Global Health Norway`s Innspill til prosjekt Vendepunkt

Hovedbudskap

- **Global helse må fortsatt ha en tydelig plass i norsk utviklingspolitikk.** Norge har kompetanse, erfaring og langsiktige partnerskap som bør brukes videre.
- **Partnerlandenes behov må være utgangspunktet.** Norsk innsats bør styrke helsesystemet som helhet og bygge varig lokal kapasitet.
- **Primærhelsetjenester, forskning, utdanning og spesialisthelsetjenester må sees i sammenheng.** De er gjensidig avhengige deler av et fungerende helsesystem og bør ikke settes opp mot hverandre.
- **Bygg videre på partnerskap som har vist resultater.** Finansieringen bør være langsiktig og fleksibel og følge behov og resultater fremfor aktivitet i seg selv.
- **Tett et konkret gap for institusjonelle sykehuspartnerskap.** Norske sykehus har viktig kompetanse innen blant annet spesialistutdanning og helsetjenesteutvikling, men mangler en tydelig og langsiktig finansieringsmulighet for denne typen samarbeid.

Fra enkeltprosjekter til strategiske partnerskap

Prosjekt Vendepunkt spør hvor Norge kan gjøre størst forskjell, hvilke fortrinn vi har og hvordan utviklingsinnsatsen kan gi mer varige resultater. Global Health Norway mener global helse fortsatt må ha en tydelig plass i norsk utviklingspolitikk. Norge har over lang tid bygget betydelig kompetanse, erfaring og sterke internasjonale partnerskap som bør brukes videre og mer strategisk.

En fremtidig norsk innsats må ta utgangspunkt i partnerlandenes egne behov og prioriteringer og i helsesystemet som helhet. Folkehelse, forebygging og sterke primærhelsetjenester er avgjørende. Samtidig trenger land utdanningsinstitusjoner, forskning, sykehus, spesialistkompetanse og systemer som binder tjenestene sammen. Dette er ikke konkurrerende satsinger, men gjensidig avhengige deler av et fungerende helsesystem.

Mange gode partnerskap har vokst frem gjennom personlig engasjement hos norske forskere og helsearbeidere. Dette engasjementet er verdifullt, men fremtidens innsats bør i større grad være behovsdrevet og institusjonelt forankret. Behovene i partnerlandene bør komme først, og norsk kompetanse mobiliseres deretter.

Norge bør vurdere å konsentrere mer av den langsiktige innsatsen til land og områder der helsebehovene er store, norsk kompetanse er relevant og det er grunnlag for langsiktige partnerskap. Prioriteringene bør utvikles i dialog med partnerlandenes myndigheter og bygge på deres egne planer.

Bygg kompetansen der den skal brukes

WHO anslår at den afrikanske regionen kan mangle om lag 5,85 millioner helsearbeidere i 2030. Samtidig er mange utdannede helsearbeidere arbeidsledige eller underbeskjeftiget. Helsepersonellkrisen handler derfor ikke bare om å utdanne flere, men om hele kjeden fra utdanning og spesialisering til finansiering, ansettelse, geografisk fordeling og muligheten til å beholde og videreutvikle kompetansen.

Mangel på spesialister er en betydelig utfordring i mange lav og mellominntektsland. Spesialistutdanning må derfor være en del av langsiktig kapasitetsbygging. Dette står ikke i motsetning til satsing på primærhelsetjenester, forskning eller annen utdanning. Et fungerende helsesystem trenger kompetanse på alle nivåer og gode forbindelser mellom dem.

Langsiktige norske partnerskap har bidratt til å bygge lokal utdanningskapasitet. Erfaringer fra blant annet Etiopia og Malawi viser at partnerinstitusjoner kan gå fra å være avhengige av ekstern kompetanse til selv å utdanne spesialister og utvikle egne fagmiljøer.

Når institusjoner selv kan utdanne nye kull av helsepersonell, drive forskning, utvikle tjenester og spre kompetansen videre, fortsetter effekten etter at den norske innsatsen reduseres. Det gir en multiplikatoreffekt og kan samtidig redusere risikoen for «brain drain». Det er slike resultater Norge bør bygge videre på.

Finansier det som gir varig effekt

Erfaringene bør få konsekvenser for hvordan partnerskap finansieres. Antall personer som utveksles eller antall gjennomførte aktiviteter bør ikke i seg selv være et mål på hvor vellykket et samarbeid er.

Behovene endrer seg når partnerskap utvikles. I én fase kan gjensidig utveksling være viktig. Senere kan behovet være utdanning av lokale lærere og veiledere, spesialistutdanning, forskning, kvalitetsutvikling, ledelse eller videre institusjonsbygging. Finansieringen bør kunne følge denne utviklingen og rettes mot det som gir best dokumentert og varig effekt.

Målet bør være sterke partnerinstitusjoner som gradvis blir mindre avhengige av norsk støtte. At behovet for norsk støtte reduseres, bør være et tegn på at kapasitetsbyggingen har lykkes.

Et konkret gap i dagens virkemiddelapparat

Innenfor denne helheten ønsker GHN å løfte et konkret gap som nettverket har diskutert over tid.

NORHED har gitt universiteter og høyskoler mulighet til å søke langsiktig finansiering for samarbeid om høyere utdanning, forskning og institusjonsbygging. Norske helseforetak har ikke hatt en tilsvarende tydelig og forutsigbar finansieringsmulighet for langsiktige institusjonelle globale helsepartnerskap, til tross for at betydelig kompetanse innen utdanning av helsepersonell, spesialistutdanning, kvalitetsutvikling og helsetjenesteutvikling ligger i sykehusene.

Norec har vært en viktig samarbeidspartner. Gjennom gjensidig utveksling er det bygget relasjoner og kompetanse som i enkelte partnerskap har utviklet seg videre til lokal utdanningskapasitet og institusjonsbygging.

Malawi illustrerer dette. Et samarbeid med støtte fra Norec har bidratt til å bygge opp lokal spesialistutdanning innen blant annet nevrokirurgi og anestesiologi. Under covidpandemien ga større fleksibilitet i bruken av midlene mulighet til å videreføre utdanningsaktivitetene da ordinær arbeidsutveksling ikke kunne gjennomføres. Norec har senere vist til at denne typen støtte ikke kan videreføres innenfor dagens mandat.

Når et vellykket utvekslingssamarbeid utvikler seg videre til lokal utdanning og langsiktig institusjonsbygging, finnes det dermed ikke nødvendigvis et virkemiddel som kan følge partnerskapet videre.

GHN mener derfor at myndighetene bør vurdere en tydelig, konkurransebasert og flerårig finansieringsmulighet for institusjonelle sykehuspartnerskap. Den bør kunne støtte utdanning og kompetanseutvikling, spesialistutdanning, kvalitetsutvikling, forskning og institusjonsutvikling innenfor langsiktige partnerskap.

En slik finansieringsmulighet bør ikke etableres på bekostning av forskning, primærhelsetjenester eller andre globale helsesatsinger. Hensikten er å gjøre en viktig del av Norges offentlig finansierte helsekompetanse tilgjengelig innenfor en samlet og langsiktig global helseinnsats.

Dette er heller ikke et argument for å endre Norecs mandat. Gjensidig utveksling kan fortsatt være en verdifull del av større partnerskap. Ulike virkemidler bør kunne støtte ulike deler og faser av det samme samarbeidet.

Forskning må være en integrert del

Forskning må ha en sentral plass i en fremtidig norsk global helseinnsats. Norske universiteter og forsknings og kunnskapsinstitusjoner har gjennom flere tiår bygget sterke partnerskap i lav og mellominntektsland. Denne kapasiteten bør videreutvikles og kobles tettere til utdanning, folkehelse, helsetjenesteutvikling og institusjonsbygging.

Global helseforskning bør bygge på likeverdige partnerskap der forskningsspørsmål utvikles sammen med partnerinstitusjonene og tar utgangspunkt i deres kunnskapsbehov. Det innebærer rettferdig fordeling av finansiering, vitenskapelig lederskap, forfatterskap og tilgang til forskningsresultater. Ambisjonen bør være institusjoner som selv kan utdanne forskere, lede forskning og produsere kunnskap som brukes i eget helsesystem.

Implementeringsforskning kan bidra til å dokumentere hva som virker, under hvilke betingelser det virker og hvordan gode modeller kan tilpasses og skaleres. Forskning er dermed også viktig for å bruke utviklingsmidlene mer målrettet.

Fra norsk støtte til varig lokal kapasitet

Globalt helsesamarbeid gir også kunnskap tilbake til Norge gjennom andre sykdomsbilder, forskningsmiljøer, tjenestemodeller og løsninger utviklet under andre ressursbetingelser. Partnerskapene bør derfor bygge på gjensidig læring og likeverd.

Lokal og nasjonal ledelse må sikre at samarbeidet styrker landenes egne institusjoner og helsesystemer fremfor å etablere parallelle strukturer.

GHN foreslår ikke at Norge skal gjøre mer av alt innen global helse. Vi foreslår at Norge bruker kompetansen og ressursene vi allerede har mer strategisk, og bygger videre på modeller som har vist resultater.

Et vendepunkt i norsk global helseinnsats kan være å gå fra fragmenterte enkeltprosjekter til langsiktige institusjonelle partnerskap, fra aktivitet som mål til dokumenterte resultater, og fra langvarig avhengighet av ekstern støtte til institusjoner som selv kan utdanne, forske, utvikle tjenester og spre kompetansen videre.

Vennlig hilsen

Kristin Schjølberg

Styreleder

Global Health Norway