

ANNONSEBILAG 17. OKTOBER 2006

Helsegapet



Norad

– en informasjonsavis om helse, globalisering og fattigdom

28 ÅR GAMLE CHRISTINA JULIUS våker over den gjenlevende av sine to ny-fødte tvillinger på distriktssykehuset i Dowa i Malawi. Den tre uker gamle jenta har lårbeinsbrudd. I mangel på profesjonelt utstyr har en hjelpepleier spikket, klippet og tilpasset et provisorisk apparat for å holde beina i strekk mens det groir.

Foto: Ken Opprann



Tre av FNs åtte tusenårssmål handler om helse:

Tusenårsmålene ble vedtatt på FNs toppmøte i september 2000. Det internasjonale samfunnet forpliktet seg til å oppnå

åtte viktige mål som er rammen for det meste av det internasjonale utviklingssamarbeidet. Tre av dem handler om helse.

Mål 4:

Halvere barnedødeligheten: Innen 2015 skal antallet barn som dør før de har fylt fem år være redusert med to tredeler.

Status:

Hvert år dør 10 millioner barn under fem år, de fleste av kurerbare sykdommer som lungebetennelse, malaria, diaré, meslinger eller fødselsrelaterte problemer. 99 prosent av dødsfallene skjer i utviklingsland. Mange land er i ferd med å redusere barnedødeligheten, men ikke raskt nok til å nå tusenårsålet. Med dagens trend vil barnedødeligheten være redusert med en firedel – ikke to tredeler – innen 2015.

Mål 5:

Bedre mødrehelse: Innen 2015 skal faren for å dø under graviditet og fødsel i utviklingslandene være redusert med tre firedeler.

Status:

530 000 mødre dør hvert år av komplikasjoner knyttet til graviditet, fødsler og abort. I 2002 var halvparten av disse i Afrika. Faren for å dø av fødselsrelaterte skader og sykdommer er 1 til 2800 i vestlige land, og opptil 1 til 7 i de vanskeligst stilte områdene.



Helsegapet må lukkes

Av **POUL ENGBERG-PEDERSEN, direktør i Norad**

To milliarder mennesker lever for under to dollar om dagen. Over 10 millioner barn og en halv million kvinner har det siste året dødd av sykdommer eller tilstander som kunne ha vært forebygget eller behandlet, og det samme vil skje neste år. I dag, på Verdens fattigdomsdag, markerer vi at dette er unødvendig og uakseptabelt. Og et brudd på retten til helse.

Verdenssamfunnets største utfordring er kampen mot fattigdom. Det er bevist at det er en klar sammenheng mellom dårlig helse, fattigdom og mangel på utvikling. Både på individ- og på samfunnsnivå. Derfor er dette tema på Fattigdomskonferansen som Norad arrangerer i morgen.

I 2000 vedtok verdenssamfunnet åtte felles mål for å bekjempe fattigdommen og dens konsekvenser. Tre av disse tusenårsmålene handler direkte om helse spørsmål. Alle målene er sentrale for god helse - slik som utdanning, tilgang til mat og rent vann, et bærekraftig miljø, likestilling og nødvendigheten av et globalt partnerskap for utvikling.

Det er et paradoks at samtidig som verdens befolkning i snitt aldri har vært så frisk som nå øker ulikheten mellom rike og fattige. Dette rammer spesielt jenter og kvinner, som utgjør 70% av verdens fattige. Det skal ikke bare mer penger til, godene må fordeles riktig.

Den rike verdens samlede helsebistand er på omlag 40 kroner i året – eller 10 øre dagen - til hver av verdens to milliarder fattige mennesker. Bistand er ikke nok til verken å utrydde fattigdom eller gi alle tilgang på gode helsetilbud. Men gjennom bistand og felles innsats kan vi gi et bidrag til at de fattig landene får en sjanse til å lykkes i sin innsats

Den økte globaliseringen byr på både muligheter og utfordringer. Helsepersonellkrisen i Sør er gjennom det globale arbeidsmarkedet koblet til helsevesenet i Nord. Seksualpolitikk i Nord virker inn på hva som gjøres i Sør. Fattige land er ikke alltid like interessante markeder for legemiddelprodusenter, men infeksjonssykdommer kjenner ingen landegrenser. Å forebygge og behandle hiv og aids, redde mødres liv og lære opp barn og ungdom til å ta vare på sin helse handler om vår felles framtid.

Derfor er det gledelig at det er økt fokus på global helse som et felles ansvar og et felles gode. Helse spørsmål tas opp i G-8, nye aktører som Bill Gates har kommet til, og nye globale fond og initiativ er etablert. Det er internasjonal vilje til å gi innsatsen for bedre global helse et løft, og her ligger Norge helt i front. Den store utfordringen er å finne de gode grepene som tar tak i strukturene og maktforholdene som skaper fattigdom og dårlig helse.



Norad

Mål 6:

Bekjempe hiv/aids, malaria og andre sykdommer. Innen 2015 skal økningen av hiv og malaria være stanset og begynt å reverseres.

Status:

Rundt 39 millioner mennesker lever med hiv eller aids. Av drøyt tre millioner mennesker som døde av sykdommen i 2004 var det over en halv million barn. Minst en million mennesker dør av malaria hvert år. 80 prosent er afrikanske barn under fem år. De siste årene er utdelingen av myggnett og myggmiddel firedoblet i malariautsatte områder i Afrika. Tuberkulose tar livet av minst 1,7 millioner mennesker hvert år.

(Kilde WHO)

Helsegapet

Denne informasjonsavisen er utgitt av Norad. Ta gjerne kontakt dersom du ønsker å bestille flere eksemplarer eller har spørsmål knyttet til innholdet. Du kan også laste ned avisen elektronisk fra www.norad.no

Norad
Direktoratet for utviklingssamarbeid
Postboks 8034 Dep.
0300 Oslo.

Besøksadresse:
Ruseløkkveien 26, Oslo
Telefon: +47 22 24 20 30
Telefaks: +47 22 24 20 31
postmottak@norad.no

Trykk: AS Dagblad-Trykk
Layout: Dagbladet, annonseseksjonen
Kart: Kjell Erik Berg, Dagbladet Grafikk

Forsidefoto: Shehzad Noocani/
Still Pictures

Diagnosen er klar – d

Aldri har verdens befolkning vært friskere eller levd lenger. Aldri har det vært brukt mer penger på helse. Aldri har man hatt mer kunnskap om sykdommenes årsaker og hvordan de kan kureres. Samtidig blir flere mennesker enn noen gang syke eller dør av sykdommer som kan behandles eller forebygges.

Nytt sykdomsbilde

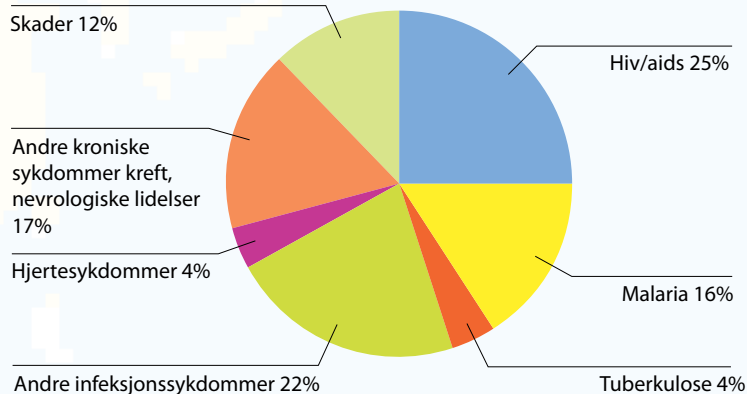
Kroniske og «livsstils»- sykdommer slik som kreft, diabetes, fedme og hjerte-kar sykdommer er kraftig økende blant de mer velstående i fattige land, og kommer på toppen av kampen mot fattigdomssykdommer slik som infeksjoner, underernæring og mødredødelighet. Dette omtales som «dobbel sykdomsbyrde».

Tobakk tar livet av fem millioner mennesker årlig og er den nest største dødsårsaken på verdensbasis. Trafikkulykker er den fjerde største globale dødsårsaken, mens alkoholrelaterte sykdommer og skader er den femte største.

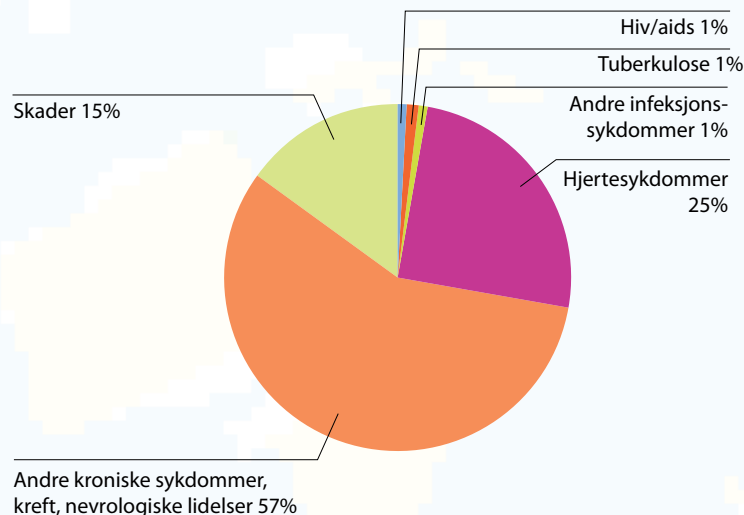
Det er oppdaget minst 30 nye sykdommer siden 1970-tallet, inkludert hiv, SARS og fugleinfluenzaen.

Ulik sykdomsbyrde i sør og nord

Afrika:



Europa:



I Afrika står infeksjonssykdommer for 67 prosent av sykdomsbyrden. I Europa står hjertesykdommer og andre livsstilssykdommer for rundt 50 prosent, mens infeksjonssykdommer bare står for tre prosent av sykdomsbyrden.

Liv og død

Norge:

Forventet levealder på hele 80 år, og bare fire av 1000 barn dør før de fyller fem år.

Storbritannia:

Forventet levealder er 79 år. Fem av 1000 barn dør før de fyller fem år.

Etiopia:

Forventet levealder er 50 år. 166 av 1000 barn dør før de fyller fem år.

Nepal:

Forventet levealder er 61 år. 76 av 1000 barn dør før de fyller fem år.

Bolivia:

Forventet levealderen 65 år. 69 av 1000 barn dør før de fyller fem år.



Foto: Kenn Opprann

Helsebistanden øker, men ikke nok

- Bistanden til helse har økt de siste årene, men langt fra i den skala som er nødvendig for å nå tusenårsmålene. Mye av økningen har gått til tiltak mot hiv/aids og andre infeksjonssykdommer, men innsatsen på andre helseområder har gått ned (OECD).

- Internasjonal bistand til helseformål var i 2004 ca 12 milliarder dollar ifølge Verdensbanken, men må trolige økes med mellom 25 og 70 milliarder dollar om man skal nå de helserelaterte tusenårsmålene.

- Mye av økningen i helsebistand etter 2000 kan tilskrives et økende antall «globale partnerskap» og kraftig økning i private gaver – spesielt fra Bill and Melinda Gates Foundation. Globale programmer - som Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (GFATM); Den globale vaksinealliansen GAVI, «Roll Back Malaria»; USAs presidents aidsprogram (PEPFAR) m.fl. - sto for rundt 15 prosent av helsebistanden i 2002 og 20 prosent i 2003.

- Norge har sammen med Frankrike, Storbritannia, Chile og Brasil har tatt initiativet til UNITAID, en ny mekanisme som skal skaffe fattige land midler til innkjøp av medisiner gjennom blant annet inntekter fra skatt på flybilletter.

et er tid for handling

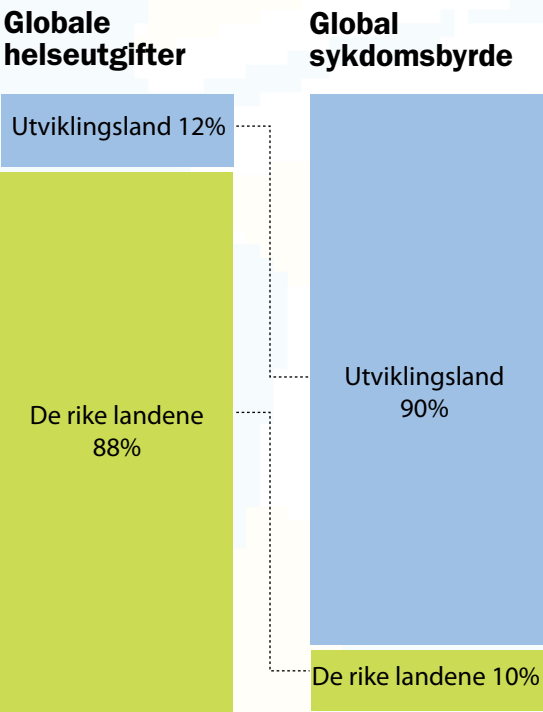
Når leger og sykepleiere blir borte

I mange land, særlig i Afrika, er mangel på leger, sykepleiere og annet helsepersonell kjernen i helseproblemene. Migrasjon, aids, dårlig betaling og vanskelige arbeidsforhold har skapt krise i helsevesenet. Ifølge WHO er det behov for mer enn fire millioner nye helsearbeidere. Norge har besluttet å ikke rekruttere helsepersonell fra utviklingsland og land som selv har mangler.

- 90 prosent av alle mennesker i Afrika bor i områder hvor det er færre enn fire leger per 10 000 innbyggere.
- Norge har mer enn 3 leger og 15 sykepleiere per 1000 innbyggere, mens tallene for Storbritannia er 2,3 leger og 12 sykepleiere.
- Etiopia har 0,03 leger og 0,2 sykepleiere per 1000 innbyggere, mens tallene for Nepal er 0,2 leger og 0,2 sykepleiere og tallene for Bolivia er 1,2 leger og 3,2 sykepleiere.

Helsegapet øker mellom nord og sør

- Utviklingsland har 90 prosent av sykdomsbyrden i verden. Samtidig står disse landene bare for 12 prosent av de midlene som brukes på helse i verden. I 2002 ble det brukt ca 3200 milliarder dollar på helse på verdensbasis, eller 10 prosent av verdens brutto nasjonalinntekt (BNI). Bare 350 milliarder dollar av dette ble brukt i fattige eller mellominntektsland, i følge Verdensbanken.
- De rike landene bruker omtrent hundre ganger så mye per innbygger på helse som det de fattige landene har råd til. Justeres det etter prisnivå er tallet 30 ganger så mye. Mens innbyggerne i rike land får dekket 65 prosent av helseutgiftene fra det offentlige, dekker fattige land bare 29 prosent av utgiftene for sine innbyggere.
- WHO sier 30-40 dollar per innbygger er nødvendig for å sørge for et minimum av helsetjenester. Mange fattige land bruker langt mindre. I gjennomsnitt 10 dollar per innbygger, mens noen land er nede i to dollar.



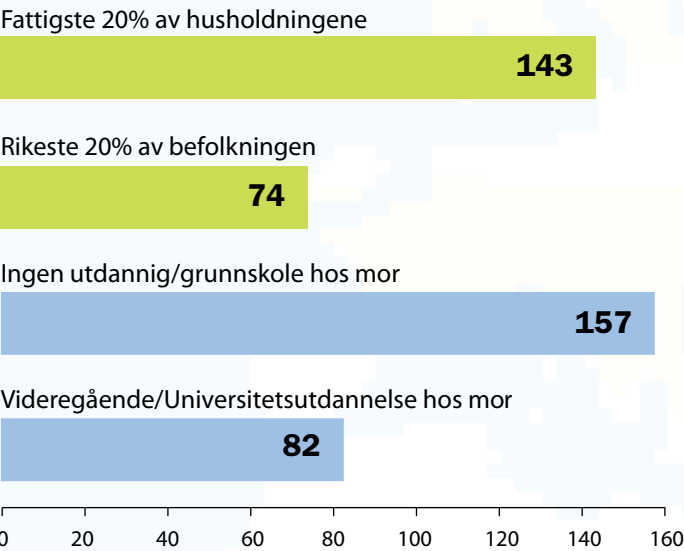
Utviklingslandene har 12 prosent av helsemidlene og 90 prosent av sykdomsbyrden.

Ernæring

Mer enn en firedel av alle barn i utviklingsland lider av alvorlig underernæring, ifølge en rapport fra UNICEF publisert i mai. Mangel på mat er årsaken til at over fem millioner barn dør hvert år. Over halvparten av verdens 146 millioner underernærte barn bor i tre land: India, Bangladesh og Pakistan.

Høyere inntekt og utdanning hos mor bedrer barns overlevelsesmuligheter

Dødelighetsrate for barn under fem år i utviklingsland (pr 1000)



Medisiner og forskning

- Bare én prosent av de nye medisinene som ble produsert mellom 1975 og 2000 var beregnet for markedene i utviklingsland (UNITAID).
- Bare fem prosent av verdens helseforskningsressurser brukes på de sykdommene som står for 90 prosent av verdens sykdomsbyrde. En kartlegging fra Forskningsrådet i 2001 viser at også Norge bruker kun fem prosent av forskningsmidlene på sykdommer i utviklingslandene.

Drikkevann

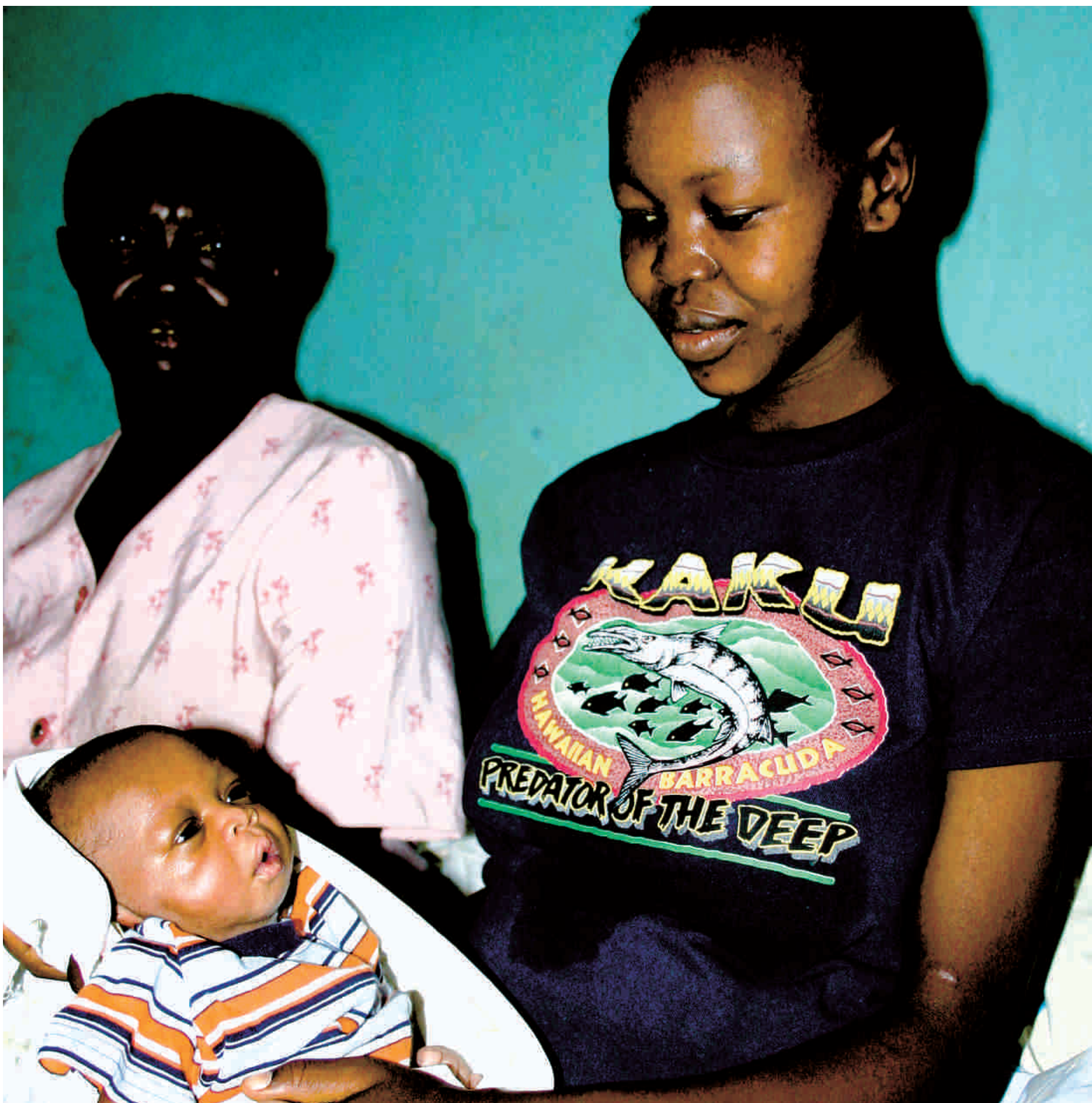
Mer enn én million mennesker i verden mangler tilgang på rent vann og over dobbelt så mange mangler tilgang på gode sanitæranlegg. Skittent drikkevann forårsaker 3,3 millioner dødsfall og sykdom hos 1,2 milliarder mennesker hvert år.



Foto: Ellen Hofsvang

Sør-Sudan

Betty (15) rakk fra



15 ÅR GAMLE BETTY FAKIRA med sin fire dager gamle sønn på fanget. Betty fikk hjelp på sykehuset i Yei og det går fint både med henne og gutten hennes. Langt fra alle kvinner i Sudan er like heldige. Alle foto: Tor Aksel Bolle

Betty Fekira var heldig. Femten-åringen kom til sykehuset i tide da hun fikk problemer under fødselen. Ikke alle gjør det, i verdens fattige land dør en

halv millioner kvinner av svangerskapskomplikasjoner hvert eneste år.

I Sudan: TOR AKSEL BOLLE

Hun smiler og kiler sin fire dager gamle sønn under haken. Den lille gutten gjør en rar grimase og vi ler alle sammen. Betty Fekira er nesten bare barnet selv, men den vevre jenta har allerede to barn. Hennes to år gamle datter står storøyd på gulvet for-

an senga hvor Betty sitter med gutten sin i fanget. Vi er på barselavdelingen på Yei sykehus i byen Yei det sørlige Sudan. Ute steiker sola fra en knallblå himmel. I slitt rødt enetasjes mursteinshus står 11 senger med malarianett stuert sammen i et rom. En

m i tide



Dr. Mamude Dinkiye Ali og en sykepleier på barneavdelingen på sykehuset i Yei. Desto bedre morens helse er etter fødselen desto større sjanse er det for at det går fint med barnet også, sier han.

enslig lyspære dingler fra taket. Det er tett og varmt. Alle sengene er opptatte og det ligger også tre kvinner på matter på gulvet. Det lukter svette og blod.

Selv om forholdene er ganske enkle er Betty og de andre kvinnene på denne avdelingen i gode hender. De er her fordi det har oppstått komplikasjoner under fødselen deres, men i motsetning til altfor mange afrikanske kvinner har de fått kyndig medisinsk hjelp. Nå har de leger og sykepleiere i nærheten som gir dem profesjonell og grundig oppfølging.

Sunn og sterk

De siste 20 årene har det vært borgerkrig i Sør-Sudan. Alt mangler. Strøm, rent vann, hus, skoler og veier. Det sies at det er bare seks kilometer med asfaltert vei i hele det sørlige Sudan, et område som er større en Tyskland og Frankrike til sammen.

Sør-Sudan har bare en håndfull sykehus og sykehuset i Yei, som drives av Norsk Folkehjelp, er et av de absolutt beste. Det var derfor Betty og moren dro hit da svangerskapet hennes nærmet seg slutten. De husket nemlig altfor godt Betty's første fødsel. Hun fikk alvorlige komplikasjoner, det sto om livet for både mor og barn. Betty, som da bare var 13 år, fikk store blødninger og datteren måtte til slutt tas ved keisersnitt. De to kvinnene regnet med at hun kunne få problemer også denne gangen. Derfor reiste de drøye seks mil til

sykehuset, dels til fots og dels med buss, før veene hadde startet. Det var lurt. Betty's sønn var for stor for henne og også han måtte tas ved keisersnitt. Men takket være at Betty kom fram i god tid, gikk det fint. Den lille gutten som ennå ikke har fått noe navn er sunn og sterk.

Det er tett og varmt. Alle sengene er opptatte og det ligger også tre kvinner på matter på gulvet.

Barnet døde

Jenta i sengen siden av Betty var ikke like heldig. Hun kom til sykehuset etter tre dager med blødninger. Barnet var for stort for henne. Hun kom fram klokka tre på ettermiddagen og ble operert så fort det var mulig, bare en drøy time senere. Men det var for sent, barnet døde. Moren overlevde, men hadde mistet mye blod og situasjonen var lenge alvorlig for henne også.

Hvert år dør over en halv million kvinner som følge av komplikasjoner ved svan-

gerskap, fødsel og abort. 99 prosent av de som dør bor i fattige land. Ifølge FN er det 175 ganger større sjanse for at en kvinne dør under en fødsel i Afrika sør for Sahara enn i rike land. Svangerskapsrelaterte komplikasjoner er det som dreper flest kvinner mellom 15 og 40 i utviklingsland land hvert eneste år.

Unge jenter

Som du ser er de fleste her svært unge, sier doktor Whole Taban Martin. Han er selv fra Sudan og en av svært få gynekologer som jobber sør i landet. Den lavmalte legen er en av fire leger på Yei sykehus. Han forklarer at mange av jentene, som Betty, blir gravide mens de er svært unge. For unge. Det øker sjansene for komplikasjoner. De unge jentene er i stand til å bli gravide, men er ikke fysisk klare til å føde. Martin forteller også om en rekke andre faktorer som bidrar til at mange kvinner dør eller får alvorlige skader under fødselen. Familien er i mange tilfeller den første forsinkende faktoren. De ber ofte kvinnene vente og se an situasjonen hvis fødselen ikke går som den skal. Etter en stund kontakter de gjerne en lokal kvinne som de ber hjelpe til. Hvor mye hun faktisk kan gjøre varierer veldig. Hvis situasjonen fortsatt ikke løser seg, prøver man så å oppsøke profesjonell medisinsk hjelp. Den er ofte langt unna og det tar tid å komme fram. Når de endelig kommer til et sykehus

eller en helsestasjon må de som regel vente i kø på hjelp. Det er for få jordmødre og det er heller ikke alltid at helsepersonellet har nok erfaring og kunnskaper til å vurdere om situasjonen er alvorlig eller ikke.

– Alt dette gjør at mange kommer til oss først etter flere dager med store smerter og problemer. Da er hender det at det er for sent, sier Martin. Legen forteller at seks kvinner har mistet livet som følge av svangerskapskomplikasjoner på hans sykehus hittil i år.

– Det kan virke som et lavt tall og rent statistisk er det jo det også. Men for oss er det seks for mye, sier han.

Stengt ute

Det at kvinnene kommer sent til kyndig hjelp øker også sjansene for komplikasjoner, som for eksempel underlivsinfeksjoner. Noe som igjen kan føre til vansker neste gang de blir gravide. Fistler eller fistula er også et stort problem. Når fødselen tar lang tid ødelegger ofte hodet på barnet de tynne skilleveggene i underlivet mellom vagina, urineblære og endetarmen. Resultatet er et kvinnen ikke lenger klarer kontrollere urin og avføring, noe som selvfølgelig skaper vond lukt. Ofte fører fistler til at kvinnene blir sett ned på og stengt ute fra det sosiale fellesskapet. Igjen er det unge kvinner som er mest utsatt. Man regner med at fistler rammer et sted mellom 50 000 og 100 000 kvinner i fattige land hvert år og at over to millioner kvinner lever med ubehandlede fistler. Men tallet kan godt være betydelig høyere, fordi det er mye skam og tabu knyttet til denne lidelsen er det trolig mange som lever med den i stillhet.

– Den gode nyheten er at vi ofte kan gjøre inngrep som forbedrer kvinnens hverdag helt enormt. Jeg har en fisteloperasjon på en ung jente i senere i dag og jeg håper at hun blir så å si helt bra igjen, forteller doktor Martin.

Nytt hus

Utenfor barselavdelingen sitter kvinnenes slektninger, noen koker mat mens andre slapper av i varmen. Det lukter mais og kokt grøt.

– Bli med her, så skal jeg vise deg den nye avdelingen vår, sier Martin entusiastisk.

Han peker på en ny gul enetasjes bygning. Det er hektisk aktivitet både inne og utenfor. Snekkerne er i full sving og en mann holder på med å sette inn glass i ytterdøra. Martin slår av en prat med arbeidslederen og forteller meg at han håper at den nye avdelingen kan åpnes i løpet av få uker.

Det blir plass til rundt 40 pasienter på den nye avdelingen. Fornøyd viser Martin fram de nye dusjene og den nymalte operasjonsstuene. Men han skulle gjerne sett at barselavdelingen fikk enda større plass.

– Hvorfor er det alltid slik at kvinnene og barna får så lite plass på sykehusene? Vi har over 100 fødsler i uka og er den travleste avdelingen på sykehuset, men vi har minst plass, sier han før han besvarer sitt eget spørsmål.

– Det har med mennenes holdninger å gjøre. Kvinnene er liksom ikke viktige nok, sier han. Martin er oppgitt over holdningen til mange av mennene i lokalsamfunnene rundt Yei. Kvinner har få rettigheter. Som Betty blir de ofte gravide i svært ung alder, i mange tilfeller er de ikke gift og ofte er det mistanke om tvang og voldtekt. Mennene ligger ofte med mange kvinner, men det er uansett kvinnene som får skylda for kjønns sykdommer. Fører kjønns sykdommene til at kvinnene blir sterile, er det igjen de som klandres.

Vi spaserer over til et lite mursteinsbygg. Inne er det omlag 15 senger hvor det ligger kvinner som har tatt abort og fått problemer. I Sudan er det ifølge loven kun tillatt med abort for å redde kvinnens liv, men ofte blir aborter foretatt fordi man ikke øn-

Sør-Sudan



Mange av jentene som blir gravide er alt for unge, noe som øker sjansene for komplikasjoner, forklarer Whole Taban Martin. Han er en av få gynekologer i hele det enorme Sør-Sudan.

sker flere barn. Martin vil ikke spekulere i hvor mange av kvinnene som kommer til sykehuset som har framprovosert abortene selv, men har sier at en del av aborter skjer fordi kvinne ofte må fortsette å jobbe selv om de er gravide.

Dr. Mamude Dinkiye Ali er barnelege på Yei sykehus. Han tar oss med inn på barneavdelingen. Det er syke barn i alle aldere på avdelingen, men spedbarn er klart i flertall. Ali forklarer at vanskelige fødsler øker sjansen for at de små barna også får problemer.

– Hvis moren er sliten eller syk etter fødselen er det ofte at hun ikke klarer å ta seg av barnet like bra som hvis hun var frisk. Så hvis vi kan bedre mors helse er det selvfølgelig bra også for barnas helse, sier han. I Sudan dør 91 for hvert tusende barn som blir født før det er fem år gammelt, i Norge er det tilsvarende tallet fire barn.

Doktor Ali stopper ved en seng hvor det ligger en ung kvinne og en lite barn godt pakket inn i et teppe. Han veksler noen ord med barnets mor, diskuterer litt med en av sykepleierne og kikker grundig på det lille barnet som har en skade i hodet.

– Hun hadde en lang og vanskelig fødsel. Moren er fortsatt veldig sliten og barnet er blitt skadet. Men nå har babyen begynt å spise og jeg håper det skal gå bra med begge to, sier han.

Tilbake på barselavdelingen har både Betty's Fekiras nyfødte gutt og den to år gamle

datteren sover. De ligger under et rosa pledd i den ene enden av senga mens Betty og moren sitter i den andre.

Betty forteller at hun vil vente med å få flere barn og at broren har sagt at hun bør sterilisere seg.

Doktor Martin spør om hun bruker prevensjon.

– Jeg har hørt at det finnes, men jeg har aldri sett det selv, svarer hun.

Idet vi forlater rommet sier Marin at han tror at Betty selv helst vil sterilisere seg men at det er broren som bestemmer om det skjer eller ikke.

Martin forteller at få kvinner i området som har tilgang til prevensjon noe som gjør det vanskelig for kvinnene, særlig for de unge, å bestemme når de skal bli gravide. Fødslene kommer ofte tett, en sudansk kvinne får gjennomsnittlig fem barn.

I Sudan er det bare åtte prosent av gifte kvinner som bruker prevensjon. Martin sier at de på sykehuset planelegger å åpne en avdeling som kan gi prevensjon til kvinnene og som kan gi dem skikkelig veiledning i bruken av det.

– Kvinnene trenger tilgang til prevensjon, de trenger utdanning og vi trenger et bedre helsetilbud. Men situasjonen er langt fra håpløs. Fire leger og førti dyktige sykepleiere driver dette sykehuset og vi redder menneskeliv hver dag. Men jeg skulle selvfølgelig ønske vi kunne hjelpe enda flere, sier Martin.

FAKTA

SUDAN:

- Innbyggere: 33 millioner.
- Gjennomsnittlig levealder: 54 år.
- Barsedødelighet: 91 av 1000 barn dør før de fyller fem år.
- Antall leger per 1000 innbyggere: 0,22.
- Helseutgifter per innbygger: 140 kroner.



Fremdeles et stykke igjen

Det er bred internasjonal enighet om å jobbe for at færre kvinner dør som følge av komplikasjoner i svangerskap, ved fødsel og abort og for å bedre helsetilbudet til gravide kvinner. Men fortsatt er mange spørsmål som har med abort og ungdommers seksualitet å gjøre omstridt.

Av **TOR AKSEL BOLLE**

I 1994 arrangerte FN en viktig befolkningskonferanse i Kairo. Representanter fra mer enn 180 land og over 1200 organisasjoner ble i den egyptiske hovedstaden enige om å arbeide for at helsetjenester for å sikre reproduktiv helse skal bli tilgjengelig for alle så fort som mulig og senest innen 2015. Man ble enige om en plan for de 20 kommende årene hvor målsettingen er å bidra til at kvinner og menn skal ha muligheten til et sikkert

og tilfredsstillende seksualliv, at de får muligheten til å få barn og å bestemme når og hvor ofte de får barn.

Rettigheter

I praksis betyr det at man var enige om at alle skal ha tilgang til trygge, akseptable og billige prevensjonsmetoder og at de skal ha tilgang til et helsetilbud som gir kvinnen mulighet til å gå trygt gjennom svangerskap og fødsel samt et helsetilbud som gir gode muligheter for å få sunne og friske barn. Det ble også en historisk enighet om å arbeide for å hindre at kvinner dør av farlige aborter. I Kairo ble verdenssamfunnet også for første gang enige om å jobbe med disse spørsmålene ut fra en menneskerettighetstankegang – at reproduktiv helse er noe alle enkeltindivider har rett til.

Seks år senere ble Tusenårsmålene vedtatt i FN. Begrepet reproduktiv helse er ikke inkludert spesifikt i noen av målene, men står i direkte sammenheng med tre av de åtte målene. Både målene om å redusere mørdedødeligheten med tre fjerdedeler innen 2015 og om

å stanse spredningen av hiv/aids og malaria samt målet om å redusere dødeligheten blant barn under fem år med to tredjedeler innen 2015 berører spørsmål som har med reproduktiv helse å gjøre.

Abort omstridt

En del ting er forbedret de siste årene. Langt flere har for eksempel i dag tilgang til moderne prevensjonsmidler enn før, på dette området har utviklingen vært særlig positiv i Afrika sør for Sahara og i Latin- Amerika. I en del utviklingsland har man også klart å redusere antallet mødre som dør under fødslene og i barseltiden. Men selv om det er gjort en del framskritt og spørsmål som har med seksualitet, mødre helse og prevensjon å gjøre utvilsomt har fått økt oppmerksomhet de siste 20 årene, er det langt igjen til målsettingen fra Kairo-konferansen om god reproduktiv helse for alle. Abort er for eksempel fortsatt et svært omstridt spørsmål internasjonalt. Noe av det aller første USAs president George Bush gjorde da han ble valgt i 2001 var å gjeninnføre



SELV OM DET ER enkle forhold på barselsavdelingen i Yei får kvinnene god og profesjonell hjelp.

FAKTA

FØDSLER:

Hvert minutt dør en kvinne av komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og abort, om lag 530 000 kvinner dør av slike skader hvert år. 99 prosent av de som dør bor i fattige land. Kun halvparten av kvinnene i utviklingsland får kyndig hjelp under fødselen. I rike land dør omtrent 1 av 2800 kvinner i løpet av livet på grunn av en svangerskapsrelatert komplikasjon, mens tilsvarende livsløpsrisiko i fattige land er 1 til 16. I noen land i Afrika dør hver syvende kvinne. Flere utviklingsland har imidlertid takket være politisk vilje og prioritering av ressurser redusert mødre-dødeligheten betydelig. Kina, Sri Lanka, Bolivia, Honduras og Egypt er noen eksempler på land som har klart dette. Flere kvinner som får kyndig hjelp under fødselen, bedre oppfølging under og etter svangerskapet og bedre utstyr og medisiner er viktige faktorer for å senke mødre-dødeligheten.

ABORTER:

Det foretas om lag 45 millioner aborter årlig, om lag 19 millioner regnes som farlige for kvinnen. 40 prosent av de farlige abortene foretas på kvinner mellom 15 og 24. 68 000 kvinner dør hvert år som følge av abortinngrep, det store flertallet i utviklingsland.

PREVENSJON:

Tilgang til prevensjon har økt betydelig i mange land. Amerikanske Guttmacher Institute har regnet ut at de 500 millioner kvinnene som mottar prevensjonsmidler årlig gjennom ulike prosjekter hvert år forhindrer:

- 187 millioner uønskede graviditeter
- 60 millioner uønskede fødsler
- 105 millioner aborter
- 2,7 millioner spedbarnsdødsfall
- 215 000 fødselsrelaterte mødre-dødsfall
- 685 000 barn som mister moren sin

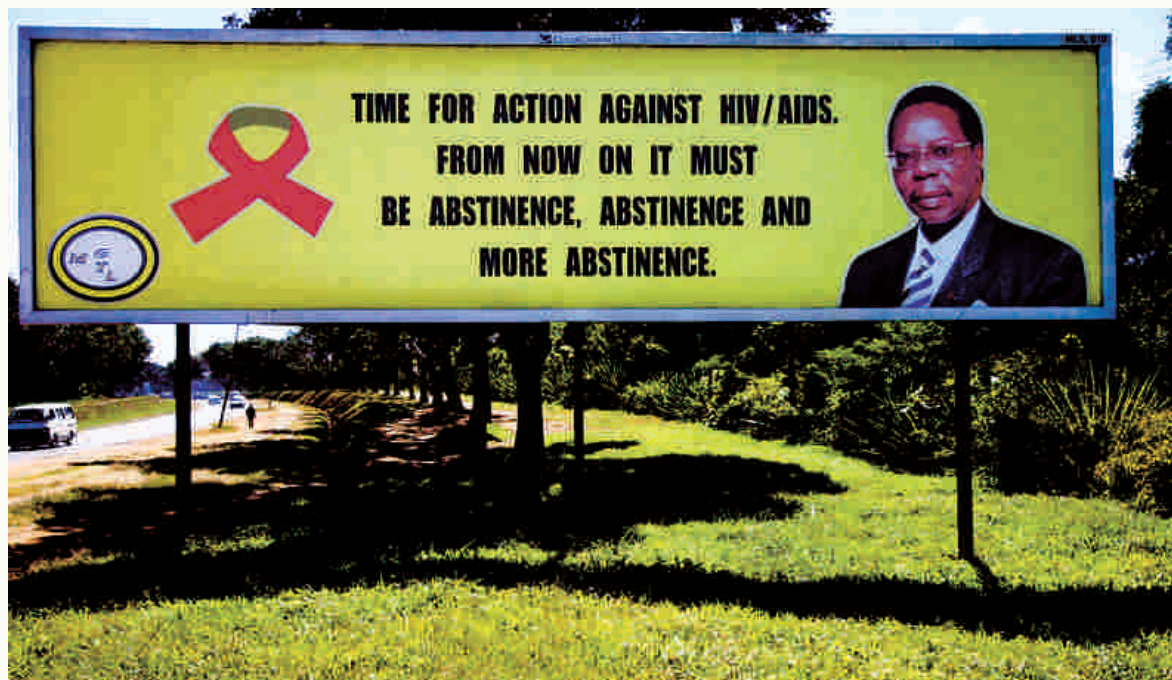
FN anslår at det er om lag 120 millioner par som ønsker prevensjon, men som ikke har tilgang til det. Ifølge Guttmacher vil det koste om lag 25 milliarder kroner årlig å gi prevensjon til alle som ønsker det, noe som blant annet vil redde livet på 1,5 millioner kvinner og barn årlig.

en regel som ofte blir omtalt som "the global gag rule" – kneblingsregelen. Denne regelen innebærer at USA ikke støtter utenlandske organisasjoner som utfører eller gir informasjon om abort.

Kritikk

En konsekvens av denne politikken har vært at mange organisasjoner som driver opplysnings- og helsearbeid i fattige land har mistet støtten fra USA. «Kneblingsregelen» har fått massiv kritikk fra bistands- og kvinneorganisasjoner verden over. Kritikerne mener at den ikke på noen måte bidrar til å senke antallet aborter, men at politikken i stedet fører til flere utrygge aborter blant annet fordi prevensjonsmidler blir mindre tilgjengelig som følge av kuttene i amerikansk støtte til mange organisasjoner. Det bidrar også til å svekke kampen mot hiv/aids og andre seksuelt overførbare sykdommer.

I hvilken grad unge ugifte mennesker skal ha tilgang til prevensjon og seksualopplysning er også et tema hvor det er stor uenighet mellom de forskjellige landene. Synet på seksualitet og åpenheten rundt spørsmål som har med sex å gjøre varierer sterkt fra samfunn til samfunn. I en del land er det for eksempel veldig kontroversielt å dele ut kondomer eller gi p-piller til unge ugifte mennesker.



Spørsmål som har med sex og prevensjon å gjøre er fortsatt vanskelige i mange land. På denne plakaten i Malawi oppfordres folk til å avstå fra sex for å unngå spredningen av hiv/aids. Foto: Ken Opprann

Malawi



Bill.mrk: «Sykepleie

HVOR BLE DET AV SYKEPLEIEREN? Kamuzu sykehus i hovedstaden Lilongwe er fylt med pasienter, pårørende og deres medbrakte mat og eiendeler. Vanskeligere er det å få øye på en sykepleier eller lege. **Foto: Ken Opprann**

Arbeidsledig? I Malawi er 70 prosent av stillingene i helsevesenet ubesatt.

I Malawi: SYNNØVE ASPELUND

Dumbo Issa (27) kveler nok en gjesp og ler unnskyldende.

– Beklager, men jeg sov ikke så mye i

natt. Tre kvinner kom for å føde og da var det bare å holde seg våken, sier helsearbeideren på Mbwalika helse-stasjon utenfor hovedstaden Lilongwe i Malawi.

Issa har ikke vært på nattskift. Han er i grunnen alltid på jobb. Og i grunnen alltid litt trøtt.

– Egentlig jobber jeg fra sju om morgenen til fem om ettermiddagen. Men jeg bor jo rett ved siden av helsestasjonen slik at folk kan banke på når de er syke. Jeg er

tilgjengelig hele tiden, så i praksis er det jo en 24 timers jobb.

Issa, som tjener rundt 1000 norske kroner i måneden, kaller seg «ufrivillig arbeidsnarkoman»:

– Det blir en livsstil, men jeg har ikke noe valg. Hvem skal ta seg av alle de syke hvis jeg forsvinner? Vi er jo bare to her, og jeg har ikke hjerte til å la henne være alene, sier Issa med et nikk mot sykepleier, kollega og mormor Vainess Banda (61).

Hjerneflukt vestover

De to har ansvaret for et område med 16.000 mennesker. I likhet med de andre helsestasjonene og sykehusene i landet er bemanningen på et minimumsnivå.

– Vi kunne trenge minst tre til for å ta oss av de syke på en forsvarlig måte, og for å ikke slite oss selv helt ut, sier Issa.

Nærmere 70 prosent av stillingene i det malawiske helsevesenet er ubesatt. Landet utdanner høyt kvalifiserte sykepleiere og



er søkes»

leger, men mange forsvinner raskt til England, USA og andre steder der arbeidsbyrden er lettere og lønningene langt høyere enn i Malawi.

– Synes du det er rettferdig?

Helseminister Marjorie Ngaunje rister oppgitt på hodet før hun selv tar seg av svaret:

– Nei, det er virkelig ikke rettferdig at vi utdanner dyktige helsearbeidere bare for å se at de forsvinner til rike land. Vi kan

selvfølgelig ikke nekte folk å flytte, men vi vil jo helst beholde så mange som mulig når vi først har utdannet dem og har så stor bruk for dem her i landet, sier hun.

Akutt mangel

For tilbake i Malawi sitter drøyt 200 leger og 3000 sykepleiere og skal ta seg av 12 millioner innbyggere i et land der aids, malaria, underernæring og tuberkulose er en del av hverdagen. Å bli behandlet



VI ER TILGJENGELIGE HELE DØGNET, så i praksis er det jo en 24-timers jobb, sier medisinsk assistent Dumbo Issa (27) og sykepleier Vainess Banda (61) på Mbwatalika helsestasjon.
Foto: Synnøve Aspelund

av lege tilhører sjeldenhetene for en syk malawier. Og sykepleierne, som gjerne har ansvar for 80-90 pasienter, har heller ikke mye tid til koseprat ved sykesenga.

– Alle som tar en tur på et av våre offentlige sykehus kan se den akutte mangelen på helsepersonell. Men ikke glem at dette er et problem i alle deler av verden – vår mangel på folk henger delvis sammen med mangel og etterspørsel etter fagfolk i andre land, sier helseminister Marjorie Ngaunje.

At mange reiser dit gresset tilsynelatende er grønnere skyldes ikke bare elendige arbeidsforhold i landet folk reiser fra. Flukten henger også sammen med økt etterspørsel etter helsepersonell i den rike delen av verden, der det ikke utdannes nok sykepleiere og leger til å holde tritt med den stadig større skaren av eldre og syke mennesker.

Kø og kaos

Helseministeren overdriver ikke når hun sier at det er lett å få øye på mangelen på helsepersonell i Malawi. På Kamuzu Central Hospital, hovedstadens største offentlige sykehus, er køene av nyankomne dagpasienter lange. Jakten på noen som kan hjelpe starter tidlig om morgenen, men det er ingen garanti for at alle når fram til luka før dagen er over. De ulike avdelingene er kaotiske og fylt av pasienter og pårørende - men det er langt mellom de hvitkledde som jobber der. På Mbwatalika helsestasjon er ikke køene like lange som på sykehuset i byen. Til gjengjeld er utstyret enda mer sparsomt. Rør og kraner er på plass, men vann er ikke lagt inn. Det må hentes i en brønn 200 meter unna. Strøm finnes heller ikke. Hvordan går tre fødsler midt på natten når det mangler både vann og strøm?

– Vi passer alltid på å bære en del vann før det blir kveld. Og så bruker vi parafinlampe. Hvis vi går tom for parafin bruker vi et stearinlys eller en lommelykt, sier Vainess Banda.

Med 37 års fartstid som sykepleier surfer hun på erfaring. Hun er veldig stolt av jobben sin, men liker ikke det som har skjedd de siste årene.

– Altfor mange drar. Vi er så få og vi jobber dag og natt for en liten lønn, sier Banda.

Egentlig synes hun alle malawi-ere burde jobbe i hjemlandet.

– Men..., hun nøler litt før hun tar sats: ...hadde jeg vært yngre hadde nok jeg også pakket snippsekken og dratt.

Forsørger storfamilien

Blant dem som valgte å jobbe utenlands, er legen Joe Nankhonya. Han dro til Manchester for å utdanne seg, og har blitt der siden.

– Jeg fikk svært spennende karrieremuligheter i Manchester som jeg ikke ville hatt i Malawi. I tillegg stiftet jeg familie der, og med tre døtre er det vanskelig å finne et godt tidspunkt å bryte opp, sier Nankhonya.

Han er på sin årlige ferie i hjemlandet, og besøker slektningene.

– Storfamilien min lever også godt på at jeg blir i Manchester, vet du, smiler han, og forteller hvordan en britisk legelønn kan sende mange barn på skole, bygge flere hus og reparere biler.

Stille tsunami

Flukten fra helsevesenet i Malawi startet for alvor for 3-4 år siden. Tallene varierer, men minst 650 malawiske sykepleiere skal ha reist siden 2000. Det er kanskje ikke et avskrekkende høyt tall i seg selv – men med tanke på at landet til sammen har rundt 3000 arbeidende sykepleiere blir det mer alvorlig. I tillegg til utenlandsfarerne har mange av sykepleiere forsvunnet fra det offentlige helsevesenet til det private og frivillige organisasjoner, mens en del har sluttet i yrket – ofte fordi de selv er blitt syke. Mange jobber dessuten med administrasjon i stedet for pleiearbeid.

– Dette er vår stille tsunami. Mangelen på helsepersonell gjør at folk dør av de mest banale sykdommer. Vi har en møredødelighet på linje med land som har vært i krig, som Sierra Leone. Men vi har ikke vært i krig, sier generalsekretær i Malawis Sykepleierforbund, Dorothy Ngoma.

– Vi må utdanne flere. Heldigvis har vi en regjering nå som er mer oppegående og aktiv enn den forrige, og jeg ser visse tegn til en bedre holdning og mer penger til fornuftige helsetiltak.

Dobler antall studenter

Høyere lønn, bedre arbeidsvilkår og flere studieplasser for alle kategorier av helsearbeidere. Slik lyder løsningene på personellkrisen fra både myndighetene, helseinstitusjonene, interesseorganisasjoner og bistandsgiverne. En offensiv for å utdanne flere sykepleiere og leger er allerede i gang i Malawi, blant annet med norsk bistand. Målet er doubling av antall sykepleiestudenter og tredobling av antall medisinstudenter (fra 20 til 60 i året). Norge støtter styrkingen av utdanningene via Kirkens

Malawi



MANGELN PÅ HELSEARBEIDERE innebærer ofte at en ufaglært gjør sykepleierens jobb, mens sykepleieren fungerer som lege.

Foto: Ken Opprann

Nødhjelp, som samarbeider med CHAM (Christian Health Association of Malawi) - en kristen paraplyorganisasjon som leverer hele 40 % av helsetjenestene i landet. Selv om CHAM er privatdrevet er situasjonen like vanskelig for dem som for de offentlige helseinstitusjonene.

– Vi får ikke nok folk, og sliter med å beholde dem vi har. Det blir fort slik at rengjøringshjelpen gjør sykepleierjobben, mens sykepleieren fungerer som lege, sier Grace Banda, som jobber med utdanning i CHAM.

Norsk støtte

Ved hjelp av nærmere 86 millioner norske bistandskroner over fem år bistår Kirkens Nødhjelp CHAM i utdanningsoffensiven. Ambisjonene for utdanningsprogrammet er høye.

– Vi skal ikke bare utdanne flere, vi skal også bedre kvaliteten på utdanningen, sier Grace Banda.

Som et ledd i en slik kvalitetsheving er det etablert et nettverk av sykepleierutdanninger i Norge og Malawi. Flere sykepleielærere fra Norge har allerede vært i Malawi for å undervise, og læreplaner og pensum skal utbedres.

– Om få år vil vi se effekten av denne utdanningsoffensiven i det praktiske helsearbeidet, tror Banda.

I tillegg er Kirkens Nødhjelp med på å ruste opp skolebygg samt bygge nye hybelhus og lærerboliger slik at målet om dobling av sykepleiestudenter blir praktisk mulig å nå.

Bedre arbeidsvilkår

Men å utdanne flere er ikke nok. Utfordringen ligger like mye i å få folk til å bli i jobben. For tiden jobber CHAM med tiltak for å få leger til å jobbe på landsbygda. Den kortsiktige løsningen har vært å gi en lønnsøkning på 2000-3000 kroner i måneden, den mer langsiktige er et sett av bedre

arbeidsbetingelser.

– Vi ser på om de har tid til pauser og litt sosialt liv med kollegaer, om de har jevnlig møter hvor de kan få luftet frustrasjoner, om de har elektrisitet og trygt vann. Kanskje vi kan gi dem mulighet for lån, og goder som telefon, internett og jevnlig turer til nærmeste handelssentrum, sier Grace Banda.

I fjor ble det dessuten satt i gang et lønnsløft for en rekke helsearbeidere, organisert av Helsedepartementet og finansiert hovedsaklig av Storbritannia. Alle som ble omfattet av ordningen fikk 52 prosent lønnsøkning, men mange mener de er blitt så hardt skattlagt at den reelle økningen er liten. Ordningen skal imidlertid ha hatt en viss effekt på de lavest utdannede helsearbeiderne, de som ofte slutter i jobben for å bli hjemme.

Økt privat etterspørsel

For å fylle noe av helsepersonellgapet i fattige land som Malawi satses det på flere typer og nivåer av helsearbeidere enn det vi kjenner fra vestlige land. Dumbo Issa på Mbwalika helsestasjon er for eksempel «medical assistant», en toårig utdanning som er en slags «lege light». Malawi har også to typer sykepleiere: – «registered nurses», med solid tre-årig utdanning som gjør det lett å få jobb i vestlige land, og «enrol-

led nurses», med en noe kortere utdanning. Siden de høyest utdannende sykepleierne er de som oftest forsvinner ut av landet, satses det mest på å utdanne flere «sykepleiere light». Men selv denne yrkeskategorien er nå i ferd med å bli etterspurt i rike land. En eldrebølge av pengesterke europeere, blant annet i Italia, står for en ny trend – de ønsker sin egen, private hjelpepleier som de gjerne henter fra fattige land.

– Vesten må tenke gjennom sitt ansvar på en helhetlig måte. Hva hjelper det at det offentlige Storbritannia har sluttet å rekruttere helsepersonell fra fattige land når den private, britiske helsesektoren fortsetter å gjøre det, spør legen Joe Nankhonya.

Ulik situasjon

Selv om Norge ikke har rekruttert mye helsepersonell fra fattige land, har myndighetene nå sagt klart fra at landet ikke skal bidra til hjerneflukt fra fattige lands helsevesen.

Annerledes er det i USA, der det nylig ble vedtatt en lov som gjør det enklere for utenlandsk, kvalifisert helsepersonell å få oppholds- og arbeidstillatelse. Utgangspunktet for lovforslaget er amerikanernes mangel på sykepleiere. I likhet med andre vestlige land velger USA å satse på «import» framfor å utdanne flere selv. Mellom 12.000 og 14.000 sykepleiere immigrerer

**” ... i Malawi
sitter det
drøyt 200
leger og 3000
sykepleiere og
skal ta seg av
12 millioner
innbyggere...**

årlig til USA.

Men helsepersonell som reiser ut er ikke negativt for alle land. Filippinene og Bangladesh utdanner for eksempel «sykepleiere for eksport» ut fra ideen om at mennesker er en av de fremste ressursene landet har. Emigrantene sender store pengesummer til hjemlandene og myndighetene ser på dette som en kilde til økt velstand. Flere av de filippinske ambassadene i vestlige land har egne ansatte med ansvar for å ordne praktiske ting for sine «eksporterte» helsearbeidere.

Drømmer

På Mbatika helsestasjon gir Issa malaria-medisin til en pasient før han titter inn til nybakte mødre. Hvordan orker han å jobbe så mye når arbeidsforholdene er så dårlige?

– Jeg er blitt vant til det, og hvem skal gjøre jobben hvis jeg gir opp? Alle som er syke her trenger oss, og det gir en mening.

Han skulle gjerne dratt til et annet land, men utdanningen hans er vanskelig å få godkjent utenfor Malawi. Fremtiden vil han helst ikke snakke så mye om.

– Akkurat nå drømmer jeg vel mest om en lang og god natts søvn.



EN SYKEPLEIER I MALAWI har gjerne ansvar for 80-90 pasienter. Det blir ikke mye tid til småprat i løpet av arbeidsdagen for sykepleier Fidelia Phiri på Kamuzu sykehus. Foto: Ken Opprann

FAKTA

HELSEPERSONELL-KRISEN:

- Verden trenger 4,3 millioner flere helsearbeidere.
- 57 land i verden har alvorlig, kronisk mangel på helsepersonell. 36 av disse landene er i Afrika.
- Afrika sør for Sahara har 3 % av verdens helsearbeidere, men 25 % av verdens sykdomsbyrde.

(Kilde: WHO)

FAKTA

MALAWI :

- Innbyggere: 12 millioner
- Gjennomsnittlig levealder: 41 år
- Barnedødelighet: 175 av 1000 barn dør før de fyller fem år
- Antall leger per 1000 innbyggere: 0,02
- Helseutgifter per innbygger: 85 norske kroner

Tok opp glemte tema

Mangelen på helsepersonell var lenge et glemte tema. I løpet av de siste par årene er dette snudd på hodet. – Flere helsearbeidere er helt avgjørende for en friskere verden, sier aids-ambassadør Sigrun Møgedal i Utenriksdepartementet.

Av SYNNØVE ASPELUND

– Det hjelper ikke å ha aidsmedisiner og vaksiner hvis vi ikke har kvalifiserte folk til å skrive ut medisinene, behandle og følge opp de syke, sier Sigrun Møgedal, seniorrådgiver i Utenriksdepartementet med lang fartstid i det internasjonale helsearbeidet.

Hun mener det drøye lenge før verden skjønte hvor viktig det var å ha nok folk i helsesektoren.

– Vi var ganske blinde. Problemet var der, men det var knapt synlig. Helsepersonell ble sett på som en utgiftspost for de nasjonale budsjettene og vi tenkte ikke mye på betydningen av å ha nok folk til gjennomføre alle helse tiltakene.

Løftet fram

I dag er helsepersonell-krisen et av de viktigste temaene i det globale helsearbeidet. Årets hovedrapport fra Verdens helseorganisasjon (WHO) tar for seg temaet. Og mange-

len på helsepersonell regnes som det største hinderet for å nå FNs tusenårsmål – om kraftig reduksjon av fattigdommen - i Afrika sør for Sahara.

– I dag har temaet tyngde i alle fora, og en stor del av helsearbeidet er knyttet til nettopp bemanningssituasjonen, sier Møgedal.

I mai ble «Den globale helsearbeideralliansen» lansert i Geneve, med Norge som en av pådriverne. Denne paraplyorganisasjonen består av ulike land, interesse- og fagorganisasjoner. Tanken er at de skal utveksle erfaringer og hjelpe hverandre til å sette i verk tiltak som faktisk gjør noe med personellmangelen i det enkelte land. Norge støtter også prosjekter i Verdensbanken, vaksinealliansen GAVI og Verdens Helseorganisasjon som er knyttet til helsepersonell-krisen.

Globalt problem

Personellkrisen løses ikke ved å nekte folk fra fattige land å jobbe i rike land. Det er både fagfolk og politikere enige om. Men noen land, som Norge, har stanset aktiv rekruttering fra fattige land som selv mangler helsepersonell. Også vestlige land står foran en økende mangel på folk i helsevesenet - uten å ha noen plan for hvordan hullene skal tettes.

– Dette er et typisk globalt problem og vi er nødt til å tenke helhetlige løsninger. Vår helse er avhengig av at også Afrikas helse ivaretas. Det faller tilbake på oss selv hvis vi ikke løser helsepersonellkrisen på en god måte, sier Møgedal.



Aids-ambassadør Sigrun Møgedal i Utenriksdepartementet. Foto: Bistandsaktuelt

Mosambik

Medisiner utenfor rekkevidde



NORGE STØTTER PROSJEKTET «GERAÇÃO BIZ» – der FNs befolkningsprogram UNFPA og Mosambiks myndigheter forsøker å nå ungdom med aidsinformasjon gjennom blant annet sportsklubber, skolevesen og ute i gatene. *Foto: Ernst Tobisch/ Still Pictures.*

I Mosambik er hiv og aids i ferd med å bli en ungdomskatastrofe. Landet har bare medisiner til en liten andel av dem som trenger det.

I Mosambik: ELLEN HOFVANG

– Jeg var ganske nervøs, sier Abiba (18) og tar en liten kunstpause.

– Men testen var negativ, smiler hun.

Det er hiv-testen hun snakker om, og selv om hun ikke trodde hun var smittet var det godt å få det bekreftet.

Over halvparten av de nye tilfellene av hiv-smitte som registreres i Mosambik gjelder ungdom mellom 16 og 24 år. 80 prosent av dem er jenter. Bare svært få av dem som trenger det får tilgang til behandling når de etter hvert utvikler aids.

Skulker skolen

I likhet med Abiba kommer skoleungdom fra hele byen for å teste seg eller få medisiner og råd i forhold til sex og seksuelt overførbare sykdommer på ungdomsklinikken ved Sentralsykehuset i Maputo.

– Venterommet fylles opp i formiddagstimene. Ungdommene kommer gjerne i skoletiden, du ser dem sitte der i skoleuniformene sine. Her risikerer de ikke å treffe på eldre slektninger eller kjente når de kommer for å teste seg eller få råd, forklarer Dr. Nafissa Osman. Hun er sjefslege på ungdomsklinikken, ved siden av full jobb ved kvinneavdelingen som ligger vegg i vegg.

Dr. Nafissa er en av drøyt 30 gynekologer i hele Mosambik. Landet lider under akutt mangel på leger og annet helsepersonell, og under halvparten av innbyggerne har tilgang til formelle helsetjenester.

Kolonimakten Portugal, som styrtet landet til frigjøringen i 1975 tillot ikke Mosam-

biks egne innbyggere å studere ved universitetene. Ved frigjøringen hadde landet knapt en eneste lege. Borgerkrigen fram til 1992 gjorde heller ikke situasjon-en lettere. Tross rask økonomisk vekst de siste årene er landet fortsatt blant verdens fattigste, og det magre helsevesenet som finnes er helt avhengig av internasjonal bistand.

For dyrt med medisiner

I Mosambik er hiv/aids-tallene fortsatt på vei oppover. 16 prosent av befolkning-en mellom 15 og 49 år er smittet, i noen provinser er tallet oppe i 25 prosent.

Situasjonen i Mosambik illustrerer hvordan fattige land med de største sykdomsproblemene har vært stengt ute fra tilgangen til legemidler og behandling. Inntil for få år siden var Mosambiks politikk å tilby aids-behandling kun til de med penger til å betale for det selv, som de som allerede fikk behandling i nabolandet Sør-Afrika. 10 000 dollar i året, som det kostet med

medisiner til hver pasient, var alt for dyrt for Mosambik. Aids-arbeidet ble rettet inn mot forebygging. Først med de synkende prisene på aidsmedisiner de siste 3-4 årene samt en kraftig økning av internasjonal bistand, har et behandlingstilbud begynt å komme på plass. Men det er komplisert og tar tid. Det anslås at kun 16 000 av de 200 000 som trenger det har tilgang på aids-behandling. Nylig måtte myndighetene nedjustere tallet for hvor mange de ville klare å hjelpe i 2006, til tross for at Mosambik er et høyt prioritert land når det gjelder aidstiltak både fra FN, globale fond og Verdensbanken.

FN og Norge

Tilbudet ved ungdomsklinikken er en del av «Geração Biz» - et norskstøttet program i regi av FNs befolkningsprogram UNFPA og Mosambiks departementer for helse, ungdom og utdanning. Klinikken startet i 1999 og var blant de første som tilbød grat-



De tre jentene: Abiba (18), Elia (20) og Claudina (19) slår av en prat i venterommet på ungdomsklinikken. Sistnevnte med datteren Jasmin på 1 år kravlende på fanget.

Foto: Ellen Hofsvang

is testing og et tilbud om behandling spesielt rettet mot hiv-positive ungdommer.

Abiba (18), Elia (20) og Claudina (19) slår av en prat i venterommet. Sistnevnte med datteren Jasmin på ett år kravlende på fanget. Jentene har alle vært på klinikken flere ganger for å få råd og veiledning.

– Her kan vi ta opp ting det ikke er mulig å snakke med foreldre om, forklarer Claudina. De får medisiner, prevensjon og prevensjonsveiledning. Og de tar imot sykepleiernes formaninger om å alltid bruke kondom, ikke bare p-piller. Selv tok Claudina hiv-testen da hun var gravid.

– Det er vanskelig å få kjæresten til å bruke kondom – han spør om du ikke stoler på han, om jeg har en annen kjæreste, sukker hun og de andre nikker. Et velkjent problem. I vennekretsen og på skolen snakker de om aids, om problemet og om hvordan man beskytter seg. Likevel er det gjerne slutt på åpenheten når det gjelder hiv-statusen for den enkelte.

– Det er ikke noe man snakker om, jeg ville ikke visst det om andre rundt meg var smittet, sier Claudina. Elia nikker:

– Mange sier også de ikke vil ta testen fordi de ikke orker å få vite at de er smittet, sier hun.

Flere kondomer

Fra 150 besøkende i måneden i starten, er klinikken nå oppe i over 1000. I samarbeid med den overfylte «Day Hospital» på sykehuset, der aidspasienter kommer for å få medisiner, tilbyr klinikken nå aidsbehandling. Men det er langt fra bare aids eller spørsmål om sex og seksuelt overførbare sykdommer som får ungdommene til å komme hit. Malaria og andre infeksjonssykdommer er gjengangere, og her er det mulig selv for pengeløse ungdommer å få medisiner.

Dr Nafissa Osman er likevel nøktern i vurderingen av resultatene.

– Det er ingen enkel sak å endre verden holdninger eller sexvaner hos ungdomme-

ne. Men de liker denne tjenesten, og vi ser en viss økning i bruken av prevensjon, sier doktoren. Mosambik har en streng abortlov, men Sentralsykehuset er et av de stedene som har lov til å utføre aborter.

Dr. Nafissa hadde håpet å se klarere resultater av ungdomsarbeidet når det gjelder nedgang i aborter.

– Men tallene stiger i hvert fall ikke, sier hun – med et ørlite snev av tilfredshet i stemmen.

Ingen US dollar

– Generelt vet folk mye om hiv, de vet hvordan det smitter og hvordan man beskytter seg – likevel er det vanskelig å endre praksis, bekrefter Martha Bazima, prosjektleder for Genereção Biz hos UNFPA i Maputo. Men studier organisasjonen har gjort over tid viser at bruken av kondom øker jevnt, og for å nå ut i byer og distrikter samarbeider de med både skoler, sportsklubber og markeringer i gatene.

– Vi starter nå med informasjon til barn helt ned i 10-årsalderen. Da er det fortsatt mulig å nå fram før det er for sent, sier Martha. Hun innrømmer at hun selv ble sjokkert da hun så hvor mange unge og hvor mange jenter det er blant nye hiv-tilfeller.

FN-organisasjonens rett-fram-holdning til sex, abort og offentlig snakk om kondomer har gjort den lite populær hos verdens største bistandsgiver. USA gir ikke lenger penger til FNs befolkningsprogram, noe de også har fått merke i Mosambik-avdelingen.

– Vi overlever. Men det er sjokkerende å se hvordan slike holdninger påvirker arbeidet i frivillige organisasjoner som er avhengig av pengene fra aidsprogrammet til USAs president (PEPFAR), sier Martha Bazima oppgitt.

Propper i helsesystemet

Et direktorat under helsedepartementet har vanligvis ansvar for medisininporten

til Mosambik, men innkjøp av aids-medisiner blir foreløpig ansett som så komplisert at det tar bistandsgiverne seg av.

Direktoratet koordinerer innkjøpene av andre medikamenter, det er en stor jobb i et land som ikke produserer noen medisiner selv og med et utall store bistandsgivere og globale fond med til dels varierende retningslinjer og politikk. Langt fra alle er med i det felles fondet for medisiner som Norge støtter. Sterke pengeinteresser i legemiddelselskapene gjør sitt for å fremme sine produkter, og en stor bistandsorganisasjon som USAID har for eksempel strenge krav på seg om å fortrinnsvis kjøpe amerikanske varer.

– Det største problemet er likevel den tiden det tar å få medisinerne på plass. Seks måneder er ikke uvanlig. Bare de obligatoriske anbudsrunderne tar gjerne to måneder, forteller en sentralt plassert ansatt i direktoratet.

I tillegg skal medisinerne distribueres i et langstrakt land som har dårlig utbygd infrastruktur. Hver eneste last betyr en kamp mot datostemplingene – det har skjedd at store kvantum malariamedisiner, antibiotika og andre medikamenter som kan redde liv må kastes fordi de har gått ut på dato før de når helsestasjonen.

Malaria er den hyppigste dødsårsaken blant barn under fem år i Mosambik. Selv tilgang på myggnett og myggmiddel, eller de relativt enkle medikamentene som kan kurerer sykdommen, er uopnåelig for mange. Aids-behandling virker enda mer uopnåelig.

Ikke offentlig

En million mennesker mistet livet i den langvarige borgerkrigen i Mosambik, en konflikt som tappet landet for verdifulle menneskelige og økonomiske ressurser.

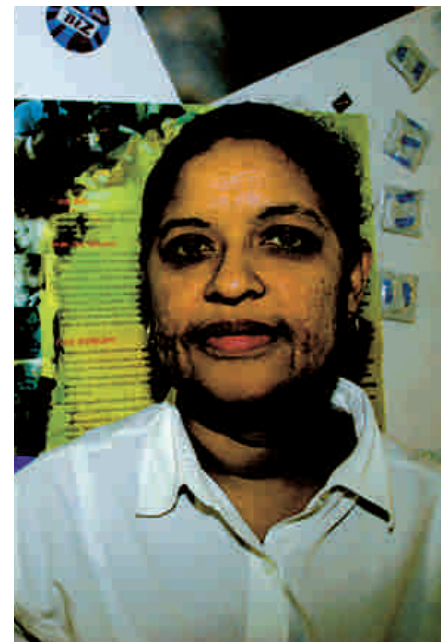
Aids-epidemien er i ferd med å få like store konsekvenser for befolkningen. Av landets bortimot 20 millioner innbyggere er 1,4 millioner hiv-smittet. Helsevesenet klarte å skaffe medikamenter og behandling til

under ti prosent av dem som burde hatt det i 2005. Bare noen få titalls helsestasjoner i det langstrakte landet tilbyr i det hele tatt slik behandling.

I en stor internasjonal hjelpeorganisasjon arbeider Celsio Mondlane. Han har lang erfaring fra helsesektoren i Mosambik. Etter mange års arbeid med blant annet malaria og tuberkulose, ser han med bekymring på utviklingen når det gjelder hiv/aids.

– Vi er tilbake på samme nivå som før krigen. Systemet er totalt utilstrekkelig og vi mangler helsearbeidere, vi mangler medisiner, sier han. Han forteller at selv i den hardest rammede provinsen er det knapt tilbud om medikamenter som kan hindre smitte fra mor til barn.

– Det aller viktigste nå er å forsøke å



DR. NATISSA OSMAN er blant Mosambiks svært få fødselsleger.

Foto: Ellen Hofsvang

Mosambik

forhindre at barn blir smittet, så får vi forsøke å behandle foreldrene så godt det lar seg gjøre, sier han. Men også hans organisasjon rammes av betingelsene som følger

med de store amerikanske aids-pengene:

– Vi får lov til å gi råd om kondombruk i en direkte veiledningssituasjon med for

eksempel en gravid kvinne. Men ikke i åpne møter i lokalsamfunnene, der barn og unge kan høre det, sier Celsio litt beklemt.



TUNGE LØFT MÅ TIL for helsevesenet i Mosambik kan tilby behandling til de som trenger det.

Foto: Ellen Hofsvang

FAKTA

MOSAMBIK :

- Innbyggere: 20 millioner.
- Gjennomsnittlig levealder: 45 år.
- Barsedødelighet: 152 av 1000 barn dør før de fyller fem år.
- Antall leger per 1000 innbyggere: 0,03.
- Helseutgifter per innbygger: 78 norske kroner



Legemiddelgapet

Bare én prosent av 1556 medisiner utviklet mellom 1975 og 2004 var medisiner for behandling av de store sykdommene som hvert år tar livet av millioner av mennesker i fattige land.

Det går fram av en undersøkelse det medisinske tidskriftet The Lancet publiserte i mai. The Lancet bekrefter det bildet som en innflytelsesrik internasjonal rapport allerede i 1990 hadde definert som 10/90-gapet: Bare ti prosent av midlene til helseforskning i verden brukes på de sykdommene som rammer 90 prosent av verdens befolkning.

Fattigmannssykdommer

Hakeorm, guineaorm, elveblindhet og shistosomiasis er eksempler på sykdommer som i hovedsak er et problem for fattige. Det finnes legemidler mot parasitter som forårsaker sykdommene, men fattige mennesker som lever uten reint vann eller sanitæranlegg blir raskt smittet igjen dersom de blir kvitt snylterne én gang. Flere hundre millioner mennesker fanges i en ond sirkel. Det er lite penger å tjene på å utvikle vaksiner eller bedre legemidler mot disse sykdommene, og dermed viser legemiddelindustrien liten interesse. Neglisjerte sykdommer tar livet av en halv million mennesker årlig. 5,6 millioner dør av de «tre store» - og litt mindre neglisjerte - sykdommene aids, malaria og tuberkulose.

Legemiddelindustriens manglende interesse har fått en privat stiftelse som Bill og Melinda Gates-founda-

tion til å bruke store midler til forskning og utvikling av nye legemidler mot ulike fattigmannssykdommer, blant annet malaria og hakeorm. Også innefor det Globale fondet mot aids, malaria og tuberkulose og vaksinealliansen GAVI brukes en del av bistandsmidlene til forskning og utvikling av nye legemidler rettet mot fattige. Det nye norsk-franske initiativet UNITAID skal skaffe de fattige landene penger og gunstigere priser på legemidler.

Rikmannsmedisiner

Den sveitsiske legemiddelgiganten Novartis har patent på kreftmedisinen Gleeevec, som selges i et land som India til 2500 dollar per måned per pasient.

Indiske legemiddelselskaper produserer kopivarianter av den samme medisinen til 175 dollar per pasient per måned, ifølge Leger uten grenser. Verdens fattige er helt avhengige av billigere kopier av legemidler som brukes i blant annet kreft- og aidsbehandling, men innstramninger i de internasjonale reglene for patenter under Verdens handelsorganisasjon kan begrense tilgangen på slike medisiner.

Inntil for få år siden var såkalte ARV-medisiner, som brukes i behandlingen av aidspasienter, så dyre at de færreste utviklingsland hadde råd til å tilby dem til aidsrammede. Behandlingen kostet rundt 10 000 dollar i året for en person. Først for 4-5 år siden fikk kratig press fra aktivistgrupper som sørafrikanske Treatment Action Campaign (TAC) og initiativer fra profilerte personer som Bill Clinton og Bill Gates legemiddelselskapene til å senke prisene for fattige land. Selve vendepunktet var en rettssak i

Sør-Afrika, der en allianse av legemiddelselskaper saksøkte sørafrikanske myndigheter for brudd på internasjonale patentbestemmelser da de ville importere billigere kopimedisiner til en befolkning som er blant de hardest rammede i verden. I dag er prisen for ARV-behandling nede i under 350 dollar i året for en person, men fortsatt er dette en umulighet for mange i utviklingsland å betale. Anslagsvis 2,3 millioner barn lever med hiv, men bare fem prosent av de som har behov for det får behandling. Samtidig truer en ny rettssak med snu trenden med billigere medisiner.

Patentproblem

India er den viktigste leverandøren av kopimedisiner internasjonalt. På grunn av reglene i Verdens handelsorganisasjon (TRIPS-avtalen) har India fra 2005 strammet inn den patentlovgivingen som har gjort kopiproduksjonen mulig, og en sak Novartis har anlagt mot indiske myndigheter kan redusere tilgangen på billige medisiner. Novartis' søksmål gjelder ikke bare at de nektes eksklusive rettigheter til salg av den dyre kreftmedisinen: Selskapet viser til TRIPS-avtalen og vil ha fjernet en bestemmelse i Indias patentlov som sier at selskapene kan nektes patent dersom «oppfinnelsen» bare dreier seg om mindre forbedringer i allerede kjente virkestoffer. Leger uten grenser frykter at dette drastisk vil redusere muligheten til å skaffe aidsmedisiner billig til verdens fattige land. Selv kjøper organisasjonen 84 prosent av de aidsmedisinene de bruker til å behandle pasienter i mer enn 30 land i India.



Et løfte vi skal holde øye med

For ikke lenge siden var Norge et fattig land. Vi drømte om bedre tider og var takknemlige bare sola skinte på avlingen. I dag bor vi i det rikeste landet på kloden i det fredeligste hjørnet av verden. Vi trakk det lengste strået. Nå vil verdens ledere gjøre noe for de 2,8 milliardene som fortsatt er fattige.

I år 2000 skrev de under på FNs tusenårsmål. Ekstrem fattigdom skal halveres, spredningen av HIV/AIDS og malaria skal stoppes og kvinners stilling skal styrkes. Blant annet.

Tusenårsmålene skal nås innen 2015. Det eneste du skal gjøre, er å passe på at lederne våre holder det de har lovet.

www.tusenarsmalene.no



Kronprinsesse Mette Marit:

– Hiv-smittede kvinner må bli hørt!

I flere år har kronprinsesse Mette Marit engasjert seg i kampen mot hiv og aids. Hun har tidligere hospitert i Norad for å lære om temaet, og i vår ble hun utnevnt til spesialutsending for UNAIDS - FNs fellesprogram for bekjempelse av hiv/aids. Kronprinsessen er spesielt opptatt av hvordan epidemien rammer kvinner og jenter hardt, noe hun tok opp i sin tale på den internasjonale aids-konferansen i Toronto i august:

«Det er uakseptabelt at kvinner ikke bestemmer over egen kropp og helse. Det er uakseptabelt at unge jenter er seks ganger mer sårbare enn sine jevn-aldrende gutter. Det er uakseptabelt at kvinner blir gjort sårbare gjennom seksuelt misbruk, vold i hjemmet eller skadelig, tradisjonell praksis. Jenter og kvinner må få tilgang til informasjon og midler for å beskytte sine egne og sine framtidige barns liv.

Feminiseringen av hiv-epidemien skyldes en kompleks blanding av underliggende faktorer:

- ujevne sosiale strukturer og maktrelasjoner
- dårlig seksuell og reproduktiv helse for ungdommer og mangel på helse tjenester skreddersydd for kvinners behov
- kulturelle tradisjoner og praksis som ikke bidrar til bevisstgjøring av kvinner og som setter unge jenter i fare

- lover som ikke sikrer kvinners grunnleggende rettigheter
- utstrakt bruk av seksuell vold og misbruk
- store kjønnsforskjeller, for eksempel i tilgang til utdanning og arbeid, som både er en årsak til og en konsekvens av hiv

Aidsarbeidet må tilpasses de utfordringene kvinner og jenter faktisk møter, og det må fungere i deres virkelighet. Ikke legges opp etter hva vi tror folk trenger eller hva vi skulle ønske var virkeligheten. Dette handler om unge jenter som stadig lever med trusselen om å få et livstruende virus, og med svært begrensede muligheter for å unngå smitte. Og om hiv-positive kvinner som daglig står ansikt til ansikt med en nedslående og brutal virkelighet hvor de blir utestengt og uthengt, med liten tilgang til informasjon, støtte og behandling. Flere av oss må lytte mer for å forstå denne virkeligheten.

Å pløye gjennom statistikk og se på fakta kan gi noe informasjon, men den eneste måten å finne de virkelige svarene på, er å spørre dem som er berørt – gi kvinner og jenter en stemme. La dem beskrive sin virkelighet med egne ord og selv definere sine egne behov. Men dette er ikke nok. Vi trenger flere kvinner rundt bordet der beslutninger tas og strategier legges. Hiv-positive kvinner er sannsynligvis det sterkeste redskapet vi har for å bygge bærekraftige forebyggingsprogrammer for kvinner og jenter. Smittede kvinner vet hva som

gjorde dem sårbare for hiv. De vet hvilke strukturer og tradisjoner som må endres for å beskytte framtidige generasjoner.

La oss lære av hva kvinner allerede gjør. La oss bruke våre roller og nettverk for å lytte, skape en plattform og engasjere oss sammen med disse kvinnene.»



Foto: Scanpix

Vil barne- dødeligheten til livs

Statsminister Jens Stoltenberg er sterkt personlig engasjert for det internasjonale arbeidet for å nå tusenårsmål 4. om å redusere barnedødeligheten for barn under fem år med to tredeler innen 2015. 18. september arrangerte regjeringen sammen med UNICEF og det medisinske tidsskriftet The Lancet et møte i New York for å sette søkelys på arbeidet.

– *Hvorfor satser Norge så mye penger på vaksiner til fattige land?*

– Mer enn ti millioner barn dør hvert år av sykdommer som kunne vært forebygget eller som enkelt kan behandles. Mer enn 99 prosent av disse dødsfallene rammer verdens fattigste familier. Dette er en helt uakseptabel tragedie. Det er grunnen til at vi har valgt å satse så sterkt på vaksiner av barn i den fattige delen av verden.

– *Halvparten av barna i verden som dør før de er fylt fem år, dør av feil- og underernæring. Er det en fare for at man fokuserer for mye på vaksiner når årsakene til dårlig helse i fattige land egentlig er veldig komplekse?*

– Norge har satt seg som mål at vi skal bidra til å nå FNs tusenårsmål nummer fire om at barnedødeligheten skal reduseres med 2/3 innen 2015. En del av satsningen er arbeidet for å få kjøpt inn vaksiner og å få fram ny forskning som gjør at vi får nye og billigere vaksiner. En annen del er å styrke nasjonale helsemyndigheter slik at de blir i stand til å nå ut til barn og mødre med kunnskap, med helsehjelp, myggnett - og med vaksiner. I et økende bistandsbudsjett bruker vi en liten andel av økningen på vaksiner. Det betyr ikke at vi svekker annet viktig utviklingssamarbeid.

– *Hva oppnådde dere på møtet i New York?*

– For det første var vi med å løfte oppmerksomheten knyttet til tusenårsmål 4 om barnedødelighet gjennom å være vertskap for et symposium om temaet sammen med UNICEF og det medisinske tidsskriftet The Lancet. Der presenterte vi nye tall for arbeidet med barnedødelighet som viste at det går riktig vei, men at det går for sakte.

For det andre fikk vi på plass en avtale med Bill og Melinda Gates Foundation om at de, vi og britene sammen skal lage en global handlingsplan for å redde barneliv. Dette problemet er for stort til at stater eller private aktører kan klare å løse det alene. Her trenger vi samarbeid med så mange som mulig for å nå målet.



Foto: Gøril Trondsen Booth

Kvinner o

Mens statsminister Jens Stoltenberg har satt seg fore å skaffe vaksiner til millioner av barn i fattige land, slår utviklingsminister Erik Solheim et slag for kvinnene.

Av ELLEN HOFVANG

– Jeg husker godt kvinnene jeg møtte på et aids-prosjekt i Malawi. En av dem hadde fire barn fra før, men hadde likevel tatt til seg søsterens to da søsteren døde av aids. Den styrken disse kvinnene viser – til å sette hakka i den lille jordlappen, hente vann, prøve å få ungene på skolen – ja, det gjør inntrykk, sier Erik Solheim.

Han besøkte det lutfattige landet i sørlige Afrika tidligere i år, bare få måneder etter at han tok over som utviklingsminister.

– *Hvordan er det for en minister som råder over et bistandsbudsjett på rundt 20 milliarder kroner å besøke en slik ekstrem fattigdom?*

– Man har selvfølgelig alltid mest lyst til å bruke bistandsmidlene på å hjelpe der man er akkurat i øyeblikket: Å gi disse kvinnene de seks kronene om dagen de trenger til medisiner som kan holde dem unna den snikende aidsdøden, sier Solheim.

Bedre økonomi gir bedre helse

Men han legger raskt til at dette ikke er løsningen han tror på. I et land som Malawi er medisiner og helsetjenester bare en liten del av det som skal til for å hjelpe disse kvinnene og barna deres.

– Helse og utvikling er tett sammenvevd, og bare økonomisk utvikling kan sikre varig bedring av helsesituasjonen, sier Solheim.

Eksemplene som viser denne sammenhengen klarest henter han fra Asia. Shanghai har nå en like høy levealder som New York, og i hele Øst-Asia har det skjedd dramatiske forbedringer. Ved inngangen til 1960-tallet var Singapore og Malaysia like fattige som afrikanske land. I dag er landene i en helt annen situasjon.

– Overalt er det slik at økonomisk utvikling også gir rask forbedring i helse. Vi kan ikke bare pøse penger ensidig inn i helsetiltak og tro at det skal bedre situasjonen. Vi må samtidig bidra til generell økonomisk framgang. Ingen land kan klare å opprettholde et godt helsesystem uten at økonomiske sektorer som jordbruk, industri eller service fungerer.

I fond

10-15 prosent av det norske bistandsbudsjettet går til helsetiltak. Den kraftige satsingen på vaksiner av barn gjør at vaksinealliansen GAVI tar den største jaksen av helsebistandskaka, og i alt går to tredeler av norsk helsebistand inn i slike internasjonale fond eller FN-organisasjoner. Den siste tredelen går til direkte støtte fra norske myndigheter til helsebudsjettene i fattige land som Malawi og Mosambik, og til arbeid i regi av organisasjoner som Røde Kors, den norske misjonens Bistandsnemnd og Leger uten grenser.

Men helse og utvikling handler vel så mye om internasjonal politikk som om hvor man plasserer pengene. Norge har lenge ligget i front når det gjelder kampen mot aids internasjonalt, med fokus på ømtålige temaer som kondombruk og kvinners rettigheter. Sammen med Frankrike har Solheim og hans regjeringskolleger tatt initiativet til det nye fondet UNITAID, som skal skaffe fattige land bedre tilgang på medisiner, blant annet gjennom inntekter fra flyskatt.

USA midt imot

Solheim mener kvinners rettigheter og retten til abort er spesielt viktige temaer å arbeide med nå på grunn av alliansen man ser mellom Bush-administrasjonen og konservative land og kulturer.

– *Hva synes du om at USA satser på avholdenhet som strategi mot aids og stanter pengestøtten til organisasjoner som snakker høyt om kondombruk?*

– Det er farlig. USA er den største økonomiske bidragsyteren i kampen mot aids, men bidrar samtidig til farlige holdninger. En kamp mot aids der man baserer seg på å promotere avholdenhet og ikke engang tør snakke om kondomer vil helt garantert ikke lykkes, sier Solheim.

– Norge skal være en spydspiss internasjonalt på disse temaene, så får andre ta seg av kompromissene, slår han fast.

Kompliserte fødsler.

I denne avisen møter vi Betty Fekira fra Sudan, 15 år og nettopp gjennom sitt andre keisersnitt. Legen hennes forteller om kvinnes manglende makt til selv å bestemme over sin kropp, om maktbruk og voldtekter.

– *Nytter bistanden når man sloss mot inngrodd maktforhold og kulturell praksis?*

– Helsetiltak som i Sudan gir jo hjelp til de rammede kvinnene. Men igjen, ting henger sammen: Økonomisk utvikling og modernisering vil bidra til at slike skadelige praksiser ikke overlever. Se på Bangladesh, et muslimsk land som har halvert antall barnefødsler per kvinne i løpet av en generasjon. For bare noen tiår siden var det også helt utenkelig at katolske land som Spania og Italia skulle ha lave fødselstall. Nå fødes det nesten bare ett barn per kvinne – til tross for pavens motstand mot prevensjon, sier utviklingsministeren.

– Industrien må presses

I rike land er aids i dag en sykdom man kan leve med ved hjelp av medisiner, og i mindre grad en sykdom man dør av. I fattige land dør mellom to og tre millioner mennesker av aids hvert år.

– *Er den internasjonale legemiddelindustrien en bremsekloss i kampen mot aids?*

– Jeg tror i hvert fall selskapene gjør sitt ytterste for å få høyest mulig utbytte til enhver tid. Det er nødvendig med et massivt press på industrien for å forhindre at de tar seg helt ublue profitter ved salg av livsnødvendige medisiner til fattige land, sier Solheim. Han mener det må være lov for de fattige landene å kjøpe kopipro-

g barn først

dukter fra land som India og Brasil, framfor de dyreste, patenterte, merkene fra internasjonale legemiddelgiganter.

Utvandringsdebatten

I Afrika er mangel på leger og sykepleiere ofte et enda større problem enn mangel på medisiner. I Malawi er for eksempel 70 prosent av stillingene i helsevesenet ledige.

–Du deltok nylig på en stor internasjonal konferanse om migrasjon i New York, der helsearbeiderflukten var et tema. Hva kom dere fram til?

– La meg begynne i en annen ende; Mye av den såkalte «hjerneflukten» er positiv for de utviklingslandene folk reiser fra. Pengene som migranter sender til sine hjemland overstiger langt den samlede internasjonale bistanden. Men Solheim innrømmer at det stiller seg annerledes med helsearbeidere fra fattige afrikanske land.

– Man kan ikke klandre den enkelte sykepleier for å ønske seg en bedre framtid for seg og sine barn. Men vi kan ha internasjonale kjøreregler som sier at man ikke aktivt skal rekruttere helsearbeidere fra land som har egne mangler. Dessuten kan vi gjøre mer for at migrasjonen blir tidsavgrenset. En helsearbeider som har arbeidet noen år utenlands kan komme tilbake med kompetanse og erfaringer som hjemlandet har stort behov for. Slik blir ikke migrasjon et rent tap, sier Solheim.

Tjukkere

Men heller ikke på dette feltet ligger den viktigste løsningen i hva Norge og vestlige land gjør med noen få milliarder dollar i internasjonal helsebistand.

– I det øyeblikket man får til en allmenn økonomisk utvikling i Malawi vil det også være mer attraktivt for helsearbeiderne å bli. Bedre arbeidsvilkår, bedre utstyr og teknologi, bedre mulighet for å se pasienter bli friske – alt dette trekker i dag helsearbeidere vekk fra fattige land. Med bedret økonomisk utvikling kan dette snu, sier han.

Og løfter man blikket fra den enkelte sykeseng mener utviklingsministeren det er lite tvil om at verden går framover – også på helsefronten:

– Tross alt har verdens befolkning relativt sett aldri vært ved bedre helse enn i dag. Vi er høyere, tjukkere, mettere og kan forvente å leve lenger enn noen gang tidligere i historien, slår han fast.



UTVIKLINGSMINISTER ERIK SOLHEIM under lanseringen av UNITAID. Det norsk-franske initiativet skal skaffe medisiner til fattige land, blant annet gjennom flyskatt. Foto: Scanpix

NORSK HELSE- OG AIDSBI STAND

Samlet gir Norge ca 20 milliarder kroner i bistand (2005). Helsebistanden og hiv og aids-innsatsen utgjør 13-15 prosent av dette.

Om lag to tredeler av den norske helsebistanden går til FN og internasjonale organisasjoner og fond. De største mottakerne er Verdens helseorganisasjon (WHO), UNAIDS, Unicef, Vaksinealliansen GAVI, Det globale fond mot hiv og aids, tuberkulose og malaria (GFATM), FNs befolkningsfond UNFPA, og Verdensbanken. I tillegg arbeider Norge gjennom en rekke partnerskap og fellesinitiativ slik som den globale helsepersonellalliansen (GHPA) og det nyopprettede UNITAID for innkjøp av legemidler med flyskatt-inntekter. Internasjonale organisasjoner er viktige kanaler i forhold til seksuell og reproduktiv helse, særlig International Planned Parenthood Foundation (IPPF) der Norge støtter et nytt flergiverfond i kampen for trygge aborter.

En tredel av den norske helsebistanden kanaliseres gjennom direkte støtte til myndigheter i norske samarbeidsland (ca 60%) og gjennom private organisasjoner (ca 40%). Generell støtte til nasjonalbudsjetter er økende, og selv om en god del av dis-

se pengene havner i helsesektoren, er de ikke medregnet i disse tallene. I Malawi og Mosambik er helse prioritert i stat-til-stat-samarbeidet. Også Uganda, Tanzania, Sudan, Etiopia, Palestina og Afghanistan får mye helsebistand, i stor grad gjennom frivillige organisasjoner. Avtaler med India og 2-3 andre land skal inngås som del av kampen mot barnedødelighet, Tusenårsmål 4. De frivillige organisasjonene som får mest bistand til helsetiltak er Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Atlasalliansen (funksjonshemmedes organisasjoner), Bistandsnemda (misjonsorganisasjonene), Norwac (palestinske flyktninger) og Leger uten grenser.

Norge støtter global helseforskning bl a gjennom internasjonale organisasjoner, Norges forskningsråd, der et program på global helse og vaksinasjon nylig startet opp, og NUFU-programmet.

Norad bidrar til å sikre kvalitet og resultater i bistanden gjennom faglig rådgiving til Utenriksdepartementet og ambassadene, deltakelse i internasjonale prosesser, og samarbeid med norske og internasjonale ressursmiljøer. Norad har også ansvar for forvaltningen av tilskudd til sivil samfunn og forskning og for evaluering av den samlede norske bistanden.

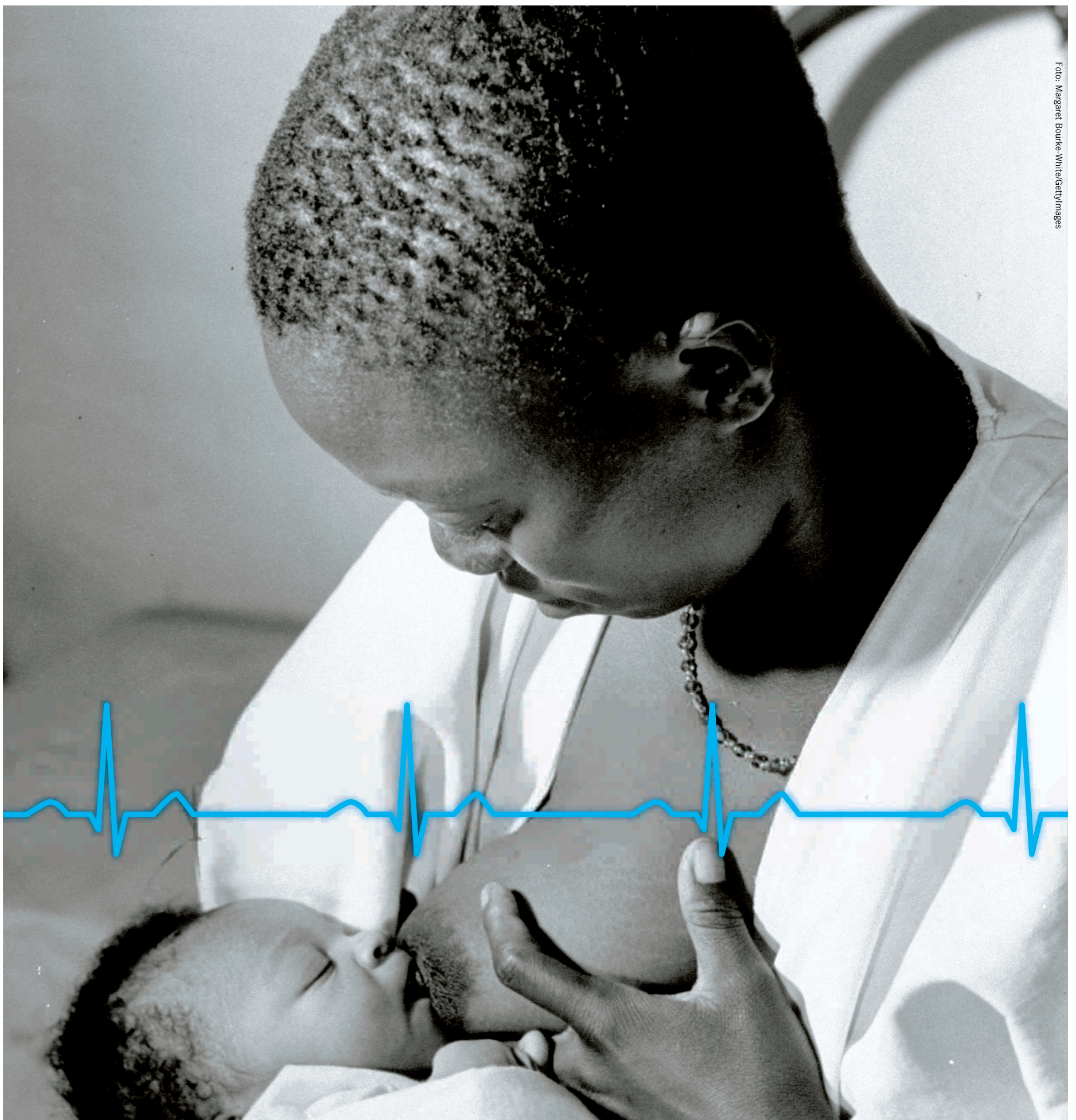


Foto: Margaret Bourke-White/Getty Images

Helse for en bedre verden

God helse er en av de viktigste forutsetningene for et meningsfullt liv. Dårlig helse er både årsak til og konsekvens av fattigdom. Derfor er investeringer i helse lønnsomt både for samfunnet og den enkelte. Utviklingslandene står overfor store utfordringer med å utvikle helse-tilbud som omfatter både forebygging og behandling. Svake helse-systemer og mangel på helsepersonell er et grunnleggende problem. I tillegg er det stor mangel på medisiner og medisinsk utstyr.

De siste årene har mangelen på kvalifisert personell i fattige land økt. Hiv og aidsepidemien har i stor grad bidratt til dette ettersom behandlingen av hivpasienter stiller nye krav til helsevesenet, sam-

tidig som en stor del av helsepersonellet faller fra på grunn av aids. Dette gjelder særlig i Afrika sør for Sahara.

Norads Fattigdomskonferanse 18. oktober bringer fagfolk, feltarbeidere og andre interesserte sammen for å utveksle erfaringer og diskutere hvordan de norske bidragene kan gi best mulige resultater.

Vi tror ikke helsepersonellkrisen blir løst i et konferanselokale i Oslo, men tror vi kan øke forståelsen og komme et skritt nærmere hva Norge kan gjøre. Andre temaer vi ønsker fokus på, er fattige kvinners helse og legemidler og vaksiner.