

Global samfunnsmedisin: WHO's oppgaver i endring

Michael 2016; 13: 172–176.

Viktige lærdommer fra et studiebesøk ved Verdens Helseorganisasjon (WHO) i Genève i april 2016 er at WHO siden 1990 har lagt stadig større vekt på bekjempelsen av de ikke-smittsomme sykdommene. Samtidig har man måttet opprettholde og styrke beredskapen mot de smittsomme sykdommene, der det dels er kommet nye som har skapt store problemer, f. eks. AIDS og ebola. Utviklingen av såkalt Global Health Governance styrker grunnlaget for å håndtere helseproblemer ved hjelp av strukturelle, grupperettede tiltak. Dette får også betydning for internasjonal samfunnsmedisin i tiden som kommer.

Stiftelsen Nasjonalt Medisinsk Museum, supplert med noen deltakere fra Det norske medicinske Selskab, hadde lagt studieturen 2016 til Genève (figur 1). Det var naturlig at turens faglige profil ble sentrert om samfunnsmedisin, ettersom den var lagt opp og ledet av Harald Siem som selv har et langt yrkesliv bak seg i det internasjonale miljøet i Genève. To av dagene var temaet organisasjon og arbeid i Verdens Helseorganisasjon (WHO), med orienteringer i hovedsak ved to lokale, norske tjenestemenn, Thor Erik Lindgren og Dag Rekve.

Fra alltid aktuelle smittsomme sykdommer til voksende kroniske helseplager

En viktig profilendring for WHO de siste tiårene har vært at den tradisjonelle hovedvekten på smittsomme sykdommer er blitt supplert med en tiltakende oppmerksomhet og innsats omkring de ikke-smittsomme folkesykdommene som f. eks. diabetes og psykiske lidelser. Da denne kursendringen begynte rundt 1990, viste det seg imidlertid at den gamle årvåkenheten overfor de smittsomme sykdommene slett ikke kunne svekkes.



Figur 1: Den norske gruppen lytter til WHO's Dag Rekve under informasjonsmøtet 18. april 2016. (Foto: Øivind Larsen)

AIDS slo til for fullt, etterfulgt av flere andre alvorlige viruspandemier, med ebola (2014-2015) som den foreløpig siste. I tillegg til å være medisinsk utfordrende, avdekket ebola-epidemien svakheter ved WHO's handlekraft og organisatoriske muligheter.

Global Health Governance

Parallelt med dette løper utviklingen av såkalt Global Health Governance (1). Dette består i å utvikle metoder for å påvirke helseproblemer gjennom overnasjonale, gjerne strukturelle tiltak. Dette er i og for seg ikke noe nytt, ettersom gamle karantenebestemmelser, slik man f. eks. hadde dem rundt Middelhavet på 1300-tallet, må regnes som tiltak av denne type. Da pandemiene raste på 1800-tallet, ble det holdt flere internasjonale konferanser og etablert nytt lovverk for å danne en felles front mot de smittsomme sykdommene.

Opprettelsen av Røde Kors i 1863 hadde et tilsvarende siktemål. Man ville sikre behandlingen av krigsofre gjennom et internasjonalt regelverk.

I årene 1890-1910 ble det gjort bestrebelser for å harmonisere utdanningen av leger i de ulike land for å sikre at yrkesutøverne holdt en rimelig standard. Dette var også et initiativ med overnasjonale perspektiver.

I tillegg til å beskjefte seg med sykdommer med tiltak som går på tvers av landegrensene, har man også trukket inn de grunnleggende samfunnsfaktorene som bidrar til å skape og vedlikeholde helse og uhelse. Å legge til rette for å utvide synsfeltet slik at det blir en medisinsk oppgave å angripe erkjente skadelige helsefaktorer selv om disse ligger utenfor det feltet helsearbeid tradisjonelt gjelder, er kanskje noe av det viktigste ved Global Health Governance. Det er også etter manges syn det mest kontroversielle.

Motbakker

Det ble ikke lagt skjul på at arbeidet i WHO går langsomt og kan ha problemer både internt og eksternt. Det er lenge siden entusiaster, med Karl Evang (1902-1981) som en av de mest sentrale, fikk stiftet WHO som en organisasjon under De forente nasjoner den 7. april 1948. Nå er WHO blitt et meget stort maskineri som blant annet går langsomt fordi man har et prinsipp om at det skal være konsensus om vedtakene. Å få mer enn 190 land til å være enige om noe, er krevende. Det ligger f. eks. i kortene at det da for en gjenstridig forhandlingspartner er betydelig makt forbundet med å kunne si nei. Vi hørte ikke ordet hestehandel, men de eksemplene som ble presentert, viste at nettopp dette tydeligvis kan være nødvendig praksis for å få saker gjennom.

Dessuten later byråkratiet i WHO i seg selv til å være en utfordring. WHO er også jevnlig under rettmessig og urettmessig kritikk fordi viktige interessenter, f. eks. fra farmasøytisk industri eller vaksineproduksjon, også deltar direkte eller indirekte ved forhandlingsbordene.

Især når WHO tar opp helse spørsmål som har økonomiske eller politiske implikasjoner, kan det bli vanskelig. Begir man seg inn på å gjøre noe med f. eks. forbruket av alkohol, sukker eller tobakk, er man inne på områder der det er motkrefter som tar alle midler i bruk. Enorme økonomiske krefter kan ligge bak.

En viktig lærdom er at mange ikke anser medmenneskers helse som viktigst.

Tusenårsmålene – prioriteringer og resultater

FNs mål for «sustainable development» er formulert i såkalte tusenårsmål, vedtatt i år 2000, derav navnet (Millennium Development Goals, MDGs). Oversikten i figur 2 er fra 2016 og viser 17 slike mål. Det er interessant at helse og (NB!) velvære er oppført som et hovedpunkt (nr. 3). Dette er egentlig en presisering av det utvidede helsebegrepet som har vært WHO's varemerke siden organisasjonen ble opprettet. Det er ikke lenger bare en



Figur 2: FN's tusenårsmål per 2016.

visjon og et strategisk mål at helse i bred forstand skal tilstrebes for alle. Ved at dette er formulert som et tusenårsmål, forplikter det i langt større grad.

Et annet hovedpunkt er «sustainable cities and communities» (nr. 11). Det er i verdens voksende storbyer og tettbygde strøk det meste av befolkningsveksten forventes å komme. Derfor blir samfunnsmedisinske tiltak spesielt innrettet mot urbane miljøer særlig viktige framover. Selv når man har fått tradisjonelle hygieniske standarder på plass, kan det være betydelige problemer for helse og trivsel, men der løsningene ligger utenfor det man til nå har regnet som medisinske anliggender.

Ellers taler oversikten over tusenårsmålene i figur 2 for seg selv. Egentlig er de en bred og omfattende oppskrift på «det gode liv» for alle. Slik blir det realistisk sett neppe med det første. Men det interessante og bemerkelsesverdige er at det altså er enighet om tusenårsmålene som en oppskrift for framtida.

Tusenårsmålene er langt fra bare politiske slagord og ønskedrømmer. De er også en form for «bench-marking» som kan brukes løpende til å følge igangsatte prosesser. Det ble gjort i 2015. På tuberkuloseområdet viser det

seg f. eks. da at tiltakene mot sykdommen har virket og at tuberkuloseproblemet har minsket. En totalbekjempelse av sykdommen rundt 2030 ser faktisk ut til å kunne bli virkelighet.

Betydning for det norske faget samfunnsmedisin?

Utviklingen i WHO's arbeidsoppgaver og arbeidsform er viktig for oss, fordi Norge både er formelt bundet ved sin deltakelse i internasjonale organisasjoner, og moralsk bundet ettersom Norge og de øvrige skandinaviske landene har ervervet en spesiell anseelse på området helse og velferd.

Den økende oppmerksomheten om å bekjempe både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer ved hjelp av strukturelle tiltak, må nødvendigvis også gi seg nedslag i norsk samfunnsmedisin. De medisinstudentene, de unge legene i spesialisering og de øvrige impliserte som skal arbeide med helse spørsmål i årtiene som ligger foran oss, må forberede seg kunnskapsmessig og holdningsmessig allerede nå.

I Norge er vi inne i en utviklingsfase der befolkningen øker, spesielt i byer og tettsteder, og denne prosessen forventes å gå videre. De samme overveielser som er gjort på internasjonalt nivå, f. eks. i WHO om hvordan helsearbeidet framover bør legges opp, gjelder også her. Strukturelle samfunnsmedisinske tiltak basert på løpende oppdaterte kunnskaper om sammenheng mellom levekår og helse blir derfor stadig viktigere. Det kan da også synes nødvendig med en kontinuerlig justering av yrkesprofilen for de aktørene som skal drive arbeidet videre. I tillegg til mer kunnskaper om helse relaterte samfunnsfaktorer og hvor slike kunnskaper finnes, bør utdanningene stimulere til holdninger hvor man i større grad hever blikket fra enkeltpasienten til det samfunnet, og den verden pasienten er en del av

Litteratur

1. Dodgson R, Lee K, Drager N. *Global Health Governance – a Conceptual Review*. Geneva: Dept of Health & Development, World Health Organization, 2002.

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo