Gi rask respons på artikler gjennom artikkelens kommentarfelt på *tidsskriftet.no*. Respons som er postet innen én måned etter at artikkelen er publisert, vurderes for publisering som Brev til redaktøren i papirutgaven. Redaksjonen forbeholder seg retten til å foreta redaksjonelle endringer. Forfattere av vitenskapelige artikler har tilsvarsrett, jf. Vancouver-gruppens regler.

## Nye møteplasser på tvers av forvaltningsgrensene

I Tidsskriftet nr. 11/2013 etterlyser Sigrun Møgedal et sterkere samarbeid mellom helseforvaltningen og utenriks- og bistandsfeltet (1). Global helse kan lære mye fra miljøfeltet, både når det gjelder integreringen av det nasjonale og det internasjonale perspektivet i en nasjonal forvaltning, men også trekke lærdom fra de globale prosessene og de krevende forhandlingene. Et rent miljø og stabilt klima blir sett på som globale fellesgoder, som i praksis har vært gjenstand for harde globale forhandlinger. Fra miljøfeltet er det fruktbart å låne dette begrepet om globale fellesgoder. Helse kan også oppfattes som et globalt fellesgode, og understøttelse og vern av globale fellesgoder kan ikke vernes og støttes av bistand alene, men krever en samlet innsats på tvers av forvaltningsmessige skiller.

Innen utviklingspolitikken er det ikke lenger et like skarpt skille mellom giver- og mottakerland som før. Angola gir kriselån til Portugal, og flere andre afrikanske land har fått en stor middelklasse. Mottakerlandene er ikke lenger utelukkende mottakere, men også i økende grad selv givere og bidragsytere. Nigel Crisp, tidligere direktør for National Health Service i England, har pekt på at helsetjenester i lavinntektsland også kan vise til imponerende tiltak for innovativ organisering som senere er blitt etterliknet av høyinntektsland (2). Vi blir vitne til en kunnskapsoverføring den motsatte veien av det vi normalt er vant til, og nye tilnærminger til helse, helsetjenester og helseprofesjoner i lavinntektsland kan være like viktige som ideer fra rikere land (3). Det skarpe skillet mellom helseforvaltning og bistand, mellom nord og sør, er dermed ikke lenger like tydelig som før.

I den amerikanske globale helsestrategien tar man konsekvensen av at skillet mellom innenriks- og utenrikspolitikk ikke lenger er like skarpt, og man legger opp til en større samordning mellom akademisk medisin, helseforvaltning og det amerikanske utenriksdepartementet. Blant annet skal helsebyråkrater i det amerikanske føderale helsedepartementet på hospiteringsoppdrag for utenrikstjenesten for å sikre at kunnskap blir delt og erfaringer utvekslet for gjensidig nytte på tvers av forvaltningsgrenser. Samordning av global helsepolitikk på tvers av forvaltningen i USA forestås av et eget kontor for global helse. Akademisk biomedisin blir også trukket inn i samordningen. Den norske meldingen til Stortinget nr. 11 om global helse er ikke like konkret, og man trekker ikke opp, som Møgedal påpeker, noen konsekvenser for organisering og finansiering. Dette kan ha sammenheng med at norsk global helsepolitikk har vært personavhengig og i liten grad avleiret seg i form av konkret innenriks organisering og samarbeid.

Det er behov for å se nærmere på nettopp organisering og samarbeidsmønstre i den norske forvaltningen i form av for eksempel konkrete partnerskap og møteplasser på tvers av forvaltningsgrensene. Dette kan flytte global helsepolitikk et skritt videre i Norge. Av den grunn er Møgedals innlegg viktig.

**Kjetil Bordvik**
*kjetil.bordvik@getmail.no*

Kjetil Bordvik (f. 1980) er m.phil. i medisinsk antropologi og arbeider for FNs befolkningsfond (UNFPA) i København.
Ingen oppgitte interessekonflikter

**Litteratur**
1. Møgedal S. Global helse er målet – er helsebistand svaret? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1159.
2. Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the 21st century. London: RSM Press, 2010.
3. The Global Health Strategy of the U.S. Department of Health and Human Services. www.globalhealth.gov/pdfs/Global%20Health%20Strategy.pdf (12.8.2013).

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 13.6.2013. http://tidsskriftet.no/article/3018350/*

## Helsebistand og helseutvikling

I Tidsskriftet nr. 11/2013 skriver Sigrun Møgedal om helsebistand og helseutvikling (1).

Det er blitt vanskeligere, ikke lettere, å lage global helsekunnskap og sette den ut i livet. Dialogen mellom byråkrater og fagfolk er tynnet ut, og det er mest økonomer og vennene deres som får viljen sin, og som ofte tror dette er et spørsmål om incentiver. Og kvinner fortsetter å dø til tross for den fine retorikken som skal bekjempe det.

Når de gamle koster i global helse går av her hos oss, er det nesten bare meg igjen som hever røsten for bedre faglig kvalitet på helsetjenester for de fattigste i de fattige landene. I de 20 årene jeg har vært her ved Universitetet i Oslo har vi ikke fått én eneste stilling til i global helse eller i feltet kvinners helse for den saks skyld – til tross for alle ordene.

NORAD har aldri tid til dyp faglig oppfølging. Utenriksdepartementet svarer oftest ikke på mail. Forskningsrådet snakker om vaksine. Alle er tilsynelatende svært travle. Fattigdommen, ressursmangelen og kunnskapstørken består. På landsbygda i Malawi og Gambia er det langt til kompetent livreddende hjelp for helt vanlige problemer.

Og jeg skal snart pensjoneres, jeg også. I juni hadde vi to disputaser i arbeidshelse fra Palestina, og tre disputaser – endatil av kvinner – om mødrehelse i Malawi. Er det noen interesse for dette? Ikke i stor grad i alle fall.

**Johanne Sundby**
*johanne.sundby@medisin.uio.no*

Johanne Sundby (f.1951) er professor I ved Seksjon for internasjonal helse ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

**Litteratur**
1. Møgedal S. Global helse er målet – er helsebistand svaret? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1159.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 14.6.2013. http://tidsskriftet.no/article/3018350/*

## S. Møgedal svarer:

Bordvik og Sundby illustrerer lederartikkelens hovedpoeng (1): Norge trenger å ta nye grep i arbeidet med helsebistand og global helse. Dagens helseutfordringer sprenger rammen for hva nasjonale helsemyndigheter, norsk utenrikspolitikk og norsk helsebistand kan mestre på hvert sitt ansvarsområde. Helsefremmende nasjonal og internasjonal politikk må ses i sammenheng og forankres bedre i kunnskap.

>>>

Sundby ser tilbake og peker på erfaringene fra universitetsmiljøet, med fragmenterte investeringer, få stillinger og svake koblingspunkter til bistand og politikk.

Bordvik ser fremover og peker på arbeidet med miljø og bærekraftig utvikling som en mulig veiviser. Begge viser til at nytenkning, læring og kunnskapsutvikling nå går på tvers av tidligere skillelinjer mellom nord og sør.

Det er ikke vanskelig å gjenkjenne bildet Sundby tegner, med personavhengighet, manglende kapasitet og rom for dialog mellom universitetsmiljøet og forvaltningen. At det ikke er stillinger reflekterer også universitetenes egne prioriteringer. Svak dialog med forvaltningen speiler søkelyset på penger mer enn på kunnskap.

Gjennom flere tiår har forskningsprogrammer, med tilstrekkelig finansiering og bredde til å stimulere kunnskaps- og kapasitetsbygging som er relevant for folkehelse internasjonalt, vært etterspurt. Viktig arbeid er gjort med universitetenes mastergrads- og doktorgradsprogrammer med internasjonale studenter. Flere runder av i hovedsak bistandsfinansierte forskningsprogrammer med begrensede midler har kommet og gått. Global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) er siste versjon, riktignok med søkelyset på vaksine, men nå i økende grad med en bredere plattform, skapt sammen med Norsk Forum for Global Helseforskning (2). Her ligger det noe å bygge videre på som med fordel også kan omfatte forskning knyttet til global helse og utenrikspolitikk. Dette er i norsk egeninteresse og bør ikke, slik som i dag, være avhengig av bistandspenger, der målet primært er å skape resultater i land som fortsatt har store fattigdomsproblemer.

Å forstå helse som et globalt fellesgode, slik Bordvik peker på, er på mange måter fruktbart. Det har likevel vist seg vanskelig å bruke dette som driver for å overkomme de tunge egeninteressene som fastholder konfliktlinjene mellom land, både når det gjelder miljø og når det gjelder helse. Miljø er som helse helt avhengig av tverrsektorielt og mellomstatlig samarbeid, både nasjonalt og internasjonalt. Det er god grunn til å følge FN-forhandlingene om bærekraftig utvikling og de nye utviklingsmålene, der man på nytt setter søkelyset på sammenhengen mellom natur, økonomi og sosial utvikling. Her ligger nye perspektiver og muligheter for gjennomslag for global helse.

**Sigrun Møgedal**
*sigrun.mogedal@kunnskapssenteret.no*

Sigrun Møgedal (f. 1943) er lege og har diplom fra London School of Hygiene & Tropical Medicine. Hun var tidligere norsk ambassadør for aids og globale helseinitiativ. Nå er hun pensjonist/spesialrådgiver ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Oppgitte interessekonflikter: Forfatter var ansatt som spesialrådgiver i Utenriksdepartementet frem til alderspensjon i 2011.

**Litteratur**
1. Møgedal S. Global helse er målet – er helsebistand svaret? Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1159.
2. Norsk Forum for Global Helseforskning. www.globalhealth.no (14.8.2013).

## Faglig skjønn eller dårlig skjult pasientforakt?

Det er ikke lett å være lege i en oljerik velferdsstat. Jeg deler Magelssens & Melands virkelighetsbeskrivelse i Tidsskriftet nr. 11/2013 (1) et godt stykke på vei. Likeledes er det gode grunner til å stå sammen i kampen mot detaljstyring og forskriftsfesting av faget. Legen skal og må opprettholde en profesjonell rolleforståelse som er noe mer og annet enn å ekspedere bestillinger.

Når det er sagt, ser det ut til at forfatterne hengir seg til sin egen forestilling om pasientene som krevende, selvbevisste og rettighetsfokuserte. De følger i henhold til en slik logikk opp med en forståelse av legene som samfunnets moralske veivisere og voktere. Jeg synes innlegget – helt sikkert utilsiktet fordi jeg kjenner forfatterne som empatiske, dialogisk anlagte kolleger – bærer preg av pasientforakt og derved blir sin egen negasjon.

En god tommelfingerregel er at leger skal gi mest og best hjelp til dem som trenger det mest. Det er faktisk ikke legene som kan bestemme hvem som lider mest. Såkalte sårbare grupper er ofte ikke så veldig rettighetsfokuserte eller krevende, ei heller smarte brukere av helsetjenesten. De kommer for sent. De er ikke så flinke til å fremføre sitt ærend. De finner ikke veien. Det nylig fattede reservasjonsvedtaket i Legeforeningen om at leger bør gis anledning til å la sin egen samvittighet trumfe norsk lov og innvilges et personlig amnesti fra å oppfylle rett til helsehjelp, er i tråd med en pompøs rolleforståelse der legen gis rett til å tråkke på pasienten – i den beste hensikt, og ikke minst for at legen selv skal stå ren og klar tilbake på barrikaden for den gode sak.

Ja, leger forutsettes å besitte en følsom samvittighet og høy moral. Man må som utgangspunkt tenke at disse verdiene også besittes av pasientene, faktisk i samme grad. Anerkjennelse av likeverd er en tøff øvelse for mange leger. Leger har makt.

Det bekymrer meg at jeg mer enn fornemmer gammel laugselitisme og antidemokratisk tankegods i mye av det som nå kommer fra kollegiet som reaksjon på myndighetenes styringsiver. Å demme opp for detaljstyring og undergraving av faglig autonomi er viktig, men vi skyter oss selv i foten ved å ty til argumenter som undergraver selve berettigelsen av vår eksistens som hjelpere.

**Elisabeth Swensen**
*elswense@online.no*

Elisabeth Swensen (f. 1951) er kommuneoverlege og fastlege ved Seljord helsesenter.
Ingen oppgitte interessekonflikter

**Litteratur**
1. Magelssen M, Meland E. Fastlegers skjønnsutøvelse er truet. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1170.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 10.6.2013. http://tidsskriftet.no/article/3019034/*

## M. Magelssen & E. Meland svarer:

Det er alltid en fare i medisinen for å falle i én av to grøfter: 1. Arrogant og bedrevitende avvisning av pasienter. 2. Overdreven empati som skalkeskjul for selvforherligende og liberal likegyldighet.

Vi vil anbefale en sårbar, ydmyk og reflekterende innstilling for alle leger, slik at vi så langt det er råd, kan klare å unngå begge disse ytterlighetene. Takk til Elisabeth Swensen fordi hun advarer oss mot den ene av disse grøftene. Vi er opptatt av å unngå begge!

**Morten Magelssen**
*magelssen@gmail.com*
**Eivind Meland**

Morten Magelssen (f. 1978) er stipendiat ved Lovisenberg diakonale sykehus.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Eivind Meland (f. 1950) er professor ved Universitetet i Bergen og allmennpraktiserende fastlege ved Olsvik legesenter.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Dette er en redigert versjon av et innlegg publisert som rask respons på nett 18.6.2013. http://tidsskriftet.no/article/3019034/*

>>>