

# Världens satsning på global hälsa blev mycket ord och lite handling



LARS WERKÖ, professor emeritus, Stockholm

engstrom@sbu.se

Läkartidningens serie om global hälsa aktualiserade flera problem som är förenade med hälsotillståndet i världen med exempel på hälsoläget i utvecklingsländerna [1]. Några artiklar blickade framåt med förslag om åtgärder för att förbättra den globala hälsan. Förhoppningen om att serien skulle skapa debatt i LT har inte infriats. Hur organisatoriska problem lösts i Uganda har skildrats i en aktuell avhandling [2]. Uganda har dock senare fått en mindre smickrande uppmärksamhet på grund av korruption och diktatoriska tendenser [3, 4].

Trots alla problem som de flesta industriländer har på hemmaplan rörande ekonomi och hälso- och sjukvård har många politiska ledare ställt upp under år 2005 och betonat vikten av att något görs åt fattigdomen och hälsan i världens fattigaste länder. Toppmöten av olika slag har gett presidenter och premiärministrar möjlighet att föreslå åtgärder för att förbättra tillståndet i dessa länder, både i fråga om ekonomi och i fråga om hälso- och sjukvård.

## Statsöverhuvuden ställde upp och delmål definierades

Viktig var »Millennium Summit«, där 147 statsöverhuvuden kom överens om ett »Millennium Development Project« som skulle ta hand om den extrema fattigdom som förekommer på många håll i världen och särskilt de följder som denna fattigdom har för befolkningens hälsa och välbefinnande [5]. Många regeringar lovade att öka stödet till fattiga länder och i synnerhet förbättra deras sjukvård. Flera delmål (Millennium Development Goals) definierades, och man angav en tidpunkt då dessa skulle vara uppnådda, i allmänhet år 2015. Flera rapporter lades fram, vilket Lancet kommenterat på ledarplats [5-7].

Tio arbetsgrupper (task forces) utsågs [8] att följa utvecklingen i världen mot de åtta millenniemålen:

- Halvera den extrema fattigdomen och hungern i förhållande till läget 1990.
- Åstadkomma obligatorisk skolgång.
- Stöda jämställdhet och kvinnors inflytande.
- Minska barnadödligheten i förhållande till 1990 med två tredjedelar.
- Förbättra mödrars hälsa och minska mödradödligheten i förhållande till 1990 med tre fjärdedelar.
- Förebygga spridning av HIV/aids, malaria och andra sjukdomar.

- Säkra omgivningsmiljön.
- Utveckla globalt partnerskap för utveckling.

I en översikt av hela millennieprojektet [8] konstaterar Sachs och McArthur att man inte kommit långt i uppfyllandet av de uppställda målen på de fem år som gått men anser att de ändå skulle kunna nås år 2015. Detta förutsätter att såväl rika som fattiga länders regeringar tar uppgiften på största allvar och uppfyller de utfästelser som man gjort.

Sachs och McArthur konstaterar att flertalet länder inte uppfyllt vad de år 2000 i en »Monterey Consensus« åtog sig att bidra med. Beräknat på hela världen skulle åtagandet om 0,7 procent av ländernas BNP ge ungefär 200 miljarder dollar per år. Av dessa har endast ca 70 miljarder kommit in. Sachs och McArthur är dock optimistiska och tror att medel skall bli tillgängliga och möjliggöra de åtgärder som behövs för att nå målen:

»För att nå uppsatta millenniemål måste år 2005 innebära en ordentlig ökning i arbetet. Glädjande nog har två av världens ledare, Storbritanniens Tony Blair och Frankrikes Jacques Chirac, gjort detta utgående från en genomtänkt plan som Gordon Brown, brittisk finansminister, utarbetat. De har åtagit sig att göra 2005 till ett genombrottsår, med början vid det G8-möte som Storbritannien skall vara värd för i Skottland i juli. President Chirac har uppdragit åt Jean-Pierre Landau att rapportera om de finansiella mekanismerna för utveckling, och premiärminister Blair har utsett en särskild kommission för Afrika som skall åstadkomma en rapport under våren 2005« [8].

De slutar med några varningens ord: »Om vi inte sätter i gång nu kommer världen att leva utan mål för utveckling, och det kommer att bli en mycket lång väg till nästa millenniemöte år 3000.« Dessa varningar blev aktuella redan då G8-mötet inte fullföljde förhoppningarna [6].

## Nedslående att så lite hänt

De fastställda delmålen har mottagits positivt. När nu en tredjedel av den tillmätta tid som avsatts för att nå målen har gått är det nedslående att inte mera har hänt. De länder som med stor entusiasm var beredda att hjälpa sina fattiga bröder har bara delvis uppfyllt sina löften. De ansvariga för projekten har därmed haft otillräckliga budgetar.

Två andra erfarenheter har verkat i samma riktning. Den ena är att länder med hjälpbehov har för dåliga egna resurser – och

## SAMMANFATTAT

**Vid ett särskilt möte** år 2000 definierades åtta mål för den globala hälsan som skulle vara uppnådda år 2015 och arbetsgrupper tillsattes. **När fem år gått** har inte mycket hänt, ändå tror många att det skulle vara möjligt att nå målen 2015, förutsatt att aktiviteten ökar. **Under år 2005** betonade många politiska ledare vikten av hjälp till fattiga länder. **Mindre än hälften** av vad som utlovats i ekonomiskt stöd har levererats. **Ett samarbete** som etablerats mellan privata och offentliga

finansiärer kan öka de ekonomiska resurserna. **Betoningen av HIV**, malaria och tuberkulos bortser från de stora behov som finns dels generellt, dels för andra sjukdomar, olycksfall och våld, vilka har mindre »reklamvärde«. **De fattiga länderna** måste själva planera och bygga upp infrastruktur och sjukvård för att kunna ta emot den hjälp som nu står till förfogande. **Problemet att utbildad** arbetskraft inom sjukvården fortfarande emigrerar från de fattiga länderna till de rika är inte löst.

kanske bristande politisk vilja – för nödvändiga lokala ansträngningar. Det måste finnas en någotsånär fungerande hälso- och sjukvårdsorganisation för att kunna ta hand om den hjälp som erbjuds. I allmänhet har organisationen varit bristfällig, och utbildad hälso- och sjukvårdspersonal har saknats. En organisation för hälso- och sjukvård måste byggas upp för att ta över ansvaret från de hjälporganisationer som påbörjat kampen mot sjukdom – det må handla om vaccinationer, antibiotikabehandling eller förebyggande åtgärder. Bristen på utbildad personal har varit svår att kompensera, då många rika länder importerat den personal som utbildats, i direkt strid mot sina åtaganden. Denna fråga handläggs av andra instanser i både givar- och mottagarländerna.

Den andra negativa erfarenheten är att vid satsning inom en del av hälso- och sjukvården i länder med begränsade resurser kommer andra insatser, eller insatser mot andra sjukdomar, att bli lidande. För att nå framgång borde därför den första åtgärden vara att hjälpa respektive land att bygga upp en infrastruktur, framför allt för hälso- och sjukvård men även generellt för landet i dess helhet. Detta är inte ett lika väldefinierat mål som en koncentrerad insats mot HIV, malaria eller tuberkulos och blir lätt eftersatt. Den lokala administrationen är inte heller lika intresserad av generella åtgärder som av att kunna peka på någon konkret insats – som de angivna millenniemålen.

## Konkurrens mellan delmålen

Det kan tyckas rationellt med denna uppdelning i delmål med uppdrag till olika grupper. Konkurrens om resurser mellan dessa olika starka grupper gör dock att de starkaste tar resurser från andra. Hela tiden tillkommer också ytterligare intressenter. Specialintressen kan medföra att vad som är viktigast – att generellt förstärka förutsättningarna för hälso- och sjukvården – inte får nödvändig uppmärksamhet. Ideella organisationer har lättare att satsa på en specifik uppgift än att stödja uppbyggnad av infrastruktur. De lokala regeringarna får ett ansvar som de kan ha svårt att uppfylla utan hjälp utifrån.

Satsningen på global hälsa har emellertid förbättrats på sista tiden genom samarbete mellan privata och offentliga finansierare [9]. Det finns nu mer pengar för detta ändamål än någonsin tidigare, vilket dock inte löst alla problem. Lokalt kan länderna ha svårt att ta hand om hjälpen, delvis beroende på att många olika organisationer arbetar i marknivån i varje land utan samordning [9].

USAs »renlevnadskrav« för hjälpen möter också motstånd. USA-kongressens anslag på 15 miljarder dollar är det största, men kopplat till en speciell filosofi [3, 4]. Den bisarra situationen belyses också av att två länder har fått bidrag stoppade på grund av korruption – Ukraina och Uganda [9].

## Svalt intresse för annat än malaria, tuberkulos och HIV

Såväl ideella fonder som stater satsar villigt på vaccin, malaria, tuberkulos och HIV, både i fråga om forskning och i fråga om vård. Man talar nu om allmänt–privat partnerskap (public-private partnerships, PPP) som har kommit i gång ledda av Rockefeller Foundation och Bill Gates Foundation. Omkring 75 procent av medel avsedda för annars bortglömda sjukdomar kommer från PPP, som det numera finns hundratals av

.....  
**»Det finns uppgifter om att sjukvårdspersonal som fattiga länder utbildar snart befinner sig i den rika världen i stället för att arbeta i sitt hemland. Detta är ett allvarligt problem som måste lösas.«**

[9]. Mindre uppmärksamhet får andra smittsamma sjukdomar som har stor betydelse för hälsotillståndet. Mary Moran vid London School of Economics and Political Science leder ett forskningsprojekt inriktat på annars negligerade sjukdomar. Även om detta innebär ett uppsving för denna forskning är dess omfattning begränsad. Det förefaller också som om tillgången på kvalificerade forskare inte svarar mot områdets vikt. Det förekommer ett visst samarbete mellan ideella fonder och industri, men ca 80 procent av stödet kommer från fonder. Företagen räknar knappast med att göra någon affär inom detta område och ser nog bidragen som ett försök att förbättra sitt skamfilade rykte i detta sammanhang. Mary Moran räknar med att det finns 63 pågående projekt, varav 23 avser medicin för malaria, WHO står för 6, lika många drivs av turberkulosalliansen och 16 drivs av internationella företag [9].

En annan forskare som är intresserad av problemet, Peter Hotez vid George Washington University i Washington, DC, anser att malaria, tuberkulos och HIV fortfarande får oproportionerlig uppmärksamhet och anger en rad mer eller mindre glömda – eller bortrationaliserade – sjukdomar: hakmask, schistosomiasis, lepra, och tio andra tropiska sjukdomar. Tillsammans betyder dessa lika mycket för befolkningarna i tredje världen som de populära tre. För en del av dessa finns det redan effektiva medel, men det svåla intresset gör att de inte utnyttjas till fullo. Det skulle inte behövas mer än 40 cent per person om året för att ta hand om det hälsoproblem som dessa sjukdomar utgör.

## Trafikskador, våld och vanliga sjukdomar glöms bort

Infektionssjukdomar står högst på dagordningen. Däremot är intresset mindre för den farsot som trafikskador och följer av organiserat eller oorganiserat våld utgör. WHO:s experter har tidigare beräknat att trafikskador i framtiden kommer att vara bland de tre–fyra vanligaste orsakerna till död och invaliditet. Fokuseringen på infektioner medför bristande insikt om att »vanlig« hälso- och sjukvård, och inte minst hygien, behöver förbättras för att kunna ta hand om så banala tillstånd som brännskador, frakturer, bräck och andra vanliga sjukdomar.

Sjukvården i de fattiga länderna måste planeras mer heltäckande, inte bara för att kunna utnyttja de resurser som i ökande omfattning ställs till förfogande för specifika projekt utan också för att hälsovårdsministerierna behöver stöd för detta. Stöd och uppföljande kontroll behövs även för att tillse att resurserna utnyttjas för sjukvård, inte för att förbättra ministrars och deras medarbetares privata ekonomi.

## Halverad barnadödlighet faller mellan stolarna

Idén med satsningar mot bestämda mål har fått många anhängare. Världens alla barnläkare är inställda på att halvera barnadödligheten till år 2015, det fjärde av delmålen. Många insatser har föreslagits eller gjorts för att nå detta mål, men framgångarna har hittills varit begränsade. Målväst och medarbetare [13] tar upp det fjärde delmålet och visar att framgångar framför allt förekommit i den utvecklade delen av världen samt i Asiens eller Sydamerikas u-länder, medan utvecklingen i Afrika är negativ. Staffan Bergström påpekar att problemet har en teknisk, orsaksinriktad och en politisk, resursinriktad aspekt och diskuterar den tekniska [14].

Det är lätt att bortse från vad som händer i förlängningen med de barn som räddas till livet, vilket utgör en viktig fråga i det politiska ställningstagandet. Den uppenbara konkurrensen mellan de olika delmålen gäller även tidig barnadödlighet. Satsningarna på olika delmål måste angripas samtidigt, måste gå i takt. Det är föga mening att rädda nyfödda för att de senare skall dö i svält eller malaria. Krav på mer forskning, som Målväst och medarbetare betonar, är något som samtliga grupper förordar –

det finns inga forskare som inte framför detta behov när de får en chans. I samband med PPP finns det de som ifrågasätter att så mycket medel sätts av för forskning när behovet av vård är så stort och vi vet vad som behöver göras. I det fallet är det inte forskare – åtminstone inte direkt – som betonat forskningsbehovet utan Bill Gates själv [9]. Han vill använda de medel han donerat för att på ett nytt sätt definiera de problem som måste lösas för att förbättra den globala folkhälsan.

Millenniekonceptet verkar så tilltalande att forskare som är intresserade av andra tillstånd än de som definierats i millenniemålen klagat över att deras intresseområden inte blivit tillgodosedda. En inflytelserik grupp vid WHO anser att samtliga kroniska sjukdomstillstånd bör införlivas med dem som fått ett definierat mål inom en 15-årsperiod. Störst betoning skulle läggas på de fattiga länderna, eftersom man räknar med att två tredjedelar av alla dödsfall i dessa tillstånd ligger där [10-12].

### Utan vägar, vatten och avlopp ...

Man tycks inte ha upptäckt – inte ens i WHO – svårigheterna att få i gång redan tidigare förslag. Uppbyggnad av fungerande infrastruktur i fattiga länder måste vara det allt överskuggande kravet för att det skall bli möjligt med några specifika insatser över huvud taget. Att sätta upp ett stort antal mål för en bristfäll-

ig hälso- och sjukvård leder bara till att målen inte kommer att nås. Endast få av grupperna visar några framsteg. Särskilt viktigt är vad flera framhåller: Det behövs visserligen ekonomiskt stöd från de rika länderna, men de fattiga länderna måste själva arbeta med sin infrastruktur. De behöver en intakt administration, kommunikationer och adekvata sanitära förhållanden så att de är i skick att ta emot ekonomiskt stöd för sin hälso- och sjukvård. Finns det inte vägar, vatten och avlopp är det tveksamt om man kan genomföra stora vaccinations- eller behandlingsprogram.

Det är anmärkningsvärt att frågan om tillgång till utbildad personal får så liten uppmärksamhet. Få nämner behov av »professionals« [15, 16]. Det finns uppgifter om att sjukvårdspersonal som fattiga länder utbildar snart befinner sig i den rika världen i stället för att arbeta i sitt hemland. Detta är ett allvarligt problem som måste lösas [16].

Sammanfattningsvis visar en enorm litteratur om den globala hälsan på ett stort och ökat intresse men med varierande framgång rörande såväl ekonomiskt stöd som medicinska insatser.

### ■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

1. Bergström S, redaktör. Global hälsa. Läkartidningen 2004;101.
2. Jeppson A. Decentralization and national health policy implementation in Uganda – a problematic process. Lund: Media-Tryck; 2004.
3. Epstein H. God and the fight against aids. The New York Book Review 2005;LII:7:47-51.
4. Epstein H. The lost children of AIDS. The New York Book Review 2005;LII:17:41-6.
5. Health and poverty: a new Marshall plan? Lancet 2005;365:267-8.
6. G8 2005: a missed opportunity for global health. Lancet 2005;366:177.
7. UN summit 2005: gridlock at the gabfest. Lancet 2005;366:1051.
8. Sachs JD, McArthur JW. The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals. Lancet 2005;365:347-53.
9. Cohen J. The new world of global health. Science 2006;311:162-7.
10. Fuster V, Voûte J. MDGs: chronic diseases are not on the agenda. Lancet 2005;366:1512-4.
11. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? Lancet 2005;366:1578-82.
12. Horton R. The neglected epidemic of chronic disease. Lancet 2005; 366:1514.
13. Målqvist M, Persson LÅ, Ewald U, Nguyen T. Miljoner nyfödda barn dör i onödan. Enkla medel kan ge stora insatser – och minska perinatal dödlighet. Läkartidningen 2006;103:1206-10.
14. Bergström S. Fattigdomens patologi börjar i livmodern. Läkartidningen 2006;103:1182.
15. Dare L, Buch E. The future of health care in Africa depends on making commitments work in and outside Africa. BMJ 2005;331:1-2.
16. Johnson J. Stopping Africa's medical brain drain. BMJ 2005;331:2-3.