

WHO 40 år

P Owe Petersson

Världshälsoorganisationen, WHO, kan 1988 överblicka en verksamhet som spänner över 40 år i den internationella hälso- och sjukvårdens tjänst. De första trettio åren kännetecknades av programartade aktiviteter med särskilda program för tex mentalsjukvård, hjärt-kärlsjukdomar, infektionssjukdomar och barnsjukdomar. De senaste tio åren har intresset förskjutits till förebyggande åtgärder sammanfattade i ett primärhälsovårdsprogram lanserat under beteckningen Hälsa för alla år 2000.

I nedanstående artikel redovisas WHO's organisation och aktuella strategier av P Owe Petersson, acting director for programme management vid WHO's Europakontor i Köpenhamn.

Organisationen

Världshälsoorganisationen, WHO, är FNs tekniska organ för diskussion av övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor. WHO har därför på många sätt en intressant och viktig funktion att fylla i den internationella hälso- och sjukvårdsdebatten, eftersom WHO kan erbjuda en neutral plattform där medlemsstaterna kan mötas för att kollektivt besluta om principer och policy som de sedan på bästa sätt kan försöka förverkliga i respektive länder. WHOs rekommendationer är inte bindande men rådgivande; medlemsstaterna förbinder sig vanligen att rapportera om de förändringar, eller uteblivna förändringar, som kollektivt fattade rekommendationer kan ha medfört.

WHO kan 1988 överblicka en verksamhet som spänner över 40 år i den internationella hälso- och sjukvårdens tjänst. WHOs konstitution fastställdes den 7 april 1948, och därför firar man runtom i världen den dagen som världshälsodagen. Varje år anslår WHO ett tema för världshälsodagen – 1988

hoppas man att medlemsstaterna gör allt för att fira världshälsodagen som en rökfri dag.

WHOs organisation

Redan från början blev WHO en regionaliserad organisation med huvudkontor i Genève och 6 regionalkontor. Regionalkontoret för Europa finns i Köpenhamn, dessutom finns ett regionalkontor i Washington för Nord- och Sydamerika, ett i Brazzaville för den afrikanska regionen, ett kontor i Alexandria för östra Medelhavsområdet samt slutligen ett regionalkontor i New Delhi för Sydostasien och ett i Manilla för västra Stillahavsregionen. För närvarande har WHO 168 medlemsstater, och varje år möts medlemsstaternas representanter, vanligen på ministernivå, i Världshälsoförsamlingen som är WHOs beslutande organ. Världshälsoförsamlingen som sammanträder i WHOs huvudkvarter i Genève fattar beslut om WHOs principer, policy och budget. Den svenska delegationen till Världshälsoförsamlingen leds av socialministern, Gertrud Sigurdson, och består av representanter från Socialdepartementet och Socialstyrelsen. Dessutom ingår olika experter representerande områden som den aktuella Världshälsoförsamlingen har att ta ställning till.

Arbetet på huvudkontoret i Genève, som har cirka 1500 anställda, leds av generaldirektören, Dr Halfdan Mahler från Danmark. Generaldirektören har också till sitt förfogande en arbetande styrelse som sammanträder två gånger om året med uppgift att förbereda underlag för beslut som senare fastställs av Världshälsoförsamlingen. Styrelsemedlemmarna utses av de olika medlemsstaterna, men representerar inte dessa utan deltar i styrelsens arbete i egenskap av personliga experter. För närvarande företrädde de nordiska länderna av professor Barbro Westerholm, chef för Apoteksbolagets medicinska forskningsavdelning.

WHO's totala budget för 1986/87 belöpte sig till drygt 700 miljoner dollar

På regional nivå leds regionalkontorets arbete på motsvarande sätt av en regionaldirektör. I Europa-regionen med dess 32 medlemsstater leds arbetet av regionaldirektören, dr Jo Asvall från Norge. Varje region har en regionalkommitté som sammanträder en gång om året och består av representanter från medlemsstaternas socialstyrelse eller motsvarande. Den svenska delegationen till regionalkommittén leds av generaldirektören för Socialstyrelsen, Maj-Britt Sandlund, och delegationen har för övrigt liknande sammansättning som till Världshälsoförsamlingen. Regionalkommitténs uppgift är att ge råd och anvisningar beträffande utformningen och verkställigheten av regionala hälso- och sjukvårdsprinciper.

WHOs totala budget för 1986/87 belöper sig till drygt 700 miljoner dollar varav drygt hälften är bidrag från Europaregionens medlemsstater. I förhållande till detta är Europakontorets egen budget ganska blygsam och motsvarar ungefär 5 % av WHOs totala budget, dvs för tvåårsperioden 1986/87 cirka 35 miljoner dollar, som således utgör regionalkontorets reguljära budget. Till detta skall läggas ett mindre belopp, varierande från år till år, och som utgör medlemsstaternas och andra internationella organisationers frivilliga bidrag till WHOs verksamhet.

På WHO-kontoret i Köpenhamn arbetar omkring 300 personer från ett 40-tal olika länder. Ungefär 70 av medarbetarna har självständigt programansvar i enlighet med en i förväg upplagd programbudget. Arbetet bedrivs övervägande på konsultbas med kompetensutveckling och kompetensöverföring som viktiga komponenter. Utvecklingen av nationella hälso- och sjukvårdsplaner, ofta enligt principer motsvarande den svenska HS 90-modellen, sker både i form av individuella landprojekt, men också i arbetsgrupper och konferenser med deltagare från olika länder. Principen är att projekt omfattande flera länder skall samordnas på ett sådant sätt att de

kan ge stöd och hjälp åt enskilda länders fortsatta ansträngningar.

Arbetet bedrivs enligt en rullande 6-årsplan med tvåårig verkställighetsbudget. Arbetet på regionkontoret är uppdelat i fem divisioner, en division för utveckling av nationella hälso- och sjukvårdsplaner, en division för hälso- och sjukvårdens struktur och organisation, en division för utveckling av hälsofrämjande åtgärder, en division för miljömedicinsk verksamhet och en administrativ division. I varje division finns 6–8 sektioner som leds av medarbetare med självständigt budget- och programansvar.

Europakontoret har fyra officiella arbetsspråk, engelska, tyska, franska och ryska, vilket innebär att alla väsentliga rapporter måste publiceras på fyra språk. Som i andra FN-organisationer är beslutsgång och administrativ verksamhet, framförallt sedd ur skandinavisk synvinkel, hierarkiskt uppbyggd. Detta utesluter dock inte en öppen konstruktiv diskussion och medför trots allt en viss flexibilitet i interna arbetet.

Från problem till policy

Något förenklat kan man påstå att de första 30 åren av WHOs verksamhet kännetecknades av programorienterade aktiviteter. Man hade särskilda program för tex mentalsjukvård, hjärt-kärlsjukdomar, infektionssjukdomar och barnsjukdomar för att nämna några exempel. Den snabba medicinska utvecklingen under 1960-talet medförde, såväl nationellt som internationellt, en förskjutning av intresset från behandlande till förebyggande åtgärder. Detta var en av anledningarna till att WHO och FNs barnfond, UNICEF, 1978 ordnade en gemensam konferens i Kasakstans huvudstad Alma Ata i Sovjetunionen. Konferensen mynnade ut i den sk Alma Ata-deklarationen och med denna som bas utarbetade WHO sedan sitt primärhälsovårdsprogram

I och med Alma Ata konferensen kom WHO's arbetssätt att från programorienterad bli mer policyorienterad

som också lanserades under slogan "Hälsa för alla år 2000".

I och med Alma Ata-konferensen kom WHOs arbetssätt att ändras; från att tidigare ha varit programorienterad blev man nu mycket mera policyorienterad. Hälso- och sjukvårdsprinciper på internationell och regional nivå utvecklades som stöd för medlemsstaternas egna ambitioner.

Hälsa för alla år 2000 innebär naturligtvis inte att alla människor är friska då och inte behöver hjälp från hälso- och sjukvården – detta vore en orimlig tanke. Hälsa för alla innebär däremot som princip att vi inser att vi alla, på ett eller annat sätt, kan påverka vår egen hälsa och förebygga ohälsa och sjukdomar. Förhoppningsvis innebär också hälsa för alla att vi skall ha lika tillgång till sjukvård på adekvat nivå när så erfordras.

WHOs "Hälsa för alla" princip utarbetades i Genève och resulterade i en serie "Hälsa för alla-publikationer" med riktlinjer för målsättning, uppföljning och utvärdering av nationella hälso- och sjukvårdsprogram. WHOs målsättning är att stimulera medlemsstater till fortsatta ansträngningar att utveckla nationella hälso- och sjukvårdsplaner med hälso- och sjukvårdssystem, baserade på primärhälsovårdens principer.

Europeisk målsättning

Med utgångspunkt från WHOs globala målsättning om hälsa för alla utarbetade Europakontoret i början på 1980-talet ett särskilt målsättningsdokument. Detta dokument accepterades av de europeiska medlemsstaterna vid ett regionalkommittémöte 1984. I detta dokument drar WHO upp riktlinjer för Europastaternas fortsatta arbete beträffande hälso- och sjukvårdsstatistik, livsstilsrelaterade problem, miljömedicinska problem, hälso- och sjukvårdsorganisation samt forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvårdssektorn. Med hjälp av en

.....

De flesta medlemsstaterna i Europaregionen är på god väg att förbättra sin situation inom hälso- och sjukvård

.....

serie indikatorer lovade också medlemsstaterna att regelbundet rapportera förändringar till WHO.

Den första utvärderingen gjordes 1985 och de trendanalyser man kan göra på basen av det insamlade materialet visar att de flesta medlemsstaterna är på god väg att förbättra sin situation inom hälso- och sjukvården. Naturligtvis beror detta på de enskilda medlemsstaternas egna ambitioner men där WHO kan ha medverkat genom att stimulera till fortsatt erfarenhetsutbyte.

På basen av gjorda utvärderingar, som dock ofta är vanskliga att bedöma, kan man dock säga att intresset för hälso- och sjukvårdsplanering utvecklats betydligt under de senaste 10 åren i många av Europaregionens medlemsstater. Omkring en tredjedel av dessa har nu utarbetat hälso- och sjukvårdsplaner på nationell nivå i enlighet med WHOs "hälsa för alla" princip. En tredjedel har sådana planer på gång, medan ungefär en tredjedel av medlemsstaterna tills vidare inte är beredda, av olika skäl, att utarbeta sådana planer.

Utvecklingstendenser

Generellt kan man nog säga att intresset för utveckling av nationella hälso- och sjukvårdsplaner i princip är stort, gärna då med tonvikten på hälsovårdens betydelse i ett längre perspektiv. Å andra sidan finns det tecken som pekar på att man på nationell nivå blir mer och mer bekymrad över de dagsaktuella problemen; AIDS-problematiken, äldreomsorgen och sjukhusköer tenderar att ta över på det politiska prioriteringsstrycket.

Primärhälsovården som princip accepteras men har svårt att tränga igenom i redan etablerade hälso- och sjukvårdssystem. Utvärderingar ger också vid handen att intresset för livsstilsrelaterade problem ökar och är starkt – det finns en tendens att lägga tillbaka ansvaret på individen; genom att inte röka, dricka mindre, äta mindre, motionera mera, skall vi alla bidra till att höja folkhälsan och på det viset belasta sjukvården mindre. Relationerna mellan sociala situationer och ohälsa betonas – arbetslöshetens betydelse står klar samtidigt som samhällets ansvar för hälsa ändå poängteras. Sociala nätverkens avgörande betydelse betonas och är lika relevant för alla åldersgrupper, men kanske särskilt för

yngre och äldre. Nyfattigdomens ohälsa och sjukdomar gör sig mer och mer gällande framför allt i storstadsområdena. Urbaniseringsprocessen i förning med åldersutvecklingen med allt fler gamla som blir allt äldre skapar nya och svårbemästrade problem.

Det säger sig självt att WHO saknar förutsättningar för att lösa sådana här problem. Däremot kan WHO bidra till att sammanställa bakgrundsmaterial för att belysa problem inom olika samhällsområden. Det intersektoriella arbetet framstår som alltmer

väsentligt – många av dagens hälsorelaterade problem måste finna lösningar utanför hälso- och sjukvårdssystemets ramar. Glädjande nog har öppenheten i dialogen ökat internationellt så man kan diskutera hälso- och sjukvårdsproblem som indikatorer på utvecklingen i samhället i övrigt.

Kanske detta är en av WHO:s viktigaste uppgifter – att stimulera den internationella diskussionen och bidra med exempel på och förslag till tänkbara och långsiktiga lösningar.

The Hastings Center – ett centrum för forskning och utbildning inom medicinsk etik

Det finns i USA ett flertal olika centra för forskning och kvalificerad utbildning inom medicinsk etik. Det mest kända är the Hastings Center i Hastings-on-Hudson, strax norr om New York. Det har en speciell klang för svenska öron, då det var där Clarence Blomqvist utarbetade Hawaii-deklarationen, internationellt accepterade etiska riktlinjer för psykiatrin, ett verkligt stort unikt svenskt bidrag till den medicinska etiken.

Hastings har haft stor betydelse genom sina bidrag att ge riktlinjer för en rad stora och svåra etiska problem. Mest känt i svensk diskussion är väl centrets grundläggande arbete när det gällt riktlinjer för dödsriterier, i stort sett underlaget för det som nu är rådande lagstiftning i Sverige.

Centret har också nyligen avslutat ett annat 2-årigt projekt med riktlinjer när det gäller organ-donation.

Andra aktuella frågor som behandlats i olika arbetsgrupper är

- etiska frågor i spädbarnsvården
- riktlinjer för avslutning av behandling
- etiska frågor när det gällt Aids
- etiska frågor och hälsoekonomi
- etiska frågor vid avinstitutionalisering

Det sistnämnda projektet pågår för närvarande och är framförallt inriktat på vårdssituationen

för det ökande antalet äldre i USA. Man försöker här dra lärdomar från de många misslyckanden som avinstitutionaliseringen inom psykiatrin har medfört.

Centret ger ut en varannan månad utkommen Hasting Center Report som intar en rangställning i den allt större floran av tidskrifter inom medicinsk etik. Rapporten sändes till associerade medlemmar till Hastingcentret, nu cirka 11 000, vilket man kan bli genom att skriva till the Hastings Center, 360 Broadway, Hastings-on-Hudson, N.Y. 10706, USA. Medlemsavgiften är för närvarande \$38 för enskilda \$48 för institutioner och bibliotek.

Centret har också ett antal program för forskning och undervisning, alltifrån möjligheter för avancerade forskare att tillbringa några veckor till någon månad (för att diskutera ett aktuellt problem med centrets experter) till "internship" för forskarstuderande (som kan vistas 4–6 veckor vid centret.)

Ett studiebesök på Hastings är en synnerligen angenäm upplevelse. Man får en lättsam men ändå koncis presentation av verksamheten samtidigt som man i lämplig utsträckning lämnas åt sig själv för att vandra i centrets utomordentliga bibliotek, vänligt hjälpt av den förträffliga bibliotekarien Marna Howarth.