

Verdens helseorganisasjon og global helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) er den største enkeltorganisasjonen i FN-systemet og har siden opprettelsen i 1948 spilt en betydelig rolle innen global helse. WHO har nytt stor tillit i kraft av sin politisk uavhengige posisjon og faglig kompetanse. Sett under ett har WHO vært den viktigste aktøren på dette feltet. I dag, derimot, er organisasjonen under press og sliter med omdømmet.

Engelsk oversettelse av hele artikkelen på www.tidsskriftet.no

Bengt Skotheim

besko@helsedir.no
Avdeling global helse
Helsedirektoratet

Bjørn-Inge Larsen

Helsedirektoratet

Harald Siem

Avdeling global helse
Helsedirektoratet

Verdens helseorganisasjon (WHO) ble opprettet rett etter den annen verdenskrig. Franklin D. Roosevelt (1882–1945) hadde holdt sin kjente tale om de fire friheter: talefrihet, religionsfrihet, frihet fra nød og frihet fra frykt. Helsedirektør Karl Evang (1902–81) var med i etableringen av organisasjonen, og det ble satt et ambisiøst mål for dens arbeid: «The objective of WHO shall be the attainment of all peoples of the highest possible level of health.»

Gro Harlem Brundtland (f. 1939) var generaldirektør i WHO 1998–2003, og i hennes periode som leder opplevde verden at helse ble et globalt anliggende under sarsutbruddet (severe acute respiratory syndrome).

WHO har siden 2006 blitt ledet av generaldirektør Margaret Chan (f. 1947) fra Kina. Organisasjonen har 193 medlemsland og hovedsete i Genève. 8 000 mennesker fra 150 land er ansatt, enten i hovedkvarteret i Genève, i de seks regionkontorene eller ute i de 147 landkontorene. Helsedirektør Bjørn-Inge Larsen (f. 1961) er valgt inn som styremedlem i WHO for perioden 2010–13 og er Europas medlem i styrets arbeidsutvalg. I denne sammenheng er det utviklet en norsk WHO-strategi (1).

WHO samlet i etterkrigsårene verdens land og regioner i kampen for bedre helse for alle. Organisasjonen bidro i arbeidet med å utrydde koppeviruset, ledet suksessrike vaksinasjonskampanjer og viste fremsyn i gjennomføringen av Alma Ata-konferansen om folkehelse i 1978. I tillegg har WHO opprettet to lovlig bindende avtaler. Inter-

national Health Regulations (IHR) er knyttet til helsesikkerhet og skal hindre spredning av sykdom (2), og i Gro Harlem Brundtlands periode ble det gjort vedtak om opprettelse av The Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) er som viktig verktøy i arbeidet mot tobakk (3).

Seirene har vært mange, men WHO har i senere tid høstet til dels sterk kritikk. Organisasjonen blir beskyldt for å være utdatert, underfinansiert og for politisert. I tillegg kritiseres den for å være saktegående og byråkratisk i krisetid og mangle vitenskapelig ekspertise, pleie for nær kontakt med legemiddelindustrien og for at råd om helse er uklare pga. konsensusbasert styring av organisasjonen (4). Kritikerne legger ofte vekt på organisasjon og sekretariat. Det blir imidlertid galt. Det er landene som i hovedsak er å kritisere. Det er landene som er WHO. Organisasjonen er et middel for å nå et felles mål for helse. Når organisasjonen ikke fungerer, kan det selvsagt skyldes dårlig ledelse i sekretariatet, men det er ikke ubegrunnet å hevde at det også kan skyldes dårlig styring og uenighet mellom medlemslandene. Mange rike land bruker mer penger på andre, ikke-demokratiske organisasjoner, enn på WHO. Dette kan nok bidra til at det demokratiske fundamentet som WHO har i global helse blir utfordret.

Selv med sine mangler er det behov for WHO som en koordinerende organisasjon for helseinnsats globalt – det er vanskelig å se at global folkehelse kan ivaretas av noen andre. Global helse er et felt hvor vi er gjensidig avhengig av hverandre (5). Ikke et eneste land kan tenke på eller arbeide med nasjonal helse og velferd isolert innenfor egne grenser. Dette gjelder også i vår del av verden. Finanskrisen og influensapandemien (H1N1) i den senere tid illustrerer dette. WHO er den eneste organisasjonen som har et klart mandat og legitimitet fra 193 medlemsland, og autoritet til å utvikle internasjonal helseovgivning og gi råd om helse. Dette er WHO's styrke og den må utvikles.

Verdens helseorganisasjon blir beskrevet som underfinansiert, men hvis man ser på

utviklingen i finansieringen, vil budsjettene som er noe redusert i de siste årene, fremstå som sterke i et historisk perspektiv. Mange medlemsland vektlegger at budsjettet på ca. 4 milliarder amerikanske dollar er betydelig. Imidlertid må dette budsjettet ses i lys av veksten i finansiering av global helse totalt.

Globalisering av helse

Interessen for globale helsespørsmål har økt sterkt de siste årene. Det har resultert i en oppblomstring av helseinitiativer drevet og støttet av ideelle organisasjoner, private foretak og statlige sammenslutninger. Man kan nesten si at det er skjedd et paradigmeskifte i global helse siden 1990. Finansieringen til hele feltet har gått fra 5,7 milliarder dollar i 1990 til 26,9 milliarder dollar i 2010 (6). WHO derimot har ikke fulgt oppgangen og har gått fra å være den klart største organisasjonen i global helse i 1990 til å bli en del av bakgrunnsbildet i 2010. WHO er på noen områder utfordret av et utall store og små helseinitiativer. Interesse og engasjement er selvsagt bra, men de mange aktørene har også bidratt til å skape et uoversiktlig globalt helselandskap.

Norge har bidratt til opprettelsen og finansieringen av globale helseinitiativer som The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (7) og Global Alliance for Vaccines and Immunizations (8). USA har gjennom US President's Emergency Plan for AIDS Relief støttet kampen mot hiv/aids-epidemien. Det private engasjementet illustreres på en god måte av Bill Gates (f. 1955). Han startet sin egen organisasjon, Bill and Melinda Gates Foundation. Organisasjonen er i dag en av de mest betydningsfulle innen global helse. Gates snakket varmt om vaksiner under Verdens helseforsamling i mai 2011 (9). Ikke underlig at han talte til denne forsamlingen, han er tross alt WHO's største bidrags giver etter USA.

Samtidig som denne innsatsen er viktig, kan man hevde at de mange globale helseinitiativene mangler reell legitimitet – de



Senteret for Verdens helseorganisasjon i Genève. Foto SCANPIX

gjør en reell innsats, men står til syvende og sist kun ansvarlig overfor sitt eget valgte styre. WHO derimot, som FNs Joint Inspection Unit (JIU) påpeker krystallklart i en evaluering av WHO i 1993, er ansvarlig for alle innbyggers helse i de 193 medlemslandene: «In WHO, more than in any other organization of the common system, ineffective management is best equated to the number of persons and families which could have been saved from disease and death...» (10). Av denne grunn alene er det viktig å bidra til et sterkt og robust WHO.

Mange av de globale helseinitiativene er sykdomsspesifikke, eller såkalt vertikale. Vertikale programmer har hatt god effekt i innsatsen mot hiv/aids, polio, Chagas' sykdom og tuberkulose, men de vertikale programmene kan også ha negative konsekvenser. Kritikken mot vertikale programmer er knyttet til manglende koordinering, duplisering av arbeid, dårlig ressursbruk og kortsiktig finansiering. Vertikale helseprogrammer kan også forstyrre nasjonale helseprioriteringer. Ikke minst at noen lidelser, slik som f.eks. hiv/aids får stor oppmerksomhet, mens andre områder forblir neglisjerte (11). Ingen programmer kan fungere alene, gjensidig avhengighet gjelder også her, eller enkelt sagt – alt henger sammen med alt. Derfor må man se på hvordan de vertikale programmene kan

fungere i samarbeid med et robust helse-system med vekt på folkehelse.

Mange land blir da også overveldet av programmene de må forholde seg til. Bare i Uganda er det 20 ulike globale helseinitiativer (12). Under koleraepidemien på Haiti ville 196 ulike organisasjoner bidra, alle med sin egen oppfatning av hvordan situasjonen skulle takles (13). Det sier seg selv at dette er en uholdbar situasjon. Ikke bare er det umulig for Haiti å hankes med 196 givere i en krisesituasjon, men det er også et tegn på systemsvikt i global helsestyring.

WHO-reform

WHO må være den fremste formidleren av vitenskapelige og forskningsbaserte råd om helse og være en ressurs for alle land. Organisasjonen bør være samlingssted for den fremste ekspertisen og koordinatoren i global helse. Kunnskapsformidling om folkehelse og bygging av helsesystemer må tillegges vekt. Utdfordringen er at WHO per i dag ikke er rigget for en slik oppgave. Derfor har medlemslandene bedt om at det skal gjennomføres en omorganisering.

WHO er overarbeidet og har store utfordringer knyttet til styring og finansiering. Medlemslandene pålegger den stadig nye oppgaver, uten å se på hvordan organisasjonen faktisk skal løse dem og ikke minst hvordan oppgavene skal finansieres. Inntektene

kommer fra en kontingent fra hvert medlemsland og fra frivillige bidrag. I dag kommer hele 80 % av budsjettet fra frivillige bidrag. I søken etter resultater for bidrag til WHO øremerker mange givere og medlemsland sine midler til de oppgavene de selv anser som viktigst. Dette undergraver helseforsamlingens og styrets mulighet til å fastsette et reelt og gjennomførbart program og budsjett. Det er derfor behov for en gjennomgang av hvordan WHO finansieres slik at styret kan lede organisasjonen mer effektivt (1).

Under håndteringen av influensapandemien (H1N1) ble WHO kritisert for å ha tette bånd til de store legemiddelfirmaene. Organisasjonen ble i ettertid frifunnet av en uavhengig granskningskomité med tanke på den påståtte rolleblanding (14). Uansett viser mistanken at WHO sliter med omdømmet og tilliten, spesielt med henblikk på det sivile samfunnet. En påbegynt WHO-reform må derfor gå på hvordan man via åpenhet og inkludering av det sivile samfunnet i WHO kan gjenreise tilliten og dermed legitimiteten fra verdenssamfunnet.

Reform gir muligheter. Medlemslandene er WHO og de bør gripe sjansen til å gi verden et robust koordinerende organ for global helse. Medlemslandene og organisasjonen som helhet må være modig nok til å gjennomføre en reform som gjør det mulig



Kveldsstemning i Genève. Foto SCANPIX

å støtte land med helsesystembygging og folkehelsearbeid. WHO la grunnlaget for dette allerede med Alma Ata-konferansen i 1978: «... the main social target of governments and WHO in the coming decades should be the attainment by all the citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life.» Her ligger grunnlaget. Målet er det allerede enighet om og potensialet er utvilsomt til stede. Roosevelt talte om de fire frihetene, WHO må ta til orde for retten til helse for alle.

Bengt Skotheim (f. 1978)

er statsviter og arbeider som rådgiver i avdeling for global helse i Helsedirektoratet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Bjørn-Inge Larsen (f. 1961)

er helsedirektør. Han er utdannet lege og har mastergrader i business administration og public health. Han har ledet Helsedirektoratet siden 2002. Siden 2010 er han styremedlem i Verdens helseorganisasjon og er for tiden en av styrets nestledere og Europas representant i styrets arbeidsutvalg.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Harald Siem (f. 1941)

er lege og Master of Public Health. Han er seniorrådgiver, ved Avdeling for, global helse, Helsedirektoratet. Han har tidligere vært distriktslege på Aukra og bl.a. arbeidet på Institutt for allmenmedisin ved Universitetet i Oslo. Han har i ti år vært engasjert i internasjonalt helsearbeid i Genève.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Norsk WHO-strategi for styreperioden 2010–2013. www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20ADA/Norsk_WHO-strategi_2010-2013_norsk.pdf (23.8.2011).
2. World Health Organization. International Health Regulations. www.who.int/topics/international_health_regulations/en (22.7.2011).
3. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. www.who.int/fctc/en (22.7.2011).
4. Chow JC. Is the WHO becoming irrelevant? *Foreign Policy* 8.12.2010. www.foreignpolicy.com/articles/2010/12/08/is_the_who_becoming_irrelevant?page=0,0 (12.8.2011).
5. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from «international» to «global» public health. *Am J Public Health* 2006; 96: 62–72.
6. Butler D. Revamp for WHO. *Nature* 2011; 473: 430–1. www.nature.com/news/2011/110524/full/473430a.html (8.6.2011).
7. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and malaria. www.theglobalfund.org (12.8.2011).

8. Global Alliance for Vaccines and Immunizations. www.gavialliance.org (12.8.2011).
9. World Health Organization. World Health Assembly. www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en (22.7.2011).
10. Daes EI, Daoudy A. Decentralisation of organisations within the United Nations system. Part III: The World Health Organization. Genève: United Nations Joint Inspection Unit, 1993. www.unjiu.org/data/reports/1993/EN93-02.PDF (12.8.2011).
11. Ng N, Ruger J. Global health governance at a crossroads. *Global Health Governance* 2010; 3: 1–37. www.ghgj.org/Ng&Ruger.pdf (12.8.2011).
12. Ruger JP. Global health governance as shared health governance. Foredrag på konferansen: Values and Moral Experiences in Global Health: Bridging the Local and the Global. Harvard University Humanities Center 25.5.2007. www.fas.harvard.edu/~valuesgh/docs/Ruger_global_health_gov.pdf (12.8.2011).
13. Bloom BR. WHO needs change. *Nature* 2011; 473: 143–5.
14. World Health Organization. External review of pandemic response. www.who.int/ihr/review_committee/en (22.7.2011).

Mottatt 5.8. 2011 og godkjent 12.8. 2011. Medisinsk redaktør Erlend Hem.