

Primær sundhedstjeneste bidrager til global sundhed

Mette Morre Aabenhus, Michael Schriver & Per Kallestrup

STATUSARTIKEL

Center for Global Sundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

I 1978, da danske *Halfdan Mahler* var generalsekretær for WHO, blev det med Alma-Ata-deklarationen [1] for første gang understreget, at integreret primær sundhedstjeneste er det bedste redskab i bestræbelserne på at opnå global sundhed. Den ambitiøse hensigtserklæring var »Sundhed for alle i år 2000«. Om end det var en vigtig motivationsfaktor for sundhedsprofessionelle, der var involveret i bekæmpelsen af ulighed og uretfærdighed i global sundhed, blev målet som bekendt ikke nået. I 1980'erne og 1990'erne var mange lavindkomstlande præget af økonomisk stagnation, politisk ustabilitet og et internationalt pres om at reducere de offentlige udgifter. Samtidig opstod hiv/aids-epidemien og en deraf følgende stigning i tuberkuloseforekomsten. Dette var med til at trække fokus væk fra primær sundhedstjeneste og over på bekæmpelse af nødsituationer med høj mortalitet [2, 3]. I 2008 udkom WHO-rapporten: Primary health care: now more than ever [2], hvori det endnu engang blev slået fast, at en velfungerende primær sundhedstjeneste er vejen frem for at sikre kompetent, omkostningseffektiv levering af sundhedsydelser til verdens befolkning.

VERTIKAL OG HORIZONTAL TILGANG TIL SUNDHED

Verden har aldrig været sundere, end den er nu: Folk lever længere, børnedødeligheden er faldet, og adgang til vand og sanitet er betydelig forbedret. De re-

surser, der er allokeret til sundhed på verdensplan, har aldrig været større [2]. Samtidig er der fortsat store, og nogle steder voksende, økonomiske og sociale uligheder, og ressourcerne forvaltes stadig ikke, så de, der har det største behov, prioriteres højest, sådan som Alma-Ata-deklarationen ellers fordrede [2].

Ud over WHO har det internationale bidrag til global sundhed mange medspillere: store private fonde, adskillige bi- og multilaterale organisationer, erhvervslivet og indflydelsesrige personligheder, heriblandt præsidenter, premierministre, finansministre og popstjerner [3]. Bidraget, især fra store fonde som The Global Fund og Bill & Melinda Gates Foundation, er først og fremmest rettet mod bekæmpelse af de store infektionssygdomme hiv/aids, tuberkulose og malaria. Disse massekampagner, hvor enkelte sygdomme opspores og behandles, kaldes også vertikale programmer (VP). Tilgangen er »donorvenlig« med velafgrænsede, målbare succeskriterier, der søges opnået ved selvstændige projekter. Den vertikale tilgang kritiseres imidlertid bl.a. for at være fragmenterende for sundhedsvæsenet og for at sætte hospitalerne i centrum frem for lokale sundhedsklinikker [2]. De ganske betydelige interventioner (iværksat som VP) har tydeliggjort, at disse ikke lykkes uden en velfungerende primær sundhedstjeneste [4].

Den primære sundhedstjeneste er kendetegnet ved at gøre kvalificerede og patientcentrerede sundhedsydelser tilgængelige for alle i samfundet; dette er den horisontale tilgang, hvor lighed og universal adgang er omdrejningspunkt. Med en bred biopsykosocial referenceramme kan man i den primære sundhedstjeneste undersøge, diagnosticere og behandle en bred vifte af patienter [5]. Det er flere gange påvist, at jo stærkere den primære sundhedstjeneste er, jo mere omkostningseffektivt er sundhedssystemet, og des mere sundhed opnår indbyggerne [6, 7]. I økonomisk ulige samfund, såsom flere lavindkomstlande, er denne sammenhæng endnu stærkere [7-9]. Et studie i forebyggelse af børnedødelighed viser, at i de 42 lande, hvor 90% af verdens børnedødelighed sker, kunne 63% være undgået med en effektiv primær sundhedstjeneste [10].

DEN DIAGONALE TILGANG

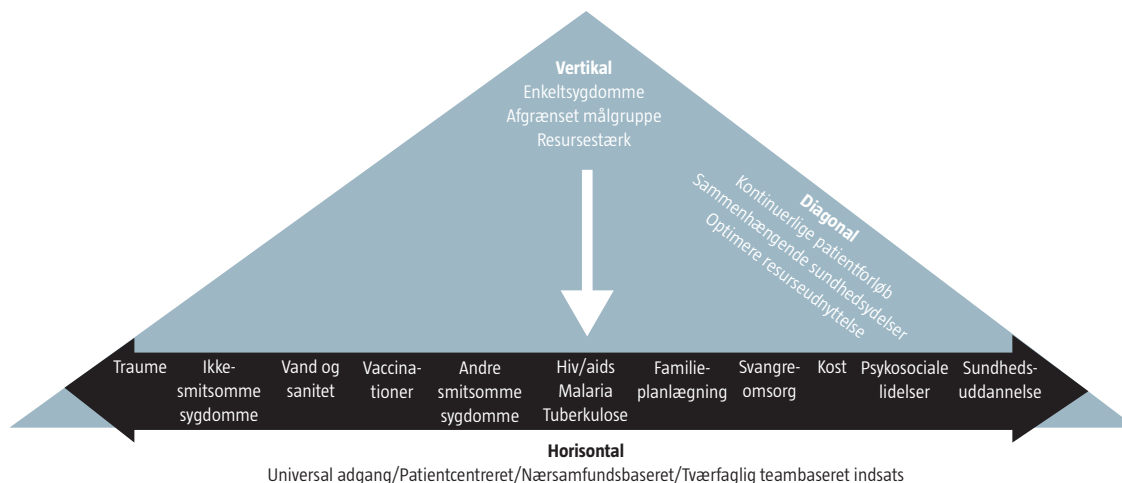
Berøringsfladen mellem VP og den primære sundhedstjeneste er varierende og afhænger af flere fakto-

Ved indgangen til Victoria Falls Hospital er værdigrundlaget eksplicit.
Foto: Per Kallestrup.





FIGUR 1



Vertikal, horisontal og diagonal sundheds-tjenestetilgang.

rer (Figur 1). Det er ikke fuldt belyst, hvad der gør, at nogle VP styrker det samlede sundhedsvæsen, mens andre underminerer det [11].

VP har gjort og gør meget godt for verdenssundheden, eksempelvis i form af udryddelse af kopper og fokuseret arbejde med forebyggelse og behandling af hiv/aids, tuberkulose og malaria. VP kan være til inspiration og støtte for den primære sundhedstjeneste, og mange steder oplever man, at VP bidrager til vedligeholdelse af bygninger og medicinsk udstyr samt gør medicin og laboratorieudstyr tilgængeligt for andre end programmernes primære målgrupper [12]. Når det gælder personressurser, kan VP supplere med teknisk support, supervision og færdighedstræning af sundhedsarbejdere sideløbende med programmerne [11].

Men VP integreres ikke automatisk i lokale sundhedssystemer, og i Afrika er det stadig almindeligt at se nybyggede, velbemandede hiv-klinikker side om side med forfaldne lokale sundhedsklinikker, mens der er begrænset sammenkædning af ydelserne [13]. VP støttes massivt af eksterne midler, sommetider helt uforholdsmæssigt. Et land som Rwanda, der har en hiv-prævalens på 3,1% og et årligt samlet sundhedsbudget på 37 mio. USD, har i 2003-2008 modtaget 187 mio. USD i eksternt støtte alene til hiv/aids-bekæmpelse. Der er lignende eksempler fra Uganda, Mali og Etiopien [2, 9]. Det er problematisk, at hiv/aids får så stor opmærksomhed, da andre sygdomme ofte udgør større folkesundhedsproblemer [8, 14]. Ikke mindst er forekomsten af ikkesmitsomme og kroniske sygdomme stigende i mange lavindkomstlande. Der er sket et markant skift, idet dødsårsagerne tidligere hovedsageligt var infektionssygdomme og fødselskomplikationer, mens det nu er ikkesmitsomme

sygdomme, der udgør en stor og stadig stigende del af sygdomsbyrden. Dette skift medfører et endnu større behov for, at tilgangen til sundhed bliver mere person- end sygdomsorienteret [2]. Med hensyn til sundhedsarbejderne bliver læger og andet personale i VP i nogle tilfælde lønnet tre gange højere end statsansat sundhedspersonale, hvilket forårsager en såkaldt intern *brain drain* i lande, som i forvejen er belastet af eksternt *brain drain* til udlandet [2, 11]. Endvidere kan eksternt finansiering af parallelle sundhedsprogrammer virke hæmmende på det ansvar og engagement, som staten udviser for at forbedre sundhedsvæsenet [9].

VP's negative virkninger på det offentlige sundhedssystem nødvendiggør stillingtagen til, hvordan den vertikale og den horisontale tilgang kan sameksistere og komplementere hinanden [15]. I Mozambique er vertikale hiv-programmer blevet integreret i den primære sundhedstjeneste, hvilket har resulteret i betydelige forbedringer af sidstnævnte, hvad angår infrastruktur og træningsprogrammer for personalet. Også hiv-programmerne har oplevet forbedret langtidsbehandling af tuberkulose og hiv m.fl. i antiretroviral behandling, færre *loss to follow-up* og større geografisk dækning end før integrationen med den primære sundhedstjeneste [13]. Denne tilgang giver et nyt momentum i indsatsen for den bæredygtige primære sundhedstjeneste, der her er et middel til at nå målet [4, 13]. Derfor taler man om den diagonale tilgang [16]. Denne lægger op til et sundhedssamarbejde på tværs af professioner, strategier og interesser, hvor f.eks. forebyggelse og behandling samt primær og anden sundhedstjeneste udgør sammenhængende enheder i et samlet sundhedssystem med en fælles målsætning om sundhedsfremme.



TABEL 1

Resultater 15 år efter implementeringen af Programa Saúde da Família i Brasilien, som findes i 95% af alle kommuner i Brasilien og dækker 55% af befolkningen.

Reduktion i spædbørnsdødeligheden fra 48 til 17 pr. 1.000
25% færre hospitalsindlæggelser for diabetes og slagtilfælde
67% færre undervægtige børn < 5 år
75% af de gravide modtager antenatal rådgivning
95% af spædbørn i de fleste kommuner er vaccineret mod difteri, tetanus og pertussis

I overensstemmelse med dette anbefaler initiativet »15 by 2015« [17], at minimum 15% af de økonomiske midler til VP skal allokere til at styrke en integreret lokal primær sundhedstjeneste.

STRATEGIER TIL GLOBAL UDVIKLING OG IMPLEMENTERING AF EN BÆREDYGTIG PRIMÆR SEKTOR

Forskellige studier i OECD-middelindkomst- og -lavindkomstlande tyder på, at en integreret primær sundhedstjeneste er vejen frem for global sundhedsfremme [2, 6]. Det er vigtigt at kende den lokale kontekst og inddrage lokale aktører og civilsamfundet samt at studere forskellige modeller og internationale anbefalinger i forbindelse med udvikling af en lokal strategi for bæredygtig primær sundhedstjeneste [18].

Sundhedstjeneste i lokalsamfundet

Brasilien er et eksempel på et middelindkomstland, hvor man har opnået betydelig fremgang i den generelle sundhed på få år ved implementering af en stærk primær sektor, inspireret af principperne i Alma-Ata-deklarationen (Tabel 1). Programa Saúde da Família eller familiesundhedsprogrammet, som udgør krumtappen i interventionen, er baseret på multidisciplinære team, der består af 7-9 personer: en læge, en sygeplejerske, en sygehjælper og herudover

4-6 sundhedsarbejdere. Sidstnævnte er lokale og har hver især ansvar for 120 familier i teamets område (maks. 5.000 borgere), hvor de står for månedlige hjemmebesøg [19]. Det brasilianske familiesundhedsprogram er et godt eksempel på en struktur, hvor mindst fire væsentlige værdier inden for primær sundhedstjeneste indgår: 1) lige adgang, 2) fokus på individ og familie over tid, 3) lokal adgang til en række sundhedsydelser, 4) koordinering ved henvisning til andre [2].

Lignende systemer har haft tilsvarende effekt i Costa Rica [6].

Politiske og ledelsesmæssige reformer

Det brasilianske eksempel bygger på et gennemgribende socialpolitisk reformarbejde, der har stået på siden 1988. Det har til formål at samle sundhedssystemet ved at inddrage lokalsamfundet [19]. Byggestenene for en effektiv primær sundhedstjeneste er politiske reformer og indsatsområder. Det gælder f.eks. finansiering, logistik til sikring af essentiel medicin og teknologi, rekruttering og uddannelse af sundhedsarbejdere, kvalitetssikring og infrastruktur [2]. Inddragelse af lokalsamfund inkluderer også samarbejde med traditionelle healere. De har ofte udpræget kendskab til lokalsamfundet og er mange steder de første, patienterne henvender sig til ved sygdom [20]. Der bør gøres brug af moderne informationssystemer, herunder f.eks. lokale sundhedsarbejdere med smartphones til patientregistrering og monitorering, *guidelines*, *e-learning* og telemedicin [21].

Sundhed skal betragtes som et tværgående tema, der bør tænkes ind i ethvert politisk forslag. En forudsætning herfor er, at der på alle offentlige niveauer udvikles, deles og anvendes viden om ledelses- og forvaltningsmetoder, der bedst understøtter de nødvendige politiske reformer [2].

FREMTIDEN

Primær sundhedstjeneste er i dag ikke alene et værdibaseret redskab for lighed og social ansvarlighed i sundhed; det er også et afgørende strukturelt og evidensbaseret redskab til at opnå universel adgang til sundhedsydelser. Betydningen af lokal kontekst for at udvikle et effektivt og sammenhængende sundhedssystem gør, at lokalt, nationalt og internationalt samarbejde samt yderligere forskning på området er vigtig. I Danmark er Dansk Selskab for Almen Medicin Partners in Practice og Center for Global Health på Aarhus Universitet (GloHAU) optaget af området. Den diagonale tilgang er et fokusområde for GloHAU, der herved ønsker at komplementere Danmarks øvrige aktører på feltet.



FAKTABOKS

Primær sundhedstjeneste (horisontal tilgang) blev i 1978 med Alma-Ata-deklarationen udpeget som det bedste redskab til at nå målet om Sundhed for alle år 2000.

I dag udøves global sundhedsfremme ofte med fokus på bekæmpelse af enkelt sygdomme (hiv/aids, malaria, tuberkulose) – de såkaldte vertikale programmer.

Resultaterne af studier dokumenterer, at primær sundhedstjeneste er mest omkostningseffektiv til sundhedsfremme for alle og samtidig en måde at udligne samfundets uligheder på.

Flere organisationer er gået sammen om initiativet »15 by 2015« med målet, at 15% af de økonomiske midler til vertikale projekter skal allokere til at styrke en integreret primær sundhedstjeneste – den diagonale tilgang.

KORRESPONDANCE: Per Kallestrup, Center for Global Sundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Bartholins Allé 2, 8000 Aarhus C.

E-mail: kallestrup@dadinet.dk

ANTAGET: 1. februar 2012

FØRST PÅ NETTET: 26. marts 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. World Health Organization. Alma-Ata declaration. International Conference on Primary Health Care, 6-12 September 1978, Alma-Ata, USSR. 1978. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
2. The World Health Report. Primary health care – now more than ever. Geneva: WHO, 2008.
3. Mills A. Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches? *Bull World Health Organ* 2005;83:315-6.
4. Ooms G. Shifting paradigms: how the fight for “universal access to AIDS treatment and prevention” supports achieving “comprehensive primary health care for all”. *Global Health* 2008;4:11.
5. Olesen F. Almen praksis 30 år efter Alma-Ata-deklarationen. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2008;86:1139-49.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
7. Shi L, Starfield B, Politzer R et al. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37:529-50.
8. De Maeseneer J, Twagirumukiza M. The contribution of primary health care to global health. *Br J Gen Pract* 2010;60:875-6.
9. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D et al. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *Br J Gen Pract* 2008;58:3-4.
10. Jones G, Steketee RW, Black RE et al. Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.
11. Elzinga G. Vertical-horizontal synergy of health workforce. *Bull World Health Organ* 2005;83:242.
12. Pfeiffer J, Montoya P, Baptista AJ et al. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique – a case study. *J Int AIDS Soc* 2010;13:3.
13. Kerouan D. Health and development financing in Africa. *Lancet* 2009;374:435-7.
14. Sepúlveda J. Foreword in: Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press for The World Bank, 2006:xii-v.
15. Ooms G, Van Damme W, Baker BK et al. The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Global Health* 2008;4:6.
16. Atun R, de Jongh T, Secci F et al. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy Plan* 2010;25:1-14.
17. www.15by2015.org (1. aug 2012)
18. Keugoung B, Macq J, Buve A et al. The interface between health systems and vertical programmes in Francophone Africa: the managers’ perceptions. *Trop Med Int Health* 2011;16:478-85.
19. Harris M. Brazil’s Family Health Programme - a cost effective success that higher income countries could learn from. *BMJ* 2010;341:1171-2.
20. Furin J. The role of traditional healers in community-based HIV care in rural Lesotho. *J Community Health* 2011;36:849-56.
21. Mitchell M. Task shifting - maintaining quality whilst improving availability of services (Enreca Health Conference 2011). www.enrecahealth.dk/conference/programme (1. aug 2012).

Løsninger på den globale mangel på sundhedspersonale

Michael Schriver¹, Gideon Ertner², Mette Morre Aabenhus¹ & Per Kallestrup¹

Fundamentet i ethvert sundhedssystem er sundhedsarbejderne [1, 2]. De er ansat i klinikker, på apoteker og hospitalsafdelinger, de diagnosticerer patienterne, ordinerer og administrerer medicin, yder pleje og omsorg samt giver information om plan og prognose. Det er også dem, som arbejder på forskningsinstitutioner, dem, som indhenter informationer til udpejning af indsatsområder, og dem, som sidder i administrationerne, leder arbejdsindsatsen og prioriterer resurserne. På alle niveauer i sundhedsvæsenet er det essentielt med kvalificerede sundhedsarbejdere, og disse er der globalt set mangel på.

KRISEN I ARBEJDSSTYRKEN ER ET FÆLLES PROBLEM

Sundhedsarbejdere er, bredt defineret, personer, som primært er engageret i opgaver, der har til hensigt at fremme sundhed [3]. WHO beskrev i 2006 et globalt deficit på 4 mio. sundhedsarbejdere, heraf 2,4 mio. læger, sygeplejersker og jordemødre [3]. I 57 lande er der en så kritisk mangel på sundhedsarbejdere, at det hindrer dem i at nå FN’s 2015-mål for reduktion i børne- og mødredødelighed. Seksogtredive af disse

lande er beliggende i Afrika syd for Sahara, hvor mange sundhedssystemer skal håndtere en høj befolkningstilvækst og en dobbelt sygdomsbyrde i form af en stigende forekomst af ikke-smitsomme sygdomme og en fortsat høj forekomst af personskader, psykisk sygdom og infektionssygdomme, f.eks. hiv/aids og tuberkulose [3-5]. Afrika syd for Sahara er hjemsted for 10% af verdens befolkning og 25% af sygdomsbyrden, men kun for 3% af de økonomiske resurser til sundhed og 1% af sundhedsarbejderne. Til sammenligning bor 5% af verdens befolkning i Nordamerika, hvor man finder 3% af sygdomsbyrden, 25% af sundhedsresurserne og 30% af sundhedsarbejderne [6] (Figur 1). Ud over at være et etisk problem er kontrasten et sundhedsproblem for alle verdens lande, der i stigende grad anses for at være gensidigt afhængige med hensyn til sundhedsfremme [6]. Sygdomme med pandemisk potentiale, f.eks. svært akut respiratorisk syndrom (SARS), der på dage spredes over kontinenter, skal bekæmpes ved et internationalt samarbejde. Sygdomme som polio, lepra og difteri kan bryde ud i lande med et ikkefun-

STATUSARTIKEL

1) Center for Global Health, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
2) Globale Læger, København