


# Stora utmaningar för det internationella biståndsarbetet

Trots politisk vilja och mer pengar är världens ödesfrågor olösta

 Under WHO:s ledarskap har det politiska intresset för hälsofrågor ökat påtagligt. Bland världens ledare finns en större medvetenhet om hälsans betydelse för både ekonomisk utveckling och minskad fattigdom. Pengar finns och nya initiativ har tagits. Framstegen till trots finns många svårlösta problem – det största aidsepidemin och det svåraste personalfrågan.

VINJETT: HELENA LUNDING

**ANDERS NORDSTRÖM**  
MD, bitr generaldirektör, General Management, WHO, Genève, chef för Sidas hälsoenhet 1999–2003 och under första halvåret 2002 tillförordnad chef för Globala Fonden (nordstroma@who.int)

■ Möjligheterna att skapa förutsättningar för och bidra till bättre hälsa för världens fattigaste länder har påtagligt förändrats under de senaste fem åren. Det finns idag en större politisk medvetenhet om hälsans betydelse både för ekonomisk utveckling och för minskad fattigdom. Nya initiativ har tagits och mer pengar finns tillgängliga. Många utmaningar återstår dock innan dessa nya förutsättningar och möjligheter resulterar i förbättrad hälsa för de enskilda människorna i världens fattigaste länder.

## Påtaglig polarisering

Hälsoläget i världen har påtagligt polariserats mellan fattiga och rika och mellan friska och sjuka. HIV/aidsepidemin har bidragit till detta och kommer att få än mer ödesdigra konsekvenser. Redan nu har medellivslängden i de värst drabbade länderna sjunkit till under 40 år – att jämföra med Sverige, där vi nu passerat 80 år! Det är ett gap som bara växer och som är ganska ofattbart. Föds man i Sverige kan man förvänta sig att leva dubbelt så länge som om man föds i Malawi eller Zambia.

Afrika intar tyvärr en särställning. I andra regioner finns det möjlighet att nå de av FN uppsatta millenniemålen, men så är sannolikt inte fallet i de afrikanska länderna söder om Sahara. Orsakerna till detta är bl a HIV/aids – men inte enbart. HIV/aidsepidemin drabbade den afrikanska kontinenten i ett läge där de politiska, ekonomiska och sociala systemen var mycket svaga och bräckliga.

Med hjälp av Karolinska institutet

och World Health Chart genomförde Sida en analys av hälsoutvecklingen i världen de senaste tio åren. Figuren (se Läkartidningen 2004;101:199) beskriver läget idag mätt i medellivslängd och utvecklingen under de senaste tio åren mätt som förändrad medellivslängd. Detta är givetvis grova mått men ger en intressant bild. I många länder, såväl fattiga som rika, har det faktiskt blivit bättre, och medellivslängden har ökat. Men i två grupper av länder har det blivit påtagligt sämre. Den första gruppen är länderna söder om Sahara som drabbats av HIV/aids, och den gruppen är distinkt skild från låginkomstländer som inte är lika hårt drabbade (där HIV/aidssituationen har blivit bättre). Den andra gruppen är de forna sovjetrepublikerna, där likaså medellivslängden har sjunkit, framför allt som en följd av att de offentliga hälso- och sjukvårdssystemen har kollapsat.

Slutsatsen är att vi inte på ett enkelt sätt kan dela in världens länder i fattiga och rika och friska och sjuka utan måste

*Afrika intar tyvärr en särställning. I andra regioner finns det möjlighet att nå de av FN uppsatta millenniemålen, men så är sannolikt inte fallet i de afrikanska länderna söder om Sahara.*

## Global hälsa

Gästredaktör för serien Global hälsa: Staffan Bergström  
Se också artiklar i nr 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 och 10 2004.

utforma analyser, strategier och insatser utifrån den individuella och land-specifika situationen.

## Politikerna har vaknat

Under WHO:s ledarskap har det politiska intresset för hälsofrågorna påtagligt ökat. WHO har lyckats att få inte bara hälsoministrar utan också finans- och utvecklingsministrar att intressera sig för hälsans betydelse för ländernas utveckling.

Som Stig Wall belyste i en artikel i Läkartidningen 2002 tillsatte WHO en kommission om makroekonomi och hälsa under ledning av Harvardekonomen Jeffery Sachs, som presenterade sin rapport i december 2001 [1, 2]. Makroekonomiska kommissionen visade exempelvis att investeringar i förbättrad hälsa leder till:

- Ökad produktivitet (friska människor arbetar och producerar mer och bättre och är mer sällan sjukskrivna, vilket bl a leder till större möjligheter till investeringar).
- Ökat sparande (ju längre man lever, desto mer sparar man, särskilt om man vet att man sannolikt kommer att leva även som pensionär).
- Större effekt av utbildning (friska och välnärda barn tillgodosör sig undervisning på ett bättre sätt).
- Demografiska förändringar (sannolikt har den demografiska strukturen med en relativt stor ung produktiv befolkning varit en av orsakerna till den ekonomiska utvecklingen i Asien).

Vid G8-ländernas årliga möte år 2000 i Okinawa diskuterades på allvar HIV/aids och hälsofrågornas betydelse, och man bestämde sig för att avsätta resurser för HIV/aids, tuberkulos och malaria. Under hösten 2000 följde en process inom EU med liknande fokus, och i april 2001 gjorde FNs generalsekreterare Kofi Annan ett kraftfullt uttalande i Abidjan om behovet av 7–10 miljarder dollar för att möta HIV/aidsepidein.

Inför det särskilda mötet (UNGASS) kring HIV/aids i FNs generalförsamling i juni 2001 och G8-ländernas möte i juli samma år i Genua beslöts om inrättandet av en ny fond, »The global fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria«.

### Fokus på pengar och sjukdomar

Det är värt att notera att den beskrivna processen har lett till att två mycket distinkta perspektiv har förstärkts: Problemen går att lösa med mer pengar och ett mycket tydligt sjukdomsfokus.

Detta är inte en helt positiv utveckling men sannolikt priset vi får betala för att få det politiska stödet. Att i mer komplexa termer tala om hälsa och inte primärt om sjukdomar och att man måste satsa på mer effektiva hälsosystem går tyvärr inte hem i förenklade budskap.

I början av 2002 startade den globala fonden sin verksamhet. Syftet är få fram nya ekonomiska resurser för att kunna bidra till att minska ohälsan i världen med särskild uppmärksamhet på de tre hälsoproblemen HIV/aids, tuberkulos och malaria. För närvarande finns närmare 30 miljarder kronor utlovade till fonden. Sverige kommer totalt att bidra med 600 miljoner kr under en treårsperiod. Sverige har också deltagit mycket aktivt i utformandet av fonden.

Fonden är intressant dels för att den innebär att det tillförs stora ekonomiska resurser för hälsoinsatser, vilket öppnar en marknad för nya läkemedel och andra produkter, dels för att den är en helt ny typ av organisation. Fonden är en schweizisk stiftelse med FN-organ, enskilda organisationer, privat näringsliv och regeringar från norr och söder runt samma styrelsebord.

Detta initiativ, som är ett viktigt komplement till FN-systemet och det bilaterala biståndet, är tillsammans med GAVI (Global Alliance for Vaccine and Immunization) ett uttryckligt bevis för att det går att få fram mer pengar. Och det behövs mer pengar!

### Komplext samband

Men hälsa är inte bara en fråga om pengar. Sambanden mellan förbättrad hälsa och minskad fattigdom är komplexa – och ömsesidiga. Det är de fattigaste människorna som drabbas hårdast vid



»Health is Wealth«, Sidas nya policy från år 2002, anger färdriktningen för svenskt hälsorelaterat biståndsarbete. Policyn innehåller nya prioriteringar men är också i grunden en fortsättning av tidigare arbete.



»Little drops of taxes make a mighty nation«, grunden för Sidas biståndsarbete.

sjukdom. Det är de som har minst marginaler och sämst skyddsnet. Trygghet och säkerhet är viktiga dimensioner av fattigdomsproblematiken. Sjukförsäkringar finns än så länge endast i mycket liten utsträckning för de fattigaste grupperna. Fattigdom och ohälsa handlar också om makt och kontroll: att ha möjlighet att påverka och ta ansvar för sin egen situation och att kunna planera för framtiden. Att minska fattiga människors utsatthet för ohälsa och konsekvenserna vid sjukdom och ohälsa är centralt för Sveriges biståndsorgan Sida och för alla program som syftar till minskad fattigdom.

### Nya perspektiv för biståndet

Att bidra till att skapa förutsättningar för minskad fattigdom är centralt för Sida. I det arbetet är det hälsorelaterade bi-

ståndet viktigt och har påtagligt ökat sedan 1999. Under 2002 såg vi dock en viss stagnation. När biståndet under 2004 och framöver ökar är det av stor vikt att prioritera hälsorelaterade insatser.

Sida presenterade hösten 2002 en ny policy för hälsa och utveckling, »Health is Wealth« [3]. Policyn anger färdriktningen för svenskt hälsorelaterat biståndssamarbete och innehåller flera nya prioriteringar för svenskt utvecklings-samarbete men är samtidigt i grunden en fortsättning av tidigare arbete. Det första som är nytt är att människors hälsa placeras som en mer central utvecklingsfråga. Att vara frisk eller sjuk är en fråga om möjlighet till arbete och utbildning eller ett liv i fattigdom och ekonomisk misär. Tillgång till grundläggande hälso- och sjukvård är en mänsklig rättighet.

Utgångspunkten för förbättrad hälsa och för svenskt bistånd är en bred analys av den nationella hälsosituationen och orsakerna till ohälsa. Vikt läggs vid att den nationella hälsopolitiken tydligt kan visa hur man avser att minska skillnaderna i ohälsa mellan fattiga och mindre fattiga grupper i samhället, vilket sker genom att man säkerställer rättvis tillgång till hälso- och sjukvård och särskilt prioriterar de fattigaste gruppernas speciella hälsoproblem. Vidare tydliggörs vikten av ett folkhälsoperspektiv och det förebyggande hälsofrämjande arbetet.

Det andra som är nytt är att policyn står på två jämbördiga pelare – folkhälsa och hälsodeterminanter respektive hälso-service och hälsosystemutveckling. Detta kommer att vara vägledande för vart Sida de facto riktar de biståndsresurser som finns tillgängliga.

Orsakerna till ohälsa står ofta att hitta utanför hälsosektorn, i luftföroreningar, trafikolyckor, smutsigt vatten, matintag, livsstilsfrågor, bristande jämställdhet och låg utbildning. Svenska folkhälso-kommitténs rapport utgör en viktig utgångspunkt för Sidas arbete [4]. Sida kommer att satsa mer resurser på att utveckla både riktade folkhälsoinsatser och mer tvärsektorielt arbete. Hälsosektorns roll som förespråkare för hälsa kommer också att betonas.

Fattiga människors tillgång till grundläggande hälso- och sjukdomsservice är också en viktig del i Sidas arbete. Det handlar om kostnader, tillgänglighet och kvalitet. Inom hälsosektorn är det väsentligt att göra så rimliga prioriteringar som är möjligt i länder med mycket begränsade resurser. Med utgångspunkt i behov/sjukdomsburda (burden of disease) arbetar man fram ett paket av bassjukvård (basic package of health



Sidas modell för biståndsarbete, som vilar på två jämbördiga pelare.

care), där såväl kostnadseffektivitet som andra aspekter vägs in.

Innehållet i detta baspaket varierar givetvis från land till land men kan innehålla barnhälsovård (inklusive vaccinationer), mödra- och förlossningsvård, prevention och behandling av HIV/aids, malaria och tuberkulos, behandling av vissa kroniska sjukdomar (t ex diabetes), hälsouppläsning (rökning, alkohol, arbetsmiljö) m m. Sida prioriterar stöd till sektorövergripande program med fokus på integrerad distriktshälsövård.

Utöver de två grundläggande pelarna kommer Sida särskilt att uppmärksamma följande fem områden som handlar om opinionsbildning och metodutveckling snarare än om investeringar i större projekt.

**Miljö och hälsa.** Förändringar i miljön påverkar människors hälsa direkt och indirekt [5]. Sida kommer att uppmärks-

samma samband mellan hälsa och trafik, vatten och sanitet, arbete och miljö samt klimat, jordbruk och fiske. Studier från bl a Kina visar att »in-door air pollution» orsakade av bristfälliga spisar påtagligt påverkar i första hand kvinnors och barns hälsa.

**Livsstil och ungdomar.** Mycket tidigt i livet sker livsstilsval som påverkas av det samhälle och den kultur man lever i. Dessa val påverkar i hög grad människors hälsa. Sida kommer att arbeta på ett integrerat sätt med livsstilsfrågor, inkluderande rökning, narkotika och missbruksfrågor, sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter samt frågor kring mat och kostvanor. Sida kommer att göra detta med ungdomar i fokus och med utgångspunkten att förebygga ohälsa och stödja positiva uppväxtmiljöer.

**Mödraöverlevnad.** När vi ser på mödradödligheten i världen har inga framsteg skett de senaste 10–15 åren, utan snarare har situationen förvärrats – detta trots att vi mycket väl vet vad som kan och bör göras. Sida kommer att fortsätta att arbeta internationellt för kvinnors rätt till säkra aborter och förbättrad förlossningsvård samt lyfta fram barnmorskans strategiska roll.

**Ledarskap och styrning.** Utan politisk vilja och politiskt stöd sker inga framsteg eller förändringar inom hälsosektorn. Sida kommer att lägga större vikt vid att analysera och påverka de politiska förutsättningarna för att genomföra reformer och hälsoprogram. Statens roll vad gäller reglering och kvalitetssäkring blir allt viktigare med den stora privata

sektor som finns i många samarbetsländer. Utvecklingsarbete och forskning behövs kring den privata sektorns roll och dess förutsättningar för att faktiskt kunna bidra till förbättrad hälsa, även för de fattigare delarna av ett lands befolkning.

**Globala nyttigheter.** »Global public goods« är ett nytt begrepp och innebär nyttigheter som är tillgängliga för alla och som lämpligast finansieras med offentliga medel. I en vid tolkning kan man hävda att hälsa är en global nyttinghet i sig. Med en snävare tolkning kan man lyfta fram utvecklingen av nya läkemedel eller vacciner med världens låginkomstländer som målgrupp. Här finns inte en tillräckligt stark marknad för att läkemedelsindustrin självmant ska investera i forskning och utveckling, utan offentliga investeringar krävs. Sida kommer på olika sätt att arbeta med nya globala nyttigheter i form av forskning och normativ kunskap, IT och information samt skapa förutsättningar för utveckling av nya läkemedel.

## Sveriges uppgift

För att Sverige ska kunna bidra till att skapa förutsättningar för förbättrad hälsa krävs samverkan mellan olika aktörer. Sida ser sin roll som ett slags »mäklare«. Sida kan förmedla kontakter och information om behov av kunskap och idéer och intresse för samarbete från länder i syd eller från regionala och globala organisationer.

Sida stöder idag en lång rad av institutionssamarbeten såväl på forsknings- sidan som vad gäller utbildning och organisationsutveckling. Några exempel är socialmedicin (Malmö–Uganda), läkemedelsfrågor (Karolinska institutet–Laos), hälsoekonomi (IHE/Lund–Zambia) och pedagogisk utveckling (Linköping–Kenya).

För några år sedan beslöt Sida att etablera två särskilda mekanismer för tekniskt samarbete med WHO och Världsbanken. Med Världsbanken har vi en s k Trust Fund som finansierar policy och metodutveckling inom områden som to-

*Utan politisk vilja och politiskt stöd sker inga framsteg eller förändringar inom hälsosektorn.*

## Fakta

### Sjukdomsburda/ »burden of disease«

DALY (disability adjusted life years) är ett standardiserat sätt att presentera data som möjliggör jämförelser mellan olika sjukdomsgrupper.

En DALY = ett friskt levnadsår som gått förlorat på grund av sjukdom.

Sjukdomsburda = förlorade funktionsnedsatta levnadsår mätt som DALY.

baksk kontroll, förlösningsfrågor och miljöproblem och som involverar svensk expertis. Med WHO skapade vi en särskild fond för att möjliggöra för WHO att upphandla svenska experter och konsulter. Under fondens första period genomfördes 52 korta eller medellånga uppdrag. Fonden har påtagligt ökat WHO:s exponering för svenskt kunskande och svenska erfarenheter.

På Sida finns idag en särskild arbetsgrupp som arbetar med resursbasutvecklingsfrågor. Den försöker bli en öka antalet svenska biträdande experter vid såväl FN-organ som inom det bilaterala biståndet. Dialog med svenska aktörer och förslag efterfrågas!

### Ödesfrågorna

Även om vissa framsteg har gjorts vad gäller den globala hälsoutvecklingen står vi idag inför ett antal stora utmaningar och ödesfrågor.

Det utan tvekan största hotet utgörs av HIV/aidsepidemin. I Afrika drabbar den en region som redan är långt efter vad gäller social och ekonomisk utveckling. I Asien riskerar epidemin att växa lavinartat. Erfarenheter visar att beteende- och attitydförändringar är möjliga, vilket är en förutsättning för att epidemin ska hejdas. Tillgång till antiviral behandling börjar bli en möjlighet, även för världens fattigaste länder. Det är dock väsentligt att även fortsatt prioritera det förebyggande arbetet och att politiska ledare går i bräschen för att öppet kunna tala om frågor som rör sexualitet och relationer.

Även om vissa positiva steg har tagits vad gäller nya ekonomiska resurser är det långt ifrån tillräckligt. I många mellaninkomstländer handlar det om att regeringarna själva måste prioritera hälsofrågorna högre i statsbudgeten och utveckla olika former av finansieringssystem. I låginkomstländerna kommer dock biståndet att fortsätta att spela en viktig roll. Enligt makroekonomiska kommissionen behövs år 2007 ca 27 miljarder dollar för att nå FN:s millenniemål. Idag lägger världen 5–7 miljarder dollar av biståndsmedel på hälsoinsatser. Den nya globala fonden strävar efter att inom en treårsperiod kunna bidra med 3 miljarder dollar per år. Även om samarbetsländerna själva måste öka sina allokeringar är gapet och behoven fortfarande mycket stora.

Förutom pengar behövs fortsatt utveckling av nya läkemedel, vacciner och andra produkter. Detta kräver samarbete mellan den privata och offentliga sektorn. Läkemedelsindustrin prioriterar inte att utveckla produkter som har länderna i syd som målgrupp; för detta krävs offentliga investeringar. Formerna

för samarbetet mellan privat och offentligt behöver utvecklas.

### Den svåraste frågan – personal

Den svåraste men viktigaste frågan handlar dock inte om pengar eller läkemedelspriser utan om motiverad och rätt utbildad personal i vården.

Sida stod 23–24 januari 2003 värd för ett internationellt möte, »human resources and sustainable capacity building for health and development«. Ett 20-tal experter från hela världen samlades och diskuterade frågor kring motivation och löner, produktion av hälsoarbetare, samarbetet mellan hälsosektorn och utbildningssektorn och hur man bättre kan samordna grundutbildning med fortbildning, krav på reformering av den offentliga sektorn i stort och vad det innebär för hälsosektorn, budgettak för statens utgifter och kopplingar till lönebudgetar, global och regional migration av hälsoarbetare och, slutligen, biståndets roll och strategier för kapacitetsutveckling.

Mötet resulterade i en rapport som

identifierar vilken ytterligare kunskap och forskning som behövs, hur vi strategiskt kan nå beslutsfattare och vad vi kan och måste göra nu!

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Wall S. Har vi råd att inte satsa på de fattiga ländernas hälsa? *Läkartidningen* 2002;99: 4246-9.
2. Sachs J. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Genève: WHO; 2001.
3. Health is wealth. Sida; 2002. [www.sida.se](http://www.sida.se)
4. Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan. Nationella folkhälsokommittén, Socialdepartementet. SOU 2002:91.
5. Kjellén M. Health and environment. Sida, Issue Paper, Health Division Document 2001:2.



= artikeln är referentgranskad