

Smittevern og internasjonal politikk

Ettbarnspolitik i India?

Presidenten i den indiske legeforeningen har nylig foreslått at landet bør innføre en lov som forbyr en familie å ha flere enn ett barn. En slik ettbarnspolitik har hatt stor suksess i Kina, men forslaget om en tilsvarende ordning i India er svært kontroversielt, skriver *The Lancet* (1).

Ifølge FN-beregninger vil Indias befolkning være større enn den i Kina før 2030. India forsøkte i 1970-årene å føre en streng befolkningsbegrensningspolitikk, blant annet med tvungen sterilisering. Forslaget fra den indiske legeforeningen har vakt sterke reaksjoner, og en representant for de sentrale helsemyndighetene har gått ut med forsikringer om at det ikke er aktuell politikk. Enkelte delstater har imidlertid tatt til orde for å ta i bruk «visse sosioøkonomiske virkemidler» for å begrense befolkningsveksten. Andre har fremhevet at med den sterke preferansen for guttebarn i India, vil en ettbarnspolitik føre til en økning i selektiv provosert abort av jentefostre og drap og utsetting av jentebarn. Atter andre viser til delstaten Kerala, der man har lyktes å begrense befolkningsøkningen. Der har man lagt vekt på underliggende samfunnsfaktorer som arbeid, utdanning, helseopplysning og helsetjenester, ikke kontrolltiltak.

Kjønnsfordelingen i India er en av de skjeveste i verden – i 2001 var det 933 jenter per 1 000 gutter. I rike forstadsstrøk til hovedstaden Dehli var forholdet 780 jenter per 1 000 gutter.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Patralekha C. Doctor's group proposes one-child policy for India. *Lancet* 2005; 365: 1609.

I juni 2004 avsluttet Aksjonsgruppen for smittevern i Østersjøregionen sitt arbeid. Aksjonsgruppen, som ble etablert i 2000 på norsk initiativ, hadde da gjennomført en lang rekke prosjekter, de fleste rettet mot tuberkulose og HIV-infeksjon i Baltikum og Nordvest-Russland. Fridtjof Nansens Institutt var i perioden 2002–04 engasjert for å evaluere samarbeidet. Som russlandsforskere konsentrerte vi oss om å analysere det kulturelle og politiske miljøet prosjektene ble utviklet i. Fra et samfunnsvitenskapelig ståsted er det mulig å peke på noen hovedutfordringer i medisinsk samarbeid med Russland og de baltiske landene.

Etter Sovjetunionens sammenbrudd har man fra norsk side søkt å etablere et tett samarbeid med tidligere østblokkland, bl.a. innen miljø, energi og kulturutveksling. Fagekspertise har ikke vært nok i møtet med nye samarbeidspartnere – ekspertene har i mange tilfeller manglet en grunnleggende forståelse for kulturelle forutsetninger i det russiske samfunnet. Mange prosjekter har bl.a. av denne grunn støtt på vanskeligheter. De samme problemer kan oppstå innen helsesamarbeid.

Vårt arbeid med å evaluere aksjonsgruppens arbeid og et knippe prosjekter under Barents Helseprogram (1–3) har gitt oss innsikt som vi tror er av interesse for dem som er engasjert i helsesamarbeid med tidligere østblokkland. Studien av aksjonsgruppen er først og fremst basert på rundt 100 intervjuer, hovedsakelig med prosjektdeltakere fra Russland og Baltikum. Aksjonsgruppen er også tidligere omtalt i *Tidsskriftet* (4, 5), og den har en egen hjemmeside med oversikt over prosjektene (www.baltichealth.org).

Helsetjeneste, regionsbygging eller utenrikspolitikk?

Det kan for en norsk deltaker i bistandsprosjekter være nyttig å reflektere over motivene for bistanden, for å balansere et selvilde som ofte er preget av at man oppfatter sin virksomhet som utelukkende altruistisk. Det er sjelden kun altruistisk inspirasjon bak utenrikspolitikk. Slik var det også i dette tilfellet.

Aksjonsgruppen ble etablert i april 2000 etter initiativ fra det norske formannskapet i Østersjørådet. Initiativet var motivert ut fra en rekke politiske mål som den ferske Stoltenberg-regjeringen ønsket å nå. Det er i seg selv ikke noe galt eller kritikkverdig i dette.

Handlingsrommet for norsk utenrikspolitikk er til dels bestemt, noen vil si begrenset, av at Norge ikke er medlem av EU. Det synes å være allment akseptert at et av våre viktigste virkemidler for å oppnå innflytelse internasjonalt er å satse på alternative kanaler, som regionalt samarbeid. Samarbeid på flere områder er blitt etablert, hovedsakelig i 1990-årene. Det er viktig for Norge å gi innhold til virksomheten i Barentssamarbeidet, Østersjøamarbeidet og det nordiske samarbeidet. Det at aksjonsgruppens virkeområde i all hovedsak var konsentrert om Russland og de baltiske statene, skyldtes nok at smittsomme sykdommer har en langt større utbredelse der enn i andre land i Østersjøregionen. Det er imidlertid verdt å merke seg at Norge nettopp valgte å satse på å bekjempe slike sykdommer. Det ble gjort på utenrikspolitisk nivå for å styrke vår posisjon overfor Russland. Som et av få land i vår nærhet som



Hovedbudskap

- Som all utenrikspolitikk er også internasjonal helsepolitikk motivert innenfor en allmennpolitisk ramme. Det ligger andre mål enn de rent helsepolitiske til grunn for Norges satsing på å bekjempe overførbare sykdommer i Østersjøregionen
- Det eksisterer et kulturelt skille mellom øst og vest, også på det medisinske området, noe som er blitt fremhevet i evalueringen av helsesatsingen
- Gode samarbeidsforhold avhenger av partenes evne til å fjerne kulturelle barrierer

ikke er medlem av EU, har Russland stor betydning for norsk utenrikspolitikk.

Bakgrunnen for aksjonsgruppens tilblivelse fremstår som noe mer enn bare et ønske om å hjelpe naboer i nød. Stoltenberg trengte, som leder for en nydannet regjering, å tone flagg på den internasjonale arena. Den nye regjeringen hadde muligheten, motivet og inspirasjonen til å sette sitt stempel på det regionale samarbeidet. Den grep denne muligheten, som enhver handlingsrettet regjering ville gjort.

Det kan være nyttig for en norsk deltaker å se nyansert på sitt arbeid i lys av dette, og ikke tilskrive sin egen virksomhet en slags messiasfunksjon, med den hovmodighet som måtte følge av et slikt selvbilde. Grunnen til at akkurat dette er viktig å understreke, er at vi i samtaler med russiske og baltiske aktører har støtt på stor skepsis til vestlig, og norsk, retthaveri i forbindelse med bistandsprosjekter.

Russisk motvilje og skepsis

Man skulle kanskje tro at den villvilgige storsatsingen i Østersjørådet ble omfavnet som en kjærkommen mulighet til å bedre et skakkjørt helsestell i øst. Saken er imidlertid mer komplisert enn som så. Vel er russiske mottakere av vestlig assistanse i all hovedsak fornøyd med å få muligheten til å bedre sine arbeidsforhold. Likevel har vi identifisert stor grad av mistillit og skepsis blant dem. Den kanskje mest illustrerende skepsisen til vestlig medisinsk assistanse fant vi når det gjelder arbeidet for å demme opp for spredning av tuberkulose. For aksjonsgruppen var det viktig å følge de anbefalingene som ble gitt av WHO. Den velprøvde tuberkulosestrategien «direkte observert terapi» (Directly Observed Treatment with Short-course chemotherapy, DOTS) stod sentralt. DOTS-strategien er bygd opp omkring fem hovedelementer, som forplikter regjeringen til overvåking av tuberkulosesituasjonen, til å forbedre diagnostiseringen, standardisere tuberkulosebehandlingen, bedre tilgangen til tuberkulosemedisiner og sikre mulighet for løpende vurdering av behandlingsstrategien. DOTS-metoden har gitt gode resultater i en rekke hardt tuberkuloserammede land, og oppfattes som svært effektiv (6). Den er særlig tilpasset fattige områder, og er blitt supplert med det såkalte DOTS pluss-programmet, som skal sikre utviklingsland tilgang til ellers kostbare medikamenter for behandling av multiresistent tuberkulose.

Mens de baltiske landene i all hovedsak har tatt DOTS-strategien til seg, er situasjonen en ganske annen i Russland. Det er liten tvil om at strategien, med enkelte modifikasjoner, er et godt utgangspunkt for å begrense spredningen av tuberkulose også der. Dette erkjenner da også de fleste russiske tuberkulosespesialister. Motstanden mot strategien synes ikke primært å være av medisinsk-faglig art. En av de fremste



Boforhold i et russisk fengsel. Under slike forhold kan tuberkulose og andre smittsomme sykdommer spres raskt. Foto Torgrim Rath Olsen, Nordlys

representantene for den russiske tuberkulosestradisjonen, Mikhail Perelman, formulerer i en artikkel sine ankepunkter mot DOTS-strategien (7). Hans kritikk reflekterer en holdning som vi ofte møtte under samtaler med en rekke medisinerere med tuberkulose som spesialfelt. Kort fortalt dreier den russiske motstanden mot DOTS seg om at strategien ikke er tilpasset russiske forhold, men er utviklet for å bekjempe sykdommen i *utviklingsland*. Det kommer frem i Perelmans artikkel og gjennom mange samtaler at russiske tuberkulosespesialister reagerer negativt på at vestlige representanter, både WHO-byråkrater og deltakere i aksjonsgruppen, har

fremstilt DOTS som en vidunderkur og som den eneste farbare vei i kampen mot sykdommen. Ved å gå frem uten å ta hensyn til at den russiske spesialiststanden har egne, og ofte velfunderte, synspunkter på hvordan man bør angripe problemet, skyver vestlige spesialister sine russiske samarbeidspartnere fra seg.

På samme måte forholder det seg med AIDS-problemet. Det kan synes som om det er viktig for russiske helsearbeidere å markere at Russland slett ikke er det eneste land i verden som har dette problemet. Det ble stadig gjentatt at viruset ikke hadde sin opprinnelse i Russland. Russiske spesialister var opptatt av at AIDS

i bunn og grunn er en sykdom som har fått utvikle seg utenfor Russlands og den tidligere Sovjetunionens grenser. En naturlig vestlig innvending er at dette er uvesentlig. Det kan da ikke ha noen betydning hvor viruset kom fra! Det viktige er at det er kommet til Russland, og det må man gjøre noe med! Hvorfor er disse poengene likevel så viktige å få frem for russiske medisinerer? Mye bunner nok i en følelse av å bli overkjørt av sine vestlige partnere. Det er åpenbart vanskelig for en representant for en tidligere stormakt, med et stolt helsevesen, å bli konfrontert med et bedrevitende vestlig hjelpeapparat. På den bakgrunn er det ikke overraskende at man kan registrere en viss indignasjon i det russiske medisinske etablissement i forbindelse med forsøk på å innføre rimelige AIDS-medikamenter. Fremtredende russiske AIDS-spesialister spør seg hvorfor vestlige aktører vil innføre billig medisin til Russland, og stiller seg tvilende til om denne medisinen holder høy nok standard. Den er jo tross alt utviklet for den tredje verden, påpekes det (8).

De vestvendte og de slavofile

Det er verdt å merke seg at den russiske kritikken mot ikke-russiske partnere har en klar brodd mot den *vestlige* verden, ikke bare mot det som kommer utenfra i sin alminnelighet. Det er fristende å trekke linjene tilbake til det tradisjonelle skillet mellom de vestvendte og de slavofile. Kort fortalt dreier diskusjonen seg om hvordan Russland skal forholde seg til omverdenen, og da særlig Vest-Europa. Debatten om Russlands posisjon var før revolusjonen i 1917 først og fremst av interesse for intelligentsiaen. Med den sosialistiske folkeligjøringen av samfunnslivet etter 1917 ble debatten satt inn i en større sammenheng, og skillet mellom øst og vest ble ytterligere forsterket av motsetningsparet sosialisme-kapitalisme. Den kalde krigen sementerte motsetningene: Den sosialistiske Sovjetunionen var, om ikke østlig, så på ingen måte vestlig! Dette var merkbart i store deler av samfunnet, også innen akademien. Sovjetisk akademien skulle i minst mulig grad utsettes for innflytelse fra den kapitalistiske verden. Sovjetarven ble ikke visket ut med oppløsningen av unionen. Varianter av den sovjetiske patriotismen lever fortsatt videre i det nye Russland, og kan ofte bli forsterket i møtet med en vestlig motpart som man oppfatter som arrogant. Dette har særlig gjort seg gjeldende fra midten av 1990-årene. Den første euforien etter at man hadde vunnet friheten, ble etter hvert avløst av skuffelse. De nye og demokratiske løsningene fra vest gav ikke det ønskede resultat, og de gamle forestillingene om at Vesten i bunn og grunn var Russlands fiende fikk ny næring. Den kalde krigen ble avløst av en «kald fred», og rivaliseringen mellom øst og vest blusset opp. Som før var

Vesten først og fremst ute etter å svekke Russland. Det nye samarbeidet ble oppfattet som et dekke for en ondsinnet politikk.

På vestlig side er det lett å avfeie slike tanker som paranoid tankespinn. Få norske prosjektdeltakere vil kjenne seg igjen i denne beskrivelsen. Like fullt er disse forestillingene en viktig del av den realiteten man møter i Russland. Vi møtte en slik virkelighetsoppfatning flere ganger i intervjuene. Uten kjennskap til dette er det ofte vanskelig å forstå hvorfor tilsynelatende opplagte og fornuftige løsninger, som DOTS-strategien, ikke umiddelbart blir tatt imot med åpne armer. En god gjennomføring av prosjekter forutsetter at de som skal gjennomføre dem, har tro på det de gjør. Enkel psykologi tilsier at et menneske som ikke blir møtt med respekt og forståelse, heller ikke er villig til å kaste seg helhjertet inn i et forpliktende samarbeid, særlig ikke med representanter for et utland man opplever som fiendtlig.

De gode resultatene

Til tross for disse problemene maktet aksjonsgruppen å nå frem med sitt budskap i mange sammenhenger. Dette gjaldt særlig i de ulike regionene. I motsetning til det sentrale maktapparatet, herunder det medisinske etablissementet, synes myndighetene og helsetjenesten i regioner som Arkhangelsk og Murmansk å være åpne for de muligheter et samarbeid med vestlige naboer gir. Terskelen for å motta hjelp er langt lavere. Dette skyldes flere forhold. For det første er det et utslag av ren nødvendighet. Man har rett og slett ikke råd til å si nei til sårt tiltrengt hjelp når man leder en tuberkuloseklinik som ikke mottar nevneverdige overføringer fra staten. Et annet element er den pågående maktkampen mellom sentral- og regionaladministrasjonen. Regionale myndigheter ser muligheter for å effektivisere sitt apparat i samarbeid med vestlige naboer og dermed styrke sin posisjon overfor Moskva og St. Petersburg (etter en omstrukturering i 2000 ble St. Petersburg gjort til hovedstad i den nordvestlige krets). Det kan derfor ha mye for seg, som aksjonsgruppen gjorde, å opprette direkte kontakt med de regionale myndighetene. Dermed oppnår man raskere resultater på grunnplanen, og det er jo der pasientene er.

Både i Arkhangelsk og i Murmansk er man kommet langt i bestrebelsen på å tilpasse tuberkulosestrategien til WHO's foreskrevne DOTS-regime. Det er gjort fremskritt i samarbeidet mellom fengsels-systemet og det sivile helsevesenet, et samarbeid som er helt nødvendig for å sikre riktig og uavbrutt behandling av tuberkulose-rammede innsatte. I arbeidet mot HIV og AIDS har man langt igjen – tatt i betraktning den allmenne russiske oppfatning av utsatte grupper som prostituerte, narkomane og kriminelle. Dette kan være et annet

eksempel på hvor viktig det er å være var for at utviklingen i Russland ikke er i takt med den allmenne rettsoppfatning i velferdssamfunnet Norge. Våre løsninger kan ikke eksporteres uten videre. En sprøytenarkoman i Russland er en kriminell, først og fremst. En fengselsinnsatt har ikke krav på samfunnets omsorg. Han skal straffes.

Til tross for disse uoverensstemmelsene er det liten tvil om at aksjonsgruppen og Barents Helseprogram har startet et arbeid som er verdt å videreføre. Videreføringen er imidlertid høyst usikker for øyeblikket. EU's «nordlige dimensjon» har vært tiltenkt den førende rollen, men mye arbeid gjenstår før man kan si at resultatene som ble oppnådd og nettverkene som ble bygd opp under aksjonsgruppens arbeid, er tilfredsstillende ivaretatt.

Lars Rowe

lars.rowe@fni.no

Geir Hønneland

Russlands- og polarprogrammet

Fridtjof Nansens Institutt

Postboks 326

1326 Lysaker

Litteratur

1. Hønneland G, Rowe L. Health as international politics. Combating communicable diseases in the Baltic sea region. Ashgate: Aldershot & Burlington, 2004.
2. Rowe L. Report from the steering committee for evaluation of the task force on communicable disease control in the Baltic sea region. Oslo: Fridtjof Nansens Institutt, 2004.
3. Hønneland G, Moe A. Evaluation of the Barents health programme – project selection and implementation. Oslo: Fridtjof Nansens Institutt, 2004.
4. Sundar T. Helsesamarbeid som sikkerhetspolitisk virkemiddel. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 861–2.
5. Larsen J-E. Helseløft i storpolitisk landskap. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3066–9.
6. Kochi A. Tuberculosis control – is DOTS the health breakthrough of the 1990s? World Health Forum 1997; 18: 225–32.
7. Perelman MI. Tuberculosis in Russia. Int J Tub Lung Dis 2000; 4: 1097–103.
8. AIDS in Russia: in sickness and in chaos. The Economist 8.7.2004.