

Helse er et fundament for en bærekraftig utvikling

Helse i en globalisert verden

I 1987 la Verdenskommisjonen for miljø og utvikling, ledet av Gro Harlem Brundtland, frem sin rapport, som på norsk fikk tittelen *Vår felles framtid* (1). I denne ble begrepet bærekraftig utvikling lansert, bl.a. for å demonstrere hvor viktig det er å integrere miljøpolitikk og økonomisk utvikling. Begrepet stod sentralt på Rio-konferansen i 1992 og på oppfølgingskonferansen Rio+10 i Johannesburg høsten 2002.

Helse er et eksempel på et område hvor utvikling og miljø henger nøye sammen. Relativt kort tid etter sin tiltredelse som generaldirektør i Verdens helseorganisasjon (WHO) oppnevnte Gro Harlem Brundtland en kommisjon for å se på sammenhengen mellom helse og utvikling. I 2001 la kommisjonen frem sin sluttrapport, som har et sterkt og klart budskap (2): Uten en betydelig ekstern finansiell bistand vil det være vanskelig for utviklingsland å komme ut av fattigdomsfellen, som bl.a. skapes av uheld. Det er nødvendig med en seksdobling av helsebistanden innen 2015. Dette utgjør likevel bare 0,1 % av bruttonasjonalproduktet (BNP) i de rike landene og vil ifølge beregninger kunne redde åtte millioner menneskeliv per år. Oversatt til økonomiske termer gir dette en «inntekt» som er seks ganger større enn investeringen.

Fattigdom skaper sykdom, og sykdom skaper fattigdom – en negativ sirkel. En alternativ tolking som presenteres i rapporten, er en positiv spiral – hvor investering i helse er et middel for å få i gang en positiv økonomisk utvikling, og hvor en slik utvikling igjen vil bedre helsen. Bedret folkehelse er altså ikke bare et mål i seg selv – det er også et virkemiddel for å nå andre og bredere mål i samfunnet.

Samtidig med kommisjonens arbeid la det såkalte millenniumt-oppmøtet med verdens ledende politikere i september 2000 frem ambisiøse globale utviklingsmål. Halvparten av de åtte tusenårs-målene og sju av 18 delmål er relatert til helse (3). Hvordan og hvorfor har helse spørsmål i løpet av kort tid fått en så sentral plass? En hovedårsak er HIV/AIDS-pandemien, som med 40 millioner smittede – de fleste i det sørlige Afrika – er blitt en sosial, økonomisk og humanitær katastrofe som truer politisk stabilitet og global sikkerhet. Etter flere tiår med positiv vekst i forventet levealder og nedgang i barnedødeligheten mister nå mange land i denne regionen i løpet av få år det man har brukt lang tid på å bygge opp (4).

De siste årene er det etablert store private fond, bl.a. Bill og Melinda Gates-stiftelsen og et globalt fond for å bekjempe de tre «fattigdoms-sykdommene» AIDS, malaria og tuberkulose (www.globalfund-atm.org). Det er også satt i gang samarbeid mellom offentlige og private institusjoner, bl.a. en global vaksineallianse (www.iavi.org) og et internasjonalt AIDS-vaksineinitiativ (www.iavi.org). Kampen for økt tilgang til antiretrovirale midler i fattige land i sør har vært viktig i denne utviklingen. HIV/AIDS viser tydelig hvor sentral folkehelsen er for lands utvikling (5).

Den økte globaliseringen har også bidratt til å sette helse spørsmål på dagsordenen (6). Infeksjonssykdommer og risikofaktorer kjennes ingen landegrenser og er dermed felles globale utfordringer. Samtidig er informasjon og kunnskap i større grad blitt globale fellesgoder – i hvert fall i teorien. Globaliseringen har gjort ulikheter mellom land mer synlige. Arbeid for lik tilgang til forebygging og behandling av sykdom og dermed like muligheter til å oppnå god helse burde være et av globaliseringens sentrale elementer. Store forskjeller i folkehelsen mellom regioner og land er ikke forenlig med grunnleggende mennes-

kerettigheter og kan gi grobunn for konflikter og terrorhandlinger. Kanskje vil global rettferdighet og bedret folkehelse være et bedre svar mot terror enn mer våpen og militærmakt? Verden bruker i dag 2,6 % av det samlede globale BNP på våpen og militærformål – 25 ganger mer enn WHO-kommisjonens anslag over kostnadsbehovet for å takle de største helseutfordringene.

Norge spiller en politisk og økonomisk rolle i forbedringen av helsetilstanden gjennom FN-systemet, internasjonale organisasjoner og bistandspolitikk. Forskningsmessig har Norges bidrag vært mer begrenset. Behovet for økt kunnskap er stort. Internasjonalt brukes kun 10 % av helseforskningsressursene på temaer knyttet til 90 % av sykdomsbyrden. I Norge benyttes bare 5 % av ressursene på felter som er relevante for helsetilstanden i utviklingsland (7). Det globale forum for helseforskning anbefaler at 2 % av helsebudsjettet i utviklingsland bør gå til forskning – Norge bruker kun 1,5 %.

Norge vil gjennom styrking av nasjonale forskningsmiljøer og institusjonssamarbeid mellom sør og nord kunne bidra med kompetanse internasjonalt. Politikk og ressursbruk vil dermed i større grad være basert på kvalitetssikret kunnskap. Vi bør bidra sterkere i internasjonalt forsknings samarbeid, både med støtte til viktige forskningsprogrammer og gjennom mer aktiv deltakelse av norske forskere.

Tidsskriftet vil fra og med dette nummer samle artikler om internasjonale helse spørsmål under vignetten Internasjonal medisin (4, 8). Norske leger, enten de er i klinisk arbeid eller arbeider ved forskningsinstitusjoner eller i bistandsorganisasjoner, inviteres herved til å komme med sine bidrag. På denne måten kan internasjonale helse spørsmål løftes frem i norske legers bevissthet. Norske fagmiljøer bør svare på denne utfordringen.

John-Arne Røttingen

j.a.rottingen@basalmed.uio.no
Institutt for ernæringsforskning
Postboks 1046 Blindern
0316 Oslo
og Nasjonalt folkehelseinstitutt

Gunnar Kvåle

Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

John-Arne Røttingen (f. 1969) er dr.med. med mastergrad i infeksjonsepidemiologi. Han er førsteamanuensis og leder forskningsområdet GLOBINF (Forebygging av globale infeksjoner), en felles satsing mellom Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet.

Gunnar Kvåle (f. 1942) er dr.med. og professor og leder ved Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen, som samarbeider med institusjoner i Afrika, Asia og EU.

Litteratur

1. Verdenskommisjonen for miljø og utvikling. *Vår felles framtid*. Oslo: Tiden, 1987.
2. Verdens helseorganisasjon. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Report from the Commission on Macroeconomics and Health. Genève: WHO, 2001.
3. Horton R. The case for a global development organisation. *Lancet* 2002; 360: 582–3.
4. Gjersvik PJ. HIV/AIDS – en katastrofe for Afrika. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 68.
5. von Schirnding Y. Health and sustainable development: can we rise to the challenge? *Lancet* 2002; 360: 632–7.
6. Frenk J, Gómez-Dantés O. Globalisation and the challenges to health systems. *BMJ* 2002; 325: 95–7.
7. Valen R. Kan medisinsk forskning bidra til global utjevning? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1772.
8. Sørbye IK. Kenya: Evangelina har ikke tid til å vente. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 69.