

Gode helsetjenester forutsetter et fungerende helsesystem

Arbeidet med FNs tusenårs mål har over det siste tiåret utløst en rekke globale helseinitiativer for å frembringe enkle og målrettede tiltak mot sykdommene som utgjør den største byrden for fattige land. Initiativene har vist at det er mulig å mønstre store ressurser til helsearbeid. Men resultatene svarer ikke til forventningene. Mange får ikke glede av effektive helsetiltak fordi helsesystemet som skal levere dem svikter.

Engelsk oversettelse av hele artikkelen på www.tidsskriftet.no

Inger B. Scheel

inger.scheel@kunnskapssenteret.no

Seksjon for global helse

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Hilde Engjom

Kvinneklinikken

Haukeland universitetssykehus

og

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Bergen

Gisle Schmidt

Bogerud legesenter

Sverre O. Lie

Avdeling for global helse

Helsedirektoratet

Helse er verken rettferdig eller rimelig fordelt mellom verdens borgere. Innbyggerne i den afrikanske regionen tynges av en firedel av verdens totale sykdomsbyrde, men har bare tilgang til 3 % av helsepersonellet og under 1 % av verdens finansielle ressurser (1). 99 % av de vel åtte millioner barna under fem år som døde i 2009, bodde i lav- og mellominntektsland. To tredeler av disse dødsfallene kunne ha vært unngått med effektive helseintervensjoner – skikkelig fødselsomsorg, vaksiner, antibiotika og liknende enkle tiltak (2). Dette vet vi, og derfor har det globale fellesskapet det siste tiåret bidratt mer enn noensinne til viktige helseformål i fattige land ved for eksempel å finansiere vaksineprogrammer og behandling for hiv/aids og en rekke andre infeksjonssykdommer.

Men selv om barnedødeligheten nå går ned i flere av verdens regioner og langt flere hivpositive har tilgang til antiretroviral behandling, svarer likevel ikke det totale resultatet til forventningene. Kvinner har nærmest like risikofylte svangerskap og fødsler som deres mødre før dem, og befolkninger utsettes fremdeles for lidelse, uførhet og død som følge av sykdommer som enkelt kan forebygges eller behandles i en fungerende førstelinjetjeneste. Det er selve helsesystemene som nå må rustes opp

for at nødvendige helsetjenester skal kunne nå frem til befolkningen som trenger dem.

Helse betraktes i dag som en menneskerett, og det er nasjonalstaten som har ansvaret for å oppfylle denne retten ved å fremme og beskytte befolkningens helse. Ettersom det er lenge til de fattigste landene vil ha kapasitet til å oppfylle disse pliktene på egen hånd, må det globale giverfelleskapet samle seg om målrettet innsats. Men for å bidra til varige forbedringer av folkehelsen gjennom å bygge bærekraftige helsesystemer er det ikke nok å øse inn penger, målrettet eller ikke. Bidragene må også fremme rimelighet og rettferdighet. I denne artikkelen argumenterer vi for at vestlig giveriver ikke bare må følges av forskningsbasert kunnskap om hva som virker, men også må være basert på et eksplisitt verdigrunnlag for å sikre at bærekraftige helsesystemer utvikles og at effektive helsetjenester fordeles rimelig og rettferdig.

«Det er selve helsesystemene som nå må rustes opp for at nødvendige helsetjenester skal kunne nå frem til befolkningen som trenger dem»

Hva er galt med helsesystemene?

Verdens helseorganisasjon (WHO) slår fast at et helsesystem skal forbedre helsestatusen til individer, familier og lokalsamfunn. Det skal beskytte befolkningen mot helsetrusler og ødeleggende økonomiske konsekvenser av sykdom. Helsesystemet skal tilby rettferdig tilgang til humane helsetjenester og sørge for at befolkningen får delta i beslut-

ninger som har innflytelse på deres helse og helsesystem (3). Tilgang til helsepersonell, ledelse, innkjøp og distribusjon av utstyr og medisiner, finansieringssystemer og systemer for å generere og bruke informasjon er hovedfaktorer i systemsvikten i lav- og mellominntektsland (4).

Et praktisk eksempel

Zambia er et av de fattigste landene i Afrika. Helsetjenestene er i prinsippet gratis og tilgjengelige for alle, men landet bruker bare 4,8 % av bruttonasjonalproduktet på helse til tross for målsettingen om 15 % innen 2015 (5). En av artikkelforfatterne har førstehåndserfaring fra et distriktssykehus som betjener rundt 60 000 innbyggere. Sykehuset er tilknyttet et nettverk av ti lokale helseklinikker, og det arbeides systematisk for å øke tilgjengeligheten til kvalifisert fødselshjelp og for bedre identifisering av risikosvangerskap. Imidlertid er det vanskelig å rekruttere kvalifisert helsepersonell, særlig fordi det mangler personalboliger. De fire unge legene som er ansatt har ingen planer om å følge sine mange afrikanske kolleger til bedre forhold i Europa eller USA. Men de ønsker alle å bli kirurger, og de drar på dagen om de får tilbud om spesialistutdanning.

Det er tilgjengelig diagnostiske verktøy og legemidler til å behandle de mange alvorlige malariatilfellene som legges inn, men programmet for å forebygge malaria har finansieringsstopp. Driftsplanlegging er vanskelig fordi sykehusbudsjettet bygger på givermidler knyttet til sykdomsspesifikke programmer og ikke kan omprioriteres. Sykehuset fikk nylig tildelt en «auto-analyser» som ingen hadde bedt om. Full drift av maskinen tilsvarer en halv legelønn. Innkjøpskostnaden alene ville ha dekket det planlagte boligprosjektet for sykepleiere og betalt den voksende gjelden til strømleverandøren. Likevel ville det vært penger igjen til å sette nye hjul på den defekte trallen som frakter døde over den hullte veien fra sykehuset til likhuset – og til å reparere veien.

Eksemplet fra Zambia er ikke enestående i afrikansk sammenheng. Helse-systemene lider under uforutsigbar finansiering, og spesialisthelsetjenester vektlegges fremfor forebyggende helsearbeid og primærhelsetjeneste. Administrasjonen av helsetjenestene utfordres av en ukoordinert rekke av programmer og prosjekter knyttet til stramme giverkrav og en gjennomgripende kommersialisering av helsetjenester i dårlig regulerte systemer (3).

Hvordan er det blitt slik?

Gjennom de siste 50 årene har den globale folkehelsediskusjonen dreid seg om to alternative strategier: enten å konsentrere seg om et begrenset antall kostnadseffektive helseintervensjoner rettet mot sykdommene som forårsaker kvantitativt mest lidelse og død, eller å bygge opp helhetlige systemer med balanse mellom forebyggende arbeid og

kurativ behandling, med vekt på en godt utbygd primærhelsetjeneste. I 1950-årene var helsesektoren stort sett et medisinsk anliggende, og helse var lite synlig på den politiske agendaen. Man la vekt på kurativ behandling i medisinske sentere.

Men mot slutten av 1960-årene vokste erkjennelsen av at mye sykdom var fattigdomsrelatert og ikke begrunnet i biologialene frem. Samtidig økte investeringene i offentlig sektor. Markedsmekanismene fungerte dårlig i utviklingsland, og i samtidens økonomiske tenkning legitimerte dette statlig intervensjon for å korrigere markedet (6). Prioriteringen av helse og sosial utvikling skapte en optimisme som vokste til en global bevegelse, og i 1978 ble Alma Ata-deklarasjonen lansert (7). Deklarasjonen fremmet en helhetlig tilnærming med sterk vekt på å bygge helsesystemer på en grunnmur av førstelinjetjenesten (ramme 1).

Men med Margaret Thatcher (1979) og Ronald Reagan (1981) vant nyliberalistisk økonomisk tenkning frem. U-landsgjeld, ustabilitet og ineffektivitet ble forstått som forfeilet økonomisk politikk. På grunn av sin sentrale rolle i lånearrangementene for utviklingsland kunne Verdensbanken og Det internasjonale pengefondet (IMF) kreve at låntakerne gjennomførte gjennomgripende økonomiske og politiske reformer (6). I helsesektoren ga dette seg utslag i store budsjettkutt, fremvekst av private tjenester og egenbetaling for pasientene. Gjennom 1980- og 90-årene visnet den offentlige helsesektoren i mange lav- og mellominntektsland. I disse vanskelige tidene rammet aidsepidemien Afrika som en katastrofe.

Men den raske spredningen av hiv/aids fungerte også som en vekker og mobiliserte etter hvert en hel verden til innsats for global helse. Tusenårsmålene ble nedfelt i år 2000, og i løpet av de påfølgende årene ble en rekke høyprofilerte globale sykdomsspesifikke initiativer lansert. Fra 1990 til 2007 økte ressursene til global helse fra 5,6 til 21,8 milliarder dollar i året. Bare en forsvinnende liten del av disse midlene har hittil vært rettet mot helsesystemutvikling (8), og de globale helseinitiativene har mottatt betydelig kritikk for å overkjøre og utarme den eksisterende helsetjenesten. På den annen side har man i denne perioden plassert helse sentralt på den globale agenda, med ny kunnskap om implementering av helsetiltak.

I dag trekker diskusjonen seg igjen over mot den helhetlige tilnærmingen til global helse. Med Paris-erklæringen fra 2005 forpliktet det internasjonale samfunnet seg til å innrette bistanden slik at enkeltland får mulighet til å prioritere og planlegge utviklingen av offentlig sektor (9), og i 2008 lanserte WHO sin rapport om sosial rettferdighet og helse (10). Denne skal følges opp høsten 2011 med den planlagte Rio-deklarasjonen, som skal sikre global forpliktelse til handling.

Ny innsats må unngå gamle feller

Det pågår en frisk debatt omkring hvilke konkrete elementer av helsesystemene som bør styrkes for å håndtere de mest prekære manglene. WHO har identifisert et sett viktige byggeklosser som sammen danner det velfungerende helsesystem: helsetjenestelevering, helsepersonell, informasjonssystemer, medisinske produkter og teknologi, finansiering og lederskap (11). Imidlertid bør man ikke gå i gamle feller med nye reformer. Å bli enige om *hva* som bør gjøres er viktig nok, men vi mener at *hvordan* det gjøres er essensielt for å sikre varige endringer.

Å se helsesystemet i lys

av sine funksjoner og målsettinger

Naturligvis bør et skikkelig helsesystem ha en målbar innflytelse på befolkningens



Befolkningen må betraktes som en del av helsesystemet. Jentene på bildet er fra Limpopo, Sør-Afrika, der kvinnetilbudet Elim Care Groups har vært helsesystemets aller første linje i forebyggende helsearbeid i mer enn 30 år. Foto Inger B. Scheel

Ramme 1

Fritt sammendrag av Alma Ata-deklarasjonen av 1978

Alma Ata-deklarasjonen av 12. september 1978 oppfordrer alle myndigheter, alle helsearbeidere og verdenssamfunnet til handling for å beskytte og fremme helsen til alle verdens mennesker.

- Helse er fysisk, sosialt og mentalt velvære, ikke kun fravær av sykdom
- Helse er en grunnleggende menneskerett og et viktig sosialt mål som krever handling på tvers av alle sektorer
- De store forskjellene i helse mellom ulike land er politisk, sosialt og økonomisk uakseptabelt og angår derfor alle
- Helse for alle er grunnleggende for bærekraftig økonomisk og sosial utvikling, til livskvalitet og verdensfred
- Folket har rett og plikt til å delta i planlegging og realisering av sin helsetjeneste
- Staten har ansvaret for folkets helse og kan bare ivareta dette ansvaret ved å sørge for gode og rettferdige helse- og sosiale tiltak gjennom primærhelsetjenesten
- Målet er at alle verdens borgere, innen år 2000, skal ha god nok helse til å leve et produktivt sosialt og økonomisk liv
- Primærhelsetjenesten skal være tilgjengelig der folk bor og arbeider. Den skal bygge på både forskning og erfaring, og skal bidra med helsefremmende, forebyggende og kurative tjenester og rehabilitering. Helsearbeidet krever maksimal deltakelse av lokalsamfunnet
- Helsearbeidere skal samarbeide for å møte lokale helsebehov, og primærhelsetjenesten skal være det første leddet i en sammenhengende helse-tjenesteprosess
- Staten må utvise politisk vilje for å mobilisere landets ressurser for å utvikle og opprettholde primærhelsetjenesten som en del av et helhetlig helsesystem
- Alle land må samarbeide i et jevnbyrdig partnerskap for å sikre helsetjenester til alle fordi helse i ett land har direkte betydning for alle andre land
- Helse for alle innen år 2000 kan oppnå dersom verdens ressurser brukes bedre
- Store ressurser brukes i dag på våpen og væpnet konflikt. En fredspolitikk vil frigjøre ressurser som kan brukes til fredelige formål og ledd i sosial og økonomisk utvikling

helse. Men et godt helsesystem skal også være en sosial institusjon som responderer på befolkningens behov og fremmer rettferdig tilgang til grunnleggende helsetjenester for alle. Helsesystemet kan gi opplevelsen av samhørighet, tilhørighet og trygghet, det kan gi folk tillit til at hjelpen er klar når sykdom rammer, uten at det betyr økonomisk ruin, og på sitt beste kan helsesystemet være den viktigste bidragsyter til å utjevne de urimelige helseforskjellene som alltid rammer de mest sårbare gruppene hardest.

Intervensjoner initiert fra utsiden kan ha stor og målbar suksess, men noen ganger på bekostning av slike verdibaserte, samfunnsbyggende funksjoner (6). Derfor bør ethvert bidrag fra det globale samfunn innrettes med omhu for ikke undergrave de sosiale funksjonene som er helt essensielle for systemets bærekraft over tid.

Å se befolkningen som en del av helsesystemet

Befolkningen i et land bør ikke betraktes som passive mottakere av offentlige tjenester. I kraft av sin posisjon som pasienter med behov for behandling, som konsumenter med forventninger, som skattebetalere og dermed en finansieringskilde for helsesystemet, som samarbeidspartnere i produksjonen av helse ved helsefremmende atferd og som borgere med rett til et rettferdig helsetilbud og til innflytelse på tjenestenes utforming er befolkningen en del av selve helsesystemet (12). Derfor legger WHO verdiene fra Alma Ata-deklarasjonen til grunn i sitt rammeverk for styrking av helsesystemer (11).

Befolkningen har også en annen viktig rolle å spille i forhold til helsesystemet. Gjennom det sivile samfunn stilles myndighetene til ansvar for sine disposisjoner. Derfor bør kapasitetsbygging innenfor det sivile samfunns institusjoner også inkluderes når helsesystemene skal styrkes.

Å bidra til nasjonsbygging ved å skape sterke offentlige helseinstitusjoner

Gode institusjoner krever klokt lederskap, rom for å planlegge helhetlig, nok ressurser og en plass for helse på den politiske agenda for å kunne sikre forpliktelser på tvers av alle samfunnets sektorer. Dette krever kapasitet, og mange store givere innretter også sine bidrag på en måte som skal styrke kompetanse og kapasitet blant helsepersonell og, i noe mindre grad, helseledere. Men kapasiteten i helsesektorens ledelse tappes av papirarbeid. Sykdomsspesifikke rapporteringskrav fra en ukoordinert rekke av givere og uforutsigbar finansiering forhindrer muligheten til helhetlig planlegging og budsjettering. Slike arbeidsforhold frister verken de beste hodene eller de visjonære ledertalentene.

Den nye bølgen av kommersialisering av helse gjennom utenlandske investeringer

kan også svekke helsesystemet som institusjon. Offentlig sektor risikerer å miste dyrebart helsepersonell til en rikere arbeidsgiver, og befolkningen risikerer å få en god privat helsetjeneste for de rike og en utarmet offentlig for de fattige. En privat

«Et godt helsesystem må være forankret i nasjonale verdier og nasjonal kultur, ikke i givergruppens eller helseindustriens verdier og interesser»

helsesektor vil prioritere de mest innbringende tjenestene, og selv ved offentlig innkjøp av helsetjenester kan administrasjon og regulering av kapitalsterke aktører kreve for mye av en presset helseledelse, til fortrengsel for krevende, dog mindre innbringende oppgaver, som helseovervåking, forebygging, rehabilitering og pleie og sikring av en rettferdig fordeling av helsegevinst.

Helse, politikk og internasjonalt engasjement

En rimelig og rettferdig fordeling av både helse og helsetjenester handler om langt mer enn helsesystemet. Det innebærer rettferdighet i organiseringen av samfunnet og de sosiale innretningene og respekt for den betydningen helse har for menneskenes liv og frihet (13).

Intervensjoner i nasjonale institusjoner stiller oss derfor ansikt til ansikt med verdimeessige avveininger. Det ligger et betydelig element av nasjonsbygging i utviklingen av et godt helsesystem, og helsesystemet er på mange områder et utstillingsvindu for nasjonalstatens generelle fordelingspolitikk. Et godt helsesystem må være forankret i nasjonale verdier og nasjonal kultur, ikke i givergruppens eller helseindustriens verdier og interesser. Givere må legge til rette for at landene kan bygge opp normgivende institusjoner. Mange land har et langt stykke igjen før egne institusjoner har en slik kapasitet. Derfor må vi fortsette med å støtte opp under WHO som den mest innflytelsesrike og kanskje eneste globale institusjon som med en uhildet agenda kan fastsette sunne normer for utviklingen av sunne helsesystemer for dem som trenger det mest.

>>>

Inger B. Scheel (f. 1960)

er forsker innenfor global helse. Hun leder Seksjon for global helse ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og er visepresident i Norwegian Forum for Global Health Research.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hilde Engjom (f. 1974)

er lege i spesialisering ved Kvinneklinikken i Bergen og forsker ved Institutt for samfunnsmedisin. Hun hatt tatt diplomkurs i tropemedisin i Liverpool. Engjom er leder av Legeforeningens utvalg for internasjonal helse.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Gisle Schmidt (f. 1946)

er spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Sverre O. Lie (f. 1938)

er spesialist i medisinsk genetikk og i barnesykdommer.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. World Health Report. Working together for health. Genève: WHO, 2006. www.who.int/whr/2006/en/ (19.7.2011).
2. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365: 977–88.
3. Key components of a well functioning health system. Genève: WHO, 2010. www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/en/index.html (19.7.2011).
4. Travis P, Bennett S, Haines A et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004; 364: 900–6.
5. The Abuja Declaration ten years on. Genève: WHO, 2011. www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/index.html (19.7.2011).
6. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan* 1994; 9: 353–70.
7. The Alma Ata Declaration. Alma Ata: WHO, 1978. www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (19.7.2011).
8. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet* 2009; 373: 2113–24.
9. The Paris Declaration on Aid Effectiveness. Paris: OECD, 2005. www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf (19.7.2011).
10. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genève: WHO, 2008. www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html (19.7.2011).
11. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Genève: WHO, 2007. www.who.int/healthsystems/strategy/en/ (19.7.2011).
12. Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med* 2010; 7: e1000089.
13. Sen A. Why health equity? *Health Econ* 2002; 11: 659–66.

Mottatt 29.6. 2011, første revisjon innsendt 11.7. 2011, godkjent 4.8. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.