



Utfordringer for Verdens helseorganisasjon

KRONIKK

EIGIL SØRENSEN

E-post: eigil.sorensen@inhealth.asia
Faculty of Public Health
Thammasat University
Pathum Thani
Thailand

Eigil Sørensen (f. 1948) er spesialist i indremedisin og i barnesykdommer og har videreutdanning i folkehelse og epidemiologi. Han har tidligere vært ansatt i WHO, blant annet som leder av organisasjonens landkontor i Papua Ny-Guinea og Nord-Korea og er nå knyttet til Faculty of Public Health, Thammasat University i Thailand.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har tidligere har vært ansatt i WHO og har også utført kontraktbasert arbeid for organisasjonen.

Tedros Adhanom Ghebreyesus tiltrådte i juli som ny generaldirektør for Verdens helseorganisasjon. Lederskiftet kommer på et tidspunkt hvor organisasjonen står foran store utfordringer.



Illustrasjon: Ørjan Jensen/Superpop

Verdens helseorganisasjon (WHO) er en selvstendig enhet i FN med 194 medlemsland. Organisasjonen ledes på demokratisk vis av styret og verdens helseforsamling, som velger generaldirektøren etter nominasjon fra medlemslandene.

Den demokratiske oppbygningen, som er én av Verdens helseorganisasjons styrker, er viktig for å kunne samle medlemslandene om globale folkehelseproblemer og utvikle strategier og initiativ på tvers av politiske skillelinjer. Medlemslandene har ulike politiske og økonomiske interesser. Likevel har de klart å bli enig om mange viktige

folkehelse spørsmål, inkludert internasjonale helsereguleringer for å forebygge smittespredning over landegrensene (1) og tobakkskonvensjonen (2).

Mange land som tidligere var avhengig av Verdens helseorganisasjon for teknisk assistanse, har i dag opparbeidet seg kompetanse innen folkehelse og medisin. Likevel ser de til organisasjonen for utvikling av nasjonale retningslinjer. WHO har et unikt mandat til å utvikle globale normer og standarder for helse basert på best praksis og tilgjengelig kunnskap. I tillegg monitorerer og sammenfatter de helsedata og informasjon som er samlet i en egen database (Global Health Observatory) (3) og publiserer årlig verdens helsestatistikk (4). Alle deres publikasjoner er fritt tilgjengelig på nett, noe som gjør at ikke bare nasjonale myndigheter, men også undervisningsinstitusjoner, forskere og helsearbeidere over hele verden har tilgang til informasjonen.

Verdens helseorganisasjons tradisjonelle lederrolle innen internasjonal helse har siden århundreskiftet blitt utfordret av flere nye aktører, som Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Gavi –The Vaccine Alliance og Unitaid (5). De nye organisasjonene har blitt dannet som resultat av økt interesse for og bedre finansiering av globale helse spørsmål, men også fordi mange har ment at WHO ikke er effektiv nok. Norge har bidratt til flere av de nye initiativene (6). Samordningen mellom de ulike aktørene kan bli enda bedre, spesielt med tanke på forbedring av offentlige helsesystem og universell helsedekning i utviklingsland (7).

Helsekriser

Globalisering gjør at det er økt risiko for spredning av kjente og nye infeksjonssykdommer. Antibiotikaresistens sprer seg globalt og kan true evnen til å behandle vanlige smittsomme sykdommer. Den internasjonale helsereguleringen for å forebygge smittespredning over landegrensene er et viktig verktøy for å styrke nasjonal kompetanse innen smittevern (1). Mye gjenstår likevel før alle land har kapasitet til å oppdage, undersøke og rapportere om smittsomme sykdommer og helsetrusler.

Bekjempelse av sykdomsutbrudd, epidemier og helsekriser av internasjonal betydning har vært en viktig funksjon for Verdens helseorganisasjon, men uten at det eksplisitt er nevnt som en hovedoppgave. Det har derfor blitt anbefalt at global helsesikkerhet må bli tydeligere definert som en av kjernefunksjonene (8). Som følge av utilstrekkelig respons på ebolaepidemien og etter flere interne og uavhengige utredninger, ble et nytt program for internasjonale helsekriser etablert av Verdens helseorganisasjon i 2016 (9, 10, 11). En av de viktigste oppgavene for den nye generaldirektøren blir å gjenvinne verdenssamfunnets tillit til at organisasjonen kan håndtere globale helsekriser og sykdomsutbrudd.

For at det nye programmet skal fungere, må medlemslandene ha tro på at Verdens helseorganisasjon vil lykkes i dette. Det er de som må bidra med tilstrekkelig finansiering – blant annet til beredskapsfondet på 100 millioner amerikanske dollar, som fortsatt er betydelig underfinansiert (12). Det er tegn til at organisasjonen over de siste årene har klart å bygge opp kunnskap og erfaring til å kunne respondere effektivt på store katastrofer. Myndigheter og partnerorganisasjoner fremhevet for eksempel det gode arbeidet i forbindelse med jordskjelvet i Nepal i april 2015 (13).

Hovedoppgavene i krisesituasjoner er koordinering og ledelse av helsesektorrespons, situasjonsanalyse og overvåking av sykdomsutbrudd (14). Dette krever god ledelse og dyktige medarbeidere som kan samarbeide effektivt både med nasjonale myndigheter, internasjonale nødhjelpsorganisasjoner og det sivile samfunn. Verdens helseorganisasjon må gjøre mer for å tiltrekke seg de beste talentene, finne ekspertise ut fra aktuelle behov og fortsette å benytte spesialister fra etablerte internasjonale nettverk, hvor også Folkehelseinstituttet deltar (15).

Land som trenger det mest

Universell helsedekning – et av FNs bærekraftsmål for 2030 – er en av Verdens

helseorganisasjons viktigste oppgaver. Målet er lik tilgang på helsetjenester for alle, bærekraftig finansiering, tilstrekkelig med helsepersonell, rimelige legemidler og et fungerende helseinformasjonssystem. For å klare dette må organisasjonen gjøre mer for å være til stede i de land som trenger det mest.

Evalueringsarbeidet viser at organisasjonen må bli mer strategisk ut fra de enkelte landenes behov, og at dyktig ledelse og ansatte er helt avgjørende (16). Muligheten for et tett samarbeid med nasjonale helsemyndigheter er et fortrinn. Samtidig må organisasjonen utfordre myndighetene når det er nødvendig. WHO har blitt kritisert for å samarbeide for tett med nasjonale helsemyndigheter og for ikke å ta opp upopulære synspunkter når det er nødvendig.

Ikke-statlige aktører

Verdens helseforsamling vedtok i 2016, etter to års forhandlinger, et rammeverk for helseorganisasjonens engasjement med ikke-statlige aktører (FENSA) (17). Rammeverket er ment å styrke engasjementet med frivillige organisasjoner, privat sektor, ideelle stiftelser og akademiske institusjoner – og samtidig unngå interessekonflikter og utilbørlig påvirkning. Verdens helseorganisasjon må ikke la seg påvirke av private interesser. Under svineinfluensautbruddet i 2009 ble rådgivere beskyldt for å ha for tette bånd til vaksineprodusenter (18). Under arbeidet med nye retningslinjer for sukkerinntak, som ble utgitt i 2015, kom organisasjonen under sterkt press fra industriinteresser (19, 20).

For å fremme likhet og bedre tilgang på helsetjenester, spesielt for land i Afrika og Asia, er det sivile samfunn viktig alliansepartner både på globalt og nasjonalt nivå. Verdens helseorganisasjon trenger også støtte fra ikke-statlige aktører for å fremme folkehelse tiltak mot livsstilssykdommer som hjerte- og karsykdommer, kreft, overvekt og type 2-diabetes.

Samarbeid med akademiske institusjoner, inkludert de som har status som WHO-samarbeidssentre, gjør at organisasjonen kan dra veksler på nasjonale og internasjonale fagmiljøer. De har blitt kritisert for å være involvert i for mange fagområder og at aktivitetene er for omfattende i forhold til tilgjengelig midler. Større bruk av partnere og samarbeidssentre vil gjøre det mulig å ha færre fagpersoner innad i organisasjonen.

Fortsatt reform

Reformeringen av Verdens helseorganisasjon startet i 2011 på grunn av økonomiske problemer etter finanskrisen (21). Målet har vært å prioritere bedre, tilpasse organisasjonsstrukturen ut fra tilgjengelige midler og medlemslandenes behov, tydeliggjøre resultater og gjennomføre regelmessig evaluering av eget arbeid. Endring i styrende organer som skal gi medlemslandene større innflytelse og en mer åpen og transparent prosess for valg av generaldirektør, har også vært viktig. Tedros Adhanom Gebreyesu er den første lederen som er valgt under den nye valgprosessen hvor kandidatene ble saumfart i det offentlige rom.

De fleste av organisasjonens eksperter blir rekruttert regionalt, for eksempel kommer flesteparten av de profesjonelt ansatte i AFRO-regionen fra afrikanske land. En verdensomspennende organisasjon bør rekruttere globalt for å få ansatte med best mulig kompetanse og erfaring. Rotasjon og mobilitet av ansatte er en nøkkel for å skape bred erfaring og profesjonalitet og blir obligatorisk fra 2018, selv om de ansattes organisasjoner, spesielt i hovedkvarteret i Genève, ikke har vært pådrivere for denne prosessen. For øyeblikket er det få norske ansatte, og Norge står på en liste av land som er underrepresentert (22).

Faste bidrag fra medlemslandene utgjør mindre enn 30 % av budsjettet. Den største delen av finansieringen kommer fra frivillige bidrag, hovedsakelig fra medlemslandene. Mange av de frivillige bidragene er øremerkede midler, og det gjør at programmer for kroniske og ikke-smittsomme sykdommer og matsikkerhet ikke får tilstrekkelige midler. USA har vært en viktig bidragsyter, men den nåværende amerikanske administrasjonen har signalisert at de

vil kutte støtten til FNs organisasjoner. Å sikre mer forutsigbar finansering er avgjørende.

Det er fortsatt bred oppslutning om Verdens helseorganisasjons sentrale rolle og mandat innen global helse. Men den nye generaldirektøren overtar en organisasjon med mange organisasjonsmessige utfordringer, som er underfinansiert og som må vise at de kan samle medlemslandene for å takle globale helseproblemer. For å klare dette trenger de en sterk leder med politisk og diplomatisk teft som kan ta nødvendige avgjørelser selv om det kan utfordre medlemsland og ansatte. Norge må aktivt støtte opp arbeidet for å styrke organisasjonen. Det er ikke bare i Norges interesse, men viktig for hele verdenssamfunnet.

LITTERATUR:

1. WHO. International health regulations. 3. utg. <http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/> (16.10.2017).
2. WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2017. WHO Framework Convention on Tobacco Control. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1> (16.10.2017).
3. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. www.who.int/gho/en/ (9.8.2017).
4. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/ (16.10.2017).
5. Who runs global health? *Lancet* 2009; 373: 2083. [PubMed][CrossRef]
6. Skotheim B, Larsen BI, Siem H. Verdens helseorganisasjon og global helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2011; 131: 1793 - 5. [PubMed][CrossRef]
7. Samb B, Evans T, Dybul M et al. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009; 373: 2137 - 69. [PubMed][CrossRef]
8. Clift C. What's the World Health Organization For? Final Report from the Centre on Global Health Security Working Group on Health Governance. <https://www.chathamhouse.org/publication/what%E2%80%99s-world-health-organization> (16.10.2017).
9. Report of the Ebola Interim Assessment Panel. <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/en/> (16.10.2017).
10. Moon S, Sridhar D, Pate MA et al. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *Lancet* 2015; 386: 2204 - 21. [PubMed][CrossRef]
11. Reform of WHO's work in health emergency management. Sixty-Ninth World Health Assembly. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-en.pdf (16.10.2017).
12. Contingency Fund for Emergencies income and allocations. Contingency Fund for Emergencies income and allocations. www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/contribution/en/ (7.8.2017).
13. Nepal Country Cooperation Strategy WHO. 2013-2017 Mid Term Review. http://www.searo.who.int/nepal/documents/mtr_2013-2017_who_ccs_nepal.pdf (30.9.2017).
14. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. Cluster Coordination. <https://www.unocha.org/country/what-we-do/coordination/leadership/overview> (9.8.2017).
15. World Health Organization. Global Outbreak Alert and Response Network. www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/en/ (1.8.2017).
16. Placing countries at the centre. A report on a fresh approach to assessing WHO country performance in the Western Pacific Region. http://www.wpro.who.int/entity/country_focus/publications/PlacingCountriesattheCentre_revised.pdf (16.10.2017).
17. Framework of engagement with non State actors. World Health Organization. Sixty-Ninth World Health Assembly. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R10-en.pdf (16.10.2017).

18. Cohen D, Carter P. Conflicts of interest. WHO and the pandemic flu “conspiracies”. *BMJ* 2010; 340: c2912. [PubMed][CrossRef]
19. World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults and children. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf (16.10.2017).
20. Stuckler D, Reeves A, Loopstra R et al. Textual analysis of sugar industry influence on the World Health Organization’s 2015 sugars intake guideline. *Bull World Health Organ* 2016; 94: 566 - 73. [PubMed][CrossRef]
21. The future of financing for WHO 2010. Report of an informal consultation convened by the Director-General. http://www.who.int/dg/who_futurefinancing2010_en.pdf (16.10.2017).
22. World Health Organization Human resources: Workforce data at 31 December 2016. http://www.who.int/about/finances-accountability/budget/EB140_HRTables_2016.pdf?ua=1 (30.9.2017).

Publisert: 8. januar 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0412
Mottatt 5.5.2017, første revisjon innsendt 9.8.2017, godkjent 16.10.2017.
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no