgelig ingen fasit, og det kan meget vel tenkes at folk velger forskjellig selv om de har tilgang til den samme informasjonen.

Hvordan vi treffer beslutninger i slike situasjoner spiller først og fremst en rolle fordi det å gi hjelp, tilby råd eller anbefale en atferd faktisk er å bevege seg over grensen til «den andre» og at det har konsekvenser ikke lenger å være på «eget territorium». Jeg har andre steder forsøkt å beskrive logiske og faglige vansker knyttet til vår bruk av forskningsbasert informasjon og til selve beslutningstakingen (11,12). Noen av disse er antakelig uløselige i den forstand at man nok kan nå fram til en bestemt beslutning i det enkelte tilfelle, men det er egentlig umulig å presentere en generell løsning (13). Det gjelder f.eks. når vi bruker observasjoner av «hvordan det gikk med andre» for å bedømme «hvordan det vil gå med den neste pasient». Det kommer til et punkt hvor vi må kaste de faglige kortene og sette vår lit til noe dypere; «that of respect for the person as a self-governing agent, capable of understanding, and deliberating about important choices» (14). Beslutninger opplyses av informasjon, men er noe mer, og kan til syvende og sist bare treffes av den det gjelder.

Hvordan vi treffer beslutninger spiller en rolle også fordi hjelpen gis med et løfte om å gjøre mer nytte enn skade. Det er så å si en del av kontrakten mellom publikum og de profesjonelle; at den hjelpesøkende kommer til et møte med den beste kunnskap som finnes om det aktuelle problem og at det faktisk finnes god dokumentasjon (eller entydig praktisk erfaring) for at de tiltak som foreslås gjør mer nytte enn skade.

Bedre informasjonskvalitet

Hvis vi skal styrke muligheten for velinformerte beslutninger i klinikk og policy, er det mye å ta fatt på. I teorien er de færreste interesserte i å treffe uinformerte beslutninger eller beslutninger som ikke er godt opplyst av

gjeldende fakta. De fleste foretrekker medbestemmelse fremfor diktat. I praksis er situasjonen en annen, vi trer dårlig funderte beslutninger ned over hodet på folk hele tiden. Skal situasjonen bli bedre, må vi implementere prosesser for å bedre både informasjons- og beslutningskvaliteten. Dessuten må vi endre holdninger.

En studie av den medisinske kunnskapsmengde ville avdekke et sentralt paradoks. Databasene Medline og Embase er fulle av referanser til utallige studier, men samtidig mangler vi kunnskap om en lang rekke vanlige problemer og tiltak. Det stiller oss overfor flere utfordringer; bl.a. om ærlighet i den måten vi fremstiller kunnskapsgrunnlaget på, og at vi må presse på for god evaluering av lovende tiltak. Forskningen publiseres også stykkevis og delt. For i det hele tatt å få oversikt, dvs. å gi en sannferdig beskrivelse av et kunnskapsgrunnlag (om igjen og om igjen, for den lange rekken av spørsmål vi baler med i praksis og policy) må man basere seg på noen prinsipper. Ethvert utsagn i helsefagene kan belegges med en rekke referanser. Det er først når man på en systematisk og åpen måte viser fram hele kunnskapsbildet at det er mulig å ha tiltro til en påstand. Systematikken er nødvendig for å sikre at relevant forskning er funnet, vurdert og brukt på en forstandig måte. Åpenheten betyr at vi åpner oss for kritikk, også mht. de vurderinger man alltid må gjøre. Det er gjennom systematikk og åpenhet at vi opptrer ansvarlig.

De siste 20 årene er det gjort fremskritt i metoder for å trekke sammen kunnskap, og vi er et stykke på vei mot målet om bygge en informasjonsarkitektur der nye forskningsfunn innplasseres i et system for systematiske oversikter. Samtidig er dette blitt en kamparena. Mens forskere, praktikere og beslutningstakere på policy-nivået før slo hverandre i hodet med enkeltreferanser, er det nå retningslinjer og oversikter man bruker (15). Brystkreftscreening er ikke det eneste området hvor man har betydelig flere oversikter over enkeltstudier enn enkeltstudier. Resultatene varierer etter hvilke studier man trekker inn og ut, og hvor kritisk man er overfor bestemte aspekter ved måten studiene ble gjort på.

Ledere i helsetjenesten har et særlig ansvar for å bedre situasjonen både fordi de selv bidrar i policy-beslutninger som har konsekvenser for mange, og fordi de må planlegge for informasjonshåndtering i egen organisasjon. Det må bety vesentlig mer enn å ha en stor informasjonsavdeling! Det handler om å bygge en kultur for kunnskapsbaserte beslutninger, trene personellet, få på plass nødvendige støttefunksjoner og evaluere hvordan man skaper endring. Selv Verdens helseorganisasjon har måttet fornye sine metoder for kunnskapshåndtering for å bedre informasjonsgrunnlaget (16). «Noen» må også ta ansvaret for å se helsetjenesten som en helhet, og sikre

kvalitet i kunnskapshåndteringen blant alle dem som driver forebygging og pasientarbeid. Hvem støtter helsesøster i hennes bruk av forskningsbasert informasjon? Hvem sørger for at lokale retningslinjer og prosedyrer er kvalitetssikret på bedre måter enn ved avdelingsoverlegens godkjenning? Hvem tar ansvaret for at Samhandlingsreformen og NAVs «raskere tilbake» tuftes på det vi faktisk vet og på robust evaluering av det vi ikke vet, men likevel vil innføre?

Bedre beslutningskvalitet

Et godt kunnskapsgrunnlag er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for gode beslutningsprosesser. Vi må i tillegg arbeide med å gjøre det mulig for dem beslutningen angår, på en meningsfull måte, å delta i beslutningstakingen. Et område hvor det er gjort nyttig arbeid de senere årene er «risk communication». Hvis folk skal være med å treffe velinformerte beslutninger, må de forstå hvilke sjanser de har: «Hva vinner jeg ved å ta i mot intervensjonen, og hva er mine sjanser for et bestemt utfall hvis jeg dropper det»? Det innebærer å kunne skape mening fra tall, noe også helsepersonell strever med. Eksempelvis har Schwartz, Woloshin & Welch i en serie arbeider vist at folk – selv de med liten utdanning – kan forstå absolutt risiko satt opp i tabeller (som er den mest effektive måte å se på og sammenlikne serier av tall) (17). Ikke bare blir informasjonen forstått, den blir også etterspurt, og kan kontekstualiseres. Folk greier altså både å forstå og skape mening, hvis vi bruker bedre måter å representere tallene på (18, 19). Her er stort rom for forbedring i helsetjenesten og helseforvaltningen, for ikke å snakke om i media (20).

Beslutningsverktøy er systematisk utviklede hjelpemidler for bestemte beslutningssituasjoner. De kan forbedre pasienters kunnskap om valgmuligheter, bidra til mer realistiske forventninger om mulige utfall og øke involveringen i beslutningsprosessen (21). En viktig oppgave framover vil være å inkorporere denne type hjelpemidler i informasjonsmaterieell om screening, der det til nå har vært beskjedent med beslutningsverktøy av tilfredsstillende kvalitet (22).

På policynivået er det også andre utfordringer knyttet til det å samhandle med brukere for å bidra til bedre beslutninger. Når det treffes beslutninger som vil gjelde mange eller alle i en befolkning, settes selvsagt individuelle preferanser til side. Noen beslutninger *skal* være rent politiske av natur; det er nok å begrunne dem med meninger og få flertallet over på sin side. Etter min vurdering hadde det vært mer ryddig å begrunne røykeloven med meninger om røyking på offentlige steder enn å rote seg bort i spørsmålet om hvor skadelig passiv røyking er (der kunnskapsgrunnlaget var nokså

svakt). I slike saker tåler vi politiske avgjørelser, og faglig argumentasjon blir en avsporing. Det samme kan man ikke si om spørsmålet om hvorvidt fødeavdelinger bør stenges. Det er åpenbart at folk vil resonnerer ulikt avhengig av om det faktisk er sant eller ikke, at det å føde på en avdeling med få fødsler og begrensede støttefunksjoner øker risikoen for at noe går galt.

Systematisk bruk av rådslag og høringer på nett er to gode eksempler på at man også i Norge faktisk forsøker å involvere publikum på nye måter. Det britiske kunnskapssenteret for helsetjenesten, NICE, har offentlige høringer på utkast til alle prosjektplaner og rapporter. Vi går en fremtid i møte der befolkningen vil delta på nye måter i det å treffe beslutninger som har konsekvenser for mange.

Et forbehold

Det kan være grunn til å minne om at store deler av samfunnsordningen er et stort «normaliseringsprosjekt». Det er kort vei fra våre ideer om normalt og unormalt til hva vi synes er etterstrebellesverdig og nyttig. Vår kontekst er vestlig kapitalisme med smale vellykkethetsidealer, sterk «ytrefiksering» og liten åndelig ballast. Det er ikke bare skolen, kriminalomsorgen og barneoppdragelsen som opererer under dette paradigmet; det gjelder også helse-tjenesten. En stor kropp, skjeve tenner, nedstemthet, uro – det er lett å peke på eksempler der vi gjennom vår aktivitet kan kritiseres for å skape sykdom som vi så ønsker å behandle. Vi må derfor ha et uhyre våkent blikk for hva vi forebygger mot og behandler til. Hjelpen blir ikke til hjelp bare fordi beslutningene er blitt til ved brukermedvirkning, på basis av metodisk god forskning. Vi må alltid løfte blikket og se den store konteksten.

Avslutning

Når vi inngår i relasjoner med andre, ønsker vi å bli tatt på alvor. Vi ønsker å bli møtt med respekt og åpenhet. Vi vil lytte og bli lyttet til. Dersom vi trenger hjelp, ønsker vi at fagpersoner bidrar med sin særskilte kompetanse slik at det blir en velinformert beslutning. I saker som har innflytelse på vårt eget liv, ønsker vi å ha et avgjørende ord med i laget.

Slik bør det også være i møte mellom pasient og hjelpere i helsetjenesten. Da utvikler vi menneskets frihet.

Litteratur

1. Welch HG. Screening Mammography — A Long Run for a Short Slide? *N Engl J Med* 2010; 363:1276-8.
2. Aschim B. Rådgivningens vanskelige landskap. *Dagens Medisin* 1.3. 2011: side 24.
3. Parker M. The ethics of evidence based patient choice. *Health expectations* 2001; 4: 87-91.
4. *Lov om pasientrettigheter* (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
5. Siem H. *Masseundersøkelser og helsekontroller*. Rapport nr. 2. Oslo: NAVFs Gruppe for helsetjenesteforskning, 1979.
6. Bjørndal A. Improving social policy and practice: Knowledge matters. *Lancet* 2009; 373: 1829-31.
7. Neumann J von, Morgenstern O. *Theory of games and economic theory*. New York: Wiley, 1947.
8. Bekker HL. Using decision-making theory to inform clinical practice. I: Edwards A, Elwyn G red. *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient-Choice*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
9. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A red. *SUPPORT Tools for evidence informed health Policymaking* (STP). Report no 4. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2010.
10. Jørgensen K, Gøtzsche P. Content of invitations for publicly funded screening mammography. *BMJ* 2006; 332: 538-41.
11. Bjørndal A. Kunnskap er makt og bør deles med andre. I: Bjørndal A, Nylenna M red. *Med makten i sitt ord*. Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen. Oslo: Unipub, 2003.
12. Bjørndal A. Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. I: Grimen H, Terum LI red. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag, 2009.
13. Holm S, Davies M. Ethical issues around evidence-based patient-choice and shared decision-making. I: Edwards A, Elwyn G red. *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient-Choice*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
14. Elwyn G, Edwards A. 'It's what we do around here': Shared decision-making as a future organizational competence. I: Edwards A, Elwyn G (eds). *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient-Choice*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
15. Bjørndal A. Kampen om retningslinjene. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1729.
16. Oxman A, Schünemann H J, Fretheim A , Boyd E A, Bero L A, Edejer T T. *Improving the use of research evidence in guideline development*. Report no 11. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2007.
17. Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG. Helping consumers to know their chances. I: Edwards A, Elwyn G red. *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient-Choice*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
18. Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ* 2002; 324: 827-30.
19. Gigerentzer G, Edwards A. Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. *BMJ* 2003; 327: 741-4.

20. Woloshin S, Schwartz LM. Promoting Healthy Skepticism in the News: Helping Journalists Get It Right. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101: 1596-9.
21. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB et al. *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub2.
22. Barratt A, Austoker J. Decision aids and shared decision-making in mammography screening. I. Edwards A, Elwyn G red. *Shared Decision-Making in Health Care. Achieving Evidence-Based Patient-Choice*. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Arild Bjørndal

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør)

Postboks 4623 Nydalen

0405 Oslo

ab@r-bup.no

og

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0318 Oslo

Presten Thomas Bayes og medisinske beslutninger

Michael 2011;8: 189–199.

Thomas Bayes (1702–61) var prest. Han etterlot seg matematiske og statistiske arbeider som har fått stor betydning for medisinsk beslutningsdannelse. Hans arbeid har spesiell relevans for medisinsk diagnostikk, screening og forskning. Bayes teorem viser hvordan en medisinsk undersøkelse eller tests evne til å bekrefte eller avkrefte sykdom avhenger av forekomsten av sykdommen, testens evne til å fange opp de med sykdom (sensitivitet) og avkrefte sykdom hos de friske (spesifisitet). Mange medisinske feilslutninger skyldes at man ikke fullt ut benytter denne kunnskapen. Bayesianske resonnementer har også stor relevans for tolkning av forskningsresultater. Ved kunnskapsoppsummeringer samles forskningsresultater fra ulike studier som er gjennomført på forskjellige tidspunkt. Ifølge bayesiansk statistikk vil resultatene fra hver av de tidligere studiene påvirke nullhypotesene for de påfølgende studiene. Dette er forhold som det vanligvis ikke tas hensyn til i kunnskapsoppsummeringene. Det kan føre til at vi enten overvurderer eller undervurderer forskningsfunnene. Vi må anta at bayesiansk metode vil få større plass i design og analyse av randomiserte kontrollerte studier i fremtiden.

Thomas Bayes (1702–61) vokste opp rett utenfor London og var eldst av sju søsken (1). Faren, Joshua Bayes (1671–1746), var blant de seks første ikke-konforme prestene¹ som ble ordinert i England etter at den engelske kirke ble etablert. Det var nok ikke et helt enkelt liv. Den engelske kirken var hardhendt med sine dissidenter. Thomas fulgte i farens spor. Ikke-konformister måtte ut av England for å studere teologi. Han ble matrikulert ved Universitetet i Edinburgh i 1719, og skrev sin valgte hovedoppgave

1 Nonconformist minister: Those refusing to conform with the authorized formularies and rites of the Established Church of England. *Catholic Encyclopedia*. www.newadvent.org/cathen/11095b.htm, 03.02.2011.



Thomas Bayes (1702 – 61)

(homely) i 1721 over Matteus kapittel 7, vers 24-27, som omhandler avslutningen av Jesu bergpreken (2).

24. Derfor, hver den som hører disse mine ord og gjør efter dem, han blir lik en forstandig mann, som bygget sitt hus på fjell;

25. og skyllregnet falt, og flommen kom, og vindene blåste og slo imot dette hus, men det falt ikke; for det var grunnlagt på fjell.

26. Og hver den som hører disse mine ord og ikke gjør efter dem, han blir lik en uforstandig mann, som bygget sitt hus på sand;

27. og skyllregnet falt, og flommen kom, og vindene blåste og slo imot dette hus, og det falt, og dets fall var stort (3)

Allerede som 19-åring hadde han staket ut kursen. Thomas ville være en forstandig mann. Han ville bygge sin kunnskapsbase på fjell, ikke på sand. Og det var det han gjorde. Thomas Bayes ble ordinert som ikke-konform prest som sin far, og tjenestegjorde som presbyteriansk prest først i Holborn nord i London, og deretter ved Presbyterian Chapel litt sørvest for byen.

Selv om han ble vennlig omtalt som prest, er det som matematiker han blir husket. Hele yrkeslivet tjente han sin kirke, og de færreste i menigheten var nok klar over hans matematiske genialitet. Under et pseudonym publiserte han enkelte matematiske arbeider mens han levde. Det gav ham medlemskap som Fellow of the Royal Society fra 1742. Men hans sannsynlighetsteori «Essay towards solving a problem in the doctrine of chances» ble publisert først to år etter hans død. Langsomt ble arbeidene hans anerkjent i vitenskapelige kretser. Den franske matematikeren Pierre-Simon Laplace (1749-1827), kjent for bevisene for solsystemets stabilitet, skrev om det unike arbeidet i sine memoarer fra 1781 (2). Thomas Bayes etterlot seg en unik notatblokk, som inneholder betydelige matematiske arbeider, inkludert diskusjoner om sannsynlighet, trigonometri, geometri, ligningsløsninger, serier og differensialregning. I notatblokken drøfter han også temaer som elektrisitet, optikk og himmellegemer (4).

Kanskje forsto han heller ikke selv hvor praktisk viktig hans arbeider skulle bli, blant annet innenfor medisinen. Han visste nok heller ikke at statistikere og forskere over 250 år senere fremdeles søker etter nye områder hvor teoriene hans får stor betydning.

Legens diagnostiske resonnement

En pasient som går til legen med ønske om hjelp, presenterer en sykehistorie, en fortelling, opplevelser med smerter, nedsatt funksjonsevne eller andre tegn på sykdom eller lidelse. Umiddelbart starter et avansert forståelsesløp. Pasienten og legen samarbeider om å finne ut hva slags fenomen tilstanden representerer, om det er sykdom eller normaltilstand, om tilstanden er godartet, om den vil lege seg selv, om det finnes effektiv behandling mot den, om pasienten selv kan gjøre noe for å bli kvitt den eller forebygge forverring. Den kliniske tenkningen i medisinen er spennende og sammensatt. Gjennom sin utdanning og erfaring har legen lært å kjenne igjen visse mønstre som peker i retning av spesifikke sykdomsbilder. Forståelsesprosessen kompliseres ytterligere ved at skillet mellom syk-frisk og uhelse-helse ikke er konstant gjennom historien og på tvers av kulturer.

Helt fra medisinenes første tid har man lett etter logiske sammenhenger eller spesielle tegn som indikerer at pasienten kan være syk. Det er avgjørende

at legen klarer å forstå at pasienten er syk hvis hun virkelig er det. En lege som ikke klarer å finne ut hvem som er syk og hvem som er frisk, er ikke spesielt verdifull for pasienten. Unntaket må være hvis det ikke finnes behandling mot sykdommen. Naturligvis kan legen både være omsorgsfull og god på bunnen som vi sier. Vi krever likevel mer av den profesjonelle legen enn omsorg og godhet. Derfor vil legen forsøke å utstyre seg med et forståelsesapparat som er sensitivt nok i forhold til å fange opp de som faktisk er syke. Nedsatt allmenntilstand, ufrivillig vekttap, sterke smerter, feber, nedsatt funksjonsevne er eksempler på forhold som indikerer sykdom. Men noen er syke selv om de ikke presenterer slike symptomer og tegn, og en del av de som kommer med slike plager, er ikke nødvendigvis syke.

Ved siden av å lete etter generelle sykdomstegn som gjør at vi fanger opp de som er syke, leter vi også etter spesifikke sykdomstegn. Hvis det spesifikke sykdomstegnet er til stede, vet vi med stor sikkerhet at pasienten faktisk har en bestemt sykdom eller lidelse. Det enkleste er kanskje det man umiddelbart kan se. Ved mange infeksjonssykdommer med hudutslett, som meslinger, vannkopper og røde hunder forekommer slike spesifikke sykdomstegn. Den gode klinikerer ser forskjell på hudutslettene, iallfall når de er typiske. Har man typiske vannkopper, feiler man ikke noe annet. Ved en rekke andre sykdommer som hudlidelser, leddgikt, hjerneslag og nevrologiske lidelser finnes også slike spesifikke tegn. Gjennom hele den kliniske undersøkelsen hvor legen bruker alle sine sanser som syn, hørsel (auskultasjon), lukt, berøring (varme-kulde, motstand-mykhet), palpering og banking, leter klinikerer etter mønstre som bidrer til at vi fanger opp den som er syk og avkrefter sykdom hos den friske.

I forståelsesprosessen frem mot diagnosen forsøker klinikerer bevisst eller ubevisst å utnytte slik sensitiv og spesifikk informasjon. På bakgrunn av kunnskap, erfaring og skjønn gjør legen en vurdering og faller ned på en foreløpig konklusjon. Disse foreløpige konklusjonene kan grupperes i tre:

1. Det er mest trolig at pasienten er frisk
2. Det er mest trolig at pasienten er syk, men usikkert hva hun feiler
3. Det er mest trolig at pasienten er syk og legen antar det er denne spesielle tilstanden

Verken pasienten eller legen ønsker å bli værende i det andre alternativet. Det er naturligvis avgjørende at beslutningene er så sikre som mulig. Utsagn som «jeg tror aller helst du er frisk, men det er nesten like trolig at du er syk», er neppe en slager på legekontoret.

Bayes' teorem i diagnostikken

Bayes' teorem danner grunnlaget for slike logiske beslutningsprosesser i diagnostikk. Kjernebudskapet er at sannsynligheten for en hendelse A gitt en hendelse B (f. eks. sannsynligheten for at en kvinne har brystkreft gitt at hun har testet positiv på mammografi) ikke bare er avhengig av forholdet mellom hendelsene A og B (dvs. mammografiens treffsikkerhet), men også av førsannsynligheten (forekomsten av brystkreft i den aktuelle befolkningen) for hver hendelse.

Det enkle matematiske uttrykket for Bayes' teorem er dette (5):

$$P(A/B) = \frac{P(B/A) P(A)}{P(B)}$$

I vårt eksempel kan vi bruke følgende forklaringer:

- $P(A/B)$ er den betingete sannsynligheten for brystkreft etter at vi vet svaret på mammografien. Det er dette vi ønsker svar på.
- $P(A)$ er sannsynligheten for brystkreft før vi tar mammografi, dvs. a priori forekomst av brystkreft i befolkningen
- $P(B/A)$ er den betingete sannsynligheten for positivt mammografisvar gitt brystkreft (sanne positive), dvs. testens sensitivitet
- $P(B)$ er sannsynligheten for et positivt mammografisvar blant alle som tar prøven.

La oss ta et annet eksempel. En 50 år gammel mann kommer til legen etter en måned med tilbakevendende smerter i brystet i forbindelse med anstrengelse. En av sykdommene legen må tenke på er koronar hjertesykdom. Det kan naturligvis være en rekke andre tilstander, men la oss for enkelhets skyld følge tenkningen i forhold til denne ene sykdommen. Legen vil på basis av kunnskap om forekomst av sykdommen for menn i denne aldersgruppen danne seg et første bilde av sannsynligheten for at denne pasienten har koronarsykdom. Bayes ville kalt dette «førsannsynlighet» (a priori sannsynlighet). Deretter ville han tatt for seg en etter en av de relevante opplysningene i sykehistorien. Hvor pasienten bor, hvilket yrke han har, om han røyker, har diabetes, hvordan smertene beskrives, hvordan de kan utløses osv. Etter hvert kan vi legge på diagnostiske tester, slik som elektrokardiogram, ulike blodprøver, evt. belastningstester av hjertet og spesielle røntgenundersøkelser. Hver og en av disse opplysningene gir ny informasjon som avhengig av utfallet enten styrker eller svekker antakelsen om at vår pasient har koronarsykdom. Bayes ville sagt at sannsynligheten for sykdom etter denne tilleggsinformasjonen er en betinget (conditional) sannsynlighet.

Sensitivitet, spesifisitet og 2x2-tabellen

Innen medisinsk diagnostikk er målet høy presisjon. Derfor ønsker vi å vite hvor gode undersøkelsene vi utfører, er til å bekrefte eller avkrefte sykdom. En test som er svært god til å fange opp alle de som er syke sier vi har høy sensitivitet. En test som er svært god til å avkrefte sykdom, dvs. å bekrefte at du er frisk hvis du faktisk er det, sier vi har høy spesifisitet. I en slik enkel modell kan vi ha fire utfall. Testen kan være sant positiv (pasienten er syk og testen viser at pasienten er syk), testen kan være falskt positiv (pasienten er syk, men testen er negativ), testen kan være sant negativ (pasienten er frisk og testen viser at pasienten er frisk) eller testen kan være falskt negativ (pasienten er syk, men testen viser at pasienten er frisk). Testens sensitivitet er derfor knyttet til i hvor stor grad den er sant positiv, og testens spesifisitet til i hvor stor grad den er sant negativ.

Det er to viktige aspekter knyttet til å bruke Bayes' teorem i medisinsk diagnostikk som stadig resulterer i diagnostiske feilslutninger. For det første vil testens evne til å bekrefte eller avkrefte sykdom avhenge av det Bayes kalte førsannsynlighet. Mange unge leger som har fått utdannelsen ved store sykehus hvor forekomsten av sjeldne sykdommer er ganske stor, tar med seg denne erfaringsbakgrunnen når de begynner å arbeide i primærhelsetjenesten. Da er mulighetene til stede for at de overvurderer sannsynligheten for en rekke lidelser. Det er avgjørende å forstå at førsannsynligheten (forekomsten) varierer betraktelig avhengig av hvor man arbeider i helsetjenesten. Symptomet hodepine har f. eks. en helt annen informasjonsverdi hos en pasient på nevrologisk avdeling ved et universitetssykehus enn tilsvarende symptomer på venteværelset hos primærlegen. Kanskje er det 100 ganger mer sannsynlig at pasienten som er henvist til nevrologisk avdeling, har en alvorlig hjernesykdom enn pasienten som sitter med tilsvarende hodepine på venteværelset hos primærlegen. Det skyldes naturligvis at man hos pasienten som utredes ved nevrologisk avdeling allerede har utelukket en rekke mindre alvorlige årsaker som ikke hadde ført til henvisning til sykehus.

Det andre forholdet er testens prediktive egenskaper, dvs. dens sensitivitet (evne til å fange opp de syke) og spesifisitet (evnen til å fange opp/ekskudere de friske). Det er oppsiktsvekkende hvor ofte leger overvurderer testers prediktive egenskaper. Det gjelder både i diagnostikk og screening. Enda vanskeligere blir dette for den øvrige befolkningen, som ofte vil ha en stor tiltro til medisinske undersøkelser. Ved flere screeningundersøkelser som benyttes i primærhelsetjenesten, slik som screening for brystkreft, prostatakreft, kolonkreft eller livmorhalskreft, vil det være omtrent like vanlig å være frisk som å være syk selv om man har positive funn.

Det finnes praktisk talt ingen tester som er 100 % sensitive og 100 % spesifiske i forhold til sykdom. Svært gode tester kan ha sensitivitet og spesifisitet på over 95 %, mens mange tester vi bruker kanskje har en sensitivitet og spesifisitet på mellom 50 og 80 %.

Der hvor testen har en trinnvis eller kontinuerlig skala, kan vi ved å endre innslagsnivå for hva som er positivt og negativt, også endre sensitivitet og spesifisitet. Et eksempel kan være kroppstemperatur ved influensa. Under influensapandemien (2009-10) ble det fortalt at et typisk kjennetegn ved influensa var temperatur over 39,5 gr C. Det finnes åpenbart mange med influensa som ikke vil ha så høy kroppstemperatur. Ved å sette grensen til 37,5 gr C ville man kanskje fange opp nesten alle de med influensa (sensitiviteten ville være høy), men på den annen side ville et stort flertall av de som hadde temperatur over 37,5 gr C enten være helt friske eller ha helt andre sykdommer (spesifisiteten ville være lav).

I eksempelet nedenfor (tabell 1) tenker vi oss at vi tester 1000 pasienter med tanke på en spesiell sykdom. Forekomsten av sykdom er 10 % i denne pasientpopulasjonen og testen som skal gi oss ytterligere informasjon om hvem som er frisk og hvem som er syk har en sensitivitet og spesifisitet på 90 %:

Tabell 1

	Syk	Frisk	Totalt
Test positiv	90	90	180
Test negativ	10	810	820
Totalt	100	900	1000

I dette eksempelet ser vi at 90 er sant positive, 90 er falskt positive, 10 er falskt negative og 810 er sant negative. Vi ser at sannsynligheten for sykdom gitt at testen er positiv er 50 %.

Dess sjeldnere sykdommen er, dess forsiktigere bør helsetjenesten være med å ta unødvendige undersøkelser. La oss se på hva som skjer hvis forekomsten av sykdom er bare 1 % og sensitivitet og spesifisitet fortsatt er 90 % (tabell 2):

Tabell 2

	Syk	Frisk	Totalt
Test positiv	9	99	108
Test negativ	1	891	892
Totalt	10	990	1000

I denne situasjonen vil bare 9 av 108 som har positiv test være syke, dvs. 8 %. Derimot vil andelen falskt negative være liten, dvs. nær 0,1 %.

Det er på denne måten lett å vise at når førsannsynligheten er så lav som 1 %, må sensitiviteten og spesifisiteten til prøven være over 99 % for at det skal være mer enn 50 % sannsynlig at pasienten er syk ved positivt prøvesvar (tabell 3) .

Tabell 3

	Syk	Frisk	Totalt
Test positiv	10	10	20
Test negativ	0	980	980
Totalt	10	990	1000

Bayesiansk statistikk i forskning

I den senere tid har statistikere drøftet betydningen av bayesiansk tenkning også i forskning (6). Mange kunnskapsoppsummeringer baserer seg på en systematisk sammenstilling av funn i flere studier. Når man sammenstiller informasjonen fra de ulike studiene, f. eks. randomiserte kontrollerte studier (RCTer), legges informasjon fra studier som er gjennomført over ulike tidsintervall sammen.

I en slik metaanalyse ønsker man å teste ut en hypotese (nullhypotese). Det handler derfor om sannsynligheten for et datasett (den samlede informasjonen man har) gitt en spesifikk hypotese, vanligvis nullhypotesen. Nullhypotesen er vanligvis at det fenomenet (f. eks. en behandling eller et tiltak) som studeres, ikke gir andre eller bedre resultater enn det man sammenligner med. Gjennom metaanalysen, hvor mange studier inkluderes, kan antallet individer som er inkludert i analysen bli større, et forhold som reduserer usikkerheten i funnene.

En bayesianer kan innvende at vi sjelden starter med en hypotese om at fenomenet ikke har effekt, eller at det ikke er forskjell mellom gruppene. Førsannsynligheten er sjelden null. Det kan være gjennomført andre studier, kvalitative eller observasjonelle, eller tidligere små randomiserte studier som bør påvirke nullhypotesen. Den kan bli mer sannsynlig, eller mindre sannsynlig enn null. Er det ikke da riktig å trekke denne førsannsynligheten inn i vurderingen?

The GREAT trial (7) var laget for å teste hypotesen om at tidlig trombolyse som blir gitt av legevaktslegen i hjemmet ville være bedre enn senere behandling i sykehuset. Forskerne gjennomførte en RCT som sammenlignet de to behandlingsregimene. Etter tre måneder var den relative reduk-

sjonen i total letalitet 49 % ($p=0,04$) for pasienter behandlet hjemme sammenlignet med de som fikk behandling i sykehus. Funnet syntes nesten utrolig, gitt at det var dokumentert at sykehustrombolyse i seg selv reduserer dødeligheten med omkring 25 %.

Pocock & Spiegelhalter (8) foretok en bayesians reanalyse av materialet. De pekte på at førsannsynligheten ikke var null reduksjon i letalitet, basert på tidligere studier. Forfatterne mente å kunne vise at førsannsynligheten hadde en fordeling som er vist i den øverste figuren (A). Forfatterne viste at den forventede effekten basert på tidligere studier (førsannsynligheten) var 15–20 %, men med en betydelig usikkerhet i det forventede resultatet. Basert på funnene i undersøkelsen (B), som altså anga en 49 % reduksjon i letalitet, kunne de da estimere sannsynlighetsfordelingen for at tidlig trombolyse i hjemmet ga bedre resultater (C). Konklusjonen var at reduksjonen i tre måneders letalitet neppe var 49 %, men sannsynligvis mellom 20 og 30 % (den nederste figuren), men med en usikkerhet som strekker seg fra svært liten effekt til opp mot 40 %. Både at effekten skulle være større enn 40 % og at det ikke var effekt i det hele tatt var svært usannsynlig. I figurene ser vi at Pocock & Spiegelhalter tar hensyn til både forventningsverdier og spredningsmål. Hvis vi studerer fordelingene i figur A-C, ser vi at den aktuelle studien (B) har bidratt til to forhold. For det første har den forventede effekten av tiltaket blitt større (forflytning på x-aksen fra figur A til C). For det andre har usikkerheten rundt forventningsmålet blitt mindre (mindre spredning i figur C enn A).

I en interessant artikkel i *The Lancet* i 2008 skriver professor emeritus Michael Rawlins ved NICE at det kan være fem hovedgrunner til at bayesianske metoder ikke blir brukt oftere i forskningen (6):

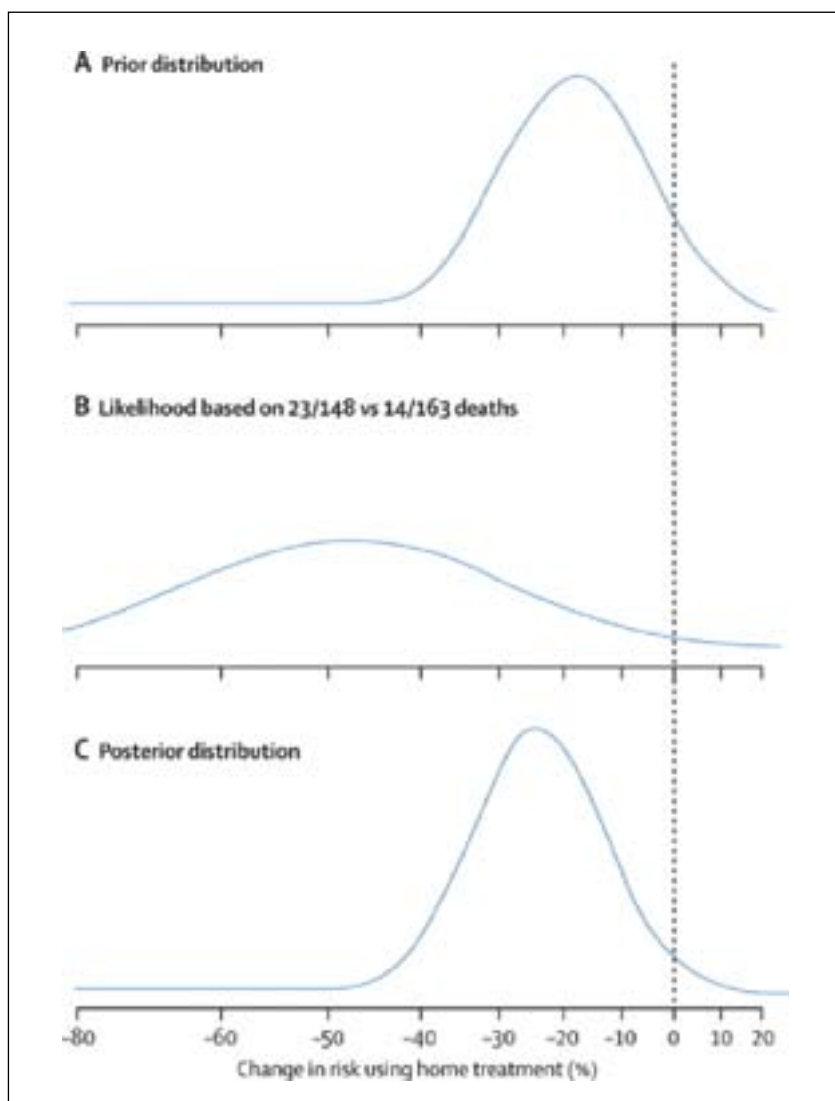
For det første ser en del forskere med skepsis på den subjektive tilnærmingen som det å etablere en fordeling av en førsannsynlighet innebærer. Det til tross for at det i mange situasjoner er illusorisk at det ikke finnes. Det er vanligvis mulig å estimere en førsannsynlighet som er riktigere enn det standpunktet at man ikke har noe kunnskap.

For det andre er det uenighet om hvordan man beregner førsannsynligheten. Den enkleste situasjonen har vi når det finnes tidligere studier. Det er vanskeligere når vi ikke har tidligere studier å bygge på, og man anvender det som kalles forhåndsvalgte (default) sannsynligheter basert på skjønn.

For det tredje er bayesianske analyser ganske komplekse og krevende.

For det fjerde mangler en del statistikere og forskere kunnskap om bayesiansk analyse og er lite villige til å tilegne seg denne kunnskapen.

Sist, men ikke minst, har myndighetene som vurderer medisinsk teknologi i liten grad tatt i bruk bayesiansk tenkning i sitt regelverk (9).



Figur 1. Bayesiansk reanalyse av The GREAT trial (7) som viser dødelighetsreduksjon ved trombolytisk behandling i hjemmet sammenliknet med trombolysse i sykehus.

Når vi ikke bruker bayesiansk metode i forskningen, kan vi lett komme til å treffe feilaktige slutninger. Vi kan både komme til å overvurdere og undervurdere betydningen av ny forskning.

Vi må anta at bayesiansk metode vil få langt større plass i design og analyse av randomiserte kontrollerte studier i fremtiden. Det vil være av stor verdi å frigjøre seg fra begrensningene som fikserte p-verdier representerer. Fremfor alt vil bayesianske tilnærminger hjelpe beslutningstakere å trekke bedre og riktige konklusjoner.

Litteratur

1. Hacking I. Biography. I: *Dictionary of Scientific Biography*. New York: Gale, 1970-1990.
2. *The MacTutor History of Mathematics archive*. www-groups.dcs.st-and.ac.uk/~history/Biographies/Bayes.html (11.02.2011)
3. *Bibelen*. Revidert oversettelse av 1930. Oslo: Det norske bibelselskaps forlag, 1973.
4. Dale AI. *Most Honourable Remembrance : The life and work of Thomas Bayes*. New York-Berlin- Heidelberg: Springer, 2003.
5. Weinstein MC, Fineberg HV et al. *Clinical decision analysis*. London: WB Saunders, 1980.
6. Rawlins M. De testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. *Lancet* 2008;372: 2152-61.
7. GREAT Group. Feasibility, safety, and efficacy of domiciliary thrombolysis by general practitioners: Grampian region early anistreplase trial. *BMJ* 1992; 305: 548-553.
8. Pocock SJ, Spiegelhalter DJ. Grampian region early anastroplase trial. *BMJ* 1992; 305: 1015.
9. Berry D, Goodman SN, Louis TA, Temple R. Introduction to bayesian methods: floor discussion. *Clin Trials* 2005; 2: 301-304.

Bjørn Guldvog
Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo
bjorn.guldvog@helsedir.no

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 landegrenser
- 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 deltakelse 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 Tusenårsmål 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 WHOs 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 sykdomsrelaterte 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 helsetusenårsmålene skal sørge for fleksibel støtte som tillater nasjonale og lokale forvaltere å angripe flaskehalser 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 tusenårs mål. 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 linjedepartementene, 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*

International health work: the beginnings

Michael 2011;8: 210–221.

International cooperation in health began in the nineteenth century as a strategy to contain infectious diseases, notably cholera, while maintaining the benefits of increasing international movement of goods and people through trade and migration. A series of Sanitary Conferences addressed this problem and led to the establishment of several international health organizations. After World War I the League of Nations Health Organisation (LNHO) emerged as a particularly important institution with a profound impact on world concepts of health, health organizations and international cooperation.

The LNHO was active in various fields. Its work on biological standardization, malaria and housing are depicted as examples of its broad and evolving field of activity. Increasingly, the LNHO emphasized the social determinants of health. Its holistic understanding of health and its activist concept of an international health organization served as a model for the post-war World Health Organization.

The WHO constitution declares: “The objective of the World Health Organization ... shall be the attainment by all peoples of the highest possible level of health.”(1). This article rests on a series of assumptions: that an international health organization is in charge of improving health, as opposed to merely informing about it, that it addresses “peoples” rather than governments or scientific institutions and that it aims at “the highest possible” level of health instead of the same level of health for everyone. None of these decisions are self-evident or without alternative. The authors of the constitution were inspired by their predecessor institution, the League of Nations Health Organisation (LNHO).

International cooperation began in the nineteenth century as a way to reconcile the contradictory demands of, on the one hand, increasing international movements of goods and people through trade and migration and,

on the other, of a rising risk of infectious diseases, notably cholera, which ravaged Europe in several epidemic waves with terrifying ferocity(2).

Between 1851 and 1912 twelve Sanitary Conferences addressed quarantine regulation and similar measures in a series of sanitary conventions (3). Their object was not the well-being of individual citizens but the protection of state from external danger. Eventually, these irregular meetings inspired permanent agencies. The first was the International Sanitary Bureau, later renamed Pan American Sanitary Bureau established in 1902 (4). In Europe, an agreement “for the creation of an International Office of public Health” was signed in 1907, establishing the *Office International d'Hygiène Publique*. Unlike the Pan-American Sanitary Bureau, the *Office* should not actually act against disease or otherwise affect public health but merely distribute disease-related information. Meanwhile, the International Health Board (later Division) of the Rockefeller Foundation was developing into another formidable player in the field. By 1951, it was active in over eighty countries around the world. Until the establishment of the WHO, it was “arguably the world’s most important agency of public health work.”(5).

After World War I, the question of international health entered the international agenda during preparations of the League of Nations. Article 23 f committed member states to “endeavour to take steps in matters of international concern for the prevention and control of disease.”(6). Initially, this vaguely phrased sentence suggested an integration of the *Office International d'Hygiène Publique* into League structures, possibly after some modifications. However, neither France nor the USA was ready to place the *Office International d'Hygiène Publique* under League auspices, so that for the League of Nations to become active in health required creating a new institution. In a difficult process national officials at the League formed a Provisional (later Permanent) Health Committee consisting of twelve to twenty health experts from various member countries. Once or twice a year they discussed the agenda of the LNHO, deciding its work program and strategy. Their decisions were implemented by a small staff of League employees who formed the Health Section of the League Secretariat (7).

During the following years the LNHO adopted an ever-increasing number of topics with little systematic plan but largely as they were suggested by one of its members or – increasingly – by member governments. In hindsight, the various programs can be grouped into five fields:

1. The Permanent Programs: ongoing work that continued throughout the existence of the LNHO, most important biological standardization and epidemiological intelligence.

2. Efforts to assess world health through a variety of statistical publications, including statistical handbooks and the International Health Yearbook.
3. Programs to establish and maintain contact and communication between the public health community of different countries through meetings, study tours etc.
4. Individual diseases, addressed in specific commission.
5. Social medicine, the focus of LNHO activities in the 1930s.

A comprehensive description and analysis of all pertinent programs is beyond the scope of this paper, but some selected examples shall serve to illustrate the question.

Standardization

Standardization of sera was an urgent issue since sera, which were produced in living beings (typically mice) did not automatically have identical qualities. Thus, the anti-toxin content in sera varied considerably, which complicated both the calculation of therapeutic dosage and inter-laboratory communication. Before World War I Paul Ehrlich (1854 – 1915) had devised a solution which combined several interlocking components all requiring standardization: the preparation containing the active substance, the unit in which measurements would be expressed, and the method of assay (8). Obviously, this strategy worked only if the standard preparation retained its potency over time and was available to others for reference. In other words, the system needed a caretaker laboratory. Until 1914, Ehrlich's Frankfurt Institute, assumed this task (9). But this became impossible during World War I and several new units, assays and tests for diphtheria as well as for tetanus came into use leading to a confusing and potentially dangerous situation (10). In 1921, the LNHO rose to the occasion and addressed the need for internationally accepted standards

Getting experts from enemy sides of the recent war around one table was a bold endeavor. HC president Thorvald Madsen (1879 – 1957), head of the Danish State Serological Institute, who had excellent contacts colleagues both in Germany and on the allied side made it possible. In December 1921 participants of a remarkably international conference agreed to engage in cooperative standardization efforts and named Madsen's institute as future caretaker laboratory and initiated the creation of an LNHO Standardization Commission (11). During the following years, its work continued on an ever-growing series of preparations and assays, and every success increased the load of routine activities. The caretaker laboratories in Copenhagen and later London (for vitamins and hormones) sent samples

literally around the world into all continents (12). Though the work was not without tension and rivalry, the record is impressive. In 1937, the Standardization Commission proudly announced:

Between 1922 and 1935, this Commission has established international standards for eleven therapeutic sera, one bacterial extract, four vitamins, three sex hormones, five gland preparations and five other therapeutic agents. For all important therapeutic substances requiring biological assay, standards and international units may now be said to be available. The Commission's recommendations in regard to assays have been followed out in all large laboratories, a result that may be ascribed to the scientific standing of its members and of the many experts it has associated with its work. ...

By now ..., thirty-one countries have officially recognised and adopted the units and standards, advocated by the Health Organization. These comprise nineteen countries in Europe, seven in the American continent, one in Africa, and three in Asia and Australasia. Further, it has been possible, so far, to preserve the principle of free distribution (13).

Although this report clearly had some propaganda value, this should not obscure the immense value of the Commission for laboratory work everywhere. Offering standards not only for preparations and units but also for tests, basic laboratory practices (such as container labeling), public health diagnostics and blood groups, it also provided a background for more far-reaching international and inter-laboratory considerations of what constituted laboratory work. By making laboratory research and its application in the real world more reliable, more efficient and more comparable, the overall effect of the LNHO Standardization Commission on medical science and pharmaceutical production was no doubt profound.

Malaria

The Malaria Commission, formed in early 1924, became one of the most long-lived and active bodies, over time recruiting a large number of experts from numerous countries.

Initially, LNHO activities consisted mainly of numerous, extensive study tours by Commission members to malarious areas. These tours served as fact-finding missions and as meeting grounds for international experts, notably those affiliated with the LNHO and the Rockefeller Foundation. Between themselves, these organizations attracted a substantial part of the international community of malariologists, representing all shades of anti-malaria concepts. Although, there was no sharp dividing line the main LNHO approach veered towards a comprehensive, horizontal strategy, which emphasized therapy, while the preferred focus of the Rockefeller Foundation

was on vertical and laboratory-based strategies that emphasized anti-mosquito measures. Implicitly, these differences juxtaposed a European, mainly Italian, subdued approach against American confidence in technological progress (14).

These difficulties surfaced after a study tour in 1924 when Colonel S.P. James, officer at the British Ministry of Health and co-founder of the Malaria Commission, emphatically called for improved nutrition and housing and for the large-scale use of quinine. Thus enraging Lewis Hackett (1884 – 1962), a senior official of the Rockefeller Foundation, who followed a strictly anti-anopheles approach (15). A 100-page document, published by the Malaria Commission in July 1927, was meant as a compromise paper but was clearly closer to James's views. It portrayed malaria not primarily as a scientific question but as a condition embedded in complex local circumstances. Rather than making suggestions for strategies where money was no object it took a more pragmatic approach. Although recognizing that indeed, the complete disappearance of malaria was preferable, the text declared that in the real world for the vast majority of places a substantial reduction of malaria was all that could be hoped for and, given the financial constraints and additional health concerns, all that should be tried. Within these limitation the report insisted on the necessity for some care for malaria patients and recommended a list of further measures such as malaria instruction in medical training in Europe, educating housewives to kill mosquitoes while cleaning house and generally improving people's living conditions and education standards (16).

This clash has been interpreted as basic disagreements between the LNHO and the Rockefeller Foundation over malaria strategy. But the situation was more complex, since discussions really took place between different scientists within the Malaria Commission. Differences of concept and approach were in degree and emphasis more than in principle. Partly, they resulted from contradictory convictions in leading personalities of the Rockefeller Foundation and the Malaria Commission, but they also grew naturally from the different conditions in which both institutions acted. The LNHO coordinated and initiated research and formulated recommendations to governments and scientists. It had neither the means nor the mandate to conduct large-scale campaigns. Its skepticism about such campaigns was supposedly colored by its own inability to engage in them. And as the report showed, finances were a central factor in Commission considerations, and in this manner they may have been closer to the political reality of most affected countries: there was no alternative to trying to achieve the maximum effect with limited resources. In the Rockefeller Foundation, by contrast,



Meeting in the Comité permanent d'Hygiène (United Nations Office in Geneva, United Nations Library, League of Nations Archive. Photo col. com. 356).

abundant resources allowed a more science-driven approach. From the perspective of the Rockefeller Foundation, eradication was a natural goal, and anything less was, at best, a partial success and more likely a failure. Investing money in projects which at the outset already precluded full success did not make sense.

Meanwhile, in what may have been its most successful portion of malaria work, the LNHO engaged in teaching, after the Malaria Commission acknowledged a lack of qualified malariologists. Courses consisted of a first period of theoretical lectures and laboratory work and a second practical part of field work in a malarious region, usually anti-malaria stations in Italy, Spain or Yugoslavia. These classes were conducted by renowned experts and institutions including Arthur Balfour, Director of the London School of Hygiene and Tropical Medicine; Bernhard Nocht (1857 – 1945), Director of the *Hamburg Institute for Tropical Diseases*, and Emile Brumpt (1877 – 1951), Director of the Laboratory of Parasitology at the University of Paris, who founded an *École de Malariologie* for the purpose. In total, more than 250 people participated in these courses between 1926 and 1930 (17). Soon afterwards, Commission member, Mihai Ciuca (1883 – 1969), offered

the first course of malariology at the Hanoi Medical School, beginning the first lesson with an introduction of the LNHO Malaria Commission (18). Courses continued on a regular basis in Rome and Singapore (19).

During the following years the Commission tried to keep abreast of an increasingly complex program by co-opting new members and by specializing. In 1934, it split into several sub-groups, dealing, respectively, with clinical work, experimental malaria, epidemiology, and treatment and prevention (20). This measure helped the organization of activities but weakened the cohesion of the Commission. In 1937, counting roughly forty members, it had simply become too large for all members to meet. This made it increasingly difficult to claim that decisions taken by some members expressed the views of the entire Commission, particularly in instances of conflicting interpretations and convictions. Therefore, it was decided to reconstitute the Commission as a Reporting Committee of manageable size, taking care to give representation to the different schools of malariology. The health administrations of malarious countries were invited to nominate members to ensure permanent liaison with the new Commission and were encouraged to create national malaria commissions (21). However, by that time the focus of LNHO work and national attention had moved elsewhere and there appears to have been little response.

The overall record of LNHO malaria work is difficult to assess, profoundly ambivalent in its conceptualization of the disease. The various strands of its work, which should at some point have complemented one another to form a comprehensive strategy, were rather left in vague juxtaposition. On the positive side, this comprehensive view guaranteed that the LNHO never followed a simplistic, reductionist approach. Given more time and resources, the holistic perspective might have paid off. But by the late 1930s, time was running out.

Social medicine

The appreciation within the LNHO of the social context of health already showed in its malaria work during the 1920s. The economic crisis of the early 1930s strengthened this approach. The mass unemployment and misery naturally directed general attention towards the health consequences of living conditions. In addition, the depression drastically reduced the financial means of the LNHO forcing its members to focus scarce resources on fewer, more comprehensive issues and to encourage input from other institutions such as national commissions. In this context, several large-scale projects were launched: rural hygiene, studies on how to safeguard health in times of economic crisis, nutrition and on housing.

Housing

Despite the history of interest in housing since the days of rapid industrialization and urbanization in the nineteenth century, housing only entered the LNHO agenda in the early 1930s, first within discussion on rural hygiene and on the health implications of economic crisis. Eventually, in 1934, delegates from several countries called for LNHO studies on housing (22). After a period of data collection the HC formally adopted the topic into its work program and constituted a Housing Commission in October 1935 (23). The aim of studies was to define scientific standards and to suggest means of implementation. Coordinated and guided by the Section in Geneva most information should be provided by national commissions and their scientific networks, notably existing documentation and reports about pertinent experience, standards and methods in their specific countries. By 1936, there were national commissions in the United Kingdom, France, the Netherlands, Poland, Spain, Sweden, Czechoslovakia, Romania and the USA. In most cases, they were organized by people with close ties to the LNHO, usually HC members (24).

In stages the Commission addressed several issues related to housing. Early studies focused on warmth and noise. For both topics it proved difficult to find exact measurements of all relevant factors and to relate these to the actual well-being of inhabitants. A report, published in August 1937, tried to explain the complexities but also the importance of the issues. The principal function of housing, it stated, was to protect the inhabitants against the vicissitudes of the climate, notably cold and heat, and to allow them a sensation of comfort. Thermal well-being depended on a balanced interplay of the temperature, humidity and movement of the air, on the nature of the surrounding material such as the walls, the ground, the roof, windows, on the heating devices used and, finally, of the human body itself. Regarding noise, the report pointed out the recent dramatic increase in noise levels in most people's environments, which disturbed not only people's work but also impaired their health by preventing indispensable relaxation and sleep. A number of anti-noise measures were recommended, some of them applicable by individuals such as using ear-plugs or choosing noise-reducing carpets or curtains. Others required the initiative of public authorities or industry: offering or requiring the use of noise-absorbing materials, double windows, floors with no or elastic connections and the avoidance of metal continuity in water pipes.

The list of annoying noise is noteworthy: radio, elevators, running water and central heating (25). Given that houses and apartments were usually shared by numerous adults, children and – occasionally – animals, presum-

ably twenty-first century ears would have picked out different noises. But interwar hearing singled out noises which were new, the results of recent technological innovations, and which stood out from the customary acoustic spectrum. Inadvertently, Housing Commission members were part of a broad process of changing cultural constructions of some of the most basic sensual perceptions like hearing or the feeling of warmth or comfort.

In June 1938 an expert group met to discuss sunlight and indoor lighting (26). Once again, the issue was complex. What was sunlight after all? How could it be measured and what were its effects? A resulting report concluded that man experienced both direct and indirect sunlight and that it comprised both visible and invisible rays. It had a proven curative and preventive effect for several diseases in addition to positive psychological and apparently bactericidal effects. The optimal amount of sun for the human body was still unknown so that the best orientation at the moment was the subjective sensation of comfort and well-being. Given the prevalence of dark accommodation in terraced houses with few and small windows, it was important to provide urban populations with ample opportunities for outdoor activities.

The report on natural and artificial lighting considered light-related national standards, which, if they existed, differed widely. Even more than before authors insisted that all physical findings had to be considered in their real-world environment, since, as a Dutch researcher pointed out, people acted not according to scientific recommendation but to social customs and norms. Thus, calls for larger windows and brighter lighting were useless if people dimmed available light with curtains, plants or lampshades in order to safeguard privacy, to prevent fading of carpets and wallpapers or to keep out noise (27). Here, long-term improvements in spaced housing construction or sun-proof dyes might help.

This tendency to broaden the issue continued into 1939 during discussion of the environment of houses. The Commission flatly states that towns should provide comfort, protection from diseases, and the conditions for physical and psychological well-being. Therefore, town inhabitants had to be able to enjoy sun, light, clean air, a low noise-level and have access to recreational space. This, in turn, required intelligent town planning. Air pollution was harmed the respiratory system in known and suspected ways though the report remained conspicuously silent on recommendations for improvements. It merely listed measures taken in various places such as limiting the time allowed for industrial smoke emission or the quantity of dust it contained, installing modern furnaces with cleaner combustion, building higher chimneys or using suitable combustion material and adequate ventilation. Regarding water pollution the Commission emphasized

its increasing burden on drinking water through industrialization. However, the report felt confident that the combined expertise of hygienists, geologists, engineers and public health officers could find ways to ensure an adequate supply of clean water.

This 1939 report ended the work of the Housing Commission. Further plans for work on housing were prevented by the war, whose shadow clearly loomed large since the report warned of the danger of aerial bombings as a future concern of housing relevance (28). In some ways, the outcome of the housing project was disappointing. It produced neither general standards nor final conclusions, and the recommendations were sometimes contradictory. However, the sheer mobilization of national and international was impressive. In its insistence on the complexity and social comprehensiveness of the issue, the Housing Commission implicitly established healthful housing as a good which all people need and are entitled to. As such it helped prepare the way towards the upcoming discourse of health as a human right.

Conclusions

In a nutshell, one could sum up that the LNHO provided a vision of health as a holistic phenomenon from which no group could distance itself and for which national governments retained the ultimate responsibility. It established the concept of an international health organization as a body in charge of providing guidelines and standards in health-related matters on the basis of broad equality of people and nations.

Thus, the key function of the LNHO in twentieth century history may have been the introduction and consolidation of the idea that international health relies on international cooperation - for the benefit of mankind.

This paper is based on Borowy I. *Coming to Terms with World Health. The League of Nations Health Organisation*, Frankfurt/Main: Peter Lang, 2009.

Literature

1. Constitution of the World Health Organization, <http://www.who.int/library/collections/historical/en/index3.html>.
2. Howard-Jones N. *The scientific background of the International Sanitary Conferences 1851-1938*, Geneva: WHO, 1975.
3. Goodman N. *International Health Organizations and Their Work* Edinburgh / London: Churchill Livingstone, 1971, 46-71.
4. Cueto M. *The Value of Health. A History of the Pan American Health Organization* Washington: PAHO, 2007, 39-44.
5. Farley J. *To Cast Out Disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation 1913-1951*, Oxford: Oxford UP, 2004.
6. The United Nations Library at Geneva, ed., *The League of Nations 1920-1946*, New York/Geneva: UNO, 1996, 166.
7. Borowy I. *Coming to Terms with World Health. The League of Nations Health Organisation*, Frankfurt/Main: Peter Lang, 2009: 57-71.
8. Gautier R. The Health Organisation and Biological Standardisation, "LNHO Bulletin henceforth: *Bulletin* IV: 3, 1935, 502.
9. Cockburn WC. "The international contribution to the standardization of biological substances. I.," *Biologicals*, Volume, 19: 3, 1991 162-163.
10. Mazumdar P. "The Silence of the Laboratory": The League of Nations standardizes Syphilis Tests," *Social History of Medicine*, 16: 3 2003, 437-459.
11. *Report on International Conference on the Standardisation of Sera and Serological Tests*, London Dec. 12 to 14, 1921, C.533.M.378.1921.III.
12. Annual Report for 1929, A.9.1930.III, July 1930, 28-30.
13. Report to the Council on the Work of the Twenty-fourth HC Session, Feb 1937, C.148.M.96.1937.III, 11-12.
14. Harrison G. *Mosquitoes, Malaria and Man* New York: E.P. Dutton, 1978, 121 – 190.
15. LNHO, Malaria Commission, *Report on its tour of investigation in certain European countries in 1924* C.H.273, 1924.
16. *Principles and Methods of Anti-Malarial Measures in Europe*, C.H./Malaria/73, July 1927, 9.
17. Annual Report for 1927, A.10.1928.III, for 1928 A.8.1929.III, and for 1930 A.7.1931. III.
18. *LNHO Report*, January 1931 to September 1932, A.28.1932.III, 12 Sept 1932, 24-26.
19. Report to the Council on the Work of the Twenty-fifth HC Session, C.219.M.159.1937. III, 1 May 1937, 5.
20. Rajchman, *Rapport sur les travaux de la Section d'Hygiène pendant le mois de Novembre 1934*, 5 Dec 1934, LONA, R6116/8A/15026/13812.
21. *Report to the Council on the Work of the Twenty-fourth HC Session*, C.148.M.96.1937. III, 4.
22. *L'hygiène de l'habitation*, LNHO Bulletin VI 1937, 543.
23. *Report to the Council on the Work of the Twenty-second HC Session*, C.426.M.218.1935. III, Oct 1935, 8.

24. Documentation in LONA, R 6122/8A/20823/20823.
25. *Procès-verbal. Reunion d'Experts pour la question de la lutte contre le bruit*, 28 June 1937, LONA, R 6125/8A/28261/20823.
26. "L'insolation et l'éclairage naturel et artificiel des point de vue de l'habitation et de l'urbanisme," *Bulletin VII* 1938, 628-656.
27. Zwikker C. *Lighting of Dwellings*, C.H./Com.Hab./47, 8 April 1938, LONA, R 6127/8A/31846/20823.
28. "Rapport de la Commission de l'Habitation sur les réunions tenues du 26 juin au 1er juillet 1939," *Bulletin VIII* 1939, 812.

Iris Borowy
Centre Alexandre Koyré / CNRS / Cermes3
7 rue Guy Môquet
94801 Villejuif Cedex
France
iaborowy@vjf.cnrs.fr

Nordmenn i WHO

Michael 2011;8: 222–227.

Verdens helseorganisasjon (WHO) var i sin første periode sterkt preget av Karl Evang og Torbjørn Mork, som til sammen representerte Norge i Verdens helseforsamling i nesten 40 år. Få nordmenn har vært ansatt i organisasjonens sekretariat, men rundt århundreskiftet, da Gro Harlem Brundtland var generaldirektør, var det åtte nordmenn i ledende stillinger. Nå er det knapt en eneste nordmann i WHOs hovedkvarter i Genève.

Når man skal si noe om nordmenn i Verdens helseorganisasjon (WHO), er det naturlig å ta utgangspunkt i organisasjonens spede begynnelse i årene etter Den andre verdenskrig, og den helt sentrale rolle som Karl Evang (1902-81) spilte den gang.

Karl Evang var ikke kun en pioner i «public health» i Norge etter krigen – han var også en visjonær og kreativ kraft i dannelsen av WHO. Som ett av 18 medlemmer i «the Interim Commission» hadde han en avgjørende innflytelse på formuleringen av WHOs konstitusjon – et policydokument som helt til i våre dager blir referert til som internasjonalt helsearbeids «Magna Carta».

Kommisjonen møttes ca hver 4. måned i 1946-1948, og hadde som hovedoppgaver å sørge for konstitusjonens ratifisering av de 66 land som verden den gang utgjorde – mot dagens 192 medlemsland i WHO. Deretter valg av Organisasjonens første Executive Secretary (senere generaldirektør), arbeid med en rekke praktiske spørsmål forbundet med budsjett og finans, administrasjon, tekniske spørsmål, relasjoner til FN og andre organer, samt planlegging av det første World Health Assembly.

For såvel medlemsland som ansatte, er det ting ved konstitusjonen som i dag virker nokså ulogisk og kompliserende, – særlig med hensyn til organisasjonens regionale struktur, hvor regionsdirektører i realiteten velges av



Karl Evang, malt av Harald Dal (1902-72).

regionens medlemsland samt styret, og hvor generaldirektøren *de facto* står helt på sidelinjen. Det er vanskelig å forestille seg tilsvarende ordninger i andre store multinasjonale organisasjoner i dag. For å ta et eksempel, ville det være nokså tvilsomt om Bill Gates ville finne seg i at øverste leder for Microsofts Europakontor skulle utpekes av brukerforeninger i de respektive europeiske land, uten noen som helst innflytelse fra ham selv.

Problemet som «the Interim Commission» sto overfor var imidlertid at i 1946, da konstitusjonen ble utformet, fantes det allerede en internasjonal helseorganisasjon for Nord-og Sør Amerika – «the Pan-American Health

Bureau» – dannet i 1909, som ikke på noen måte ville la seg underordne en ny og uprøvet organisasjon, uten å ha sikre garantier for sin egen autonomitet og sin egen eksisterende konstitusjon. Løsningen ble således å strukturere alle WHO's seks regioner på noenlunde samme basis, og med den utstrakte grad av autonomi som fortsatt eksisterer i dag.

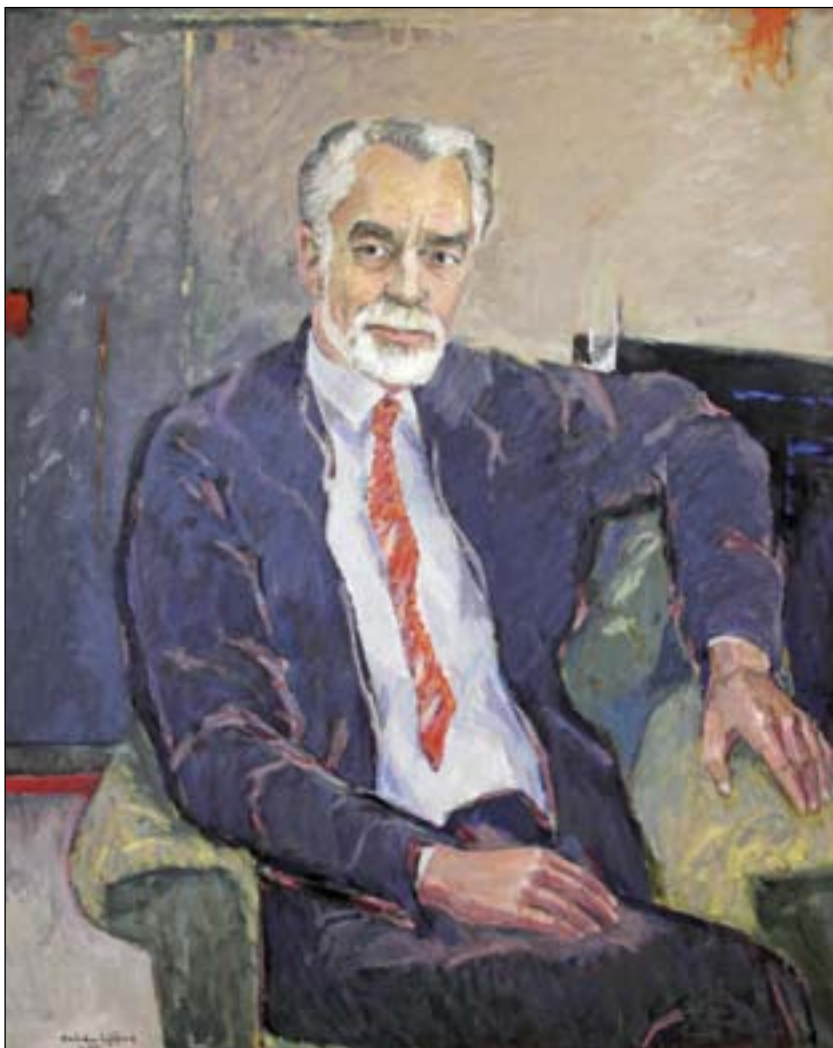
Nordmenns rolle i WHO's styrende organer

Karl Evangs innflytelse i WHO gikk imidlertid langt utover hans innsats i utformingen av konstitusjonen og arbeidet i «the Interim Commission.»

Han var Norges hoveddelegat til World Health Assembly i nesten to tiår, og sammen med sin etterfølger Torbjørn Mork (1928-92), gav han Norge en helt unik stilling i WHO's styrende organer. Evang og Mork til sammen representerte Norge i 37 sammenhengende år i helseforsamlingen og tidvis i styret: intet annet land har noensinne kunne varte opp med en slik kontinuitet i sin representasjon i WHO, eller med to så høyt respekterte foregangsmenn innen internasjonalt helsearbeid.

Begge hadde også en utstrakt og kanskje medfødt skepsis til politikere: Et hovedpunkt for Evang i arbeidet med konstitusjonen var å gjøre WHO til et uavhengig teknisk organ, med sitt eget budsjett og sine egne medlemsland, – og ikke kun bli en integrert del av FN, som for eksempel UNICEF eller UNFPA – nettopp fordi målet var å gjøre organisasjonen fri for politisk innflytelse, og kun styrt av helsefaglige hensyn. Det var også derfor at medlemmer til Styret i utgangspunktet skulle velges kun på bakgrunn av deres helsefaglige erfaringer og kunnskap, og ikke som representanter for sitt land. Ifølge «the Rules of Procedure of the Executive Board» kunne medlemmer derfor heller ikke uttale seg på sitt hjemlands vegne i debattene, men istedenfor måtte bruke følgende formulering når de tok ordet: «In a country I know well». Torbjørn Mork utviste den samme skepsis. Jeg husker en gang i slutten av 1980-årene – Mork var Formann i Committee B i Assembly og jeg var sekretær, hvilket gjorde at vi arbeidet svært nært sammen under de 2 ukene hvor møtene foreløp. Mork hadde med seg et utvalg av helsefaglig personell fra direktoratet i Oslo for å følge de forskjellige sakene på dagsordenen, og i tillegg vrimlet det med folk fra Norges FN – delegasjon i Genève. På et tidspunkt husker jeg at jeg spurte ham hvordan han la opp arbeidsfordelingen på møtene mellom sine egne folk fra direktoratet og de som kom fra delegasjonen. Til svar sa han: «*Nei, du vet, de springer jo mest i veien for oss..*»

Jeg lærte meg å sette stor pris på Morks mange gode menneskelige egenskaper og ikke minst hans praktfulle sans for humor. Mitt arbeid med ham i Committee B var et par år etter Tsjernobyl-ulykken, og en aften fortalte



Torbjørn Mork, malt av Halvdan Ljosne (1929-2006).

han meg følgende lille historie: Noen dager etter ulykken i Tsjernobyl hadde han sittet og arbeidet sent på kontoret i Oslo, da vekten ringte ham. Vekten sa at det sto en kvinne i resepsjonen som insisterte på å snakke ham. Mork sa da til vekten at klokken var over 8 om kvelden, og at han var i ferd med å pakke sammen. «*Men, dr Mork, hun insisterer – hun sier hun har blitt selvlysende!*» «*Si til rette vedkommende*», sa Mork på sin klingende Hordalandsdialekt «*at jeg er allergisk mot selvlysende damer – spesielt etter klokken 8 om kvelden.*»

Norges innflytelse i WHO's styrende organer går imidlertid lengre enn Evang og Mork: Vi hadde også gleden av en meget aktiv Eldrid Nordbø (f. 1942), alltid godt støttet av Per Wium, gjennom flere år på begynnelsen av 1990-tallet – både i Helseforsamlingen og i Europakontorets «Standing Committee.» Hennes og Ambassadør Oscar Wernøes styrke og integritet var faktisk helt avgjørende i en meget vanskelig prinsippsak som kom opp i 1993, og som direkte involverte daværende generaldirektør Hiroshi Nakajimas (f. 1928) forsøk på å kjøpe seg til gjenvalg blant noen av organisasjonens styremedlemmer.

Og nå sist, men ikke minst, vil Norge bli representert i styret av Bjørn-Inge Larsen for de neste tre år fra og med 2011. Det er en spennende tid med store utfordringer som WHO nå står over for. For alle oss som kjenner Bjørn-Inge, er jeg imidlertid ganske sikker på at han vil fullt leve opp til «arven» fra Evang, Mork og Nordbø, og til Norges renommé som en av organisasjonens absolutt viktigste inspirasjonskilder og samarbeidspartnere gjennom tidene.

Nordmenn i sekretariatet

Selv om antall ansatte fra Norge har vært beskjedent – jeg tror ikke det har vært stort mer enn 30-40 ansatte samlet i løpet av de vel 60 år WHO har eksistert – har de ofte innehatt helt sentrale stillinger i organisasjonen.

I utgangspunktet er antall ansatte fra hvert medlemsland regulert – om enn løselig – av en skala basert på landets bidrag til organisasjonens «medlemskontingent» – eller regulær-budsjett. Prosentandelen av regulær-budsjettet er videre utregnet etter en algoritme som brukes i hele FN-systemet, og som er basert på 3-4 parametre, hvorav landets befolkning og per capita brutto-nasjonalprodukt er de to viktigste. Siden Norge er et lite land med lav befolkning, er vår «medlemskontingent» også ganske lav. I de ca 30 år jeg var ansatt i WHO lå denne skalaen for Norges vedkommende på 2 – 8 ansatte, og har sannsynligvis ikke beveget seg noe særlig siden da.

Denne måten å fordele profesjonelle stillinger på, er etter hvert blitt fullstendig foreldet, siden regulærbudsjettet nå ikke utgjør stort mer enn 20 % av WHO's totale ressurser, og siden for eksempel Norge, med en liten «medlemskontingent», har utviklet seg til å bli en av organisasjonens absolutt største ytere av frivillige bidrag (totalt over 130 millioner USD i 2008-2009).

I en årrekke i 1970-1980 årene lå antall norske ansatte i Sekretariatet rundt 5-6, med Jo Asvall som Director, Programme Management, i EURO i spissen, og med 4-5 av oss øvrige med relativt beskjedne stillinger på hovedkontoret i Genève.

Etter hvert kom så Tore Godal inn som direktør for Tropical Disease Research,. Noen av oss andre fikk etter hvert også ledende stillinger, og Jo Asvall etterfulgte Leo Kaprio som regionsdirektør i København.

Virkelig fart i sakene ble det imidlertid først i 1998-99. I en kort periode var Norge representert ikke bare med generaldirektørstillingen (Gro Harlem Brundtland), men også regionsdirektøren for Europakontoret (Jo Asvall), en assisterende generaldirektør (Jonas Gahr Støre), direktør for Tropical Disease Research (Tore Godal), direktør for Budget and Management Reform (undertegnede), samt tre senior staff også i stillinger tilsvarende direktørnivå (Harald Siem i Emergency and Humanitarian Action; Georg Petersen, WHO Representative i Indonesia og Eigil Sørensen, WHO Representative i Nord-Korea).

Jeg tror ikke noe annet land noensinne har kunnet vise til en tilsvarende tyngde i sin representasjon i WHO, og en representasjon som ikke på noen måte alene kunne tilskrives Gro Harlem Brundtlands ankomst som generaldirektør. Kun Jonas Gahr Støre kom inn som en direkte følge av hennes valg som øverste leder – mens resten av oss hadde våre stillinger i kraft av lange ansettelse og karriereprogresjoner lenge før Harlem Brundtlands ankomst i juli 1998.

Denne litt ekstreme representasjon varte imidlertid ikke lenge: Både Tore Godal, Jo Asvall, Jonas Gahr Støre og Harald Siem sluttet i løpet av kort tid, og i 2003 frasa også Gro Harlem Brundtland seg gjenvalg. I 2005 var kun Eigil Sørensen tilbake, nå som WHO Representative i Papua New Guinea, og i dag er det ingen nordmenn blant WHO's senior staff, så vidt meg bekjent.

Så, det går opp og ned her i verden. Hva fremtiden vil bringe, er det som kjent vanskelig å spå om – men at WHO, på tross av et på mange måter tungrodd byråkrati, også kan tilby en helt unik arbeids-tilfredsstillelse og motivasjon for unge, kvalifiserte nordmenn er i alle fall helt klart.

Jeg tror ingen av oss som har arbeidet der i noen tid ville si noe annet.

*Helge K. Larsen
Emiliekildevej 45A
DK-2930 Klampenborg
Danmark
helgelarsen123@hotmail.com*

(Helge K. Larsen var ansatt i WHO 1973 –1978, deretter 1980 – 2004)

Towards a radical transformation in global governance for health

Michael 2011;8: 228–239.

The Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health (JALI) is an emerging global movement to dramatically improve global health, with particular attention to the needs of the world's least healthy people. The original idea for JALI began in the spring 2008 in Washington, DC when Harald Siem led a Norwegian delegation to Georgetown University Law Centre to discuss the idea of a Framework Convention on Global Health (FCGH). The FCGH idea, which has now been incorporated into JALI, proposed a dramatic reform of global governance for health to harmonize fragmented global health activities, meet basic survival needs, and ensure health funding (both domestic and global) is predictable, sustainable for the long-term, and scalable to needs. In this article we discuss JALI and the FCGH in the context of the United Nations call for global health reform, arguing that the international community must take a radically different, bold approach to global governance for health.

The Joint Action and Learning Initiative on National and Global Responsibilities for Health (JALI) is an emerging global movement to dramatically improve the public's health, with particular attention to the needs of the world's least healthy people (1). Partners from civil society and academia announced JALI in an editorial in the *Bulletin of the World Health Organization* (2), together with a major background paper for the *World Health Report 2010* (3). The first global stakeholders meeting was convened in Johannesburg in March 2011, with another planned for India later this year.

JALI, however, did not begin in 2010, but rather in March 2008 in Washington, DC, when Harald Siem led a Norwegian delegation to Georgetown University Law Centre to discuss the idea of a Framework Conven-

tion on Global Health (FCGH), which was initially proposed by one of the authors (LOG) (4). The FCGH idea, which has now been incorporated into JALI, proposed a dramatic reform of global governance for health (GGH) to harmonize fragmented global health activities, meet basic survival needs, and ensure that health funding (both domestic and global) is predictable, sustainable for the long-term, and scalable to needs. No one in the world is more passionate about global health equity and no one understands more the vision for a transformative system of global governance. Harald's eyes are glowing and keen, his insights astute, and his enthusiasm infectious.

On 17th March 2010, with the leadership of Sigrun Møgedal and John-Arne Røttingen, The Norwegian Directorate of Health convened a global consultation on the topic, 'Examining the Global Health Arena: Strengths and Weaknesses of a Convention Approach to Global Health.' The Framework Convention approach received its first serious scrutiny there (5), and at this meeting, the idea for JALI was born. In this article, dedicated to Harald Siem, we argue that the international community, with World Health Organization (WHO) leadership, must take a radically different, bold approach to global governance for health.

The contemporary history of global governance for health

Until recently, GGH has not captured significant international attention. Part of the reason may be that much of the global health landscape was for decades uncrowded, with several leading institutions and dominant themes, which could largely be examined on their own terms—for instance WHO and primary health care (the Declaration of Alma-Ata) and the World Bank (structural adjustment). Governance could largely be understood through a relatively limited set of institutions and approaches. This relatively simple understanding of global health, and its governance structures, is no longer true.

Beginning in the 1990s and accelerating in the 2000s, the global health landscape expanded swiftly. The number of actors proliferated, with bilateral agencies, nongovernmental organizations (NGOs), partnerships, foundations, corporations, and new multilateral institutions such as the Global Fund and GAVI. AIDS came to dominate the global health landscape, while the Millennium Development Goals (MDGs) drew particular focus to maternal and child health. The burden of non-communicable diseases rapidly grew in developing countries. Globalization gathered speed, contributing to the faster international spread of disease, while increasing the impact on health, trade, migration, and the environment. International funding for health grew exponentially, although funding is still outpaced by need. Health

systems moved up on the global health agenda, while primary health care, the social determinants of health, and universal health coverage commanded renewed attention.

Non-state actors (such as NGOs, foundations, and partnerships), not the traditional subject of international law, have come to the fore. The roles of intergovernmental institutions that have dominated the field of global health have been in flux or in retreat, while some have questioned the leadership of the WHO. As other legal regimes have matured, some have encroached upon global health's territory. They have even collided with efforts to address principal global health challenges, as most prominently evidenced in the tension between international intellectual property and access to essential vaccines and medicines.

Global governance is struggling to catch up, to effectively respond to this changing environment. Across much of the global health landscape, binding international health law may appear secondary, or simply absent, with notable exceptions such as the Framework Convention on Tobacco Control and International Health Regulations. In domains occupied by several bodies of law, such as where health and trade intersect, there is no consensus on a hierarchy of regimes that could resolve conflicts. Seeking to fill the void and resolve these tensions are ad hoc arrangements with less obvious connections to international law. The 'soft law' of non-binding instruments and structures have emerged as more relevant approaches for governing a sometimes-chaotic global health landscape, such as the Paris Declaration on Aid Effectiveness, the International Health Partnership, the Global Fund, the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, and the Doha Declaration on the Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) agreement and public health.

Meanwhile, innovative proposals to re-order the global health landscape to lead to better health appear at odds with traditional views of international law. Local and national priorities must drive actions for better health, 'bottom-up' approaches rather than the seemingly 'top-down' imposition of international law. Treaties typically take years to negotiate, and years more still to come into force, a timescale that may appear to be eons in today's world full of pressing health needs. Furthermore, international law is notoriously difficult to enforce. Are the answers to what is widely agreed to be flawed and outdated global governance for health structures to be found in international law, or elsewhere? Would a more organic, less structured set of processes be more responsive and better able to meet the complex, fast changing challenges of global health?

Global governance for health, including international law, has the potential to dramatically improve global health. It can bring effective governance to presently poorly governed parts of the global health landscape. Developed astutely, especially if backed by social movements, international law and GGH can provide a frame that is sturdy yet flexible, constructed of human rights and social justice, shaped by community needs and priorities.

Seeking to learn from its present strengths and weaknesses, we will offer a vision of how effective governance can respond to today's global health needs, shape far more efficient institutions and structures, close health inequities, and manage emerging challenges. We hope to inspire confidence – and the aspiration – to engage in the further development of GGH, to help unleash its power, and to pursue the ideals behind it.

Global governance for health: A definition and differentiation

The United Nations system has focused attention on GGH, acknowledging that the concept 'is increasingly being challenged by new realities of an interdependent world and that there is an urgent need to make the global health architecture more effective, efficient, and responsive, in order to, inter alia, bring more coherence to the delivery of health outcomes and enhance health equity.' (6) Indeed, the Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand, founding members of the Foreign Policy and Global Health Initiative, argued in September 2010 that '[f]oreign policy areas such as security and peace building, humanitarian response, social and economic development, human rights and trade have a strong bearing on development and have an important interface with health.' (7) The United Nations, moreover, has specifically linked health and foreign policy, urging member states to 'consider health in the formulation of foreign policy making ... to contribute better to creating a global policy environment supportive of global health.' (8)

What does 'global governance for health' mean, and how can it be differentiated from similar concepts such as international health law generally and 'global health governance' in particular? We define GGH as the collection of norms, institutions, and processes that collectively shape the health of the world's population. It encompasses structures at the international level, such as the norms created by major treaties in the health (e.g. the International Health Regulations and Framework Convention on Tobacco Control) and related sectors (e.g. TRIPS and the Kyoto Protocol); the international organizations that affect global health (e.g. WHO, World Bank, and World Trade Organization); and global decision-making bodies and

processes (e.g. the World Health Assembly and Global Fund grant-making process).

Global governance for health encompasses the dynamic relationship between global structures and forces and those at regional, national, and sub-national levels: how they inter-relate and influence norms, institutions, and processes at all levels, including at the community level. GGH also includes how, in turn, more local structures affect global structures and processes. For example, virtually all states have infectious disease laws, which must comply with the International Health Regulations. The International Health Regulations, in turn, also feeds into national and local structures, for example, by mandating capacity building with international cooperation and assistance.

Scholars sometimes use ‘global governance for health’ interchangeably with ‘global health governance,’ but the former term is broader and therefore more desirable. ‘Global governance for health’ refers to the broader governance system’s influence on health outcomes, including multiple sectors such as health, trade, food, labour, human rights, and the environment. ‘Global health governance,’ on the other hand, refers to the narrower form of governance that is encapsulated by the boundaries of the health sector. Notably, the recent statement of the seven foreign ministers of the Foreign Policy and Global Health Initiative used the term ‘global governance for health’ (7).

Rules play a critical role in global governance for health. Such rules can range from legally binding agreements (e.g. public international law relating to human rights or trade) to non-legally binding instruments such as declarations, codes of conduct, and memoranda of understanding (e.g. WHO Code of Practice), through to institutional bylaws (e.g. the organizational structure of the Global Fund or GAVI Alliance). Understanding, applying, and shaping the law are therefore central to the task of formulating more effective GGH. These international legal instruments, in turn, are implemented through and otherwise influence laws and legal structures within countries, effects that are also central to understanding the idea of GGH.

Governance does not operate in a vacuum, but is shaped by multiple forces, including politics (globally and nationally), power dynamics (between and among countries of the global North and South), the influence of vested interests (e.g. corporations) and economic power (e.g. the Gates Foundation), security interests (human security and more traditional security interests), changing circumstances (evolving disease burdens and the many changes driven by globalization), knowledge and learning (lessons from

how present structures are affecting global health), and values (e.g. human rights and global ethics). Civil society-led social movements, which are of particular importance in the quest for social justice, powerfully shape governance.

A comprehensive understanding of GGH and of how to wield this potentially powerful tool as a source for better health for all and for health equity, requires sophisticated reflection on the ‘grand challenges’ that face the global health system, and the inability of the current architecture to meet the critical needs of the world’s least healthy people.

The grand challenges of global governance for health

The intractability of progress in global health can be attributed to a number of ‘grand challenges’—the enduring, hard-to-solve obstacles that persist in the political, legal, economic, and social contours of the current international landscape and prevent the achievement of global health with justice. Here, we briefly discuss six ‘grand challenges’ in relation to GGH, which are vital to the improvement of world health and the reduction in glaring health disparities (9).

The lack of global health leadership

The first grand challenge relates to the lack of WHO leadership in its role as the premier agency for global health. The United Nations endowed the agency with extensive normative powers to proactively promote the attainment of ‘the highest possible level of health,’⁽¹⁰⁾ including the power to adopt conventions and regulations. The WHO has been an admirable organization, but has failed to live up to expectations in establishing global priorities and norms, coordinating activities, and ensuring compliance of state and non-state actors. The WHO Executive Board itself recommended that the organization better achieve its ‘primary function as the directing and coordinating authority on international health work,’ and the Director-General recently launched a reform program that will review WHO’s role in global health governance, its budget and priorities, and its organizational design (11).

This void in leadership is explained significantly by structural and power dynamics. The politics of WHO are formidable. Not only do Member States and external funders direct funding, but also the agency feels the need to gain broad agreement of Member States to support its mission, priorities, and goals. Otherwise, particularly powerful states could influence, or even block, activities that the agency would otherwise wish to pursue. WHO’s ability to change is constricted by limited budgetary resources and compe-

tition with other international agencies for financial support. The ongoing practice by Member States to earmark funds has transformed WHO into a 'donor-driven' organization and restricted its ability to direct and coordinate the global health agenda (12). For the 2008-2009 biennium, only 22% of WHO's program budget was funded through assessed or fully flexible voluntary contributions, with the remainder of its funding restricted at some level, mostly for highly specified purposes (13). Consequently WHO's operations have become increasingly fragmented and compartmentalized so that donors can claim credit and assert control.

Harness the creativity, energy and resources for global health

The proliferation of global health actors (e.g. NGOs, business, philanthropy, and civil society) can be beneficial, as it brings great wealth and creativity into the field. The goal, of course, is not to have these actors disengage, but rather to fully engage them in ways that are well coordinated and highly effective. It is an enormous missed opportunity when all of these stakeholders enter the global health arena in scattered, sometimes conflicting, ways. What is most important is for the governance system to harness the energy, resources, and creativity of all these actors to work together to significantly improve global health.

The GGH system needs to devise the means to create incentives as well as facilitate, coordinate, and channel the activities of state and non-state actors. It needs to enhance health-producing activities and discourage harmful ones. How, for example, can the GGH system increase the involvement of the non-health sectors (e.g. food, energy, and transportation) and encourage them to think in health-conscious ways? Overall, the GGH system needs to find a way to create and align the incentives for private/public actors and stakeholders to promote imaginative, well-funded solutions for global health improvement.

Collaboration and coordination among multiple players

Collaboration and coordination among the multiple players in global health is a critical problem in global health efforts. A number of actors, beyond the traditional state-centric governance system, now occupy the field of global health, resulting in rampant problems of fragmentation and duplication in the sea of funding, programs, and activities that span the global health domain. Such problems have crippling effects at the national level where developing countries 'face a bewildering array of global agencies from which to elicit support,' overburdening health ministries with 'writing proposals and reports for donors whose interests, activities, and processes some-

times overlap, but often differ' (14).

Related to fragmentation among the current proliferation of actors is the growing competition between international NGOs and local service for funding and human resources. This encroachment of international actors upon capable actors at the local level may hinder efforts at greater country ownership and control.

Rather what is needed is a system of governance that fosters effective partnerships and coordinates initiatives to create synergies and avoids destructive competition at all levels – international, national, and local (15).

Basic survival needs

The attainment of fundamental human needs through the development of scalable and sustainable health systems and infrastructures is a seriously neglected problem in global health. Meeting fundamental human needs is essential to restoring human capability and functioning. Basic survival needs include sanitation and sewage, pest control, clean air and water, tobacco reduction, diet and nutrition, essential medicines and vaccines, and functioning health systems for the prevention, detection, and mitigation of disease and premature death (16). By focusing on these needs, the international community could dramatically improve prospects for the world's population.

Funding and priority-setting

The problem of priorities in international funding is another key challenge in global health. Currently, a significant amount of funding is directed towards 'specific diseases or narrowly perceived national security interests' that have been placed high on the global health agenda, often by a small number of wealthy donors (e.g. OECD countries, the Gates Foundation, and Global Fund) (17). As a result, funding tends to be diverted from the larger, systemic approaches, such as building stable local systems to meet basic survival needs.

In priority-setting, a stronger cooperative approach needs to be taken between developing countries and development partners in defining and advancing developing country health agendas. Resource allocation based upon attainment of basic survival needs, support for basic infrastructure and capacity building, and cost-effective interventions have the potential to make donor-funding go further.

Accountability, transparency, monitoring, and enforcement

Finally, there is a critical need for greater transparency, accountability, monitoring, and enforcement in meeting global health goals. Accountabil-

ity in global health has been problematic. WHO and other intergovernmental organizations are officially accountable to their Member States, but ‘they often lack detailed and realistic targets for health outcomes or for the intermediate actions they take to promote health’ (18). States themselves tend to enter into voluntary, rather than binding, commitments towards health, and it is difficult to hold them accountable under such weak mechanisms. Other actors, such as civil society, foundations and corporations, report to an array of different interest groups and cannot be held accountable for their failures or shortcomings.

At the same time, there is insufficient transparency both with respect to intergovernmental organization and state decision-making. Transparency includes: open governance, free flows of information, and civic participation. These are values that support accountability and are widely believed to be hallmarks of good governance.

Monitoring and enforcement in global health are similarly problematic. Although there have been increased efforts to build monitoring and evaluation systems to track progress, the lack of an enforcement mechanism generally leaves things at a voluntary level for the actors. Reliance on voluntary practice can be unreliable and unstable unless there are adequate incentives to drive performance. All in all, the GGH system needs to adapt by creating rules for accountability, transparency, monitoring progress, and norm enforcement for the fulfilment of commitments and achievement of goals.

The future of GGH

The current approach to GGH has been inadequate. Fundamental health needs continue to be neglected and health systems remain weak. Non-state actors, especially at the local level, are not being sufficiently harnessed through partnerships. The global health landscape has been marked by fragmentation, lack of coordination, and undermining host country ownership of programmes. Transparency and accountability have been poor, and monitoring and enforcement of commitments are almost non-existent. The WHO has yet to assert itself in this new global health environment. Many of these seemingly intractable problems could be solved through innovative governance.

Whether or not Harald’s dream of a Framework Convention on Global Health comes to fruition, JALI will transform global health. It will launch a consensus building process, involving research and extensive, inclusive consultations, to address questions that respond to what we view as the core obstacle of global health equity. Governments have failed to develop the

policies and devote the resources needed to more fully apply the substantial body of technical health knowledge, thus enabling all people to have their essential health needs met. JALI will therefore systematically and rigorously examine the questions of what health services are guaranteed to every person under the right to health, what state responsibilities are to their own populations and to those of people beyond their borders in securing the right to health, and what GGH is needed to ensure that all states live up to their mutual responsibilities. We believe that these questions are central to reforming global governance for health so that it is organized to dramatically reduce health inequities.

The time is ripe for reimagining the health responsibilities of states, as the 2015 deadline for the MDGs is looming, and the post-MDG global health framework is yet to be developed. A global health agreement that captures health responsibilities and reforms GGH to enable states and the global health community to effectuate these responsibilities could be attractive to countries of both the global South and North because of the mutual benefits that would come from this approach. For example, it would lead to more predictable global health funding aligned with country strategies, increased domestic health investments that provide wealthy countries the prospect of reducing assistance in due course, and greater capacity to protect everyone from public health emergencies. Such an agreement is not out of reach.

Perhaps most significantly, JALI will transform global health through a global ‘bottom-up’ campaign. Civil society and governments in the South are demanding a fair share of health goods and services, and the alignment of power structures with the compelling aspirations of the world’s least healthy people. A shared common vision of global social justice and realizing the human right to health can unite health advocates from a multitude of perspectives – AIDS advocates and child health advocates, food advocates and safe water advocates, health system strengthening advocates and advocates for health research. This united health advocacy front, with demands for accountability from people’s own governments and from the international community, has the potential to turn into a social movement with broad popular support. Such a force will itself be an important chapter in the development of global governance for health.

Literature

1. <http://www.section27.org.za/2010/11/23/jali/> (accessed February 4, 2011).
2. Gostin LO, Heywood M, Ooms G, Grover M, Røttingen JA, Chenguang W. National and Global Responsibilities for Health (Editorial). *Bull World Health* 2010; 88: 719-20.
3. Gostin LO, Ooms G, Heywood M, Haffeld J, Møgedal S, Røttingen JA, et al. The Joint Learning Initiative on National and Global Responsibility for Health. 2010. Background Paper 53.
4. Gostin LO. Meeting Basic Survival Needs of the World's Least Healthy People: Toward a Framework Convention on Global Health. *Geo. L.J.* 2008; 96: 331-392.
5. <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/53JALI.pdf> (accessed February 4, 2011).
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(3): 614-628.
7. <http://www.norway-un.org/Statements/Other-Statements/Statement-Foreign-policy-and-global-health/> (accessed February 4, 2011).
8. U.N. General Assembly, 63rd Sess. Resolution Adopted by the General Assembly. 63/33. Global health and foreign policy (A/RES/63/33, A/63/L.28, A/RES/64/1081) Nov. 26, 2008. <http://www.undemocracy.com/A-RES-63-33.pdf> (accessed February 4, 2011). U.N. General Assembly, 64th Sess. Resolution Adopted by the General Assembly. Global health and foreign policy (A/RES/64/108) Dec. 10, 2009.; U.N. General Assembly, 65th Sess. Resolution Adopted by the General Assembly. Global health and foreign policy (A/RES/65/95) Dec. 9, 2010.
9. Gostin LO, Mok EA. Grand Challenges in Global Health Governance. *Br Med Bull*. 2009; 90(1):1-12.
10. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO, 1946.
11. WHO. Executive Board, 128th Sess. *The future of financing for WHO*. (EB128/INF. DOC./3) Jan. 22, 2011.
12. Stuckler D, King L, Robinson H, McKee M. World Health Organization budget and burden of disease: a comparative analysis. *Lancet* 2008;372:1563-1569.
13. WHO. Executive Board, 128th Sess. Programme budget 2008-2009: performance assessment. (EB128/22) Nov. 18, 2010.
14. Bloom D. Governing Global Health. *Finance and Development* 2007;44:31-35.
15. Rosenberg M, Hayes ES, McIntyre MH, Neill N. *Real Collaboration What it takes for Global Health to Succeed*. Berkeley: University of California Press; 2010.
16. Gostin LO. Meeting Basic Survival Needs of the World's Least Healthy People: Toward a Framework Convention on Global Health. *Geo. L.J.* 2008; 96: 331-392.
17. Gostin LO, Taylor AL. Global Health Law: A Definition and Grand Challenges. *Public Health Ethics*. 2008;1:53-63.
18. Bloom D. Governing Global Health. *Finance and Development*. 2007;44:31-35.

Lawrence O. Gostin, J.D. LL.D (Hon.)
O'Neill Professor of Global Health Law and Faculty Director,
O'Neill Institute for National and Global Health Law,
Georgetown University
Georgetown University Law Center
600 New Jersey Avenue, NW Washington, DC 20001
gostin@law.georgetown.edu

Emily A. Mok, D.Phil
Fellow, O'Neill Institute for National and Global Health Law,
Georgetown University,
Georgetown University Law Center
600 New Jersey Avenue, NW Washington, DC 20001
eam223@law.georgetown.edu

Eric A. Friedman, J.D.
Fellow, O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown
University, Georgetown University Law Center
600 New Jersey Avenue, NW Washington, DC 20001
eaf74@law.georgetown.edu

Health and migration

Michael 2011;8: 240–250.

Over 200 million people celebrated their last birthday outside their country of birth. This characterizes the sheer scale, scope and extent of migration. This phenomenon is undoubtedly a contemporary global issue that affects health in complex ways. The health of migrants is influenced by their pre migration socio-economic and ethnic backgrounds, health status, history and the quality of and access to health care. The circumstances of migration and the social and health characteristics of resettlement further influence health and post migration determinants include the type of work migrants are expected to perform in the host country, their living conditions, their language skills, remaining in contact with family, acquiring a new social network and their access to health and social services. The 'ecological space' travelled by migrants' today increases the complexities surrounding health. Besides recognizing the need for better planning and management of migration and its health dimensions it is critical that countries respond to these challenges. Failure to respond to the emerging realities of poor health and disease of migrants in a timely and adequate manner could prove myopic from a political, economic and social perspective for all concerned.

Migration denotes movement by individuals or groups from one place to another often over long distances. The people who migrate are called *migrants*, or, more specifically, *emigrants*, *immigrants* or *settlers*, depending on the historical setting, circumstance and perspective. In this paper migrants are defined as those who move across the borders of countries, not within their own countries. Migration is an age old phenomenon and whether through outright conquests or slow cultural infiltration and resettlement, migrations have shaped the grand epochs in history e.g. the fall of the Western Roman Empire and transformed the world e.g. the prehistoric and historic settlements of Australia and the Americas. Research on migration

and ethnic relations is intrinsically interdisciplinary with each of these disciplines reviewing different aspects and adopting varied approaches based on differences in theory and methods (1). While a discourse on the theories of migration is beyond the scope of this article some of the aspects relevant for health will be briefly outlined below.

Migration – Salient Features, the Migratory Process and Current Status

Migration in this day and age might also be referred to as the *globalisation of migration* as there is a tendency for a greater number of countries to be affected by migratory international movements simultaneously (1). The *Acceleration of migration* is evident by annual growth rate of international migrants at 2.9 % (1). This quantitative growth increases both the urgency and difficulties of government policies. Governments are further challenged by the *differentiation of migration* that is that most countries have a whole range of types of migration i.e. labour migration, asylum seekers and refugees, family reunification to name a few at the same time.

While migration before 1960s was male dominated the current trend indicates the *feminisation of migration* with women playing an increasingly significant role in all regions and types and making up 48.6 % of all migrants (1). As the scale, scope and complexity of international migration grows, its' importance has risen to the top of the global policy agenda. This has led to the *politicisation of migration*. Domestic politics, bilateral and regional relationships and national security policies of states around the world are increasingly affected by international migration. Policies and regulations concerning migration are rapidly changing and have become more restrictive. Though this might reflect some signs of a growing xenophobia it can be largely attributed to the fact that migration is unplanned, relatively unregulated and poorly managed.

Contemporary debates feature three main approaches to the theories of migration; the neo-classical economic equilibrium theory, the historical-structuralist approach and the migration systems approach (1). The neo-classical economic equilibrium has its antecedents in the earliest 'general theories' that emphasized *push-pull*, because the perceived the causes of migration to lie in a combination of push factors impelling people to leave areas of origin and pull factors attracting them to settle in certain areas. Push factors might include demographic growth, low living conditions, unemployment rate, lack of economic opportunities and wage disparities and political repression. Pull factors are demand for labour, availability of land, economic opportunities, better education opportunities , the differ-

entials in life expectancy and political freedom. *Push and pull factors* are therefore a prerequisite for migration and these could be economic, political, cultural, and environmental (2). This is usually the case for individuals and voluntary migration but the historical-structuralist accounts looked into mass recruitments of labour by capital whether it was in Germany, California or Australia. Both these theories neglected historical causes of migration and interaction of the role of the state and interests of capital with the motivation and actions of groups and individuals that the migration systems theory tries to address.

Migration is determined to a great extent at the macro level by landmark events that govern the social, political and geographical conditions. At the micro level it is the informal social networks, family and community linkages that play an important role in both country of origin and country of settlement. Collective or personal circumstances lead to the decision to leave one's country or nation for another (1). Forced or involuntary migration reflects aspects of humanities inglorious history such as war and conflict, slave trade, trafficking and ethnic cleansing (2). Regardless of the nature of migration voluntary or involuntary every migrant has a unique and personal story. Despite the variation in the motivation, the ultimate goal is the quest to improve the overall quality of life. However migration histories do indicate that risks are often taken as other values of life are given more importance than the risks per se.

Regardless of the etiology and type of migration for the *migrant* it entails being uprooted, displaced, reinserted and re-established (3). Siem describes this *migrant career* from the minute the individual is uprooted from the safe comforts of the 'home country and place' (4). The next phase of this career is the journey that displaces the migrant from home until reinsertion in the 'new home country/place'. After being reinserted comes the re-establishment in the new society and this might have several outcomes from being integrated, segregated and marginalised to being assimilated. Migrants differ from the majority native populations. Regardless of the reasons for migration they find themselves having to deal with these differences as they do not have the knowledge of resources and shortcuts that natives take for granted. Immigrants particularly in the early years after migration often tend to live on the fringes of society.

The international migrant population (those living outside their country of birth) in 2010 was estimated at 214 million (3.1 % of the global population) whereas UNDP has estimated that 740 million migrated within their country of birth. 75 % of all international migrants are in 12 % of all countries (5). USA still hosts the largest number of international migrants

worldwide followed by Europe (including the Russian federation) that is home to 56.17 million migrants where 7-8 % of these are undocumented or illegal migrants. Migrants (foreign born) make up 10 % of the population of high income countries whereas countries where foreign-born made up more than 60 % of the population are Qatar (86 %) United Arab Emirates (70 %) Kuwait (69 %). While the traditional countries of immigration have been USA, UK, Canada and Australia newer destinations include; Ireland, Italy, Norway and Portugal (5).

Notwithstanding the sheer numbers, the rapid momentum, the scale and extent of migration will undoubtedly affect health in complex ways. While the relationship between migration and health is undisputed the evidence remains scarce due to the limited data on the health of migrants in most European countries (6, 7). Migrants have either been excluded from most studies or routinely collected data. For migrants with an illegal status it is difficult to ascertain their health situation.

Consequences of Migration on Health

Migration is synonymous with transition and might entail enormous changes. This could involve moving from low or middle income country to an industrialized country, from rural to urban areas, often rapidly in the course of a few hours or days (2). However the changes are far from unidirectional being positive and/or negative. Immigrants are often '*Obliged to come to terms with the new cultures they inhabit*' while bearing upon themselves the traces of the particular cultures, traditions, languages and histories by which they were shaped. Migrants are irrevocably the product of several interlocking histories and hybrid cultures and have had to renounce the dream of ethnic absolutism.

Immigrants from low and middle income countries are likely to find themselves caught between phases of the demographic, epidemiological and nutritional transition thus moving from areas of higher fertility and mortality, higher prevalence's of infectious diseases and under nutrition to higher prevalence's of chronic diseases (8). In some ways their move accelerates these transitions that may have already started in the home countries and are close to completion in the host countries. Thus the risk for disease could change with migration as does the prevalence for diseases in particular for conditions influenced by the gene-environmental interaction (2).

The health of migrants is influenced by their pre migration socio-economic and ethnic backgrounds, health status and history, the quality and access to health care. Despite problems of bias and the difficulties of making comparable measurements, studies of migration can be a powerful means

of generating and testing hypotheses (6). When migrants and their offspring are compared with other groups, changing socio-economic circumstances within and between generations in different migrant and ethnic groups can be linked to changing health patterns (9). This perspective suggests that health of adults might be related to exposures that they have been exposed to across their life course (10). The circumstances of migration and the social and health characteristics of resettlement are also key determinants of health (11). Post migration determinants of health include the type of work migrants are expected to perform in the host country, the physical and housing conditions available to them, their language skills, remaining in contact with family, acquiring a new social network and their access to health and social services (12).

The Oslo Immigrant Health Study documents the health of migrants in Norway at the population level for the first time and indicates that health of immigrant groups differs greatly compared to Norwegians and even more so with each other (13). Only 30 % of immigrant women from Pakistan and Turkey in the 59/60 year age group reported good health (13). In all ethnic groups those with the highest education reported good health more frequently than others. Women reported more musculoskeletal disorders than men. However, men had higher proportions of myocardial infarction and stroke. The poor health of immigrants is also reflected in their frequent use of health services. In the Oslo Immigrant Health Study immigrants made a greater number of visits to the general practitioner (GP) and specialists compared to Norwegians. Turkish and Iranians visited the psychiatrist/psychologist most frequently. Emergency services were used most frequently by those from Turkey and least by the Norwegians (13).

While physical changes are apparent and easier to document, psychosocial changes are harder to visualize as they are subtler in nature. These are related to a loss of family and kin, friends, social network and local milieu, cultural identity and professional status, and loss of familiar inability to comprehend societal norms; all contributing to an increased stress level (14, 15, 16). In the Oslo Immigrant Health Study women reported more mental distress than men with more than 40 % of women from Turkey and Iran reporting distress (13). Among the immigrant groups, Sri Lankans had the lowest score, with women in the same range as Norwegian women. In all ethnic groups, except immigrants from Pakistan and Sri Lanka, mental distress decreased with increasing education (13). Migration is often replete with the fear of the unknown, anxiety about family left behind and a sense of impending loss and this has been termed by some as a type of cultural death. For irregular migrants' financial burdens, exploitation and abuse

magnify their fears and anxiety and further increase their sense of isolation. An irregular migrant in Oslo articulated this in one sentence 'I am always worried' (17).

Chronic anxiety, homesickness and isolation besides impeding psychosocial well being lead to depression as well as disorders such as stress related ulcers, migraines and disabling back pain (8). This illustrates the complex relationship between physical and mental health confounded by differences in the beliefs surrounding illness and disease. High rates of suicide and attempted suicide among migrants in EU countries are linked with high rates of depression, in particular among women, second generation immigrants and those unemployed (6,18).

Children of migrants are often caught at the crossroads between the majority (host) and minority (immigrant) cultures. Ethnic adolescents therefore land in double jeopardy with persisting unhealthy habits from their minority cultures and acquiring unhealthy habits from the majority well. This is well illustrated in the case of boys from the Indian subcontinent in Oslo with high consumption of both full fat milk and cola/soft drinks (19). Often the ability of children of migrants to adapt and adopt the host language and culture creates a perceived gap between them and their parents. Their immigrant parents fear that they are distancing themselves from their native values and behavioural patterns. The intra familial stress and parent-child conflicts may be precursors to low self esteem, feelings of guilt and psychosocial morbidity among children of migrants (12).

People move to cities both from rural areas in their home countries and to and other parts of the globe. Urbanisation is a phenomenon often associated with lifestyle changes such as energy rich diets far exceeding caloric requirements coupled with physical inactivity, increased levels of smoking and alcohol and stress (20,21). Migration studies that have compared migrant Indians in the UK and USA with those living in India conclude migrant Indians have higher mean Cholesterol, triglycerides and Body Mass Index (22, 23).

The Oslo immigrant health study observed that immigrant men consumed more soft drinks than women, the highest consumption was observed among Turkish men. The consumption of full-fat milk was higher in men than women, the highest consumption was observed among Pakistanis and the lowest in Norwegians. Immigrants were more inactive, compared to Norwegians. Among the immigrant groups, women were more inactive than men. In Norwegians, men were slightly more inactive than women. Smoking habits varied enormously across the immigrant groups. Generally, men smoked more than women, except among Norwegians where women

smoked the most. Most smokers were observed among Turkish and Iranian men (53 and 42 %), while fewest smokers were observed among Sri Lankan women (0 %), Vietnamese and Pakistani women (4 %), and Sri Lankan men (19 %). Norwegians had the highest alcohol consumption. Over 90 % of the women from Turkey, Sri Lanka and Pakistan consumed no alcohol, or less than once a month. Pakistani men's consumption was low and similar to that of Pakistani women, whereas the consumption was higher in men from Sri Lanka, Vietnam, Iran and Turkey. However, all the immigrant men reported a much lower consumption of alcohol than Norwegian men (13).

Migration provides a naturally occurring experiment, which may establish the aetiological importance of factors acting at different points in the life course (10). An advantage of studying immigrants and their offspring is that changes in lifestyle after migration might be easier to capture and contrast. If the risk of cardio vascular disease increases among migrants from low risk to high risk areas, it is highly probable that factors are acting later on life. However, if the risk of the country of origin is retained then it likely that genetic factors exert a greater influence. According to Forsdahl, migrants exposed to relative deprivation in childhood encountering abundance in adult life face an even greater risk of Coronary Heart Disease than the host population (24), as might be expected in the case of a large majority of immigrants born in developing countries.

There is increasing evidence that chronic disease risks begin in fetal life and continue into old age (25-29). Adult chronic disease, therefore, reflects cumulative differential lifetime exposures to damaging physical and social environments. The known risk factors are now recognized as being amenable to alleviation throughout life, even into old age. The continuity, as well as a host of other factors ranging from the microscopic environment of the gene to macroscopic urban and rural environments plays a role in the development of chronic disease. Both retarded growth and excessive weight or height gain ("crossing the centiles") can be factors in later incidence of chronic disease. An association between low growth in early infancy (low weight at year one) and an increased risk of coronary heart disease (CHD) has been described, irrespective of size at birth (29). Blood pressure has been found to be highest in those with retarded fetal growth and greater weight gain in infancy (29). Short stature, a reflection of socio-economic deprivation particularly nutrition in childhood (30), is also associated with an increased risk of CHD and stroke, and to some extent, diabetes (31, 32).

Increased birth weight increases the risk of obesity later, whereas children with low birth weight tend to remain small into adulthood provided there

are no changes in the environment (31). In industrialized countries there have been only modest increases in birth weight, so the increased levels of obesity must reflect environmental changes (31,33). General obesity is a challenge for Turkish and Pakistani women in Oslo, as around 50 % were obese (Body Mass Index >30). This was far higher than any of the other ethnic/gender groups. On the other side of the spectrum we found Vietnamese men and women with almost no obesity (3-4 %). Among all immigrant groups general obesity was more frequent in women than in men, but the opposite was seen in Norwegians. Abdominal obesity (Waist Hip Ratio >1 for men and >0.9 for women) was most frequently seen in women from Sri Lanka and Pakistan, which fits with their higher prevalence of diabetes (13). Greater proportions of those with high blood pressure were observed among Norwegians and lowest among those from Iran. The favourable HDL (high density lipid) cholesterol levels were highest in Norwegians but lowest in Pakistanis and Sri Lankans. In addition, triglyceride levels were highest among immigrants from Pakistan and Sri Lanka and lowest among Norwegians. Sri Lankans in Oslo had favourable lipid profiles and blood pressure despite being more obese than a native group in Sri Lanka (34).

Ethnic differences in susceptibility to risk factors require a greater understanding of the gene- environmental interactions. Immigrants from low and middle income countries living in European urban environments are often trapped between their own traditional lifestyles and practices and those of the host country. This can increase their risk for chronic diseases and they could be pushed down the morbidity and mortality spiral. Therefore the health priorities and needs of immigrants need to be prioritized in national health policies and laws. Evidence generated and documented to warrant this prioritization.

In Norway as in many other European countries the lack of longitudinal studies limits capturing the historical and time perspectives of the migratory process of migrants from low and middle income countries. The Oslo Immigrant Health Study being a cross sectional study does not address this important issue.

Conclusion

Despite varying needs of countries and perceptions surrounding migration it is undoubtedly an integral part of the global social and economic development. Health and migration has been neglected to a large extent both by receiving and sending countries except in the case of refugees and in conflict situations. Countries have not been able to respond to the rapid

pace of current migration and acknowledging the needs and concerns of migrants to some extent entails recognition of liability and responsibility. The myth that migration ultimately succeeds has lulled authorities into complacency, whereas evidence indicates massive human wastage in terms of avoidable illness, injury neglect and mortality.

The 'ecological space' travelled by migrants' today increases the complexities surrounding health. Be it the preparedness of post industrial countries to cope with infectious diseases, the increased load on health services by newcomers, the worsening of health of migrants as a result of limited access, or occupational diseases and injuries in – the framework of labor migration, policies or lack of policies that fail to take into account these dimensions contribute to increasing the financial and social costs to both migrants and host countries.

Besides recognizing the need for better planning and management of migration and its health dimensions it is critical that countries respond to these challenges. The response must include concrete measures suitably adapted to meet the needs of migrants. This does not imply a parallel health system for migrants as it is both a waste of resources and unsustainable. Failure to respond to the emerging realities of poor health and disease of migrants in a timely and adequate manner could prove to be myopic from a political, economic and social perspective by all concerned.

Literature

1. Castles S, Miller M. *The Age of Migration*. 2nd ed. Hampshire: Palgrave Macmillan, 1998.
2. Kumar BN, Viken B. red. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget, 2010.
3. Siem H. Migration and health-the international perspective. *Praxis (Bern 1994)*. 1997;86:788-93.
4. Siem H. Migrasjonsprosesser og folkehelse. I: Kumar BN, Viken B red. *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget, 2010. s. 20.
5. International Organization for Migration. *World Migration Report 2010 – the future of migration: Building capacities for change*. Geneva: IOM, 2010.
6. Carballo M, Mboup M. *International Migration and Health: A Paper Prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration*. Geneva: Global Commission on International Migration, 2005.
7. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health* 1998;3:936-944.
8. Popkin BM. The nutrition transition: an overview of world patterns of change. *Nutr Rev*. 2004;62:140-3.
9. Macbeth H, Shetty PS. *Health and ethnicity*. London: Taylor & Francis, 2001.

10. Ben-Shlomo Y, Kuh D. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2004.
11. Wolffers I, Verghis S, Marin M. Migration, human rights, and health. *Lancet*. 2003;362:2019-20.
12. Carballo M, Smajkic A, Zeric D, Dzidowska M, Gebre-Medhin J, Van Halem, J. Mental health and coping in a war situation: the case of Bosnia and Herzegovina. *J Biosoc Sci*. 2004;36:463-77.
13. Kumar BN, Grøtvedt L, Meyer HE, Sogaard AJ, Strand BH. *The Oslo Immigrant Health Profile*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2008. 2008;7.
14. Thapa SB, Hauff E. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries-findings from the Oslo Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:78-84.
15. Hauff E, Vaglum P. Establishing social contact in exile: a prospective community cohort study of Vietnamese refugees in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:408-15.
16. Dalgard OS. Immigration and health *Tidsskr Nor Laegeforen* 1993;113:2073.
17. Hjelde HK. *Jeg er alltid bekymret*. Oslo: NAKMI, 2010. NAKMIs skriftserie 2010:1.
18. Karmi G. The ethnic health bibliography. *J Public Health Med* 1995;17:116.
19. Kumar BN, Holmboe-Ottesen G, Lien N, Wandel M. Ethnic differences in body mass index and associated factors of adolescents from minorities in Oslo, Norway: a cross-sectional study. *Public Health Nutr*. 2004;7:999-1008.
20. Popkin BM. Dynamics of the nutrition transition and its implications for the developing world. *Forum Nutr* 2003;56:262-4.
21. Wandel M. Nutrition-related diseases and dietary change among Third World immigrants in northern Europe. *Nutr Health* 1993;9:117-33.
22. Patel JV, Vyas A, Cruickshank JK, Prabhakaran D, Hughes E, Reddy KS, et al. Impact of migration on coronary heart disease risk factors: Comparison of Gujaratis in Britain and their contemporaries in villages of origin in India. *Atherosclerosis* 2006;185:297-306.
23. Hoogeveen RC, Gambhir JK, Gambhir DS, Kimball KT, Ghazzaly K, Gaubatz JW, et al. Evaluation of Lp (a) And other independent risk factors in CHD in Asian Indians and their USA counterparts. *J Lipid Res* 2001;42:631-8.
24. Forsdahl A. Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease. *Br J Prev Soc Med* 1977;31:91-5.
25. Godfrey KM, Barker DJ. Fetal programming and adult health. *Public Health Nutr* 2001;4:611-24.
26. Eriksson J. et al. Size at birth, childhood growth and obesity in adult life. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:735-40.
27. Davey Smith G, et al. Birth weight of offspring and mortality in the Renfrew and Paisley study: prospective observational study. *BMJ*. 1997;315:1189-93.
28. Barker DJ. A new model for the origins of chronic disease. *Med Health Care Philos* 2001;4:31-5.
29. Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet* 1989;2:577-80.

30. Gunnell DJ, Davey Smith G, Frankel S, Nanchahal K, Braddon FE, Pemberton J, et al. Childhood leg length and adult mortality: follow up of the Carnegie (Boyd Orr) Survey of Diet and Health in Pre-war Britain. *J Epidemiol Community Health*.1998;52:142-52.
31. Marmot, MG. Early life and adult disorder: research themes. *Br Med Bull* 1997;53:3-9.
32. Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet* 1997;350:235-9.
33. Strauss RS. Adult functional outcome of those born small for gestational age: twenty-six-year follow-up of the 1970 British Birth Cohort. *JAMA* 2000;28:625-32.
34. Tennakoon SU, Kumar BN, Nugegoda DB, Meyer HE. Comparison of cardiovascular risk factors between Sri Lankans living in Kandy and Oslo. *BMC Public Health* 2010;10:654.

Bernadette Nirmal Kumar
Norwegian Centre for Minority Health Research
Oslo University Hospital
Department of Community Medicine
Institute for Health and Society University of Oslo
Bernadette.kumar@nakmi.no

Health and politics

Michael 2011;8:251–257.

This paper reflects on the significance on the Baltics as a historical case that illuminates key dilemmas of contemporary discussions of global health. At stake in the Baltic region post 1989 as well as in today's global efforts to improve population health, is the interplay of internal political dynamics and international influences and pressures: Viewing governance as the practice of politics, the paper uses the Baltic case to illustrate how politics at the international and national level together shape health care.

Beyond the localities of people's daily lives, what broader conditions and decisions determine health care? The nation-state is in modern history the most visible of boundaries that delimits the scope and jurisdiction of health care and public health. Nation-states, however, are not static or isolated entities. On the contrary, they are subject to both internal dynamics and external forces. Few regions of the world illustrate this better than the Baltic Sea Region, which in the period between 1985 and 2005 went from being part of the Soviet Union, to become independent states, and finally part of the European Union. Toward the end of that period, these countries were also part of new international collaborations to curb the spread of infectious disease. Focus on the Baltic states thus enables us to observe how changing national and international political circumstances affects the health care sector.

This paper is a reflection on the interconnectedness of health and politics. While the connection is hardly new, it receives current attention by academics and by policy makers alike, it is integral to the relation between global and national health governance. Public health is inextricably linked to the moral and instrumental objective of a government to maintain a healthy population, essentially promoting health and protecting against disease. Obviously, there are large variations in states' attentiveness to equity

and fair distribution of the means to health. However, the state remains at the core, in need of legitimacy from the people it seeks to govern, enforcing a social contract to justify its rule. From the public health perspective, there is also an age-long conviction that effective governance is a necessary companion to science in order to reach health goals (1). Increasingly, local and national politics are influenced by decisions taken beyond their own national boundaries, in regional and international forums, or even in other states. Thus, the link between politics and health requires attention on a domestic and international level.

The paper draws from ongoing research on global health at the University of Oslo which applies a political science and international relations perspective on ways in which current global and national health governance blend and mutually constitute each other. As academic discipline, political science is engaged in revealing the relationships underlying political events and conditions. Otto von Bismarck coined politics as the art of the possible, and the practice of public health should indeed be familiar with the recognition that gold standards are good ideals, but seldom attainable in practice given the realities of conflicting interests and positions, uncertain science and disputed knowledge.

Questions about the dynamic relationship between global health initiatives and countries own health systems in the protection of individual and population health are at the heart of contemporary discussions about global health governance.

The global-national interface as a conceptual frame for studying politics and public health

The interaction of global and national efforts in the protection of individual health can be understood as two overlapping realms of governance.

In general terms, the global governance realm is the collective action or cooperation that takes place outside the realm of the state: It normally includes the work of the World Health Organization and other international organizations, and what we also term international institutions – generally understood as the rules and norms governing interaction. Cooperation between countries, within regions or across, also forms part of this realm.

The concept of *global health security* gained foothold since the turn of the millennium as a distinct international political project to control the cross-border spread infectious disease. This kind of cooperation has historical roots in intergovernmental agreements to contain the spread of infectious disease in the mid-17th century. Still, a renewed focus on health as part of national security rose back up on political agendas in the late 1990s

as part of an increased focus on emerging infectious diseases, of which HIV/AIDS was an 'early' example, as well as tuberculosis (as re-emerging), and later followed by the severe acute respiratory syndrome (SARS) outbreak and the potential of highly virulent influenzas. Observers have noted that there was an international build-up of scientific and political attention to the 'return of the microbe', with responses modeled on the smallpox disease eradication model; surveillance, outbreak investigation and containment, striving "...to transcend certain limitations posed by the national governance of public health" (2, p. 61). In the 1990s, the emerging disease problem was part of US national security discussions, linking also to the bio security issue (2, p. 69).

The effort to build a global response-network has been firmly established as a global collaborative effort anchored in the WHO, emphasizing that global public health security would not just stop infectious disease at national borders, but seek to prepare for outbreaks in advance and ensure rapid action through an early warning system, sought implemented in member states (3). A study reviewing country policy documents on global health, found that the fear of pandemics as part of a health security argument recurred most frequently (4). Health security is in other words a very powerful driver of international health collaboration.

The national health governance realm spans from central decision-making to district-and community-level health care services, or simply put, a system for public health to both protect against health risks but also to provide services. The state's role as provider varies along a continuum from political control to market liberalization. As global health governance efforts seek a deeper integration and wider reach, national governments become the gatekeepers to their health care systems and populations, for better or worse. Sometimes, populations represent a potential impact-factor for international projects, a potentially valuable asset to both governments and international initiatives. At other times, governments may be wary of imposed limitations on their sovereignty and control, but also mindful of their need for legitimacy both domestically and internationally. This is obviously a balancing act for governments. In any case, the current reality is that the national health governance realm works in relation to a widening group of state and non-state actors where the separating lines between domestic and international health is increasingly blurred.

The new form of country-global interaction can be captured analytically in the concept of interfaces, as "...socio-political spaces of recurrent interactions (...) in the handling of transnational and international affairs" (5). The term is an adaptation from sociology (6,7), and recently used to analyze the participation of South Africa and Brazil in international trade negotia-

tions over access to hiv/aids medicines as two emerging developing countries increasingly able to set and influence global agendas (5,8). Wogart et al propose a typology of interfaces that captures ways in which domestic actors interact with global arenas: One relates to the framing and influence over discourses, where for instance media and expert commissions shape perceptions of influential persons on important political issues. The second type of interface relates to resource transfers, where funding of multilateral organizations and country interventions play an important part. The third point of interaction is organizational and decision-making interfaces, capturing the range of initiatives, partnerships and alliances as meeting places between country and global constituencies. Depending on the issue area, the organizational interface may also include legal interfaces between international and domestic law (5, p.10). While a conceptual focus on interfaces sees governance as a relational phenomena, it still emphasizes the need to understand the participating actors "... in their original structural context, their sets of reference points and constraining/enabling properties" (7, p.62). The importance of understanding what goes on at the interfaces, is to identify the conditions under which international collaboration succeeds in improving the protection of individual health.

The Baltic region as example

The efforts to combat infectious disease in the Baltic Sea Region are a particularly interesting case because of the political changes this region went through over a course of 15 years. Even if a detailed examination of the Baltic case is beyond the scope of this paper, it serves as an illustration of how changes in a national health governance realm must also respond to international initiatives.

As the Soviet Union fell apart in 1989, Latvia, along with the other former Soviet states of the Baltic region, entered a decade of political liberalization and rapid changes. The reflections of Kilkuts (9) on the transitions from Soviet to post-Soviet health care in Latvia gives a good view of the changes in the national health system, transitioning from public health *control* to *services*. From a prevailing paternalistic Soviet health care system, the market economy was now driving decisions about patient care (10). Latvia introduced a primary health care system in 1996, which also opened up for private practice. Kilkut also reflects on what the newly gained freedom from 'totalitarian paternalism' entailed for the health system: Well-functioning health information systems with screening information and specific long term follow-up of certain conditions, was for instance not maintained (10). This suggests that from a public health perspective, there were both

gains and losses with the transition to freedom and democracy. A system characterized by control and oversight, was replaced by one that was liberal, pluralistic and centered on individual responsibility.

The Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region entered in 2000 as one of the first examples of an interface between national health systems and a global health security paradigm. The Task Force was established as a high-level political initiative with a mission "... to reduce through concerted action the risk and burden of communicable diseases in the region" (11, p. 1). The Task Force was a response to observations of sharp increases in infectious disease in the Baltic Sea and Barents regions since 1990 (11, 12) From an international perspective, the re-emergence of tuberculosis with increasing virulence and drug-resistance, and the rapid spread of HIV was undoubtedly causing concern the corridors of health authorities in neighboring countries as national borders were opening up.

Of the 11 countries in the Task Force, six were donor countries (Denmark, Finland, Germany, Iceland, Norway and Sweden) providing a total exceeding 10 million Euro in funding (11). An evaluation of the political dimension of the initiative describes how the Task Force was a Norwegian initiative, coming from the Norwegian Prime Minister Jens Stoltenberg and his adviser at the time, Jonas Gahr-Støre(13). Gahr Støre had just returned from Geneva as Executive Director of WHO, inspired by new conceptualizations of health as part of a whole, and inextricably linked to international relations between countries in a globalizing world. The Task Force thus embodied health as an international political project (13).

If we focus attention on the kinds of interfaces that the Task Force created, the arenas of exchange between professional networks stand out as of particular importance. The Final Report of the Task Force stresses the achievements of "(t)he establishment of a wide network of experts and health and other officials", among others (11, p. 11). The report stresses collaboration on improving surveillance systems, the setting up of early warning systems, bringing tuberculosis control in alignment with WHO standards, and setting up low-threshold support centers for diagnosis, treatment and prevention of HIV, and putting in place hospital infection control procedures, for instance through the enhancement of laboratory capacity (11). The report concludes that "A wide and well-functioning network has been established, at the political as well as the practical and professional levels" (11, p. 27). Moreover, the contacts established were considered a necessary basis for other aims to succeed. The evaluation report also notes that the Task Force was seen as a useful third party in easing relations between medical expertise in Russia and Baltic states, which had been strained

since the independence of the Baltic states. To sum up, the Task Force embodied the ambition to fight infectious disease through more, instead of less, contact across borders (13, p.2).

Concluding discussion

In the case of the Baltic states, changes in national health systems as part and consequence of the break-up of the Soviet Union appear substantially different from the changes sought through the Task Force. The period following independence was essentially a change in the national political system, which in turn led to economic liberalization and rapid modernization. This, as we have seen, affected the national health governance realm in profound ways. With internal political changes came a new form of integration with the international community, giving rise to initiatives like the Task Force. The Task Force was a political process initiated by a typical donor country with strong links to the global health governance realm. The projects that formed the core of the Task Force, however, diverged from its high-level political take-off to collaboration based through funding and networking of scientific expertise, academics and professionals.

A closer examination of the interfaces between the national and international governance realm in the case of the Baltic states would require further empirical research. What can still be said, however, is that the two realms certainly meet in the day to day work in laboratories, hospitals and government health administration. Here, the interplay between various actors and resulting decisions constitutes politics in practice. This would be interesting to examine, also in the context of EU membership after 2004, where the EU Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being took over after the Task Force. The questions that could be asked include: Under what conditions does the global health governance realm focus on public health security contribute to the protection of individual and population health as part of primary health care?; Do targets of the international health governance realm coincide with the needs of national health systems?

If viewed in a broader context of global health governance, the Task Force was ahead of its time in addressing health issues from a foreign policy platform. A few years later, in 2007, The Norwegian Minister of Foreign Affairs, together with six colleagues, issued a declaration in the *Lancet*, titled 'Oslo Ministerial Declaration: Global Health – a pressing foreign policy issue of our time'. This initiative was an affirmation that global health had become a concern of high politics, reflecting a broader notion that foreign policy was no longer just about protecting ones own borders, but cooperating to reduce shared vulnerability (14).

In closing, national governments have important roles as mediators of changing contexts that are simultaneously international and domestic. A key lesson from the Baltic states case is that the study of politics may learn from the focus on health governance, and public health may also benefit from examining a range of political determinants.

Literature

1. Lachenal G. The doctor who would be king. *Lancet* 376:9748, pp. 1216-1217, 2010
2. Lakoff A. Two regimes of global health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism and Development* 2010;1:59-79.
3. World Health Organization. *The World Health Report 2007: A safer future: Global PublicHealth Security in the 21st century*. Geneva: WHO, 2007.
4. Labonté R, Gagnon ML. Framing health and foreign policy: lessons for global health diplomacy. *Globalization and Health* 2010;6:14.,
5. Wogart JP, Calgagnotto G, Hein W, von Soest C. *AIDS, Access to Medicines and the different roles of the Brazilian and South African Governments in GlobalHealth Governance*, GIGA Working paper No. 86. Hamburg: German Institute of Global and Area Studies, 2008
6. Long N. *Encounters at the interface: Social discontinuities in rural development*. Wageningen: Wageningen Agricultural University, 1989.
7. Long N. *Development Sociology: Actor Perspectives*, London: Routledge, 2001.
8. Hein W, Burris S, Shearing C. Conceptual models for global health governance. In: K. Buse, W. Hein, Drager N eds. *Making Sense of Global Health Governance. A Policy Perspective*. New York: Palgrave Macmillan, pp. 72-99, 2009.
9. Kilkuts G. Soviet time health and health care in Latvia. *Michael* 2005;2: suppl 1:51-57.
10. Kilkuts G. What happened to Latvian health care 1991-2004? *Michael* 2005;2: suppl 1:58-67.
11. Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region. *Final Report*. Oslo: Ministry of Health, 2004.
12. Tounoussova OS. Infection, Infection control and social change in the countries of the former Soviet Union. *Michael* 2004;1: 265-7.
13. Hønneland G, Rowe L. *Health as international politics: Combating Communicable Diseases in the Baltic Sea Region*. Aldershot: Ashgate, 2004.
14. Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Thailand. Oslo Ministerial Declaration: Global health – a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 2007;369: 1373-8.

Kristin Ingstad Sandberg

Fridtjof Nansen Institute, Oslo

Institute of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Oslo

P.O. Box 1130 Blindern, N-0317 Oslo

k.i.sandberg@medisin.uio.no

The marketing of medications in Post-Soviet Latvia

Michael 2011;8:258–269.

The Baltic States have had drug manufacturers for a long time. Later, institutes were established where new pharmaceuticals were developed. In the Soviet Union there was practically no marketing of drugs, because shortages and the system of planned economy made any such process quite unnecessary. After the restoration of their independence in 1991, the Baltic States saw complete changes in their pharmaceutical markets. The range of the limited Soviet and Socialist bloc drugs, which always were in short supply anyway, was replaced by pharmaceuticals from the world's best manufacturers of high tech medications. It took about ten years to bring order to this new market. A free market for pharmaceuticals was established, foreign companies entered the Baltic States, government institutions were set up to register medications, laws were passed, and in preparation for entering the European Union, laws were harmonised with European requirements. Marketing of drugs in the Baltic States was initially aimed at filling the vacuum of information which existed. Later, Western style and professional ways of marketing drugs were adopted, and the aim was always to increase the sales.

It is not easy to come up with an ambiguous conclusion as to what Latvia's main manufacturing sectors might be today. Twenty years ago, however, it was clear that the main sectors were radio technologies, robot manufacturing, the furniture industry, the textile industry, and the pharmaceutical industry.

Although the situation has changed radically, Latvia remains the leader in pharmaceutical manufacturing in the Baltic States. This is largely due to factories which were established in Soviet times and continue to operate today. *Grindeks* (leading pharmaceutical company in the Baltic States) was established in 1946 and *Olainfarm* (one of the biggest pharmaceutical com-

panies in Latvia) in 1972, the latter particularly known for the synthesising of *Furagin* (Furazidin), an antimicrobial medication, a derivative of nitro-furan.

The drug manufacturers in Latvia were known throughout the Soviet Union. The unquestioned leader at the time was the *Institute of Organic Synthesis*, which had been established in January 1, 1957 by merging the laboratories of three institutes of the Latvian Academy of Sciences, which all intended to develop new drugs. This institute created and developed 17 different drugs to treat cancer, infections, coronary disease, and other disorders. The institute's inventions are protected by 63 patents (1). The head of the institute for the first 18 years was Professor Solomon Hiller (1915-75), who specialised in heterocyclic chemistry and in the way which this science is organised. The institute became the first in the Soviet Union to manufacture peptides, prostaglandins, and cephalosporins. Since 1991 there have been many changes. One of the laboratories of the institute is by now the largest manufacturer of drugs in Latvia and the Baltic States. That is the stock company Grindeks.

“Marketing” of pharmaceuticals in the Soviet Union

We can divide the 20th century in Latvia into three periods: The period of independence from 1918 until 1940, the Soviet era from 1945 until 1991, and the first decade of restored independence 1991–2000.

There were advertisements for drugs during the first and the third period, but not during the second (Figures 1, 2). That applies not only to media advertisements in print and on the television screen, radio and outdoors, but also to advertisements in the specialised medical literature, and at congresses and exhibitions.

During the Soviet period, advertising was unnecessary. Deficits of drugs created a system that was crippled and completely out of line with our understanding of “marketing”. E.g. at large medical meetings there were often “travelling pharmacies” which offered non-important medications that were in short supply. An example is *Panangin* (calcium aspartate/magnesium aspartate). There was also a great demand for ethereal oils and ointments manufactured in Vietnam. The sale of medical and non-medical products at such congresses was an important instrument in the hands of the Soviet regime. It attempted to praise and spread propaganda about the achievements of Soviet medicine.

During this period of no marketing and advertising, it would have been hard to imagine how the situation would develop after the restoration of independence and reinstallation of a free market in Latvia in 1991.

HELPINS

Iecitīna-glicerīna emulsija ar elektrolītu piedevām.

Tuberkulozes ārstēšanai ar lipoidiem,

kā arī anēmijai, nespēkam, zīdaiņu atrofijai. Palielina
resistenci, veicina asinsradīšanos, pieņemšanos svarā
un apetīti.

VISOS ĢADĪJUMOS PĀRSPEJ ARSĒNU.

Orģināldevaļojums: Kārbiņš ar 10 ampulām à 1,5 ccm. Klīnikām — 100
ampulas à 1,5 ccm.

Parakstīšana: Iekļūst vai tie pārdienas 1—2 ampulas intramuskulāri.
Ārstēšanas kurss — 20—30 ampulas.

Paraugi un literatūra ārstu kungu rīcībā.

Ķīmiska fabrika Grünau Landshoff & Meyer A.-G.
BERLIN — GRÜNAU.

PĀRSTĀVIS LATVIJĀ:
KĀRLIS GUTKEVIČS, RĪGĀ, KUNGU IELA Nr. 1.
Tālrunis 2-3-9-3-3.

Tirība, aktivitāte un stabilitāte

INSULIN 'A.B.'

TRADE  MARK **Brand**

Visā pasaulē plaši pazīstamās Insulīna „A. B.” priekš-
rocības izskaidrojamas ar tās nesalīdzināmo tīrību,
kā arī vispārējam stabilitāti un darbības spējam
visos apstākļos.

20 vienības c. c.

Insulīna — 20 vienības c. c.
S. u. d. (100 vienības uz 100 šķidr.)
20 c. c. (1930 — 20 — 20 —)

10 vienības c. c.

Insulīna — 10 vienības c. c.
S. u. d. (100 vienības uz 100 šķidr.)

Sīkākus ziņojumus un jaunākos literatūras datus ārstiem piedūta par laivu.

Izgatavotāji: **Allen & Hanbury Ltd.; The British Drug Houses Ltd.**
Ģenerālpārstāvis Latvijā, Igaunijā, Līčuvā: **LEOPOLD LASERSON, Berlīn,**
SW 68, Alte Jakobstrasse 20/22.

Pārstāvis Latvijā: **VILHELMS VEINBERGS, Rīgā, Elizabetes ielā 89.**



Figure 1. Medical advertising in the Medical Journal of Latvia in 1930-ties.

[illegible]

Figure 2. Medical advertising in Latvian medical magazine in 1990-ties.

One might think that the marketing of medications popped up completely from scratch in the third period. This was not exactly true, as certain very rudimentary attempts at indirect marketing still existed in the Soviet Union, at least in Moscow and some other major cities.

The world's leading pharmaceutical companies were indirectly represented in the Soviet Union for one simple reason: The way in which patents were registered. No matter how much they wanted to protect their products, foreign manufacturers could not patent their substances as such in the Soviet Union. They could only patent the technologies that were used to create the relevant chemical compound. The practice of refusing to patent local medications survived until 1992. Instead, investors received a certificate which was called "evidence of originality" (Figures 3, 4, 5), but it meant nothing at all, because the state maintained full ownership of all inventions (2).

Another element relevant to the marketing of medications in the Soviet era was the low level of imports. Imports only took place occasionally, because few globally known manufacturers of high-tech medications were interested in selling their products in the USSR. An exception was *Cloforan* (cefotaxime), which appeared in the Soviet Union at the same time as it did in Western markets (2).

Most drugs were imported under the auspices of the *Mutual Economic Assistance Council*, which involved the countries that were part of the so-called Socialist bloc.

It must also be noted that throughout the Soviet Union, including the Latvian SSR, the manufacturing of substances was at a high level. Until 1992, the state delivered locally manufactured substances to all 15 Soviet republics, as well as to most of the Eastern European Socialist countries in which drugs were manufactured (the German Democratic Republic, Hungary, Czechoslovakia, Poland, Bulgaria, and Yugoslavia, particularly Slovenia and Serbia). From 1975 until 1990, investments in the pharmaceutical industry in those countries were five times higher than in the USSR itself. Export of medical resources from the Soviet Union was dominated by substances, while not more than 10-15% of imports were of the same (3).

There was another classical element in the marketing of medications – international exhibitions of medications and medical products. These were almost always held in Moscow. Under conditions of shortage, these events became something of a shock to ordinary doctors. When they saw the vast number of products which were offered from the West, they could not know whether any of them were going to be bought for Soviet needs. Nor could they know whether, if such purchases were made, they would be delivered to the people who needed them. There was a bit of "unusual business" in



Figure 3. Evidence of Originality (diploma). 1965. From the collection of the Paul Stradin Museum of the History of Medicine in Riga.

Союз Советских Социалистических Республик  Государственный комитет по делам изобретений и открытий СССР	О П И С А Н И Е ИЗОБРЕТЕНИЯ К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ	167964
	Заявлено от авт. свидетельства № — Заявлено 25.VI.1965 (№ 843674/31-65) с приобщенными катета № — Принят — Опубликовано 05.II.1965, Бюллетень № 2 Дата опубликования описания 19.II.1965	Кл. 304, 26 МПК А 61 УДК
Автор изобретения Заявитель	Г. Р. Дамбаев	
ИМПЛАНТАТ ГЛАЗА		
1 Известные имплантаты глаза, выполненные в виде сферического тела, после операции часто имеют слишком глубокое и ограниченное в своем движении. С целью улучшения положения в орбите и увеличения объема движений глазного яблока, предлагаемый имплантат имеет на передней поверхности сообщающиеся между собой отверстия, соответствующие анатомическому расположению мышц. Для лучшего сцепления с тканями орбиты на поверхности имплантата выполнены выступы в углублениях. Наиболее полно предлагаемый имплантат из синтетического материала, например полиакрила, обеспечивает возможность его напоявлять, а также улучшает условия сцепления с тканями орбиты. На чертеже показан предлагаемый имплантат глаза в трех проекциях. Четыре сообщающиеся отверстия 1 в имплантате глаза предназначены для расширения и уменьшения углубленного глаза. Выступы в углублении 2 на поверхности имплантата служат для улучшения сцепления с тканями орбиты. Размер имплантата выбирают в соответствии с размером больного и соотношением с другим глазом. При проведении операции глазное яблоко удаляют известным способом, но перед удалением срезают мышцы через канальцы по оси	2 проводит лигатуру. Далее устанавливают андроподобный имплантат глаза с заданной глубиной через канальцы для его отверстия. Канальцы, после проведения через соответствующие глазные мышцы и зашивают. Затем зашивают канальцы лигатур и таким образом соединяют друг с другом канальцы и тем самым в таком направлении с помощью срезают глазные мышцы. После этого из углубленного глаза удаляют остаток зрачка. После проведения раны устанавливают соответствующий глазной протез. Предмет изобретения 1 Имплантат глаза, выполненный в виде сферического тела, отличающийся тем, что, с целью улучшения положения в орбите и увеличения объема движений глазного яблока, имплантат имеет на передней поверхности сообщающиеся между собой отверстия, соответствующие анатомическому расположению мышц. 2 Имплантат глаза по п. 1, отличающийся тем, что, с целью улучшения сцепления с тканями орбиты, его поверхность имеет выступы в углублениях. 3 Имплантат глаза по п. 1, отличающийся тем, что, с целью улучшения сцепления с тканями и для обеспечения возможности местного промывания, он изготовлен из биологически материала, например полиакрила.	
Подписанная сторона № 135		

Figure 4. Description of the invention. Attachment to the Evidence of Originality 1965. From the collection of the Paul Stradun Museum of the History of Medicine in Riga.



Figure 5. Two Certificates of Invention. The first one was issued in May 1990 (the very late of the Soviet period in Latvia). Description in Russian language. Stamped by Soviet Latvian Ministry of Health Care. The second one was issued in June 1991 (the very early period of the Independent Latvia). Description in Latvian language. Stamped by Ministry of Health Care of the Republic of Latvia. Both documents have been signed by the same person.

this whole affair. Even though it occurred at a very low level, indeed, the fact is that globally known brands of medications did appear in the Latvian SSR. They appeared in very small amounts, and exclusively through the offices of the Soviet Latvian Ministry of Health Care. Any distribution of such products required the signature of the minister or his deputies. The minister also had to sign any prescription for western made medicaments. Only one pharmacy in the whole Soviet Latvia accepted those prescriptions and handed out the drug.

Arrival of Western pharmaceutical industry on the Baltic market

The first Western companies represented in the Baltics organised their initial work in for different ways: First, they did informational work and began to market drugs through representatives from Finland or Denmark. Second, they delegated the sales of drugs to local pharmaceutical wholesalers as *Tamro*

(distributor of healthcare products in Latvia, as well as being the daughter company of TAMRO, Northern Europe's largest pharmaceutical wholesaler) and *Farmserviss* (medical drugs wholesaler in Latvia). Third they set up a legal unit in one of the three Baltic States, usually in the one with the most favourable business laws, to cover all three countries. Fourth, they established a marketing presence with a marketing office in each country.

The latter way became the most usual one. It was also the safest option in the markets of the Baltic States at a time when they had just regained their independence. However, this does not mean that these enterprises only dealt with educational, marketing, and advertising projects. They sold their drugs through their sales apparatus in other parts of the world, e.g. in Geneva. This meant that local customers paid for the drugs by transferring money to foreign accounts. Due to a new law of commerce, passed in Latvia in 2007, after a transitional period such marketing representative offices were no longer be legal (4-5). Therefore, offices of several foreign companies have converted into limited liability firms.

Irrespective of the form of operations chosen by foreign companies, their job has been to promote the sales of their drugs. At the beginning of the period, classic sales methods from the west were new and unknown in the local market. Even the simplest marketing techniques bemused doctors and other medical professionals. After the shortages of pharmaceuticals that had existed for decades in the Soviet Union and its Baltic republics, any kindness on the part of the pharmaceutical companies as meals, souvenirs, samples, etc. seemed utterly incomprehensible and culturally unacceptable. However, once they overcame this entrepreneurial and cultural shock, it has to be said that doctors rather quickly accepted the new rules of the game. Over a period of time so-called "informative hospitality" from the foreign drug companies became far more generous. E.g. manufacturers offered doctors a chance to attend international congresses. These doctors were always opinion leaders in their medical field. Similar offers were made to health care administrators and to those doctors and bureaucrats who were in charge of drug purchases. This marketing practice was not particularly ethical, given that these local doctors often had poor foreign language skills at the outset, and that once abroad, they were treated in five star hotels, given business class air tickets and special entertainment during the congresses. It is doubtful whether the medical information conveyed in this manner was adequate for the doctors, let alone for their patients, but it certainly stimulated the sales of the sponsors' drugs.

Some representatives worked directly with doctors. However, the office based staff aimed their efforts on the centralised procurements organised

by ministries and hospitals. At a time when the health care budgets of the Baltic States were quite low, only around 2% of GDP, medical institutions often lacked the money to purchase drugs. A compensation system had not yet been established. Health care administrators organised many bids for tender to get at least a minimal amount of the drugs they needed. Civil servants decided that if they bought medications in large amounts and promoted competition among those who took part in bids for tender, the prices would go down.

Origins of a free market for pharmaceuticals in Latvia: Pharmacies and wholesalers

The new economic circumstances which emerged after 1991 led to the establishment of the first private pharmacies, and, later on, chains of pharmacies. The first full-service player on this market in Latvia was the *Zala Aptiekā*, (the green pharmacy). It was licensed both as a retailer and as a drug wholesaler. Initially this company charged American dollars and not the local currency for their products.

Initially, foreign companies did not trust partners in the newly independent Baltic States and demanded pre-payment for all goods they sold. In the case of *Farmserviss*, the first Western partner to permit post-payment (for two months), was a little known American wholesaler named *Leader*.

The first order was worth USD 30 000, and it covered 100-tablet-packages of *Aspirin*, some *Maalox* (a combination of aluminium and magnesium hydroxide), and a vanilla-flavoured weight-loss product. These were basically drugs that could be bought off the shelf in American supermarkets, without any need for a pharmacy. However, no antibiotics were included in the first order. Today, of course this purchase seems peculiar. But at that time it was fully in line with the demands of a market that had been heated up by foreign marketing. A form of indirect marketing was a series of local articles about the arrival of new “miracle medications” at the *Green Pharmacy*. People lined up in long queues to buy 100 tablets of *Aspirin* and the vanilla flavoured weight loss product for five USD. This happened even though the price was quite high, given the level of income of working people in Latvia.

The initial process proved to be so successful that by end of 1991, *Farmserviss* had seven pharmacies in Riga and elsewhere in Latvia. As a wholesaler with a chain of pharmacies, *Farmserviss* became the first business partner in Latvia for several foreign distributors of pharmaceuticals. There were no legal barriers against the new types of distribution of medications in Latvia.

This uncontrolled, yet very successful process was halted in 1992, when drugs, including antibiotics, were purchased in large amounts with money

from the World Bank. This crippled the free market drug distribution in Latvia, and continued to affect the market, particularly in terms of the procurement of medications by hospitals, until 1998.

In the years between 1993 and 1995, most of the best known pharmaceutical companies in the world set up some type of operation in the Baltics. Sometimes the business started with the delivery of a single box of drugs which the manufacturer asked a wholesaler to sell.

A system of registration of drugs in line with Western standards was in its infancy at this time. The National Drug Agency in Latvia was established in the autumn of 1996. That was the first serious step in the attempt to bring more order into the local pharmaceutical market. Prior to that, a *Certificate of quality* usually was enough to distribute a medication. The market was far from saturated. Wholesalers in the Baltic States e.g. had no problems in selling antibiotics. There were few brilliant examples of marketing and advertising. It was clear that there were still many available niches. The market had not yet achieved its full potential (6-10).

Information vacuum in the post-Soviet Baltics

What do doctors think about changes in the pharmaceutical market in the post-Soviet world? Each doctor who was interviewed for this paper said that there was a lack of information about new treatment methods and medications. There were times when pharmaceuticals were available, but without objective information about how they were developed and how clinical trials were conducted. Medical literature in Russian was outdated, new publications in Latvian were extremely rare, and foreign books and periodicals were too expensive for local doctors. There was also a language barrier.

In the course of time, this information vacuum was successfully filled up by representatives of foreign pharmaceutical companies. Their aim was not to engage in aggressive marketing strategies for drugs. Instead, they distributed information about the latest treatments for different diseases – in most cases, of course, treatment which involved the specific company's products. These people visited doctors at work, organised medical conferences, and invited doctors to attend company-supported conferences for medical professionals abroad.

Eventually, the pharmaceutical companies operating in the Baltics became more focused in the direct sales of drugs. Marketing processes became more aggressive. Doctors received directly or indirectly material stimuli if they prescribed a specific medication. There were also so-called experience trials in which doctors were paid for each patient who was included in the trial.

The situation began to change as the use of the Internet became more common in Latvia. Prior to that, the doctors had been dependent on the information and honesty of the companies, but now they could obtain information freely, which made them much more independent. Most of the doctors surveyed said that this was a difficult, but very rewarding educational period.

Acknowledgements

The author is grateful to the staff of the Pauls Stradiņš Museum of the History of Medicine, IMS Baltija, former *Farmserviss* president Agris Briedis, professor Aivars Lejnietis and professor Sandra Lejniece for the illustrative materials and interviews which they so kindly provided.

Literature

1. Stradiņš J. Formation and development of the Latvian Institute of Organic Synthesis over 50 years (1957-2006). *Chemistry of Heterocyclic Compounds* 2007;43,2:127-42. (and)
2. Stradiņš J., Pugačova O. *Latvijas organiskās sintēzes institūts*. Zinātne 2007; 15-21 lpp.
3. "Патенты, лекарства и здравоохранение", декабрь 2002: <http://expo.rusmedserv.com/artic11.html>.
4. Фармацевтическая промышленность. Импортозамещение через инновации: <http://www.minprom.gov.ru/activity/med/return/1/print>.
5. Komerclikums. *Komerclikuma spēkā stāšanās kārtības likums*. Rīga: AFS, 2010.
6. *Rīdzinieku veselības aprūpe, 1201-2002*. Rīga, 2003. – 140.lpp.
7. VZA. (2010) Latvia's State Agency of Medicines. [Homepage]. From: <http://www.vza.gov.lv/index.php?id=16&top=2&large=&sa=16>
8. Baltic Health. *Michael*, 2004;1, issue 4.
9. IMS Health. Emerging Europe. *Pharma & Healthcare Insights*. August 2007. Issue 16,
10. Karaskevica J, Tragakes E. Health care systems in transaction: Latvia. *European Observatory on Health Care Systems* Copenhagen, 2001.
11. Karhu A. *Pharmacy Industry in Russia and in the Baltic States* // Publication 50, NORDI series. Lappeenranta 2008. – p.110

Juris Salaks

Riga Stradin University

Institute of the History of Medicine

Antonijas 1

Riga, LV-1360

Latvia

juris.salaks@rsu.lv

Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region

Final Report¹

Michael 2011;8:270–294.

The Third Baltic Sea States Summit in Kolding, Denmark, in April 2000 decided to establish a Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region, with Special Representatives from each of the eleven Prime Ministers and the President of the European Commission. Its mission: to reduce, through concerted action, the risk and burden of communicable diseases in the region. Norway volunteered to chair the Task Force, and to establish a secretariat.

This report outlines the structures and the principles of the Task Force collaboration. Standardized projects were designed and implemented in six programme areas, all monitored through a common database. The Task Force also fostered wider collaboration in the areas of training in public health and health sector reforms. In all, 138 projects had either reached completion or were in progress as of spring of 2004. Direct project support amounted to ten million € with approximately the same amount for networking, training, technical advisers, secretariat and evaluation.

HIV and tuberculosis incidence rates have either flattened out or declined at the end of this period. While the direct impact of the Task Force cannot be quantified, we can say with confidence that the Task Force heightened political awareness in the respective countries of issues related to HIV/AIDS, tuberculosis and other communicable diseases, promoted change in national neighbourhood cooperation policies and funding, resulting in increases in national budgets to combat communicable diseases. The basis for collaboration at the political level laid by the Task Force is already bearing fruits with the setting up of Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, in which the networks created within the Task Force-framework are of importance.

¹ Revised version of the final report to the 5th Baltic Sea States Summit, Laulusmaa, 21 June 2004.

The available information on the burden of communicable diseases in the Eastern part of the Baltic Sea region strongly suggests that more needs to be done to contain these epidemics. Although the rates of new cases may now be falling, the number of people living with HIV/AIDS continues to rise. The registered rates of new tuberculosis cases have stagnated, but are still unacceptably high. A wide and well-functioning network has been established, on the political level as well as the practical and professional level. These networks must be maintained, and preferably widened. The future collaboration will probably be less in the shape of project support and in terms of funding, as the economic indicators improve. Technical collaboration, common understanding, mutually supportive strategies and acting through established networks will most likely be the four pillars on which future collaboration on communicable disease control in the region will rest.

A sharp rise in the incidence of communicable diseases was observed in the 1990s in the Baltic Sea and the Barents regions, particularly in the Russian Federation and the Baltic States. Social and economic hardship had made the populations highly vulnerable and facilitated the spread of infection. HIV infections, initially among injecting drug users, and tuberculosis, in particular the multi-drug-resistant tuberculosis among inmates in overcrowded prisons, gave cause for alarm.

The Swedish Ministry of Foreign Affairs raised the issue of the threat from infectious diseases at the Ministerial Meeting of the Council of the Baltic Sea States, CBSS, in Palanga in June 1999, and at the EU Ministerial meeting on the Northern Dimension in Helsinki in November 1999. The growing concern led to a consultation in Sigtuna 31 January – 2 February 2000, at which 80 experts from the CBSS member states and the EU Commission, The World Health Organization, The World Bank, the US Centres for Disease Control and Prevention and the Open Society Institute took part.

The Third Baltic Sea States Summit in Kolding, Denmark, in April 2000 decided to establish a Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region, with Special Representatives from each of the eleven Prime Ministers and the President of the European Commission. Its mission was, through concerted action, to reduce the risk and burden of communicable diseases in the region. Norway volunteered to chair the Task Force, and to establish a secretariat. After initial consultations with relevant authorities, experts and organizations, the Task Force reached full agreement on priority areas and steps to be taken, and submitted in December 2000 a background document entitled “Healthy Neighbours” along with its rec-

ommendations. The document can be found at the website www.baltichealth.org. The Heads of Governments and the President of the European Commission decided in January 2001 to renew and extend the mandate for the Task Force for three years. The Summit in St. Petersburg on 10 June 2002 again confirmed the mandate, and issued a statement, reaffirming their concern.

Mandate

The Task Force shall:

- Review the recommendations and the background documentation for concerted action in the field of communicable disease control in the region.
- Develop instruments for the implementation of the recommendations.
- Oversee the implementation of recommendations.
- Establish and conduct an evaluation of the entire initiative.
- Report to the CBSS Summit 2002 (subsequently 2004).
- Prepare for the end of the Task Force and make recommendations for the continuations of activities when the mandate expires.

Members of the Task Force:

Ib Valsborg, Permanent Secretary, Denmark
Katrín Saluvere, Director General, Estonia
Ronald Haigh, Head of Unit, EU Commission
Jarkko Eskola, Director General, Finland
Reinhard Kurth, President, Germany
Haraldur Briem, State Epidemiologist, Iceland
Viktors Jaksons, Minister, 2002 Signe Velina, Deputy Director, Latvia
Eduardas Bartkevicius, Vice Minister, Lithuania
Lars Erik Flatø, 2001 Kristin Ravnanger, State Secretaries, Norway (Chair)
Andrzej Ryz, 2002 Mirosław Manicki, Vice Ministers, 2003 Wiktor Masłowski, Adviser for the Minister of Health, Poland
Georgy M. Petrov, Vice Minister, 2001 Viktor Maleev, State Infectionist, Russia
Erik Nordenfelt, Professor, Sweden

The Task Force Special Representatives were responsible for political co-ordination and oversight of the entire initiative. The Special Representatives were also given the responsibility to ensure that agreed procedures for prioritisation and use of economic resources were followed, and to mobilise national resources and commitment during the lifetime of the

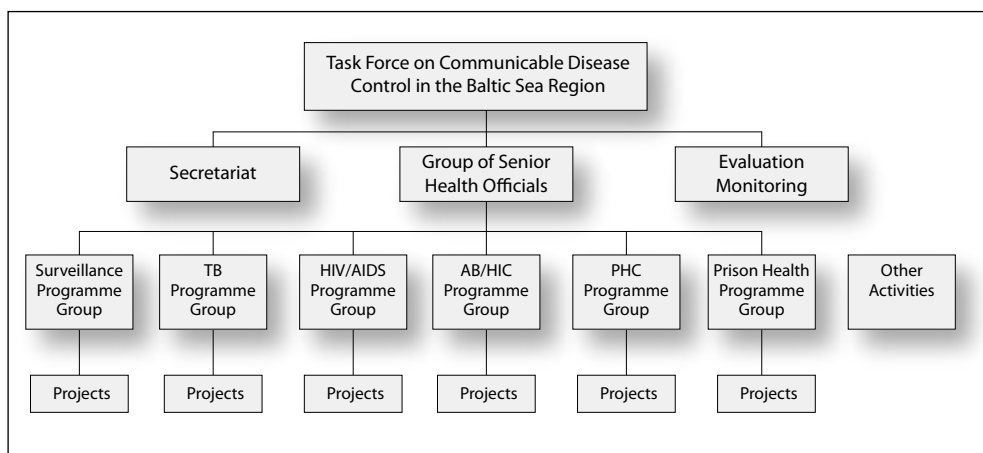


Figure1. Organizational structure of the Task Force and its units

TB: Tuberculosis

AB/HIC: Antibiotic resistance and hospital infection control

PHC: Primary health care

Other Activities: Network of public health training around the Baltic Sea, Health sector reform.

initiative. One further aspect of their work was related to the enlargement of EU in May 2004, when the ‘political geography’ of the whole area changed. In this sense, the activities of the Task Force also took cognisance of the need to support accession priorities as well as to encourage collaboration with the Russian Federation, in response to the impending extension of the frontier with EU.

Background documents

The plan of action developed by the Task Force is described in the background document “Healthy Neighbours”. This document also gives a brief overview of the health situation in the Baltic region and discusses elements of public health strategies. Finally, it sets out the scope and principles for international cooperation in combating infectious diseases. The document lists five programme areas, that were confirmed by several expert panels on project development: Surveillance; Early Warning and Vaccinations; Tuberculosis, HIV and STI (Sexually Transmitted Infections); Antibiotic Resistance and Hospital Infection Control; and Primary Health Care Services. Later, at the Summit in 2002, a further programme area on Prison Health was added.

Regarding the organizational structure of the Task Force, the Programme Groups for each of the programme areas worked as the prime engines in

Table 1. Projects according to programme area and project status.

Project status 0704–2004							
		Approved	Project proposal	Draft	Completed	Closed for other reasons	Total
Programme Area	S	1	0	2	8	14	25
	TB	20	5	1	3	2	31
	HIV	31	1	4	10	6	52
	AB	22	1	2	0	6	31
	PHC	23	2	4	12	5	46
	PrHe	32	0	5	0	1	38
Total		129	9	18	33	34	223

project development. The tasks and responsibilities of International Technical Advisers – ITAs – and a Group of Senior Health Officials – GSHO – were laid out in a subsequent document entitled “Implementation – Down to Earth”, which also can be found at the website mentioned above. In 2001–02, the Task Force expanded further with the addition of working groups and advisers on training in public health and health sector reform.

It was decided to use the Logical Framework Approach, an internationally recognized tool in development project planning, as an obligatory frame for all projects. All Task Force projects were to be entered into the database and published on the Task Force website, and targets reported by the project leaders as they were reached. The website was also used by the members of the Programme Groups to draft projects. Training courses in Logical Framework Approach were given. In all, 223 projects were registered. Of these, 61 were proposals or drafts which were not finalised, or were closed. In all there were 36 projects registered for Estonia, 35 for Latvia, 45 for Lithuania, 17 for Poland and 105 for the Russian Federation.

Over time, until end of March 2004, 162 projects were posted as “approved” or “completed” by the groups. Of the 129 “approved” but not yet completed projects, there were 105 that had full or partial funding and were in progress. In addition, there were at this time 33 projects that were completed. This is a remarkable outcome, and reflects the general proactive attitude in the Task Force.

Over a single year (March 2003 – February 2004), the website recorded monthly hits ranging from 18 100 (July) to 67 000 (September), with a median of a little more than 30 000 per month. Second to the main page, the project pages had the most frequent hits ranging from 1 100 to 3 900.

Table2. Number of projects according to programme area, funding and project status 0704-2004.

Founding			Programme area						
			S	TB	HIV	AB	PHC	PrHe	Total
Not funded	Project status	Approved	1	2	6	1	6	8	24
		Projekt proposal	0	4	1	1	2	0	8
		Draft	1	1	4	2	3	4	15
		Closed for other reason	11	2	6	6	2	1	28
	Total		13	9	17	10	13	13	75
Partly funded	Project status	Approved	0	3	3	6	13	14	39
		Draft	1	0	0	0	1	1	3
		Completed	2	0	2	0	1	0	5
		Closed for other reason	3	0	0	0	3	0	6
	Total		6	3	5	6	18	15	53
Funded	Project status	Approved	0	15	22	15	4	10	66
		Projekt proposal	0	1	0	0	0	0	1
		Closed for other reason	6	3	8	0	11	0	28
	Total		6	19	30	15	15	10	95
Total number of drafts and projects in the database = 223									

The number of logins onto the LFA web tool site ranged from 160 to 600 per month. In terms of visits, it is fair to say the website was a success and lent transparency to Task Force activities.

Guiding principles

The Task Force set up a decentralized organizational structure, which granted very high degrees of autonomy to the Programme Groups, i.e., the panels of experts from participating countries. This approach laid considerable responsibility and authority on the project leaders. The logical framework and the reporting on the homepage, in addition to possible separate reporting to donors, were the ties intended to keep the whole initiative together.

The task of monitoring the database was outsourced to an academic institution which reported regularly to the Secretariat. These reports also

formed the basis of the oversight performed by the GSHO and the Task Force authority itself. This was for many a new approach and not always readily understood. Some actors expected, even would have preferred, to work to a more traditional, hierarchical model, with a central authority directing, instructing and distributing funds from the top. But the Task Force decided early on to avoid yet another bureaucratized intergovernmental organization, and clearly wanted to reduce the potential for donor-driven projects.

Sustainability was an important guiding principle. Projects should be anchored with local authorities, who were best capable of taking local circumstances into account, and could also be expected to mobilise their parts of the budgets, in particular salaries, premises and expendables, in view of continued activities once the international collaboration came to an end.

The core elements of the collaboration thus rested on the transfer of knowledge and technology and a shared understanding of the problems, contexts and solutions. One-time investments in equipment were underwritten by external partners, and the guiding principles were flexible enough to allow exceptions, when there was an obvious need, for example to renovate premises in prisons.

Organization of work

The collaboration was based on the agreed objectives set out in the background document. Each Programme Group took these as starting points in their work to develop more specific project models, following the logical framework, in their various fields. Guidelines were then developed on how to develop concrete projects, and International Technical Advisers were placed at the disposal of initiators of new projects.

Project proposals and drafts were to be discussed, modified and finally approved by the Programme Groups. Although projects were approved, that did not necessarily entail budget approval.

A Group of Senior Health Officials, senior government officials from each country and the European Commission, were appointed by the Task Force members to oversee programme developments and project funding. The meetings of the GSHO were open to observers from WHO, UNAIDS and other organizations. The large majority of approved projects did, in the end, receive funding, either wholly or partially. Once projects were under way, project leaders were expected to report on progress through the database.

In addition to project development and implementation, many other activities were taking place. Site visits, discussions on best practices and guidelines, policy formulations, advocacy, training activities, participation in conferences and professional meetings which in par are not listed. Specifically, the participants in the Task Force and its sub-elements participated in the development of a network for training in public health, the development in pilot schemes for health sector reform, in the evaluation of the Task Force and its activities, and in laying of a foundation for an EU Northern Dimension for Public Health and Social Well-being.

Funding

It is estimated that the total cost of the Task Force is in the range of 18–20 million € in direct expenditures. This estimate only takes into account funds spent directly on projects, training, meetings and the Secretariat, including monitoring and evaluation. The direct financing, or explicitly earmarked funds for the Task Force projects as reported in the database, came in at a little short of 9 million €. There has, however, been some underreporting to the database at the time of the present writing, for which there are several causes. Either reporting has been delayed, or only partially filed, for instance, only the early instalments, or the funds have not reached the project leader at the time the records were filed. When financing goes through a Western NGO(Non-governmental organizations), the project leader often only sees part of the contribution. There are examples of cases in which more than 60 per cent of disbursed funding has been used to cover salaries, travel expenses, overheads and other expenses incurred by the NGO in question.

Denmark reports a direct contribution of 625 000 €, divided as follows: Direct project support: 322 000 €, ITA: 201 000 €, evaluation: 32 000 €, Task Force related meetings including travel expenses: 70 000 €.

Finland reports a direct contribution of 1 244 776 €, divided as follows:

Direct project support: 759 304 €, ITA: 420 776 €, Task Force related meetings: 64 696 €, in addition travel expenses which are not recorded.

Germany reports a direct contribution of 357 800 €, divided as follows:

Direct project support: 305 800 €, networking (travels, meetings): 52 000 €.

Iceland reports a contribution of 361 500 €, direct project support 40 000 €, ITA and networking: 321 500 €.

Norway reports a direct contribution of 8 684 000 €, divided as follows:

Direct project support: 6 515 000 €, networking: 1 054 000 €, evaluation: 340 000 €, monitoring: 150 000 €, secretariat: 625 000 €.

Sweden estimates its total contribution to 4 653 000 €. Direct project support: 2 075 000 €, Swedish East Europe Health Committee: 1 989 000 €.

Task Force related meetings: 108 000 €, ITA: 266 000 €, networking: 215 000 €.

The United States contributed \$ 150 000 towards the cost of the ITA for HIV/AIDS.

The amounts provided by country in direct project support, as reported, are (in €):

Denmark	322 000
Finland	759 300
Germany	305 800
Iceland	40 000
Norway	6 515 000
<u>Sweden</u>	<u>2 075 000</u>
<u>Sum</u>	<u>10 017 100</u>

There was also funding for other ongoing projects, i.e., initiatives not included under the Task Force umbrella. Examples are the Finnish Office for the Collaboration with the Nearby Areas, Swedish East Europe Health Committee (as mentioned), Norwegian prison health support, projects under the Nordic Council of Ministers and the Barents Health Programme, all sizeable programmes. It is not always possible to draw a sharp line between Task Force-related projects and such other, independent projects.

It is also important to note that several projects received direct or indirect support from subsidies under the EU Public Health Programme. There has been an effort, in particular by the EU Commission, to provide and share technical knowhow on EU matters within the Task Force framework, including access to EU funds such as PHARE and TACIS. A two day training course was organised in October 2001 on this issue.

Several other types of programme costs are not accounted for, such as staff costs, equipment and other expenditures for participants that have not been remunerated. The database has registered 533 names of persons making an active contribution to the work of the collaboration. These are professionals across all involved areas who have given hundreds of working hours without recompense from their usual employers to take part in Task Force projects and other activities. To put a figure on all of this work would be pure speculation.

In addition, a number of training courses and professional consultations other than those included in specific projects were organized, explicitly related to the work of the Task Force. We mention here Sigtuna 2 Confer-

ence, October 2000; the Stakeholder Conference on Training in Public Health, Trakai, October 2001; Tuberculosis among Prisoners, St. Petersburg, November 2002; Understanding the System of Epidemiology and Surveillance of Infectious Disease around the Baltic Sea, Moscow, June 2003; the Baltic Region Conference Together Against Aids, Riga, September 2003; and finally support to the Nordic-Baltic Society of Infectious Disease, in particular the Congress in Palanga, June 2004. These and other smaller conferences were funded, fully or in part, through the Task Force system. Total cost figures are not available for travel expenses and Task Force related meetings (Task Force, GSHO, Programme Groups, and Network for training and similar) because the expenditures of host countries were impossible to record. There is therefore no comprehensive statement of these costs. ITAs (including travel expenses) were funded by Finland, Denmark, Iceland, Norway, Sweden and the US. Other expenditures, including the participation at CBSS meetings, contributions towards the Northern Dimension Partnership in Health and Social Well-being and efforts to promote health sector reforms, have not been fully recorded or compiled.

Main results

Originally, the Task Force, as a new health-related initiative, was given a high political priority, confirmed not least by the appointment of special, personal representatives of Heads of Governments to the Task Force group to guarantee and maintain close contact with their respective Prime Ministers.

As stated in the evaluation report, the promise of that auspicious start failed to materialize, and the Task Force Group would never attain the political influence envisioned for it. Member countries only in part displayed sufficient political commitment (in the form of funds) and not all did appoint people of political stature, empowered to make the necessary decisions (how to use funds).

If political commitment is counted only in Euros, then the results of the Task Force must be described as modest, given the magnitude of the threat posed by communicable diseases. If we look at the results in terms of the raising of political awareness of the threat of HIV/AIDS, TB and other communicable diseases in the respective countries, its incorporation on the agendas of Governmental bodies, the bilateral discussions between Prime Ministers, the changes in national neighbourhood cooperation policies and funding, and the increase in national budgets to combat communicable diseases, then we must say that the collaboration was remarkably successful. That said, translating policy changes into action takes time and

since the lifetime of Task Force has been relatively short, the full impact is yet to be seen.

The Task Force laid the basis for closer collaboration at the political level, something we now see in practice with the establishment of the Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Wellbeing, in which networks created within the Task Force framework play an important part.

As to meeting the original concerns of the Sigtuna meeting, i.e., to mitigate risks and reduce the incidence of communicable diseases, the general picture is one of success. Incidence is either flattening out or declining; thanks to improved living conditions, national programmes, individual commitment and, we hope, in part, international collaboration led by the Task Force.

In summary, the Task Force has been instrumental in:

- Raising political awareness of the problems related to communicable diseases.
- The adoption of international guidelines in the agreed priority/programme area.
- The formation of a large project portfolio in the programme areas, improved surveillance and decline in the incidence of infectious diseases.
- Improving understanding of project design and management.
- The establishment of a wide network of experts and health and other officials.
- Cementing a basis for future collaboration in public health training.
- Initiating a method to model systems that will lead to reforms in the health sector and expansion of primary health care provision.
- Providing the groundwork on which the EU Northern Dimension Partnership for Public Health and Social Well-being can be developed.
- Adding to the literature through the innovative design for collaboration and project development, and subsequent careful evaluation.

Specifics from Programmes

This chapter reports only selectively and briefly on each Programme. Detailed information can be found in the Programme Group reports, available at www.baltichealth.org.

Surveillance

The stated objective was to strengthen surveillance systems on infectious diseases and to verify, and if necessary amend, procedures to insure vaccination coverage.

The Programme Group consisted of State Epidemiologists who had collaborated on joint activities before the arrival of the Task Force. The group reported five meetings, the last being in May 2003, all convened as part of the regular meetings of the State Epidemiologists. The group approved twenty-three projects, two were closed, and eleven were funded and completed. (Three of these reported as closed for other reasons in Table 2.) The group did not have an ITA at their disposal.

The surveillance programme received the least funding of all programme areas. Most of the funds were spent on meetings of chief epidemiologists; exchange of knowledge and data, setting up of the early warning system “What’s New?”, and the production of a “Status Report on Infectious Diseases in the Baltic Sea Region 2002”. Apart from meetings, workshops and seminars, the Task Force supported the development of a database on child vaccination programmes and the procurement of computer equipment.

As a result of Task Force involvement, an early warning system was established. A database of national vaccination calendars was set up at the EpiNorth website, albeit so far without information on vaccination coverage. Biannual status reports on infectious diseases in the region will be published.

The group does not see a need for future meetings as a Programme Group. The members will meet in other connections, such as the Council of European State Epidemiologists and the North West Russian Regional Epidemiologists Meetings.

Tuberculosis

The work of the Programme Group on Tuberculosis was, at the outset, much facilitated by the work of the NO-TB Baltic initiative a few years earlier. Dr. Tone Ringdal was coordinator for this work, and became the chair of the Task Force Programme Group. She died in a car accident in June 2002. This was a great loss to the group in particular, and, of course, the Task Force. The loss of Tone Ringdal and her personal and professional contributions were much regretted.

The stated objective for this group was to reduce the burden of tuberculosis in each country to the European average (less than 20 per 100 000) and prevent the further proliferation of multi-drug-resistant tuberculosis (MDR-TB).

The group had an International Technical Adviser, funded by Iceland and Norway (travel expenses), at its disposal. Most of the group members saw their work as a continuation of the above mentioned NO-TB Baltic Project, which had been generously funded by the five Nordic countries (equivalent to almost 3 million € today) from 1998 to 2000.

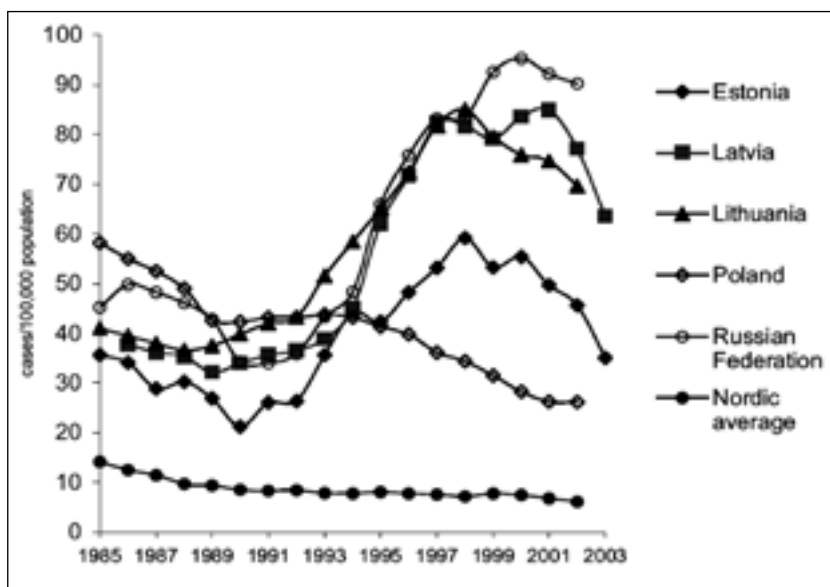


Figure 2.
Tuberculosis incidence in the Eastern Baltic Sea countries per 100 000 population. Early data for Russia for 2003 give an incidence rate of 70, confirming a very positive development. Source: (WHO Europe 2004); 2003 data provided by chief epidemiologists. Note: 2003 data are provisional.

The group reports that the ideas of the Logical Framework Approach and the electronic database were received with limited enthusiasm. Many were convinced from the start that it was a waste of time and it should be up to individual project teams to plan and monitor activities as they saw fit. The group also reports that financing was a central concern. That said, all the projects were funded, raising the question of saturation and indicating that needs are met through the ongoing activities.

The group met ten times, the last being in May 2003. The group is not inclined to continue as a group beyond the lifetime of the Task Force. The group approved 26 projects, 22 of which received funding and are either already finalized or in progress. The group decided not to arrange peer reviews.

A key component was bringing the tuberculosis services in alignment with the DOTS (Directly Observed Treatment Short-course) programme recommended by WHO. The tuberculosis project receiving the highest funding provided by the Task Force (622 000 €), was support to the national

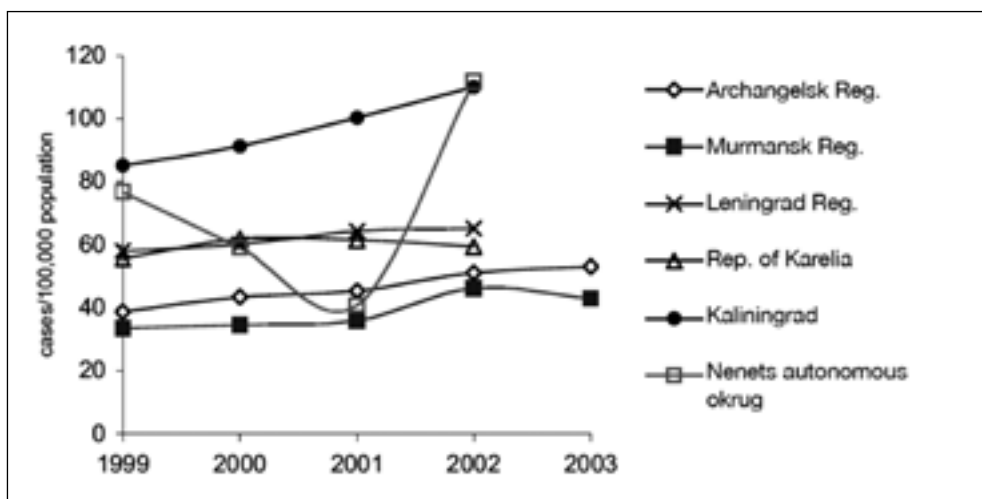


Figure 3.

Tuberculosis incidence per 100 000 populations. In the Russian Federation covered by Task Force. Source: (EpiNorth 2003); 2003 data provided by chief epidemiologists.

Note: Prisons and military personnel are not included; 2003 data are preliminary.

TB programme in Lithuania. It will make DOTS available throughout the country. In Kaliningrad, projects are under way to accelerate the introduction of the DOTS programme and to improve detection of tuberculosis among HIV positive patients. Other Task Force projects aim at strengthening tuberculosis services in primary health care (Latvia, Karelia, St. Petersburg), provide social support to MDR-TB patients to increase adherence to treatment (Latvia, Archangelsk), reconstruct wards for MDR-TB patients (Archangelsk) and strengthen tuberculosis laboratories (St. Petersburg). Several projects are being implemented in the prison sector. In Latvia and Estonia, Task Force projects have improved tuberculosis control in prisons. In Murmansk, St. Petersburg and Archangelsk, prison projects are contributing to reconstruction work, the procurement of equipment and training.

HIV

The stated objective was to prevent the spread of HIV infection, and reduce incidence to levels prevailing in the other North European states, 20 per 100 000, and, with regard to sexually transmitted infections, STIs, to Central European levels. The outputs were stated to be low-threshold support centres for HIV and STI diagnosis, treatment and prevention, clean needles, syringes and condoms easily available, an increase in awareness and knowl-

edge about safer sex and universal access to treatment of pregnant HIV positive women.

The group had an International Technical Adviser, funded by the United States, Sweden and Norway (travel expenses) at its disposal. The group reports that few of the involved experts were accustomed to the Logical Framework Approach, and that because it took time before the website became functional, the tool was not used to its full potential. This issue was in part solved by inviting the International Technical Adviser to play an active role in project formulation. The report further mentions that “the rather decentralized and informal structure of contact between the group and projects, when the main idea is to give the project participants a real (sense of) ownership of their projects, leads to problems of follow up and monitoring of some projects.”

The group also reports that “we are facing a process that is growing and gradually increasing in impact. [The group] has created several international networks at different levels, starting from high-level decision-makers... to the experts at grassroots’ level. This has helped several institutions and projects, which had never before thought about being included in the international network and professional community. This soul of changes and co-operation needs to be kept.”

The group met ten times, latterly in March 2004. The group approved 43 projects, 35 of which received funding. Of these, 25 are under implementation and 10 finalized. The group conducted three peer reviews. At a regional level, several meetings and workshops were organised for medical professionals and other workers in low threshold counselling sites for injecting drug users (IDUs).

The Programme Group on HIV wishes to make two final points:

1. Antiretroviral treatment should be made available to all those infected with HIV.
2. The members of the Programme Group are expressing their willingness to continue their voluntary input provided the conditions make meaningful work feasible.

The largest ongoing HIV/STI project, in terms of funding, is in progress in Lithuania (380 000 € in external funds). It aims to improve the prevention and control of STIs by supporting centres for STI diagnosis and prevention, producing educational materials, organising STI management groups and establishing baseline data. A monitoring visit in January 2004 concluded that most of the project activities had been implemented, although preventive activities had yet to be undertaken.

Similar projects were also implemented in Latvia, Estonia and St. Petersburg. A priority area for Task Force activities has been the enhancement and support of low-threshold activities among IDUs and commercial sex workers to prevent the spread of HIV and STIs. The example of successful activities in such projects resulted in the development of the Network of outreach/counselling centres for IDUs in Latvia, established in collaboration with UNDP. In Estonia, Latvia, Lithuania, St. Petersburg and Murmansk, the Task Force has supported harm-reduction programmes for IDUs and/or commercial sex workers. In Estonia and Lithuania, Task Force projects aim to prevent the spread of HIV/AIDS in the prison sector. A teaching programme in HIV care is being implemented for nurses from Leningrad oblast and St. Petersburg. In the area of STIs, in addition to the project in Lithuania mentioned above, a number of projects support centres for STI diagnosis and prevention (Estonia, St. Petersburg, Leningrad oblast, Archangelsk). In St. Petersburg, a peer support programme for youths is being carried out.

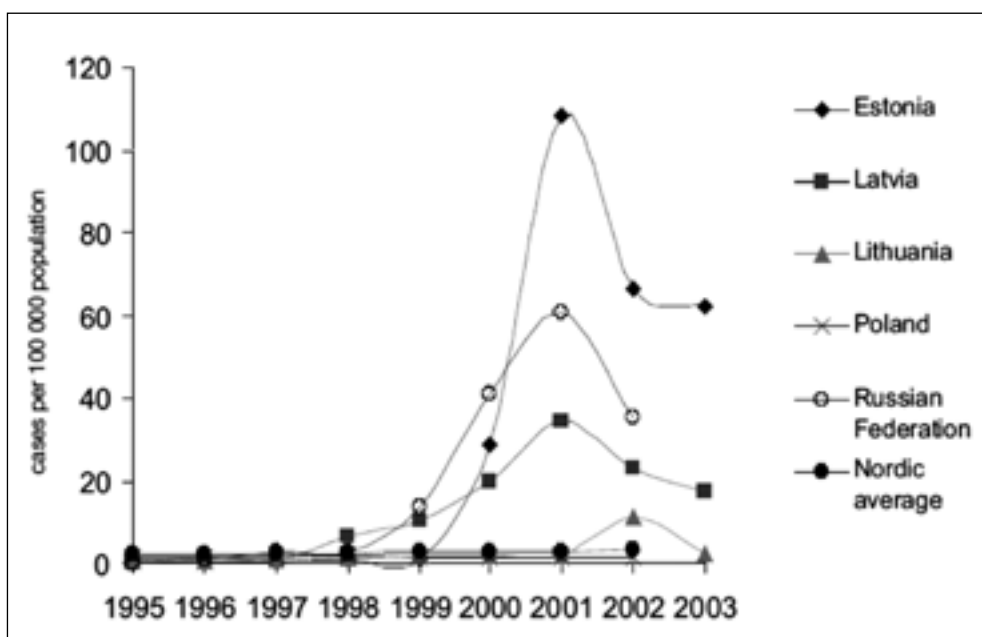


Figure 4.

New HIV infections reported in the Eastern Baltic Sea countries per 100 000. Early data for Russia for 2003 give an incidence rate of 22 for Russia, confirming a positive trend. Source: (WHO Europe 2004); data for 2003 provided by chief epidemiologists. Note: Data for 2003 are preliminary.

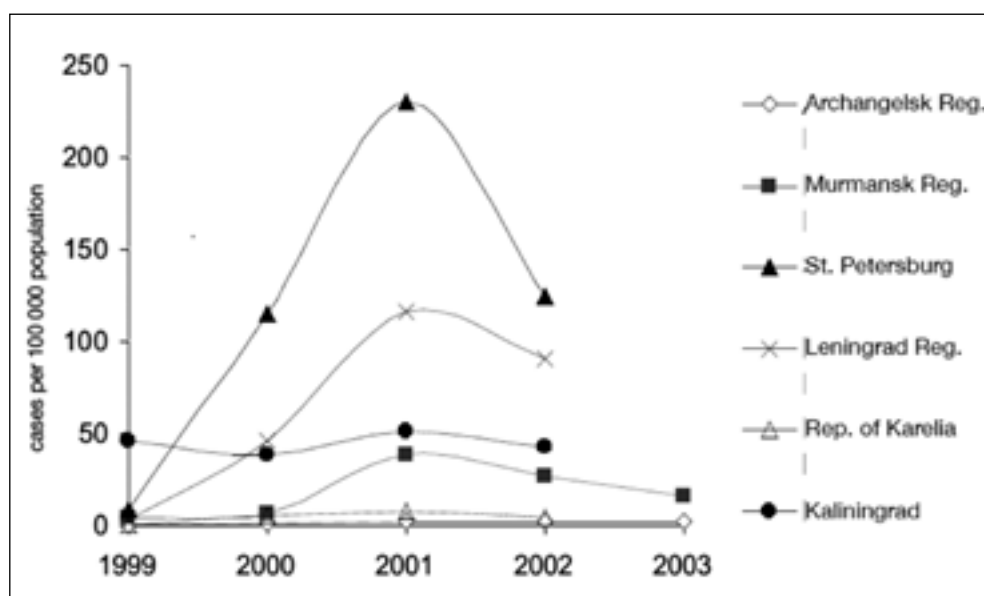


Figure 5. Registered incidence of HIV in the regions of the Russian Federation covered by the Task Force on Communicable Disease Control per 100 000.

Source: (EpiNorth 2003); 2003 data provided by chief epidemiologists.

Note: 2003 data preliminary; prisons and military personnel are not included.

Antimicrobial resistance

The stated immediate objectives for this group were to establish the patterns of antimicrobial resistance in the different countries; to install a set of common standards and definitions for antibiotic resistance; and to put in place hospital infection control procedures and arrangements in all hospitals in the region.

Also this group reports initial difficulty with the LFA. “Although it was thought that all project participants should be able to use the database as a means of project progress tool, it was the ITA who entered most of the data of the projects into the database. This was done during... the year 2001 and continued in 2002. Later, some of the project leaders hesitantly learned their way through the database jungle and did work with the database, i.e. writing additions to the projects etc.”

The Programme Group established a set of project planning and management guidelines:

1. Relevance – proposals shall be relevant to antibiotic surveillance, antibiotic consumption and hospital infection control.
2. Project leader – the proposal shall designate a relevant contact person to head the project.
3. Established network – the project shall preferably be based upon an established network within the country or the region.
4. Sustainability – the programme shall be sustainable after the project period.
5. Political commitment – the project shall be supported by the governments of the countries involved.
6. Budget – the proposal shall contain a detailed and relevant budget for the project period.
7. Globalisation – the project shall generate results of relevance to sectors other than that within which the project takes place.

It was agreed that the Programme Group should function as a project review committee and in conjunction approve projects according to the above principles.

On a positive note, the report concludes that “The collaboration among programme groups was founded on the ability of the secretariat to keep the information level high, and on the collaboration among ITAs, which appeared to function very well. In this respect, the quality of the Task Force website was extremely high. Also, the input and string pulling of the secretaries from the Secretariat was excellent.” The group also suggests that a longer preparatory phase with time to acclimatize to the whole Task Force concept for the participants of the programme groups would have been advisable. The group had an International Technical Adviser, funded by Denmark, at its disposal. The group met eleven times, the last in March 2004. It approved 25 projects, 21 of which received funding. All of these latter projects are under implementation. The group conducted no peer reviews.

The establishment and strengthening of surveillance systems of antimicrobial resistance was one of the key purposes of the Task Force projects. Laboratory capacity has been enhanced in Archangelsk, Latvia and Lithuania. On a regional level, laboratory staff have received training and a project for the establishment of a template for education in infection control, consisting of material for distance learning, a format for workshops and post-graduate courses, has been set up. Further training workshops were organ-

ised in Latvia, Lithuania and St. Petersburg. There have also been regional workshops on standardising methods of testing for antimicrobial resistance. Task Force projects on antimicrobial resistance laid the groundwork and formed an incentive to develop a National Antibiotic Resistance Control Programme in Latvia. The Programme is based on the EU principles in this area. Two hospitals in Estonia received Task Force support for reconstruction and infection control equipment. A major constraint in assessing the effectiveness of these activities is the lack of baseline data. Consequently, several prevalence studies have been initiated, inter alia in Estonia, Lithuania, Murmansk and Poland. However, so far no such information has been posted on the website of the Task Force project database. It will be necessary to wait for these data in order to evaluate progress in reducing the number of hospital-acquired infections.

Primary Health Care

The report of Programme Group on Primary Health Care is available at the homepage of the Task Force. The group is planning to issue a revised printed report in June 2004. The stated objective for this group was to foster commitment and build competence in the primary health care sector in the region with regard to prevention and treatment of infectious diseases. The group had an International Technical Adviser, funded by Finland, at its disposal. The report discusses funding for projects, and regrets both shortages and lack of earmarked funds, as they would have preferred to combine the approval of projects with a decision to provide funding. Project applications had to relate to different donors and organizations using different applications (and reporting) standards. This group had fewer problems with the logical framework than the others, concluding that “to guarantee comprehensive planning and sustainability, individual projects should be constructed according to the Logical Framework Approach. Learning this takes time.” The report adds that the development of primary health care must be a basis for health care reforms. Primary health care should be developed on a broader basis than communicable diseases alone. The group encourages collaboration around the Baltic Sea region in the future as well, including the continuation and replication of existing projects. The group reports that the Nordic countries “have been able to run stable primary health care... Over the last 15 years, the Baltic countries, Poland and Russia have made significant changes to their health care systems and have declared family medicine the cornerstone of their changed policies. The expected overall trend in primary health care development is positive and there is a continuous development in the main target area of the Task Force.”

The group met 18 times, the last being in May 2004. It approved 40 projects, 33 of which were funded and implemented, of these 12 are listed as completed. The group conducted peer reviews of two projects.

One of the main objectives of the Task Force projects has been to improve primary health care. In Russia, projects have aimed to develop continuous medical education for family physicians in North West Russia, to establish a manual for training in family medicine, and to improve the quality of services by developing and agreeing on clinical guidelines. Projects in Archangelsk and Karelia aim at the implementation of models of primary health care. There are also several projects strengthening reproductive health services. In Russia, a project supports the development of clinical guidelines for primary health care doctors in the area of women's health. A survey on reproductive health problems is being implemented in St. Petersburg, Estonia and Finland.

In the document "Healthy Neighbours", the Task Force acknowledged that it would be difficult to evaluate the impact of its intervention in the area of primary health care. Despite this reservation, one of its stated goals was to get 400 people through one first cycle of training or exchange within a year. Although exact numbers are not always given in the project database, capacity building and the training of primary health care workers have indeed been the main activities of the Task Force in this programme area. Such work was also aimed at general practitioners, nurses, primary health care workers, administrators and health promotion volunteers. In Russia and the Baltic states, curricula and distance learning programmes on control of communicable diseases are being developed.

Prisons

At the 4th Baltic Sea States Summit in St Petersburg, in June 2002, the Heads of Governments stated that health in prisons required urgent attention due to the risk of the spread of communicable diseases in these institutions. It was decided that a new program group should be formed under the Task Force.

The Prison Health Programme Group had an International Technical Adviser, funded by Sweden, at its disposal since late 2003 only. The group met seven times, the last in June 2004. The group approved 34 projects, 24 of which received funding, and all of these are under implementation. The group conducted no peer reviews. The group was, as mentioned, established in January 2003, much later than the first five programme groups. This explains why we find a certain level of thematic overlap between projects of the first five programme groups, some of which prison based,

and the project presented to the Prison Health Programme Group. Prison projects run by the first five groups have nevertheless remained the responsibility of their respective Programme Group and not been transferred to the prison group. Of the projects that secured funding, most Task Force resources in this programme area were spent on improving hygiene in prisons (Archangelsk, Karelia, Leningrad region, St. Petersburg). In 2002–03, the Task Force worked alongside the WHO Prison Health Programme and the Prison Health Studies, King's College, London. In addition to the two major conferences on Prison Health and Tuberculosis in Prisons mentioned earlier, there was a meeting of prison chiefs and tuberculosis doctors from St. Petersburg, Leningrad and Karelia in Helsinki in September 2003; and there are ongoing training programmes for prison staff and prisoners in Estonia, Latvia and St. Petersburg.

Network for training

The Task Force organized a Stakeholder Conference on regional collaboration in training in public health, 17 October 2001, in Trakai, Lithuania. The conference was attended by 80 representatives from health authorities, academic institutions and practitioners from various fields of public health, predominantly communicable disease control. A working group was set up in consequence, which in 2003 issued recommendations to the Task Force to establish a network of collaborating faculties and institutions. On 5 May 2003 the Task Force endorsed the document from the Working Group and asked the group to become an Interim Council of the Public Health Training Network. This Interim Council met four times in 2003 and a Permanent Council was formally constituted in February 2004 upon appointments of members by the respective Ministries of Health. A secretariat was established in September 2003 in Estonia to steer common tasks of curriculum design, course development, training and recognition of exams. One of the first tasks of the Permanent Council was to seek funding from regional and European institutions, to which end a comprehensive application was submitted to the EU Public Health Programme 2003–08. The steps that follow involve curricula design, defining levels of competence, exam rights and exchange of teachers.

Health sector reform

The fragmented world of health service is a constant problem in every country. The need to achieve higher standards more efficiently through a better balance of resources between the different elements in the treatment line and better internal communication is well established. The Task Force

was challenged to address this issue of health sector reform. It was decided not to try to start health sector reforms in a big way, but to run five pilot projects in geographic areas where balancing interrelated systems should have the focus. Changing institutionalized systems requires hard work and lots of time; it will take years, for instance, before people working on the pilot projects have sufficient experience to engender change in the bigger setting. The projects in the process of being formalized are in Archangelsk and Karelia in Russia, Poznan in Poland, Finnmark in Norway and Siauliai in Lithuania.

The idea is that each project should meet local needs and be operated and governed by local governments and project organizations. At the same time, efforts are being made to bring the pilot projects loosely together and to learn from each other. An expert advisory group is being formed.

EU Northern Dimension Partnership in Health and Social Well-being

The Task Force was given a mandate for four years. As documented in this report, a broad range of activities were initiated and carried through. But clearly, the problems of communicable diseases have not and cannot be eliminated. Continuous trans-border collaboration is desirable and should become a permanent feature.

The EU Northern Dimension is an initiative the aim of which is to strengthen regional collaboration. The second Plan of Action covers 2004 – 06, and includes public health. On a Finnish initiative, and after painstaking preparations in 2003, a Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being was established in Oslo, 27 October 2003. In addition to issues related to communicable diseases, the Partnership will address concerns such as life-style-related non-communicable diseases, and social determinants of public health problems and diseases. The objective is to establish an over-arching structure that brings all partners to the same table at the Partnership Annual Conference. Sweden is in the chair for the first period, and a secretariat is being established at the premises of the CBSS secretariat in Stockholm.

It is foreseen that a large part of Task Force structures can be taken further under the Partnership. This seems clear for the Council of the Baltic Sea Public Health Training Network, the work on health sector reform and for the Task Force database, which will be adapted to the needs of the Partnership.

There will be a year of transition in 2004. It is suggested that the GSHO should continue to function during the autumn, to oversee the smooth transfer of responsibilities for relevant Programme Groups, and support the

Conclusions

1. The Task Force was established in response to grave concerns regarding the proliferation of communicable diseases in the region.
2. The high-level initiative and support made it possible for expert groups to come together to devise and implement projects with little delay.
3. The Task Force did mobilize funds for collaboration and project support. The total sum was modest, given the magnitude of the threat posed by communicable diseases.
4. The decentralized, equal-partner organizational approach put in place by the Task Force, along with the database set up to enable oversight and ease communication were not followed with adequate information and training
5. During the mandated lifetime of the Task Force, the situation with regard to communicable diseases improved. How much of this improvement is due to Task Force intervention can not be measured, but is likely to have been significant.
6. The Task Force collaboration had many other beneficial consequences over and above the lowering of disease incidence rates, most importantly the harmonization of views on public health practices and establishment of a wide network of personal and professional cross-border contacts.

development of health sector reform initiatives.

Evaluation

The Task Force was evaluated under the oversight of a Steering Committee, with members from the London School of Hygiene and Tropical Medicine, Moscow Medical Academy (Sechenov) and Fridtjof Nansen Institute in Oslo. The evaluation team looked at three areas, the political context, the programmes and selected projects. The use of the database, and the monitoring of the database was a forth element.

There are five evaluation reports available. One of the studies, Health as International Politics by Geir Hønnesland and Lars Rowe of the Fridtjof Nansen Institute, was recently published by Ashgate Publishing Ltd. Two complementing programme evaluation reports, from London School of Hygiene and Tropical Medicine, and the Russian Central Research Institute

Recommendations to the Summit of the Prime Ministers in the Baltic Sea Region, 21 June 2004

1. The Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region completed its mandate at the 5th Summit of the Baltic Sea States in June 2004.
2. The GSHO and the Secretariat is asked to continue its work to the end of 2004 with a view to assisting and overseeing the transition of database, networks and relevant programmes to the EUND Partnership on Public Health and Social Well-being, and to oversee the completion of projects
3. The Prime Ministers and the President of the CEC recognize the pioneering role of the Task Force on Communicable Disease Control in the Baltic Sea Region in tackling the major health problems created by HIV/AIDS, tuberculosis and other infectious diseases, and stress the need to ensure that the work continues under the Partnership in collaboration with other relevant actors such as the new European Centre for Disease Prevention and Control and the World Health Organization.

for Public Health Research, and a report on monitoring, including a database user survey from the University of Oslo, are available at the homepage. There are also reports from five of the Programme Groups and peer reviews. A fifth, summarizing evaluation report, issued by the Fridtjof Nansen Institute in Oslo, is forwarded by the Steering Committee to the Summit.

Epilogue

The available information on the burden of communicable diseases in the Eastern part of the Baltic Sea region strongly suggests that more needs to be done to contain these epidemics. Although the rates of new cases may now be falling, the number of people living with HIV/AIDS continues to rise. The registered rates of new tuberculosis cases have stagnated, but are still unacceptably high.

A wide and well-functioning network has been established, at the political as well as the practical and professional levels. These networks must be maintained, and preferably widened. However, future collaboration will probably require less project support and funding, as the economic indica-

tors improve. Technical collaboration, common understanding and mutually supportive strategies, and acting through established networks, will probably be core elements of future collaboration on communicable disease control in the region.

*Harald Siem
Norwegian Directorate of Health
P.O.Box 7000 St. Olavs plass
N-0130 Oslo
Norway
harald.siem@helsedir.no*

Å styrke norsk kompetanse i global helse – en kasuistikk

Michael 2011;8:295–299.

Kompetansen og gjennomslagskraften i internasjonalt helsearbeid har det vært arbeidet målrettet med å styrke fra Helsedirektoratets reetablering i 2002. I 2005 ansatte direktoratet en lege med lang erfaring fra internasjonalt helsearbeid som sekretariatsleder for internasjonalt helsearbeid. Dette styrket den systematiske tilnærmingen i arbeidet. Helsedirektoratet ble trent på ledelse av internasjonale organisasjoner, nye mellomledere ble bevisst fulgt opp, toppledere fra norsk helsetjeneste ble rekruttert for å styrke miljøet, lovende unge fagpersoner ble rekruttert inn i opplæringsstillinger, og direktoratets øvrige fagmiljøer fikk oppfølging og ble oppfordret til å ta roller i det internasjonale arbeidet. I 2011 er flere personer i direktoratet tydelige aktører med gjennomslagskraft i internasjonalt helsearbeid, i hovedsak innen Verdens helseorganisasjon (WHO).

Gjennom en reform i forvaltningen fra 1.1.2002 etablerte Helsedepartementet, senere Helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet, senere Helsedirektoratet, ved å slå sammen en rekke mindre forvaltningsorganer og omfordele personalressurser. Helsedirektoratet hadde da i navnet vært nedlagt siden 1992, men en rekke direktoratsfunksjoner var videreført i Helsetilsynet. I 2002 var arbeidet rettet mot Verdens helseorganisasjon (WHO) på norsk side samlet i Helsedepartementet. Dette arbeidet var tidligere i stor grad forankret i Helsedirektoratet, også etter at WHO vektla sterkere å samle verdens helseministre i helseforsamlingen.

Ved reetableringen av Helsedirektoratet, var ett diskusjonspunkt om de faglige forberedelsene skulle tilbakeføres til direktoratet. Dette var ønsket av direktoratets kommende ledelse. Begrunnelsen var en oppfatning av at også det internasjonale helsearbeidet bør være kunnskapsbasert og tuftet på

bred samfunnsmedisinsk kompetanse. Vurderingen ble etter hvert støttet av departementet.

Nordmenn har satt preg på internasjonalt helsearbeid

Norske leger har gjennom tiår vært med på å prege internasjonalt helsearbeid. Karl Evang (1902-81) var sentral ved etableringen av WHO. Gro Harlem Brundtland (f. 1939) ledet WHO. Jo Asvall (1931-2010) ledet WHO's Europaorganisasjon i tre perioder. Tore Godal (f. 1939) har ledet GAVI, Global Alliance for Vaccine Initiatives, og Harald Siem (f. 1941) har vært sentral i International Organisation for Migration og flere andre internasjonale organisasjoner. Utenriksdepartementet etablerte en egen stilling som norsk ambassadør for hiv/aids-arbeidet. Sigrunn Møgedal (f. 1943) kom fra stilling i UNAIDS og hadde bred internasjonal anerkjennelse som Norges hiv-ambassadør. Mellom 2000 og 2005 ble Tore Godal, Harald Siem og Sigrun Møgedal ansatt ved henholdsvis Statsministerens kontor og i Utenriksdepartementet. Disse forvaltningene brukte i beskjeden grad Helsedepartementets kompetanse som grunnlag for sitt internasjonale engasjement på helseområdet.

Styrking av Helsedirektoratets kompetanse

Blant de 450 ansatte som ble overført til Helsedirektoratet i 2002 var det ingen som hadde hatt internasjonalt helsearbeid som sitt ansvarsområde. Ved etableringen av direktoratet i 2002 var det således nødvendig å styrke helseforvaltningens kompetanse på globale helsespørsmål. Det var viktig å sikre at helseforvaltningen fremover spilte en kunnskapsbasert og effektiv rolle i sitt internasjonale arbeid. Et annet mål var å sikre at også andre deler av norsk forvaltning brukte helseforvaltningens kompetansebase i sitt helseengasjement slik at Norge fremsto koordinert utad.

Etablering av et sekretariat

Fra 2004 flyttet en av utenriksdepartementets erfarne overleger til Helsedirektoratet sammen med en kollega. Disse ble kjernen i et sekretariat for internasjonal helse, senere «avdeling for global helse» og arbeidet med å styrke kompetanse og gjennomslag ble mer målrettet. Sekretariatslederen markerte tidlig at hans mål var å bygge et miljø av kompetente personer i direktoratet, og å styrke rutiner og samarbeidsarenaer. Han hadde ikke ambisjoner på egne vegne, og uttrykte at ett av målene var at han selv skulle bli overflødig i organisasjonen. Blant annet bidro han til kompetanseutvikling etter fem linjer:

- bygge internasjonal lederkompetanse (i Helsedirektoratet)
- bygge mellomlederkompetanse
- tiltrekke seniorkompetanse
- bygge opp unge medarbeidere
- forankre internasjonalt helsearbeid i alle fagmiljøer i direktoratet

Som et ledd i dette stilte Norge i 2006 kandidat til «Standing Committee for the Regional Committee for World Health Organisation for Europe», et slags styre for WHO Euro. Norges kandidat, forfatteren av denne artikkelen, ble valgt og ble senere også leder av styret. I 2010 ble Norge valgt til WHO's globale styre, og i 2011 er Norge bedt om å være Europas representant i arbeidsutvalget for styret, «the Bureau», noe vi har takket ja til.

Sekretariatslederen bygget en beskjeden, men kompetent organisasjon rundt seg i direktoratet. Beskjedenhet var nødvendig, fordi direktoratet aldri har mottatt egne midler til det internasjonale arbeidet, og har måttet prioritere disse funksjonene innenfor egen ramme. Sekretariatsleder for «Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten», Arne- Petter Sanne, ble rekruttert til avdelingen. Sanne var en ung, men samtidig erfaren medarbeider som i løpet av et par år ble trent i internasjonalt helsearbeid. I 2008 trakk sekretariatslederen seg fra lederstillingen, og Sanne ble ansatt etter utlysning. Sekretariatet ble da formelt en avdeling i Helsedirektoratet.

Fra 2005 knyttet sekretariatet til seg to svært erfarne norske helseledere. Odd Arild Haugen hadde vært direktør ved tre norske sykehus, herunder Rikshospitalet. Sverre O, Lie var i mange år øverste leder for Rikshospitalets barneavdeling, og en viktig fagperson også i internasjonalt pediatriisk miljø. Begge er i 2011 passert 70 år, men i fullt og engasjert arbeid for direktoratet. På den andre siden ansatte avdelingen også unge folk til opplæring, som Jon Espelid, Øydis Monsen og Bengt Skotheim.

Å forankre det internasjonale arbeidet bredt i direktoratets øvrige fagmiljøer, har hatt ujevn suksess. Ledelsen har sammen med internasjonal avdeling lyktes med å få flere miljøer til å ta ledende internasjonale roller. Folkehelsedivisjonen under ledelse av Knut-Inge Klepp er en markert aktør på ernæring, markedsføring av usunn mat mot barn og sosial ulikhet i helse. Avdeling for helsepersonell i primærhelsedivisjonen har deltatt i det norske arbeidet med å få på plass mekanismer som begrenser rekruttering av helsepersonell fra land med personellmangel. Andre miljøer har deltatt mer periodisk og har et potensial for å finne rom til internasjonalt engasjement ved siden av sine innenlands oppgaver.

Relasjonene i forvaltningen

Forholdet til Helse- og omsorgsdepartementet er blitt styrket. Departementet reagerte på et faglig sterkere direktorat, med å styrke egen kompetanse og kapasitet. Departementet er blitt en sterk medspiller og leder for direktoratets internasjonale engasjement og understøtter politisk ledelses internasjonale arbeid på en betydelig sterkere måte enn tidligere. Også departementet har rekruttert sterke fagpersoner til dette arbeidet, bl.a. fra miljøet i Helsedirektoratet.

Forholdet mellom Helsedepartementet og Utenriksdepartementet er mer aktivt og i større grad preget av samarbeid. Fra et tidligere lavt nivå på dialog, er det nå faste møtestrukturer, felles forberedelser til internasjonale møter og felles strategi for arbeidet mot WHO.

Departementsråden i Helsedepartementet har tatt en aktiv lederrolle. Hun leder et WHO-forum som møtes regelmessig. Et stort antall forvaltningsorganer under Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartementet deltar. Helsedirektoratet er sekretariat.

Norske kjernesaker

I tillegg til det generelle arbeidet i internasjonale fora, hvor land deltar i dialog og prosess om de saker som er til behandling, har sekretariatslederen også pekt på behovet for at Norge på enkelte områder tar initiativ til å bringe nye temaer på den internasjonale agendaen og at vi over år følger opp for å få til endringer som har reell betydning. Et slikt tema har vært helsepersonellmangelen i fattige land som nevnt over. Her har Norge fremmet saken og over en rekke år bidratt til at den har vært på dagsorden i regionale og globale helsefora. Tilsvarende har Norge arbeidet for å etablere internasjonale retningslinjer som kan redusere markedsføring av usunn mat mot barn og unge og for å fremme prosesser som kan redusere sosial ulikhet i helse. Å styrke det internasjonale arbeidet for å forebygge sykdommer som skyldes tobakk, alkohol, feil ernæring og inaktivitet er sentralt i 2011.

Sekretariatslederens egen kjernesak

Sekretariatslederen har gjennom flere år ønsket en prosess for å gi større trygghet for tilgang til helsetjenester for verdens fattigste. Mer enn en milliard mennesker har ingen reell tilgang til noen kvalifisert helsetjeneste i dag, til tross for at det globalt er ressurser som gjør dette fullt oppnåelig. Mange har blitt invitert til å tenke sammen med sekretariatslederen. Gradvis har flere delt interessen for problemstillingen og prosessen har vokst frem. Da Norge drøftet forslaget med generaldirektøren for WHO i 2008, avviste hun tanken om å løfte dette som en identifiserbar sak i WHO med

henvisning til at det ville være for krevende og langsiktig. I 2011 er stemningen i ferd med å snu. Muligheten av en «Framework convention on global health» eller en sak til WHO's styrende organer om «Universal access to health», drøftes i internasjonale tidsskrifter og i WHO. Generaldirektøren uttaler seg mer nyansert og mer positivt. I Norge er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet aktive i debatten. Sekretariatslederen evne til å så tanker og ideer hos andre preger også denne saken.

Harald Siem

Den tidligere sekretariatslederen som kom til Helsedirektoratet fra Utenriksdepartementet, er Harald Siem. Med sin lange erfaring fra internasjonalt helsearbeid, har han bidratt til å styrke den norske kompetansen i global helse. Kollegaen som fulgte med, er Janicke Fischer. Siem er nå seniorrådgiver i Helsedirektoratet. Han har uttrykt vilje til å fortsette arbeidet etter at han passerer 70 år 13. juni 2011.

*Bjørn-Inge Larsen
Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo
bil@helsedir.no*



Harald Siem, mai 2011. (Foto: Janicke Fischer)

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004