

Kan strategien for primær sundhedstjeneste genoplives 30 år efter Alma-Ata?

Stine Lund¹, Helene Bilsted Probst² & Ib Christian Bygbjerg³

STATUSARTIKEL

1) Danida HSPS Zanzibar, Sundhedsstyrelsen,
2) Afdeling for Sundhedsplanlægning, Københavns Universitet, og
3) Institut for International Sundhed, Københavns Universitet

I 1978 blev strategien for primær sundhedstjeneste med den ambitiøse dagsorden »Sundhed for alle i år 2000« [1] lanceret på et historisk møde, der var arrangeret af *World Health Organization* (WHO) og *United Nations International Children's Fund* (UNICEF) i Alma-Ata. Strategien var et vendepunkt i den globale sundhedspolitik, og den er tre årtier senere fortsat vigtig i indsatsen for bedre sundhed i både udviklings- og industrialiserede lande. Strategien oplever globalt en fornyet interesse og er i fokus i WHO's årsrapport »Primary Health Care – now more than ever«. Denne artikel fokuserer på strategiens betydning i udviklingslande gennem de seneste 30 år.

Strategien blev udviklet i en tid, der var præget af optimisme og idealisme, med en tro på primær sundhedstjeneste som en model til opnåelse af både sundhed og social retfærdighed i verden. Netop dette var essentielt for en af initiativtagerne, den berømte danske læge og daværende generalsekretær for WHO *Halfdan Mahler*. Strategien har haft forskellig betydning i industrialiserede og ikkeindustrialiserede lande, både fordi sundhedssystemerne var på et forskelligt udviklingsstadium i 1978, og fordi finansieringen af sundhedssystemerne har været meget forskellig. Social ulighed i adgangen til sundhedsydelser og i sundhedstilstanden er fortsat en udfordring – også i Danmark.

STRATEGIENS INDHOLD

Der findes ingen udtømmende dansk oversættelse af *Primary Health Care*, men vi har her valgt at benytte *primær sundhedstjeneste*. Begrebet primær sundhedstjeneste dækker mere end den sundhedsydelse, patienten modtager ved første kontakt med sundhedssystemet. I Alma-Ata-deklarationen beskrives således en holistisk, altomfattende strategi, hvor alle basale sundhedsbehov opfyldes ved minimum otte sundhedsydelser, der leveres til en befolkning ved brug af fem strategiske principper (Figur 1). Primær sundhedstjeneste er således både en strategi og den første kontakt mellem individet og sundhedssystemet [1] og defineres i Alma-Ata-deklarationen som »et basalt sundhedssystem, der er baseret på praktiske, videnskabeligt velfunderede og socialt acceptable metoder og teknologi, der er gjort universelt tilgængelig for in-

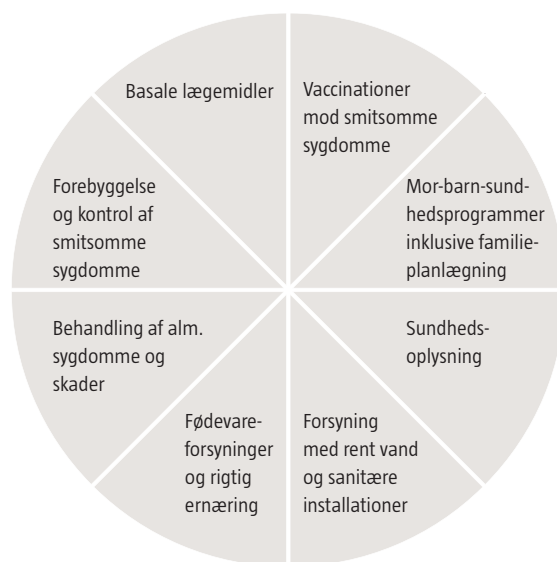
divider og familier i lokalsamfundet ved deres aktive inddragelse i udviklingen og til en pris, som lokalsamfundet og landet har råd til« [1].

Strategien markerede et skift fra en sygdomsorienteret biomedicinsk forståelse af sundhed til fokus på den sociale og økonomiske kontekst [1, 2]. Hvor der i 1950-1960'erne blev etableret hospitaler i de større byer, flyttede opmærksomheden sig nu til landområder samt til forebyggelse frem for behandling. Primær sundhedstjeneste forventedes at blive en integreret del af landets sundhedssystem og den sociale og økonomiske udvikling. Strategien var baseret på erfaringer fra forskellige sundhedssystemer, men det var kun Kina, der med dets netværk af barfodslæger understøttet af tværsektorielle initiativer i landområderne havde demonstreret succes på en national skala [2].

Målsætningen var at opnå »sundhed for alle«. Hermed mente man ikke frihed for sygdom, men ret-

FIGUR 1

Primær sundhedsstrategiens otte basale elementer og fem strategiske principper.



Fem strategiske principper: adgang til sundhedsydelser, lighed, lokalsamfundets aktive deltagelse, brug af egnet teknologi og tværsektorielt samarbejde.

ten til at opnå et niveau af sundhed, der tillader alle at leve socialt og økonomisk produktive liv [1, 2]. Fokus på lighed og på de mest sårbare befolkningsgrupper, samt involvering af alle i beslutninger og handlinger for bedre generel sundhed, var revolutionerende. Social retfærdighed blev en integreret del af sundhedsplanlægning.

IMPLEMENTERING AF STRATEGIEN FOR PRIMÆR SUNDHEDSTJENESTE

I årene efter 1978 fik sundhedsvæsner, der var baseret på primær sundhedstjeneste, forskellige udtryk [3-5]. Det skyldes formentlig, at strategien ikke giver sammenhængende retningslinjer for implementeringen, men mere er at betragte som en holistisk filosofi [2], der skal tilpasses landenes forskellige sociale, politiske og økonomiske vilkår.

Specielt implementeringen af de strategiske principper får stor betydning for måden at yde sundhedsydelser på. Deltagerorientering og tværsektorielt samarbejde har været de måske vanskeligste principper at implementere [2]. Med deltagerorientering menes, at landsbybefolkningen bliver i stand til at identificere egne sundhedsproblemer og prioriteter og kan handle herpå. Dette forsøges opnået ved uddannelse af landsbysundhedsarbejdere såsom barfodslæger og traditionelle fødselshjælpere samt etablering af lokale sundhedsråd, via hvilke lokalbefolkningen har en rolle i planlægningen af sundhedsindsatsen. Samarbejdet med andre sektorer som uddannelse, landbrug, vand og sanitet har ligeledes endnu ikke nået sit fulde potentiale [2], selvom der er enkeltstående succeshistorier [3, 4].

Implementeringen af strategien går ikke så hurtigt som håbet i 1978. Den økonomiske krise ændrede den globale udviklingspolitik i neoliberalistisk retning, hvilket ofte resulterede i en reduktion i sundhedsbudgetterne [2]. I Verdensbankens årsrapport fra 1993 estimeres det, at en basal pakke af sundhedsydelser koster 12 USD pr. person. I 2001 mente sundhedsekonomen *J. Sachs*, at mindsteprisen var 34 USD pr. person [5], altså langt mere end mange lavindkomstlande har råd til: Kun ti af 46 lande i Afrika brugte i 2006 mere end 34 USD pr. person på sundhed [5]. Samtidig ændres sygdomsbilledet: Hiv/aids-epidemien og den medfølgende øgede forekomst af tuberkulose dræner både økonomiske og menneskelige resurser.

Mange lavindkomstlande har i 1978 ikke sundhedssystemer, der er i stand til at varetage implementering af primær sundhedstjeneste. Ved Bamako-konferencen ti år senere erkendte de afrikanske lande, at det er gennem opbygning og styrkelse af distriktsundhedssystemet, at strategien kan implementeres.



Et typisk distriktsundhedssystem består af et distrikthospital og 10-12 mindre sundhedsklinikker. Her venter patienter foran en sundhedsklinik i Zanzibar.

Distriktet skal koordinere, planlægge, implementere og sikre landsbyinvolvering i såvel offentlige som private sundhedstilbud [6]. Samtidig kræves, at der er sammenhæng mellem de forskellige niveauer (landsby, sundhedsklinikker og hospitaler), altså et kontinuert sundhedstilbud for patienten og en integreret sundhedsindsats [2, 6].

SELEKTIV PRIMÆR SUNDHED

Allerede året efter Alma-Ata-deklarationens tilblivelse blev den holistiske tilgang udfordret med begrebet selektiv primær sundhedstjeneste, der anvendes til at argumentere for, at ydelser, der er rettet mod de vigtigste sygdomme, mest effektivt øger sundhedstilstanden for flest [7].

Via begrebet selektiv primær sundhedstjeneste introduceredes evidensbaserede løsninger til bestemte sygdomme i såkaldte vertikale programmer, der typisk implementeres uden om eksisterende strukturer i sundhedssystemet. Beslutningskompetencen fratages dermed distriktsundhedssystemet og lokalsamfundet, men der opnås til gengæld med en målrettet indsats høj dækningsgrad – f.eks. af vaccinationer.

Donorer finder ofte de relativt hurtige, målbare resultater attraktive, og vertikale programmer har modtaget store investeringer gennem initiativer som *Clinton Global Initiative*, *Bill & Melinda Gates Foundation*, det amerikanske regeringsprogram mod aids, *The US President's Emergency Plan for AIDS Relief* og *Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* [7, 8].

Tilhængere hævder, at vertikale programmer er mere effektive og nødvendige i en verden med begrænsede ressourcer. Kritikere mener, at tilgangen skaber et fragmenteret sundhedssystem og modarbejder den brede tværsektorielle og deltagerorienterede



FAKTABOKS

**HALFDAN MAHLER OG MARGARET CHAN
OM PRIMÆRSUNDHEDSSTRATEGIEN**


Dr. Halfdan Mahler,
generalsekretær, WHO, 1973-1988

»Det var et af de sjældne øjeblikke, hvor en sublim konsensus om global sundhed voksede mellem de rige og fattige«.

»Det var min drøm, og jeg troede stadig, at politikerne mente det, når de sagde, at de ville udrydde fattigdom«.



Dr. Margaret Chan,
generalsekretær, WHO, 2006-

»Det er min overbevisning, at vi ikke er i stand til at nå 2015-målene, medmindre vi vender tilbage til værdigrundlaget, principperne og elementerne i primærsundhedsstrategien«.

Kilde: WHO

tilgang, samtidig med at sygdomme eller områder, som ikke er omfattet, bliver negligeret [7, 8]. Eksempler på dette er andre infektionssygdomme, kroniske og psykiske sygdomme og mangel på sundhedspersonale. Det er paradoksalt, at kanalisering af donormidler gennem vertikale programmer erfaringsmæssigt svækker infrastrukturen og dræner systemet for det sundhedspersonale, der er nødvendigt for forebyggelse og behandling af almindelige, men dødelige sygdomme såsom diarre og respiratoriske infektioner [8, 9].

FN's 2015-mål blev lanceret i 2000 som udviklingsprioriteterne i de næste 15 år. De har stort fokus på sundhed, idet tre ud af otte mål er sundhedsrelaterede. Ved at fokusere på resultater inden for enkelte sygdomme (malaria, tuberkulose, hiv/aids) eller snævre problemområder (mor-barn-sundhed) giver også de indtryk af en vertikal tilgang [10].

Skismaet mellem tilgangene – selektiv og holistisk, vertikal og horisontal, *top-down* og *bottom-up* – har eksisteret i tre årtier og oftest med en enten-ellerfortolkning. Nu sker der et skift mod kombineret og tilstræbelser af synergi. FN har indset, at 2015-målene ikke nås uden fokus på selve sundhedssystemet. Det samme gælder for de globale fonde, hvor man i stigende grad har tilladt projekter, der arbejder med at styrke sundhedssystemer. Ifølge Danida's Årsrapport 2007 bidrager Danmark til de globale fonde, men arbejder samtidig aktivt for, at fondene tager højde for kritikken om, at »fondene ikke deltager tilstrækkeligt aktivt i bestræbelserne på at harmonisere sundheds-

bistanden og på at tilpasse den – og dermed styrke – ulandenes egne sundhedssystemer og -planer«.

PRIMÆR SUNDHEDSTJENESTE 30 ÅR EFTER ALMA-ATA

Nu 30 år efter Alma-Ata er den globale dødelighed for børn under fem år faldet fra 145 til 72 pr. 1.000 levende fødte [3]. Reduktionen på 50% rummer store regionale forskelle og er lavest (42%) i udviklingslandene [3]. Bruges den gennemsnitlige reduktion i dødelighed for børn under fem år fra 1990 til 2006 som markør for fremskridt i forholdt til strategien for primær sundhedstjeneste ses, at de 30 lavindkomstlande, der har haft den største reduktion, især findes i Sydøstasien, Nordafrika og Latinamerika. Kun to afrikanske lande syd for Sahara er med: Malawi og Eritrea. Alle har, sammenlignet med andre lavindkomstlande, højere vaccinationsdækning, bedre familieplanlægning, flere kvinder der føder assisteret af uddannet personale samt bedre adgang til rent vand [3].

Trods det globale fald i dødelighed realiseredes målet »sundhed for alle i år 2000« ikke, hvilket overordnet set er resultatet af borgerkrige, fattigdom og høj forekomst af hiv/aids samt den manglende finansiering af strategien. Alligevel har nogle lande opnået bemærkelsesværdige resultater [3]. Der er oftest tale om lande, som har etableret et sundhedsvæsen, der er baseret på primær sundhedstjeneste. Cuba har for eksempel lavere dødelighed for børn under fem år end USA, og middellevetiden er 78 år [3, 4]. I første fødselsår får den cubanske familie 15 hjemmebesøg, der er fokuseret på forebyggende tiltag, og 98% af landets læger er specialiseret i almen medicin [3, 4].

Alt for mange lande, specielt i Afrika, har stadig en uacceptabelt høj sygdomsbyrde og store udfordringer i forhold til at sikre adgangen til sundhed for udsatte befolkningsgrupper. Trods dette er målet »sundhed for alle« mere opnåeligt i dag end for 30 år siden. Distriktssundhedssystemer er etableret, og der er øget fokus på at respektere nationale prioriteter også i de selektive globale fonde. Værdigrundlaget fra Alma-Ata oplever derfor fornyet interesse, primære sundhedstjenester ses atter som en model for forbedring af sundhedssystemer og den globale sundhedstilstand.

KORRESPONDANCE: Stine Lund, Danida – HSPS Zanzibar.

E-mail: stine_lund@dadlnet.dk

ANTAGET: 12. juli 2009

FØRST PÅ NETTET: 22. marts 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. WHO. Declaration of Alma-Ata. September 1978 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
2. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S et al. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalize. *Lancet* 2008;372,917-7.
3. Rohde J, Cousins S, Chopra M et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries. *Lancet* 2008;372:950-61.
4. World Health Organization. The bulletin series: primary health care 30 years on. http://www.who.int/bulletin/primary_health_care_series/en/ (1 juni 2009).

- World Health Organization. Report on the Review of Primary Health Care in the African Region. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
- Mills A, Vaughan J, Smith D. District health planning and management: developments required to support primary health care. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1984.
- Baum F. Health for all now! Reviving the spirit of Alma Ata in the twenty-first century: An introduction to the Alma Ata Declaration. Soc Med 2007;2:34-41.
- Maciocco G. From Alma Ata to the Global Fund: The history of international health policy. Soc Med 2008;3:36-48.
- Stopping tuberculosis proves hard to do. Lancet 2007;369:965.
- Kekki P. Primary health care and the millennium development goals: issues for discussion. World Health Organization. The Global Meeting on Future Strategic Directions for Primary Health Care October 2003.

Bilateral planocellulær tonsilcancer

Jonas Elmose Mønsted

Denne kasuistik præsenterer et eksempel på synkront bilateralt og planocellulært karcinom i tonsillerne.

SYGEHISTORIE

En 47-årig mand gik til øre-næse-halslægen, fordi han gennem de foregående fire måneder havde haft en kildrende fornemmelse i højre side af halsen. Det føltes, som om der sad noget i halsen, og det gav ham en trang til at rømme sig og hoste, dog uden at det lindrede. Patienten tilføjede, at der de sidste par uger tilmed var kommet lette smerter ved synkebevægelser. Patienten var ellers upåvirket og angav at være sund og rask, fraset type 1-diabetes og let hypertension. Han havde ikke røget gennem de seneste syv år og havde intet alkoholmisbrug. Ved den objektive undersøgelse fandt man den højre tonsilla pallatina forstørret, fast og med struttende kartegning på overfladen. Den modsatte tonsil syntes helt normal og atrofisk uden tegn til sygdom. Der var ingen forstørrede lymfeknuder på halsen, ligesom resten af øre-næse-hals-undersøgelsen var normal. Patienten blev tonsillektomeret. Under operationen bemærkede man de omdannede forhold på den forstørrede højre tonsil, hvor der var blødningstendens og fibrøse strøg. Den venstre tonsil fjernedes uproblematisk og fremstod helt upåfaldende. Patologisvaret viste ikke uventet, at det var planocellulært karcinom uden frie resektionsrande i den højre ganetonsil, men så kom overraskelsen: Der var også maligne celler i den venstre tonsil, og det drejede sig ligeledes om et planocellulært karcinom (**Figur 1**). Patienten viderehenvistes til Onkologisk Afdeling med henblik på kurativ stråleterapi. Der er i skrivende stund ikke recidiv af tonsilcanceren.

DISKUSSION

Planocellulært karcinom i oropharynx er en relativ sjælden diagnose med en incidens på fire ud af 100.000 i Danmark. Heraf er i størrelsesordenen 45%

relateret til tonsillerne. Begge køn bliver ramt, men dog med en klar overvægt hos mændene. Aldersdebuten er normalfordelt, og 60-årige har den højeste frekvens. Klassisk er sygdommen relateret til stort alkohol- og tobaksforbrug. I den senere tid er man blevet opmærksom på humant papillomvirus som ætiologisk faktor. Diagnosen stilles ved histologisk undersøgelse af det maligne væv.

Inden for cancerregistreringen opererer man med begreberne synkron og metakrone cancer. Synkron karcinom er en sekundær primærtumor, der identificeres inden for seks måneder fra den primære cancerdiagnose. Metakron cancer er en læsion, der identificeres mere end seks måneder efter, at den primære cancer opdages. En retrospektiv undersøgelse af mere end 1.100 planocellulære karcinomer i hoved- og halsområdet har vist, at op imod 7% udvikler synkron og 9% metakron karcinomer [1]. Dykker man yderligere ind i tallene, finder man, at af de 7% med synkron karcinomer, er 70% registreret med primær tumor i oropharynx. Synkron planocellulære karcinomer i hoved og hals er med andre ord

KASUISTIK

Øre-næse-hals-afdelingen, Slagelse Sygehus

FIGUR 1

Computertomografi af patient efter tonsillektomi.

