

# Høringsnotat

## Stortingsmelding om global helse

### Fra Styret i Norsk Forum for Global Helseforskning

Det norske forskningsmiljøet på globale helse er svært tilfreds med Stortingsmeldingens krystallklare budskap om at norsk politikk for global helse skal være *kunnskapsbasert*. Vi har vel knapt sett en melding på det utviklingspolitiske området som i den grad vektlegger betydningen av kunnskap for god politikk. Dette er ikke bare musikk i ørene på forskerne. Det er viktig også på et dypere plan. Utviklingspolitikken, og ikke minst engasjementet på helseområdet, preges av mange gode intensjoner. Det er bra, men faren er at vi blir blinde for det som ikke fungerer etter hensikten. Det er en høyst menneskelig egenskap å undervurdere svakheter og feil ved det vi ønsker skal lykkes. Derfor er meldingens tydelige budskap om å satse på forskningsbasert kunnskap så grunnleggende for å lykkes i å nå målsettingene, på helseområdet så vel som på andre områder i utviklingspolitikken.

Meldingen beskriver en rekke tiltak av stor betydning for å løse de globale helseutfordringene. I dette korte notatet konsentrerer vi oss noen områder som bør klargjøres og styrkes ytterligere.

*Politikken må bygge på at helse i første rekke er et individuelt gode, ikke et globalt fellesgode*

Et av utsagnene som gjentas flest ganger i meldingen er at *helse er et globalt fellesgode*. Etter vårt skjønn er det faglige grunnlaget dette utsagnet forholdsvis svakt. Å karakterisere helse om et globalt fellesgode er i beste fall en halvsannhet. Problemet er at fokuset på helse som et globalt fellesgode utydeliggjør det vi oppfatter som hovedgrunnlaget for Norges engasjement innen global helse.

I følge økonomisk teori er et fellesgode et gode som alle fritt kan bruke, uten at det blir mindre igjen til andres forbruk. Vanlige eksempler er nasjonalt forsvar, frisk luft, radiosignaler, tjenlig klima.

Fravær av sykdommer som smitter over landegrensene er et globalt fellesgode. Men det er langt derfra til å si at helse er globalt fellesgode. Hvis det var slik, ville ikke muligheten til god helse være avhengig av om man var fattig eller rik; alle ville kunne ta for seg. Vi ville ikke sett på urettferdig fordeling av helse som et problem. Men det gjør vi. Det tyder på at helse i første rekke er et individuelt gode, ikke et fellesgode.

Helsetjenester er også først og fremst individuelle goder. Det er derfor prioritering er en så sentral problemstilling i helsepolitikken. Mer medisiner og helsepersonell til noen betyr gjerne at det blir mindre til andre. Også mange forhold som bidrar til god helse, som mat og husly, er i første rekke individuelle goder. Rent vann og gode sanitærforhold er heller ikke globale fellesgoder.

Meldingens sterke fokus på at helse er et globalt fellesgode utydeliggjør og kan i verste fall undergrave begrunnelsen for mye av vårt engasjement for global helse. Fellesgodetanken kan begrunne arbeidet mot globale pandemier, men det kan neppe rettferdiggjøre hovedprioriteringer som kvinners og barns helse, helsepersonell og helsesystemer. Å gi kvinner tilgang til fødselshjelp og å forebygge og kurere lungebetennelse og diare hos små barn handler lite om globale fellesgoder. Begrunnelsen for å engasjere oss i dette må først og fremst være at den globale fordelingen av helse og helsetjenester er urettferdig, og at grunnleggende menneskerettigheter ikke er oppfylt. Vi aner vel at det er dette Regjeringen egentlig ønsker å si, men den gjentatte understrekingen av at helse er

et globalt fellesgode impliserer at vårt engasjement i betydelig grad kan begrunnes utfra egeninteresse. Det argumentet er tynt, etter vårt skjønn.

Utviklingspolitikken begrunnes i økende grad utfra fellesgodetankegangen. Kanskje det forklarer iveren etter å definere helse som et globalt fellesgode? Tanken på at vi alle er i samme båt, og at det er et felles ansvar å styre skuta mot smulere farvann, har selvsagt mye for seg. Men når det gjelder kampen mot fattigdom, inkludert kampen for bedre helse til alle, handler det fortsatt først og fremst om at ombord i skuta er noen som reiser på første klasse mens andre ikke engang har lugar. At helse og helsetjenester er urettferdig fordelt er derfor det fundamentet som best understøtter vårt engasjement innen globale helse.

#### *Styrking av fagmiljøene er sentralt for å lykkes med helsesatsingene*

Å styrke fagmiljøene innen global helse er sentralt for å løse globale helseutfordringene. Spesielt er det viktig å styrke de lokale fagmiljøene i lavinntektsland. Noen av de største kunnskapshullene innen global helse er knyttet til å *implementere* kjente helsetiltak og helsetjenester med dokumentert effekt. Dette er kunnskap som må genereres lokalt og forankres i lokale kunnskapsinstitusjoner.

Videre er de lokale kunnskapsinstitusjonene uunnværlige som forvaltere av global og lokal kunnskap, særlig gjennom utdanning av helsepersonell, ledere og helsebyråkrater som kan sette kunnskap om til handling. I tillegg til den rene kompetansehevingen handler dette også om at kunnskap endrer maktstrukturer og kan bidra til bedre styresett, noe som er svært sentralt for å lykkes med helsesatsingene.

Et viktig norsk bidrag vil være å stimulere til langsiktige institusjonelle partnerskap mellom norske fagmiljøer og kunnskapsinstitusjoner i lavinntektsland. Videre må vi jobbe for at forskningsbasert kunnskap innen helsefagene faktisk blir gjort tilgjengelig som et globalt fellesgode, gjennom kvalitetssikrede publikasjoner og læremateriell.

Vi vil også understreke behovet for at norske forskningsmiljøer får klare signaler om at forskning på globale helsespørsmål er en primær oppgave. Stortingsmeldingen skisserer en prisverdig satsing på forskning fra Utenriksdepartementets side. Men for at norske universiteter skal gi prioritet til dette feltet, må også Kunnskapsdepartementet og Helse og omsorgsdepartementet gi tydelige styringssignaler om at global helse er et satsingsområde for norsk forskning. Det er et punkt som dessverre ikke dekkes av meldingen.

#### *Mer systematisk bruk av fakta vil gi en mer informert debatt*

Forskningsbasert kunnskap bør brukes som grunnlag for prioriteringene på global helse området. Et tydelig faktagrunnlag bidrar til å gjøre verdivalgene mer eksplisitte. Faktagrunnlaget som presenteres i meldingen er på flere punkter mangelfullt som grunnlag for en informert debatt om politiske prioriteringer.

Et gjennomgående trekk er at viktigheten av å bekjempe ulike sykdommer begrunnes med *antall dødsfall* sykdommen forårsaker. Et langt mer interessant utgangspunkt for en debatt om politiske prioriteringer, er hvilken *sykdomsbyrde* sykdommen medfører. At mange dør betyr ikke nødvendigvis at sykdomsbyrden er tilsvarende stor; om sykdommen inntreffer i høy alder vil antall tapte leveår være lavt og sykdomsbyrden lav, mens når barn dør, er bildet motsatt. Derfor ville det være

klargjørende for debatten om meldingen mer systematisk hadde presentert fakta om bl.a. sykdomsbyrde.

Noen eksempler på slike fakta er at sykdommer som rammer barn under fem år utgjør 30% av sykdomsbyrden i lav- og mellominntektsland, at sykdommer knyttet til mødre helse utgjør under 3% av sykdomsbyrden og at mentale lidelser utgjør 12%. Slike opplysninger ville gjort Regjeringens verdivalg langt mer eksplisitte og ville bidratt til en mer informert debatt om prioriteringene. Et naturlig spørsmål å stille ville for eksempel være hvorfor mentale helse ikke er høyere prioritert, sammenlignet med for eksempel mødre helse.