



Norad

På bedringens vei

En beretning om Norges globale helseinnsats
fra tusenårsmål til bærekraftsmål



INNHold

Forord

Om rapporten

1. Norsk støtte til global helse

2. Kvinner og barn først

3. Sex, politikk og rettigheter

4. Arbeid mot hiv og andre infeksjoner

5. Forskning og innovasjon for global helse

6. Bedre helsetjenester

7. Helseutfordringer mot 2030

Forkortelser og akronymer

Referanser



Forord

Den globale helsen er på bedringens vei. FNs tusenårs mål, som ble vedtatt i 2000, satte kvinner og barns helse, hiv og andre smittsomme sykdommer på dagsorden. Mange dødsfall er forebygget som følge av den internasjonale innsatsen. Initiativ som Den globale vaksinealliansen Gavi og Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria har stimulert til nytenking og innovasjon og vist resultater som har mobilisert politiske ledere, privat sektor og sivilsamfunn til dugnad for å hjelpe de mest vanskeligstilte.

Norge har tatt del i den globale dugnaden på høyeste politiske nivå med aktiv involvering av statsministrene Solberg og Stoltenberg, en rekke statsråder, embetsverk, academia, helseforetak og sivilsamfunn. Mellom 2000 og 2016 investerte vi nær 53 milliarder kroner i globale helseformål. Det årlige beløpet ble firedoblet i perioden og var i 2016 på mer enn 4 milliarder kroner.

Norge er anerkjent for tydelig lederskap innen global helse gjennom mangeårig innsats for kvinner, barn og ungdom, bekjempelse av hiv og andre smittsomme sykdommer, og styrking av

helsepersonell og helseinformasjonssystemer i de fattigste landene. Dette omfatter mobilisering av lederskap, innsats som genererer nye ressurser i samarbeid med andre land og organisasjoner, og etablering av globale helseinitiativ, fond og felles finansieringsmekanismer. Samarbeidspartnere har vært andre lands myndigheter, multilaterale organisasjoner, sivilt samfunn og nye, viktige helseaktører som Bill og Melinda Gates-stiftelsen.

Norge har aktivt støttet FNs generalsekretærs Every Woman Every Child-initiativ siden 2010. Initiativet har fremmet innovasjon, bidratt til lansering av Den globale finansieringsmekanismen for Every Woman Every Child (GFF), og samlet nøkkelaktører om to innflytelsesrike FN-kommisjoner for å styrke innsamling av helsedata for bedre planlegging, samarbeid og ressursbruk, og tilgang til livreddende medisiner. Generalsekretæren leder arbeidet med gjennomføringen av Den globale strategien for kvinner, barn og ungdoms helse, som har samlet 140 aktører fra ulike sektorer og 60 land. Disse har forpliktet seg til å bidra med 27 milliarder amerikanske dollar.

Uten politisk vilje og gjennomføringskraft hadde vi aldri oppnådd så stor forbedring av den globale helsen som vi har i dag. På bedringens vei dediseres derfor to fremragende personer som i denne perioden har vært helt sentrale i den norske globale helseinnsatsen: Tore Godal for hans innsats spesielt for kvinner og barns helse, og Sigrun Møgedal for hennes innsats for bekjempelse av hiv og arbeidet med helsesystem og helsepersonell.

De senere årene har Norge også tatt en ledende global rolle innen utdanning. Studier viser at omlag halvparten av bidraget til forbedret helse kommer fra andre sektorer som utdanning, vann, sanitær, hygiene og ernæring. Samarbeid på tvers av sektorer er avgjørende for å oppnå FNs 17 bærekraftsmål og ivareta målet om at ingen skal utelates.

JON LOMØY

Direktør

Innhold

FORORD	2	3. SEX, POLITIKK OG RETTIGHETER	32	7. HELSEUTFORDRINGER MOT 2030	60
OM RAPPORTEN	4	Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter	33	Mange dødsfall forebygget og liv reddet	61
God helse i kampen mot fattigdom	4	Hvordan arbeider Norge med SRHR?	33	Helseutfordringer og innsats mot 2030	61
Datagrunnlag	5	Tilgang til prevensjonsmidler	34	FORKORTELSER OG AKRONYMER	64
FNs tusenårsmål om helse (2000 – 2015)	6	En rettighetsstyrt agenda	34	REFERANSER	66
FNs bærekraftsmål om helse (2016 – 2030)	6	Trygge aborter	35		
		Kjønnsllestelse og seksuell vold	36		
1. NORSK STØTTE TIL GLOBAL HELSE	8	4. ARBEID MOT HIV OG ANDRE INFEKSJONER	37		
Hvorfor støtter Norge arbeidet med global helse?	9	Felles innsats mot hiv og aids	39		
Historiens mest vellykkede utviklingskampanje	9	Hvordan arbeider Norge med sykdomsbekjempelse?	39		
Stor fremgang under tusenårsmålene	9	Fremtidsrettede partnerskap med aids som utgangspunkt	43		
Med blikket mot 2030: Bærekraftsmålene	10	Andre smittsomme sykdommer	45		
Hvordan arbeider Norge med den globale helseinnsatsen?	10	5. FORSKNING OG INNOVASJON FOR GLOBAL HELSE	46		
Slik fordeles midlene	11	Slik arbeider Norge med forskning og utvikling	47		
2. KVINNER OG BARN FØRST	14	Ny teknologi for kvinner og barns helse	48		
Global mobilisering for kvinner og barns helse	16	Helseprodukter uten et kommersielt marked	50		
Hvordan arbeider Norge med kvinner og barns helse?	18	Ikke-kommersielle partnerskap for produktutvikling	50		
Resultatbasert finansiering av helsetjenester	20	6. BEDRE HELSETJENESTER	53		
FNs kommisjon for livreddende medisiner	22	Hvordan arbeider Norge for å styrke helsetjenester?	54		
FNs kommisjon for ansvarliggjøring og informasjon	23	Tilgang til helsepersonell	54		
Innsats på landnivå	25	Den globale helsearbeideralliansen	55		
Spedbarnsdødelighet på dagsorden i India	26	Bedre samordning og økt tilgang til helsepersonell	56		
Omfattende, sektorbreddt samarbeid med Malawi	27	Mer og bedre helsedata	57		
Fødselshjelp og barnehelse i Nigeria	29	Landeksempel: Malawi	57		
Svake resultater i Pakistan	29				
Mer ressurser og mer kunnskap i Tanzania	31				

Om rapporten

Mellom 2000 og 2016 investerte Norge til sammen nesten 53 milliarder kroner i globale helseformål.

På bedringens vei oppsummerer Norges engasjement innen global helse i denne perioden, og illustrerer dette ved hjelp av utvalgte resultater. Rapporten retter også et blikk fram mot 2030.

I tillegg til de økonomiske bidragene, investerer Norge politisk, diplomatisk og faglig i arbeidet for å mobilisere andre land, det sivile samfunn, private aktører og internasjonale organisasjoner til en sterkere og bedre samordnet innsats for global helse. Resultatene av dette arbeidet er vanskeligere å tallfeste, men har kanskje vært like viktig som de økonomiske bidragene.

Selv om mye er oppnådd, er det fortsatt mye som gjenstår hvis verdenssamfunnet skal nå FNs ambisiøse bærekraftsmål innen 2030.



FOTO: KEN OPPRANN

GOD HELSE I KAMPEN MOT FATTIGDOM

På bedringens vei omhandler spesielt de tusenårsmålene som har vært viktigst i arbeidet med global helse: Mål 4 og 5 om reduksjon i barne- og mødredødelighet ([kapittel 2](#)), mål 5b om å sikre universell adgang til reproduktiv helse ([kapittel 3](#)) og mål 6 om bekjempelse av hiv/aids og andre smittsomme sykdommer ([kapittel 4](#)).

De påfølgende kapitlene tar for seg to viktige innsatser som går på tvers av de spesifikke målene: arbeidet for innovasjon i helsebistanden ([kapittel 5](#)), og arbeidet for å styrke nasjonale helsesystemer ([kapittel 6](#)).

Rapporten viser at flere av Norges viktigste samarbeidspartnere har oppnådd solide

resultater i det arbeidet de har utført med støtte fra norsk bistand og påvirkningsarbeid:

- › Vaksinealliansen Gavi kan vise til gode resultater fra sitt arbeid for bedre vaksinedekning. Siden oppstarten i 2000, har Gavi bidratt til vaksinerings av nesten 640 millioner barn.¹
- › Kampen mot hiv, malaria, tuberkulose og andre smittsomme sykdommer, viser svært gode resultater på globalt nivå og i de fleste land. Gjennom investeringer i Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria, har Norge bidratt til at 11 millioner mennesker mottok hivbehandling i 2016, en økning fra 1,4 millioner i 2007. 4,25 millioner kvinner fikk tilgang til tjenester som hindrer hivsmitte mellom mor og barn i 2016, en oppgang fra 147 000 i 2007.
- › Verdensbankens Health Results Innovations Trust Fund (HRITF) har bidratt til konkrete resultater for kvinne- og barnehelse i 32 land, i tillegg til å utforske nye måter å finansiere helsetjenester på, til nytte i alle land.
- › Direkte støtte til utvalgte land som hadde spesielt store utfordringer innen kvinne- og barnehelse, India, Malawi, Nigeria og Tanzania, viser lovende resultater.
- › Norskstøttede organisasjoner har oppnådd konkrete resultater i arbeidet for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter i mer enn hundre land.

- › Norsk støtte har bidratt til viktig forskning, utvikling av legemidler og medisinske produkter, samt arbeidet for innovative helseløsninger.
- › Norskstøttet innsats for å styrke helse-systemer gjennom flere og bedre kompetente helsefagfolk og bedre informasjonssystemer har gitt resultater.

DATAGRUNNLAG

Kildene for resultatinformasjonen er hentet fra egenrapportering om resultater fra institusjonene som Norge har samarbeidet med, supplert med uavhengige evalueringer og andre datakilder der dette er tilgjengelig. Rapporten gir et overordnet bilde og viser utvalgte eksempler fra de ulike innsatsområdene, men dekker ikke alle norske innsatser.

Mer informasjon om resultater finnes på www.norad.no og hos de ulike partnerinstitusjonene som har fått støtte fra Norge, oftest tilgjengelig på deres hjemmesider.

FNS TUSENÅRSMÅL OM HELSE (2000 – 2015)

Tusenårs mål 4:

Redusere antallet barn som dør før de fyller fem år med to tredjedeler innen 2015.

Tusenårs mål 5:

- a) Redusere dødeligheten blant gravide og fødende kvinner med tre fjerdedeler innen 2015.
- b) Sikre universell adgang til reproduktiv helse (økt tilgang til prevensjonsmidler, redusert antall tenåringsgraviditeter og bedre svangerskapsomsorg).

Tusenårs mål 6:

- a) Å stoppe, og begynne å reversere, spredningen av hiv/aids innen 2015
- b) Å sikre at alle som trenger det får tilgang til behandling for hiv/aids
- c) Å stoppe, og begynne å reversere, spredningen av malaria og andre dødelige sykdommer

I tillegg hadde tusenårs mål 1 som delmål å halvere andelen mennesker som sulter, mens tusenårs mål 8 hadde som delmål å sikre tilgang på medisin til en overkommelig pris i utviklingsland.

FNS BÆREKRAFTSMÅL OM HELSE (2016 – 2030)

Bærekraftsmål 3: Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder

3.1 Innen 2030 redusere mødredødeligheten i verden til under 70 per 100 000 levendefødte.

3.2 Innen 2030 få slutt på dødsfall som kan forhindres blant nyfødte og barn under fem år, med et felles mål for alle land om å redusere dødeligheten blant nyfødte til høyst 12 per 1 000 levendefødte og blant barn under fem år til høyst 25 per 1 000 levendefødte.

3.3 Innen 2030 stanse epidemiene av aids, tuberkulose, malaria og neglisjerte tropiske sykdommer samt bekjempe hepatitt, vannbårne og andre smittsomme sykdommer.

3.4 Innen 2030 redusere prematur dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer med en tredel gjennom forebygging og behandling, og fremme mental helse og livskvalitet.

3.5 Styrke forebygging og behandling av misbruk, blant annet av narkotiske stoffer og skadelig bruk av alkohol.

3.6 Innen 2020 halvere antall dødsfall og skader i verden forårsaket av trafikkulykker

3.7 Innen 2030 sikre allmenn tilgang til tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse, herunder familieplanlegging og tilhørende informasjon og opplæring, og sikre at reproduktiv helse innarbeides i nasjonale strategier og programmer.

3.8 Oppnå allmenn dekning av helsetjenester, herunder beskyttelse mot økonomisk risiko, og allmenn tilgang til grunnleggende og gode helsetjenester samt trygge, virksomme og nødvendige medisiner og vaksiner av god kvalitet og til en overkommelig pris.

3.9 Innen 2030 betydelig redusere antall dødsfall og sykdomstilfeller forårsaket av farlige kjemikalier og forurenset luft, vann og jord.

3.a Styrke gjennomføringen av Verdens helseorganisasjons rammekonvensjon om forebygging av tobakksskader i alle land.

3.b Støtte forskning om og utvikling av vaksiner og medisiner mot smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer som primært rammer utviklingsland, sørge for tilgang til nødvendige medisiner og vaksiner til en overkommelig pris, i samsvar med Doha-erklæringen om TRIPS-avtalen og folkehelse, som bekrefter utviklingslandenes rett til fullt ut å anvende bestemmelsene i avtalen om handelsrelaterte aspekter ved immaterielle rettigheter om adgangen til å verne om folkehelsen og særlig til å sørge for tilgang til medisiner for alle.

3.c Oppnå betydelig bedre finansiering av helsetjenester og økt rekruttering, utvikling og opplæring av helsepersonell i utviklingsland samt arbeide for at slikt personell blir værende i landene, særlig i de minst utviklede landene og små utviklingsøystater.

3.d Styrke kapasiteten i alle land, særlig i utviklingsland, for tidligvarsling, risikobegrensning og håndtering av nasjonale og globale helserisikoer.

Bærekraftsmål 5: Oppnå likestilling og styrke jenters og kvinners stilling

5.3 Avskaffe all skadelig praksis, for eksempel barneekteskap, tidlige ekteskap og tvangsekteskap samt kvinnelig omskjæring

5.6 Sikre allmenn tilgang til seksuell og reproduktiv helse samt reproduktive rettigheter, som avtalt i samsvar med handlingsprogrammet fra den internasjonale konferansen om befolkning og utvikling, handlingsplanen fra Beijing og beslutningsdokumentene fra deres respektive tilsynskonferanser.

1

Norsk støtte til global helse

» **Helse er et av de høyest prioriterte** områdene i norsk utviklingsarbeid.

Norsk innsats har i hovedsak vært rettet mot kvinner og barns helse, seksuell og reprodktiv helse og rettigheter, og arbeidet mot hiv, tuberkulose og malaria, i tillegg til utviklingen av bedre helsetjenester, og nye, innovative helseløsninger.

Denne rapporten ser på hvordan Norge har arbeidet med de globale helseutfordringene, og hva som har blitt oppnådd, mellom 2000 og 2016.



Judtih Niyomwungere gjør klar en vaksine på helsesenteret i Rumonge, Burundi, hvor Gavi vaksinerer barn mot blant annet hjernehinnebetennelse, lungebetennelse, hepatitt B, difteri, polio, tuberkulose, kikhoste, stivkrampe, Hib-sykdom og kopper. FOTO: KEN OPPRIAN

HVORFOR STØTTER NORGE ARBEIDET MED GLOBAL HELSE?

God helse er en menneskerett og en av de viktigste forutsetningene for et meningsfullt og aktivt liv. En bedring av helsen i utviklingsland er en forutsetning for fattigdomsbekjempelse, bærekraftig utvikling og økt verdiskaping.

Redusert helse kan bidra til dårlig fysisk, kognitiv og emosjonell utvikling, hvilket igjen kan medføre lavere inntekt, produktivitet og sosial utvikling. For mange mennesker innebærer dårlig helse også svært høye kostnader til behandling, medisiner og hjelpemidler, og på verdensbasis er dette en av de viktigste årsakene til at husholdninger havner i fattigdom.

Det er dessverre ikke slik at all investering i helse gir gode og ønskede resultater. Like fullt er kunnskapsbaserte helseinvesteringer blant de mest produktive og effektive utviklingstiltakene man kan iverksette.

Behovet for bedre tilgang til helsetjenester av god kvalitet er stort i utviklingsland. Derfor har helse vært et av de høyest prioriterte områdene innen norsk utviklingssamarbeid de siste tiårene.

HISTORIENS MEST VELLYKKEDE UTVIKLINGSKAMPANJE

I september 2000 vedtok verdens ledere tusenårserklæringen i FNs hovedkvarter i New York. De ble enige om å arbeide for at verden skulle nå åtte ulike utviklingsmål i løpet av de neste femten årene.

I 2015 konkluderte FNs generalsekretær, Ban Ki-moon, med at tusenårsmålene hadde vært historiens mest vellykkede kampanje for utvikling. Selv om ikke alle målene ble nådd, hadde det skjedd enorm framgang på de fleste områder. I 2015 ble det satt 17 nye mål: bærekraftmålene mot 2030. [Se mål 3 om helse og mål 5 om likestilling](#)

Norge la inn mye ressurser for å støtte arbeidet med å oppfylle tusenårsmålene. I innsatsen for bærekraftmålene har Norge fortsatt tatt et spesielt ansvar for å bidra til å styrke kvinner og barns helse, ettersom det var disse målene verden viste dårligst fremgang på da tusenårsmålene gikk ut. I tillegg har norske investeringer innen global helse vært rettet mot målet om å bekjempe hiv, tuberkulose, malaria og andre smittsomme sykdommer.

STOR FREMGANG UNDER TUSENÅRSMÅLENE

Ble tusenårsmålene innen helse oppnådd?
Ja, delvis.

Tusenårs mål 6 regnes å være oppfylt. Hivepidemien var på frammarsj da tusenårsmålene ble vedtatt, selv om antall nysmittede var høyest midt på 90-tallet. Siden da har epidemien blitt bremsset i større grad enn de fleste eksperter hadde ventet. 30 millioner tilfeller av hivsmitte og nesten åtte millioner dødsfall er unngått siden 2000², viser beregninger fra UNAIDS. Men nedgangen er ujevn mellom ulike grupper og regioner, den største suksessen er knyttet til forebygging av smitte fra mor til barn. I 2015 ble 2,1 millioner mennesker smittet av hiv. Til sammen er det rundt 37 millioner mennesker som lever med hiv i dag.

Arbeidet for å bekjempe malaria og tuberkulose har også gitt positive resultater. Mellom 2000 og 2015 ble malariasmitte redusert med 37 prosent, mens antallet som døde av malaria ble redusert med 60 prosent. Mer enn seks millioner malariadødsfall er unngått siden 2000³. Antallet tuberkulosedødsfall er redusert med 47 prosent siden 1990, noe som er beregnet å ha forebygget rundt 43 millioner dødsfall mellom 2000 og 2014.⁴ Alt i alt utgjør denne perioden en av menneskehetens største suksesser i kampen mot smittsomme sykdommer.

For tusenårs mål 4 og 5, som handler om kvinner og barns helse, var det også enorm framgang, selv om målene ikke ble nådd innen

2015. Barnedødeligheten ble mer enn halvert fra 12,7 millioner dødsfall i 1990 til omtrent seks millioner i 2015, mens målet var en reduksjon på to tredeler.

For kvinners helse var målet å redusere dødeligheten blant gravide og fødende kvinner med tre firedeler, samt oppnå allmenn tilgang til seksuell og reproduktiv helse, som tilgang til prevensjonsmidler, færre tenåringsgraviditeter og bedre svangerskapsomsorg. Dødeligheten var nesten halvert i 2015, og andelen kvinner med tilgang til moderne prevensjonsmidler hadde økt fra 55 til 64 prosent.⁵

Måloppnåelsen har vært lavere på andre områder som Norge også har investert i. For eksempel har den kritiske mangelen på kompetente fagfolk i de fleste fattige lands helsesektor, ikke blitt særlig bedre. Det er estimert en global mangel på 18 millioner helsearbeidere dersom målet om universell helsedekning skal nås. Gapet mellom behov og tilgang til helsearbeidere vil først og fremst ramme fattige land med dårlig utbygde helse-tjenester og infrastruktur.

MED BLIKKET MOT 2030:

BÆREKRAFTSMÅLENE

FNs bærekraftsmål (2016–2030) viderefører flere av tusenårsmålene. Dette gjelder arbeidet

for redusert svangerskapsrelatert dødelighet og barnedødelighet, bedre seksuell og reproduktiv helse, og bekjempelse av hiv, tuberkulose og andre smittsomme sykdommer.

I tillegg er det lagt til en rekke nye mål med relevans for Norges globale helsesatsing i fremtiden. Dette gjelder spesielt målet om å redusere dødelighet forårsaket av ikke-smittsomme sykdommer, målet om allmenn dekning av helsetjenester, målet om styrking av nasjonale helsesystemer, samt målet om forskning og utvikling av vaksiner og medisiner.

HVORDAN ARBEIDER NORGE MED DEN GLOBALE HELSEINNSATSEN?

De norske investeringene i global helse har bestått av bistand, politisk mobilisering og påvirkning av internasjonale organisasjoner og aktører. Arbeidet har skjedd i samarbeid med norske og internasjonale partnere.

Dette kjennetegner norsk helsebistand:

- Mobilisering, koordinering og effektivisering av ressurser. Norge har lagt vekt på utvikling av globalt samarbeid og felles mekanismer for å møte lands helsebehov.
- Rettighetsperspektivet. Norge har i utviklings-samarbeidet lagt vekt på at helse er en menneskerettighet. Det har vært spesiell

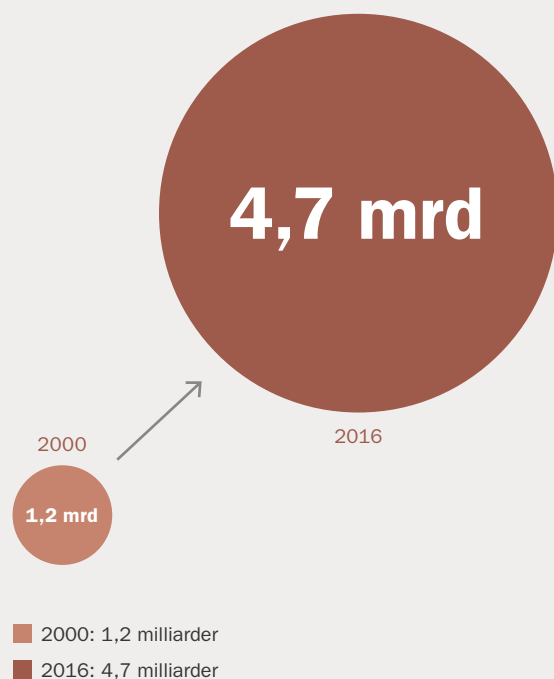


En vaksine gjøres klar på et helsesenter i Rumonge, Burundi. FOTO: KEN OPPRANN

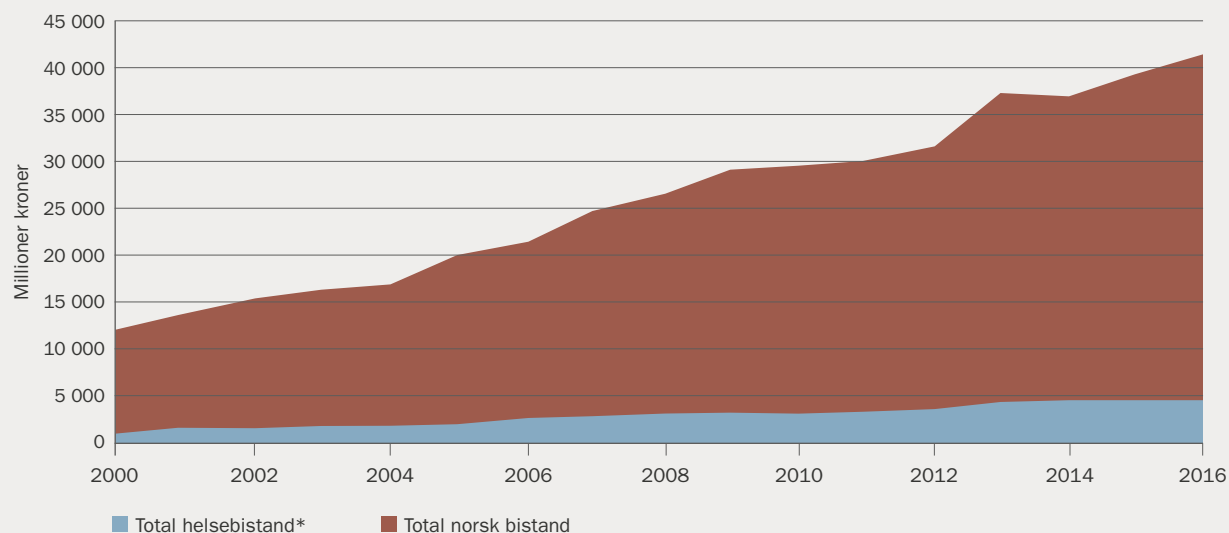
oppmerksomhet rettet mot seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.

- Forebygging. Det har vært viktig å innrette innsatsen mot å forebygge sykdommer og andre helseplager. Spesielt innen hivarbeid har Norge aktivt støttet opp om forebyggende arbeid, blant annet ved å arbeide for rettigheter for utsatte grupper og styrke opplæring og undervisning om hiv og seksualitet. Innsats for vaksiner og prevensjonsmidler (se nedenfor) er også viktig forebyggende arbeid.
- Økt tilgang til essensielle vaksiner og medisiner, samt andre viktige helseprodukter som

ANTALL NORSKE BISTANDSKRONER SOM GIKK TIL GLOBAL HELSE I 2000 OG I 2016



FIGUR 1 // NORSK HELSEBISTAND BLE FIREDOBLET MELLOM 2000 OG 2016



Oversikt over hvor mye norsk bistand som har gått til helse i årene 2000 til 2016. KILDE: Norad

* DAC-sektor 121 - Health, general, 122 - Basic health, 130 - Population policies/programmes and reproductive health samt 100 prosent av kjernestøtten til AMCs, Gavi, GFATM, IFFim, UNFPA, Unitaid, UNAIDS og WHO, og deler av kjernestøtten til Unicef (55%), AFDB/F(2%), ASDB/F (3%), WFP (15%) og World Bank Group (5%). Ekskludert norske bistandsmidler til helse utbetalt over den humanitære bistandsposten.

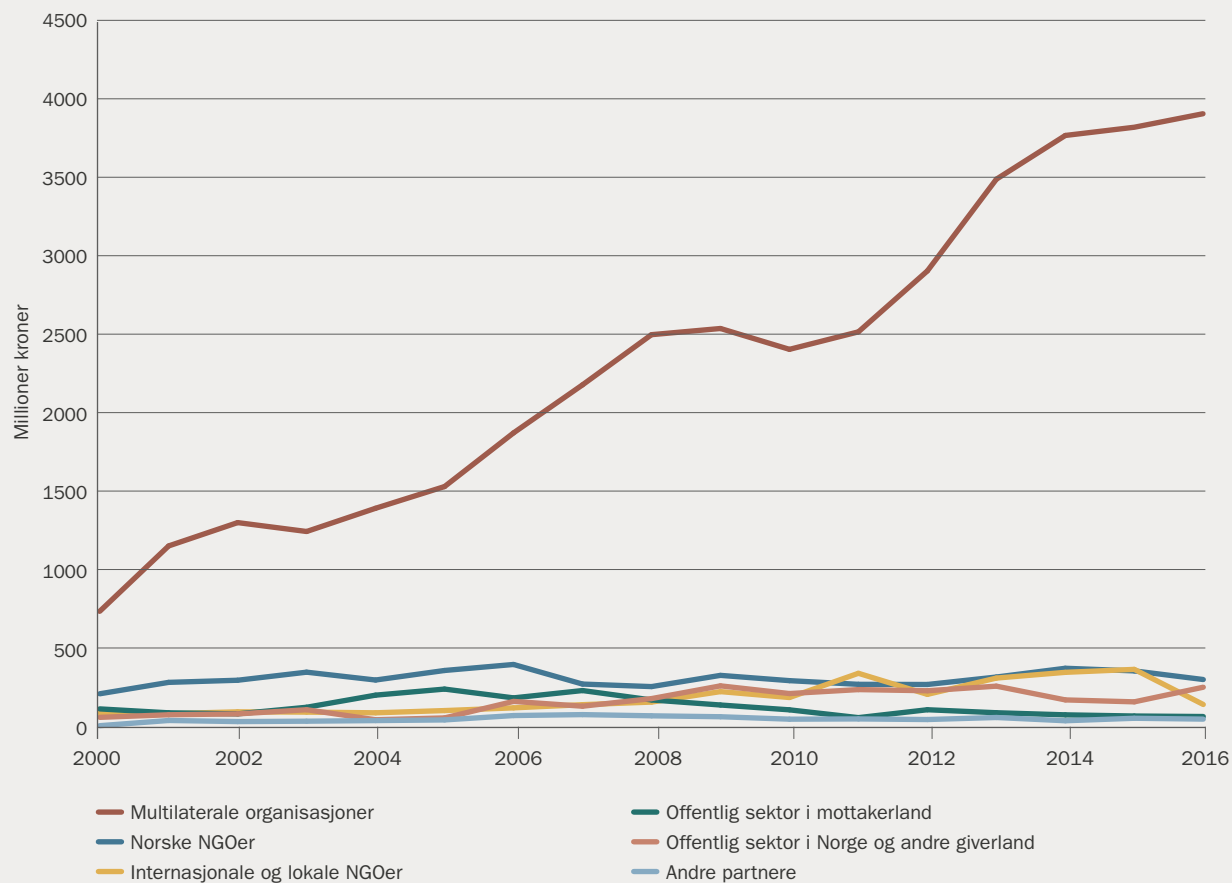
- prevensjonsmidler. Arbeidet inkluderer hele verdikjeden fra forskning og utvikling til produksjon, innkjøp og effektiv distribusjon.
- › Styrking av nasjonale helsesystemer. Helse-systemer med tilstrekkelig tilgang på kompetent helsepersonell, informasjonssystemer og finansieringssystemer som grunnlag for universell helsedekning.

- › Stor vekt på innovasjon i helsebistanden, ved teknologi, finansieringsmodeller og samarbeids- og organisasjonsformer. Dette har gjort det mulig å identifisere og prøve ut nye måter å organisere og levere helsetjenester på og legge grunnlaget for langsiktig bærekraft.
- › Fokus på resultater. Norge har prioritert tiltak som bidrar til å måle og dokumentere resultatene.

SLIK FORDELES MIDLENE

Mellom 2000 og 2016 investerte Norge til sammen nesten 53 milliarder kroner i globale helseformål. Helsebistanden ble firedoblet i løpet denne perioden, fra 1,2 milliarder kroner i 2000 til 4,7 milliarder kroner i 2016.

FIGUR 2 // FIRE FEMTEDELER AV HELSEBISTANDEN KANALISERES GJENNOM MULTILATERALE ORGANISASJONER



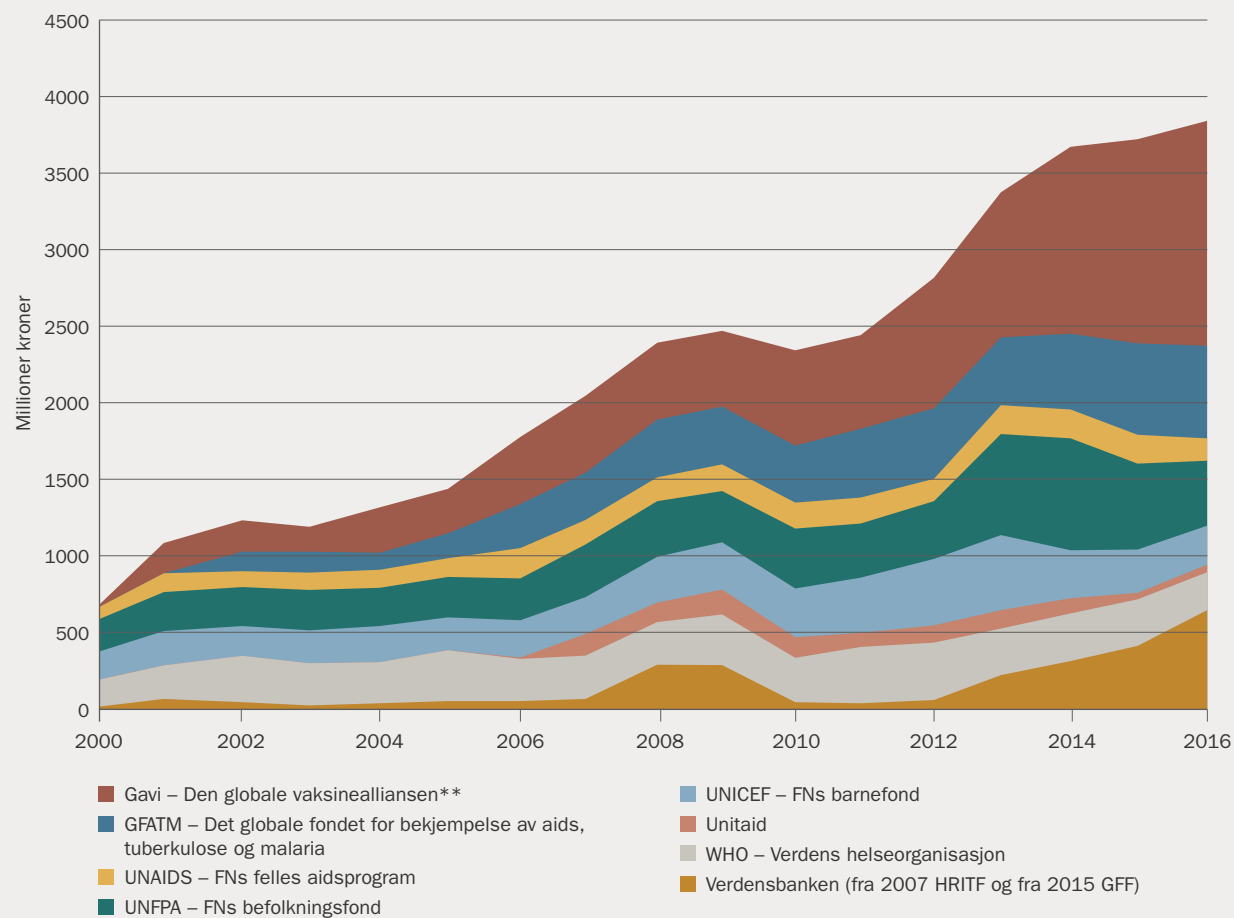
Fordeling av norsk helsebistand* etter avtalepartnergruppe. 2000-2016. (NOK 1000). KILDE: Norad

* DAC-sektor 121 – Health, general, 122 – Basic health, 130 – Population policies/programmes and reproductive health samt 100 prosent av kjernestøtten til AMCs, Gavi, GFATM, IFFIm, UNFPA, Unitaid, UNAIDS og WHO, og deler av kjernestøtten til Unicef (55%), AFDB/F(2%), ASDB/F (3%), WFP (15%) og World Bank Group (5%). Ekskludert norske bistandsmidler til helse utbetalt over den humanitære bistandsposten.

Norske midler kanaliseres gjennom internasjonale kanaler, som globale fond, organisasjoner, direkte til myndigheter i mottakerland og mindre programmer og initiativer, og gjennom norske og internasjonale sivilsamfunnsorganisasjoner.

- › Multilateral støtte er midler som går gjennom multilaterale fond og organisasjoner, som ikke er øremerket spesifikke land eller tema.
- › Multi-bilateral støtte er midler som går gjennom multilaterale fond og organisasjoner, og som er øremerket spesifikke land eller tema.
- › Bilateral støtte er direkte støtte fra Norge til myndighetene eller andre aktører i et mottakerland, som eventuelt kanaliseres gjennom norske og internasjonale sivilsamfunnsorganisasjoner.
- › OECD-DAC er OECDs utviklingskomité, og består av de tradisjonelt største giverne av bistand. DAC-sektortall viser til internasjonalt aksepterte temakategorier som definert av OECD-DAC.

FIGUR 3 // DE STØRSTE MOTTAGERNE AV NORSK HELSEBISTAND FRA 2000 TIL 2016



Multi-bilateral helsebistand samt kjernestøtte til utvalgte multilaterale organisasjoner*. 2000-2016. (NOK 1000). KILDE: Norad

* DAC-sektor 121 – Health, general, 122 – Basic health, 130 – Population policies/programmes and reproductive health samt 100 prosent av kjernestøtten til IFFIm, AMCs og Gavi (sammenslått som Gavi), GFATM, UNFPA, UNAIDS, Unitaid og WHO, og deler av kjernestøtten til Unicef (55%) og World Bank Group (5%). Ekskludert norske bistandsmidler til helse utbetalt over den humanitære bistandsposten.

** Gavi-tall inkluderer støtte til IFFIm – International Finance Facility for Immunisation og AMCs – Advance Market Commitments.

2

Kvinner og barn først

» **Bedre helse og muligheter for kvinner, barn og unge** i utviklingsland, er én av de høyest prioriterte oppgavene i norsk bistand.

Den norske innsatsen har bidratt til lavere dødelighet blant kvinner og barn verden over.

Over en halv milliard barn har blitt vaksinert mot smittsomme sykdommer.

Et vedvarende politisk og faglig lederskap på høyeste nivå har ligget til grunn for innsatsen.



Mosambik. FOTO: KEN OPPRIANN

Én av de høyest prioriterte oppgavene i norsk bistand det siste tiåret har vært arbeidet for å styrke kvinner og barns helse i utviklingsland. Norge har bidratt til en dramatisk nedgang i barnedødelighet og svangerskapsrelaterte dødsfall i verden, ved hjelp av vedvarende og aktivt politisk og faglig lederskap, og betydelig økonomisk støtte til en rekke norske og internasjonale organisasjoner.

Den norske, intensiverte innsatsen for global helse mellom 2005 og 2016, har blant annet bidratt til at:

- › Arbeidet for kvinner og barns helse har blitt en sentral og prioritert del av den internasjonale dagsorden. Det har ført til mer og bedre bruk av ressurser.
- › Over en halv milliard barn har blitt vaksinert mot smittsomme sykdommer. Kostnadene for vaksiner er samtidig kraftig redusert.
- › Flere av landene i verden med høyest barne- og mødredødelighet, som Nigeria, Malawi, Tanzania og India, har fått mer effektive svangerskapskontroller og mer kompetent fødselshjelp.
- › 32 land har innført programmer for resultatbasert finansiering av tjenester knyttet til kvinne- og barnehelse.⁶

Inntil 2005 hadde det vært liten fremgang på tusenårsmålene for kvinner og barn. Hvert år

GLOBAL UTVIKLING I KVINNER OG BARNES HELSE:⁷

- › Barnedødeligheten i verden ble redusert med om lag 53 prosent fra 1990 til 2015.
- › 48 millioner dødsfall blant barn ble avverget mellom 2000 og 2015.
- › I Afrika og Sør-Asia er barnedødeligheten halvert siden 2005.
- › Svangerskapsrelaterte dødsfall ble redusert med 44 prosent globalt fra 1990 til 2015. Sør-Asia og Afrika hadde en ekstra sterk nedgang i perioden 2005-2015.

døde ti millioner barn før femårsdagen og 500 000 kvinner døde i forbindelse med svangerskap eller fødsel.⁸ Norge hadde allerede i flere år satset på barns helse, særlig gjennom å bidra til at vaksinealliansen Gavi ble etablert som et offentlig-privat samarbeid i 2000. Fra 2005 ble den norske innsatsen for kvinne- og barnehelse intensivert.⁹

2005: Et partnerskap for bedre koordinering

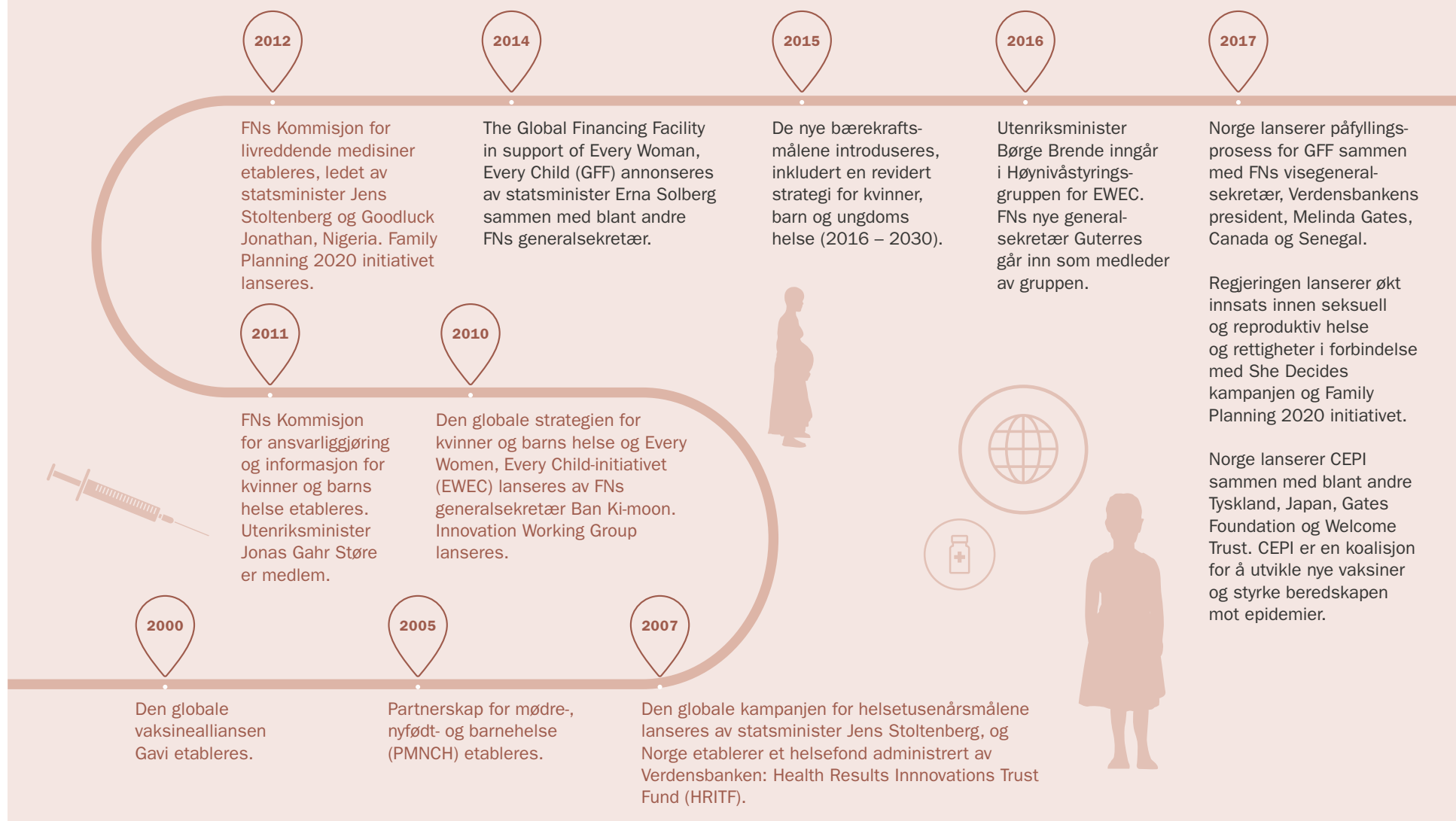
Dårlig koordinering og manglende samarbeid var lenge en utfordring i arbeidet med å redusere dødelighet blant kvinner og barn. Mange land var engasjert uten å koordinere innsatsen, noe som førte til dobbeltarbeid og ineffektivitet. Derfor ble Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health (PMNCH) etablert i 2005. Dette er et globalt nettverk av land,



En fødsel er i gang ved Kathmandu University Hospital i Nepal. FOTO: KEN OPPRANN

multilaterale organisasjoner og fond, frivillige organisasjoner, yrkesorganisasjoner, akademiske institusjoner og private foretak. Norge sluttet seg til PMNCH i 2007 ved å gå aktivt inn i styret og i flere arbeidsgrupper. I 2015 telte PMNCH mer enn 700 ulike medlemsorganisasjoner i 77 land.¹⁰ Mellom 2011 og 2016 støttet Norge PMNCH med 45,3 millioner kroner.¹¹

Global mobilisering for kvinner og barns helse



Takket være investeringer i PMNCH og arbeidet med Den globale strategien for kvinner og barns helse under ledelse av FNs generalsekretær Ban Ki-moon, har nøkkelorganisasjoner og sentrale beslutningstakere gått sammen om å levere på prioriterte satsingsområder.

Norge har bidratt til mobilisering av politisk lederskap for kvinner og barns helse, blant annet i tilknytning til FNs generalforsamling, Verdens helseforsamling, G8 og andre forum. Gjennom samarbeidet Countdown 2015 og PMNCHs rapporter har vi fått løpende vurderinger av måloppnåelse, fremmet kunnskap, drevet påvirkningsarbeid og mobilisert støtte for Den globale strategien for kvinner og barns helse.

2007: Global kampanje for tusenårsårene om helse

I 2007 etablerte daværende statsminister Jens Stoltenberg et nettverk av globale ledere og lanserte Den globale kampanjen for helsetusenårsårene. Ledernetverket bestod av elleve stats- og regjeringsledere som gikk sammen for å gjøre en ekstra innsats for kvinner og barns helse.¹² Statsledere, privat sektor og fagmiljøer ble mobilisert til globalt og bilateralt samarbeid og etablering av innovative modeller for finansiering og levering av helseprodukter.

Norge initierte et langvarig samarbeid med Verdensbanken innen resultatbasert finansiering.

2010: FNs generalsekretær tar grep

I 2010 lanserte FNs generalsekretær Ban Ki-moon Den globale strategien for kvinners og barns helse, som et redskap for å nå tusenårsårene 4 og 5 gjennom initiativet Every Woman, Every Child (EWEC).¹³ Strategien fikk bred oppslutning fra lavinntektsland, giverland, stiftelser, privat sektor, multilaterale organisasjoner og frivillige organisasjoner. Norge var en sentral pådriver for å få på plass strategien.

EWEC er en kampanje for å mobilisere til fortsatt og økt finansiering for kvinner, barn og ungdoms helse. Ifølge FN manglet det hvert år 33,3 milliarder amerikanske dollar for at kvinner, barn og unge i de mest utsatte landene skulle få god tilgang til helsetjenester.¹⁴ EWEC bidro til å utløse 20 milliarder amerikanske dollar for kvinners og barns helse i perioden 2010 og 2015. Bare i de første tre årene av kampanjen bidro EWEC til en 25 prosents økning av den globale helsebistanden. Samtidig økte de 75 fattigste landene sine budsjetter til barn og kvinners reproduktive helse med 21 prosent.¹⁵ 11 millioner flere kvinner har fått tilgang til helsetjenester ved fødsel og 8,4

millioner flere kvinner og jenter har tilgang til moderne prevensjon som følge av dette.¹⁶

2015: Global og nasjonal samfinansiering for bedre bærekraft

13. juli 2015 ble Global Financing Facility in support of Every Woman, Every Child (GFF) lansert av Norge, USA og Canada i samarbeid med FN og Verdensbanken. GFF er et formelt partnerskap mellom stater og private aktører for å gjennomføre FNs strategi og støtte utviklingslandenes egen innsats for å bedre for kvinner, barn og ungdoms helse (2016-2030).¹⁷ Gjennom økt finansiering til reproduktiv-, kvinne-, spedbarn-, barne- og ungdomshelse er målet å forhindre 3,8 millioner barseldødsfall, 101 millioner barnedødsfall og 21 millioner dødfødte i 63 spesielt utsatte land innen 2030. Foreløpig er 16 land valgt som foregangsland for GFF: DR Kongo, Etiopia, Kenya, Tanzania, Bangladesh, Kamerun, Liberia, Mosambik, Nigeria, Senegal, Uganda, Vietnam, Guatemala, Guinea, Myanmar og Sierra Leone.

Ved lanseringen i 2015 annonserte GFF at partnerne allerede hadde bidratt til å mobilisere, koordinere og effektivisere 12 milliarder amerikanske dollar, tilsvarende omtrent 96 milliarder kroner, i privat og offentlig støtte til investeringer i de fire første foregangslandene (DR Kongo, Etiopia, Kenya og Tanzania) i en

femårsperiode.¹⁸ Norge har forpliktet seg til å bidra med 600 millioner kroner hvert år mellom 2016 og 2020.

2016: Nye bærekraftsmål og ny revidert strategi for kvinner, barn og unges helse

Norge har vært en pådriver for, og finansiert, EWEC-initiativet siden lanseringen i 2010. I forbindelse med oppdatering mot nye bærekraftsmål, var Norge var også særlig involvert i utarbeidelsen av Den revidert globale strategien for kvinners, barns og ungdoms helse (2016-2030) som ble lansert under FNs generalforsamling i 2015. Det ble på nytt mobilisert forpliktelser for gjennomføring av strategien fra 140 aktører fra ulike sektorer og 60 land, til en anslått verdi av 27 milliarder amerikanske dollar.

Den globale strategien løfter frem viktigheten av investeringer i helsesektoren, mobiliserer til lederskap og samarbeid mellom ulike aktørgrupper, og fremmer tverrsektorielt samarbeid. Utenriksminister Brende var medlem av FNs generalsekretærs styringsgruppe for EWEC, som ble ledet av Chiles president og Etiopias statsminister. Senere valgte FNs nyalgte generalsekretær Guterres å gå inn som med-leder av Høynivåstyringsgruppen for å ivareta lederskap på høyeste nivå. FNs bærekraftsmål legger vekt på at ingen skal utelates (Leaving no-one behind). Globalt er det et

økende antall langvarige humanitære kriser, konflikter og naturkatastrofer, og Den globale strategien reflekter behovet for økt satsning i slike sammenhenger. Strategien utvider også målgruppen til å gjelde ungdom.

HVORDAN ARBEIDER NORGE MED KVINNER OG BARNES HELSE?

Norges innsats for å bedre kvinner og barns helse er en kombinasjon av økonomisk bistand, politisk mobilisering og påvirkning av internasjonale organisasjoner og aktører. Arbeidet har skjedd i samarbeid med både norske og internasjonale partnere.

Den globale vaksinealliansen Gavi

Vaksinering er et viktig virkemiddel for å nå målene om å redusere barnedødeligheten. Norge bidro til å etablere Den globale vaksinealliansen Gavi i 1999/2000, med den norske legen (immunologen) Tore Godal som organisasjonens første leder. Norsk støtte har økt jevnlig gjennom årene. Siden oppstarten av Gavi har Norge bidratt med nærmere 8,3 milliarder kroner²⁰, som er i underkant av ti prosent av Gavis samlede budsjett²¹.

Gavi er et partnerskap mellom utviklingsland, giverland, FN, sivilsamfunn og privat sektor som bidrar til at flere barn får tilgang på livreddende vaksiner. Siden oppstarten har Gavi bidratt til å

RESULTATBOKS 1

FLERE BARN FÅR VAKSINER¹⁹

Gjennom investeringer i vaksinealliansen Gavi, IFFIm og AMC har Norge blant annet bidratt til at:

- > Vaksiner redder mellom 2 og 3 millioner liv hvert år.
- > I 2016 fikk 86 prosent av alle spedbarn i verden (116.5 millioner spedbarn) tre doser av DTP3 vaksine, som beskytter dem mot alvorlige infeksjonssykdommer. 130 land hadde nådd målet om 90 prosent dekning av denne vaksinen.
- > Siden 2000 har nærmere 640 millioner barn blitt vaksinert.
- > I perioden 2011-2015 fikk 277 millioner barn en livreddende vaksine distribuert av Gavi.
- > Mer enn 9 millioner fremtidige dødsfall er avverget siden 2000.
- > Gavi har bidratt til styrking av helsesystemer (HSS) i flere enn 60 land.

forhindre mer enn 9 millioner dødsfall gjennom støtten til ti ulike vaksiner. Flere enn 640 millioner barn har blitt vaksinert,²² og vaksinasjonssystem har blitt styrket. Gavi var allerede ved etableringen en innovativ organisasjon på grunn av sitt unike samarbeid mellom offentlige og private aktører. Den har senere vist seg å være en pådriver for innovasjon på mange områder, blant annet ressursmobilisering, resultatbasert finansiering, resultatrapportering og markedsendring.

Sammen med Gavi bidro Norge til innovasjon i finansieringen av effektive tiltak for kvinners og barns helse. I 2010 forpliktet Norge seg til å bidra med totalt 1,5 milliarder kroner²³ over ti år til International Finance Facility for Immunisation (IFFIm). IFFIm er en finansieringsmekanisme som omdanner langsiktige bidragsforpliktelser fra givere til umiddelbart tilgjengelig kapital ved å utstede obligasjoner på kapitalmarkedene. Dette øker beløpet Gavi kan bruke til å kjøpe inn og distribuere vaksiner. Norge deltok også i etableringen av den første såkalte Advanced Market Commitment (AMC),²⁴ en finansieringsmekanisme som bidro til å øke utviklingen av, og tilgangen til, pneumokokkvaksiner (PCV) i utviklingsland. Mekanismen har blant annet bidratt til at vaksinen er introdusert i 57 land med støtte fra Gavi. Mellom 2010 og 2016 har vaksinedekningen av PCV økt til 40 prosent. Totalt har 114 millioner barn mottatt vaksinen med hjelp fra Gavi.²⁵ Mekanismen har bidratt betydelig til å øke tilgjengeligheten og opptaket av PCV i utviklingsland.

I 2015 introduserte Gavi poliovaksinen (IPV) som en rutinevaksinasjon i 126 land. Dette var den største og raskeste globale vaksineintroduksjonen noen gang.²⁶ Det var en milepæl da utryddingen av polio type 2 ble ferdigstilt våren 2016. I dag er det kun polio type 1 som gjenstår å utrydde. Det er svært få tilfeller i verden, likevel er

viktigheten av god koordinering og tilgang på IPV i områder der polio fremdeles finnes, avgjørende for å utrydde sykdommen.²⁷ Gavi støtter nå en forlengelse av introduksjonsprogrammet for IPV i 70 lav- og middelinntektsland.²⁸

Økt finansieringsevne i mottakerlandene

Gavi støtter 73 land.²⁹ Partnerskapets støtte er basert på mottakerlandenes betalingsevne og har til hensikt å bidra til at landene selv kan finansiere sine egne vaksinasjonsprogrammer i fremtiden. Etter hvert som landenes økonomi vokser betaler de selv en større andel av vaksinene. Til slutt nås en grense der Gavi-støtten utfases over en femårsperiode. Når utfasingsprosessen er over, finansierer landene fullt ut sine egne vaksinasjonsprogrammer. I 2016 var 16 land i utfasingsperiode³⁰ og fire var helt selvfinansiert.³¹ I dag er det totalt ni land som fullfinansierer vaksinene.³²

I stedet for å duplisere tjenestene til de mange aktørene innen helse og vaksiner, er Gavi avhengig av landbaserte systemer og samarbeidspartnere med utbredt feltilstedeværelse for å levere sine programmer. På landnivå skjer dette hovedsakelig gjennom landrepresentanter fra Verdens helseorganisasjon (WHO) og Unicef. WHO gir sakkyndige anbefalinger om bruk av vaksine og vurdering av nye vaksiner. Mens Gavi sørger for finansiering av vaksinene, er det

Unicefs rolle å kjøpe dem inn. Verdensbanken har også en viktig rolle, ved å gi strategiske råd om kapitalmarkedsdynamikk og spille en nøkkelrolle i den innovative delen av finansiering.³³ Gavi vurderes som en effektiv multilateral organisasjon av MOPAN, Nettverket for vurderinger av multilaterale organisasjoners prestasjoner.³⁴

Bedre tilgang til vaksiner

Gavi er en sentral aktør i å skape endringer i markedet for å øke tilgangen til vaksiner og redusere prisene. Siden 2010 har Gavi bidratt til å redusere prisene på tre viktige vaksiner (pentavalent, PCV og rota) med hele 46 prosent. Gavi har også bidratt til å øke antall produsenter av vaksiner som er kvalitetssikret av Verdens helseorganisasjon fra fem produsenter i 2001 til 16 produsenter i 2016. Dette har bidratt til en stor økning i vaksineprodusenter utenfor den vestlige verden.³⁵

Styrking av helsesystemer (HSS) er essensielt for at immuniseringsprogrammer i utviklingsland skal lykkes.³⁶ Hovedformålet er å løse systemiske barrierer som hemmer tilgangen til vaksinasjon.³⁷ Siden 2005 har Gavi gitt støtte til ulike systemsstyrkingstiltak som opplæring av helsepersonell og ledere, innkjøp av utstyr og investeringer i infrastruktur. Støtten har bidratt til å øke tilgangen til vaksiner i rurale områder gjennom såkalte outreach-kampanjer, og til

Siden oppstarten i 2000, har Gavi bidratt til vaksinerings av nesten 640 millioner barn og hjulpet utviklingsland med å forebygge mer enn 9 millioner dødsfall gjennom støtte til ti ulike vaksiner: pentavalent, pneumokokk, rotavirus, gulfeber, meningiti A, japansk encefalitt, human papillomavirus (HPV-vaksinen), meslinger og røde hunder.

å gjøre det attraktivt for fattige familier å komme til helsestasjonen med barna sine for vaksinasjon.³⁸ I forrige strategiperiode gikk omkring ni prosent av Gavis støtte til systemstyrking. I strategiperioden 2016 til 2020 har andelen økt til 17 prosent. Ett eksempel på et godt HSS-resultat for Gavi, er måten partnerskapet har klart å effektivisere frakt av medikamenter ut til helsestasjoner.³⁹

Fremgangen til tross: fortsatt mangler over 19 millioner barn i land med støtte fra Gavi tilgang til grunnleggende vaksiner. Det betyr at hvert femte barn ikke får alle vaksinene de skal ha.



Et barn i Etiopia får vaksine. FOTO: KEN OPPRANN

RESULTATBASERT FINANSIERING AV HELSETJENESTER

Norge har bidratt i arbeidet med å finne fram til nye og innovative løsninger for finansiering av helsetjenester. For å utforske effekter av ulike former for resultatbasert finansiering (RBF) av tjenester rettet mot kvinner og barns helse på landnivå, etablerte Norge i 2007 et fond

administrert av Verdensbanken: Health Results Innovations Trust Fund (HRITF). Fondet, som fra 2009 også ble støttet av Storbritannia, har vært et av de største helsefondene i Verdensbanken. Det er i dag omgjort til Global Financing Facility for EWEC (GFF), men aktivitetene fortsetter.

Mellom 2007 og 2015 bidro Norge med i overkant av 1,2 milliarder kroner, som utgjorde to tredeler av fondet. Dette bidrar fortsatt til å finansiere resultatbaserte ordninger på landnivå, og følges opp med systematisk forskning og evaluering av effekter og resultater. Innsatsen har møtt stor interesse internasjonalt, og er av mange blitt omtalt som et av Verdensbankens flaggskip innen helse. Fondet har også innvirkning på hvordan Verdensbanken prioriterer og gjennomfører helseinnsats i andre deler av sin virksomhet.

Fondet har bidratt til introduksjon av både pilotprogrammer og oppskalerte programmer for resultatbasert finansiering i 40 prosjekter i 32 land. I de fleste tilfeller er det for tidlig å konkludere, men pågående evalueringer vil i løpet av få år gi mye informasjon om effekter av resultatbasert finansiering. Kunnskapen kan brukes som grunnlag for vurdering av å introdusere lignende ordninger i andre land – også for å ikke gjøre det, om det viser seg at det ikke er effektivt eller har uheldige effekter. I begge tilfeller vil forskning og evaluering kunne bidra til bedre helsetjenester og bedre resultater langt utover de tiltak som blir finansiert av fondet.

Evalueringer av arbeidet med resultatbaserte finansieringsordninger viser blant annet:⁴¹

- › I Rwanda har det vært 23 prosent flere fødsler på klinikker med resultatbasert

finansiering sammenlignet med andre klinikker. Forebyggende tiltak for barn under to år er økt med 56 prosent, og med 132 prosent for barn over fem år.

- › I Burundi gikk antallet dødsfall per 100 000 gravide ned fra 615 til 499 i perioden 2005-2010, etter at resultatbasert finansiering var innført i hele landet. Reduksjonen i barnedødelighet gikk fra 175 til 96 per 1000 levendefødte i samme periode. Resultatbasert finansiering medvirket til dette.
- › I Zimbabwe økte antall svangerskapskontroller med over 100 prosent etter ett år med resultatbasert finansiering. Effektiviteten i helsesystemet økte ved bruk av bonus for henvisning til sykehus ved risikoutsatte fødsler. Flere fødsler ble gjennomført av mer kvalifisert personell med bedre utstyr.
- › I Zambia har antall fødsler på klinikk økt ved klinikker som får resultatbasert finansiering.
- › I DR Kongo økte bruk av moderne familieplanleggingsmetoder langt mer i klinikker der resultatbasert finansiering ble innført enn i andre. Forskjellen forklares med at helsearbeiderne ble mer aktive i planlegging, bestilling og bruk av leveranser av prevensjonsmidler.
- › Kvaliteten og regelmessigheten av innrapportert helseinformasjon er forbedret i nær sagt alle pilotlandene. Dette er en tilleggseffekt med betydning for tjenestelevering og datagrunnlag generelt.

HVA ER RESULTATBASERT FINANSIERING?⁴⁰

- › Resultatbasert finansiering (RBF) innebærer finansiering eller betaling for faktisk oppnådde resultater.
- › Det betyr at utbetalingen, eller deler av denne, skjer etterskuddsvis, for å gi incentiver eller skape motivasjon for å oppnå spesifikke resultater.
- › Eksempler på RBF innen helse kan være at økonomisk støtte utbetales til et sykehus eller til helsearbeidere på bakgrunn av dokumenterte, oppnådde resultater.

HRITF-prosjekter utløser også muligheten for å benytte lavrentelån fra Verdensbanken (IDA-lån) til de samme programmene. Dette har ført til at land har benyttet fire ganger beløpet fra HRITF i IDA-lån. Programmet har dessuten bidratt til at Verdensbanken har inntatt en mer fremtredende rolle innen helsefeltet, og har banet veien for GFF.

To FN-kommisjoner for kvinner og barn

I 2010 nedsatte FNs generalsekretær Ban Ki-moon to ulike kommisjoner for å følge opp EWEC-strategien:

- › FNs kommisjon for livreddende medisiner
- › FNs kommisjon for ansvarliggjøring og informasjon

Norge bidro aktivt i utforming og finansiering av begge kommisjonene.

RESULTATBASERT FINANSIERING AV KVINNE- OG BARNEHELSE I 32 LAND⁴²

Gjennom investeringer i HRITF har Norge blant annet bidratt til at:

- > flere enn 17 millioner kvinner bruker moderne metoder for familieplanlegging
- > flere enn 15 millioner kvinner får kvalifisert svangerskapskontroll i forbindelse med graviditet
- > flere enn 6 millioner barn er blitt vaksinert mot vanlige sykdommer

FNS KOMMISSJON FOR LIVREDDENDE MEDISINER

FNs kommisjon for livreddende medisiner til kvinner og barn ble etablert i 2012 under ledelse av Nigerias daværende president Goodluck Jonathan og Norges daværende statsminister Jens Stoltenberg. Kommisjonen, UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children (UNCoLSC), hadde som formål å løse flaskehalsen som hindrer medisiner å nå frem til, eller bli brukt av, dem som trenger medisiner. Kommisjonen arbeidet for å senke prisene på ulike helseprodukter ved å garantere kjøp av store volum, øke tilgangen til medisiner gjennom styrkede distribusjonsnettverk, og å bidra til mer effektiv bruk av helseprodukter ved opplæring av helsearbeidere.

Kommisjonen identifiserte 13 medisiner og helseprodukter, og fremmet ti anbefalinger for å bringe disse produktene ut til så mange kvinner og barn som mulig.⁴³ Den anslo at universell tilgang ville bidra til å redde seks millioner liv innen 2015.⁴⁴

I 2013 ga Norge, sammen med andre internasjonale aktører, en garanti for salg av minst 27 millioner p-staver over seks år. En slik volumgaranti har gjort det mindre risikabelt for mange andre aktører å satse på produktet.

For å følge opp kommisjonens anbefalinger, opprettet Norge, FNs befolkningsfond (UNFPA) og Storbritannia et fond for reproduktiv mødre-, nyfødt- og barnehelse (RMNCH Trust Fund). Norge ga 445 millioner mellom 2013 og 2015 til dette arbeidet, med tiltak på globalt nivå og i 19 land. Ifølge fondets sekretariat har investeringene økt tilgangen til de 13 livreddende medisiner og produktene. Tiltakene har bidratt til bedre og raskere registreringsprosesser for medisiner og helseprodukter forhåndsgodkjent av Verdens helseorganisasjon, lavere priser på flere av de livreddende medisiner og produktene, og økt tilgjengelighet og bruk av disse.

I følge fondets sekretariat har tiltakene blant annet bidratt til en økning på 11 prosent i andel

helsestasjoner i 18 land med de ulike 13 livreddende medisiner tilgjengelig, sammenlignet med perioden 2013-2014. Det meste av forbedringen skjedde i de første årene. Basert på de livreddende medisiner ble medisinmangelen på nasjonalt nivå redusert med nesten tolv prosent. Flere medisiner blir nå sporet gjennom elektronisk logistikkstyringsprogram.

Andel land som har inkludert de 13 livreddende medisiner i sine nasjonale lister for essensielle medisiner har økt fra et gjennomsnitt på 60 prosent til 92 prosent.⁴⁵ Tiltakene førte også til flere og bedre trente helsearbeidere. I de 19 landene som fikk støtte, fikk over 170 000 helsearbeidere opplæring innen mor, barn og reproduktiv helse og 45 prosent av disse ble trent i tiltak innen familieplanlegging. Nesten halvparten av helsearbeiderne som fikk opplæring var fra Pakistan og Afghanistan. Prisen på prevensjonsstaver ble redusert med over 50 prosent og prisen på antisjokkdrakter for å hindre blødninger ble redusert med over 75 prosent.⁴⁶ Prisen på nyfødtutstyr ble redusert med 30 prosent for prøvedukker til bruk i opplæring og 53-62 prosent⁴⁷ for gjenopplivingsutstyr. Kvalitetsforbedringer ble gjennomført hos tre legemiddelprodusenter i Nigeria, to i Kenya og en i Bangladesh for å øke kvaliteten på klorhexidin for å rengjøre navlestrengstump og unngå infeksjon.⁴⁸

Norge etablerte også et samarbeid med Clinton Health Access Initiative (CHAI). CHAI har oppnådd lavere medisinpriser, opplæring av helsepersonell, bedre systemer for innsamling av helseinformasjon og data, og styrking av samarbeidet mellom ulike nivåer i helsetjenesten.

Prosjektene ble finansiert mellom 2012 og 2016 og har gitt gode resultater:

- > Mødre- og nyfødt dødeligheten i 30 kommuner i tre delstater i Nigeria med høy sykdomsbyrde (Kano, Kaduna og Katsina) ble redusert med 40 prosent.⁴⁹
- > Tiltak i Nigeria for å redusere død blant barn forårsaket av diaré i delstatene Lagos, Rivers og Kano, bidro til at bruk av riktig behandling (væskeerstatning og sink) mer enn femdoblet i løpet av tre år. Samtidig bidro prosjektet til at færre feilbehandlet diaré med antibiotika.⁵⁰
- > CHAI jobbet med legemiddelselskaper i Øst-Afrika for å gjøre dem mer konkurransedyktige. Tiltak i 300 helsefasiliteter i Etiopia bidro til å redusere mangelen på oksytocin, som forhindrer blødning i forbindelse med fødsel, med 74 prosent, fra 35 prosent medisinmangel til 5 prosent. Programmet bidro også til å øke bruken av fem medisiner for kvinner under fødsel og for nyfødte (Magnesium sulphate, Oxytocin, Gentamicin, Ceftriaxone, Dexamethasone) med nærmere 179 prosent.⁵¹

Et av de 13 livreddende produktene som FN-kommisjonen jobbet med var prevensjonsstaver (p-stav). Gjennom to volumgarantier bidro Norge, andre givere og to produsenter av p-stav til å redusere prisen for fattige land med 50 prosent. I løpet av garantiens fire første år (2013-2016) har mer enn 36 millioner p-staver blitt distribuert i verdens fattigste land. Det representerer en økning på 84 prosent sammenliknet med 2012. Det er estimert at garanti-programmet i 2016 har bidratt til å avverge én million dødsfall. De to produsentene har annonsert at de holder prisen på samme nivå i 5 år etter at volumgarantiene går ut.⁵²

FNS KOMMISSJON FOR ANSVARLIGGJØRING OG INFORMASJON

Kommisjonen for ansvarliggjøring og informasjon (UN Commission on Information and Accountability), CoIA, tok sikte på å etablere et internasjonalt rammeverk for opprettelsen av gode informasjonssystemer eiet av mottagerlandene. Utgangspunktet var at man visste for lite om hvor mye ressurser som hvert år ble brukt for å styrke helsesituasjonen til kvinner og barn, og – viktigere – hva som var resultatene av de tiltakene som faktisk ble gjennomført.⁵³

Sammen med Canada og Storbritannia, ga Norge 134 millioner kroner over en femårsperiode.

Norges daværende utenriksminister Jonas Gahr Støre var medlem av kommisjonen. Prosjektet ble drevet av WHO, og bidro til å styrke planer og investeringer i mer enn femti lands sivile registre, vitale statistikkssystemer (CRVS) og helsestyrings- og informasjonssystemer (HMIS). Kommisjonens ti anbefalinger ble i stor grad fulgt opp.⁵⁴

I 2015 arrangerte WHO, USAID og Verdensbanken et eget toppmøte hvor regjeringssjefer ble enige om å definere måling av resultater og strategi for ansvarliggjøring gjennom et helsedatapartnerskap, hvor Norge er en av tretti partnere.

I tillegg har Norge bidratt spesielt med å styrke informasjonssystemer for helse gjennom finansiering av Universitetet i Oslos arbeid med utvikling og utrulling av helseinformasjonssystemet District Health Information Software i mer enn 50 land. En 2016-evaluering initiert av flere av giverne, viste svært positive resultater.⁵⁵

Norge bidro også til finansiering av arbeidet med å innføre et rapporteringssystem som gikk helt opp til statsledernivå, for mødre-, nyfødt- og barnehelse i 25 afrikanske land gjennom African Leaders Malaria Alliance (ALMA). Flere afrikanske land rapporterer at denne innsatsen har ført til økt oppmerksomhet om kvinner og barns helse, og økt åpenhet og styrket målstyring i helsesektoren.

I tillegg investerte Norge i forskning for å utvikle nye og bedre redskaper for datainnhenting og rapportering på kvinner og barns helse, inkludert utvikling av elektroniske helseregistre i samarbeid med Folkehelseinstituttet, og et prosjekt for utvikling av datainnhenting- og analyseverktøyet Quality of Institutional Care (QuIC).



Helsearbeidere fører helsebøker og oppdaterer helseregistre hos Ambohipo-klinikken utenfor hovedstaden Antananarivo på Madagaskar. FOTO: KEN OPPRANN

Innsats på landnivå

Eksempler på resultater Norge har bidratt til i den globale innsatsen for kvinner og barns helse

NIGERIA

Økt tilgang til effektiv behandling av diare hos barn (ORS og Zinc) anslås å ha bidratt til å forhindre 7000 dødsfall i delstatene Kano, Rivers og Lagos, mens 40 000 dødsfall ble forhindret på landsbasis.

TANZANIA

Uttesting av resultatbasert finansiering i Pwani-regionen ga blandede resultater. Erfaringene benyttes i en videreutviklet modell for resultatbasert finansiering.

MALAWI

70 prosent reduksjon i antallet barn som smittes av hiv takket være godt behandlingstilbud. I 2016 fikk 84 prosent av hivpositive gravide medisin for å hindre smitte fra mor til barn, mot 25 prosent i 2010.

PAKISTAN

Innsatsen for barne- og mødre helse i Sindh-provinsen ble preget av svak prosjektstyring av FN, forsinkelser og ikke påbegynte tiltak for bærekraft – støtten ble avsluttet.

INDIA

Antall dødsfall blant barn under fem år har gått ned med 36 prosent mellom 2005-2015, mens spedbarnsdødeligheten gikk ned med 22 prosent.

- 
- Prioriterte fokusland
 - Land som mottar støtte via multilaterale organisasjoner (Det globale fondet og Gavi) inkludert de fem prioriterte fokuslandene
 - ▨ Land som mottar støtte fra Global Financing Facility GFF (per 2017)

Norges innsats på global helse er et bidrag til det arbeidet som gjøres på landnivå. Det er de nasjonale myndighetene i hvert enkelt land som har det primære ansvaret for landets helsetjenester.

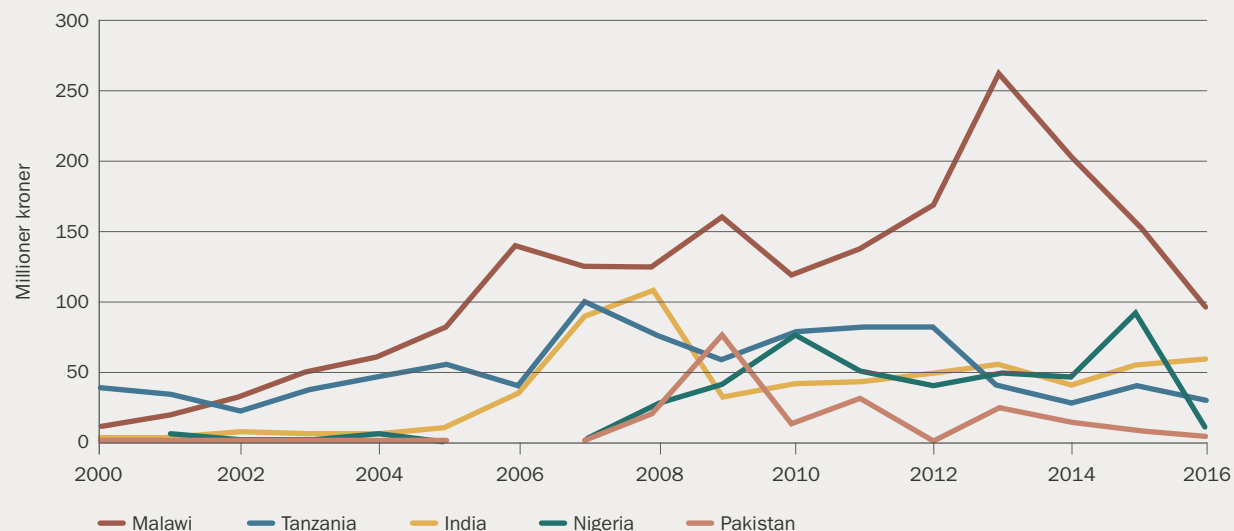
Derfor har Norge samarbeidet med helsemyndighetene i fem land hvor helsesituasjonen for kvinner og barn var spesielt utsatt: India, Malawi, Nigeria, Pakistan og Tanzania, parallelt med det globale mobiliseringsarbeidet.

Initiativene i de fem landene er ulike både i omfang, innhold og i hva slags resultater de har levert. Felles for dem alle, er at de har rettet seg mot noen av områdene i verden med høyest dødelighet blant barn og mødre, og at de har brukt innovative virkemidler for å oppnå resultater. Det gjelder både bruk av teknologi, organisering, og i måten tjenestene er finansiert på.

SPEDBARNSDØDELIGHET PÅ DAGSORDEN I INDIA

Indias målsetting for reduksjon i barnedødelighet innen 2015 var 38 dødsfall per 1000 levendefødte barn under fem år. Målet ble ikke nådd, men det var en betydelig nedgang på 36 prosent fra 2005 (75 per 1000 levendefødte barn i 2005 til 48 i 2015), ifølge FN. Spedbarnsdødeligheten (dødsfall blant barn yngre enn 28 dager) sank

FIGUR 4 // MALAWI ER STØRSTE MOTTAKER AV NORSK BILATERAL STØTTE FOR Å REDUSERE MØDRE- OG BARNEDØDELIGHET



Norsk helsebistand* til fem utvalgte land. 2000-2016. (NOK 1000). KILDE: Norad

* DAC-sektor 121 - Health, general, 122 - Basic health, 130 - Population policies/programmes and reproductive health.

med 22 prosent fra 38 per 1000 levendefødte til 28 i perioden 2005-2015.⁵⁶

Det er store forskjeller mellom indiske delstater og distrikter på grunn av økonomi, tilgang til helsetjenester og en rekke andre utviklingsfaktorer. En studie viser at 37 prosent av dødsfallene blant barn under 5 år i India skjer i kun 14 prosent av landets distrikter (81 av 597).⁵⁷

Derfor fokuserer indiske myndigheter på de fattigste statene i sitt arbeid for å redusere barnedødelighet.

Norge har bidratt til å redusere spedbarnsdødeligheten i India gjennom Norway India Partnership Initiative (NIPI) og gjennom investeringer i Gavi og Det globale fondet. NIPI er basert på tett samarbeid mellom norske og indiske



FOTO: EVA BRAHOLM

REDUSERT BARNEDØDELIGHET I INDIA

Gjennom investeringer i Norway India Partnership Initiative (NIPI) har Norge blant annet bidratt til følgende resultater:

- > Norges bidrag til NIPI i perioden 2013-2017 er 250 millioner kroner. For hver norske krone, har indiske myndigheter investert 19,5 kroner for at NIPI-programmet skal kunne utvikle og teste helseinnovasjoner i 13 distrikter i fire delstater.
- > Ni av 11 helseinnovasjoner som er utviklet og testet gjennom NIPI-programmet er i dag overtatt av indiske myndigheter, og er i ferd med å skaleres opp til delstats og/eller nasjonalt nivå.

- > Indiske myndigheter har frem til nå brukt 1,5 milliarder norske kroner på utrulling av NIPI-innovasjoner og har forpliktet seg til å investere ytterligere 2 milliarder kroner de neste tre årene.
- > 800 000 helseaktivister har blitt opplært til å utføre hjemmebesøk i barnets første leveår.
- > Mer enn 2,4 millioner hjemmebesøk med råd og helsetjenester til over 700 000 familier med barn under ett år.
- > 500 nyfødtintensivavdelinger er etablert basert på NIPI-modellen i 18 prioriterte delstater.
- > 10 000 sykepleiere uteksaminert fra 133 sykepleieskoler som er styrket med praktisk rettet opplæring
- > Initiativets modell for sykepleie- og jordmordutdanning har blitt nasjonal standard.

Gjennom investeringer i Gavi har Norge bidratt til at:

- > 88 prosent av alle barn i India fikk trippelvaksinen mot difteri, stivkrampe og kikhoste i 2016, mot 58 prosent i 2000.⁵⁸
- > India ble offisielt erklært fri for polio i 2014.⁵⁹
- > I 2012-2015 ble penta-vaksinen introdusert i det indiske vaksineprogrammet. Pneumo vaksinerne (mot lungebetennelse) blir i første fase introdusert til 2,1 millioner barn under 5 år i løpet av 2017. Rota-vaksinen, som bidrar til at færre barn får alvorlig diaré, er så langt implementert i 9 indiske delstater.⁶⁰

Gjennom investeringer i Det globale fondet har Norge bidratt til at:⁶¹

- > 900 000 mennesker får hivbehandling.
- > 2,5 millioner mennesker har fått behandling for tuberkulose.
- > 10,9 millioner malarianett er distribuert.

myndigheter og trekker veksler på en rekke internasjonale og nasjonale partnere for å utløse større og mer bærekraftige investeringer fra indiske myndigheter. Arbeidet er konsentrert til fire delstater: Bihar, Madhya Pradesh, Odisha, Rajasthan. I tillegg til aktiviteter for å redusere spedbarnsdødelighet, innebærer samarbeidet også satsing på innovasjon (se kapittel 5) og styrking av helsesystemer (se kapittel 6).

OMFATTENDE, SEKTORBREDT SAMARBEID MED MALAWI

Malawi og Norge har hatt et omfattende samarbeid innenfor helsesektoren i flere år. Store deler av norsk støtte har gått til styrking av helsesektoren, utdanning av helsepersonell og kampen mot hiv. De siste årene har samarbeidet hatt særlig oppmerksomhet mot kvinner og barns helse, samt reproduktive og seksuelle rettigheter. I tillegg har betydelig norsk støtte til Malawi blitt kanalisert via globale organisasjoner som Gavi og Det globale fondet, og blant annet styrket vaksinedekning og malariabekjempelse. En rekke norske helseinstitusjoner og frivillige organisasjoner har bidratt.

Malawi har vist svært god framgang for barns helse på tross av et svakt helsesystem og stor mangel på helsepersonell, noe som blant annet kan forklares med vaksiner og redusert smitte av hiv fra mor til barn, og redusert smitte

KVINNE- OG BARNEHELSE I MALAWI

Gjennom støtte til styrking av helsesektoren og innsats for bedre kvinne- og barnehelse i Malawi rapporteres det flere positive resultater i perioden 2011-2016:⁶²

- > 91 prosent av fødslene finner sted på helseinstitusjoner og i 90 prosent av alle fødsler er helsepersonell tilstede. Dette er en markant økning fra 2010, da rundt 70 prosent av fødslene fant sted på institusjoner og/eller med helsepersonell tilstede.
- > Kunnskap om og bruk av prevensjon er forbedret. 98 prosent av kvinnene og nesten 100 prosent av menn kjenner til minst en prevensjonsmetode. Blant gifte kvinner bruker i dag 58 prosent moderne langtidsvirkende prevensjon, og 76 prosent av gifte kvinner får sitt behov for prevensjon dekket. Sammenlignet med tidligere er dette positive tall. Likevel får den gjennomsnittlige malawiske kvinne i dag ett barn mer enn hun ønsker.
- > 84 prosent av hivpositive gravide fikk i 2016 medisin for å hindre smitte til barnet, mot 25 prosent i 2010.
- > Barsedødeligheten er redusert fra 78 pr 1000 barn til 63 pr 1000 i perioden 2011-2016. Malawis Every Newborn Action Plan (ENAP) har en målsetting om ytterligere å redusere dødeligheten til 5 per 1,000 levende fødte innen 2035.

Norge ga 1,69 milliarder i helserelatert støtte til Malawi i perioden 2005-2015, og mye av innsatsen har vært spesielt innrettet mot kvinne- og barnehelse.

Gjennom investeringer i Gavi har Norge bidratt til at:

- > 84 prosent av alle barn i Malawi fikk i 2016 trippel-vaksinen mot difteri, stivkrampe og kikhoste, mot 64 prosent i 2002. Siden Gavi startet implementering i landet har antall vaksinerte barn per år ligget på mellom 80 og 90 prosent.⁶³



Fra distriktssykehuset i Dedza der Norge har støttet et program for mødrehelse, blant annet resultatbasert kontaktstøtte, både til vordende mødre og helsearbeidere. FOTO: KEN OPPRANN

- > Vaksinedekningen er økt fra rundt 50 prosent til mer enn 80 prosent for de fleste andre viktige vaksiner.
- > I 2017 vil IPV og Measles Rubella (MR) bli en del av det nasjonale vaksinasjonsprogrammet. Penta-vaksinen ble introdusert i Malawi i 2002 og skal ferdigstilles i 2019. Rota-introduksjonen startet i 2012 og ferdigstilles i 2019.⁶⁴

Gjennom investeringer i Det globale fondet har Norge bidratt til at:

- > 680 000 mennesker får hivbehandling.
- > 7,7millioner malarianett er distribuert.⁶⁵

STYRKEDE HELSETJENESTER FOR BARN OG MØDRE I NIGERIA⁶⁶

Programmet Partnership for Reviving Routine Immunization in Northern Nigeria; Maternal Newborn and Child Initiative (PRRINN-MNCH) og samarbeid med CHAI i til sammen åtte utvalgte delstater (Jigawa, Katsina, Yobe and Zamfara, Kano, Kaduna, Rivers og Lagos) har ført til følgende resultater:

- > 2,6 millioner spedbarn ble vaksinert mot meslinger.
- > 1,8 millioner spedbarn fikk DTP-vaksiner mot difteri, stivkrampe og kikhoste.
- > 135 000 kvinner ble brukere av moderne prevensjonsmidler.
- > 300 000 kvinner fikk tilgang på fødselshjelp av god kvalitet.
- > Økt tilgang til effektiv behandling av diare hos barn (ORS og Zinc) anslås å ha bidratt til å forhindre 7000 dødsfall blant barn relatert til diaré i de tre delstatene Kano, Rivers og Lagos, og 40 000 dødsfall forhindret på landsbasis.

- > Over 40 prosent reduksjon i svangerskapsdødelighet og nyfødt dødelighet i programområdene i Kaduna, Kano og Katsina i 2015

Gjennom investeringer i Gavi har Norge bidratt til at:⁶⁷

- > 49 prosent av alle barn i Nigeria fikk i 2016 trippelvaksinen mot difteri, stivkrampe og kikhoste, mot 29 prosent i 2000.
- > Økt vaksinerings mot flere andre barnesykdommer i hele Nigeria.
- > Penta-vaksinene ble introdusert i Nigeria 2012 og skal ferdigstilles i 2020. Meningits-introduksjonen startet i 2016 og ferdigstilles i 2020. Gulfeber ble ferdig introdusert i Nigerias vaksinasjonsprogram i 2013.

Gjennom investeringer i Det globale fondet har Norge bidratt til at:⁶⁸

- > 980 000 mennesker får hivbehandling.
- > 437 000 mennesker har fått behandling for tuberkulose.
- > 128 millioner malarianett er distribuert.

og dødsfall fra malaria. Fra 2000 til 2016 sank barnedødeligheten for barn under fem år fra 189 til 63 barn per 1000. Men for svangerskapsrelaterte dødsfall er det fortsatt et stort behov for å styrke kvalitetene på tjenester da det ikke er mulig å vise til forbedring de siste årene, på tross av den høye andelen kvinner som føder på helseinstitusjon.

FØDSELSHJELP OG BARNEHELSE I NIGERIA

Norges bilaterale samarbeid for å styrke

kvinner og barns helse i Nigeria, utgjorde i perioden 2008-2013 250 millioner kroner. Arbeidet tok blant annet sikte på å øke vaksinedekningen og tilgangen til helsetjenester i forbindelse med svangerskap og fødsel i de fire delstatene Yobe, Zamfara, Katsina og Jigawa nord i Nigeria. Dette ble gjort i samarbeid med det britiske Department for International Development (DFID), som allerede hadde omfattende bistandsprogram i landet. Programmet hadde et sterkt

innslag av forskning, innovasjon og styrking av helsesystemer til nytte for helsesektoren i resten av landet.

I tillegg til innsatsen i de fire delstatene er et system for innhenting av helsedata (District Health Information Software, DHIS 2) introdusert som Nigerias nasjonale system for helseinformasjon. Dette systemet er utviklet av Universitetet i Oslo, med støtte fra Norad. Det er også utviklet retningslinjer for å redusere fragmentering i primærhelsetjenesten, og nasjonale retningslinjer for arbeidet med administrering av helsepersonell.

Etter 2012 har Norge samarbeidet med Clinton Health Access Initiative (CHAI) i Nigeria, som et ledd i oppfølgingen av kommisjonen for livsviktige medisiner. Det har inkludert 56 millioner kroner i støtte til behandling av diaré hos barn (ORS+Zink) mellom 2013 og 2016 i delstatene Kano, Rivers og Lagos, og 97 millioner kroner i perioden 2014-2016 til et program for å redusere mødre- og barnedødelighet i delstatene Kaduna, Kano og Katsina.

SVAKE RESULTATER I PAKISTAN

Et norsk-pakistansk partnerskap (NPPI) ble etablert i 2009 for å styrke arbeidet med kvinner, spedbarn og barns helse, særlig i ti distrikter i Sindh-provinsen med svært

høy barne- og mødredødelighet. Norge avtalte bidrag på 250 millioner kroner skulle gå gjennom FN-systemet og Ett FN Pakistan, et samarbeid mellom Unicef, WHO og UNFPA mellom 2009 og 2013.

En uavhengig gjennomgang av programmet i 2013 bekreftet Norges mistanke om manglende fremdrift, mangelfull prosjektstyring og koordinering, og vansker med å bevise resultatoppgåelse. Prosjektgjennomføringen var så svak, og sannsynligheten for at den kunne bedres innenfor den eksisterende strukturen var så liten, at Norge besluttet å trekke støtten uten å fullføre programmet. Norge ba derfor Ett FN (pilot samkjøringsprosjekt mellom FN-organisasjonene) og helsemyndighetene i Sindh-provinsen om å trappe ned de tiltakene som var mest vellykket på en slik måte at de resultatene som var oppnådd ble bærekraftige. Partnerne ble også bedt om å avslutte ikke-prioriterte aktiviteter, ikke starte opp nye aktiviteter, dokumentere erfaringer og lærdom, og gjennomføre en sluttevaluering.⁶⁹

Ved programmets slutt hadde Norge utbetalt nesten 142 millioner kroner. Sluttevalueringen fra 2014⁷⁰ viste enkelte positive resultater, som en betydelig økning i vaksinasjon av barn under to år. Det var også en økt andel gravide som oppsøkte helsetjenester og fødte på sykehus



Norge har bidratt til bedre helsetjenester for kvinner og barn i Nigeria. FOTO: FREDRIK NALMANN

med kompetent helsepersonell til stede. Evalueringen fant derimot også svak koordinering og dårlig kommunikasjon mellom de ulike prosjektene på distriktsnivå. Flere andre faktorer bidro til å forsinke gjennomføringen, deriblant noen katastrofale flommer i 2010 og 2011, og en krevende reform av helsesektoren. [Klikk her for å lese mer på Norads hjemmesider.](#)

Ett FN som leveransemodell var på tidspunktet nytt. Erfaringene fra NPPI vil bli nyttig i fremtiden med tanke på planlegging og gjennomføring av lignende initiativer og for å unngå lignende problemer i fremtidige samarbeid med Ett FN.

HELSESAMARBEID MED TANZANIA⁷¹

Norge har i perioden 2005-2015 bidratt med 674 millioner kroner i helserelatert bistand til Tanzania. Gjennom partnerskapet Norway Tanzania Partnership Initiative (NTPi) og annen støtte, har Norge bidratt til:

- > Økning av ressurser til helsetjenester i distriktene; i 2009 var økningen på 25 prosent.
- > Styrking av systemer for helseinformasjon, for å bidra til bedre prioritering og planlegging i helsesektoren.
- > Utvikling av nye standarder, rutiner og håndbøker for helsesektoren.
- > At Tanzania er blitt ett av fire forløperland i Global Financing Facility for Every Woman, Every Child (GFF). Målet er å sikre langsiktig innenlands finansiering av helsetjenester for kvinner, barn og ungdom.

Uttesting av resultatbasert finansiering i Pwani-regionen ga blandede resultater. Til tross for kort tidsperiode var resultatene gode for utvalgte helsetjenester. Erfaringene benyttes i en videreutviklet modell for resultatbasert

finansiering, og blir oppskalert andre steder med norsk støtte gjennom Verdensbankens GFF.

Gjennom investeringer i Det globale fondet har Norge per 2016 bidratt til at:⁷²

- > 850 000 mennesker får behandling for hiv
- > 58 700 mennesker har fått behandling for tuberkulose
- > 48,3 millioner malarianett er distribuert

Gjennom investeringer i Gavi har Norge bidratt til at:⁷³

- > 97 prosent av alle barn i Tanzania fikk i 2016 trippelvaksinen mot difteri, stivkrampe og kikhoste, mot 90 prosent i 2005.
- > Økt vaksinedekning for en rekke andre sykdommer.



Fiskemarked i Dar-Es-Salaam, Tanzania. FOTO: KEN OPPRANN

MER RESSURSER OG MER KUNNSKAP I TANZANIA

Norge og Tanzania har en lang historie for samarbeid om helse, og Norge ga totalt 674 millioner kroner i helserelatert bistand til Tanzania mellom 2005 og 2015. I tillegg kommer støtten som kanaliseres gjennom globale finansieringsmekanismer som Gavi og Det globale fondet. Siden 2007 har størstedelen av bistanden gått til å styrke arbeidet med kvinners og barns helse. Samarbeidet

bestod av støtte til Haydom Lutheran Hospital (HLH), utvikling av helseinformasjonssystemer i samarbeid med Universitetet i Oslo, et pilotprogram for bruk av resultatbasert finansiering i Pwani-regionen i Tanzania gjennomført av landets helsedepartement med faglig støtte via fra CHAI. Dette ble fulgt av effektevaluering ved Ifakara Health Institute (IHI), samt annen forskning og utvikling. Norges støtte i denne perioden har bidratt til utvikling fra en rekke delprosjekter til mer koordinert innsats.

Tanzania har sett svært god framgang innenfor barne- og mødredødelighet i perioden, godt over gjennomsnittet i regionen. Kombinasjonen av norsk innsats gjennom sivilt samfunn, akademien, stat-til-stat og globale helseinitiativ og fond har bidratt til dette. Den koordinerte innsatsen fra flere forskjellige aktører – støttet av Norge – har bidratt til at Tanzania er blitt et såkalt forløperland for Global Financing Facility for Every Woman, Every Child (GFF).

3

Sex, politikk og rettigheter

» **Trygge graviditeter og fødsler**, muligheter for familieplanlegging og tilgang til prevensjon, er viktige stikkord for norsk bistand innen seksuell og reprodutiv helse og rettigheter (SRHR).

Norge arbeider også for tilgang på trygge aborter, seksualitetsundervisning, rettigheter for lesbiske, homofile, bifile og transseksuelle personer (LHBT) og marginaliserte grupper, bekjempelse av kjønnslemlestelse, tiltak mot seksualisert vold og behandling og hjelp til ofre.



To kvinner i Malawi venter på nyheter om en fødsel utenfor Dowa Satellite Clinic, en helsestasjon underlagt Dowa distriktssykehus. FOTO: KEN OPPRIAN

GLOBAL UTVIKLING INNENFOR SEKSUELL OG REPRODUKTIV HELSE OG RETTIGHETER:

- › I 2007 la FN inn et nytt delmål om universell tilgang til reproduktiv helse (mål 5b) i tusenårsmålene.
- › I 2016 fikk 20,9 millioner mennesker i mer enn hundre land tilgang til prevensjonsmidler via UNFPA.
- › Sannsynligheten for at jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse i land hvor det praktiseres, er redusert med omtrent en tredjedel sammenlignet med for tretti år siden.

SEKSUELL OG REPRODUKTIV HELSE OG RETTIGHETER

I 1994 ble FNs internasjonale konferanse om befolkning og utvikling arrangert i Kairo. Konferansen anses som et paradigmeskifte i arbeidet med seksuell og reproduktiv helse og reproduktive rettigheter (SRHR). Det tidligere fokuset på familieplanlegging og befolkningsreduksjon ble dreid over i en global enighet om en helhetlig innsats for kvinners seksuelle og reproduktive helse, med kvinners rettigheter i fokus. Dette perspektivet ble videreutviklet i den internasjonale kvinnekongressen i Beijing året etter og i oppfølgingskonferansene etter Kairo og Beijing. Reproduktiv helse ble definert som en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosial velvære – og ikke bare fravær av sykdom og lidelser. Dette gjelder alt som angår det reproduktive systemet,

dets funksjoner og prosesser. I tillegg til konkrete mål om å redusere dødelighet blant mødre, vektla konferansene også sosiale strukturer og relasjoner mellom kjønn som underliggende faktorer. Norge var en aktiv bidragsyter til forhandlingene i Kairo med daværende statsminister Gro Harlem Brundtland i en avgjørende rolle, og har senere jobbet for å bevare enigheten som ble oppnådd i Kairo og Beijing.

HVORDAN ARBEIDER NORGE MED SRHR?

I norsk bistand handler SRHR mye om trygg graviditet og fødsel, familieplanlegging og prevensjon og tilgang til trygg abort. Men det arbeides også med seksualitetsundervisning, hivforebygging, rettigheter for lesbiske, homofile, bifile og transseksuelle personer (LHBT) og marginaliserte grupper, bekjempelse av kjønnslemlestelse, tiltak mot seksualisert vold og behandling og hjelp til ofre. Dette innebærer en rekke innsatsområder både i og utenfor helsesektoren. Norge har også jobbet systematisk med å fremme SRHR i det normative arbeidet i FN og Menneskerettighetsrådet.

Gjennom aktivt politisk påvirkningsarbeid og bidrag til en rekke internasjonale organisasjoner og sivilsamfunnsaktører, har Norge blant annet bidratt til at:

- › universell tilgang til reproduktiv helse ble innlemmet i tusenårsmålene
- › en bred forståelse av seksuell og reproduktiv helse og rettigheter har kommet høyt opp på den internasjonale dagsorden for global helse, til tross av at flere viktige spørsmål er kontroversielle i mange land
- › seksuell og reproduktiv helse har fått høyere politisk status i mange land, hvilket har bidratt til en rekke forbedringer på nasjonalt plan

Et nytt mål for fremtiden

Mange sentrale organisasjoner og land reagerte på at FNs tusenårsmål 5 om å redusere mødredødeligheten ikke i større grad gjenspeilet viktige spørsmål knyttet til rettigheter, som det var enighet om i befolkningskonferansen i Kairo i 1994. Tusenårsmålene hadde en annen tilnærming enn handlingsplanen fra Kairo. Der tusenårsmålene fokuserte på grunnleggende behov og konkrete målområder, satte handlingsplanen fra Kairo søkelys på at sosiale og institusjonelle endringer var nødvendig.⁷⁴

Med norsk støtte startet en rekke internasjonale organisasjoner, inkludert FNs befolkningsfond (UNFPA), Verdens helseorganisasjon (WHO) og flere sivilsamfunnsorganisasjoner, en kampanje for å få utvidet tusenårsmål 5. Kampanjen bar frukter. I 2007 vedtok FNs generalforsamling å inkludere et nytt delmål i tusenårserklæringen

om universell tilgang til reproduktiv helse, mål 5b. Underliggende faktorer som forårsaket mødredødelighet, samt bredere aspekter av SRHR som for eksempel trygge aborter og likestilling, fikk redusert fokus.

TILGANG TIL PREVENSMIDLER

For å sikre kvinner tilgang til effektive prevensjonsmidler, som oppfølging av FP2020-initiativet og FNs kommisjon for livreddende medisiner, har Norge gitt betydelig støtte til UNFPA og internasjonale organisasjoner. Norge vektla økt tilgang til hormonimplantatet p-stav, som har flere fordeler sammenlignet med andre prevensjonsmidler. P-staver beskytter kvinner mot graviditet i fem år og er enkle for helsearbeidere å sette inn og ta ut av kvinners overarm.⁷⁵

For å bidra til å øke tilbudet av p-staver, ga Norge til sammen 200 millioner kroner fra 2013-2014 til UNFPAs program for tilgang til medisiner og produkter for reproduktiv helse, og internasjonale sivilsamfunnsorganisasjoner som Marie Stopes International (MSI), International Planned Parenthood Federation (IPPF), Population Services International (PSI), og Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC). Norge var også med som garantist for at to kommersielle aktører kunne øke produksjonen av p-staver og dermed halvere prisen på produktet for lavinntektsland.

Norge har også gitt støtte til et stort antall aktører involvert i pådriverarbeid og økt tilgang til familieplanlegging og prevensjon. Dette også som en del av innsatsen mot hiv og aids, der målet har vært å integrere seksuelle og reproduktive helsetjenester i arbeidet med forebygging av hivsmitte og tilgang til livsforlengende hivbehandling.

EN RETTIGHETSSTYRT AGENDA

Norge har arbeidet videre for en bred, rettighetsagenda styrt av målene fra Kairo-konferansen. Regjeringens handlingsplan for kvinners rettigheter og likestilling i utviklingssamarbeidet (2007-2009, videreført i 2013) har vært viktig her. En ny handlingsplan ble lansert i 2016. Den norske innsatsen har søkt å påvirke den internasjonale dagsorden og nasjonale prioriteringer rundt grunnleggende rettighetsspørsmål. Seksuelle overgrep, retten til abort, og rettighetsbaserte helsetjenester har vært viktige utfordringer.

I dette arbeidet deltar Norge i en rekke internasjonale forum, i tillegg til å støtte internasjonale organisasjoner som IPPF, International Pregnancy Advisory Services (Ipas) og flere norske sivilsamfunnsorganisasjoner. Norske organisasjoner som jobber med SRHR-temaer og får støtte gjennom Norads ordninger for sivil samfunn,

RESULTATBOKS 7

BEDRE TILGANG TIL PREVENSJON I OVER HUNDRE LAND⁷⁶

Gjennom en volumgaranti for salg av p-staver og investeringer i UNFPA, og samarbeid med MSI, PSI, IPPF og RHSC har Norge blant annet bidratt til at:

- > Prisen på p-stav er mer enn halvert i utviklingsland. Volumgarantien førte til 50 prosent økning i bestillinger av p-staver fra 2013 til 2014, tilsvarende 2,5 millioner nye brukere.
- > 20,9 millioner i mer enn 100 land fikk tilgang til prevensjonsmidler via UNFPA i 2016. Beregnet potensial til å unngå 29 000 tilfeller av mødredødelighet og 3,6 millioner aborter.
- > MSIs arbeid er beregnet å ha unngått 7,6 millioner graviditeter og 4,6 millioner utrygge aborter i 2016.
- > IPPFs arbeid i 2016 er beregnet å ha tilbudt 45,1 millioner seksuelle og reproduktive helsetjenester. I tillegg har 18,8 millioner mennesker fått tilgang til prevensjonsmidler gjennom IPPFs arbeid.

er blant andre Care Norge, Redd Barna, Studentenes og Akademikernes Internasjonale Hjelpfond (SAIH), Kirkens Nødhjelp og Fokus.

I tillegg har det norsk-svenske samarbeidet om regional støtte til hiv og aids i Afrika etter hvert blitt utvidet til å omfatte SRHR i bredere forstand.

RESULTATBOKS 8

SEKSUELLE OG REPRODUKTIVE RETTIGHETER I MALAWI⁷⁷

Organisasjonen Banja La Mtsogolo (BLM) jobber med SRHR i Malawi. Norge og Storbritannia støtter BLMs aktiviteter i 27 distrikter, som blant annet har bidratt til at:

- > Nesten 970 000 mennesker i Malawi ble nådd i 2014. 258 000 av disse var under 25 år, majoriteten var fra avsidesliggende og vanskelig tilgjengelige områder.
- > En evaluering i 2013 beregnet at BLM har bidratt til å avverge 2400 svangerskapsrelaterte dødsfall, 650 000 uønskede svangerskap og 220 000 utrygge aborter.

Norge finansierte BLM med 59 millioner kroner mellom 2005 og 2015. Norges støtte utgjorde 14 prosent av virksomheten i den perioden som dekkes av evalueringen.

TRYGGE ABORTER

Vilje til å arbeide med sensitive og kontroversielle temaer har vært et kjennetegn ved den norske innsatsen for å fremme jenter og kvinners rettigheter. Ikke minst gjelder dette i arbeidet for å sikre kvinner tilgang til trygge aborttjenester.

Norge har tatt til orde internasjonalt for å legalisere abort og sikre tilgang til trygge

RESULTATBOKS 9

TRYGGERE ABORTER I UTVIKLINGSLAND⁷⁸

Gjennom støtte til Ipas, IPPF og andre organisasjoner har Norge bidratt til:

- > At om lag 600 000 kvinner mottok trygge aborthelsetjenester gjennom Ipas sitt arbeid, samt at 1,2 millioner mottok informasjon om trygg abort og hvordan få tilgang til abortpiller og helsetjenester i 2016.
- > Ipas lærte opp over 6000 helsearbeidere innen trygg abort i 2016.
- > IPPF var en sentral pådriver for å få komponenter av SRHR inn i FNs bærekraftsmål.
- > I 2016 bidro IPPF til at 175 lovendringer eller politiske beslutninger om seksuelle og reproduktive rettigheter ble foretatt i 72 land. IPPF bidro med støtte til 661 nasjonale pådrivergrupper og nettverk blant ungdom og kvinner for å mobilisere for SRHR.

aborthelsetjenester, blant annet i Kvinnekommissjonen, Befolkningsskommisjonen og under de enkelte landenes rapporteringer i FNs Menneskerettighetsråd. Det har også vært gitt norsk støtte til flere sentrale aktører som arbeider for å reformere abortlovgivninger og styrke lands evne til å tilby trygge aborthelsetjenester innenfor rammen av nasjonal lovgivning (Ipas, IPPF, Guttmacher Institute, og WHO's Human

RESULTATBOKS 10

ARBEIDET MOT KJØNNSLEMLESTELSE OG SEKSUELL VOLD⁷⁹

Gjennom støtte til UNFPA, Unicef og en rekke sivilsamfunnsorganisasjoner har Norge bidratt til:

- > Nasjonale lover som forbyr kjønnslemlestelse er på plass eller under utvikling i de fleste land hvor praksisen er vanlig.
- > Som følge av et program gjennomført av Kirkens Nødhjelp og Redd Barna, erklærte 15 000 jenter at de ville motsette seg kjønnslemlestelse.
- > Som følge av fellesprogrammet til UNFPA og Unicef, har nesten 15 500 lokalsamfunn erklært at de ikke lenger praktiserer kjønnslemlestelse, siden programmets begynnelse i 2008.
- > Organisasjonen Tostan, som støttes av Norge, har fått 5000 landsbyer med tilsammen 3 millioner innbyggere, hovedsakelig i Vest-Afrika, til å avgjøre erklæringer om å slutte med kjønnslemlestelse.
- > Fra 2014 til 2016 har om lag 2,4 millioner jenter og kvinner mottatt helsetjenester relatert til kjønnslemlestelse gjennom fellesprogrammet til UNFPA og Unicef.

Reproduction Program). Norge var også med å etablere Safe Abortion Action Fund (SAAF) i 2008, som støtter over hundre grasrotaktører i deres mobiliseringsarbeid i Afrika, Asia, Latin-Amerika og Midtøsten. I Norge har organisasjonene Sex og Politikk, FOKUS og Kirkens Nødhjelp, samt Folkehelseinstituttet, vært viktige samarbeidspartnere.

KJØNNSLEMLESTELSE OG SEKSUELL VOLD

Kampen mot seksuell vold involverer også helsesektoren. Norge har støttet opp under WHO's arbeid med å definere hva som er helsesektorens rolle, og styrke samarbeidet med for eksempel justis- og sosialsektoren. Norge har tatt til orde for at nødprevensjon skal tilbys jenter og kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep – noe som er ansett som kontroversielt i mange land – og at både politi og helsevesen skal tilby dette. Norge støtter helserelaterte tjenester etter seksuelle overgrep gjennom blant annet UNFPA.

Kampen mot kjønnslemlestelse har vært en viktig del av Norges innsats for likestilling og SRHR. Norge har vært en av de største bidragsyterne i dette arbeidet, og Etiopia og Somalia er pilotland for den norske innsatsen. Norge har tatt til orde for økt oppmerksomhet på problemet i FN og andre internasjonale forum. Finansiering av strategiske partnere og norsk diplomatisk arbeid bidro til at FN i 2012 vedtok en egen resolusjon for bekjempelse av kjønnslemlestelse. UNFPA og FNs barnefond (Unicef) har vært viktige samarbeidspartnere i Norges arbeid mot kjønnslemlestelse. På norsk initiativ startet disse to i 2008 et felles program som finansierer nasjonal koordinering og lokale aktører i 16 afrikanske land, og i Jemen. Programmet bidrar også til pådriverarbeid på nasjonalt, regionalt og globalt nivå.

Norge har bidratt med 20 millioner kroner per år i støtte til fellesprogrammet siden oppstarten i 2008. I tillegg har Norge støttet arbeidet til en rekke norske og lokale sivilsamfunnsorganisasjoner. Organisasjonen Tostan i Senegal har for eksempel mottatt norsk støtte for sitt arbeid i åtte land i Vest-Afrika. Tostans utvikling av en metode for endring av sosiale normer på lokalt nivå, har vært avgjørende for hvordan organisasjoner jobber med kjønnslemlestelse.

Kjønnslemlestelse er rapportert å bli mindre vanlig i flere land. I følge tall fra FN viser data at praksisen har blitt mindre vanlig i mer enn halvparten av de 29 landene hvor det finnes tilgjengelig data for utbredelsen av kjønnslemlestelse.⁸⁰ Tall fra FN viser også at sannsynligheten for at jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse i land hvor det praktiseres er redusert med omtrent en tredjedel, sammenlignet med for 30 år siden.⁸¹ Til tross for positive endringer er fremgangen ujevn og praksisen fortsatt utbredt i mange land. Demografiske endringer er også en stor utfordring. Innen 2030 vil en av tre jenter bli født i et av de 30 landene hvor kjønnslemlestelse er utbredt ifølge FN. Med mindre innsatsen mot praksisen oppskaleres for å holde tritt med de demografiske endringene, estimeres det at antallet jenter som blir utsatt for kjønnslemlestelse vil fortsette å øke.⁸²



I Etiopia jobber Kirkens Nødhjelp gjennom Den Etiopisk Ortodokse Kirken for å synliggjøre problemene rundt kjønnslemlestelse. Hver søndag, under gudstjenesten i Kara Elu Medhanialeam, blir problemstillingen tatt opp under messen og i påfølgende møter. FOTO: KEN OPPRANN

4

Arbeid mot hiv og andre infeksjoner

» **Den globale innsatsen** mot smittsomme sykdommer har siden 2000 vært en av verdenshistoriens mest vellykkede utviklingskampanjer.

Dette kapitlet handler i hovedsak om norsk innsats mot hiv, tuberkulose og malaria.

Store fremskritt er gjort, men fortsatt gjenstår mye i det globale arbeidet mot smittsomme sykdommer.



FOTO: THE GLOBAL FUND/JOHN RAE

GLOBAL FREMGANG MOT HIV, TUBERKULOSE OG MALARIA⁸³

- › 35 prosent reduksjon i nye tilfeller av hivsmitte (58 prosent blant barn), mellom 2000 og 2015.
- › I 2016 var 19,5 millioner hivpositive på hivbehandling, mot bare 375 000 i 2003.
- › Mellom 2005 og 2016 var det 48 prosent reduksjon i antall aidsdødsfall.
- › Det er beregnet at 8 millioner dødsfall ble unngått mellom 2000 og 2015 fordi hivepidemien ble bremsset kraftig ned.
- › 6,2 millioner malaria-relaterte dødsfall og 43 millioner tuberkulose-relaterte dødsfall ble unngått mellom 2000 og 2015.
- › Resistens mot tilgjengelig behandling er et økende problem for alle tre sykdommene.

Hivepidemien var på frammarsj da tusenårsmålene ble fastsatt. Antallet hivrelaterte dødsfall var rekordhøyt i 2005. 2,8 millioner mennesker døde av hivrelaterte årsaker det året. For mange land representerte hivepidemien en alvorlig trussel mot ikke bare folkehelsen, men mot hele samfunnets grunnstrukturer. Dette fordi hiv særlig rammet den delen av befolkningen som normalt var de friskeste. De var småbarnsforeldre, de hadde ansvar for de eldre i samfunnet, og de var viktige deler av samfunnets produktive arbeidskraft. Alle deler av samfunnslivet ble preget av at disse menneskene ble syke og døde.



Geoffery Kaliki (70) og kona Getwood i Zambia tar vare på åtte barnebarn etter at han og konas tre døtre døde av aids. På bildet har han barnebarnet Trícia (3) på fanget, foran står lille Geoffery Kaliki Jr (2). FOTO: MARTE LID

I 2005 anslo Verdens helseorganisasjon (WHO) at antall årlige aidsrelaterte dødsfall ville øke til fem millioner innen 2015.⁸⁴ Andre sykdommer, som malaria og tuberkulose, hadde vist nedgang i nysmitte og dødsfall en del år, men det gikk bare sakte fremover. Det var nødvendig med en større innsats for å forebygge spredning og gi bedre behandling til dem som var smittet. Vaksinealliansen Gavi og Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria ble viktige redskaper i arbeidet.⁸⁵

Det gikk heldigvis ikke slik som WHO hadde spådd for hivepidemien. Verden satte i verk en storstilt satsing på å gi ikke minst mennesker i utviklingsland tilgang til effektive hivmedisiner. Antall nye hivsmittede ble redusert år for år, og mange av dem som var smittet, fikk friskere og lengre liv. Men selv om smitteraten og dødeligheten har blitt kraftig redusert, er arbeidet med hiv langt fra over.⁸⁶ Nedgang i dødelighet, samtidig som nye mennesker smittes, fører til at antallet som trenger behandling øker hvert år. I tillegg øker resistensen mot de hivmedisinene som er tilgjengelige i fattige land.

Også i arbeidet med malaria, tuberkulose og andre smittsomme sykdommer så man betydelig fremgang. Antall dødsfall forårsaket av malaria ble redusert med 60 prosent mellom

2000 og 2015,⁸⁷ mens antallet dødsfall forårsaket av tuberkulose ble redusert med 22 prosent i samme tidsrom.⁸⁸

FELLES INNSATS MOT HIV OG AIDS

Kampen mot hiv, tuberkulose, malaria og andre smittsomme sykdommer er en av det internasjonale samfunnets mest vellykkede satsinger det siste tiåret. Sammen med arbeidet for kvinner og barns helse, står innsatsen mot hiv som en topp-prioritering i Norges arbeid for global helse. Gjennom politisk lederskap og betydelig støtte til en lang rekke norske og internasjonale organisasjoner, har Norge vært en sentral bidragsyter i dette globale livredningsarbeidet.

Norsk global hivinnsats har blant annet bidratt til:

- En mer koordinert og effektiv nasjonal og global hivinnsats.
- Etableringen av Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria. Fondet har i perioden 2002–2016 bidratt til å forebygge 22 millioner dødsfall som følge av disse sykdommene.
- Tydeligere fokus på ungdom og andre grupper som er særlig utsatt for smitte på grunn av mangelfull tilgang til forebygging, diagnostikk og behandling, ved å sikre kobling til arbeidet for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter.



Musonda (1) i Zambia har ikke blitt smittet av hiv gjennom moren takket være medisiner som hindrer smitte fra mor til barn. FOTO: MARTE LID

HVORDAN ARBEIDER NORGE MED SYKDOMSBEKJEMPELSE?

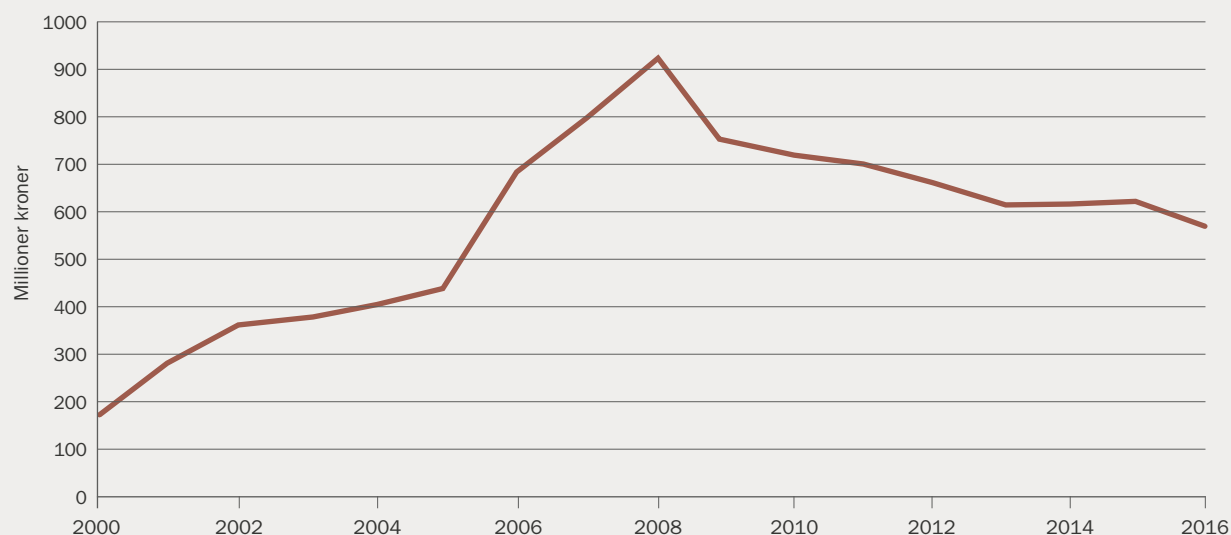
Det internasjonale arbeidet mot hiv, tuberkulose og andre smittsomme sykdommer var lenge preget av svak koordinering og lite samarbeid mellom ulike bistandsaktører. For Norge har det vært viktig å arbeide for at innsatsen trekker i

samme retning og er gjensidig forsterkende. Norge tok derfor en ledende rolle i utviklingen av de såkalte Three Ones-prinsippene. Dette var et initiativ for å bygge forståelse og forpliktelse blant givere for at nasjonale myndigheter har ansvar og autoritet til å koordinere egen og givernes innsats som et nasjonalt program.⁸⁹ Ifølge disse prinsippene skal alle aktører i et land respektere og jobbe under en nasjonal strategi, en felles nasjonal koordineringsmekanisme og ett felles monitorerings- og evalueringssystem på landnivå.⁹⁰ The Global Task Team, hvor Norge hadde en sentral rolle i å koordinere de ulike arbeidsgruppene, ble etablert i 2005 for å mobilisere til, og forbedre, koordineringen av den nasjonale og internasjonale hivinnsatsen.⁹¹

Tankegangen bak Three-Ones brukes i dag også utenfor aidsområdet, der man ønsker å unngå fragmentering på tvers av mange aktører, skape mer effektive innsatser, og der samarbeid i respekt for nasjonal ledelse, prioriteringer og planer er nødvendig for bærekraft.

I perioden 2005 til 2010 hadde Norge en egen ambassadør for aids og globale helseinitiativ, Sigrun Møgedal. Ambassadøren hadde ansvar for å utvikle, profilere, formidle og koordinere norske bidrag og posisjoner på aids og helsefeltet, i samsvar med politiske føringer og norsk politikk.

FIGUR 5 // HIV-INNSATSEN NÅDDE EN TOPP I 2008



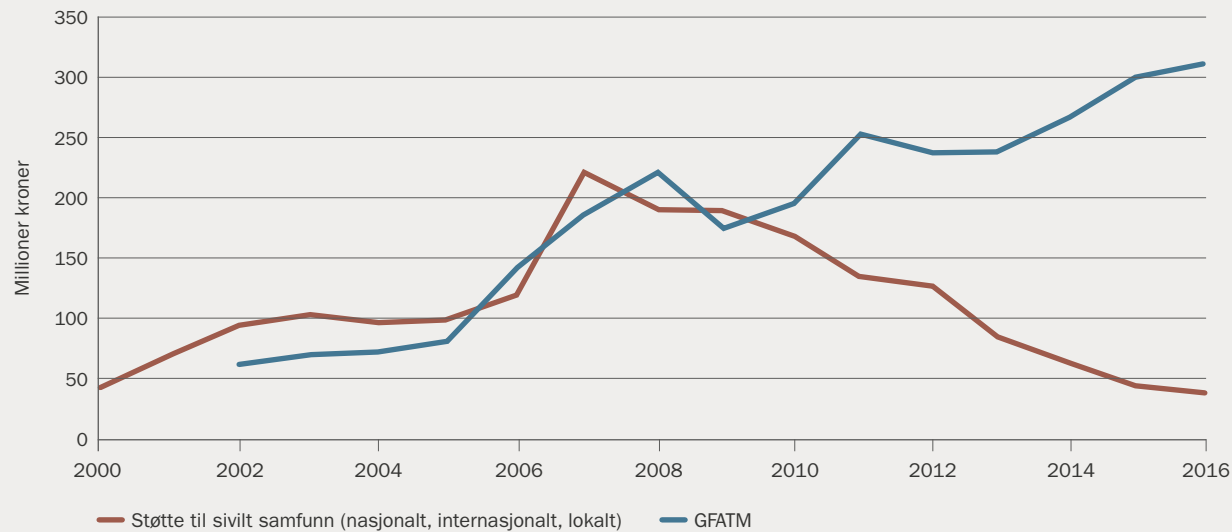
Norsk støtte til det internasjonale hivarbeidet 2000 - 2016*. KILDE: Norad

* I tillegg til det som er DAC-kodet 130-40 og 160-64, inkluderer oversikten norsk støtte til UNAIDS, hivandel av norsk støtte til Det globale fondet, hivandel norsk støtte Unitaids, og støtte til IPM og IAVI.

Norge har også støttet en rekke enkeltlands arbeid mot hiv og aids. En Norad-evaluering fra 2007 utført av ITAD konkluderte med at norsk støtte i Malawi, Etiopia og Tanzania har vært effektiv og bidratt til bedre samlet nasjonal respons.⁹² Evalueringen sa videre at de beste norske bidragene var der Norge hadde vist fleksibilitet og tatt noen sjanser, for eksempel ved å støtte svake organisasjoner som senere

viste seg å bli viktige. Ett eksempel på dette, er den nasjonale aidskommisjonen i Malawi. Kommisjonen ble en viktig aktør i Malawi, noe som antakelig har ført til bedre resultater av de samlede ressursene i kampen mot hiv og aids. Norsk støtte på landnivå har også inkludert et betydelig antall norske og internasjonale frivillige organisasjoner som har supplert den offentlige innsatsen for helserelaterte tjenester,

FIGUR 6 // FORTSATT ØKNING I HIV-INNSATSEN GJENNOM DET GLOBALE FONDET



Norsk hivstøtte til Det globale fondet og sivil samfunn (NGOer)*. KILDE: Norad

* Norsk støtte til Det globale fondet inkluderer bare den delen som går til hiv (basert på fondets årlige utregninger). Norsk støtte til NGOer, inkluderer alt som er DAC kodet 130-40 og 160-64.

holdnings- og rettighetsarbeid, blant annet ved å sikre at grupper som var særlig utsatt eller berørt av hiv, ble involvert i å utvikle tiltak for å begrense epidemien og dens konsekvenser.

I perioden 2000 til 2016 har Norge investert om lag 9,7 milliarder kroner til det internasjonale hivarbeidet. Fra 2000 til 2008 ble støtten nesten seksdoblet, til 918 millioner kroner.

Etter 2008 ser man en jevn nedgang, og en konsentrasjon av støtten til færre støttemottakere. Støtten gjennom Det globale fondet fortsetter å øke, mens støtten til sivil samfunn går ned. I samme periode blir også den bilaterale støtten til hivarbeid i flere land, inkludert Malawi, faset ut. (Se figur 5 og 6.)

I 2016 investerte Norge om lag 571 millioner kroner i det internasjonale hivarbeidet.

Mot stigma og diskriminering

Diskriminering og stigmatisering er en stor barriere i arbeidet mot hiv og aids. Det gir seg utslag på mange måter, også i mange lands lowverk.

HIV-EPIDEMIEN PÅ TILBAKEGANG I MALAWI⁹³

Norge har gitt bred støtte til arbeidet mot hiv og aids i Malawi både via myndighetene, sivilsamfunnsorganisasjoner og internasjonale organisasjoner. Det har bidratt til en dramatisk tilbakegang av epidemien, og lengre og friskere liv for dem som er smittet.

- > Andelen av den voksne befolkningen som er smittet (prevalens 15-49 år) ble redusert fra 13,9 prosent i 2005 til 9,2 prosent i 2016. I 2016 levde det totalt 1 millioner mennesker med hiv i Malawi.
- > Antallet nye tilfeller av hivsmitte per år ble redusert fra 74 000 til 36 000 i perioden 2005-2016. Antallet nye tilfeller av hivsmitte blant barn ble redusert fra 22 000 til 4 300 i perioden 2005-2016. Antallet som døde av hivrelaterte årsaker gikk ned fra 73 000 til 24 000 i perioden 2005-2016.
- > 680 000 hivsmittede får antiretrovirale medisiner som gir veldig mye bedre helse og redusert smitterisiko. I 2016 fikk 68 prosent av voksne og 49 prosent av barn som trenger det hivbehandling.

Mange land har hatt forbud for personer med hiv å reise til, oppholde seg i, eller arbeide i landet. I 2008 opprettet UNAIDS en [internasjonal arbeidsgruppe for å lede innsatsen mot reiserestriksjoner](#), ledet av Norge og UNAIDS. Arbeidet har vært med på å bidra til at stadig færre land har reiserestriksjoner, fra 59 land i 2008 til 35 land i 2015.⁹⁴

Kriminalisering i forbindelse med overføring av hivsmitte har vært praktisert i mange land, ofte med svært strenge straffer selv uten at smitterisiko og smittevei er klarlagt. Dette gjelder ikke minst land i nord, men i forrige tiår så man tendenser til at land i sør også vurderte å innføre slike lover. Norges eget arbeid med straffelovsrevisjon viste at det er et krevende og komplekst spørsmål. Med norsk støtte utredet UNAIDS i samarbeid med Norad ulike sider ved slik praksis, og via ekspertmøter og konsultasjoner munnet prosessen ut i et [rådgivende dokument](#) som brukes mye av UNAIDS i dialog med ulike land. Det gir en god oversikt over spørsmål knyttet til kriminalisering, og antas å ha vært et viktig bidrag til begrense kriminalisering av overføring av hiv.

Sivilt samfunn på banen

Det sivile samfunn har vært en viktig partner i den norske innsatsen mot smittsomme sykdommer, særlig. Sivilsamfunnsorganisasjoner spiller en viktig rolle med å spre kunnskap, bekjempe

fordommer og diskriminering, og påvirke nasjonale myndigheter. I mange tilfeller er det også sivilsamfunnsorganisasjoner som distribuerer helseprodukter og leverer helsetjenester.

I Norge har en rekke sivilsamfunnsorganisasjoner deltatt i hivarbeidet, både som påvirkningsaktører og tjenesteleverandører. Internasjonale organisasjoner fikk også støtte fra Norge. I løpet av de siste ti årene har Norge blant annet støttet The International HIV/AIDS Alliance, og siden 2012 Robert Carr Civil Society Networks Fund (RCNF).

The International HIV/AIDS Alliance (IHAA) er et nettverk av lokale organisasjoner med lederskap fra utviklingsland. I 2015 besto IHAA av 33 nasjonale organisasjoner koblet til rundt 2000 grasrotorganisasjoner (CBOs – Community based organisations). Alliansens merverdi ligger blant annet i at de bygger opp disse nasjonale organisasjonene til å bli i stand til å ta imot støtte direkte fra offentlige givere. Akkrediterings-systemet deres er et kvalitetsstempel.

Trosbaserte aktører er spesielt viktige både som leverandører av helsetjenester og utforming av nye måter å levere helsetjenester på, men også som viktige normsettere og ledere. Norge har støttet arbeid for å involvere trosbaserte ledere som konstruktive sam-

arbeidspartnere, og har tatt initiativ til kartlegging og dialog med trosbaserte aktører, i samarbeid med blant andre UNFPA og UNAIDS.⁹⁵

Norsk-svensk samarbeid i sørlige og østlige Afrika

For å samordne innsatsen og fylle et tomrom mellom nasjonal og global innsats, har Norge og Sverige i fellesskap støttet regionalt arbeid med hiv og aids i Afrika siden 2001. Et felles team basert på den svenske ambassaden i Lusaka har forvaltet økonomisk støtte til en lang rekke prosjekter, i tillegg til å drive kunnskapsutvikling og påvirkningsarbeid. Teamet har særlig oppmerksomhet på fattige og marginaliserte, og mennesker som diskrimineres på grunn av seksuell orientering eller kjønnsidentitet. Det regionale perspektivet har vist seg å være fruktbart for å dele erfaringer, og legge til rette for felles løsninger på tvers av landegrensene.

Regionale fora har også vist seg å være mer åpne for å diskutere tema som er sensitive i hvert enkelt land, og å legge normative rammer for arbeidet i det enkelte land. Eksempler på dette er «modell-lover» om hiv og aids (2008) og mot barneekteskap (2016) som ble vedtatt i Southern African Development Community (SADC). Disse er ikke bindende, men utformet som lovttekster som medlemsland

NORSK-SVENSK SAMARBEID MOT HIV OG AIDS

Det norsk-svenske regionale samarbeidet i Lusaka har, gjennom eget arbeid eller gjennom støtte til omtrent 30 partnerorganisasjoner, gitt flere viktige bidrag:⁹⁶

- > Utdanningsministre fra 20 land i det østlige og sørlige Afrika forpliktet seg i desember 2013 til å innføre seksualitetsundervisning i skolene. I 2016 hadde nær 14 millioner fått tilgang til seksualitetsundervisning gjennom dette programmet.
- > Veiledende «modell-lover» for forhold rundt hiv og aids (2008) og mot barneekteskap (2016), vedtatt av The Southern African Development Community Parliamentary Forum. Flere land i regionen benytter disse som modell for egne lover.
- > SADC vedtok i 2009 en minstestandard for helsetilbud i fengsler, som har ført til at hiv og aids er blitt del av pensum ved opplæring av fengselspersonale i hele regionen.
- > Bedre kunnskapsgrunnlag for blant annet å beholde kvinner på hivbehandling etter fødsel, og forbedre hivforebygging blant ungdom.
- > Kunnskapsoversikt over hva lovverk i landene i sørlige Afrika sier om hiv, seksuelle minoriteter og likestilling, noe som danner grunnlag for politisk påvirkningsarbeid.
- > 50 000 migranter, som ofte faller utenfor, er nådd med helse- og informasjonstjenester.

benytter i revisjon av sin lovgivning. Et annet eksempel er den felles hiv og aids-loven for medlemslandene i East African Community (EAC) som ble vedtatt av EACs parlamentariske forsamling i 2012.

I perioden 2006 til 2015 bidro Norge med 380 millioner norske kroner. Fra 2011 har Norge støttet arbeidet med 35 millioner norske kroner årlig. Sverige støtter med 350 millioner svenske kroner, økt til 400 millioner svenske kroner årlig fra 2015. Samarbeidet avsluttes i 2017.

FREMTIDSRETTEDE PARTNERSKAP MED AIDS SOM UTGANGSPUNKT

Norge har vært aktivt med på etablering av en rekke fremtidsrettede partnerskap for å bekjempe hiv, og har hatt viktige roller i utformingen av disse.

UNAIDS

UNAIDS ble etablert som et felles FN-program allerede i 1994 for å skape mulighet for felles handling på tvers av FN-systemet med rom for deltakelse fra sivilt samfunn og grupper som var spesielt berørt av epidemien. Ved aktiv og samordnet FN-politikk har Norge bidratt til at UNAIDS har kunnet tilpasse seg nye utfordringer og muligheter, som en normativ plattform i samspill med de nye helseinitiativene og partnerskapene.

Gjennom regelmessige høynivåmøter i FN regi har UNAIDS skapt oppslutning om ambisiøse mål og levert resultater forankret i nasjonale data. Uten dette grunnlagsarbeidet hadde innsats gjennom Det globale fondet og andre

hivrelaterte partnerskap ikke hatt det brede gjennomslaget og de resultatene de nå kan vise til. UNAIDS sitt arbeid har også ført til at hivarbeidet nå er godt integrert i de nye utviklingsmålene, og at det er oppslutning om at det vil bli mulig å se slutten på hiv som epidemi innen 2030. Læring fra UNAIDS modellen blir samtidig vurdert som interessant for hvordan FN-organisasjonene kan arbeide bedre samordnet og levere mer effektiv innsats for bærekraftmålene.

I perioden 2000 til 2016 har Norge bidratt med omlag 2,5 milliarder norske kroner til UNAIDS.

Det globale fondet

Om man skulle ha håp om å nå tusenårsmål 6 om bekjempelse av hiv/aids og andre smittsomme sykdommer, måtte man tenke nytt og kreativt. I 2001 ble Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria etablert som et unikt partnerskap mellom FN, giverland, mottakerland, sivilsamfunnsorganisasjoner, næringsliv og nettverk for personer som lever med disse sykdommene. Etableringen av fondet representerte et stort løft i det globale arbeidet mot smittsomme sykdommer.

Norge har siden oppstarten vært en betydelig og konsekvent bidragsyter til fondets arbeid for

DET GLOBALE FONDET: FOREBYGGING AV 22 MILLIONER DØDSFALL⁹⁸

Gjennom investeringer i Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria har Norge bidratt til at:

- > 11 millioner mennesker mottok hivbehandling i 2016, opp fra 1,4 millioner i 2007.
- > 4,25 millioner kvinner hadde ved utgangen av 2016 fått tilgang til tjenester som hindrer smitte fra mor til barn, en oppgang fra 147 000 i 2007.
- > 579 millioner mennesker har fått muligheten til å hivteste seg.
- > 17,4 millioner tuberkulose tilfeller er diagnostisert og behandlet.
- > Tuberkulose relaterte dødsfall blant hivpositive har gått ned med 36 prosent i perioden 2004-2013.
- > 795 millioner myggnett har blitt utdelt for å beskytte familier mot malaria. Det har skjedd i samarbeid med sivilsamfunnsorganisasjoner, hvorav flere har fått direkte støtte fra Norge. Prisene for malarinet er gått ned med nesten 40 prosent siden 2012.
- > Andelen av befolkningen som dør av hiv, tuberkulose eller malaria i de landene der Fondet investerer, er redusert med en tredel siden 2002. 146 millioner tilfeller av de tre sykdommene er beregnet unngått bare i perioden 2012-2015.
- > Fondet har beregnet at deres arbeid har forebygget 22 millioner dødsfall i perioden 2002-2016.

en verden fri for hiv, tuberkulose og malaria, og var også aktivt med i utformingen av fondets prioriteringer og arbeidsmåter.

I perioden 2001 til 2016, utbetalte fondet 32,6 milliarder amerikanske dollar til tiltak i mer enn 140 land. Det Globale Fondet bidrar med 65 prosent av all internasjonal finansiering av tiltak mot tuberkulose, 50 prosent av alle tiltak mot malaria og 20 prosent av tiltak mot hiv og aids.⁹⁷

Totalt ga Norge omlag 4,8 milliarder kroner til Det globale fondet i perioden 2005-2016, gradvis økt fra 151 millioner kroner i 2005 til 600 millioner kroner årlig i 2016. Norge bidro sterkt i oppstarten av fondet og har finansiert i overkant av to prosent av fondets budsjett.

Unitaid

Også Unitaid er del av en satsing på innovativ finansiering for helseformål. Organisasjonen er et supplement til Det globale fondet og annen bistand, og har lagt hovedvekt på å bidra til at man kan få en raskere utvikling av, og tilgang til, medisiner og teknologier for hiv, tuberkulose og malaria.

Robert Carr Civil Society Networks Fund

RCNF tok navnet etter aktivisten Robert Carr fra Jamaica, som jobbet med hiv og rettigheter for utsatte grupper. Det ble utviklet for å bidra til

mer effektiv og koordinert støtte, gjennom internasjonale og regionale nettverk av grupper som er særlig berørt av hiv. RCNF samarbeider med grupper som ikke har god nok tilgang til helsetjenester og støtte på nasjonalt og lokalt nivå. Det gjelder blant annet nettverk av menn som har sex med menn, av personer som selger sex, personer som bruker narkotika og kvinner som lever med hiv.

Fondet har et globalt perspektiv og styres av dem som selv er berørt. Det bidrar til systempåvirkning og tjenestelevering, og er opptatt av å bygge kapasitet og læring gjennom samhandling der også lokale erfaringer og spørsmål bringes opp på nasjonale og internasjonale politiske arenaer. De har blant annet bidratt til en endring av straffeloven i Peru slik at diskriminering av seksuelle minoriteter ble straffbart og de har fått gjennom en høyesterettskjennelse på at utenlandske fanger i Botswana har rett til hivbehandling.⁹⁹ En gjennomgang i 2014 viser at RCNF har styrket en rekke nettverk av frivillige organisasjoner som trolig ikke ville ha overlevd uten slik støtte.¹⁰⁰

Norge var med i forarbeidet til etablering av fondet, og har bidratt med midler og ledelse siden oppstarten i 2012. Det finansieres fra offentlige og private midler, og samarbeider tett med det globale fondet og UNAIDS. I perioden 2012-2016



Kombinasjon av ungdoms- og idrettsaktiviteter med hivrettet arbeid, er en måte å engasjere unge jenter og gutter i utfordringer knyttet til hiv. FOTO: ANNE SKJELMERUD

har Norge bidratt med totalt 50 millioner kroner. Nåværende avtale løper ut 2018.

ANDRE SMITTSOMME SYKDOMMER

De tre smittsomme sykdommene tuberkulose, hiv og malaria har vært blant de største truslene mot helse i utviklingsland på grunn av det store omfanget. En av de store seierne innen global helse de siste årene er at disse sykdommene er kraftig slått tilbake. I tillegg har en rekke andre og mindre kjente smittsomme sykdommer også vært på retur det siste tiåret.

Norge har også bidratt til å bekjempe det som

kalles neglisjerte tropesykdommer gjennom nye medisiner og behandlingsformer gjennom støtte til TDR og DNDi.

Gjennom investeringer i Gavi har Norge bidratt til å begrense spredning av en rekke sykdommer, som lungebetennelse, kikhoste, hjernehinnebetennelse, difteri, hepatitt, meslinger, røde hunder og gulfeber.

I samarbeid med WHO har Norge støttet bekjempelse av polio gjennom Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Norge har spesielt

arbeidet for tettere samarbeid mellom Gavi og GPEI, og har de siste årene støttet introduksjon av poliovaksine via Gavi. I perioden 2014 til 2019 vil Norge investere 240 millioner kroner i dette arbeidet gjennom Gavi og WHO. Polio er i dag på det nærmeste utryddet.

Under ebola-utbruddet i Vest-Afrika i 2014 og 2015 var Folkehelseinstituttet og norsk finansiering avgjørende i arbeidet med utprøving av en lovende vaksine mot ebola.

5

Forskning og innovasjon for global helse

» **Bare en liten del av forskningen** og utviklingen av nye vaksiner og medisiner på verdensbasis handler om helseproblemer i utviklingsland.

For å nå tusenårsmålene, var det behov for bedre produkter og metoder for mer effektive helse-tjenester i disse landene.

Norge satset derfor sterkt på forskning og innovasjon i arbeidet for å nå helsemålene.



FOTO: KEN OPPRANN

NYE VAKSINER MOT EBOLA OG ROTAVIRUS¹⁰²

GLOBVAC, opprettet av Norge og Norsk forskningsråd, har bidratt til utviklingen av nye vaksiner mot ebola og rotavirus:

- > GLOBVAC bidro til at verdens første effektive vaksiner mot ebola ble utprøvd på rekordfart i Guinea under ebola-utbruddet i 2015. Mer enn 7 600 personer var inkludert i en studie som ble gjennomført i nært samarbeid med helsemyndighetene i Guinea, Verdens helseorganisasjon og Leger Uten Grenser/Epicentre. Foreløpige analyser viser at vaksinen er svært effektiv for forebygging av ebola. Studien resulterte i to vitenskapelige artikler i the Lancet i 2015 og 2016. Godkjenning av vaksinen gjenstår før den kan tas i bruk.
- > GLOBVAC har i India bidratt til utprøving av en ny, effektiv og billig vaksine for å hindre diaré forårsaket av rotavirus. Sykdommen tar livet av hundre tusen barn i landet hvert år. Vaksinen ble inkludert i Indias vaksineprogrammer fra 2016. Vaksinen er vesentlig billigere enn andre rotavirusvaksiner på markedet.

GLOBVAC har bidratt til utviklingen av nye, effektive vaksiner mot ebola og rotavirus (se resultatboks).

I tillegg har Norge støttet en rekke forskningsinitiativer knyttet til biomedisinsk eller klinisk forskning, samt implementeringsforskning, kapasitetsbygging og forskningsformidling,

For at verden skulle nå helsetusenårsmålene, var det behov for nye virkemidler. Nye og forbedrede produkter og metoder var nødvendig for å kunne levere bedre helsetjenester mer effektivt. Vaksinerne, medisinene og legemidlene som utviklingslandene hadde behov for, måtte utvikles og distribueres. Siden helse-systemene i de fleste utviklingsland har begrensede menneskelige og økonomiske ressurser, var det nødvendig å søke etter de beste måtene å finansiere og organisere helsetjenester på. Dette er bakgrunnen for det sterke innslaget av forskning og innovasjon i Norges innsats.

Til tross for at investeringer i forskning og innovasjon innebærer høy risiko, og ikke alltid gir klare og kvantifiserbare resultater, har Norge blant annet bidratt til følgende resultater:

- > At innovasjon har blitt en sentral del av arbeidet for kvinners og barns helse.
- > Økt tilgjengelighet av nye og eksisterende vaksiner, medisin og legemidler.
- > Økt digitalisering av helseinformasjonssystemer, hvilket har gitt nye muligheter for å spre helseinformasjon, måle fremgang og oppnå resultater i stor skala.
- > Styrket evidensgrunnlaget for effekten av innovasjon og dens rolle for måloppnåelse.

- > Økt kunnskap om global helse og vaksiner, som er blitt utviklet ved norske og internasjonale forskningsinstitusjoner.
- > Mer kunnskap om nye måter å finansiere helsetjenester på (resultatbasert finansiering).

SLIK ARBEIDER NORGE MED FORSKNING OG UTVIKLING

En viktig forutsetning for oppnåelse av de tidligere tusenårsmålene og nåværende bærekraftsmålet for helse, er forskning, innovasjon og produktutvikling. Forskningsinstitusjoner er viktige bidragsyttere i dette arbeidet.

For å styrke forskningen på helse og utvikling, opprettet Norad og Norges forskningsråd i 2006 et program for global helse og vaksineforskning (GLOBVAC). En ekstern evaluering ble foretatt i 2015/2016, og viste at dette programmet har vært viktig for å øke kapasiteten på global helse- og vaksinasjonsforskning i Norge, at antallet forskningsgrupper og -institusjoner som er involvert på dette området har økt markant, samt at programmet har styrket forskningssamarbeid i Norge og mellom norske og internasjonale institutter. Det er oppnådd bemerkelsesverdige vitenskapelige resultater som vil ha viktige helseeffekter for målgruppene. Noen prosjekter har oppnådd betydelig internasjonal anerkjennelse.¹⁰¹ Støtten til GLOBVAC har i perioden 2006-2016 vært på om lag NOK 760 mill.

FORSKNINGSPROGRAMMER TILKNYTTET VERDENS HELSEORGANISASJON

Norsk støtte har gått til disse forskningsprogrammene tilknyttet WHO:

- > Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), WHOs spesialprogram for neglisjerte tropiske sykdommer, har bidratt til å forbedre eksisterende, og utvikle nye tilnæringer for å forebygge, diagnostisere, behandle og kontrollere neglisjerte tropiske sykdommer. Programmet har videre bidratt til å styrke landskapasitet til å gjennomføre forskning på landnivå¹⁰⁴.
- > Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR) tar en overordnet ledelse for å utvikle og ta i bruk forskning og forskningsmetoder på helsepolicy og helsesystemer. AHPSR har bidratt til at helsesystemforskning er utviklet på en systematisk måte globalt, og gjort tilgjengelig for policyutviklere i lav- og mellominntektsland. Norges støtte har vært avgjørende for at AHPSR har utviklet metode for implementeringsforskning som bidrar til forståelse av hvordan tiltak virker.
- > Human Reproduction Programme (HRP) har produsert ny kunnskap, sammenfattet eksisterende kunnskap og styrket forskningskapasitet i utviklingsland. HRP støtter storskala internasjonal forskning innen SRHR, samt utvikling av internasjonale retningslinjer og verktøy for effektiv bruk av forskning og informasjon i helsetjenesten.

i hovedsak kanalisert gjennom Verdens helseorganisasjon.¹⁰³

Norge har også bidratt til økt kunnskap gjennom etablering og støtte til Verdensbankens Health Results Innovations Trust Fund (HRITF). Ved siden av å støtte introduksjonen av nye måter å finansiere og organisere helsetjenester på, organiserer fondet grundige, systematiske evalueringer som vurderer hva som virker bra og hva som ikke virker så bra. Resultatene vil utgjøre verdifull kunnskap til nytte for bedre helsetjenester i alle land i framtiden.

Norge har støttet forskning og styrking av forskningssektoren gjennom midler til WHO. Støtte herfra har gått til:

- > Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) mottok i 2016 8 millioner kroner.
- > Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR) mottok i 2016 3 millioner kroner.
- > Human Reproduction Programme (HRP) mottok i 2016 8 millioner kroner.

NY TEKNOLOGI FOR KVINNER OG BARNES HELSE

Norge har vært en pådriver for økt oppmerksomhet på innovasjon i arbeidet for kvinner og barns helse.¹⁰⁵ Det norske engasjementet har mobilisert globalt, og har inkludert støtte til nye og lovende prosjekter for å oppskalere bruken av kostnadseffektive og livreddende nyvinninger, bygge partnerskap (inkludert offentlig-privat samarbeid) og utvikle bærekraftige og innovative forretnings- og finansieringsmodeller.

I oppfølgingen av Den globale strategien for kvinner og barns helse fra 2010, ble det nedsatt en internasjonal arbeidsgruppe for innovasjon – Innovation Working Group (IWG). Under ledelse av Norge og legemiddelprodusenten Johnson & Johnson utviklet IWG seg til å bli en viktig global plattform for innovasjonssamarbeid for kvinners og barns helse¹⁰⁶.

I resultatrapporten for den globale strategien anslår IWG at over tusen innovative teknologier til en verdi av 255 millioner amerikanske dollar for reproduktiv, mødre og barnehelse er satt i gang.¹⁰⁷ Mange av disse oppnår endring i stor skala. Utviklingen av disse innovasjonene er finansiert av EWEC partnere, som samarbeider under paraplyen EWEC Innovation Marketplace¹⁰⁸ for å katalysere oppskalering av innovasjoner. Sammen med lanseringen av Den reviderte globale

strategien for kvinner, barn og ungdoms helse (2016 - 2030), ble EWEC Innovation Marketplace lansert, noe som gir innovasjon en formell struktur innenfor arbeidet med gjennomføring av strategien. Kombinert med at EWEC Innovation Marketplace er broen mellom to store og viktige «bevegelser», nemlig Grand Challenges og EWEC, gir dette et enormt løft for helseinnovasjoner og en modell for oppskalering av innovasjoner på tvers av FNs bærekraftsmål i tiden frem til 2030.

Norge har tatt spesielt ansvar for å fremme bruk av informasjonsteknologi, som digitale verktøy for styrking av helseinformasjonssystemer og bruk av mobiltelefon for å øke kvaliteten, redusere kostnadene, og bedre tilgangen til helsetjenester i utviklingsland¹⁰⁹ Etter 2010 har Norges arbeid for digital helse blitt gjort i samarbeid med organisasjonene United Nations Foundation og Groupe Spéciale Mobile Association (GSMA). Norge har høstet stor anerkjennelse for denne forutseende innsatsen for bruk av mobiltelefoner i helsetjenesten.¹¹⁰

Gjennom dette samarbeidet har Norge støttet 26 innovative «mobilhelse-prosjekter» (mHelse) i 15 land, som er på vei til å bli skalert opp gjennom privat-offentlig-samarbeid og innovativ finansiering. Programmet har overgått sitt opprinnelige mål og gir nå drøyt 1,5 millioner kvinner og barn tilgang på kvalitetshelsetjenester. Det inkluderer

applikasjonen MomConnect i Sør-Afrika, som spiller en sentral rolle i det første landsdekkende mHelse-programmet, med alle gravide i landet som mulige brukere. Programmet sikrer at gravide kommer på alle svangerskapskontroller, og følger dem opp med helseinformasjon tilpasset hvor langt i svangerskap de har kommet. Foreløpige resultater viser økende bruk av tjenester og høyere vekt for nyfødte.

Gjennom støtte til mHealth for Saving One Million Lives Initiative (ICT4SOML) i Nigeria, har Norge bidratt til utvikling av en implementeringsmodell med nasjonalt eierskap i tett samarbeid med givere, inkludert private foretak.¹¹¹ I samarbeid mellom GSMA, myndighetene og privat sektor i Nigeria og Malawi, er det lansert og testet tre ulike forretningsmodeller for mHelse. Dette resulterte i at 2,2 millioner kvinner har fått helseinformasjon som de før ikke hadde tilgang til. Blant dem er det 30 000 betalende abonnenter, noe som betraktes som en god start for utvikling av økonomisk bærekraftige forretningsmodeller.

Norge har også arbeidet for å fremme betydningen av nye og innovative partnerskap i helsebeholdningen. Sammen med USAID, Grand Challenges Canada, DFID, Gates Foundation og Sør-Koreas bistandsorganisasjon KOICA har Norge drevet

LETTERE TILGJENGELIG, BEDRE OG BILLIGERE HELSETJENESTER¹¹³

Gjennom støtten på om lag kr 148 millioner til UN Foundation, GSMA og Saving Lives at Birth (SL@B), har Norge blant annet bidratt til:

- > At innovasjoner innen digital helse har nådd 3,7 millioner kvinner og barn, støttet 22 700 helsearbeidere og styrket helsesystemene i 9000 helseklinikker.
- > Utvikling av 108 innovasjoner som bidrar til å redde liv i tiden rundt fødsel.
- > Etablering av en internasjonal plattform for offentlig-privat samarbeid om innovasjon, med over 180 medlemmer fra 80 institusjoner.
- > Utvikling av helseprodukter som ikke kunne utvikles av markedsinsentiver

frem innovasjonspartnerskapet Saving Lives at Birth (SL@B). Partnerskapet hviler på erkjennelsen av at oppgaven med å utvikle og oppskalere innovasjoner er så kompleks at det kun er mulig å lykkes ved å arbeide på tvers av sektorer og organisasjonsformer.

Noen av de 108 innovasjonene Norge har støttet gjennom SL@B partnerskapet er allerede tatt i bruk i stor skala.¹¹² Et godt eksempel er pusteapparatet Bubble CPAP som brukes i Malawi, der apparatet oppnådde 67 prosent reduksjon i dødelighet blant nyfødte. Femtiåtte enheter av dette apparatet er nå i bruk i 28

distriktsykehus i Malawi, støttet av SL@B, og et mindre antall har blitt tatt i bruk av Redd Barna i Zambia, Tanzania, og Sør-Afrika, støttet av GlaxoSmithKline.

HELSEPRODUKTER UTEN ET KOMMERSIELT MARKED

En spesiell utfordring i arbeidet for global helse er fraværet av et kjøpesterkt marked for mange vaksiner, medisiner og andre legemidler som trengs i utviklingsland, men som er lite etterspurt i rikere land. Da har ikke legemiddellindustrien økonomisk insentiv til å utvikle nye produkter. Resultatet er at legemidler som enkelt kunne bedret helsesituasjonen til mange mennesker ikke blir utviklet.

For å rette opp denne markedssituasjonen har Norge investert betydelige summer i initiativer som på forskjellig vis har bidratt til utvikling av medisiner som i utgangspunktet ikke har et marked med kjøpere som vil ha råd til å betale for medisinene.

Unitaid

Unitaid er et partnerskap med WHO som vertskap. Det ble startet opp i 2006 av Brasil, Chile, Frankrike, Norge og Storbritannia som del av satsingen på innovativ finansiering for helseformål. Partnerskapet skulle være et supplement til det globale fondet og annen

bistand, med hovedvekt på å kanalisere innovativ finansiering for bedre tilgang til nye medisiner og teknologier for hiv, aids, tuberkulose og malaria. Partnerskapet har lyktes med å skape en plattform som samler både tradisjonelle giverland, mellominntektsland og lavinntektsland (i alt 29 land), og med sivilsamfunnet bredt representert. Seks av medlemslandene bidrar nå gjennom ulike former for innovativ finansiering, blant annet knyttet til avgift på flyreiser.

Unitaid har hatt en viktig funksjon innen innovasjon og utvikling av nye produkter for forebygging, diagnostisering, og behandling. Organisasjonen har gitt mange bidrag til å utvikle en hel rekke nyvinninger, men arbeider også for å gjøre eksisterende behandlinger mer tilgjengelig for fattige land både ved spesiell tilpasning og ved senkede priser. En uavhengig evaluering fra 2012 bekrefter at Unitaid har oppnådd betydelige resultater på mange områder, og har bidratt til bedre helse.

Unitaid har tatt initiativ til, og fullfinansierer stiftelsen Medicines Patent Pool (MPP), som del av arbeidet med å redusere priser og øke tilgangen på legemidler. MPP formidler lisenser fra patentinnehavere til generiske produsenter, slik at generiske varianter av nødvendige legemidler kan gjøres tilgjengelig til en lavere pris i lav- og mellominntektsland. I perioden 2010-2015 er det

BEDRE TILGANG TIL MEDISINER¹¹⁴

Gjennom Unitaid har Norge bidratt til:

- > 50 prosent reduksjon i priser på «andrelinje» hivmedisiner, og 80 prosent reduksjon i prisene på hivmedisiner for barn siden 2006.
- > En halv million hivsmittede barn (en pasientgruppe som er så liten i rike land at det tidligere ikke var laget spesialtilpassede medisiner for dem) har fått tilpassede medisiner som gir dem mye friskere liv og økt levealder.
- > 800 000 hivpositive gravide kvinner har fått medisiner som minimerer risiko for at barnet blir smittet.
- > 400 millioner doser med effektiv antimalariamedisin, i tillegg til 324 000 injeksjoner for barn. Prisen for forbrukere for malariamedisin med høy kvalitet er redusert med 80 prosent siden 2009.
- > 1,2 millioner behandlinger for tuberkulose.
- > 106 000 tilfeller av multiresistent tuberkulose er oppdaget ved 92 laboratorier som bruker en metode utviklet med hjelp av Unitaid, og 19 000 slike tilfeller er behandlet.

beregnet har legemidler lisensiert gjennom MPPs har gitt innsparing av behandlingsutgifter på 194 millioner amerikanske dollar. Dette regnes blant Unitaid's mest vellykkede prosjekter, som også har et stort potensiale i årene som kommer.

IKKE-KOMMERSIELLE PARTNERSKAP FOR PRODUKTUTVIKLING

I tillegg til støtte til Unitaid har Norge i flere år gitt støtte til en rekke internasjonale partner-

skap for produktutvikling (PDP). Disse ikke-kommersielle organisasjonene arbeider for å utvikle vaksiner og legemidler som ikke har et kommersielt marked.

International AIDS Vaccine Initiative (IAVI)

IAVI arbeider for å sikre utvikling av trygge, effektive, forebyggende og tilgjengelige aids-vaksiner til bruk i hele verden. IAVI ble grunnlagt i 1996, og arbeider med partnere i 25 land med forskning, design og utvikling av vaksinekandidater mot aids. Organisasjonen støtter en helhetlig tilnærming til hiv-responsen og balanserer utvidelse og styrking av eksisterende forebyggings- og behandlingsprogrammer for hiv¹¹⁵. I perioden 2005-2015 var den totale norske støtten på 140 millioner kroner.

IAVI har siden oppstart arbeidet med å evaluere 15 aids-vaksinekandidater. IAVIs nåværende forsknings- og utviklingsportefølje omfatter ti prosjekter i preklinisk og tidlig klinisk utvikling, samt seks forskjellige tilnæringsmåter til design av nye immunogener som har potensial til å fremkalle nøytraliserende antistoff. Videre har de utvidet sine sør-sør-samarbeidsnettverk i Afrika og i India¹¹⁶.



Et mobilt helseteam i DR Kongo tester innbyggerne i landsbyen Yalikombo for afrikansk sovesyke. Helseteamet reiste med kano for å nå landsbyen, og overnattet i telt helt til alle innbyggerne var testet. FOTO: DNDi

International Partnership for Microbicides (IPM)

IPM arbeider med å utvikle trygge, effektive og rimelige produkter som kvinner, spesielt de som er mest utsatte for hivsmitte, kan bruke for å beskytte seg mot hiv. Norge har spesielt støttet utviklingen av den såkalte dapivirine-ringen, som skal beskytte hiv-negative kvinner mot sykdommen. To studier har vist at ringen reduserer sjansen for å bli smittet med hiv med gjennomsnittlig 27 og 37 prosent. Videre forsøk har vist at blant kvinner som bruker den månedlige ringen konsekvent, sank risiko for smitte med minst 56 prosent for kvinner over 21 år, mens for kvinner under 21 år viste ringen ingen effekt. Forskjellig effekt i alder gjør at forskjellene forbindes med hvordan produktet er brukt, og ikke effekten av produktet.¹¹⁷



Bioingeniører i DR Kongo analyserer prøver for å verifisere tilfeller av den neglisjerte tropesykdommen afrikansk sovesyke i landsbyen Mbanza kataba. FOTO: DNDi

IPMs arbeid har bidratt til å styrke forskningskapasiteten ved 15 forskningssenter i Afrika, hvorav 10 av disse ble etablert av IPM. De har trent 850 kliniske helsearbeidere og ufaglærte helsearbeidere i lokalsamfunn.

I perioden 2005-2016 var den totale norske støtten på 183 millioner kroner.

Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi)

DNDi utvikler nye medisiner og behandlingsformer mot en rekke av de mest neglisjerte sykdommene. De har opparbeidet 160 partnerskap med farmasøytiske selskaper, universiteter og forskningsinstitusjoner og organisasjoner i 25 lav- og middelinntektsland. DNDi har siden oppstart utviklet seks nye og

forbedrede behandlinger.¹¹⁸ DNDi har opprettet en plattform for å bygge klinisk studiekapasitet for at nye og lovende produkter effektivt kan bli evaluert, registrert og gjort tilgjengelig. Med bidrag fra Norge har DNDi med partnere opprettet tre nye kliniske studiesentre, gitt støtte til totalt 10 tidligere opprettede studiesentre samt trent 133 mennesker i god klinisk praksis og i avfallshåndtering.¹¹⁹

Norge har spesielt støttet et program for å utvikle to nye medisiner (Fexindazole og SCYX-7158) mot sovesyke. Kliniske studier for å teste medisinen har vist at 590 000 mennesker i avsidesliggende områder har blitt oppsøkt og testet, og av disse har 620 fått behandling. Hvis medikamentene blir godkjent og registrert, vil Norge ha bidratt til en revolusjonerende behandling av sovesyke ved å ha forbedret og forenklet tidligere behandling. Dette er igjen et viktig ledd i å utrydde sykdommen. I perioden 2013-2016 var den totale norske støtten på 18 millioner kroner.

Medicines for Malaria Venture (MMV)

MMV arbeider for å oppdage, utvikle og levere nye, effektive og rimelige medisiner mot malaria. MMV har et nettverk bestående av 400 farmakologiske og akademiske partnere i mer enn 55 land¹²⁰. Norge har gitt støtte til utvikling av flere malariamedisiner. MMV har

opparbeidet historiens største og mest varierte portefølje for antimalaria. Deres mål er å utvikle en sterk forsknings- og utviklingsportefølje som kan føre til en ny generasjon medikamenter. Hvis de lykkes, vil dette utgjøre et kritisk element i å utrydde malaria. I perioden 2013-2016 var den totale norske støtten på 18 millioner kroner.¹²¹

Siden 1999 har MMV utviklet åtte malaria-medisiner. Fem er godkjent, og tre medikamenter har vært igjennom vellykket klinisk testing, og regulatorisk vurdering og godkjenning er underveis. Én million liv er reddet på grunn av tilgang til medikamenter utviklet av MMV med partnere. Deres arbeid har bidratt til et bredere forsknings- og utviklingssamfunn for malaria gjennom åpen tilgang, innovasjon og informasjonsdeling.¹²²

Tuberculosis Vaccine Initiative (TBVI)

TBVI¹²³ arbeider for å utvikle nye, trygge og effektive vaksiner mot tuberkulose. TBVI gir essensielle tjenester som støtter forsknings- og utviklingsarbeidet hos femti partnere fra akademia, forskningsinstitutter og privat industri innen tuberkulosevaksiner. TBVI har bidratt til utviklingen av omlag halvparten av globale vaksinekandidater mot sykdommen, 29 stykker. Av disse er seks kandidater under preklinisk testing og fire kandidater er under

fase 1 klinisk testing. Modell for preklinisk vurdering av vaksinekandidater er utviklet av TBVI, og utgjør et viktig beslutningsverktøy.¹²⁴ I perioden 2013-2016 var den totale norske støtten på 18 millioner kroner.

6

Bedre helsetjenester

» **Norge har hatt betydelig innsats** for styrking av helsetjenstelevering og helsesystemer.

Innsatsen har vært rettet mot helsepersonell, helseinformasjons-systemer og finansieringsordninger, samt mobilisering av partnere.



En liten jente i Mbanza kataba i DR Kongo avgir en prøve for å undersøkes for afrikansk sovesyke, en sykdom som uten effektiv behandling er dødelig. FOTO: DNDI

NORSK INNSATS FOR Å STYRKE NASJONALE HELSESYSTEMER HAR BIDRATT TIL:

- › å styrke systemer for helseinformasjon i mer enn 50 land
- › at behovet for sterke helsesystemer er satt på dagsorden og prioritert i internasjonale organisasjoner og globale fond
- › forbedret dekning, organisering av og nye finansieringsordninger for helsetjenester i en rekke land
- › oppslutning om helsepersonell-utfordringen som et globalt fellesansvar, og utviklingen av en global strategi for helsepersonell
- › flere utdannede helsearbeidere og bedre utnyttelse av tilgjengelig helsepersonell gjennom endret oppgave- og arbeidsfordeling.

HVORDAN ARBEIDER NORGE FOR Å STYRKE HELSETJENESTER?

I tråd med tusenårsmålene har den norske globale helseinnsatsen vært målrettet og resultatorientert, og bidratt til bedre helse for millioner av mennesker. Det har vært viktig for Norge å styrke helsesystemene i utviklingsland for å sikre mer bærekraftige systemer. Innsatsen innen global helse skal ikke bare bedre folks helse her og nå, men også legge til rette for at fremtidige generasjoner vil ha tilgang til de legemidlene og helsetjenestene de har behov for.

Derfor har Norge arbeidet for at helsesystemer skal være sterke og velutviklede nok for å kunne levere helsetjenester av høy kvalitet til befolkningen. En forutsetning for støtten er at den enkelte stat har hovedansvaret for universell tilgang til helsetjenestene.

I arbeidet for spesielle målgrupper og innsatsområder, som vaksine og hiv/aids, har det vært en utfordring å bidra til å bygge nasjonal kapasitet som kan sikre et bredere primærhelsetilbud. Det er behov for tilstrekkelig kvalitet og kontinuitet. Svake helsesystemer med ujevn fordeling, og lav kapasitet til å overvåke sykdommer og mangel på kompetente fagfolk på alle nivå, er noen av de viktigste utfordringene.

Mobilisering av partnere

Norge har vært en viktig pådriver og en av de største bidragsyterne til en rekke store internasjonale organisasjoner innen global helse. Dette har gitt Norge mulighet til å påvirke disse organisasjonenes prioriteringer og arbeid gjennom blant annet aktiv deltakelse i styrer og komiteer. Norge har brukt innflytelsen blant annet til å påvirke Den globale vaksinealliansen Gavi og Det globale fondet til å prioritere arbeid for styrking av helsesystemer. Norge har også bidratt til tettere samarbeid mellom fondene, og med Verdensbanken og WHO, om ulike deler av helsesystemer. Målsettingen har vært

å arbeide tettere sammen i mottakerland gjennom nasjonale planer og i henhold til prinsippene om effektiv bistand.¹²⁵

Med norsk støtte har Gavi etablert en egen ordning for styrking av helsesystemer. I forrige strategiperiode gikk omkring ni prosent av Gavis støtte til systemstyrking. I strategiperioden 2016 til 2020 har andelen økt til 17 prosent. Kvaliteten måles gjennom å se både på vaksinedekning og ulikheter i dekning mellom inntektsgrupper i landet. I landene som mottok støtte, var det i 2010 tjuve prosent lavere dekning i lavinntektsgruppene enn hos dem med høyest lønn. En rekke evalueringer viser at Gavi i liten grad har oppnådd egne mål på dette området, og at støtte til styrking av nasjonale helsesystemer har vært vanskelig å dokumentere.¹²⁶

Ved utgangen av 2015 hadde Det globale fondet brukt omlag 40 prosent av sine midler til å styrke helsesystemer, inkludert investeringer knyttet til informasjons- og logistikk-systemer, opplæring av helsearbeidere og innsats for å mobilisere ytterligere helse-systemstøtte på landnivå.

TILGANG TIL HELSEPERSONELL

En viktig faktor i arbeidet med å sikre robuste helsesystemer og universell helsedekning, er å sikre tilgang på kvalifisert helsepersonell i lav- og

mellominntektsland. Dette er også en av de største utfordringene lav- og mellominntekts land møter når de skal styrke sine nasjonale helsesystemer.

Siden begynnelsen av 2000-tallet har det vært klart at helsesektoren i mange fattige land, spesielt i Afrika, har slitt med mangel på faglært personell. Dette skyldes både lav utdanningskapasitet, lave budsjetter, manglende eller forsinkede lønnsutbetalinger, aidsepidemien (som også rammet helsearbeidere), og migrasjon av helsearbeidere fra sør til nord og sør-sør.

I 2006 ble situasjonen for helsepersonell regnet som kritisk i 57 land. Definisjonen basert på WHO's standard innebar å ha færre enn 23 faglærte helsepersonell per 10 000 innbyggere, og mindre enn 80 prosent av fødsler assistert av kvalifisert helsepersonell. Av disse landene var 36 i Afrika sør for Sahara.¹²⁷ Helsearbeidere uten kvalifikasjoner på sykepleier- og jordmornivå var ikke inkludert i denne oversikten.

Tall fra 2011 viste at 80 prosent av befolkningen i lavinntektsland ikke hadde god nok helsedekning fordi det var for få helsearbeidere. I 2013 var det variasjon i fremgangen på helsepersonell blant landene som var kategorisert som kritiske.¹²⁸ Dekningen økte i de fleste

land, dersom en inkluderer tallene for alle typer helsearbeidere i primærhelsetjenesten. Tilgang til god data og statistikk er fortsatt en stor utfordring fordi mange land ikke har et offentlig oppdatert register, offentlig autorisasjon eller registrerer helsepersonell som slutter, bytter jobb eller emigrerer. I tillegg til antall kvalifiserte helsearbeidere, er både fordeling og produktivitet sentralt i vurderingen av god dekning.

For å nå målet om universell helsedekning er det estimert en dobling i behov og etterspørsel for helse- og sosialarbeidere innen 2030. Samtidig antas det at det vil oppstå en global mangel på 18 millioner helsearbeidere. Gapet mellom behov og tilgang til helsearbeidere vil først og fremst ramme fattige land med dårlig utbygde helsetjenester og infrastruktur.

I etterkant av WHO's helseforsamlings vedtak i 2016 om en global helsepersonellstrategi, ble det nedsatt en Høynivåkommisjon for helsearbeidere og økonomisk vekst, der Norge deltok med helseminister Bent Høie. Kommisjonen utarbeidet en rapport, «Working for Health and Growth» med anbefalinger for veien videre og en femårig handlingsplan. Handlingsplanene tar utgangspunkt i et samarbeid mellom WHO, ILO og OECD for å bistå land i planleggingen av oppskalering av investeringer og utdanning av helsearbeidere.



Helsearbeidere fra et mobilt team er på besøk i landsbyen Yalikombo i DR Kongo hvor de i løpet av en dag undersøkte opptil 400 mennesker for afrikansk sovesyke. FOTO: DNDI

DEN GLOBALE HELSEARBEIDERALLIANSEN

I 2004 besluttet Norge å gå aktivt inn som pådriver for å rette internasjonal oppmerksomhet mot den kritiske mangelen på helsepersonell i fattige land. Som oppfølging av funnene fra Joint Learning Initiative¹²⁹ inviterte Norge til en internasjonal konsultasjon i Oslo i 2005, der grunnen ble lagt for etablering av den globale helsearbeideralliansen The Global Health Workforce Alliance (GHWA 2006 - 2016).

Norge har deltatt aktivt i GHWA og WHO's arbeid med helsepersonell, gjennom styrerepresentasjon i GHWA og ved å bidra med kjernestøtte i hele perioden.

I samarbeidet mellom WHO og GHWA, har WHO ivaretatt det normative arbeidet mens GHWA styrke lå i allianse- og pådriverfunksjonen. Dette fikk særlig betydning i spørsmålet om hjerneflukt og behovet for enighet om hvordan migrasjon av helsearbeidere kunne håndteres. Forarbeidet til WHOs frivillige kode (retningslinjer) for etisk rekruttering fra 2010, ble gjort med tunge bidrag fra GHWA men der også Norge var en betydelig og aktiv bidragsyter.¹³⁰

GHWA har arrangert tre globale forum med fokus på helsearbeiderkrisen. Det første, i 2008, resulterte i Kampalaerklæringen om en global agenda for handling, som sammen med [World Health Report 2006 – Working together for health](#) har vært referansedokument for helsepersonellagendaen globalt. Det andre globale forum for helsepersonell, i Bangkok i 2011, forsterket betydningen av nasjonal ledelse. Betydningen av helsepersonell for universell helsedekning og utviklingsagendaen etter tusenårsårene, ble uttrykt i Recifeerklæringen i 2013.¹³¹

Verdens helseforsamling (WHA) besluttet i 2014 å utvikle en global strategi for helsepersonell. GHWA tok lederskap i dette arbeidet, og sammen med WHO ble den globale strategien vedtatt under WHA i 2016.

To eksterne gjennomganger konkluderer med at alliansen har vært en effektiv påvirkningsagent og oppnådd resultater i form av global og nasjonal agendasetting, og bidratt til en bredere forståelse av kompleksiteten i problemene.¹³²

BEDRE SAMORDNING OG ØKT TILGANG TIL HELSEPERSONELL

Norge har vært pådriver for en effektiv samordning av nasjonale planer, og givernes forpliktelser, for å sikre nødvendig helsepersonell og bygge kapasitet i nasjonale institusjoner. Særlig oppmerksomhet har det vært på førstelinjetjenester for kvinne- og barnehelse.¹³³ Norge ble medlem av den europeiske helsearbeideralliansen Esther i 2008. Alliansen er basert på partnerskap mellom europeiske helseinstitusjoner og helseinstitusjoner i sør og støtte til sør-sør samarbeid for kapasitetsutvikling og opplæring av helsepersonell og å bedre kvaliteten på helsetjenester.

Store deler av den norske støtten til kapasitetsutvikling og høyere utdanning og forskning har gått via programmene NUFU (forskning), NOMA (høyere utdanning), Fredskorpsets utvekslingsprogram av helsepersonell, og i de siste årene gjennom kapasitetsutviklingsprogrammet NORHED. Samlet støtter disse programmene samarbeid og institusjonsutveksling mellom



Et barn i Sør-Sudan undersøkes. FOTO: KEN OPPRANN

institusjoner i utviklingsland og norske universiteter og sykehus, inkludert utdanning av spesialister.¹³⁴ Norge har også bidratt til å styrke helsefaglige ressurser gjennom Fredskorpset. Totalt har Fredskorpsets utvekslingsprogram for 2005-2015 omfattet 778 helsepersonell med et budsjett på 265 millioner kroner.

MER OG BEDRE HELSEDATA

Mange utviklingsland har svake og manglende systemer for helseinformasjon. Dette gjør det vanskelig å planlegge og prioritere helsetjenester med begrensede ressurser. Derfor har Norge arbeidet med flere partnere for å styrke systemer for helseinformasjon. Gjennom FN-Kommisjonen for ansvarliggjøring og informasjon bidro Norge til å innføre et rapporteringssystem for mødre, nyfødte og barns helse i en rekke afrikanske land. Norge har også bidratt med forskning og utvikling av systemer for datainnhenting og analyse, inkludert et prosjekt i samarbeid med Folkehelseinstituttet for utvikling av elektroniske helseregistre, og et prosjekt for utvikling av datainnhenting- og analyseverktøyet Quality of Institutional Care.

Den største norske investeringen for bedre helseinformasjonssystemer har likevel vært utvikling av Health Information Systems Program (HISP), ledet av Universitetet i Oslo. HISP er et globalt nettverk som arbeider for å styrke systemer for helseinformasjon ved å forbedre innsamling, analyse og bruk av helsedata og indikatorer. Programmet har utviklet og vedlikeholder et åpent tilgjengelig dataprogram kalt District Health Information Software (DHIS 2), som egner seg til å analysere data på distrikts- og nasjonalt nivå i utviklingsland. HISP bidrar

RESULTATBOKS 18

FLERE OG BEDRE HELSEARBEIDERE¹³⁵

Gjennom investeringer i ulike programmer for forskning og høyere utdanning, som NUFU, NOMA, NORHED, Fredskorpset, Forskningsrådet og sivilt samfunnsorganisasjoner, har Norge bidratt til:

- > Utdanning av studenter i helsefag på master- og doktorgradsnivå gjennom NUFU i Malawi, Sør-Sudan, Sudan, Tanzania og Uganda.
- > Etablering av flere helsefaglige masterprogram ved ulike utdanningsinstitusjoner i Bangladesh, Malawi, Nepal, Tanzania, Zambia og Sri Lanka gjennom NOMA.
- > 91,8 prosent av uteksaminerte masterstudenter under NOMA og 95,6 prosent av uteksaminerte masterstudenter under NUFU har fått relevant arbeid. Over 90 prosent av uteksaminerte masterstudenter oppholder seg i sitt opprinnelsesland.
- > Etablering av 11 prosjekter, hvorav ti i Afrika sør for Sahara og ett i Myanmar, gjennom NORHED-programmet. Prosjektene har 31 partnere fra 14 land og inkluderer fire bachelorstudier, 23 masterstudier og ti doktorgradsstudier innen tematikk som folkehelse, spesialistutdanning av kirurger, jordmor utdanning, ernæring, helse informasjonssystemer, mor barn og reproduktiv helse, entomologi, arbeidsmiljø og sikkerhet, og antibiotikaresistens.

også med forskning og formidling, og styrker informasjonsbruk gjennom opplæring av beslutningstakere og andre i utviklingsland. Norge støtter også utdanning av master- og doktorgradsstudenter innen helseinformatikk.

RESULTATBOKS 19

NORSK-UTVIKLET SYSTEM FOR HELSEINFORMASJON I SEKSTI LAND¹³⁶

Norge støttet Health Information Systems Program (HISP) med om lag 66,7 millioner kroner mellom 2011 og 2017. Gjennom støtte til utvikling og innføring, har norsk bistand ført til:

- > Verktøyet District Health Information Software (DHIS 2) brukes nå i over 60 land.
- > Nigeria har mer enn to millioner dataverdier og 22 000 registrerte brukere av DHIS 2. Kenya har 11 000 registrerte brukere og legger inn 1,5 millioner dataverdier hver måned.
- > DHIS 2 blir brukt som utgangspunkt for utvikling av sentrale, nasjonale helseinformasjonssystemer i 21 land og syv indiske delstater.
- > Globale organisasjoner som Leger Uten Grenser, Flyktninghjelpen, International Rescue Committee, PSI, og PEPFAR benytter DHIS 2 til intern rapportering av resultater (MIS).
- > DHIS 2 brukes nå også i sektorer som utdanning, landbruk, og vann, sanitær og hygiene (WASH).
- > Bedre tilgang til informasjon gir vesentlig bedre mulighet til å gjøre riktige prioriteringer innen helsetjenester, hvilket gir mer helse for pengene.¹³⁷
- > Helseinformasjonssystemet er styrket gjennom innføring av DHIS 2 i samarbeid med Universitetet i Oslo.

LANDEKSEMPEL: MALAWI

Norge er en av de største giverne til helsesektoren i Malawi. Mellom 2005 og 2015 ga Norge totalt 1,69 milliarder kroner i helse-relatert bistand til Malawi, i tillegg til midlene

”

Norge er en av de største givere til helsesektoren i Malawi. Mellom 2005 og 2015 ga Norge totalt 1,69 milliarder kroner i helserelatert bistand til Malawi, i tillegg til midlene landet får gjennom globale fond og generell budsjettstøtte.

landet får gjennom globale fond og generell budsjettstøtte. Den bilaterale støtten utgjør om lag ti prosent av helsebistanden til Malawi, og gjør landet til den største mottakeren av norsk bilateral helsebistand.

Flere av Norges globale helsesatsinger har satt spor i Malawi. Det gjelder ikke minst at globale institusjoner som Gavi og Det globale fondet har kanalisert betydelige midler til landet. Ulike initiativer som er startet og/eller støttet av Norge, har blitt implementert i Malawi i samarbeid med blant andre Leger Uten Grenser, Gavi, Det globale fondet, Unitaidd, Marie Stopes International, Kirkens Nødhjelp, Redd Barna, CHAI og egne partnerskap for produktutvikling. Dette gjelder tiltak som bedre og billigere vaksiner, medisiner og utstyr, og støtte til innkjøp, logistikk og distribusjon av disse.



Medisinstudenter ved Kamuzu Central Hospital i Malawi. FOTO: KEN OPPRANN

FLERE HODER OG HENDER I MALAWI¹⁴⁰

Norge har bidratt til en stor økning i kapasiteten til å utdanne helsepersonell i Malawi:

- > Gjennom støtte til Kirkens Nødhjelp har ni institusjoner for sykepleieutdanning blitt kraftig opprustet. 60 nye bygninger for undervisning og studentboliger er bygget, pensum er oppdatert og lærere har fått videreutdanning. Antallet studenter er økt med mer enn 70 prosent, som gir flere hundre flere nyutdannede sykepleiere årlig.
- > Ved Malawi College of Medicine har antallet uteksaminerte medisinstudenter årlig økt fra rundt 20 til 50-60, som betyr at 30-40 flere leger tilføres helsesektoren hvert år.
- > Det er etablert utdanningstilbud i farmasi og fysioterapi med omtrent 20 nyutdannede i hvert fag hvert år.
- > Ved Malawi College of Medicine brukes nå om lag 80 prosent nasjonale og 20 prosent utenlandske lærekrefter. Tidligere var tallet omvendt.
- > Utdanning av jordmødre og fødselshjelpere i samarbeid med Kirkens Nødhjelp og nasjonale kirkelige helseleverandører, myndighetene og CHAI.

Norge har, sammen med Tyskland, støttet et prøveprosjekt for å teste hvordan resultatbasert finansiering kan bidra til bedre helsetjenester ved svangerskap og fødsel.¹³⁸ Klinikker og helsearbeidere mottok finansiering basert på antall og kvalitet av tjenester de leverte, og kvinner mottok kontantstøtte for å føde på klinikk. Andelen av

fødende som ble værende på klinikken de anbefalte 48 timene etter fødsel økte fra 30 til 77 prosent. Andelen som ble testet for hiv økte med 12 prosentpoeng, som sammen med økt tilgang til medikamenter reduserer hiv-overføring fra mor til barn. Klinikkene som mottok disse overføringene hadde bedre infrastruktur, utstyr, medisiner og var renere enn andre. Antallet klienter/fødende økte sterkt, blant annet fordi kvinner valgte disse klinikkene fremfor andre. Virkningen på enkelte andre områder uteble eller var for svak til å måles, men malawiske myndigheter ønsker likevel å skalere opp resultatbasert finansiering i sin neste langtidsplan.

Norge gikk også inn i et samarbeid med Kirkens Nødhjelp for å styrke sykepleieutdanningen i regi av Christian Health Association of Malawi (CHAM), utdanning av leger og spesialister ved Malawi College of Medicine, og utdanning og lokale helsearbeidere i samarbeid med Clinton Health Access Initiative (CHAI). Gjennom den store, norske satsingen på å styrke Malawis kamp mot hiv og aids har helsesystemer blitt styrket, og satsingen har blant annet bidratt til bedre tilgang til hivmedisiner.¹³⁹

7

Helseutfordringer mot 2030

» **2030 er fristen** som er satt for å nå bærekraftsmålene.

Det innebærer behov for intensivert innsats globalt, regionalt og lokalt.

Dette kapitlet sier noe om mulighetene og utfordringene for norsk helseinnsats frem mot 2030.



Skolejenter ved al-Shourouq grunnskole i Beitunia, Palestina. FOTO: KEN OPPRIANN

Norge investerte nesten 53 milliarder kroner i global helse i perioden 2000 til 2016. Mesteparten av midlene ble rettet mot arbeidet for å nå de helserelaterte tusenårsmålene om å styrke kvinner og barns helse, og å bekjempe hiv, tuberkulose, malaria og andre sykdommer. Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter har vært både et eget innsatsområde og et gjennomgående hensyn. Norge har også investert mye i styrking av helsesystemer i utviklingsland.

MANGE DØDSFALL FOREBYGGET OG LIV REDDET

Har denne innsatsen oppnådd gode resultater? Uten tvil. Mange millioner mennesker har fått bedre helse takket være norsk bistand, og et stort antall dødsfall har blitt forebygget, og liv har blitt reddet. Perioden representerer en av menneskehetens største fremskritt på helseområdet noensinne. Hiv, malaria og tuberkulose er slått kraftig tilbake, barnedødelighet og dødsfall i forbindelse med svangerskap er kraftig redusert, og det har vært framgang på en lang rekke andre helseområder. Dette skyldes langt på vei en målrettet og effektiv internasjonal innsats.

Det norske bidraget har i hovedsak bestått i å støtte utvalgte internasjonale organisasjoner som retter arbeidet inn mot spesifikke sykdom-

mer eller målgrupper. Denne rapporten har gitt en rekke eksempler på dokumenterte resultater og beregnede helseeffekter av arbeid som støttes av norsk bistand.

Fordi Norge har valgt å kanalisere størstedelen av bistanden gjennom store, internasjonale organisasjoner, er det ikke mulig å spore resultater tilbake til norske bidrag på en helt presis måte. Ved å koordinere finansiering på denne måten, har norsk støtte trolig bidratt til mer effektiv bruk av de samlede ressursene til global helse. Norge har dessuten gitt viktig starthjelp til en rekke organisasjoner og initiativer og påvirket deres prioriteringer og arbeidsmetoder. Det gir grunn til å tro at den norske innsatsen har bidratt mer enn de kroner og ører som er gitt av Norge i denne perioden.

HELSEUTFORDRINGER OG INNSATS MOT 2030

Verden er i endring. Kriser, konflikt og store klimautfordringer påvirker helse. Befolkningsveksten øker i mange lavinntektsland. I mange av disse landene er det svakt utbygde helsesystemer. For eksempel er det beregnet at verden vil mangle mer enn 18 millioner helsearbeidere i 2030, noe som først og fremst vil ramme disse landene. Vi er ikke i mål med arbeidet for å redusere mørdredelighet, fremme seksuell og reproduktiv helse, bedre

barns helse og stanse spredning av smittsomme sykdommer. Dessuten er det en økning av ikke-smittsomme sykdommer over hele verden.

Økt globalisering fører med seg en større global helserisiko, der smittsomme sykdommer sprer seg raskere over et større geografisk område enn tidligere og setter store krav til sykdomsovervåking, beredskaps- og responssystemer. En av de største globale utfordringene fremover er antimikrobiell resistens (mot antibiotika og andre medisiner).

Tusenårsmålene var en global bistandsagenda med åtte mål, deriblant tre innen helse. Bærekraftsmålene favner bredere. Helsemålet (Bærekraftsmål 3) inkorporerer de tre tusenårsmålene, men handler også om ikke-smittsomme sykdommer, investering i helsepersonell og reduksjon av sykdom og død fra miljømessige og andre risikofaktorer. Sist, men ikke minst, bærekraftsmålene er også tverrsektorielle. Dette betyr at man må planlegge helhetlige og integrerte tiltak, slik at innsats i én sektor også skal bidra i andre, så ulike sektorer må jobbe «smartere» sammen.

I perioden som dekkes i denne rapporten har Norge konsentrert helseinnsatsen om utvalgte områder. Vi har bidratt til de samlede, globale resultatene og til bedre bruk av ressurser

nasjonalt og internasjonalt. Men selv med fremgangen vi har sett de siste tiårene, er mange land langt fra å nå målet om «universell dekning» av grunnleggende helsetjenester. «Universell helsedekning» innebærer at land er i stand til å tilby helt nødvendige tjenester til alle som trenger dem, og samtidig sikre at tjenestene organiseres og finansieres på en måte som ikke utelukker noen. WHO har satt universell helsedekning som ett av sine fremste mål, og Norge vil bidra med våre erfaringer og kompetanse i tillegg til vår finansielle støtte.

Det er behov for en fortsatt global innsats og mer koordinert innsats mellom langsiktig og humanitær bistand. Spesielt gjelder dette land og mennesker som er direkte berørt av langvarige kriser og konflikt. Hele 60 prosent av mødredødeligheten og 53 prosent av barnedødeligheten som kunne vært forebygget, finner vi nå i kriseområder.¹⁴¹ Bærekraftsmålenes prinsipp om at ingen skal utelates innebærer at de mest sårbare skal prioriteres.

For å nå bærekraftsmålene innen fristen i 2030 er det behov for intensivert innsats globalt, regionalt og lokalt og på tvers av sektorer. Samtidig må vi bistå mottakerlandene på måter som gjør dem i stand til å overta så mye av ansvaret for universell tilgang til helsetjenester som mulig, både kapasitetsmessig og finan-

sielt. Økt vekst i lav- og mellominntektsland tilsier at bistand vil få en mindre rolle enn landenes egne investeringer. Mange land ønsker å utvikle mer effektive og solide helsesystemer, og har samtidig et behov for sterkere tverrsektorielt samarbeid. Den raske teknologiske utviklingen gir nye muligheter, og god bruk av teknologi kan bidra til bedre informasjon og tilgang til helsetjenester for alle.

I tråd med [Meld. St. 24 \(2016-2017\)](#) (utviklingsmeldingen) vil innsatsen for å bedre helsen for kvinner, barn og ungdom, bekjempe de store smittsomme sykdommene og styrke helsesystemer, fortsette. Vi vil samtidig arbeide med utfordringer relatert til klima, forurensing og ikke-smittsomme sykdommer. I tillegg til innsatsen gjennom de multilaterale organisasjonene (WHO, Unicef, UNFPA, UNAIDS, Verdensbanken og UN Women) vil Norge fortsette å bidra med store langsiktige forpliktelser til Den globale vaksinealliansen Gavi, Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria og Den globale finansieringsmekanismen for Every Woman Every Child (GFF). Vi vil fortsette å arbeide med andre sentrale partnere og initiativer slik som Den globale strategien for kvinner, barn og ungdoms helse. I 2017 ble Norge en av grunnleggerne for Koalisjonen for epidemisk beredskap og innovasjon (CEPI). CEPI skal utvikle effektive vaksiner mot

smittsomme sykdommer som kan lede til større sykdomsutbrudd.

Ebolautbruddene i Vest-Afrika viste at helsesystemene ikke var sterke nok til å respondere på utbruddet. Resultatet var tap av liv og redusert tilgang til andre livreddende helsetjenester, som fødselshjelp og nyfødtsomsorg. Selv om norsk innsats til i dag også har inkludert viktige elementer av sykdomsovervåking, informasjonssystemer og kapasitetsstyrking på ulike nivåer, styrkes nå innsatsen for lokal og global helsesikkerhet betraktelig. Robuste helsesystemer skal kunne møte ulike utfordringer, inkludert klimaendringer, epidemier og kriser. Økt utdanning av helsearbeidere er et viktig tiltak for å møte disse utfordringene.

Kvinnens seksuelle og reproduktive helse og rett til å bestemme over egen kropp er under press i mange land. Under She Decides-initiativet som startet i 2017 samarbeider Norge med en rekke land og organisasjoner for å styrke global innsats for jenter og kvinners seksuelle og reproduktive helse og rettigheter. Dette inkluderer tilgang til prevensjonsmidler og seksualitetsundervisning, og trygge og lovlige aborttjenester, også for ungdom. Norge vil ta en lederrolle i arbeidet med å fremme seksualitetsundervisning.

I situasjoner preget av krise og konflikt, er tjenester knyttet til seksuell og reproduktiv helse ofte enda mer neglisjert, og norsk innsats på dette feltet trappes derfor opp. Den store befolkningsøkningen i Afrika sør for Sahara understreker betydningen av denne innsatsen.

Utdanning, helse og likestilling må ses i sammenheng for å få bedret forholdene for kvinner, barn og ungdom. Dette er i tråd med det tverrsektorielle perspektivet bærekraftsmålene fremmer.

Et fortsatt sterkt og synlig lederskap og samarbeid på tvers av andre sektorer og aktører er helt nødvendig for å lykkes med å nå bærekraftsmålene innen 2030 og fortsette på bedringens vei.

Forkortelser og akronymer

AHPSR	Alliance for Health Policy and Systems Research	GFF	Den globale finansieringsmekanismen for Every Woman Every Child/Global Financing Facility in support of Every Woman Every Child	IPPF	International Planned Parenthood Federation
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	GHWA	Den globale helsearbeideralliansen/The Global Health Workforce Alliance	IPV	Poliovaksine
ALMA	African Leaders Malaria Alliance	GLOBVAC	Program for global helse- og vaksinasjonsforskning/Global Health and Vaccination Research	IWG	Innovation Working Group
AMC	Advanced Market Commitments for vaccines	GPEI	Global Polio Eradication Initiative	KOICA	Korea International Cooperation Agency
BLM	Banja La Mtsogolo	GSMA	Groupe Spéciale Mobile Association	LHBT	Lesbiske, homofile, bifile og transseksuelle personer
CBOs	Community based organisations	HISP	Health Information Systems Program	MMV	Medicines for Malaria Venture
CHAI	Clinton Health Access Initiative	HIV	Human Immunodeficiency Virus	MPP	Medicines Patent Pool
CHAM	Christian Health Association of Malawi	HRITF	Health Results Innovations Trust Fund	MSI	Marie Stopes International
CoIA	FN-Kommisjonen for ansvarliggjøring og informasjon/Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health	HRP	Human Reproduction Programme	NIPI	Norway India Partnership Initiative
DAC	Development Assistance Committee	HSS	Health System Strengthening/Styrking av helsesystemer	NOMA	Norad's Programme for Master Studies
DFID	Department for International Development (UK)	IAVI	International AIDS Vaccine Initiative	NORHED	Norges program for kapasitetsutvikling innen høyere utdanning og forskning/Norwegian Programme for Capacity Development in Higher Education and Research for Development
DNDi	Drugs for Neglected Diseases Initiative	IFFIm	International Finance Facility for Immunisation	NPPI	Norway Pakistan Partnership Initiative
EAC	East African Community	IHAA	The International HIV/AIDS Alliance	NTPI	Norway Tanzania Partnership Initiative
ESTHER	Den europeiske helsearbeideralliansen	IHI	Ifakara Health Institute	NUFU	Norwegian Programme for Development, Research and Education
EWEC	Every Woman, Every Child	ILO	Den internasjonale arbeidsorganisasjonen/International Labour Organisation	OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
FP2020	Family Planning 2020	ipas	International Pregnancy Advisory Services	PCV	Pneumokokkvaksiner
Gavi	Den globale vaksinealliansen/Global Vaccine Alliance	IPM	International Partnership for Microbicides	PDP	Partnerskap for produktutvikling/Product Development Partnership
GFATM	Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria/The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria				

PMNCH	Partnerskap for barne- og mødrehelse/ Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health	UNFPA	FNs befolkningsfond/United Nations Population Fund
PSI	Population Services International	UNICEF	FNs barnefond/United Nations Children's Fund
QuIC	Quality of Institutional Care (data- innhenting- og analyseverktøy)	WHA	Verdens helseforsamling/World Health Assembly
RBF	Resultatbasert finansiering	WHO	Verdens helseorganisasjon/ World Health Organization
RCNF	Robert Carr Civil Society Networks Fund		
RHSC	Reproductive Health Supplies Coalition		
RMNCAH	Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health		
SAAF	Safe Abortion Action Fund		
SADC	Southern African Development Community		
SAIH	Studentenes og Akademikernes Internasjonale Hjelpfond		
SL@B	Saving Lives at Birth		
SRHR	Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter		
TBVI	Tuberculosis Vaccine Initiative		
TDR	Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases		
UNCoLSC	FNs kommisjon for livreddende medisiner til kvinner og barn/UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children		
UNAIDS	FNs felles aidsprogram/Joint United Nations Programme on HIV and AIDS		

Referanser

1. [Gavi \(2017\) Facts and figures](#)
2. UNAIDS (2015): [AIDS by the numbers 2015](#)
3. WHO (2015): [World Malaria Report 2015](#)
4. WHO (2015): [Global tuberculosis report 2015](#)
5. FNs oversikt over oppnåelse av tusenårsmålene, MDG monitor (2015): [MDG 5 Improve maternal health](#)
6. HRITF (2017): [HRITF results; HRITF projects](#)
7. WHO [Child health mortality under five](#), WHO [Child health](#), WHO (2016) [FactSheet on Maternal mortality](#)
8. Norad (2016): [Case study on Norway's Engagement in Global Efforts to Improve Maternal and Child Health](#)
9. Norad (2016): [Case study on Norway's Engagement in Global Efforts to Improve Maternal and Child Health](#)
10. PMNCH (2017): [The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health](#)
11. PMNCH (2017): [The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health](#); PWC (2014): [External Evaluation of the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Final report](#); Norad (2016): [Case Study on Norway's Engagement in Global Efforts to Improve Maternal and Child Health](#).
12. Norad (2011): [The Network of Global Leaders](#)
13. PMNCH (2010): [Global Strategy for Women's and Children's Health](#)
14. GFF (2016): [Global Financing Facility Resource Mobilization Annual update](#); EWEC-GFF (2015): [Pressemelding](#)
15. EWEC (2015): [Saving lives, Protecting futures – Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health](#), s 87
16. EWEC (2015): [Saving lives, Protecting futures – Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health](#), s 8
17. WHO (2015): [Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health 2016-2030](#)
18. Verdensbanken (2015): [Pressemelding](#)
19. [World Health Organisation. Global Immunisation Factsheet. 2016 Sept](#); Gavi (2017): [Facts and Figures](#)
20. Norad: Offentlige bistandstall over norsk helsebistand mellom 1999 og 2016 fra [Norads statistikkportal](#)
21. Gavi (2017): [Donor profile Norway](#)
22. Gavi (2017): [Facts and figures](#)
23. Regjeringen.no (2017) [Pressemelding – Over tre milliarder kroner til global helse](#)
24. Gavi (2017): [The Advance Market Commitment Pilot for Pneumococcal Vaccines: Outcomes and impact evaluation](#)
25. Gavi (2017): AMC in 2020. Support for discussion with donors, September 2017
26. Gavi (2017): [Pressemelding – GAVI to help protect millions more children against polio](#)
27. WHO (2017): [Poliomyelitis - Report by the Secretariat](#); håndnotat WHO70 Polio, saksnr: 12.3 Poliomyelitis
28. Gavi (2017): [Pressemelding: GAVI to help protect millions more children against polio](#)
29. Gavi (2016): [Gavi progress report 2016](#)
30. Gavi (2016): [Transition process](#)
31. Gavi (2016): [Gavi progress report 2016](#)
32. Gavi (2017): [Facts and figures](#)
33. Gavi (2017): [The partnership model](#)
34. MOPAN (2015-16): [Assessments. Gavi, the Vaccine Alliance. Institutional Assessment Report](#)
35. Gavi (2017): [Facts and figures](#)
36. Norad (2004): [Alleviating System Wide Barriers to Immunization](#) (søk opp på [Gavis hjemmesider](#))
37. Norad (2004): [Alleviating System Wide Barriers to Immunization](#) (søk opp på [Gavis hjemmesider](#))
38. Gavi (2017): [Health system strengthening support \(HSS\)](#)
39. Gavi (2017): [Health system strengthening support \(HSS\)](#)
40. Norad.no (2015) [Resultatbasert finansiering innen helse \(RBF\)](#)
41. HRITF (2017): [HRITF results; HRITF projects](#)
42. HRITF (2017): [HRITF results; HRITF projects](#)
43. UNFPA (2012): [Commissioner's report: UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children](#)
44. UNFPA (2012): [Commissioner's report: UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children](#)
45. RMNCH (2016): [The RMNCH Strategy & Coordination Team, 2016 Progress Report](#)

46. Pronyk, Paul M., et al. "The UN Commission on Life Saving Commodities 3 years on: global progress update and results of a multicountry assessment." *The Lancet Global Health* 4.4 (2016): e276-e286.
47. CHAI (2016): Clinton Health Access Initiative, Addressing Maternal and Neonatal Mortality through Life-Saving Commodities. Progress Report, Update submitted to Norad, March 2016
48. Pronyk, Paul M., et al. "The UN Commission on Life Saving Commodities 3 years on: global progress update and results of a multicountry assessment." *The Lancet Global Health* 4.4 (2016): e276-e286.
49. KPMG (2016): [Accelerating progress to achieve health-related MDGs in Nigeria: a government-driven approach with a focus on rapidly reducing maternal and neonatal mortality in Kaduna, Kano and Katsina States](#)
50. CHAI (2016): Shaping Local Markets to Scale-up zinc and Oral Rehydration Salts in Nigeria, Endline Report: 2013 –2016. Submitted to NORAD 2016, updated 2017
51. CHAI (2016): Addressing Maternal and Neonatal Mortality through Life-Saving Commodities. Progress Report, Update submitted to Norad 2016
52. RH Supplies (2016): [Implant Access Program – Expanding Family Planning Options for Women](#)
53. EWEC (2011): [UN Commission on Information and Accountability: Keeping promises, measuring results for Women and Children, Commissioners' Report](#)
54. WHO (2015): [Accountability for women's and children's health. 2015 Progress Report](#)
55. PATH (2016): [An Interim Review of the Health Information Systems Program – University of Oslo – with Recommendations for Future Action](#)
56. Unicef/WHO/UNFPA/WBG (2015): [Child mortality estimates](#)
57. Ram, Usha, et.al. "[Neonatal, 1–59 month, and under-5 mortality in 597 Indian districts, 2001 to 2012: estimates from national demographic and mortality surveys](#)" *The Lancet Global Health*, Volume 1, No. 4, e219–e226, October 2013
58. Gavi (2017): [Country hub India](#)
59. Helsedepartementet i India (2014): [WHO Certifies India as Polio Free](#)
60. Gavi (2017): [Country hub India](#); Pressemelding – [India's most vulnerable children to get access to new vaccine against pneumonia](#)
61. Global fund (2017): [Portfolio country India](#)
62. Demographic and Health Survey 2015-16. Key Indicators. Ministry of Health Malawi
63. Gavi (2017): [Portfolio country Malawi](#)
64. Gavi (2016): Malawi GAVI PCA report 2016; [Country FactSheet Malawi](#)
65. The Global fund (2017): [Portfolio country Malawi](#)
66. CHAI, Shaping Local Markets to Scale-up zinc and Oral Rehydration Salts in Nigeria: Progress Report: January - December 2015; CHAI, Accelerating progress to achieve health-related MDGs in Nigeria: a government-driven approach with a focus on rapidly reducing maternal and neonatal mortality in Kaduna, Kano and Katsina States. Progress Report: July – December 2015; CHAI, Addressing Maternal and Neonatal Mortality through Life-Saving Commodities: Progress Report 2016 PRINN-MNCH, Maternal, newborn and child health successes in four Northern Nigerian states 2009-2013. Program summary, Norad
67. Gavi (2017): [Country FactSheet Nigeria](#)
68. The Global fund (2017): [Portfolio country Nigeria](#)
69. Norad (2013): [Resultatrapport helse og utdanning 2013](#)
70. Unicef (2014): [End of project evaluation Norway – Pakistan Partnership Initiative \(NPPI\)](#)
71. GFF (2017): [Tanzania](#)
72. Global Fund (2017): [Portfolio country Tanzania](#)
73. Gavi (2017): [Country fact sheet Tanzania](#)
74. *Journal of Human Development and Capabilities* (2014): Fukuda-Parr, Yamin, and Greenstein, [The Power of Numbers: A Critical Review of Millennium Development Goal Targets for Human Development and Human Rights](#)
75. WHO (2017): [FactSheet Family planning/Contraception](#)
76. [RHSC news article 2013](#); [UNFPA Annual Report 2016](#); [Marie Stopes Global Impact Report: The First Step, 2016](#); [IPPF Annual Performance Report 2016](#); [Norads resultatportal 2015](#)
77. Carol Bradford and Dan Whitaker, BLM POW II Evaluation Report, for DFID and Norway. HEART (Health Education Advice and Resource Team) August 2015.
78. [IPPF Annual Performance Report 2016](#); [Ipas Annual Report 2016](#)
79. UNFPA-UNICEF (2017): [«Accelerating Change by the numbers. 2016 Annual Report of the UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change»](#). Side 1
80. UNFPA-UNICEF (2017): [«Accelerating Change by the numbers. 2016 Annual Report of the UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change»](#). Side 1
81. Regjeringen.no (2014): [Norsk strategi for styrket internasjonal innsats mot kjønnslemlestelse av jenter for perioden 2014 – 2017](#)
82. Norads resultatportal (2015), [Endringsarbeid i lokalsamfunn bidrar til reduksjon av kvinnelig kjønnslemlestelse](#); UNFPA-UNICEF (2017): [«Accelerating Change by the numbers. 2016 Annual Report of the UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change»](#). side 1 og side 10.

83. [UNAIDS FactSheet AIDS by the numbers 2015](#); [UNAIDS Global HIV Statistics FactSheet 2017](#); [WHO World Malaria Report 2015](#); [WHO World Tuberculosis report 2015](#); [UN Millennium Development Goals Report 2015](#)
84. Colin D. Mathers, Dejan Loncar: Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results. Evidence and Information for Policy World Health Organization October 2005. Tabell 8 og figur 9.
85. [WHO World Malaria Report 2015](#); [WHO World Tuberculosis report 2015](#)
86. [UNAIDS: Fact sheet 2017](#)
87. WHO (2015) [Fact Sheet: World Malaria Report](#)
88. WHO (2017) [Global Health Observatory \(GHO\) data. Tuberculosis](#)
89. Norad (2008) [Evaluation of Norwegian HIV/AIDS Responses](#)
90. UNAIDS (2004) [The 'Three Ones' key principles](#)
91. [Global Task Team \(2005\): on Improving AIDS Coordination Among Multilateral Institutions and International Donors, Final Report](#)
92. [Norad \(2008\): Evaluation of Norwegian HIV/AIDS Responses](#)
93. [UNAIDS \(2018\): Landinfo Malawi](#)
94. UNAIDS (2016): [Eliminating HIV-related travel restrictions](#)
95. Norad (2013): [Lobbying for Faith and Family: A Study of Religious NGOs at the United Nations](#)
96. [SIDA: Evaluation of the Swedish-Norwegian Regional HIV/AIDS team for Africa. Final report \(Peris Jones et al\), 2009. Regional HIV&AIDS team: Contribution overview \(flere utgaver, se www.sida.se\).](#)
97. The Global Fund (2017): [The Global Fund Results Report 2017](#)
98. The Global Fund (2017): [The Global Fund Results FactSheet 2017](#)
99. [The Robert Carr civil society Networks Fund Delivering Results Report](#)
100. [Robert Carr Mid-Term Review 2014](#)
101. Technopolis group (2016): [Mid-term evaluation of the second Programme for Global Health and Vaccination Research \(GLOBVAC 2\)](#)
102. Technopolis group (2016): [Mid-term evaluation of the second Programme for Global Health and Vaccination Research \(GLOBVAC2\)](#); [GLOBVAC annual report 2016](#)
103. WHO: [Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases](#); WHO: [Human Reproduction Programme](#); WHO: [Alliance for Health Policy and Systems Research](#)
104. WHO: [Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases](#)
105. The Lancet (2011): Tore Godal og Richard Klausner. [Innovating for every woman and every child](#)
106. Innovation Countdown 2030 (2014): Haitham El-noush, Allan Pamba, and Peter A. Singer. [Scaling innovations to save lives of women and children pre- and post-2015](#)
107. WHO(2015): [Saving lives - Protecting futures. Progress report on the Global Strategy for Women's and Children's Health 2010-2015](#)
108. The BMJ (2015): Haitham El-Noush et.al. [Innovating for women's, children's, and adolescents' health](#)
109. WHO (2011): [Thematic report The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals 2011 – Innovating for every woman, every child](#)
110. Norad (2016): [Case study on Norway's Engagement in Global Efforts to Improve Maternal and Child Health](#); sider 11, 18 og 22.
111. Skoll Foundation (2015): Haitham El-Noush og Alice Lin Fabiano. [Scaling ICT for Maternal Health in Nigeria](#)
112. Grand challenge for development (2011): [Saving lives at birth](#)
113. SL@B (2017): [Hjemmesider Saving Lives at Birth](#)
114. Unitaid (2017): [Our impact](#)
115. IAVI (2017): [Hjemmesider International AIDS Vaccine Initiative](#)
116. Dimitrios Gouglas, Jens Plahte, 2015. Report to the Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad): A review of MFA/Norad's support to global health product development. Norwegian Institute of Public Health, Oslo
117. The New England Journal of Medicine (2016): [Use of a Vaginal Ring Containing Dapivirine for HIV-1 Prevention in Women](#)
118. DNDi (2017): [Hjemmesider Drugs for Neglected Diseases Initiative](#)
119. [DNDi \(2016\): Human African Trypanosomiasis \(HAT\) Platform](#) og Dimitrios Gouglas, Jens Plahte, 2015. Report to the Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad): A review of MFA/Norad's support to global health product development. Norwegian Institute of Public Health, Oslo
120. MMV (2017): [Hjemmesider Medicines for Malaria Venture](#)
121. Dimitrios Gouglas, Jens Plahte (2015). [Report to the Norwegian Agency for Development Cooperation \(Norad\): A review of MFA/Norad's support to global health product development.](#) Norwegian Institute of Public Health, Oslo
122. MMV annual report (2016) og Dimitrios Gouglas, Jens Plahte, 2015. Report to the Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad): A review of MFA/Norad's support to global health product development. Norwegian Institute of Public Health, Oslo
123. TBVI (2017): [Hjemmesider for The Tuberculosis Vaccine Initiative](#)
124. Dimitrios Gouglas, Jens Plahte, 2015. Report to the Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad): A review of MFA/Norad's support to global health product development. Norwegian Institute of Public Health, Oslo
125. Norad.no: [Pariserklæringen om bistandseffektivitet, 2005](#)

126. Cambridge Economic Policy Associates Ltd (2016): [Meta-review of country evaluations of Gavi's health system strengthening support.](#)
127. WHO (2006): [The World Health Report 2006](#)
128. Global Health Workforce Alliance/WHO (2013): [A universal truth: No health without a workforce](#)
129. Joint Learning Initiative/ Harvard University's Global Equity Initiative (GEI) (2004): [Human resources for health: overcoming the crisis](#); Lancet VI 364 Nov 2004
130. WHO (2010): [The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel](#), WHA 63.16, 2010
131. Global Health Workforce Alliance (2013): [The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: Renewed commitments towards universal health coverage](#)
132. InSource (2016): [Assessing the legacy of the Global Health Workforce Alliance through the lens of Complex Adaptive Systems](#)
133. CHW Central (2012): [Consultation on Improving Access to Health Worker at the Frontline for Better Maternal and Child Survival](#); Global Health Workforce Alliance (2014): [Joint Commitment to Harmonized Partners Action for Community Health Workers and Frontline Health Workers](#)
134. Norad (2014): [The Norwegian Programme for Capacity Development in Higher Education and Research for Development \(NORHED\): Results 2014](#)
135. NUFU 2007-2012 Final Report; NOMA 2006-2014 Final Report; NORHED 2014 Results Report; Review of the Norwegian Esther Program 2012
136. Norad.no (2015): [Systemer for helseinformasjon](#); PATH (2016): [An Interim Review of the Health Information Systems Program – University of Oslo – with Recommendations for Future Action](#)
137. Norad.no (2015): [Systemer for helseinformasjon](#); PATH (2016): [An Interim Review of the Health Information Systems Program – University of Oslo – with Recommendations for Future Action](#)
138. USAID (2017): [Results-based financing for maternal and newborn health \(RBF4MNH\)](#). Se også resultatboks om resultatbasert finansiering.
139. The DHS program: [Demographic and Health Survey for Malawi 2015-2016](#); [The United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group: Trends in maternal mortality 1990-2015](#); UNAIDS (2014): [The GAP report](#) og UNAIDS: [aidsinfo](#); [Gavis landsider Malawi](#); Riksrevisjonens undersøkelse av norsk bistand til helsesektoren i Malawi, Riksrevisjonens Dokument 3:8 (2012-2013); WHO, [African Health Observatory, Country profile for Malawi](#)
140. Norad (2015): [Evaluering av norsk støtte til kapasitetsutvikling. Delrapport om helsesektoren i Malawi](#); Kirkens Nødhjelp (2011), [Improved health training in Malawian Nursing Colleges Programme, end of programme report phase one \(2005-2010\)](#); Kirkens Nødhjelp (2015), [Annual narrative report country programme, Malawi, 2015](#).
141. WHO (2017): [WHO says address protracted emergencies to achieve Sustainable Development Goals](#)

Norad

Direktoratet for utviklingssamarbeid
www.norad.no
postmottak@norad.no

November 2017

Foto: Ken Opprann (forside)

ISBN: 978-82-7548-952-2