

Ebola er ikke Sierra Leones største problem

Et bedre helsevesen i Sierra Leone vil være mer effektivt mot de tilstandene som er hovedårsakene til sykdom og død i landet. Som en bonus vil det også være med på å forebygge fremtidige epidemier.

Eirik Joakim Tranvåg
eirik.tranvag@uib.no
Kristine Husøy Onarheim

23. mars 2014 rapporterte Verdens helseorganisasjon (WHO) om et utbrudd av ebola i den sørøstlige delen av Guinea. Viruset spredde seg til nabolandene Liberia og Sierra Leone, og antallet tilfeller økte etter hvert kraftig.

Først i august samme år slo WHO alarm og erklærte en folkehelsekatastrofe, og det tok et år før man begynte å få epidemien under kontroll. Per september 2015 er totalt 28 281 mennesker blitt smittet, og 11 308 er døde (1).

Ebolaepidemien trigget en massiv global respons, og store summer er blitt bevilget til forskning og internasjonalt samarbeid for å utvikle behandlinger og vaksiner. Nye resultater fra en norskledet studie viste i juli 2015 svært lovende resultater (2). Midt i alt dette er det lett å glemme at ebola bare utgjør en forsvinnende liten del av den globale sykdomsbyrden.

Sierra Leone

Hoveddelen av Norges bidrag har gått til Sierra Leone. Landet er et av verdens fattigste. Det rangeres som nummer 183 av 187 land i Human Development Index 2014, der Norge for øvrig er nummer én (3). Forventet levealder for et nyfødt barn er 46 år – ikke noe annet sted i verden er utsiktene så dårlige. Dødeligheten for barn under fem år er 182 per 1 000 – det er også dårligst i verden (3). Det brukes omtrent 100 dollar per innbygger på helse i året. Til sammenlikning bruker vi i Norge nesten 10 000 dollar per innbygger (4). Situasjonen er tilsvarende i Guinea og Liberia, som ligger som henholdsvis nummer 179 og 175 på rangeringen til Human Development Index 2014 (3).

Nye estimater viser at nesten 4 000 mennesker har dødd av ebola i Sierra Leone (1). Til sammenlikning døde ifølge estimatene nesten 9 000 mennesker i landet av malaria og nesten 5 000 av nedre luftveisinfectionsjoner i 2013 (5, 6). Vi ønsker ikke å bagatellisere ebolaepidemiens katastrofale følger og anerkjenner at (den forsinkede) responsen

bidro til å redusere antall smittede og døde. Likevel dør det altså langt flere av malaria, og det gjorde det også året før ebolaepidemien kom. Det vil det også gjøre i årene som kommer – om ikke enda flere (7). Er det verre å dø av ebola enn av malaria? Svaret er åpenbart nei. Men er det verre for oss at noen dør av ebola enn av malaria? Vi tror at svaret på dette er ja.

Internasjonal respons

Den kjente filosofen Peter Singer skriver i en kommentar at det kan vise seg heldig at en håndfull helsearbeidere fra høyinntektsland ble smittet av ebola – uten disse ville sykdommen aldri ha fått så stor oppmerksomhet (8). Denne påstanden tror vi er kor-

«Er det verre å dø av ebola enn av malaria?»

rekt, men vi mener at man kan identifisere flere underliggende grunner. Vi vil foreslå fire årsaker til hvorfor ebolaepidemien trigget en så stor internasjonal respons: globaliseringen av helse, global helsesikkerhet, høy dødelighet og effekten av massemediene.

I dagens globaliserte verden knyttes verden tettere sammen, både på godt og vondt. Helsetrusler som epidemier respekterer ikke landegrensener og kan være vanskelig å beskytte seg mot (9). Å omorganisere et nasjonalt helsevesen, uten å ta hensyn til disse utfordringene, vil ikke være tilstrekkelig for å bekjempe globale epidemier.

Global helse knyttes i større grad enn tidligere til annen utenrikspolitikk som migrasjon, økonomi og verdenshandel. Ebolaepidemien og dens potensial til å ramme land i Vesten ble oppfattet som en sikkerhetspolitisk trussel. Fra å være en neglisjert tropisk sykdom kunne ebola være en trussel mot hele verdens befolkning, vår økonomi og vårt samarbeid. Ebola står nå på agendaen når verdens mektigste politikere møtes (10).

Tidligere utbrudd av ebolaviruset har hatt dødelighet opp mot 90 % (11). Få smittsomme sykdommer har et slikt skadelig potensial. En analyse i oktober 2014 fra ebolaresponsteamet til WHO estimerte

dødeligheten («case fatality rate») til 71 % i Sierra Leone, Guinea og Liberia (12), men med store variasjoner. Selv med optimal støttebehandling er dødeligheten av ebola betydelig (13).

Først da vestlige helsearbeidere ble syke og tok med seg viruset tilbake til sine hjemland, viste vestlige medier interesse for ebolaepidemien. Kanskje var avstanden til Vest-Afrika for stor? En oversikt over søketrender på Google viser at bruken av ebola i nyhetsartikler eksploderte i oktober i fjor, da de første vestlige helsearbeiderne ble smittet (14). Under epidemien var norske medier preget av spektakulære oppslag om hvordan smitten kunne komme til Norge og om skadepotensialet her hjemme (15). Etter dette falt interessen gradvis og har holdt seg relativt lav i 2015.

Disse fire faktorene kan forklare hvorfor ebola kunne få så stor oppmerksomhet, mens andre sykdommer med større sykdomsbyrde ikke får den samme oppmerksomheten. Malaria smitter ikke fra menneske til menneske, men via mygg, og er i dag derfor ikke noen trussel for oss her hjemme. Den oppfattes ikke som noen sikkerhetspolitisk trussel eller global utfordring på samme måte som ebola. Det er stort sett fattige mennesker som blir syke og dør, de aller fleste tilhører risikogrupper som underernærte, barn eller gravide. Dette får lite direkte innvirkning på internasjonal handel og verdensøkonomi, selv om de økonomiske konsekvensene kan være store for familiene som rammes (16).

Ifølge studien *Global Burden of Disease 2013* var det omtrent 165 millioner tilfeller og 855 000 dødsfall av malaria globalt i 2013 – en langt lavere dødelighet enn ebola (5). Slike faktorer gjør malaria til en mindre spektakulær og dermed mindre interessant sykdom enn ebola, noe som kan være en årsak til liten dekning i vestlige medier. Tilsvarende argumenter gjelder også for luftveisinfectionsjoner, diaré og andre sykdommer som fører til prematur død i verden generelt, og Afrika sør for Sahara spesielt.

Helsesystemer og prioriteringer

Hvordan bør verdenssamfunnet og Norge tenke når de skal bidra med penger og ressurser til å bekjempe sykdommer i tiden etter ebola? Vi mener at det er spesielt viktig

å bygge helsesystemer og å foreta riktige prioriteringer, basert på rettferdige prinsipper. Dette vil bidra til at mindre spektakulære sykdommer får den oppmerksomheten de fortjener, og det vil i tillegg kunne være med på å forebygge nye utbrudd av ebola og andre smittsomme sykdommer.

I november 2014 uttalte eksperter på global helse til *Bistandsaktuelt* at Norges bidrag i for stor grad har dreid seg om sykdomsspesifikke programmer som massevaksinering, og at satsingen på gode helsesystemer er blitt prioritert for lavt (17). Budskapet er det samme internasjonalt (18). Tusenårsårene har gitt en økt satsing på mødre- og barnehelse globalt. Mange donorer har satt søkelyset på spesifikke tiltak og ønsker raskt målbare resultater. Relativt sett går derfor mindre penger til for eksempel helsesystembygging (19).

Innenfor prioriteringsetikken er det relativt stor enighet om to førende prinsipper: helsemaksimering og prioritering av de dårligst stilte (20).

Prinsippet om helsemaksimering bygger på konsekvensetikk: Hvilket valg som er mest riktig, bestemmes ut fra valgets utfall. I denne sammenhengen betyr det at tiltak som gir mest helse for flest mulig, mest mulig kostnadseffektivt, er de etisk mest akseptable (21). Mest helse kan for eksempel forstås som å redde flest mulig liv eller sikre flest mulig leveår. Eksempler på kostnadseffektive tiltak er distribusjon av malarianett og medisiner mot parasitter og innvollsormer. Utfordringen med prinsippet om helsemaksimering er at det ikke sier noe om hvem som bør motta helsehjelpen.

Prinsippet om å prioritere de dårligst stilte tar utgangspunkt i at disse fortjener særlig oppmerksomhet, uavhengig av kostnadseffektivitet. Dette prinsippet kan dermed komme i konflikt med prinsippet om helsemaksimering. Begrepet «dårlig stilte» knyttes ofte til alvorlighetsgrad, men det kan også brukes om gjenværende leveår eller gis en bredere betydning, som livsmuligheter eller frihet. I lavinntektsland som Sierra Leone harmonerer ofte de to prinsippene. Der er det gjerne enklest og billigst å hjelpe dem som har det dårligst.

Under andre omstendigheter kan det være utfordrende å balansere de to prioriteringsprinsippene. Storparten av de som dør av malaria, er barn (5). Barn som dør, mister mange potensielle leveår. Malarianett forebygger malaria effektivt (22), og kostnadene knyttet til produksjon og distribusjon er lave. Likevel mener vi at Norge ikke kan basere sin globale helsepolitikk på smale programmer, som distribusjon av malarianett eller massevaksinering av barn, alene. En satsing på spesifikke sykdommer fremfor generelle og strukturelle tiltak er

problematisk, blant annet fordi de svekker et lands evne til selv å respondere når folkehelsekatastrofer oppstår. Det er svært positivt at ebolavaksinen viser lovende resultater, men er den egentlig den riktige medisinen?

Vi mener at det er viktig å styrke de nasjonale helsevesenene slik at land selv kan gjøre gode og riktige prioriteringer. Prioriteringsprinsippene vi har nevnt, anvendes best av nasjonale og lokale aktører. Et sterkt nasjonalt helsevesen kan effektivt hjelpe mange mennesker og redde mange liv. En sterkere lokal og nasjonal beredskap vil i tillegg gjøre det enklere både å forebygge og bekjempe lokale smitteutbrudd før de eskalerer til store epidemier.

Satsing på folkehelsearbeid

Både nasjonal og internasjonalt prioriterer man nå å satse på nasjonale helsesystemer og folkehelsearbeid. Vi mener at Norge i enda større grad må støtte opp under dette, både politisk og økonomisk. Det må bygges kompetanse til å gjøre gode prioriteringsbeslutninger i de nasjonale helsevesenene.

Vi mener at prinsippene om helsemaksimering og prioritering av de dårligst stilte er sentrale for å sikre gode og rettferdige prioriteringer. Med de riktige prioriteringene kan Norge bidra til en bedre og mer rettferdig global helsepolitikk som kan forhindre et stort antall fremtidige dødsfall. En styrking av nasjonale helsesystemer vil både øke søkelyset på å bekjempe sykdommene ansvarlig for store deler av sykdomsbyrden, og kunne gi et sterkere vern mot fremtidige epidemier.

Eirik Joakim Tranvåg (f. 1984)

er lege og jobber i forskningsgruppen Globale helseprioriteringer ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kristine Husøy Onarheim (f. 1987)

er lege og ph.d.-student i forskningsgruppen Globale helseprioriteringer ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- 2014 Ebola Outbreak in West Africa – Case Counts. <http://cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/2014-west-africa/case-counts.html> [18.9. 2015].
- Forskning.no. 31.7. 2015. Ny vaksine kan gi fullstendig beskyttelse mot ebola. <http://forskning.no/bakterier-medisin-vaksiner/2015/07/ny-vaksine-kan-gi-fullstendig-beskyttelse-mot-ebola> [13.8. 2015].

- United Nations Development Report. Human Development Report 2014. Sustaining human progress: Reducing vulnerabilities and building resilience. New York, 2014. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf> [16.10. 2015].
- World Bank Open Data. <http://data.worldbank.org/> [18.9. 2015].
- Murray CJL, Ortobland KF, Guinovart C et al. Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384: 1005–70.
- GBD compare. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> [1.6. 2015].
- Walker PG, White MT, Griffin JT et al. Malaria morbidity and mortality in Ebola-affected countries caused by decreased health-care capacity, and the potential effect of mitigation strategies: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2015; 15: 825–32.
- Singer P. The ethics of fighting ebola. <http://project-syndicate.org/commentary/ebola-vaccines-treatments-by-peter-singer-2014-11> [6.5. 2015].
- Frenk J, Gómez-Dantés O, Moon S. From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *Lancet* 2014; 383: 94–7.
- Regjeringen.no. 26.9. 2014. Norge aktivt inn i arbeid med global helsesikkerhet. <https://regjeringen.no/nb/aktuelt/Norge-aktivt-inn-i-arbeid-med-global-helsesikkerhet/id2001895/> [12.5. 2015].
- WHO. 2015. Fact sheets: Ebola virus disease. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/> [4.5. 2015].
- Meltzer MI, Atkins CY, Santibanez S et al. Estimating the future number of cases in the Ebola epidemic–Liberia and Sierra Leone, 2014–2015. *MMWR Surveill Summ* 2014; 63 (suppl 3): 1–14.
- Bah EI, Lamah M-C, Fletcher T et al. Clinical presentation of patients with Ebola virus disease in Conakry, Guinea. *N Engl J Med* 2015; 372: 40–7.
- Google søkerender: ebola. www.google.no/trends/explore#q=ebola&date=1%2F2013%2032m&cmpt=q&tz=Etc%2FGMT-2 [13.8. 2015].
- Fossen CH, Sæther AS. Frykter 1,4 millioner ebola-syke i januar. *Verdens Gang* 13.10. 2014. <http://vg.no/nyheter/utenriks/ebola/frykter-1-4-millioner-ebola-syke-i-januar/a/23314585/> [16.10. 2015].
- Sachs J, Malaney P. The economic and social burden of malaria. *Nature* 2002; 415: 680–5.
- Bolle TA, Røst E. Ebolakrisen kan endre norsk helsebistand. *Bistandsaktuelt* 10.11. 2014. <http://bistandsaktuelt.no/nyheter/2014/ebolakrisen-kan-endre-norsk-helsebistand/> [16.10. 2015].
- Kieny M-P, Evans DB, Schmets G et al. Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bull World Health Organ* 2014; 92: 850.
- Sridhar D, Batniji R. Misfinancing global health: a case for transparency in disbursements and decision making. *Lancet* 2008; 372: 1185–91.
- Ottersen T. Greater benefits and the worse off: specifying and balancing priority-setting principles in health – PhD dissertation. Universitetet i Bergen 2013.
- Ord T. The moral imperative toward cost-effectiveness in global health. Center for Global Development, 2013. <http://cgdev.org/publication/moral-imperative-toward-cost-effectiveness-global-health> [16.10. 2015].
- Eisele TP, Larsen D, Steketee RW. Protective efficacy of interventions for preventing malaria mortality in children in Plasmodium falciparum endemic areas. *Int J Epidemiol* 2010; 39 (suppl 1): i88–101.

Mottatt 16.6. 2015, første revisjon innsendt 24.8. 2015, godkjent 14.10. 2015. Redaktør: Kari Tveit.