

# Global helse – fra kaos til koherens

Maktforholdet mellom internasjonale helseaktører har endret seg dramatisk de siste 20 årene. Et økende antall aktører har vanskeliggjort koordineringen av det globale helsearbeidet. I denne artikkelen hevder vi at bruk av prinsipper fra kompleksitetsteori, gjerne lovfestet gjennom en global helsekonvensjon, kan bidra til å reformere global helse.

Engelsk oversettelse av hele artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

## Just Haffeld

[just.haffeld@studmed.uio.no](mailto:just.haffeld@studmed.uio.no)

Det medisinske fakultet  
Universitetet i Oslo  
og  
O'Neill Institute for National  
and Global Health Law  
Georgetown University

## Harald Kristian Heggenhougen

Senter for internasjonal helse  
Universitetet i Bergen

## Torvid Kiserud

Institutt for klinisk medisin  
Universitetet i Bergen  
og  
Haukeland universitetssykehus

## Sverre O. Lie

Avdeling global helse  
Helsedirektoratet

På 1990-tallet var helsebistanden kontrollert gjennom FN-systemet og bilaterale utviklingsorganisasjoner i giverlandene (1). I dag er FN-systemets innflytelse utvannet ved at en rekke nye aktører har kommet til. Reich & Takemi formulerer det slik: «Policy making in global health has become a multi-stakeholder process, but without an explicit institutional process and with competition and confusion both globally and nationally» (2). Alle initiativ som tar sikte på å koordinere aktører i global helse, må derfor ta stilling til et tett sammenvevd og komplekst system (3).

Et komplekst adaptivt system er definert som en samling innbyrdes avhengige aktører med frihet til å interagere på uforutsigbare måter. Aktørenes handlinger sett under ett er slik at de produserer gjenkjennelige mønstre (4). Samhandlingen gjør ofte at de ulike komponentene i systemet kan tilpasse seg skiftende omstendigheter eller lære av prøving og feiling (5).

Denne artikkelen omhandler prinsipper for dynamikk i komplekse systemer og hva de kan bidra med for å skape større koherens på den globale helsearenaen. Med utgangspunkt i at global helse er et komplekst adaptivt system, drøfter vi en frem-

gangsmåte for å reformere arenaen. Kompleksitetsteori er ikke anvendt på denne måten tidligere, og selv om WHO har sett den mulige nytten av slike prinsipper i global helse (6), er det fremdeles betydelige utfordringer med hensyn til å utarbeide strategier som fungerer i praksis. Særlige utfordringer er at helsesystemer er åpne og omfattende, og påvirkes av alle tiliggende sektorer, som for eksempel handel, utdanning, utenrikspolitikk, sosialomsorg og rettsvesen.

## Usikkerhet kan være et gode

Begrepet «global helse» forutsetter et felles globalt ansvar for å gjøre helse til et offentlig gode (7). For å møte et slikt ansvar må globale helsesatsinger utnytte kraften i handlingene til alle helsearbeidere på gras-rotta. For å få dette til kan det være nyttig å tenke på global helse som en helhet der aktørene er gjensidig avhengig av hverandre, og der isolerte maktutspill ikke vil ha noen effekt på de verdensomspennende forhold (8). Kompleksitetsteori innebærer at usikkerhet og tilsynelatende paradoks ofte er en del av helheten. Derfor kan det være

«Et forpliktende  
rammeverk bør  
være fasiliterende  
og ikke autoritært»

fruktbart å prøve ut flere tilnærminger, slik at utviklingen kan gå i retning av det som virker best (9). Imidlertid vil vår tillærte tenkemåte ofte preges av reduksjonistisk metode – å isolere årsaksfaktorer og forstå delene – i realiteten å bryte ned systemet, detaljstyre, og oppnå tilsynelatende sikkerhet. Historien har vist oss at utviklingen vanskelig lar seg kontrollere, og at mange av medisinsens store oppfinnelser har kommet som et resultat av nettopp prøving og feiling, ja til og med som uventede bivirkninger.

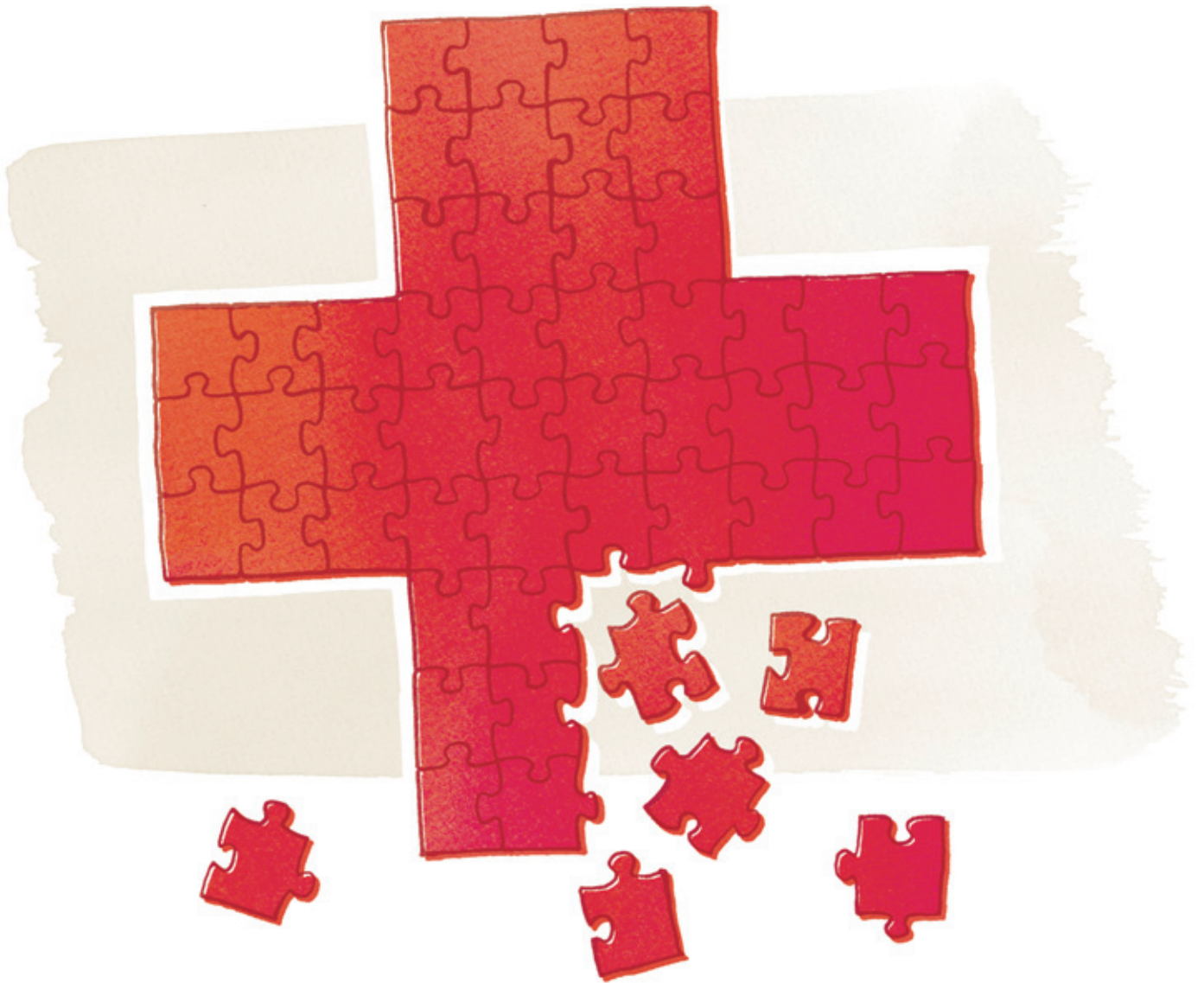
## Veiskiller for regulering av global helse

Nåværende oppfatninger om hvordan man skal håndtere vanskelige globale helseproblemer dekker et vidt spekter. På den ene siden er de som argumenterer for unilaterale og sektorspesifikke styringsinstrumenter, og særlig gjennom bruk av arkitekturmetaforen (10). En slik metafor hører hjemme i et kontrollert, lineært univers der reduksjonistisk analyse kan gi svarene. På den annen side er de som ser den globale helsearenaen som et iboende uregjerlig system. Enkelte hevder at dominerende aktører ikke vil respektere styringsmekanismer som begrenser deres handlingsfrihet, og mangler derfor troen på regulatoriske virkemidler (11).

Gostin har foreslått en løsning som muligens befinner seg midt imellom de ovenfor nevnte. Han hevder at en global helsekonvensjon kan være en måte å mobilisere sivilsamfunn og lovfeste gode styringsprinsipper, inkludert regler for koordinasjon og samordning og en felles definisjon av hva som utgjør grunnleggende overlevelsesbehov (12). Konvensjonstilnærmingen forutsetter tilslutning til spesifikke, saklig avgrensede protokoller over tid, og refererer således til en lovgivningsprosess der stater kan binde seg trinnvis etter hvert som det oppnås politisk enighet.

Selv om konvensjonsideen ikke er basert på kompleksitetsteori, representerer den en måte å skape sammenheng mellom det intrikate samspillet på grasrotnivå og helt opp til de uforutsigbare internasjonale relasjoner. Gostins forslag til en global helsekonvensjon drøftes i en annen artikkel i denne temaserien (13). Nå trekker vi ideen ett steg videre i en ny retning; for å kunne brukes i tråd med kompleksitetsteori kan Gostins konvensjonsidé omformuleres for to aspekter:

– Stater er ikke de eneste aktørene som deltar i globale styringsprosesser (11, 14). En konvensjon som bygger på kompleksitetsteori, bør derfor muligens ta sikte på å forplikte toneangivende ikke-statlige organisasjoner og sivilsamfunn på linje



Illustrasjon Supernøtt Popsløyd

med stater. Dette representerer en utvidelse av Gostins utgangspunkt der kun stater er foreslått som formelle konvensjonsparter.

- Et forpliktende rammeverk bør være fasiliterende og ikke autoritært. Et fasiliterende styresett har bevart noe sentral ledelse, men åpner for at initiativ og ressursmobilisering kan skifte mellom ulike aktører avhengig av den konkrete saken.

Å inkludere disse aspektene i Gostins idé om en global helsekonvensjon kan dermed bidra til å identifisere, konsolidere og videreutvikle biter av spredte, uformelle prosedyrer og regelverk som ikke bare stater, men alle globale aktører benytter seg av (11).

Vi mener at en *fasiliterende* global helsekonvensjon har potensial til å fremme gode styringsprinsipper gjennom deltakelse, rettfærdige prosedyrer og konsensusbaserte minimumsspesifikasjoner. Slike styringsprinsipper må gjenspeile hele systemets mål og samlede budsjett, for eksempel ved at det internasjonale samfunnet går sammen om stra-

tegiformuleringer og ett globalt fond for helse (15). I sum kan disse styringsprinsippene åpne for kreative løsninger på kompliserte problemer (9), og de kan bidra til å omsette politisk diskusjon til konkret handling (16).

### Kompleksitetsteori i en konvensjon om global helse

Følgende sju elementer er foreslått som verktøy for å integrere kompleksitetsteori i politiske prosesser (17):

- Integriert og fremtidsrettet analyse
- Overveielser som inkluderer et rikt utvalg av interessenter
- Regelmessige justeringer av retningen på politikken
- Mobilisering av sosiale nettverk og selvorganisering
- Desentralisering av beslutningsmyndighet
- Satsing på variasjon
- Formelle politiske vurderinger og kontinuerlig læring

Slike elementer kan være nyttige for å utforme fremtidig global helsepolitikk.

På bakgrunn av de viktigste globale helseutfordringene kan elementene omformes til følgende styringsprinsipper:

- Deltakelse: alle relevante parter inviteres med i beslutningsprosesser – sørger for demokratisk forankring av ny politikk
- Prinsipper for godt styresett: ansvarlighet, åpenhet, samarbeid og fordeling av ressurser – i hovedsak fasiliterende regler som skaper rom for selvorganisering og innovasjon
- Prøve-og-feile-mentalitet, seleksjon av tiltak som virker – legger til rette for kreative krefter og kapasitetsbygging gjennom nytenkning
- Regelmessige politikkjusteringer – skaper koherens mellom sentrale og lokale initiativer
- Definisjon av minimumsstandarder for helse – skaper enighet om hva som bør gjøres først, eller med størst effekt

Prinsippenes dynamiske og inkluderende form kan bidra til raske og realitetsorienterte endringer som er nødvendige for

å holde tritt med den globale helseutviklingen. Ved hjelp av dem skal man sørge for at det gjeldende regelverket utvides og oppdateres på en slik måte at både nasjonale myndigheter, globale institusjoner og sivilsamfunn er i takt med utviklingen. Det skal legges til rette for tillit og gode relasjoner, noe som er en forutsetning for utviklende og bærekraftige relasjoner. De skal medvirke til rask og samordnet respons på felles utfordringer. Dessuten skal man med utgangspunkt i disse prinsippene legge til rette for regelmessig og rettidig utveksling av opplysninger om relevant ny virksomhet og dermed gi en mulighet til å endre retningen på politikken ettersom forholdene endrer seg. I tillegg skal de bidra til at det skapes en plattform for å formidle nødvendig teknisk bistand og faglig utveksling til og fra aktører i land med behov for utbygging av helsehjelpen.

Det kan imidlertid by på utfordringer å gjennomføre disse prinsippene i internasjonal politikk. Det finnes få etablerte møtepunkter for representanter for sivilsamfunn og myndigheter, dette vanskeliggjør bred deltakelse i politiske prosesser. Alle internasjonale initiativ for å utbedre helsesituasjonen til fattige innad i rike land vil kunne bli møtt med skepsis, og eventuelle internasjonale intervensjoner vil kunne være i strid med suverenitetsprinsippet. Uten tilslutning fra nasjonale myndigheter vil initiativ som rokker ved etablerte strategier for bistands- og utviklingsarbeid derfor være tilnærmet umulig å iverksette i praksis. Internasjonal konsensus om en felles gjennomgripende helsesatsing er derfor en forutsetning, og det må foreligge villighet til å avgi noe suverenitet (18).

I prinsippet er det imidlertid gode grunner til at en fasiliterende tilnærming vil kunne lykkes. Det er en egnet fremgangsmåte for å samordne og videreføre spredte, normative elementer som holdes i hevd av ulike globale helseaktører (11). Minimumsspesifikasjoner gir rom for innovasjon og oppmuntrer til felles handling, og er tilrettelegger for gode relasjoner (16). En drivkraft for suksess vil være reformering av det globale helsesystemet nedenfra og opp, men samordnet og styrt gjennom et fasiliterende regelverk.

### Anerkjennelse, selvmyndigelse og reform

Inkluderende prosesser kan føre til økt erkjennelse av andre menneskers behov, interesser og rettigheter. Deltakelse i viktige prosesser der søkelyset settes på medmenneskers skjebner, vil gi den enkelte en mulighet til å foreta etisk riktige prioriteringer (19). Anerkjennelse vil være et resultat av partenes evne til å føle og uttrykke en grad av felles forståelse og omsorg for hverandre på tross av uenigheter. Selvmyndigelse vil være et resultat av at parter blir satt i stand til å definere

problemer og mål på sine egne premisser, og dermed validere betydningen av disse problemene og målene i sitt eget og andres liv. Slik selvbestemmelse kan hjelpe partene til å mobilisere egne ressurser for å løse problemer og nå mål, samt å få en større følelse av selvrespekt og selvtillit. Til sammen kan disse mekanismene føre til nyorientert, spontan atferd i retning av å reformere samfunnet (19). Grunnlaget for slik reform vil være den informasjon individet mottar om konsekvensene av egne handlinger, andres handlinger, og effekten av disse på systemet som helhet (20). Resultatet kan godt være et helsesystem som selvorganiserer for å oppnå en felles hensikt, tilpasser seg lokale forhold, og kontinuerlig gjennomgår egne prestasjoner. Imidlertid skal det ikke underslås at det å tillegge grasrota et overdrevent ansvar for hensiktsmessige og etisk riktige prioriteringer kan føre for langt. Strukturering og organisering av global helse i tråd med kompleksitetsteori medfører en stor utfordring i å skaffe til veie vitenskapelig basert kunnskap, både i premisser for intervensjoner og måling av resultater.

### Konklusjon

Det foreligger begrenset motivasjon i retning av å bruke kompleksitetsteori aktivt, både i global helse og i andre sammenhenger. Dette kan være fordi feltet er ukjent, eller fordi forskere og beslutningstakere ikke har nok incentiver til å søke forbi et reduksjonistisk perspektiv. Vi mener at et sett av regler skreddersydd for å videreformidle energien på grasrotnivå har potensial til å reformere global helse. Det gjelder også diskusjonene rundt WHO's rolle som knutepunkt for helseutvikling globalt, tusenårsmålene, WHO's kommisjon om sosiale determinanter og kampanjen for å inkludere grunnleggende helsetjenester som en del av menneskerettighetene.

#### Just Haffeld (f. 1972)

er jurist, Master of Negotiation and Conflict Resolution fra Melbourne og sisteårs medisinstudent. Haffeld er tilknyttet O'Neill Institute of National and Global Health Law ved Georgetown University, USA, der han jobber med globale helsespørsmål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Harald Kristian Heggenhougen (f. 1940)

er helseantropolog, interessert i fattigdom, menneskerettigheter og helse. Han er nylig pensjonert fra Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen. Han var tidligere professor ved Boston University School of Public Health (2001–2009), for det var han Associate Professor ved Harvard Medical School og Harvard School of Public Health (1990–2000) og fra 1979 til 1990 var han Senior Lecturer ved London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Torvid Kiserud (f.1944)

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og professor ved Institutt for klinisk medisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

#### Sverre O. Lie (f. 1938)

er spesialist i medisinsk genetikk og i barnesykdommer.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

### Litteratur

1. Who runs global health? *Lancet* 2009; 373: 2083.
2. Reich MR, Takemi K. G8 and strengthening of health systems: follow-up to the Toyako summit. *Lancet* 2009; 373: 508–15.
3. Hill PS. Understanding global health governance as a complex adaptive system. *Glob Public Health* 2011; 6: 593–605.
4. Holladay R. Simple rules: organizational DNA. *Human Systems Dynamics Institute*. Først publisert i *OD Practitioner* 2005; 37. [www.hsdinstitute.org/learn-more/library/articles/SimpleRules.handout.pdf](http://www.hsdinstitute.org/learn-more/library/articles/SimpleRules.handout.pdf) [4.8.2011].
5. Holland JH. Studying complex adaptive systems. *J Syst Sci Complex* 2006; 19: 1–8.
6. WHO Alliance for Health Policy and Systems Research. Systems thinking for health systems strengthening. Genève: WHO, 2009. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf)
7. Haffeld JB, Siem H, Røttingen JA. Examining the global health arena: strengths and weaknesses of a convention approach to global health challenges. *J Law Med Ethics* 2010; 38: 614–28.
8. Gostin LO, Mok EA. Grand challenges in global health governance. *Br Med Bull* 2009; 90: 7–18.
9. Zimmerman BJ, Lindberg C, Plsek PE. *Edgework: complexity resources for healthcare leaders*. Irving, TX: VHA publishing, 1998.
10. Epstein PR, Guest G. International architecture for sustainable development and global health, globalization, health and the environment: an integrated perspective. San Francisco, CA: Altamira Press, 2005: 239–58.
11. Fidler D. Architecture amidst anarchy: global health's quest for governance. *Global Health Governance* 2001; 1: 1–17.
12. Gostin LO. Meeting basic survival needs of the world's least healthy people toward a framework convention on global health. *Georgetown Law J* 2008; 96: 331–92.
13. Haffeld J, Heggenhougen HK, Lie SO et al. Ideen om en konvensjon om global helse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1787–9.
14. Sending OJ, Neumann IB. Governance to governmentality: analyzing NGOs, states, and power. *Int Stud Q* 2006; 50: 651–72.
15. Ooms G. From the global AIDS response towards global health? A discussion paper. The Hélène de Beir foundation. The International civil society support group, 2009. [www.heard.org.za/downloads/erg-meeting-5-ooms-jan-09-global-health-discussion-paper.pdf](http://www.heard.org.za/downloads/erg-meeting-5-ooms-jan-09-global-health-discussion-paper.pdf) [4.8.2011].
16. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *BMJ* 2001; 323: 746–9.
17. Swanson D, Bhadwal S. *Creating adaptive policies. A guide for policy-making in an uncertain world*. New Delhi: Sage/IDRC, 2009.
18. Gostin LO, Ooms G, Heywood M et al. The joint action and learning initiative on national and global responsibilities for health. *World Health Report, background paper* 53. Genève: WHO, 2010. [www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/JALI\\_No53.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/JALI_No53.pdf) [7.8.2011].
19. Bush RAB, Folger J. *The promise of mediation: responding to conflict through empowerment and recognition*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1994.
20. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 2001; 323: 799–803.

Mottatt 30.5. 2011, første revisjon innsendt 5.7. 2011, godkjent 4.8. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.