

Meld. St. 11 (2011-2012)
Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken

Norske aktørers engasjement
for global helse



Innhold

Forord Espen Barth Eide, utenriksminister Heikki Eidsvoll Holmås, utviklingsminister Jonas Gahr Støre, helse- og omsorgsminister	4	Oslo Universitetssykehus Kristin Schjølberg Hanche-Olsen, seksjonsleder	28
Utenriksdepartementet Gry Larsen og Arvinn Eikeland Gadgil, statssekretærer	6	Statistisk sentralbyrå Bjørn Kjetil Getz Wold, seksjonssjef	30
Helse- og omsorgsdepartementet Nina Tangnæs Grønvold, statssekretær	8	Sørlandet sykehus Anders Wahlstedt, internasjonal koordinator	32
Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) Ahmad Ghanizadeh, statssekretær	10	Norsk helsenettverk for utvikling Anders Wahlstedt, styreleder	33
Landbruks- og matdepartementet	12	Chr. Michelsens institutt (CMI) Ottar Mæstad, direktør	34
Helsedirektoratet Bjørn Guldvog, direktør	14	Fafo Jon Pedersen, instituttsjef	36
Norad Villa Kulild, direktør	16	Norsk forum for global helseforskning (Forumet) Inger B. Sheel, styreleder	38
Norges forskningsråd Mari Kristine Nes, avdelingsdirektør	18	Peace Research Institute Oslo (PRIO) Henrik Urdal, seniorforsker	40
Fredskorpset Nita Kapoor, direktør	20	Det medisinske Fakultet, NTNU Stig A. Slørdahl, dekanus	42
Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) Camilla Stoltenberg, direktør	22	Health Information Systems Programme (HISP) Professor Morten Dæhlen, dekan	44
Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) Bernadette Kumar, direktør	24	Seksjon for internasjonal helse, Universitetet i Oslo Johanne Sundby, professor	46
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Kunnskapssenteret Magne Nylenna, direktør	26	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin Tom Atle Bakke, administrasjonsleder	48

Meld. St. 11 (2011-2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken trekker opp utfordringer og gir klare prioriteringer for en samlet norsk global helsepolitikk frem mot 2020 gjennom tre satsingsområder: mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse, redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging, og fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse.

Gjennom denne publikasjonen har en stor gruppe aktører også utenfor det offentlige rapportert om hvem de er og hva de gjør innenfor global helse og de prioriterte områdene.

Redaksjonen takker med dette for bidragene til denne publikasjonen.

Noragric Poul Wisborg, instituttleder	50	LHL Internasjonal Trude Bang, daglig leder	76
Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen Knut Fylkesnes, direktør	52	Norges Røde Kors Åsne Havnelid, generalsekretær	78
Senter for utvikling og miljø, Universitetet i Oslo Kristi Anne Stølen, professor og senterleder	54	Norsk Luthersk Misjonssamband (NLM) Øyvind Åsland, generalsekretær	80
Atlas-alliansen Rikke Bækkevold, daglig leder	56	Norsk Sykepleierforbund Eli Gunhild By, forbundsleder	82
CARE Torild Skogsholm, generalsekretær	58	Plan Norge Helen Bjørnøy, generalsekretær	84
FIAN Kristin Kjæret, daglig leder	60	Redd Barna Tove R. Wang, generalsekretær	86
Forum for kvinner og utviklingsspørsmål (FOKUS) Gro Lindstad, daglig leder	62	Rådet for psykisk helse Tove Gundersen, generalsekretær	88
FORUT – Solidaritetsaksjon for utvikling Morten Lønstad, generalsekretær	64	Foreningen Sex og Politikk Solveig Hokstad, daglig leder	90
Health & Development International (HDI-Norge) Anders Seim, direktør	66	SOS-barnebyer Dagne Hordvei, leder program	92
HimalPartner Heidi Westborg Steel, generalsekretær	68	Studentenes og Akademikernes Internasjonale Hjelpfond (SAIH) Anja Bakken Rise, leder	94
Kirkens Nødhjelp Anne Marie Helland, generalsekretær	70	Laerdal Global Health Tore Lærdal, daglig leder	96
Kreftforeningen Anne Lise Ryel, generalsekretær	72	Telenor Group Tom Riege, head of Governmental Relations	98
Leger Uten Grenser (Médecins Sans Frontières – MSF) Anne-Cecilie Kaltenborn, generalsekretær	74	FNs helsetusenårsmaal	100
		Norsk helsebistand i tall for perioden 1999 – 2011	102
		Referanser og kontaktinformasjon	106

Forord

Oppfølging av Meld. St. 11 (2011-2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken.

I 2012 la regjeringen fram melding til Stortinget om global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. Meldingen legger prioriteringer for en samlet norsk helsepolitikk mot 2020 gjennom tre satsingsområder: mobilisering for kvinner og barns rettigheter og helse; reduksjon av sykdomsbyrden med vekt på forebygging; samt å fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse. Engasjementet er langt bredere enn bistand, vi ser generelt en dreining mot partnerskap, teknisk samarbeid, kapasitetsbygging og bedre styresett.

Arbeidet for global helse har høy prioritet for Regjeringen. Regjeringens politiske plattform tar et spesielt ansvar for tusenårsmålene 4 og 5 om barnedødelighet og mødre helse. Statsministeren har løftet dette opp som et av sine prioriterte områder.

Regjeringens politikk for global helse skal være kunnskapsbasert. Det forutsetter systematisk bruk av forskning og ekspertise som gir et grunnlag for å treffe gode valg, fremme nytenking, stimulere til innovasjon og formulere mål som konkret svarer på de utfordringene vi ser globalt. Bruk av politiske nettverk på tvers av tradisjonelle fora og samarbeidsallianser har vist seg å være effektive virkemidler for å bedre integrere helsemålsettinger i utenriks- og utviklingspolitikken. Vi ser nå resultater av innsatsen. Barnedødeligheten har gått ned fra 12 millioner i 1990 til 6,9 millioner i 2011, mens mødre dødeligheten er redusert fra 540 000 i 1990 til 278 000 i 2010. Likevel dør dessverre fortsatt 19 000 barn hver dag av sykdommer som kan forebygges og behandles med enkle midler. Mer kan og må gjøres. Samtidig ser vi et utfordringsbilde i endring. Den globale sykdomsbyrden endrer seg, med en økning av livsstils- og andre ikke-smittsomme sykdommer. Tilgang til universell helsedekning er viktig for å sikre bedre helse for alle. Norge arbeider aktivt for å styrke nasjonale helsesystem i lav – inntekstland, med fokus på nasjonalt eierskap.

Arbeidet for global helse har høy prioritet for Regjeringen. Regjeringens politiske plattform tar et spesielt ansvar for tusenårsmålene 4 og 5 om barnedødelighet og mødre helse. Statsministeren har løftet dette opp som et av sine prioriterte områder.

En større andel av verdens aller fattigste vil bli å finne i mellom-inntekstland, noe som gjør at fattigdomsreduksjon i større grad må rettes inn mot fattige grupper. Investering i helse er på lik linje med utdanning et viktig virkemiddel innen fattigdomsbekjempelse.

De nåværende utviklingsmålene er satt med 2015 som frist. Helsemålene vil ikke bli nådd til da. Tiden fremover med utforming av nye utviklingsmål vil være en viktig men kompleks prosess.

De nye målene må være enkle og målbare, noe som stiller krav både til utforming og gode data. Vi mener at hovedtyngden skal være fattigdomsbekjempelse, rettferdig fordeling og bærekraftig utvikling. FN har i 2013 invitert til den mest inkluderende og demokratiske konsultasjonsprosess i FN's historie for å bidra til utviklingsagendaen etter 2015. Alle aktører, offentlige som private, har kunnet sende sine innspill. Det er behov for bred innsats fra akademia og forskningsmiljøer, sivilt samfunn, frivillige organisasjoner og privat sektor.

Vi ønsker å videreutvikle en samstemt norsk global helsepolitikk. Den politikken må identifiseres i samsvar med den fulle bredden av utfordringer og virkemidler. Å styrke koordineringen for å nå dette målet er noe vi til enhver tid arbeider for.

Denne rapporten er del av oppfølgingen av stortingsmeldingen om global helse. Vi ønsker å arbeide videre for å styrke Norges engasjement for bedre helse i en global verden. Vi har derfor invitert organisasjoner, fagmiljøer og privat sektor, i tillegg til relevante departement og fagetater, til å bidra med deres historier til en rapport som omtaler ulike norske aktørers engasjement. Formålet med rapporten er å illustrere bredden i aktiviteter med noen konkrete eksempler, vise hvilke resultater som er nådd samt hvilke utfordringer og muligheter arbeidet byr på.

Gjennom 48 ulike bidrag får vi smakebiter fra både statlige og ikke statlige virksomheters arbeid med global helse. Historiene er alle unike men har likevel mange fellestrekk: Mobilisering, forebygging, kompetansebygging, forskning og undervisning, menneskerettigheter, påvirkningsarbeid og samarbeid på tvers av sektorer.

Vi ønsker å videreutvikle en samstemt norsk global helsepolitikk. Den politikken må identifiseres i samsvar med den fulle bredden av utfordringer og virkemidler. Å styrke koordineringen for å nå dette målet er noe vi til enhver tid arbeider for.

Rapporten lanseres i forbindelse med Verdens helsedag. Vi håper rapporten vil bidra til bedre innsikt og inspirere til mer debatt og engasjement for global helse, og til nettverksbygging og nye samarbeidsformer.

Espen Barth Eide
Utenriksminister

Heikki Eidsvoll Holmås
Utviklingsminister

Jonas Gahr Støre
Helse- og omsorgsminister

Utenriksdepartementet

Stortingsmeldingen "Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken" ligger til grunn for all innsats utenriksdepartementet gjør på global helse. De siste årene har vi sett oppløftende resultater innen FNs helsetusenårs mål særlig innen reduksjon av barne- og mødredødelighet.

Hoveddelen av norsk helsebistand kanaliseres gjennom multilaterale organisasjoner som WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF og globale helsefond/ mekanismer som Den Globale Vaksinealliansen (GAVI) og Det Globale Fondet for bekjempelse av HIV/Aids, tuberkulose og malaria.

Norge har i sitt arbeid med global helse, som inkluderer mobilisering for økt fokus og støtte til området, tett kontakt med internasjonale samarbeidspartnere og andre land. Gjennom syv lands initiativet samarbeider Norge med Thailand, Brasil, Frankrike, Indonesia, Senegal og Sør-Afrika på utenrikspolitikk og global helse, hvor det i 2012 har vært fokusert på universell helsedekning.

Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse

Mobilisering for kvinners og barns rettigheter og helse er en av regjeringens hovedprioriteringer. Denne innsatsen gjøres både bilateralt og globalt, og sees i sammenheng med styrking av helsevesenet, rekruttering av helsepersonell til primærhelsetjenesten og bærekraftig helsetjenester.

Utenriksdepartementet vektlegger nasjonalt eierskap, og har i 2012 hatt et nært bilateralt samarbeid med India, Malawi, Nigeria, Pakistan og Tanzania om mødre- og barnehelse, med mål om å bidra til å gjøre disse landene bedre i stand til å nå

sine egne helseutviklingsmål, påse bedre koblinger mellom Norges globale helseinitiativ og programmene, samt bedre resultatfokus. Samarbeid med andre givere og internasjonale organisasjoner bl.a. WHO og Verdensbanken, er sentralt for å bidra til konsolidering og effektivisering av de mange internasjonale finansieringsinitiativ for helse. Utgangspunktet for samarbeidet er nasjonale prioriteringer, initiativ og planer.

Statsminister Stoltenberg har sammen med Nigerias president Goodluck Jonathan ledet Kommissjonen, hvor målet er å bidra til å redde seks millioner kvinner og barn de neste fem årene gjennom fokus på økt tilgjengelighet, prisreduksjoner og mer effektiv bruk av tretten medisiner og familieplanleggingsprodukter.

Globalt er innsatsen for mødre- og barnehelse forankret gjennom FNs Generalsekretærs globale strategi "Every Woman Every Child", og er førende for norske prioriteringer sammen med initiativ iverksatt for å støtte opp om denne kampanjen. Strategien, hvor Norge bistod med utarbeidelsen, fokuserer på de mest utsatte gruppene som gravide kvinner, nyfødte barn, ungdom og funksjonshemmede, i de 49 fattigste landene i verden.

Som del av oppfølgingen av strategien ble FNs kommisjon for livsviktige medisiner til kvinner og barn i utviklingsland lansert i mars 2012. Statsminister Stoltenberg har sammen med Nigerias president Goodluck Jonathan ledet Kommissjonen, hvor målet er å bidra til å redde seks millioner kvinner og barn de neste fem årene gjennom fokus på økt tilgjengelighet, prisreduksjoner og mer effektiv bruk av tretten medisiner og familieplanleggingsprodukter. Gjennomføring av Kommissjonens anbefalinger er godt i gang og skjer på globalt og nasjonalt nivå. Fra før har man kommisjonen for ansvarliggjøring og informasjon (Commission for Accountability and Information) lansert i 2011, ledet av Canada og Tanzania, hvor daværende utenriksminister Støre deltok som medlem av kommisjonen. Et annet viktig globalt helseinitiativ innen denne rammen er «The Family Planning Summit» holdt i London i juli 2012, hvor globale ledere forpliktet seg til å øke tilgangen til familieplanleggingsmetoder for 120 millioner kvinner innen 2020. Partnerskapet består av både utviklingsland så vel som bl.a. Norge, Bill og Melinda Gates Foundation og Storbritannia. Totalt ble det lovet USD 4,6 milliarder for å nå målet,

og som del av dette lanserte utviklingsminister Holmås en økning på 150 millioner kroner årlig over de neste åtte årene til familieplanlegging. Disse pengene vil knyttes opp til gjennomføring av FNs kommisjon for livsviktige medisiner til kvinner og barn, der tre av produktene er familieplanleggingsprodukter.

Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging

Innen barnehelse er vaksinasjon en sentral del av Norges satsning for oppnåelse av tusenårs mål 4 om redusert barnedødelighet. I 2012 har Norge gjennom GAVI bidratt til å forebygge dødsfall blant barn, med mål om å forebygge tilsammen 3,9 millioner dødsfall i perioden 2011 – 2015. Aids, tuberkulose og malaria inngår som en viktig del av den globale helseinnsatsen, hvor Det Globale Fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria er den viktigste kanalen for støtte gitt til dette området. Norge bidrar gjennom fondet til å redde ti millioner liv, samt forhindre 140 – 180 millioner nye infeksjoner i perioden 2012 – 2016. Andre viktige kanaler benyttet i 2012 innen dette arbeidet har vært UNAIDS og UNITAID.

Helsesystemstyrkning er en viktig del av forebyggingsarbeidet, og i 2012 bidro utenriksdepartementet gjennom WHO med bl.a. betydelig støtte til å følge opp Koden for internasjonal rekruttering av helsepersonell og styrkning av innsatsen i særlig kriserammede land med hensyn til helsepersonell. GAVI er en annen viktig kanal utenriksdepartementet bruker i arbeidet med helsesystemstyrkning med fokus på tilrettelegging for levering av vaksiner og andre helsetjenester. Norge har i 2012 vært en pådriver for en klar og effektiv arbeidsdeling mellom Det globale fondet, UNAIDS, UNITAID og WHO.

Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Norge har i 2012 deltatt aktivt inn i den pågående reformprosessen til WHO, med mål om at WHO skal kunne opprettholde og styrke sin rolle som den ledende normative organisasjonen innen global helse. Reformen ble igangsatt i 2011. Norge har særlig engasjert seg for at WHO vedtar en ny finansieringsmodell som sikrer bedre samsvar mellom prioriteringer og finansielle bidrag.

Utenriksdepartementet har vært en pådriver for å styrke WHO's arbeid med seksuell vold, spesielt i forhold til kvinner og barn. I 2012 har man påbegynt arbeidet for å forankre oppfølgingen av FNs kommisjon for livsviktige medisiner til kvinner og barn i WHO's styrende organer. Herunder har arbeidet med å finne globale løsninger til hvordan man kan øke finansiering, koordinering og monitorering av forskning og utvikling av medisiner for sykdommer som rammer utviklingsland vært prioritert i 2012.

Norge har i 2012 deltatt aktivt i verv i WHO, Det globale fondet, GAVI, UNAIDS og UNITAID.

Gry Larsen
Statssekretær

Arvinn Eikeland Gadgil
Statssekretær

www.regjeringen.no/ud

Helse- og omsorgsdepartementet

Helse i alt vi gjør

Forebygging av sykdom og uhelse

Den såkalte doble sykdomsbyrden og den globale epidemien av ikke-smittsomme sykdommer (NCDs) må bekjempes med ny erkjennelse og nye tiltak. Verdens helseorganisasjons (WHOs) frivillige globale rammeverk for arbeidet med NCDs ble framforhandlet under norsk ledelse i november 2012, og omfatter ni mål og 25 indikatorer.

I den nye nasjonale folkehelsepolitikken er det et bærende prinsipp å integrere hensynet til helse i alle politikkområder – å sikre helse i alt vi gjør. I WHO-sammenheng oppfordrer vi andre land til å gjøre det samme.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) mener det er viktig å bistå lav- og mellominntektsland med å få etablert et folkehelseinstitutt som kan være spydspiss for forebyggingsarbeidet i landet. Norge har nylig bistått Palestina med å få opprettet en slik samfunnsinstitusjon. Det norske folkehelseinstituttet har også samarbeid med en rekke andre land om å styrke det nasjonale folkehelsearbeidet.

For å kunne bekjempe den globale epidemien av ikke-smittsomme sykdommer må hensynet til helse integreres i alle politikkområder.

Norge er bekymret for den trusselen tobakksindustrien representerer for nasjonal tobakkskontroll. I september 2011 tok derfor den norske helse- og omsorgsministeren initiativ til et møte med helseministrene fra Australia, England, Uruguay og New Zealand, for å dele erfaringer og utveksle synspunkter. Ministrene har møttes ved flere anledninger, senest i forbindelse med Verdens helseforsamling i 2012.

Norge oppfordrer andre land til å ratifisere og øke tempoet i gjennomføringen av WHO-konvensjonen om tobakkskontroll. Vi ønsker også å løfte problemstillinger knyttet til alkohol høyere på den internasjonale dagsorden, og deltar derfor i koordineringsgruppa for gjennomføringen av WHOs globale alkoholstrategi. Norge har gitt tilskudd til WHOs arbeid for å styrke medlemslandenes forebyggende arbeid på alkohol- og tobakksområdet.

Norge følger opp WHOs retningslinjer for å redusere markedsføring av usunn mat og drikke til barn og ungdom gjennom samarbeid med matvarebransjen om etablering av en forsterket ordning for bransjestyrt regulering. Parallelt vil Helse- og omsorgsdepartementet og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet sende på høring en forskrift om regulering av slik markedsføring. Dette er nødvendig for å ha oversikt over hva som vil være alternativet til selvregulering, dersom en ikke lykkes med dette.

I videreføringen av Norges forskningsråds program Global helse- og vaksineforskning (GLOBVAC) 2012-2020 er de tematiske områdene utvidet til å inkludere helsesystem- og helsepolitikkforskning, implementeringsforskning og innovasjon i teknologi og metodeutvikling. HOD bevilger 9,8 millioner kroner til GLOBVAC i 2013.

Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Gjennom WHO og andre partnere vil regjeringen være en pådriver for å styrke fokus på underliggende faktorer for helse, som rent drikkevann, sanitære forhold, hygiene, ernæring og matsikkerhet. Norge leder byrået for protokoll om vann og helse til og med november 2013, deltar aktivt i arbeidsgrupper på området, og skal avholde det tredje partsmøtet under protokollen i november 2013. Regjeringen arbeider for en integrering av prinsippet om retten til vann i nasjonale lovverk.

Regjeringen ser integrering av matsikkerhet og klimatilpasning som en viktig del av det globale helsefremmende arbeidet. WHO og FNs mat- og landbruksorganisasjon (FAO) skal arrangere

toppmøte om internasjonale ernæringsutfordringer i november 2013. Her vil hele bredden av ernæring, matsikkerhet og ikke-smittsomme sykdommer kunne være tema. Norske innspill må ses i sammenheng med satsing på matsikkerhet via landbruksbistand.

Norge deltar i den europeiske miljø- og helseprosessen i regi av WHO Europaregionen, og følger opp forpliktelsene nedfelt i Parma-deklarasjonen om miljø og helse fra 2010. Oppfølgingen av deklarasjonen skjer i samarbeid med miljøvernmyndighetene, og Norge tar sikte på å involvere en ungdomsrepresentant i prosessen. Norge er også en pådriver i arbeidet fram mot neste ministerkonferanse for miljø og helse i 2016.

Helse- og omsorgsdepartementet har prioritert innsats mot kjønnslemlestelse ved forebyggende og holdningsskapende arbeid, både i Norge og internasjonalt. Nasjonalt har HOD utarbeidet en handlingsplan mot kjønnslemlestelse for perioden 2013-2016.

Tilgang til legemidler

For å sikre tilgang til legemidler, vil regjeringen videreføre støtte til forskning på utvikling av legemidler for utviklingsland. Det legges vekt på å styrke produksjonskapasiteten i disse landene.

Helsedirektoratet representerer Norge i utviklingen av andre fase av European and Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP), som er finansiert av GLOBVAC. Partnerskapet bidrar til utvikling av legemidler, vaksiner og diagnostisering av hiv og aids, tuberkulose og malaria. Regjeringen vil bidra til nyskapende ordninger for å styrke utviklingslands tilgang til effektive legemidler innenfor rammene av patentsystemet.

HOD har bidratt i oppfølgingen av WHO's rapport om finansierings- og koordineringsmekanismer for forskning og utvikling for bedre legemidler og medisinsk utstyr for utviklingslands behov, og nye innovative finansieringsmekanismer som kan fungere når immaterielle rettigheter (IPR) og lignende insentivmekanismer feiler. HOD vil samarbeide med UD om oppfølging av rapportens anbefalinger i WHO, blant annet gjennom forberedelser til WHO's helseforsamling i mai 2013.

HOD har også gitt innspill til Nærings- og handelsdepartementets melding til Stortinget om immaterielle rettigheter, blant annet om bruk av immaterielle rettigheter og hensynet til tilgang til offentlig finansierte forskningsdata. Immaterielle rettigheter kan være oppfinnelser, varemerker, design, produksjonsprosesser, framgangsmåter, databaser, ulike typer åndsverk og bedriftshemmeligheter.

Initiativet for utenrikspolitikk og global helse

Initiativet for utenrikspolitikk og global helse har vist seg som et viktig, utradisjonelt og effektivt nettverk for å sette agenda og fremme dialog på tvers av regioner og posisjoner i møte mellom utenrikspolitikk og helse. Initiativet er primært fulgt opp gjennom multilaterale prosesser og arenaer i Genève, men også gjennom regelmessig rapportering og debatt i FN's generalforsamling i New York.

Norges helse- og omsorgsminister deltar årlig på en ministerfrokost i regi av Initiativet for utenrikspolitikk og global helse i 7-landsgruppen, hvor Brasil, Frankrike, Indonesia, Norge, Senegal, Sør-Afrika og Thailand er med. I forbindelse med ministerfrokostene legges det fram en ministererklæring. En ekspertgruppe som representerer både utenriks- og helsedepartementer i de sju landene er utpekt for å videreutvikle nettverket og gi arbeidet retning.

En hovedsak på det siste ekspertmøtet i Paris i juni 2012 var å forberede resolusjonsarbeidet om "universal health coverage" til den 67. Generalforsamlingen høsten 2012. FN-resolusjonen anbefalte blant annet å vurdere å inkludere rettferdig fordeling av helse i diskusjoner om hvilke utviklingsmål som skal være styrende for globalt helsesamarbeid etter 2015. Resolusjonen ble vedtatt 18. september 2012.

Nina Tangnæs Grønvold
Statssekretær

www.regjeringen.no

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD)

BLD har et overordnet ansvar for å jobbe aktivt for at likestillings- og ikke-diskrimineringsperspektivet blir ivaretatt i alle regjeringens politikkområder. Dette gjelder også norsk utenriks- og utviklingspolitikk.

BLD fremmer likestilling og ikke-diskriminering, herunder kvinners og barns rettigheter gjennom FN, Europarådet, EU og Nordisk ministerråd.

Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse

BLD har et koordineringsansvar for Norges oppfølging av FNs barnekonvensjon, FNs kvinnekongress og FNs rasediskrimineringskonvensjonen (CERD). Videre vil BLD få koordineringsansvaret for FNs konvensjon for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) når Stortinget har gitt sitt samtykke til ratifisering i 2013. BLD bidrar også som sektordepartement til Norges innspill til FNs sosiale kommisjon som behandler saker for ungdommer, eldre og personer med nedsatt funksjonsevne, FNs kvinnekommisjon som adresserer situasjonen for jenter og unge kvinner og FNs befolkningsskommisjon som behandler temaer som i stor grad berører barn, ungdommer og unge mennesker.

*L*ikestillingsagendaen globalt er under stadig sterkere press. Det har vist seg i flere sammenhenger at det er en utfordring å sikre fortsatt oppslutning om inngåtte politiske og juridiske forpliktelser for å styrke kvinners rettigheter og fremme likestilling.

Videre bidrar BLD til de årlige møtene i 3. komité under FNs generalforsamling. Temaer er nedsatt funksjonsevne, barn og ungdom, kvinner, likestilling og rasisme. BLD følger også større FN-prosesser som koordineres av Utenriksdepartementet hvor det er relevant med et likestillings- og ikke-diskrimineringsperspektiv og et barne- og ungdomsperspektiv.

FNs konferanse for bærekraftig utvikling Rio + 20 og prosessen rundt utarbeidelse av målene for bærekraft er også viktige prosesser. FNs høynivåmøte om befolkningsspørsmål i forbindelse med revisjon av Kairo-plattformen 2014 og utviklingen av en post 2015-agenda er prosesser som BLD vil følge.

Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging

Det er en klar sammenheng mellom vold og helse. BLDs arbeid mot vold i nære relasjoner inkluderer barn, unge og voksne. I tillegg til arbeidet på nasjonalt nivå følger departementet også opp på internasjonalt nivå i Europarådet, FN og EU. I år er vold mot kvinner hovedtema for møtene i FNs kvinnekommisjon. Barne-, likestillings- og inkluderingsministeren ledet den norske delegasjon til disse møtene.

Vold mot kvinner er et globalt problem. De helsemessige konsekvensene av vold i nære relasjoner kan være omfattende, alvorlige og potensielt livstruende. En rekke studier dokumenterer langvarige negative helseeffekter av vold i nære relasjoner. Flere studier viser klare sammenhenger mellom det å være voldsutsatt og redusert funksjonsnivå, samt fysiske og psykiske helseplager. Seksuelle overgrep, fysisk mishandling og omsorgssvikt har større betydning for psykisk helse enn andre belastende hendelser. Helseproblemene øker jo flere hendelser man opplever. Dette er funn som stemmer godt overens med forskningsrapporter fra andre land og med funn i internasjonale rapporter på FN- og Europarådsnivå om årsaker til og forekomsten av vold.

BLD arbeider med en strategi om vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom for å tydeliggjøre ansvaret som påligger voksne. Målet er å synliggjøre regjeringens politikk, perspektiver og tiltak for å forebygge, beskytte og hjelpe barn og ungdom under 18 år som utsettes for vold og seksuelle overgrep i og utenfor hjemmet. Det tas sikte på å legge fram strategien sommeren 2013.

Likestilling og ikke-diskriminering

BLD arbeider for å integrere likestillings- og ikke-diskrimineringsperspektivet i arbeidet mot vold. Denne tilnærmingen krever at noen tiltak er rettet mot spesielt sårbare mennesker, mens andre er mer generelt utformet. Vold mot kvinner er både en årsak til manglende kjønnslikestilling og et hinder for reell likestilling mellom kjønnene. Likestilling handler imidlertid ikke kun om likestilling mellom kjønnene. Individuer har, i tillegg til et kjønn, en sosial bakgrunn, en etnisk bakgrunn, et livssyn, funksjonsevne, seksuell orientering og alder. Menn utsettes også for vold i nære relasjoner, både i heterofile og i homofile relasjoner. Kvinner kan også være voldsutøvere.

BLD har koordineringsansvaret for regjeringens arbeid mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. Det har vært en prioritert innsats på disse feltene gjennom flere handlingsplaner. Gjennom *Handlingsplan mot tvangsekteskap* (2008-2011) og *Handlingsplan mot kjønnslemlestelse* (2008-2011) ble den offentlige innsatsen betydelig styrket. En rekke tiltak i disse handlingsplanene er blitt innlemmet i den ordinære driften i helsesektoren. Tiltakene har forbedret helsetilbudet til jenter og kvinner som har vært utsatt for kjønnslemlestelse, og styrket det forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse og tvangsekteskap innenfor offentlig sektor, herunder helsesektoren. Å styrke Norges internasjonale innsats, samarbeid med organisasjoner i utlandet og andre lands myndigheter har vært tiltak i handlingsplanene. Gjennom *Handlingsplaner mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse* (2012) ble sentrale tiltak videreutviklet. Det forebyggende arbeidet mot kjønnslemlestelse er blitt styrket ved at feltet er blitt en del av oppgavene til minoritetsrådgivere i skolen, integreringsrådgivere på utenriksstasjonene, og det tverretatlige kompetanseteamet mot tvangsekteskap og kjønnslemlestelse. I februar 2013 ble *Handlingsplan mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og alvorlige begrensninger av unges frihet* (2013-2016) lagt frem. Den nye handlingsplanen inneholder 22 nye og videreførte tiltak, som utvikler regjeringens innsats på disse feltene. Forebyggende arbeid, god offentlig hjelp gjennom kompetanseheving og samordning, samt forskning og metodeutvikling er hovedområdene i planen, og flere av tiltakene inkluderer også helsesektoren. BLD deltar også i en arbeidsgruppe i EU som skal utarbeide forslag til "best practice" og støtte til medlemslandenes innsats for å bekjempe kjønnslemlestelse.

Utfordringer

Likestillingsagendaen globalt er under stadig sterkere press. Det har vist seg i flere sammenhenger at det er en utfordring å sikre fortsatt oppslutning om inngåtte politiske og juridiske forpliktelser for å styrke kvinners rettigheter og fremme likestilling. For første gang var det ikke mulig å komme til enighet om et sluttokument under FNs kvinnekommisjon i 2012. Årsaken til at man ikke kom til enighet var at kommisjonen ble gjenstand for en bredt anlagt kampanje, ledet av en allianse av konservative stater, frivillige organisasjoner og religiøse samfunn, som gikk inn for å svekke den internasjonale kvinne- og likestillingsagendaen og normer og rammeverk det tidligere er oppnådd enighet om.

Kampanjen fortsettes i mange fora og på mange nivåer, og innebærer en betydelig utfordring for Norge og andre land som ønsker å styrke kvinners stilling. Det gjenstår å se om FNs kvinnekommisjon klarer å komme til enighet om sluttokumentet for 2013. Det er særlig kvinners seksuelle og reproduktive helse og rettigheter (SRHR) som er under angrep fra konservative krefter. Derfor vil en hovedprioritet for Norge framover være å bygge en bred allianse som motkraft til denne og videre å mobilisere for at det ikke blir en svekkelse av det internasjonale arbeidet for å fremme kvinners rettigheter og likestilling.

Ahmad Ghanizadeh
Statssekretær

www.regjeringen.no/bld

Landbruks- og matdepartementet

Regjeringens strategi "Matsikkerhet i et klimaperspektiv" ligger til grunn for arbeid med matsikkerhet i perioden 2012-2015.

For Landbruks- og matdepartementet (LMD) er det særlig følgende områder som har betydning for global helse:

- sammenhengen mellom dyrehelse og folkehelse
- matsikkerhet, helse og klima
- genressurser
- internasjonal landbruksutvikling, bistand og helsehensyn i handel

Én verden – én helse

Én verden – én helse er blitt et begrep for dyrehelsens betydning for folkehelsen. 75 prosent av nye infeksjonssykdommer hos mennesker kommer fra dyr. Smitten kan overføres direkte, via mat, vann eller insekter. Eksempler på slike sykdommer er svineinfluensa, fugleinfluensa og sykdommer som overføres med en vektor som mygg eller flått. Mikroorganismer som smitter mellom dyr og mennesker kalles zoonoser.

Disse nye truslene møtes best gjennom et sterkt internasjonalt samarbeid og et harmonisert regelverk. For å bidra til å øke forståelsen for sammenhengen mellom folkehelse, husdyrhelse og helse hos ville dyr deltar LMD aktivt i internasjonale organisasjoner som EU, OIE og FAO, samt nordisk ministerråd. Det er nødvendig å øke forståelsen for viktigheten av forebyggende arbeid, spesielt knyttet til nye truende sykdommer.

Matsikkerhet, helse og klima

Sammenhengen mellom matsikkerhet, ernæring og helse fremgår i FN's definisjonen av matsikkerhet: *"Matsikkerhet er tilstede når alle mennesker til enhver tid har fysisk og økonomisk tilgang til nok og trygg mat, for et fullgodt kosthold som møter deres ernæringsmessige behov og matvarepreferanser som et grunnlag for et aktivt liv med god helse".*

Aktiviteten på dette området omfatter et bredt felt, herunder langsiktig landbruksutvikling og forskning. LMD bidrar inn i internasjonale prosesser på området, både i FN-sammenheng og gjennom europeisk samarbeid. LMD er sammen med Helse- og omsorgsdepartementet med på å planlegge WHO/FAO International Conference on Nutrition (ICN+21) høsten 2013. Det er en oppfølgerkonferanse til International Conference on Nutrition i Roma i 1992.

75 prosent av nye infeksjonssykdommer hos mennesker kommer fra dyr. Eksempler på slike sykdommer er svineinfluensa og fugleinfluensa.

LMD deltar også i styringen og finansieringen av det europeiske forskningsprogrammet JPI-FACCE som fokuserer på landbruk, matsikkerhet og klimaendringer.

Genressurser

I følge FAO er den genetiske variasjonen innen landbruket trolig redusert med 75 prosent de siste 50 årene. Endringer fra småskalalandbruk til større enheter og mindre variasjon i produksjonsformer er noen av årsakene til tap av både de genetiske ressursene og den tilhørende kunnskapen.

Tilgang til genetisk mangfold er grunnlaget for avl og foredling, og sentralt for klimatilpasning og matsikkerhet. En rik tilgang av genressurser er også viktig for utvikling av nye helsefremmende matplanter (og nye medisiner). LMD bidrar i arbeidet med den internasjonale plantetraktaten og støtte til Svalbard Globale Frøvehelv.

Internasjonal landbruksutvikling, bistand og helsehensyn i handel

LMD bidrar med faglig kompetanse inn i internasjonal landbruksutvikling, samt dyrehelse og mattrygghet, i FAO, FNs organisasjon for mat og landbruk.

LMD koordinerer arbeidet på hygieneområdet i Verdens handelsorganisasjon (WTO) i komiteen for hygiene og veterinære forhold samt Standards and Trade Development Facility (STDF) der WTO, WHO, FAO, OIE og Verdensbanken er partnere. STDF er et globalt partnerskap som støtter utviklingsland i å bygge kapasitet i å gjennomføre internasjonale hygiene- og veterinære standarder. Dette bidrar både til å gi tryggere matprodukter og bedre dyrehelse innenlands, samt å legge grunnlag for tilgang til internasjonale markeder som har høye krav til hygiene og dyrehelse.

www.regjeringen.no/nb/dep/lmd

Helsedirektoratet

Helsedirektoratets globale samarbeid skal bidra til å realisere visjonen "god helse – gode liv" – også utenfor Norge, ved å påvirke både folkehelsearbeid og helsetjenester.

I stadig større grad ser vi at globalt samarbeid er viktig for nasjonal politikk innenfor helsesektoren. Dette er spesielt tydelig i forhold til EU-direktiver med direkte innflytelse på norsk regelverk. Verdens helseorganisasjon (WHO) og andre FN-organ fremforhandler og vedtar resolusjoner og erklæringer som er politisk og moralsk forpliktende. Og konvensjoner som er bindende internasjonale instrumenter. Forhold knyttet til blant annet migrasjon av helsepersonell, patentrettigheter, smittefare og markedsføring som påvirker livsstil kjenner ingen grenser. De er globale og må håndteres deretter.

Følgende mål gjelder for det globale arbeidet:

- være en ledende faginstans for Norges globale engasjement innen helse
- være en ressursbank for kompetanse og et bindeledd mellom fag, forvaltning og politikk
- bidra til at norske fagmiljøer deltar i kompetanseutvikling og forskning innen globale helsespørsmål
- bidra til at Norge fører en samordnet, helhetlig og helsefaglig basert politikk i globale fora på helseområdet
- bidra til at den økonomiske støtten fra Norge gjennom bilaterale og multilaterale kanaler til helseformål gir gode resultater
- bidra til kompetanseutvikling og forskning både for å øke kunnskapen globalt og for å bidra til politikktutforming nasjonalt
- bidra til at saker som fremmes i ett forum følges opp i andre fora der det er relevant

FN og tusenårsmålene

Norge er sterkt engasjert i global helse og en pådriver i arbeidet for å nå tusenårs mål 4 - reduksjon i mødre dødelighet, tusenårs mål 5 - reduksjon i barnedødelighet innen 2015 og tusenårs mål 6 – bekjempe hiv og aids. Helsedirektoratet er representert i den norske styringsgruppen for dette arbeidet. Det er utarbeidet bilaterale avtaler med Malawi, India, Pakistan, Tanzania og Nigeria for å styrke landenes egen satsning på helsetjenester for mødre og barn. Helsedirektoratet er involvert i gjennomføringen av disse programmene særlig i India og Pakistan.

Verdens helseorganisasjon (WHO)

Helsedirektoratet har det nasjonale koordineringsansvaret for det norske WHO-arbeidet. Det innebærer bistand til Helse- og omsorgsdepartementet og formidling av faglige standpunkter i Norges arbeid overfor WHO. I tillegg er direktøren i Helsedirektoratet stedfortreder for helse- og omsorgsministeren som leder av Norges delegasjon til WHO's styrende organer. Direktøren er også Norges representant i WHO's globale styre i perioden 2010-2013 og i WHO's arbeidsutvalg.

Avdeling global helse er ansvarlig for å samordne forberedelsene til verdens helseforsamling, WHO's styremøter, regionalkomité møtet i Europa samt nordisk WHO-koordinering. Helsedirektoratet samordner og utformer utkast til instruks og rapport som klareres politisk i Utenriksdepartementet og i Helse- og omsorgsdepartementet. Avdelinger i Helsedirektoratet er ansvarlig for å levere faglige innspill til norsk instruks for møter i WHO. En faglig oppfølging av ulike WHO-programmer og resolusjoner er tillagt de relevante avdelingene. Avdeling global helse skal støtte dette arbeidet. Det er i forbindelse med norsk styremedlemskap i WHO utarbeidet en norsk WHO-strategi.

EU og EØS

Helsedirektoratet skal videreføre sin deltakelse i spesialutvalget for helse, kontaktutvalget for EU/EØS-saker og EU/EØS-referansegruppen. Disse er etablert for å ivareta norske interesser på det helsefaglige området. Det er god kontakt med helse- og mattrygghetsråden ved EU-delegasjonen. Det er viktig å bevare det etablerte kontaktnettverket i EUs institusjoner. Nasjonale eksperter benyttes som døråpnere og kontaktpunkter.

Helsedirektoratet har oppgaver knyttet til gjennomføring av rettsakter som tas inn i EØS-avtalen, og ønsker å sikre rask og riktig gjennomføring av disse. Flere EU-initiativ på helseområdet åpner for norsk deltakelse på frivillig basis, utover pålagte oppgaver. Fagavdelingene vurderer sin deltakelse fra sak til sak.

Europarådet

Det er et mål for regjeringen å delta i samarbeidet i Europarådet i tråd med norske interesser. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å koordinere arbeidet i Europarådet på helsefeltet. Bioetikk-komiteen baserer seg på biomedisinkonvensjonen og følger opp anbefalinger innen bruk av tvang i psykisk helsevern og innen transplantasjon. Pompidou-gruppen arbeider på narkotikaområdet. Andre komiteer innen delavtalene dekker legemiddelområdet, transplantasjon, blodsikkerhet, kosmetikk og matvaretilsetninger.

OECD

OECD Health Committee møtes to ganger i året for å diskutere nye eller pågående prosjekter i arbeidet med å få frem sammenlignbare data og kunnskap som kan brukes som beslutningsgrunnlag i utforming av helsepolitikken. Helsedirektoratet gir innspill til sakene som blir behandlet i komiteen, og deltar etter behov. OECD publiserer årlig sammenlignbare data om helsetjenester. I tillegg initieres en rekke prosjekter, der Norge deltar med fagekspertise på enkelte områder.

Et stort pågående prosjekt er Health Care Quality Indicator for utvikling av kvalitetsindikatorer. Dette blir organisert i flere undergrupper, med det overordnede ansvaret plassert i Helsedirektoratet.

Det er stadig tydeligere for oss i Helsedirektoratet at helseforhold i Norge blir påvirket av globale strømninger. Derfor er det viktig å forstå og å påvirke disse.

Norden

Flere avdelinger i Helsedirektoratet har lang tradisjon for tett nordisk samarbeid innenfor sine fagområder og følger blant annet opp aktiviteter i regi av Nordisk ministerråd. Det foreligger en nordisk overenskomst om gjensidig godkjenning av helsepersonell i Norden der man sikter mot mindre grensehinder og god informasjonsutveksling på feltet. På beredskapsområdet utgjør Svalbard-gruppen et nyttig forum og nettverk for informasjonsutveksling og samarbeid, med utgangspunkt i en nordisk helseberedskapsavtale.

Nærområdene

Helsedirektoratet skal bistå Helse- og omsorgsdepartementet i videreutviklingen av helsesamarbeidet i Norges nærområder, herunder delta i ekspertgrupper i samsvar med direktoratets nasjonale ansvarsområder. Dette gjelder den rådgivende programkomiteen for tilskudd til prosjekter under Barents helse- og sosialprogram og bistand med rådgivning innenfor rammen av EUs nordlige dimensjon (EUND) - Partnerskap for helse og livskvalitet.

Forskningssamarbeid

Helsedirektoratet representerer Norge i generalforsamlingen til European and Developing Countries Clinical Trials Partnership. Videre er vi observatører i styret for Forskningsrådets program for global helse og vaksinasjon og The Norwegian Forum for Global Health Research.

Internasjonal statistikk

Helsedirektoratet skal holde oversikt over og bidra til rapportering av helse- og sosialdata til internasjonale databaser og organisasjoner. Det skal også sørge for at statistikk og analyser fra de samme databasene og organisasjonene blir tilgjengelig. Til dette ansvaret hører deltakelse i internasjonal utvikling av statistikk på helsepolitikken område. Dette arbeidet foregår hovedsakelig i OECD, i EU og i WHO-regi. Avdeling statistikk har et hovedansvar for statistikkområdet internasjonalt.

Bjørn Guldvog
Direktør

www.helsedirektoratet.no

Norad

Fremskrittene innen FNs helsetusenårs mål er oppmuntrende selv om betydelige utfordringer gjenstår. Resultater oppnås når det internasjonale systemet, politisk og faglig, trekker i samme retning over tid og et økende antall ledere i de hardeste rammede landene prioriterer tilgang til helsetjenester for kvinner og barn og bekjempelse av smittsomme sykdommer.

Norad følger opp Stortingsmeldingen i tett samarbeid med Utenriksdepartementet og et stort nettverk av internasjonale og nasjonale organisasjoner og fagmiljøer. Innen global helse har det vært store forandringer fra tradisjonell tjenesteytende bilateral bistand til initiativ med internasjonale partnerskap og nye aktører. Norge har bidratt gjennom innovasjon, mobilisering av ressurser og politisk lederskap, og ved å fremme aktiv deltakelse av berørte grupper.

Norad spiller en viktig rolle ved å gi faglige råd, forvalte midler, kvalitetssikre, være pådriver for samfunnsdebatt, evaluere og kommunisere om global helse. Et solid kunnskapsgrunnlag og analyser er en forutsetning for å kunne treffe gode valg rundt nytenkning og risiko, og formulere målsettinger og kriterier for å skape resultater i fremtiden. Antikorrupsjon og juridisk kvalitetssikring står sentralt i Norads arbeid.

Norad har bidratt til å mobilisere for kvinners og barns helse gjennom utviklingen og oppfølging av FNs generalsekretærs globale strategi "Every Woman, Every Child", som har som mål å redde 16 millioner liv i 49 lavinntektsland i løpet av 2015. Det har hittil kommet over 250 tilslutninger om støtte til initiativet med samlet verdi på over 50 milliarder dollar.

I videreføring av Kommisjonen for informasjon og ansvarliggjøring har Norad gjennom Universitetet i Oslo bidratt til utvikling av helseinformasjonssystemer for bedre resultater og ressursoppfølging i mer enn 16 land, samt etablering av fødsels- og dødsregistre i samarbeid med Statistisk Sentralbyrå. I Kommisjonen for livsviktige medisiner for kvinner og barn (Stoltenberg/ Jonathan) er Norads bidrag betydelig, både administrativt og i arbeidet med å få til prisreduksjon på prevensjonsimplantater og å få de 13 utvalgte medisinene helt frem til kvinner og barn i de fattigste landene. Dette kan redde opptil seks millioner liv.

Norad har siden 2010 koordinert innovasjonsarbeidsgruppen under FNs generalsekretærs strategi med mål om å utvikle nye løsninger for å bedre kvinners og barns helse. Vi har mobilisert globalt og støttet nye og lovende prosjekter i land for å oppskalere bruken av mobil-helse, fremme offentlig-privat samarbeid, utvikle bærekraftige forretningsmodeller for entreprenører, samt bedre helsetjenester ved hjelp av kvalitetssjekkklister. Støtten fra Norad og andre partnere til dette arbeidet har som mål å gi 1,5 millioner kvinner tilgang til viktige helsemeldinger og tjenester ved bruken av mobil-helse, og for å øke kvaliteten i førstelinjetjenester ved at 100 000 helsearbeidere får adgang til mobilløsninger.

Et solid evaluerings- og kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for å kunne treffe gode valg rundt nytenkning og risiko, og iverksette innsatser som gir målbare resultater.

Sammen med utstrakt helsediplomati fra Utenriksdepartementet har Norad gjennom faglig rådgiving til ambassadene i India, Pakistan, Tanzania, Nigeria og Malawi bidratt til sterk innsats på mødre- og barnehelse. I perioden 2005 til 2010 ble Tanzanias og Malawis mødredødelighet redusert fra ca 600 til 460 per 100 000 levende fødte, mens i Nigeria ble den redusert fra cirka 800 til 630 i samme periode. Piloter for resultatbasert finansiering i India og Tanzania viser sterk økning i antall fødsler på klinikk. De multilaterale organisasjonene, fond, partnere og ulike forskningsinstitusjoner inkludert GLOBVAC i Forskningsrådet mottar betydelig økonomisk støtte fra Norge. Norad bidrar med fagvurderinger, innspill og aktiv dialog i styremøter og gjennom styrerepresentasjon.

En betydelig del av Norads støtte til norske og internasjonale frivillige organisasjoner går til helse. En fjerdedel av støtten i fjor gikk til Den internasjonale føderasjonen for familieplanlegging (IPPF) som jobber for trygg abort og prevensjonsmidler, mødre- og barnehelse, STI og hiv-behandling, forebygging og omsorg, i sær blant ungdom. IPPFs 152 medlemsorganisasjoner jobber nasjonalt i 172 land med å påvirke lovgivning på seksuell og reproduktiv helse og rettigheter. I 2011 ble det levert 89 millioner seksuelle og reproduktive helsetjenester fra IPPFs 65 000 helsefasiliteter.

Norad bidro sammen med Sida til dokumentasjon av rettighetsbrudd mot homofile, lesbiske, bifile og transpersoner (LHBT) i fem land. Dette inngår i det norsk-svenske regionale samarbeidet i Afrika, der Norge bidrar med 35 millioner kroner. Andre spesifikke mål for innsatsen i 2012 og 2013 omfatter blant annet seksualundervisning for minst 8000 ungdom, økt tilgang til kondomer (over 200 millioner kondomer) i fire land, forebygge mor-til-barn smitte blant 40 000 barn, styrke forebygging med vekt på tilgang til informasjon i 20 land, økt kvinne-deltagelse i nasjonale og regional prosesser, langsiktige strategier for finansiering av hivarbeid utarbeidet i fire land, samt styrket kapasitet og lederskap i regionale økonomiske fellesskap (East African Community og Southern African Development Community).

Det er beregnet at 200 millioner kvinner og jenter har et udekket behov for familieplanlegging. Family Planning 2020 initiativet ble etablert i 2012 der stater, organisasjoner og nettverk arbeider for at 120 millioner kvinner sikres tilgang til prevensjon. Dette vil redusere dødelighet blant jenter og kvinner med omlag 200 000 liv innen 2020. Norad følger opp sammen med andre partnere arbeidet med å gi tilgang til prevensjonsimplantat (p-stav) for 27 millioner kvinner - i tillegg til global koordinering og overvåking.

I arbeid med hiv og andre smittsomme sykdommer favner Norads arbeid bredt: engasjere ungdom og ungt lederskap, styrke rettighetsfokus, bidra til den norske hiv-strategien og støtte til forskning på hiv og aids. Norge spiller en viktig rolle i å støtte og ta opp viktige og kontroversielle temaer. For eksempel gis det støtte til at barn og ungdom i 20 afrikanske land får tilgang til seksualundervisning. Norad bidrar også med faglig innspill og kvalitetssikring tilknyttet Norges investeringer og engasjement i det globale fondet (GFATM). Hittil har fondet bidratt til at 3,3 millioner mennesker har fått tilgang til hiv-behandling (ARV), 8,6 millioner har fått behandling mot tuberkulose (DOTS) og 230 millioner malarianett har blitt utdelt.

Norad jobber med problemstillinger knyttet til helsepersonell med en rekke aktører. Vi følger opp samarbeid mellom norske og malawiske institusjoner for økt sykepleierutdanning. I fjor arrangerte vi konsultasjonen "Healthworkers At The Frontline" i Nairobi, mens vi nå er aktive i forberedelsene til det tredje globale forumet for helsepersonell. Vi har ellers bidratt til utarbeidelsen av ny strategi for 2013-2016 for Den globale helsearbeideralliansen, der Norad sitter i styret. I 2012 ble det nye kapasitetsprogrammet for utdanningsinstitusjoner i sør – NORHED – lansert. Helse er et av satsingsområdene.

Villa Kulild
Direktør, Norad

www.norad.no

Norges forskningsråd

Norges forskningsråds program for Global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) sitt hovedmål er å støtte forskning av høy kvalitet som bidrar til varige bedringer i helsetilstanden og utjevning av helseforskjeller for fattige mennesker i lav- og lavere mellominntektsland.

GLOBVAC er en videreføring og utvidelse av programmet som ble opprettet i 2006. Det bidrar til regjeringens satsing for å bedre kvinners og barns helse med referanse til FN's tusenårsmål 4, 5 og 6.

Programmet vil i perioden 2013-2020 ha en forventet årlig budsjetttramme på rundt 117 millioner norske kroner. Det er etter en betydelig økning av tilskuddene. En del av bevilgningen vil øremerkes prosjekter som kan bidra til å følge opp anbefalingene fra FN's kommisjon for livreddende medisiner.

Programmet prioriterer vaksine- og vaksinasjonsforskning, helsesystem- og helsepolitikkforskning, innovasjon i teknologi- og metodeutvikling og implementeringsforskning.

Programmet har som delmål å bygge og styrke forskningskapasitet på global helse ved norske forskningsinstitusjoner og i norske bedrifter med forskningsvirksomhet samt å bidra til bygging av forskningskapasitet i lav- og mellominntektsland. Rundt 78 prosjekter har mottatt støtte i perioden 2006-2012.

I 2013 planlegger Forskningsrådet to større utlysninger av forskningsmidler, henholdsvis til innovasjonsprosjekter i næringslivet, forskerprosjekter og "Young Scientist Grants".

Forskningsrådet redegjør her kort for GLOBVACs arbeid som handler om de tre definerte prioriterte områdene i stortingsmelding 11 (2011-2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken: "*mobilisere for kvinners og barns helse og rettigheter, redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging og fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse*".

Programmet ser behov for å aktivt stimulere blant annet samfunnsvitenskapelige miljøer til i større grad å innrette sin forskning mot rettighetsperspektiver på kvinners og barns helse.

Mobilisere for kvinners og barns helse og rettigheter

En stor del av tidligere og nåværende prosjekter i programmets portefølje er direkte rettet inn mot kvinners og barns helse. Forskningstemaene spenner vidt. Eksempler som kan nevnes er utvikling av patent på rotavirusvaksine for å forebygge barnedødsfall som følge av diaré, effektiviteten i barnevaksinasjons-programmer, forebygging av overføring av hiv-smitte fra mor til barn, effekt av helsesystem-intervensjoner som fødsels- og barselomsorg, bruk av teknologi for å innhente helsedata og å informere om tiltak på primærhelsetjenestenivå. I tillegg er det gitt støtte til forskningsprosjekter som dreier seg om vold i nære relasjoner og mental helse hos barn.

Programmet er i stor grad rettet inn mot forebyggende tiltak mot smittsomme sykdommer slik som tuberkulose, hiv, smittsom hjernehinnebetennelse samt mindre utbredte sykdommer som eksempelvis hepatitt B, E.coli og shigella. Alle disse er i høyeste grad viktige for kvinners og barns helse.

Det er sterke norske forskningsmiljøer på barne- og mødre helse i lav- og mellominntektsland. Spesielt vil vi trekke frem Universitetet i Bergen, Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health som ved Professor Halvor Sommerfelt fikk tildelt Senter for Fremragende Forskning (SFF) i en femårsperiode fra 2013.

Det har imidlertid vært lite tilfang av prosjekter med et integrert fokus på kvinners og barns helse og rettigheter. Programmet ser behov for å aktivt stimulere blant annet samfunnsvitenskapelige miljøer til å i større grad å innrette sin forskning mot rettighetsperspektiver på kvinners og barns helse. Vi vil gjøre dette blant annet gjennom målrettet informasjonsvirksomhet mot hele bredden av potensielle forskningsmiljøer.

Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging

GLOBVAC har hatt et sterkt fokus på vaksine- og vaksinasjonsforskning. Blant annet kan det nevnes et bidrag på fire millioner dollar til et stort konsortium ledet av Program for Appropriate Technology in Health (PATH), i samarbeid med blant andre Bill and Melinda Gates Foundation. Dette er for å utvikle en rotavirusvaksine under indisk patent.

Hovedtyngden av vaksine- og vaksinasjonsforskningen har vært rettet mot tuberkulose og hiv. I tillegg er det også gitt støtte til forebyggende prosjekter rettet mot lokal mobilisering mot hiv og aids blant menn som har sex med menn (MSM) i Tanzania.

GLOBVAC har styrket sitt fokus på helsesystemforskning gjennom den seneste store tildelingen av midler i 2012, og dette fokuset vil beholdes fremover. Ikke-smittsomme sykdommer er ikke dekket av GLOBVACs programplan 2012-2020. Forskningsrådet har imidlertid tatt initiativet til en diskusjon om dette temaet overfor Norad og vi vil bringe det inn for programstyret før neste store utlysning av midler høsten 2013.

Utfordringer og muligheter

En generell utfordring for programmet er å få opp søkermassen for å øke tilfanget av søknader med høy kvalitet. Forskningsrådet er likevel av den oppfatning at det over tid vil være god evne til å møte dette i norske forskningsmiljøer ved de nylig økte tilskuddene til global helse.

Mari Kristine Nes
Avdelingsdirektør

www.forskningsradet.no

Fredskorpset

Nye helsearbeidere, forbedrede kliniske ferdigheter, økt innsikt i god organisering av helsetjenester, større bevissthet om yrkesetikk, høyere motivasjon for jobben som helsearbeider. Det er noen av resultatene så langt av Fredskorpsets helseutvekslingsprogram.

Den overordnede målsetningen for Fredskorpsets helseutvekslingsprogram er å bidra til å løse den globale helsepersonellkrisen og å nå tusenårsmålene knyttet til helse, gjennom å styrke utdanning og tjenestelevering i Norges samarbeidsland.

Fredskorpset og våre partnere investerer i kunnskap og ferdigheter hos enkeltmennesker, som igjen deler ny kunnskap med kolleger og institusjoner i løpet av utvekslingen og etter hjemkomst til sin faste arbeidsgiver. Fredskorpsets modell med gjensidig utveksling gir helsepersonell en unik mulighet til å få egne erfaringer i et annet miljø. Dette er noe som særlig for helsepersonell fra sør er dokumentert å ha større effekt enn kun å ha personell fra nord tilstede i sør-miljøet. I 2012 hadde helseprosjektene 72 deltakere. Det er 11 prosent av totalt antall utvekslinger.

Redusere personellkrise

Det anslås at Afrika sør for Sahara har 24 prosent av verdens sykdomsbyrde, men kun tre prosent av alt helsepersonell. Beregninger viser behov for å utdanne 4,2 millioner flere helsearbeidere. I flere av landene hvor Fredskorpsets partnere har sine prosjekter samarbeider de med landets eneste spesialist innen sitt fagfelt, enten det dreier seg om gynekologi, nevrokirurgi, onkologi, fysioterapi eller ortopedi.

Bidrag til å redusere helsepersonellkrisen dreier seg ikke bare om å utdanne flere, men også om å styrke fagmiljøer slik at det blir attraktivt å bli i yrket. Hevet kvalitet på kliniske ferdigheter hos den enkelte, og bedre rutiner og organisering av helsetjenester er målsetninger i partnerskapene som mottar støtte fra Fredskorpset.

Deltakerne i Fredskorpsets helseprogram har uteopphold på mellom seks og 18 måneder. Støtten går både til utvekslinger mellom Norge og land i sør, og mellom land i henholdsvis Afrika og Asia. Våre partnere er sykehus, frivillige organisasjoner, departementer og utdanningsinstitusjoner.

Gjensidigheten og varigheten på utvekslingene gjør Fredskorpsets modell unik. Det finnes ulike varianter av institusjonssamarbeid innen helse mellom andre europeiske land og partnerland, men de fleste praktiserer enten kun sending av ressurspersoner fra nord til sør, eventuelt i kombinasjon med korte opphold for helsepersonell fra sør til nord.

En gjennomgang av Fredskorpsets helseutvekslingsprogram fra 2011 viser at i tillegg til bedre kliniske ferdigheter, rapporterer spesielt deltakerne fra partnerlandene om endrede holdninger til yrket sitt og til hvordan de møter pasienter.

Innsatsen i regi av Fredskorpsets helsepartnere fordeler seg per i dag innen ulike sider av rehabilitering, mødre- og barnehelse, forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, samt klimatilpasninger som har helseeffekter. I tillegg er det enkeltprosjekter innen spesialistutdanning av nevrokirurger, innen infeksjonsmedisin, kreftomsorg, og laboratoriefag. Fredskorpsets sør-partnere innen helse finnes hovedsakelig i øst- og sørlige Afrika, samt i sør- og sørøst Asia.

Langsiktig effekt

Rehabiliteringsfeltet omfatter styrking av fysioterapeututdanning i Sudan og Malawi, etablering av rehabiliteringstjenester i Zambia og videreutvikling av ortopedisk tilbud i Malawi, Tanzania og Kambodsja. Dette er viktige tjenester med langsiktig effekt, der mennesker får støtte til å bevare helse og arbeidsevne. På sikt vil flere av våre norske partnere trekke seg ut og godt etablert institusjonssamarbeid mellom regionale partnere i Afrika og Asia vil fortsette.

Klimatilpasning

Tiltak for bedret mødrehelse fokuserer på opplæring av jordmødre og sykepleiere i bruk av enkle maskiner og hjelpemidler ved sykehus i Malawi og Tanzania. I India har Fredskorpsets partner jobbet innen omsorg og tjenester for nyfødte, og både leger og sykepleiere har deltatt i utvekslinger. Flere av prosjektene Fredskorpset støtter i Asia dreier seg om tilpasning til klimaendringer, med både direkte og indirekte konsekvenser for helse. Matsikkerhet er et av temaene det jobbes med gjennom utvikling av bærekraftige landbruksmetoder og dyrking av nye sorter ris som er tilpasset endrede klimaforhold. Et annet fokus er reduksjon av luftforurensning i asiatiske storbyer, med potensielt store miljø- og helsegevinster. I tillegg jobbes det med forebygging av sykdom blant annet gjennom å sikre tilgang til primærhelsetjenester, kampanjer mot misbruk av alkohol og tobakk, bygging av sanitæranlegg, og innføring av moderne kokeapparater som ikke avgir røyk, noe som særlig har positiv effekt på helse for kvinner og barn.

Endrer holdning til yrket

En gjennomgang av Fredskorpsets helseutvekslingsprogram fra 2011 viser at i tillegg til bedre kliniske ferdigheter, rapporterer spesielt deltakerne fra partnerlandene om endrede holdninger til yrket sitt og til hvordan de møter pasienter. Denne typen resultater kan være utfordrende å måle, men ikke desto mindre viktige, og grunnleggende som bidrag til gode fagmiljøer med motiverte og dyktige helsearbeidere.

Resultater av utvekslingsprosjektene for norske sykehusavdelinger innebærer blant annet å ha en stab som har fått erfaring med diagnoser og tilstander vi ser kun i lite omfang i Norge, bedre forutsetninger for å møte pasienter med annen kulturell bakgrunn, samt et økt engasjement for internasjonalt samarbeid. Utdanningsinstitusjonene har blant annet opparbeidet seg kompetanse på oppbygging av utdanninger i partnerlandene.

Siden 2008 har Norge deltatt i den europeiske Esther-alliansen som har sykehussamarbeid mellom nord og sør som sin nisje. Alliansen utveksler erfaringer omkring kapasitetsbygging i helseinstitusjoner, først og fremst gjennom styrking av ferdigheter hos klinisk personell som ellers ikke dekkes av tilbud fra akademiske institusjoner.

Helse er et av Fredskorpsets satsningsområder, og vi vil fortsette å støtte partnerskap med langsiktige perspektiver for å oppnå varige endringer. Mange lav- og mellominntektsland har høy økonomisk vekst, hurtig urbanisering og levevilkår i rask endring for store grupper i befolkningen. Ikke-smittsomme og livsstilsrelaterte sykdommer, inkludert mentale problemer, kommer for fullt i disse landene, på toppen av utfordringer som ennå ikke er løst med smittsomme sykdommer og høy mødre- og barnedødelighet.

Livsstilssykdommer som høyt blodtrykk, diabetes type 2, en del kreftformer, og muskel- og skjelettplager kan forebygges. I tråd med behovet for forebyggende helsearbeid ønsker Fredskorpset å styrke satsingen også på partnere som jobber med dette framover.

Blant Fredskorpsets nyeste partnerskap, er det økende fokus på mental helse, styrking av helsesystemer og miljørettede helsetiltak i urbane strøk. Dette er en utvikling i tråd med stadig nye utfordringer og norske prioriteringer innen global helse.

Nita Kapoor
Direktør

www.fredskorpset.no

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI)

FHI har de siste seks årene engasjert seg stadig sterkere i globalt helsesamarbeid. Dette innebærer prosjekter med bilaterale og multilaterale partnere, inkludert lav- og mellominntektsland. Gjensidig utveksling av kunnskap, bygging av nettverk, utvikling av smittevern og utvikling av helseovervåkingssystemer er prioriterte områder.

FHI mottar oppdrag fra Utenriksdepartementet (UD), Norad og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) knyttet til norske prioriteringer innen globale helseutfordringer. FHI er en rådgiver for myndighetene innen instituttets fagområder og arbeider med å løfte globale folkehelse spørsmål på den internasjonale agendaen.

Gode helsedata og kunnskap om sykdomsårsaker og risikofaktorer er viktig for beredskapsevnen, forebyggingsarbeidet og som grunnlag for prioriteringer innen forskning, folkehelsepolitikk og strategier. FHI arbeider med disse utfordringene på den internasjonale arenaen hvor gjensidig utveksling av kunnskap og erfaringer innen smittevern, diagnostikk og vaksiner, rettsmedisin, forskning på livsstilssykdommer, mødre- og barnehelse og psykiske lidelser er prioriterte felt. I tillegg kommer kartlegging av helseeffekter som følge av miljøgifter og forurensning.

FHI samarbeider med blant annet Norad, Verdens helseorganisasjon (WHO), forskningsinstitusjoner og søsterinstitutt i tillegg til å delta i over 100 internasjonale grupper, råd og utvalg.

Bedre befolkningens helse

Et av målene i FHIs internasjonale strategi er å samarbeide med andre land og institusjoner for gjensidig utveksling av kunnskap, erfaringer og forskning som kan bidra til bedre helse, både i Norge og utenfor landets grenser. Instituttet har organisert den internasjonale virksomheten som en matrise. Instituttet har en internasjonal direktør og en avdeling for internasjonal folkehelse som initierer prosjektsamarbeid og koordinerer et bredt globalt engasjement ved instituttet. I dette ligger et ansvar for å formidle forskningsresultater på relevante områder og utarbeide faglige innspill til ulike internasjonale og globale prosesser.

Et eksempel var de mellomstatlige forhandlingene i WHO som i 2011 førte til enighet om et rammeverk for respons og beredskap for pandemisk influensa etter flere års forhandlinger. FHI inngikk i den norske delegasjonen for forhandlingene. Vår deltakelse i internasjonale prosesser og forhandlinger øker vår innsikt og forståelse av globale prosesser. En aktiv deltakelse bidrar til at vi blant annet kan kvalitetssikre at våre nasjonale perspektiv blir ivaretatt.

Folkehelseinstituttet utfører et vesentlig samfunnsoppdrag og har unik kompetanse. Vi bidrar til fremragende kunnskap for bedre folkehelse nasjonalt og internasjonalt, og vi skal tilpasse vårt arbeid til endringer i sykdomsbyrden.

Andre områder med høy prioritet er videreutvikling av forskning og utviklingssamarbeid (FoU) med søsterinstitusjoner og WHO om blant annet helseovervåking relatert til tusenårsmålene og helsesystemutvikling. Et eksempel på sistnevnte er et samarbeid der FHI og WHO jobber med å utvikle et internasjonalt harmonisert rammeverk for utvikling, forvaltning og bruk av reproduktive helseregistre.

Styrket samarbeid om folkehelse

FHI deltar i flere internasjonale ekspertgrupper innen miljømedisin, psykisk helse, retts toksikologi og rusmiddelforskning samt epidemiologi og har samarbeidstiltak i Nordområdene og Russland. FHI har kontakt med helsemyndigheter og søsterinstitusjoner blant annet i Armenia, Brasil, Burkina Faso, Cuba, Etiopia, India, Malawi og Russland. Samarbeidet spenner fra utvikling av diagnostiske metoder, måling av helseeffekter fra ulike miljøpåvirkninger og luftforurensing, til forskning på utbredelse av smitte, selvmord, rus og trafikkskader, årsaker til enkelte lidelser og sykdommer og til utvikling av systemer for helseovervåking.

Instituttet har også hospiteringsordninger, hvor forskere fra samarbeidsinstitusjoner arbeider en periode på FHI.

FHI er medlem av den internasjonale organisasjonen for folkehelseinstitutter (IANPHI) og arbeider sammen med sine søstermiljøer for å nå ett felles mål - bedre helse i befolkningen og bedre kunnskap om hva som påvirker folks helse i en globalisert verden. FHI har også et institusjonelt samarbeid med WHO og palestinske helsemyndigheter om støtte til oppbyggingen av det palestinske folkehelseinstituttet.

FHI er nasjonalt kontaktpunkt for det internasjonale helsereglementet under WHO. Det innebærer ansvar for varsling av alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse, hvis formål er å forebygge og motvirke internasjonal spredning av smittsom sykdom samt sikre en internasjonalt koordinert oppfølging.

Samarbeid på tvers av landegrenser bidrar til gjensidig kompetanseutvikling, både for FHI og våre partnere. Det bidrar til økt forståelse av hvordan felles sårbarhet fordrer felles ansvar, og gir oss grunnlag for å være en god rådgiver for den norske forvaltningen, HOD og UD i spørsmål knyttet til helseutfordringer i en verden i endring.

Camilla Stoltenberg
Direktør

www.fhi.no

Nasjonal kompetansenhet for minoritetshelse (NAKMI)

NAKMI er et tverrfaglig kompetansesenter som arbeider for å fremme kunnskap og kompetanse om somatisk så vel som psykisk helse og omsorg for migranter og deres etterkommere både nasjonalt og internasjonalt.

NAKMI skal være landsledende på kompetanse og forskningsbasert kunnskapsformidling om migrasjon og helse, med vekt på de største innvandrergroppene og de mest utbredte helseutfordringene blant disse. De viktigste målgrupper er beslutningstagere, helseledere, helsepersonell, forskere, studenter og andre innenfor minoritetshelsefeltet. Målet for NAKMIs virksomhet er å bidra til likeverdige helsetjenester for alle i en multikulturell virkelighet både nasjonalt og internasjonalt.

NAKMI ble opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet i 2003 og administreres av Oslo Universitetssykehus. NAKMIs oppdragsgiver er Helsedirektoratet.

Migrasjon og helse

NAKMIs viktigste bidrag når det gjelder global helse kan på generelt grunnlag sies å være fokus på kunnskap om forholdet mellom migrasjon og helse. Dessuten bidrar NAKMI ved å fokusere på helse blant spesielt sårbare grupper som udokumenterte migranter og på skadelige tradisjonelle praksiser som kvinnelig kjønnslemlestelse.

NAKMIs kjerneoppgaver er:

- forskning og utvikling
- formidling og rådgivning
- undervisning og veiledning

NAKMIs forskning er tverrfaglig og profilert med utgangspunkt i oppdragsbrev fra Helsedirektoratet. De fem viktigste temaer innenfor fagfeltet minoritetshelse er levekår med betydning for helse, helsetilstanden hos minoritetsbefolkninger, rettigheter til helsetjenester, tilgang til helsetjenester og kvalitet på helsetjenester. Mål for NAKMIs forskning er å påvirke praksis, bedre kvaliteten på helsetilbudet, forbedre tilgangen til helsetjenestene for migrant-minoriteter, øke kunnskapen om det norske helsevesenet i innvandrerbefolkninger samt styrke forholdet mellom pasient og helsepersonell. Forskningens direkte målgrupper, helsepersonell og minoritetsbefolkninger, forstås som aktive subjekter og involvering og eierskap til prosjektene tilstrebes. Denne vektleggingen gir rom for bruk av både målgruppens egne perspektiver og av vitenskapelige perspektiver. Metodisk vektlegges tilnæringer som bygger opp om teoretiske ståsted gjennom å tilstrebe en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder, kombinert med praksisrettet og deltakende forskning.

De fem viktigste temaer innenfor fagfeltet minoritetshelse er levekår med betydning for helse, helsetilstanden hos minoritetsbefolkninger, rettigheter til helsetjenester, tilgang til helsetjenester og kvalitet på helsetjenester.

Tilrettelegging for det økte etniske mangfoldet

I 2011 arbeidet NAKMI med i alt 30 forsknings-, utviklings- og formidlingsprosjekter. Det er særlig i forbindelse med forsknings- og utviklingsprosjekter at NAKMI samarbeider internasjonalt om migrasjon og helse og om likeverdige helsetjenester.

NAKMIs internasjonale samarbeid tar hovedsakelig følgende form: NAKMI deltar i prosjektet utvikling av standarder for migrantvennlige tjenester som ledes og finansieres av Verdens helseorganisasjon (WHO). Dessuten deltar NAKMI i og sitter i styret for Adapting European health systems to diversity, det såkalte ADAPT-nettverket. Dette er et prosjekt under den europeiske plattformen European cooperation in Science and Technology (COST) som har som mål å fremme vedtak og gjennomføre nødvendige helsepolitiske handlinger for å legge til rette for det økte etniske mangfoldet i Europa.

Gjennom forskningsprosjektet T-SHaRE (Transcultural Skills for Health and Care) samarbeider NAKMI med åtte andre forskningsinstitusjoner i Europa samt Folkeuniversitetet Oslo.

Målet med prosjektet er å bedre europeiske helsetjenestesystemer og øke tilgjengeligheten til helsetjenester for migrantpasienter. Dette gjøres gjennom bruk av fokusgrupper, intervjuer og kartlegginger der brukere og nøkkelpersoner i innvandremiljøene, samt kulturformidlere og helsepersonell er involvert. Basert på dette skal det utvikles opplæringstiltak innen migrasjon og helse for helsepersonell tilpasset deres kvalifikasjoner og utdanningsbehov. NAKMI har også en samarbeidsavtale med International Centre for Health, Migration and Development (ICHMD) i Genève, som også er representert i det rådgivende fagstyret ved kompetansesentret. I tillegg er NAKMI nylig blitt invitert til å delta i et nytt EU-prosjekt, Lifelong Learning Programme, Culturally Competent in Medical Education sammen med ti andre europeiske forskningsinstitusjoner. Målet er høyere kompetanse blant helsepersonell i Europa når det gjelder migrasjon og helse gjennom opplæring av lærere.

I global helse-sammenheng bidrar NAKMI dessuten ved å sikre kompetansebygging hos det stadig økende antall forskere fra lav- og middelinntektsland i Asia og Afrika, blant annet gjennom veiledning og annen støtte til Master og PhD-studier.

Når det gjelder den globale helseutfordringen som kvinnelig kjønnslemlestelse utgjør, bidrar NAKMI på flere måter. Et utviklingsprosjekt undersøker hvordan helsetjenesten best kan yte lavterskeltilbud til kjønnslemlestedede kvinner med helseskader. Et annet prosjekt undersøker hvordan brukere fra berørte land har opplevd helsetjenestenes forebyggende tilbud mot kvinnelig kjønnslemlestelse. NAKMI har også deltatt i et prosjekt om reproduktiv kvinnehelse. Det handler om utvikling av arbeidsmetoder ved veiledning i familieplanlegging og prevensjon til minoritetskvinner lagt til Kvinneklubben på Oslo universitetssykehus.

I tillegg har NAKMI deltatt med medisinsk faglig ansvarlig for et prosjekt i Somalias hovedstad Mogadishu som opprettet et senter for rehabilitering av kvinner som var sterkt traumatiserte på grunn av grov seksualisert vold. Senteret arbeidet etter en modell som var utviklet på basis av en løsningsfokusert tilnærming og tilpasset lokale forhold i samarbeid med en lokal kvinnegruppe hvor medlemmene selv hadde stor erfaring med traumer.

Formidling internasjonalt:

- NAKMI leder den norske delen av mighealth.net som er en europeisk nettressurs for forskere og praktikere innen minoritetshelsefeltet.
- NAKMI publiserer sine resultater blant annet i internasjonale tidsskrifter. I 2011 publiserte vi ti vitenskapelige artikler. Resultater for 2012 er ikke klare enda.
- NAKMI deltar årlig i flere internasjonale konferanser om migrasjon og helse med egne presentasjoner og posters.

Bernadette Kumar
Direktør

www.nakmi.no

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – Kunnskapssenteret

Kunnskapssenteret ble etablert for å bidra til økt bruk av forskningsbasert kunnskap i norsk helsetjeneste. Men helt siden senteret ble etablert har en liten og viktig del av innsatsen vært rettet mot globale helseproblemer.

En betingelse for gode, kunnskapsbaserte beslutninger er at det foreligger en systematisk oversikt over all tilgjengelig, relevant forskning om den aktuelle problemstillingen. Utarbeiding av slike systematiske oversikter er en av kjerneaktivitetene ved Kunnskapssenteret, også innen global helse.

Enten en ønsker å fremme kvinners og barns helse, forebygge sykdom, eller fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse, er et fungerende helsesystem en forutsetning for å lykkes. Ved Seksjon for global helse i Kunnskapssenteret er nettopp styrking av helsesystemer valgt som hovedinnsatsområde. Dette gjøres gjennom å:

- oppsummere relevante forskningsfunn (systematiske oversikter)
- støtte bruk av forskning i beslutningsprosesser (kunnskapsbasert politikktutforming)

Cochrane-samarbeidet

Cochrane-samarbeidet er et internasjonalt nettverk av forskere som utarbeider systematiske oversikter om effekt av tiltak i helsetjenesten. Seksjon for global helse har ansvaret for den delen av Cochrane-samarbeidet som omhandler styrking av helsesystemer i lav- og mellominntektsland.

Anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon (WHO)

WHO gir mange anbefalinger myntet på nasjonale helsemyndigheter, både i form av faglige retningslinjer og råd om hvordan helsetjenestene bør organiseres, spesielt for lav- og mellominntektsland. Kunnskapssenteret har i flere år vært en viktig støttespiller i dette arbeidet, både når det gjelder etablering av interne rutiner for utarbeiding av anbefalinger i WHO, og i det praktiske arbeidet med å utvikle retningslinjer. Det vesentligste bidraget det siste året har vært knyttet til å utvikle anbefalinger for bruk av helsepersonell, såkalt "task-shifting" som vil si overføring av oppgaver fra én gruppe helsearbeidere til en annen for å forbedre tilgjengeligheten av helsetjenester til mødre og nyfødte.

Enten en ønsker å fremme kvinners og barns helse, forebygge sykdom eller fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse er et fungerende helsesystem en forutsetning for å lykkes.

Kommunikasjon for vaksinasjon

"Communicate to vaccinate" (COMMVAC) er et forskningsprosjekt som ledes fra Kunnskapssenteret. Målet er å systematisere eksisterende kunnskap om strategier for å forbedre kommunikasjon mellom foreldre og helsepersonell. Den overordnede intensjonen er å bidra til økt vaksinedekning.

Kjønnslemlestelse

Forskere ved Kunnskapssenteret har utført flere systematiske oversikter om kjønnslemlestelse de siste årene. For øyeblikket foregår et større arbeid med å oppsummere forskningsbasert kunnskap om helsekonsekvensene av FGM/C blant jenter på bestilling fra WHO og Norad. Dette arbeidet er viktig for å få økt innsikt om de faktorer som bidrar til at denne praksisen opprettholdes, og for å utarbeide tiltaksprogrammer for å bekjempe kjønnslemlestelse.

Kvalifisert fødselshjelp

Ett av forskningsprosjektene ved Kunnskapssenteret "Skilled Attendants at Every Birth" skal bidra til å øke forståelsen av hvilke faktorer som avgjør hvorvidt kvalifisert personell er tilstede når kvinner føder, blant annet gjennom å utarbeide en systematisk oversikt om faktorer som fremmer/hemmer tilstedeværelse av kvalifiserte fødselshjelpere.

Bruk av forskning i utforming av helsepolitikk

Oppsummering av forskning i systematiske oversikter er hjørnesteinen i arbeidet som gjøres i Kunnskapssenteret, inkludert arbeidet ved seksjon for global helse. Men erkjennelsen av at dette arbeidet er av liten verdi dersom det ikke blir aktivt brukt. Det har ført til økt satsning på å utvikle metoder for å bedre tilgjengeligheten av oppsummert kunnskap. Én illustrasjon er SUPPORT-databasen med kortversjoner av systematiske oversikter, spesifikt designet med tanke på helsebyråkrater og andre som bistår i politiske beslutningsprosesser. Et annet eksempel er databasen PDQ-evidence ("Pretty Darn Quick"), som gir rask, enkel og fri tilgang til et stort antall systematiske oversikter over forskning om folkehelsetiltak og forbedring av helsesystemer.

En betingelse for gode, kunnskapsbaserte beslutninger er at det foreligger en systematisk oversikt over all tilgjengelig, relevant forskning om den aktuelle problemstillingen.

I prosjektet "Supporting the Use of Research Evidence for Policy in African Health Systems" utvikles, utprøves og evalueres en rekke forskjellige strategier, for eksempel "hurtigrespons-enheter" som skal bistå helseministeriet på kort varsel. Dette prøves blant annet ut i Uganda. WHO er en av partnerne i dette arbeidet gjennom sin satsning "Evidence-Informed Policy Network".

Utfordringer

Ett sentralt spørsmål er i hvilken grad vi kan stole på forskningsresultater som blir presentert og hvordan fordeler og ulemper ved et tiltak bør veies opp mot hverandre. Kunnskapssenteret ledet arbeidet med å utvikle det såkalte GRADE-systemet for gradering av kvalitet på forskningsresultater – et system som blant annet WHO nå benytter rutinemessig i sitt retningslinjearbeid.

Magne Nylenna
Direktør

www.kunnskapssenteret.no

Oslo Universitetssykehus

Oslo Universitetssykehus bruker sin medisinske kompetanse i forpliktende og langsiktige samarbeid med sykehus i lavinntektsland.

Fokus er land der det ikke er katastrofer eller væpnet konflikt og som har en fungerende infrastruktur. Valg av prosjekter gjøres ut fra overbevisningen om at den store mangelen på helsetjenester i lavinntektsland skyldes mangel på utdannet helsepersonell. En tar sikte på stedlig utdanning og å stimulere de som har fått slik utdanning til å bli i hjemlandet. Det gjøres ved at forholdene legges til rette for et meningsfylt arbeidsmiljø. Det er viktig å støtte behandlingsinstitusjoner som er innenfor rammen av hva de enkelte land har kapasitet til å opprettholde.

India

Oslo Universitetssykehus har siden oktober 2011 samarbeidet med Universitetssykehuset i Kolkata, India. Kompetanseoverføring innen nyfødtemedisin og reduksjon av spedbarnsdødelighet har vært det overordnede målet.

Vi har allerede oppnådd en betydelig reduksjon av barnedødelighet gjennom økt kunnskap om ernæring og amming. Sykepleiere og leger har fått større forståelse for hygiene, respirasjonsfremmende tiltak og demping av motorisk aktivitet hos premature. Tidligere ble de nyfødte pakket inn i bomull og lagt på ryggen. Nå har helsepersonellet lært å lage små reder av laken, slik at barna ligger i fosterstilling. Dette fremmer trygghetsfølelsen. Tidligere lå babyene og fløt i hverandres urin og avføring. Nå har de bleier. God sykepleie er avgjørende for at barna skal slippe infeksjoner, legge på seg og vokse. Oslo Universitetssykehus har, etter oppfordring fra India, sendt ressursperson til prosjekt med morsmelk-bank. Vi er i gang med en plan for hvordan etablering av en såkalt morsmelk-bank kan gjennomføres ved sykehuset i Kolkata.

Malawi

Oslo Universitetssykehus har et nært samarbeid med Helse Bergen og Universitetssykehuset i Nord-Norge. De tre sykehusene har siden 2007 samarbeidet med Kamuzu Central Hospital i Lilongwe og malawiske myndigheter i et felles helseprosjekt rettet mot tusenårsmål 4 og 5.

De har sørget for en bemanningsstafett bestående av en gynekolog og en jordmor med tjenestetid på seks måneder ved Malawis nest største fødeavdeling. Gjennom dette arbeidet har de utført en vesentlig utdanning av til sammen 100 jordmødre og andre helsearbeidere. Det er en utdanning som omhandler praktiske og tekniske prosedyrer eller operasjoner. Kandidatene har ingen medisinsk utdanning.

Prosjektet har videre bidratt til bygging av en ny fødeavdeling i Lilongwe. Tidligere ble alle fødende forløst i ett rom med 17 senger, med gjennomsnitt på 40 fødsler i døgnet. Her var uhyre primitive sanitære forhold og ingen mulighet for pårørende til å være til stede. På den nye avdelingen har hver fødende sitt eget avlukke der pårørende kan være til stede under hele fødselen. Ikke noe annet land i sør for Sahara Afrika har et slikt tilbud til pasienter som ikke betaler. Slike samarbeidsprosjekter gir viktig læring for norske helsearbeidere og bidrar til økt kompetanse i møtet med sykehusets mange flerkulturelle pasienter.

De behandlingstilbud vi er med på å bygge opp må være like med det som er moderne medisin i den vestlige verden.

I samarbeid med Universitetssykehuset i Blantyre planlegges nå oppbyggingen av landets første nevrokirurgiske avdeling og utdanning av nevrokirurger.

Etiopia

Oslo Universitetssykehus får i 2013 midler fra Aktiv mot kreft til et samarbeid med det medisinske fakultet i Addis Abeba om utdanning av onkologer. Det gjøres slik at norske spesialister i onkologi underviser i landet under overlegepermisjon.

Palestina

I sin permisjon har overleger fra Oslo Universitetssykehus undervist i operativ teknikk ved August Victoria sykehuset i Jerusalem. Dette sykehuset er, etter samarbeid med OUS, blitt et referansesykehus for kreftbehandling. Det er også samarbeid med sykehus i Gaza og Makassed sykehuset i Jerusalem.

Russland/Arkhangelisk

Siden 1994 har Universitetssykehuset i Nord Norge, fra 1996 i samarbeid med Oslo Universitetssykehus, vært en vesentlig bidragsyter til å bygge opp en komplett hjertekirurgisk avdeling ved No1 bysykehus i Arkhangelisk, Russland. Denne avdelingen dekker hjertekirurgi for Arkhangelisk fylke som har 1,3 millioner innbyggere. De har nå en operasjonsfrekvens på cirka 70 operasjoner per 100 000 innbyggere, tre ganger gjennomsnittet i Russland. De har et fullstendig register av operative inngrep på hjertet og sentrale kar med gode operative resultater.

De samme universitetssykehusene har siden 2007 også samarbeidet om gastrokirurgi og gastromedisin i Arkhangelisk, hovedsakelig konsentrert om behandling av sykdommer i bukspyttkjertel, lever og gallegang. Det har resultert i en vesentlig forbedring i behandlingstilbudet til disse pasientene.

Overføring av kompetanse

To leger fra Juba i Sør-Sudan er i gang med et spesialistutdanningsprogram innenfor ortopedi finansiert av Fredskorpset. De er stasjonert ved Universitetssykehuset i Medunsa Sør-Afrika.

Arbeidet til Oslo Universitetssykehus dreier seg om å overføre kompetanse til lavinntektsland. For at dette skal gjøres forsvarlig, kreves høyt utdannede fagpersoner. De behandlingstilbud vi er med på å bygge opp må være like med det som er moderne medisin i den vestlige verden. For å velge behandlingsopplegg som passer for de ressurser landene disponerer, kreves det stor erfaring og kunnskap. Dette har vårt universitetssykehus tilgang på. Det er viktig at norsk medisinsk bistand vet å verdsette denne kompetansen.

Oslo Universitetssykehus er også representert i styret til Norsk helsennettverk for utvikling og har nå sekretariatsoppgavene for nettverket.

Kristin Schjølberg Hanche-Olsen
Seksjonsleder

www.oslo-universitetssykehus.no

Statistisk sentralbyrå

Statistisk sentralbyrå (SSB) har over tid hatt en aktiv rolle internasjonalt, også i arbeidet for global helse. Vi samarbeider med internasjonale FN-baserte organisasjoner og med statistikkontorer i ulike land og gir bistand for å etablere systemer for datainnsamling, registeretablering, kvalitetssikring av data samt spredning av data for kunnskapsbygging.

Utfordringen er å etablere bærekraftige systemer der både de som skal rapportere inn data og de som skal utnytte dataene ser nytten av registreringen. Erfaring viser at insitamentdrevne systemer er nødvendig for at ikke løsningene forvitrer.

SSB utarbeider også årlig helseregnskapet som blant annet knytter sammen økonomisk utvikling og helse i de enkelte land. Helseregnskapet er utviklet i tråd med internasjonale retningslinjer og gir sammenlignbare tall for land uavhengig av hvordan organisering av helsetjenestene er i landene. I de reviderte retningslinjene for utarbeiding av helseregnskapet er det økt fokus på forebygging og kvinners og barns helse.

Utfordringen er å etablere bærekraftige systemer der både de som skal rapportere inn data og de som skal utnytte dataene ser nytten av registreringen.

Mødreødelighet

I samarbeid med Norad og Verdens helseorganisasjon (WHO) har vi fokusert på systemer for å kvalitetssikre og sammenlikne data mellom land når det gjelder mødreødelighet i et internasjonalt perspektiv.

Fødsels- og dødsårsaksregistrering

I samarbeid med Norad og WHO har vi begynt arbeidet med hvordan dagens vaksinekort kan kombineres med fødselsattester og registrering av disse i et nasjonalt fødselsregister. Spesielt i Afrika har dette nå fått et økt regionalt fokus og Norge og andre nordiske land kan her gi verdifulle bidrag de nærmeste årene. Register for dødsårsaker er også et prioritert område fra Norad og WHO, men vi tror etableringen av slike registre tar lengre tid, i det insentivene for å delta er svakere. Dette arbeidet er nok foreløpig mer aktuelt i andre regioner.

Registrering av dødsårsaker i Palestina.

SSB bistår Nasjonalt folkehelseinstitutt i et delprosjekt for å se på rutiner for koding av dødsårsaker, tilrettelegge for elektronisk innsendingsløsning og gjennom dette øke kvaliteten på det lokale dødsårsaksregisteret i Palestina.

Sammenkobling av helseinformasjonssystemer og helsestatistikk

Institutt for informatikk ved Universitetet i Oslo har over flere år arbeidet med utvikling av helseinformasjonssystemer med innsamling av data fra sykehus, og klinikker. Vi diskuterer nå sammen med IFI, Norad og WHO om hvordan denne informasjonen og WHOs egne service availability and readiness assessments (SARA) kan lenkes opp til helsestatistikken slik at man får oversikt over sammenhengen mellom helsetilbud og barne- og mødredødelighet.

Barn og mødrehelse

SSBs engasjement innenfor barne- og mødrehelse omfattet også en innsats for The Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI slik det er dokumentert i Roll-Hansen m.fl (2009): Towards universal childhood immunisation. An evaluation of measurement methods, Reports 2009/45, Statistisk sentralbyrå).

WHO og Verdensbanken

SSB planlegger for tiden et samarbeid med WHO og NORAD om testing av en global model disability survey for å bedre statistikkgrunnlaget om funksjonshemmede internasjonalt og som innledning til å følge opp konvensjon for rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne. SSB vil eventuelt gjøre et utviklings- og testarbeid knyttet til denne undersøkelsen i Norge og i Malawi i tillegg til gjennomføre en pilotundersøkelse i Malawi.

Bjørn Kjetil Getz Wold
Seksjonssjef

www.ssb.no

Sørlandet sykehus

Sørlandet Sykehus (SSHF) har i lang tid hatt forpliktende samarbeid med sykehus i lavinntektsland.

Samarbeidet har vært spesielt nært og langvarig med Haydom Lutheran Hospital i Tanzania. Dette samarbeidet har i hovedsak vært finansiert av Fredskorpset.

I sykehusets strategidokument fremheves det at internasjonalt arbeid skal være en del av SSHFs satsing i årene fremover. Satsingen forventes å gi økt kompetanse om internasjonale forhold og sykdommer som ikke er vanlige i Norge. Slik kunnskap er spesielt viktig i en tid hvor internasjonal migrasjon preger hverdagen. Satsingen skal gi et positivt bidrag til de organisasjoner SSHF velger å samarbeide med. Samarbeidet med andre organisasjoner skal alltid baseres på likeverd, også i de tilfeller hvor prosjektene har karakter av bistand.

Samarbeidet mellom SSHF og institusjoner utenfor Norge har i hovedsak tre formål: forskningssamarbeid, kunnskapsutvikling og bistand.

Utvexling av personell

SSHF og Haydom Lutheran Hospital har samarbeidet i over ti år. Dette samarbeidet har hatt flere ulike formål. Personalutveksling og kompetanseheving ved begge sykehusene har vært grunnleggende. Forskningssamarbeid, utstyrsbistand og direkte pengestøtte gjennom innsamling hos personalet på SSHF har også vært viktig.

I sykehusets strategidokument fremheves det at internasjonalt arbeid skal være en del av SSHFs satsing i årene fremover. Satsingen forventes å gi økt kompetanse om internasjonale forhold og sykdommer som ikke er vanlige i Norge.

I dette samarbeidet har det vært lagt stor vekt på utvikling av nyfødt- og barnemedisin. Et langvarig prosjekt for å utvikle laboratoriekompetansen på Haydom har også vært viktig. SSHF har også bidratt til å utvikle økonomistyring og medisinteknisk kompetanse på Haydom. Tusenårsmålene 4 og 5 har vært en vesentlig føring for samarbeidet og utviklingen i Haydom.

I Klinik for psykisk helse i SSHF arbeider man for at alle avdelinger skal ha internasjonalt engasjement. I dag har man formelt samarbeid med Haydom, Sykehuset i Rezekne i Latvia, University of the North i Arkhangelsk og det psykiatriske sykehuset i Arkhangelsk. Samarbeidet med Haydom holder på å utvides til andre organisasjoner i Tanzania, spesielt i tilknytning til barneoppdragelsesprogrammet ICD. Medarbeidere fra klinikken har også vært på oppdrag i Bhutan, Nepal og Vietnam i løpet av det seneste året.

Medisinsk avdeling har også et formalisert samarbeid med Arkhangelsk. Dette er spesielt rettet mot tuberkulose og gir positiv effekt for begge parter.

Minst ett av våre samarbeidsprosjekt innen forskning er direkte rettet inn mot kvinnehelse. Internasjonalt arbeid i SSHF blir nå organisert i en egen enhet og denne får råd av et internasjonalt utvalg med deltakere fra sykehusets ulike klinikker.

Sykehusets internasjonale koordinator har de seneste årene vært leder for styret av Norsk Helsenettverk for Utvikling.

Anders Wahlstedt
Internasjonal koordinator

www.sshf.no

Norsk Helsenettverk for Utvikling

Norsk Helsenettverk for Utvikling (NHU) ble opprettet i 2009 etter initiativ fra Norad, Helsedirektoratet og Fredskorpset.

NHU skal bidra til bedre, mer effektivt og resultatrettet utviklingssamarbeid gjennom koordinering og erfaringsutveksling mellom helseforetak, andre helseinstitusjoner og relevante organisasjoner og statlig norsk helse- og bistandsforvaltning. Målsetningen er å skape en møteplass der de ulike aktørene kan lære av hverandre, knytte nye kontakter og samordne aktiviteter innen et land eller område. Medlemskap i nettverket er på institusjonsnivå. Det er uten begrensning på hvor mange personer en institusjon kan sende på møter i nettverket.

Nettverket ledes av et styre som velges på nettverkskonferansene hvert andre år. Hensikten, som er å bringe sammen aktører som arbeider med internasjonale prosjekter i prioriterte samarbeidsland gjøres først og fremst ved å arrangere halvårslige konferanser for nettverkets medlemmer. Det er også viktig å opprette en oversikt over prosjekter hvor nettverkets medlemmer deltar og ved å ha en nettside med informasjon om medlemmer, prosjekter og aktuelle saker.

Nettverkets styre søker også å bidra som høringsinstans i relevante saker.

Fredskorpset har inntil 2013 ivaretatt sekretariatsfunksjonen for nettverket, men fra 2013 overtar Oslo Universitetssykehus (OUS) denne rollen ved å opprette en prosjektstilling som er finansiert av initiativtakerne til nettverket. Denne stillingen plasseres i Internasjonal seksjon i OUS.

Norsk Helsenettverk skal bidra til bedre, mer effektivt og resultatrettet utviklingssamarbeid gjennom koordinering og erfaringsutveksling mellom helseforetak, andre helseinstitusjoner og relevante organisasjoner og statlig norsk helse- og bistandsforvaltning.

Nettverkets medlemmer gir uttrykk for at de opplever nettverket som nyttig og at konferansene er en fin møteplass. Deltakerne representerer en stor bredde og representerer organisasjoner med en stor portefølje av bistandsprosjekter og andre internasjonale prosjekter.

Anders Wahlstedt
Styreleder

Chr. Michelsens institutt (CMI)

CMI er et frittstående forskningsinstitutt med kompetanse på spørsmål knyttet til fattigdomsbekjempelse, fremme av menneskerettigheter og bærekraftig sosial utvikling.

CMIs kompetanse på global helse er særlig knyttet til følgende områder:

- tilgang til helsetjenester av høy kvalitet for fattige og sårbare grupper
- retten til helse og prioriteringsutfordringer innen global helse
- sammenhengen mellom helse og økonomisk utvikling
- antikorrupsjon i helsesektoren

Instituttet har et særlig fokus på barne- og mødrehelse og er partner i Center for Intervention Studies in Maternal and Child Health (CISMAC), et senter for fremragende forskning som har base ved Universitetet i Bergen.

Helsesystem og helsetjenester

CMI undersøker hva som kan gjøres for å styrke tilgangen på helsepersonell, spesielt i rurale og vanskelig tilgjengelige områder. Vi har gjennomført studier som fokuserer på fordeling av helsepersonell og har undersøkt hvilke tiltak som kan ha best effekt på viljen hos nyutdannede leger og sykepleiere til å arbeide på landsbygda. I tillegg har vi sett på hvilken rolle systemene for rekruttering og ansettelse spiller for mulighetene for lokale myndigheter til å tiltrekke seg søkere.

Kvalitet på helsetjenestene er også et viktig forskningstema. Våre undersøkelser viser at utstyr og kompetanse ikke er tilstrekkelig dersom helsearbeidere mangler motivasjon til å utnytte sin kompetanse til beste for pasientene. Vi har fokusert på måling av kvalitet innen diagnostisering og behandling av barn med symptomer på viktige dødsårsaker som lungebetennelse, diare og malaria.

Vi er i ferd med å utvikle flere nye prosjekter som ser på virkning av tiltak for å sikre en mer effektiv utnyttelse av tilgjengelige helsepersonell ressurser. Økonomiske insentiver til helsearbeidere er et nytt og omdiskutert tiltak som tas i bruk i flere og flere land. Instituttet er engasjert i prosjekter for å øke kunnskapen om effekten av slike virkemidler, men ønsker også å fokusere på alternative tiltak.

God utnyttelse av helsetjenester krever også at det er tilstrekkelig etterspørsel etter tjenestene. Instituttet har jobbet med etterspørselssidens rolle for å sikre høy vaksinedekning. Videre har vi arbeidet med å øke forståelsen av hvilke barrierer kvinner møter i forbindelse med bruk av helsetjenester ved svangerskap og fødsel.

Undersøkelser viser at utstyr og kompetanse ikke er tilstrekkelig dersom helsearbeidere mangler motivasjon til å utnytte sin kompetanse til beste for pasientene.

Retten til helse

CMI's forskning på retten til helse fokuserer blant annet på betydningen av en rettighetsbasert tilnærming for utforming av helsepolitikken, fordelingen av knappe helseressurser og inkludering av sårbare grupper som kvinner, barn, seksuelle-, etniske- og religiøse minoriteter, fattige og landsbygdboere.

Ett av våre større prosjekter har analysert hvordan rettsaker på helseområdet påvirker helsepolitikken og fordelingen av ressurser mellom pasientgrupper. Slike rettsaker er svært utbredte i Latin Amerika, men spiller også en viktig rolle i enkelte land i Afrika og Asia. Andre prosjekter analyserer i hvilken grad ulike befolkningsgrupper involveres og blir lyttet til i forbindelse med helsereformer: rettsmobilisering for retten til mat, retten til vann og retten til et rent miljø. Vi studerer også de sosiale og politiske konsekvenser av mobilisering omkring seksuelle og reproduktive rettigheter og hvordan retten til helse kan styrkes gjennom klimatiltak.

CMI har også undersøkt folks oppfatninger omkring rettferdig fordeling av helse. Hvilke grupper bør prioriteres? I hvilken grad bør man avvike fra prinsippet om kostnadseffektivitet for å imøtekomme hensynet til rettferdig fordeling av helse?

Helse og økonomisk utvikling

CMI er opptatt av å forstå sammenhengen mellom helse og andre utviklingsmål og har prosjekter som omhandler sammenhengen mellom helse, fertilitet og økonomisk utvikling. Det empiriske fokuset har vært på Nepal, men et nytt prosjekt starter nå opp i Tanzania. I Nepal prøver vi å avdekke årsakssammenhengene mellom fattigdom og befolkningsvekst. Hvordan påvirker antall barn og barnas kjønn de økonomiske beslutningene og dermed den økonomiske utviklingen for familiene? Hvordan påvirker kjønns sammensetningen av barneflokkene fordelingen av mat og dermed ernærings situasjonen? Våre funn tyder på at jentebarn i større grad er feilernærte dersom de har eldre brødre. Vi undersøker videre om det hjelper på jentebarn sin utdanning og helse å styrke mødrene sin posisjon i husholdet.

I Tanzania sammenligner vi effekten av ulike tiltak for å redusere fertiliteten for unge jenter. Tradisjonelle familieplanleggingsprogram, hvor unge jenter får informasjon om reproduktiv helse, sammenlignes med et program med opplæring i næringsvirksomhet, hvor tanken er at det å skape økonomiske muligheter kan være vel så viktig for fertilitetsbeslutninger.

Antikorrupsjon i helsesektoren

The U4 Anti-Corruption Resource Centre er et kunnskapssenter ved CMI som tilbyr anvendt forskning, råd og veiledning for å håndtere korrupsjonsutfordringer. Senteret finansieres av bistandsmyndighetene i åtte land og tilbyr tjenester innenfor en rekke ulike tematikker, deriblant helse.

CMI har også gjennomført forskningsprosjekt som fokuserer på uformelle betalinger i helsesektoren og hvordan dette påvirker kvaliteten på helsetjenestene.

Muligheter og utfordringer

Det er stort behov for økt kunnskap om hvordan kjente helsetiltak kan implementeres mer effektivt i lav- og mellominntektsland. Dette handler i stor grad om å forstå konteksten, skape muligheter for og stimulere til ønsket atferd, både når det gjelder tilbud og etterspørsel. CMIs samfunnsvitenskapelige forankring gir et godt utgangspunkt for å kunne gi viktige bidrag til denne kunnskapsbasen. CMI legger vekt på å kombinere en solid akademisk forankring med et målrettet arbeid for å bygge bro til det operasjonelle. Tett samarbeid med og bidrag til å styrke forskningskapasiteten hos partnere i Sør er også viktige målsettinger.

For at CMI skal lykkes kreves det at disse utfordringene prioriteres høyt i forskningspolitikken, herunder at instituttsektoren sikres forutsigbare rammebetingelser for langsiktig kompetanseoppbygging.

Ottar Mæstad
Direktør

www.cmi.no

Fafo

Institutt for anvendte internasjonale studier (Fafo AIS) er et uavhengig forskningsinstitutt som har spesialisert seg innen empirisk og politisk forskning i områder preget av konflikt, post-konflikt og politiske endring.

Fafos helse- og ernæringsforskning dreier seg særlig om estimering av barnedødelighet, mødre- og barnehelse inkludert ernæring, amming, forebygging av mor-til-barn-smitte av hiv og matsikkerhet. Sentralt i Fafos arbeid er å utvikle indikatorer og måleinstrumenter for å vise endringer i helse- og ernæringsstatus.

Estimering av barnedødelighet

Fafos forskere deltar i en teknisk ekspertgruppe til FNs "Inter Agency Group for Child Mortality Estimation" (IGME). Fafos forskere har i den forbindelse utviklet et program som lager estimater for barnedødelighet basert på data som blir samlet inn gjennom store, landsdekkende undersøkelser som "Demographic and Health Surveys", "Multiple Indicator Cluster Surveys", PAPCHILD og "World Fertility Surveys". Det er disse estimatene som benyttes i IGMEs årlige rapport om barnedødelighet og rapporteringen av tusenårs mål 4 som er å redusere barnedødelighet.

Undersøkelsen "Ernæring i norsk utviklingsarbeid"

Denne undersøkelsen ble gjennomført i 2012 på oppdrag fra Redd Barna, og resulterte i rapporten "Nutrition – everybody's business and nobody's business". Rapporten gir en oversikt over pågående globale prosesser knyttet til dette området samt en beskrivelse av hvordan ernæring blir håndtert i norsk utviklingspolitikk. I rapporten legges det også fram anbefalinger for hva Norge kan gjøre for å bedre sitt arbeid med ernæring innen utviklingsarbeid.

Økonomisk utvikling, helse og befolkningsdynamikk

Prosjektet "The roles of children in household risk management in West Africa" gjennomføres i samarbeid med L'Ecole Nationale d'Economie Appliquée (ENEA) og Institut de Population, Développement et Santé de la Reproduction i Senegal og Cabinet Stigmat/Universitetet i Benin, i perioden 2010-2013. Prosjektet har som hovedmål å undersøke hvilken rolle barn har i husholds risikohåndtering ved ulike typer kriser. I prosjektet inngår moduler om fertilitet, reproduktiv helse, bruk av helsetjenester, matsikkerhet og migrasjon. Prosjektet finansieres gjennom Forskningsrådets forskningsprogram ECONPOP som igjen delfinansieres gjennom PopPov (The Population and Poverty Research Network), som er et internasjonalt ledende forskningsnettverk finansiert og forvaltet av The Population Reference Bureau (PRB) og The William and Flora Hewlett Foundation.

Fafo var i januar 2013 vertskap for den 7. årlige konferansen i PopPovs forskningsnettverk på reproduktiv helse og økonomisk utvikling. De fremste

helsefaglige forskningsinstitusjonene og fagmiljøene i verden i dag deltar i nettverket, blant annet Verdensbanken, Center for Global Development, IRD og ESRC. Universiteter som Harvard, Michigan, Cornell, Duke, Boulder, Penn og Berkeley var alle representert på denne lukkede konferansen.

Helse og ernæring i levekårsundersøkelser

Fafo har gjennomført en rekke levekårsundersøkelser særlig i Midt-Østen, men også i land som Kina, Irak, Uganda og Haiti.

I flyktning- og konfliktsituasjoner står forskning rundt opplevde behov sentralt. Fafo inngikk et samarbeid med WHO's mental helse-avdeling for å teste ut et instrument for å måle opplevde helsebehov i krisesituasjoner i de palestinske områdene i 2010. Dette resulterte i en artikkel i samarbeid med en rekke forskningsmiljøer.

I tillegg til å kartlegge katastrofens påvirkning på helsesystemet gir studiene mulighet for å vurdere effektene av nasjonale helsereformer som ble gjennomført i Kina i det samme tidsrommet.

Helse i konflikt

Fafo har vært aktiv i forskningen omkring helse og konflikt, spesielt med hensyn til dødelighet i krigssituasjoner, særlig i Uganda, Irak og DR Congo. Fafo har også utarbeidet en oversiktsrapport om forholdet mellom helse og konflikt.

Levekår i jordskjelvrammede områder i Sichuan

I etterkant av det store jordskjelvet som rammet Kina i 2008, har Fafo gjennomført tre spørreundersøkelser i de hardest rammede områdene i Sichuan-provinsen. Undersøkelsene har kartlagt hjelpebehov og utvikling på tre tidspunkt: To måneder etter katastrofen, ett år senere, og til sist tre år etter katastrofen. Spørsmål om helse og tilgang til helsetjenester utgjorde en viktig del i spørreundersøkelsene. I tillegg til å kartlegge katastrofens påvirkning på helsesystemet i områdene gir studiene mulighet for å vurdere effektene av nasjonale helse-reformer som ble gjennomført i Kina i det samme tidsrommet.

Fafo har publisert tre rapporter basert på spørreundersøkelsene i jordskjelv-områder. Den kvalitative studien resulterte i en masteroppgave og en bok om tilgang til helsetjenester på landsbygda i Kina.

Indikatorer for bærekraftig utvikling i Kina

Prosjektet "*Indikatorer for bærekraftig utvikling*" går ut på å utvikle et indikatorsett velegnet til å vurdere i hvilken grad Kinas utvikling er bærekraftig. Prosjektet utføres i samarbeid med Kinas departement for vitenskap og teknologi. Befolkningens helsetilstand samt forvaltningen og helsesystemets evne til å tilby helsetjenester der det er behov, anses som avgjørende for landets videre utvikling.

Bruk av uføretrygd og behandling av hiv og aids

Prosjektet "*Poverty reduction strategies from a public health perspective. Social grants, AIDS and the roll-out of HAART in South Africa*" ble gjennomført i samarbeid med University of Cape Town i perioden 2007-2009. Det var finansiert av Forskningsrådet. Prosjektet kombinerte kvantitative og kvalitative metoder for å studere sammenhengen mellom uføretrygd og bruk av antiretroviral behandling.

Hiv og aids, WHO-retningslinjer og amming

Prosjektet "*Early and rapid cessation of breastfeeding to prevent postnatal transmission*" ble gjennomført i 2005 som et samarbeid mellom Fafo, Universitet i KwaZulu Natal, Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. En forsker fra Fafo har vært medveileder for tre doktorgradsstudenter og tre mastergradsstudenter som har forsket på amming, mor-til-barn-overføring av hiv og globale retningslinjer. Dette har resultert i 11 publikasjoner.

Barns helse- og ernærings situasjon i Madhya Pradesh

Formålet med forskningsprosjektet var å undersøke helse- og ernærings situasjonen det første leveåret til barn i Madhya Pradesh, India. Prosjektet benyttet kvalitative og kvantitative metoder for å beskrive forhold rundt fødsel, barselomsorg, sykdom, vaksiner, amming og kosthold.

Studien ga en rekke resultater som er nyttige i arbeidet med å bedre helse- og ernærings situasjonen for barn i Madhya Pradesh. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med den indiske institusjonen ANSWER, i perioden 2009-2011, med finansiering fra Norway-India Partnership Initiative (NIPI). Forskningsprosjektet har resultert i tre rapporter.

Eritrea

Dette forskningsprosjektet var en fullskala demografi- og helseundersøkelse etter mal fra USAID's DHS survey. Fafo bidro med omfattende teknisk assistanse med hensyn til spørreskjema utforming, feltarbeid, databehandling og analyse. Prosjektet ble finansiert av Unicef. Resultatene er dessverre ikke frigitt av de eritreiske myndighetene.

Jon Pedersen
Instituttssjef

www.fafo.no

Norsk forum for global helseforskning (Forumet)

Forumet ble startet i 2005 som et tverrfaglig nettverk av enkeltpersoner og norske institusjoner som jobber med, eller har en interesse for global helse og helsefaglig forskning.

I Norge er enheter involvert i global helseforskning av ulik størrelse spredt rundt i landet. De arbeider under varierende rammebetingelser i offentlige og private institusjoner. Kvalitet og volum på de vitenskapelige resultatene varierer tilsvarende. På begynnelsen av 2000-tallet hadde mange av disse enhetene svak forankring i egne institusjoner. Sterke ledere i feltet erkjente behovet for en felles plattform for samarbeid, for å konsolidere global helse som et felt av akademiske studier innenfor sine egne organisasjoner så vel som i en bredere norsk sammenheng. Opprettelsen av en organisasjon ville gi et forum for utveksling av ideer og synspunkter på forskning og metodikk, men også en arena for samarbeid om spørsmål knyttet til faglig opplæring og utvikling av læreplaner.

Forumets vedtekter ble godkjent av den første generalforsamlingen 16. november 2006. Formålet er å fremme forskning og utdanning av høy kvalitet med sikte på å forbedre helse og helsetjenester for marginaliserte befolkningsgrupper i lav- og mellominntektsland.

Et av hovedmålene er å bedre finansieringen for relevant og høy-kvalitets global helseforskning fra den norske regjeringen og andre kilder.

Hovedmålene er:

- å forbedre og styrke involvering av norske forskningsinstitusjoner i global helseforskning og utdanning
- å bidra til økt internasjonalt samarbeid i global helseforskning og opplæring med særlig vekt på å styrke kapasiteten til institusjonelle partnere i lav- og mellominntektsland
- å bedre finansieringen for relevant og høy-kvalitets global helseforskning fra den norske regjeringen og andre aktører
- å bidra til nasjonale og internasjonale prosesser og tiltak innen global helse og helsefaglig forskning

Forumets valgkrets består av universiteter, høyskoler, offentlige og private forskningsinstitutter uten et pedagogisk mandat i tillegg til individuelle medlemmer. Statlige organer som Forskningsrådet, Helsedirektoratet og Norad har støttet og vært involvert i Forumets arbeid og utvikling fra starten. Forumet har fått kontinuerlig økonomisk støtte fra GLOBVAC-programmet.

De enkelte medlemmer og institusjonene utgjør generalforsamlingen som er den høyeste myndigheten i Forumet.

Viktig møteplass

Styret er ansvarlig for alle aktivitetene i Forumet og er den viktigste møteplassen for ledere av global helseforskningsenheter i Norge per dags dato. Hver av de fire store universitetene er representert med ett medlem hver. To medlemmer representerer den kollektive instituttsektoren. I tillegg er to uavhengige kandidater valgt blant medlemmene av Forumet. Forskningsrådet, Helsedirektoratet og Norad er representert som observatører.

Nylig ble også Norsk medisinstudentforening invitert til å delta i styret med observatørstatus. Denne ordningen har vært av stor betydning for Forumets arbeid, diskusjoner og dagsorden. Tilsvarende, i følge observatørene, verdsetter de sterkt muligheten til å samhandle jevnlig med det kollektive globale helseforskningsamfunnet. Styret og observatører møtes månedlig gjennom et telefonmøte på en times varighet og for et fysisk møte to ganger i året. Frammøtet er godt.

Sekretariat har vært på plass siden 2006. Kontinuiteten av denne funksjonen er grunnleggende for bærekraften i Forumet, siden alle andre aktiviteter utføres på frivillig basis og er avhengig av egen institusjons velvilje. Sekretariatet er bemannet med en 20 prosent stilling og har permanent base på Senter for internasjonal helse ved Universitetet i Bergen. De bidrar med infrastruktur for sekretariatets drift.

Forumet har mottatt midler fra Forskningsrådet, GLOBVAC-programmet siden det ble etablert i 2006. Siden den gang har Forumet vokst til en forholdsvis robust og stabil organisasjon og fungerer godt etter intensjonene.

Inger B. Sheel
Styreleder

www.globalhealth.no

Peace Research Institute Oslo (PRIO)

Ifølge nyere studier om helse og konflikt kan væpnede konflikter være en betydelig medvirkende årsak til høy mødredødelighet.

En gjennomgang av status for FNs tusenårsmål (2012) konkluderte med at målsetningene for reduksjonen i mødredødelighet globalt er langt fra å bli nådd. Dette gjelder i særdeleshet for Afrika sør for Sahara, en region som er spesielt utsatt som følge av et høyt konfliktnivå. Til tross for at det er flest menn som drepes i direkte kamphandlinger, både blant militære og sivile, har flere studier også funnet en betydelig forhøyet dødelighet blant kvinner i konfliktområder. Ofte holder dødeligheten seg høy i flere år etter konfliktens slutt, noe som tyder på betydelige indirekte helsekonsekvenser av konflikt. En viktig faktor kan være at konflikt har en betydelig negativ effekt for mødre helse.

PRIOs forskning har til hensikt å øke kunnskapen om hvordan konflikt påvirker mødre helse. Vi søker på denne måten å bidra til utvikling av norsk humanitær politikk ved å vise mulige tiltak for å forbedre mødre helse i konflikt- og post-konfliktsituasjoner.

Forskning om mødre helse i væpnet konflikt

Det eksisterer flere ulike typer estimater for direkte dødelighet i konflikt, basert enten på aggregerte tall fra nyhetsmeldinger og rapporter eller på individdata om dødsårsak fra spørreundersøkelser fra blant annet Verdens helseorganisasjon. Det er imidlertid vanskeligere å estimere de totale menneskelige kostnadene av krig. Nyere studier av betydningen av konflikt for forventet levealder, der man ser på alle verdens land og også tar hensyn til en lang rekke andre faktorer, viser klart at land i krig har en betydelig overdødelighet blant begge kjønn. Denne overdødeligheten går langt ut over direkte konfliktdødelighet. Funn fra enkelte studier tyder videre på at kvinner under noen betingelser kan ha vel så høy dødelighet som menn, noe som er oppsiktsvekkende gitt at langt færre kvinner enn menn er direkte ofre i krig. Selv om litteraturen som ser på generelle helsemål har antydning av noen mulige årsakssammenhenger har det vært gjort lite systematisk forskning på de spesifikke årsakene til de store indirekte helseeffektene av væpnet konflikt. Den høye dødeligheten for kvinner i konfliktområder gjør det naturlig å mistenke at konflikt ofte har en betydelig negativ effekt på mødre helse.

PRIOs forskning har til hensikt å øke kunnskapen om hvordan konflikt påvirker mødre helse. Vi søker på denne måten å bidra til utvikling av norsk humanitær politikk ved å vise mulige tiltak for å forbedre mødre helse i konflikt- og post-konfliktsituasjoner.

PRIOs mødre helseprosjekt har som hensikt å bedre forstå sammenhengen mellom konflikt og den høye dødeligheten blant kvinner i konfliktområder. Dette gjøres ved hjelp av ulike forskningsmetoder som inkluderer både statistiske studier av konfliktdata og aggregerte helseindikatorer så vel som individdata, samt fokusgruppeintervjuer med kvinner i konfliktområder og med ansatte i organisasjoner som leverer helsetjenester. Prosjektet representerer en betydelig nyvinning ved at vi kombinerer data fra store helseundersøkelser som "Demographic Health Survey's" (DHS) med konfliktdata fra den PRIO-relaterte "Armed Conflict Location and Event Database" (ACLED) som inneholder detaljert geografisk og tidsbestemt informasjon om enkelte konflikthendelser. På denne måten kan vi studere lokale effekter av borgerkrig på bestemte mødre helseindikatorer, og kontrollere for andre faktorer. Vi kan også se på hvordan effekten av konflikt på mødre helse kan virke utover de områdene som er direkte berørt av konflikt. Vi søker så å finne ut hva som er de avgjørende faktorene for mødre helse i post-konfliktsituasjoner, slik at tiltak blir satt i gang der de er mest effektive.

En publikasjon fra prosjektets første fase kommer snart ut som del av et spesialnummer om kjønn og konflikt i tidsskriftet *International Interactions*. Her tar Henrik Urdal og Chi Primus Che for seg virkningen av konflikt på mødre helse på landnivå mellom 1970 og 2005. To mål som fanger opp mødre helse studeres: mødre dødelighet målt relativt til antall fødsler, samt total fruktbarhet. Dette bygger på to hovedantagelser om konflikt og mødre helse. Først antas det at tilgjengeligheten av mødre helse tjenester kan bli sterkt redusert i konfliktområder som følge av ødeleggelse av helseinfrastruktur, fordrivelse av helsearbeidere, og redusert bevegelsesfrihet for kvinner, noe som samlet sett gjør at risikoen for fødselsrelaterte dødsfall øker. For det andre forventes det at langvarig konflikt fører til økt fertilitet, både gjennom mangel på familieplanleggingstjenester og ved at langvarig sosial og økonomisk usikkerhet gir økt behov for den sikkerheten som ligger i å ha mange barn, spesielt i områder der barnedødeligheten er høy. Ett ytterligere aspekt som kan påvirke begge de to forholdene er at væpnet konflikt, spesielt dersom den blir langvarig, kan føre til redusert utdanning for jenter.

Resultatene fra den første analysen gir noe støtte til forventningen om at konflikt påvirker mødre helse. Ikke minst finner studien at konflikt i fattige land ser ut til å være knyttet til høyere fruktbarhetsnivå. Det dokumenteres videre at en middels stor væpnet konflikt statistisk sett gir en økning i mødre dødelighet på ti prosent. Et overraskende funn er at naboland til land i konflikt ser ut til å ha redusert mødre dødelighet, dersom man tar hensyn til en rekke andre faktorer. Dette kan muligens forklares ved humanitære aktørers relative suksess med å tilby helsetjenester til flyktninger, noe som ofte har positive ringvirkninger langt utenfor flyktningleirene.

Det dokumenteres videre at en middels stor væpnet konflikt statistisk sett gir en økning i mødre dødelighet på ti prosent.

Forskningsprosjektet ledes av Henrik Urdal, seniorforsker på PRIO, og inkluderer to doktorgradsstipendiater, Christin Ormhaug (Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås og PRIO) og Chi Primus Che (PRIO, finansiert gjennom et større EU-samarbeidsprosjekt). Det arbeides for tiden med å skaffe finansiering til et større prosjekt med deltakelse fra forskere i Storbritannia og Belgia.

Henrik Urdal
Seniorforsker

www.prio.no

Det medisinske Fakultet, NTNU

Det medisinske fakultet (DMF) ved NTNU har de siste to årene satt et større fokus på global helse både innen forskning og utdanning. Aktiviteten er konsentrert til noen få samarbeidsland: Nepal, Sierra Leone, Malawi og Sør-Afrika.

"Helse for en bedre verden" er det medisinske fakultets nye visjon. Den er i tråd med NTNUs visjon "kunnskap for en bedre verden" og gjenspeiler et ønske om å vektlegge samfunnsansvaret universitetet har enda mer. Global helse er en fellessatsing mellom DMF og St. Olavs Hospital og en del av integreringen mellom universitet og sykehuset. I satsingen vektlegges at forskning, undervisning og klinisk virksomhet skal bidra til å løse de store globale helseutfordringene som finnes.

NTNU jobber med nye tverrfaglige satsinger for hele universitetet hvor DMF vil være involvert i helse, velferd og teknologi. Denne satsningen vil ha et undertema med global helse. Dette vil også være tema i den tverrfaglige satsingen "bærekraftig byutvikling".

Fakultetet arrangerer, sammen med høyskolen og helsesektoren i regionen, en global helsedag hver høst med innslag av både nasjonale og internasjonale innledere. Denne aktiviteten brukes til nettverksbygging på tvers av fagmiljøene, men også på tvers av institusjonene. Det er nå ansatt en rådgiver som koordinerer satsingen på global helse, sammen med St. Olavs Hospital.

*T*yngdepunkter i forskningen er ulike aspekter ved barne- og mødrehelse, vann og sanitærforhold og matsikkerhet.

I 2012 var NTNU vertskap for den årlige forskningskonferansen om global helse, hvor tema var innovasjon for global helse. Dette var en veldig viktig møteplass både for forskere i regionen, nasjonalt og internasjonalt.

Nepal

DMF etablerte et samarbeid med Kathmandu University (KU), School of Medical Sciences/Dhulikhel Hospital i 2007. NTNU og Kathmandu University har hatt en samarbeidsavtale om undervisning og forskning siden 2002.

I perioden 2008-2012 har over ti vitenskapelig ansatte ved DMF og St. Olavs Hospital besøkt KU School of Medical Sciences/Dhulikhel Hospital for å undervise studenter, etablere forskningssamarbeid og kurse sykehusansatte. Samarbeidet dekker et bredt spekter av disipliner, blant annet basalfag (molekylær biologi), akuttmedisin, barne- og mødrehelse, psykiatri, immunologi samt ulike undervisningsmetoder.

DMF har flere pågående PhD-prosjekt ved KU/Dhulikhel Hospital. Dette er med på å styrke forskningskapasiteten ved institusjonen i Nepal. Per i dag har de ingen forskerutdanning, men på sikt er planen at de skal drive forskningen selv. Utstyr til molekylærmedisinsk laboratorie er donert fra St. Olavs Hospital og etablert ved KU/Dhulikhel Hospital. Personell til å gjøre analyser og drifte laboratoriet er opplært ved DMF. Etableringen var en milepæl i samarbeidet, da dette hadde vært et sterkt ønske fra KU helt fra samarbeidet ble startet i 2007.

Et annet aspekt ved samarbeidet er studentutveksling. Meningen med utvekslingen er at medisinstudentene skal få verdifull praksis de ikke ville fått i Norge, og en dypere forståelse for lokale forhold og kultur i utvekslingslandet. Samtidig vektlegges at de skal bidra aktivt og positivt inn i den daglige klinikkdriften som de er en del av i praksisperioden.

Sierra Leone

Vi har et tett samarbeid med en frivillig organisasjon kalt CapeCare, som har utspring fra St. Olavs Hospital. Organisasjonen driver et prosjekt som har som mål å øke den medisinske kompetansen på distriktssykehusene i Sierra Leone. Dette kom som en utfordring fra den tidligere helseministeren i Sierra Leone, Zainab Bangura. Gjennom veiledning og et opplæringsprogram vil helsearbeidere bli satt i stand til å utføre de mest vanlige kirurgiske inngrepene samt keisersnitt på en trygg måte på distriktssykehusene. Frem til 2016 skal det være utdannet 30 helsearbeidere som skal innrulleres i helsetjenesten i Sierra Leone.

Flere ansatte ved St. Olavs Hospital og NTNU har allerede vært på oppdrag i forbindelse med prosjektet. DMF og helseforetaket bidrar med PhD-stipend som følgeforskning i dette prosjektet. Dette er et bidrag til kunnskapsgrunnlaget rundt helsepersonell-utfordringene i fattige land.

DMF har nettopp vært i Sierra Leone og besøkt Masanga sykehuset, som er utgangspunktet for det kirurgiske opplæringsprosjektet. Fakultetet jobber videre med å utvikle et bredere samarbeid med de offentlige helsemyndighetene og medisინutdanningen i landet. Den største utfordringen de har er at all spesialisering av leger må gjøres i utlandet. Dette fører til at få eller ingen leger returnerer til sitt hjemland.

Malawi

En ansatt ved College of Medicine (COM) i Blantyre, Malawi, tar masterstudiet i treningsfysiologi og idrettsvitenskap ved DMF. Dette danner grunnlaget for undervisning og forskerkompetanse ved deres nye Institutt for Fysioterapi ved COM. NTNU har hatt samarbeid med Universitetet i Malawi i en del år, men først i fjor høst fikk vi en formell avtale mellom DMF og College of Medicine.

DMF har en god dialog og koordinerer vårt samarbeid med Universitetet i Tromsø (UiT). Vi har sett at det er viktig at vi bidra inn der institusjonen i Malawi har behov og at det ikke er flere institusjoner fra Norge som jobber med det samme.

Sør-Afrika

En stor del av befolkningen i Sør-Afrika lever under fattigdomsgrensen. Samtidig opplever et mindretall av befolkningen stor rikdom og dette bidrar til enorme kontraster. DMF vil med sitt engasjement i landet ha fokus på den delen av helsevesenet som tilbys det fattige flertallet.

Det var først i 2011 at vi underskrev en formell samarbeidsavtale med University of KwaZulu Natal (UKZN), Nelson Mandels School of Medicine. Primæraktiviteten i samarbeidet er et opplæringsprogram for jordmødre. Programmet går ut på å videreutdanne distriktsjordmødre innen ultralyd og diagnostisering i svangerskapet. Videreutdanningen av jordmødrene gjøres i samarbeid med Verdens helseorganisasjons kompetansesenter innen fostermedisin ved St. Olavs Hospital.

Det er et bredt samarbeid både med næringslivet og teknologimiljøet ved universitetet for å utvikle et robust og mobilt ultralydapparat med funksjonalitet som kan brukes ute på små helseklinikker i distriktene.

Hvert år reiser det medisinstudenter fra DMF til King Edward VIII Hospital og mor-barn sykehuset i Empangeni, litt nord for Durban. Her får de viktig praksis innen blant annet gynekologi, obstetrikk og pediatri. Flere studenter har også skrevet forskningsoppgaver relatert til utfordringer med mor/barn-omsorg i Sør-Afrika.

Stig A. Slørdahl

Dekanus

www.ntnu.no/dmf/forskning/global-helse

Health Information Systems Programme (HISP)

HISP er et globalt nettverk etablert for å styrke helseinformasjonssystemer i utviklingsland, ledet og koordinert av Institutt for informatikk ved Universitetet i Oslo.

Dette nettverket har utviklet programvare for helseinformasjonssystemer - DHIS2 - og implementert dette sammen med helseministeriene i mer enn 30 utviklingsland. Basert på åpen kildekode og internett gjennom mobilnettverket har DHIS2 etablert seg som en internasjonal standard. Med en potensiell dekning av mer enn 1,3 milliarder mennesker med sine tjenester er DHIS2 vurdert som et av de største og mest suksessfulle globale helseinformasjonssystemene, ifølge en ekstern evaluering for NORAD.

HISP ble initiert i Sør-Afrika i 1994 som en del av restruktureringen av helsesystemet etter apartheid. Informasjonssystemer ble etablert for å støtte desentralisering og lokal styring av helsetjenestene samt å frambringe data slik at arbeidet for likhet i tilgang til helsetjenester mellom raser og etniske grupper kunne bli målt. For å støtte informasjonsbruk på både lokalt og nasjonalt nivå startet HISP å utvikle en åpen kildekode-programvare kalt District Health Information System. Fra å være gjennomført som nasjonal standard i Sør-Afrika, er løsningen nå webbasert og i bruk i mer enn 30 land i Afrika og Asia. NORAD har siden oppstarten støttet dette arbeidet. Fra 2009 gjennom en fagsenteravtale med Universitetet i Oslo.

Kunnskap for å sette inn tiltak

Klinikker, helsedistrikter, sykehus og regionale og sentrale myndigheter i alle land har behov for god og målrettet informasjon for å kunne lede, administrere og levere helsetjenester. Det er behov for kunnskap om dekningsgrad for vaksiner, graviditetskontroller, utbredelse av malarianett, hiv-behandling og andre ting. Oversikt om mødredødelighet, barnedødelighet og andre viktige helseindikatorer krever at opplysninger samles inn rutinemessig og gjøres tilgjengelig for helsepersonale og ledere på alle nivåer. Dette er en forutsetning for å kjenne dekningsgrader og forekomster og for å sette i gang tiltak når og der hvor de trengs mest. HISP ble tuftet på ideen om desentralisering av helsevesenet, overføring av makt til lokale brukere og et koordinert helsevesen på tvers av programmer og tjenester. Dette var en unik tilnærming til helseinformasjonssystemer basert på prinsipper om informasjon for brukere og helsedistriktene som nav for integrert informasjon.

Med en potensiell dekning av mer enn 1,3 milliarder mennesker med sine tjenester er DHIS2 vurdert som et av de største og mest suksessfulle globale helseinformasjonssystemene, ifølge en ekstern evaluering for NORAD.

Et problem er at kvaliteten på data og systemer er dårlig i de fleste utviklingsland. For å løse koordineringsproblemer har HISP utviklet praktiske og tekniske metoder for å integrere informasjonssystemer. Den raske utviklingen av mobilnettet sammen med nye fiberkabler langs kysten av Afrika har gjort det mulig å implementere DHIS2 som et landsdekkende web-basert system. Dette har gjort integrering av data enklere og det muliggjør lokal registrering av data i en nasjonal database med samtidig tilgang til data fra andre distrikter. Det gjør at enhver kan sammenlikne seg med nabo-distrikter og klinikker. I 2012 var DHIS2 i Kenya det første landsdekkende web-baserte systemet innen helse i Afrika.

Helse via mobil

HISP har de siste årene også utviklet løsninger for mobiltelefoner som gir selv de mest fjerntliggende distrikter tilgang til informasjonssystemer. Bruken av åpen kildekode innebærer at programvaren er gratis og brukerne slipper å investere i dyre lisenser. Videre muliggjør denne tilnærmingen at utviklere fra Vietnam, Tanzania og andre land kan delta i programvareutviklingen og dermed utvikle lokal kompetanse og kapasitet. Som utgangspunkt er DHIS2 basert på aggregerte data. En viktig del av primærhelsetjenesten involverer samtidig intervensjoner mot enkeltindivider hvor det er et behov

for å registrere personlige data for å støtte oppfølging. Dette gjelder for eksempel tuberkulose, hiv og aids, diabetes, omsorg for gravide og vaksinerings. DHIS2 gir helsearbeidere muligheten til å registrere data om enkeltindivider og som eksempelvis varsler gravide om kontroll via SMS.

Setter standard for helseinformasjon

DHIS2 er implementert i Afrika, Asia og Latin Amerika. I land som Nigeria, Tanzania, Kenya, Uganda, Burkina Faso, Senegal, Rwanda, Ghana, Liberia, Sierra Leone og Bangladesh. I en rekke indiske delstater har myndighetene besluttet at systemet skal være standarden for helseinformasjon.

HISP samarbeider i øyeblikket med Vest-Afrikas Helseorganisasjon (WAHO) om å etablere standardisert datarapportering fra de 15 landene i ECOWAS regionen og å bruke DHIS2 som et felles regionalt informasjonssystem. Dette vil gjøre det mulig med tidlig varsling og raske mottiltak ved epidemier langs og på tvers av landegrensene i regionen, som for eksempel i forbindelse med den pågående flyktningstrømmen fra Mali til Burkina Faso og Niger. Et slikt regionalt informasjonssystem vil også støtte forebyggende arbeid mot epidemier som krysser landegrenser da det for eksempel muliggjør koordinering av vaksineprogram i grenseområder. HISP har nylig også etablert et formelt samarbeid med PEPFAR, USAs bistandsorganisasjon for arbeid mot hiv og aids. PEPFAR ønsker nå å bruke DHIS2 for deres hiv og aids-rapportering og som en integrert del av landenes egen rapportering. Implementeringer av DHIS2 støttes av en rekke bidragsytere, som Norad i Tanzania og DANIDA og USAID i Kenya.

Bygge lokal kapasitet

HISP er basert på et globalt forskningsnettverk som inkluderer folkehelse, informatikk og samfunnsvitenskap. Fokuset i nettverket er på intervensjon, aksjonsforskning og læring på tvers av land og regioner i tett samarbeid med brukerorganisasjonene. Målsetningen er å skape skalerbare og bærekraftige løsninger. HISP fokuserer derfor også på å bygge lokal kapasitet og på bruk av informasjon både innen universitetssektoren, helseministerier, organisasjoner og private bedrifter. Utgangspunktet for dette er et PhD-program i Oslo med 28 aktive og 20 uteksaminerte PhD-studenter og master-programmer i Mosambik, Sør-Afrika, Malawi, Tanzania, Etiopia og Sri Lanka. Kandidater fra disse studiene har blitt viktige i styrkingen av helseinformasjonssystemene i sine hjemland.

Det er enorme forskjeller i tilgang til infrastruktur og menneskelige ressurser, mellom by og land og mellom formell og uformell sektor. Utfordringen vår ligger i å støtte helsearbeidere med teknologi, løsninger og god informasjon der de jobber.

Den raske utviklingen av mobilnett og internett gjør at å støtte helsearbeidere med informasjonssystemer på landsbynivå nå er teknisk mulig. Men utfordringene vedrørende kompetanse, fragmentering og datakvalitet må også møtes.

Professor Morten Dæhlen
Dekan

www.hisp.uio.no

Seksjon for internasjonal helse, Universitetet i Oslo

I over 20 år har seksjon for internasjonal helse hatt en faglig satsing på reproduktiv helse og mor/ nyfødthelse. Spesielt viktig har det vært med kapasitetsbygging og innhenting av kunnskap.

Fokuset på forskningen har vært bredt:

- barnløshet og infertilitet i Afrika
- omskjæring hos somaliske flyktninger og i land hvor dette praktiseres
- mødreødelighet
- helsetjenester for kvinner som skal føde
- sykdommer hos vordende mødre og mødre
- dødelighet blant nyfødte
- dødfødsler
- kvalitet på helsetjenester på fødestuer og sykehus

Bredt fokus

Forskningen har også tatt for seg amming og ernæring blant spebarn med hiv-positive mødre. Dette er noe som bringer med seg stort stigma enkelte steder og er derfor viktig å adressere i de aktuelle lokalsamfunnene. Andre temaer er tenåringsers seksuelle helse og den risikoen de løper for uønsket graviditet, hiv-smitte og andre kjønnssykdommer.

Mye av forskningen er publisert i internasjonale tidsskrifter. Nesten all forskningen er gjort i og i samarbeid med forskere fra de aktuelle landene.

Seksjon for internasjonal helse har også hatt prosjekter som omhandler illegale aborter, helsetjenester for abort og menns rolle når det gjelder mødre helse.

Internasjonale tidsskrifter

De fleste av disse prosjektene har resultert i mastergrader og doktorgrader for folk fra sør. Tematisk så undervises det i disse fagområdene i et par faste kurs. Ett i reproduktiv helse om høsten og ett videregående kurs i reproduktiv og seksuell helse og rettigheter om våren.

Mye av forskningen er publisert i internasjonale tidsskrifter. Nesten all forskningen er gjort i og i samarbeid med forskere fra de aktuelle landene: Etiopia, Mosambik, Malawi, Botswana, Tanzania, Burkina Faso, Zimbabwe og Gambia.

Professor Johanne Sundby har vært den eneste fast ansatte som har jobbet med problematikken. Tre av de norske som har jobbet i seksjonen (Joar Svanemyr, Priya Lerberg og Elise Johansen) fikk jobb i Verdens helseorganisasjons program for forskning for reproduktiv helse. Der sitter også Sundby i styret.

Reiser tilbake til hjemlandet

Av de afrikanske som har vært tilknyttet seksjonen er fire ansatt i undervisning av helsearbeidere i eget land, mange jobber for organisasjoner eller i helsetjenesten i eget land, andre er i FN-systemet. Noen få har også fått topplederstillinger i eget hjemland. Ingen har så langt valgt å bli igjen i Norge.

Johanne Sundby
Professor

www.uio.no

Forskningen har også tatt for seg amming og ernæring blant spebarn med hiv-positive mødre. Dette er noe som bringer med seg stort stigma enkelte steder og er derfor viktig å adressere i de aktuelle lokalsamfunnene.

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) ved Universitetssykehuset Nord-Norge er en nasjonal kompetansetjeneste og et internasjonalt forsknings- og utviklingscenter innen telemedisin og e-helse.

En solid tverrfaglig kompetanse er samlet i omlag 100 årsverk. Hovedmålet er å forme morgendagens helsetjenester. NST har sitt oppdrag fra helsemyndighetene.

Dette skal vi bidra med:

- rådgivning knyttet til organisering og implementering av e-helse og telemedisinsk praksis i helsesektoren
- forskning på fremtidige løsninger innen samhandling, telemedisin og e-helse
- utvikling av telemedisinsk teknologi fra idé til produkt og tjeneste

NSTs kjernekompetanseområde er kunnskap, løsninger og teknologi som skal understøtte samhandling og samarbeid med og mellom pasienter og helsepersonell. Gjennom forskning og tjenesteutvikling bidrar NST til kompetanseutvikling og kunnskapsdeling mellom helsearbeidere og mellom helsetjenesten og brukere.

Dette er e-helse

Telemedisin og e-helse er teknologiske verktøy som bidrar til å forbedre og desentralisere behandlingstilbudet i helsetjenestene. Definisjon på telemedisin og e-helse: "Undersøkelse,

overvåking, behandling og

administrasjon av pasienter og opplæring

av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienter eller relevant informasjon er geografisk plassert." (Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin NST 2011). Lignende konsepter som m-helse, p-helse, IKT for og i helsesektoren er delvis overlappende. Mens m-helse er spesielt relevant i land med høy tetthet av mobiltelefoner og mindre utbredt PC og landbaserte kommunikasjonsnett, flyter disse begrepene over i hverandre i andre land der teknologisk plattform kan være PC og mobilbasert.

Telemedisin og e-helse er teknologiske verktøy som bidrar til å forbedre og desentralisere behandlingstilbudet i helsetjenestene.

Samarbeidssenter for telemedisin og e-helse

NST ble utnevnt som samarbeidssenter for Verdens Helseorganisasjon (WHO) for telemedisin og e-helse i 2002. Det var da det første samarbeidssenteret innenfor dette området. I dag er det om lag fem samarbeidssentre. WHO samarbeider tett med International Telecommunication Union (ITU).

Som samarbeidssenter er NST rådgiver innen telemedisin og e-helse for WHO's organisasjon og for de enkelte medlemsland. En av NSTs roller som samarbeidssenter er å tilrettelegge for telemedisin og e-helse for ulike program i WHO. Dette innebærer blant annet å:

- demonstrere e-helseløsninger i praksis
- skape bevissthet om e-helse i helsevesenet og tilbyderne av helsetjenester
- bidra til e-helse i helsereformer og utvikling av politikk

Styrker og svakheter ved innføring av e-helse

NST har bidratt til etablering, gjennomføring og analyse av WHO's Global Observatory for eHealth (GOe). Dette initiativet har som formål å gi medlemslandene strategisk informasjon om e-helse gjennom et standardisert spørreskjema. I 2013 vil GOe fokusere på mødre og barns helse og hvordan IKT kan understøtte dette arbeidet ved hjelp av e-helse, m-helse og telemedisin.

På vegne av WHO gjennomfører NST forundersøkelser og bistår i utviklingen av e-helsestrategier for medlemsland. Disse studiene kartlegger styrker, svakheter og muligheter ved innføring av e-helseløsninger. Per 2012 har NST jobbet med følgende land: Albania, Afghanistan, Bangladesh, Botswana, Kambodsja, Kroatia, Tsjekkia, Georgia, Kirgisistan, Malawi, Moldova, Nepal, Palestina, Romania, Russland, Sri Lanka og Sør-Afrika.

I 2012-13 er NST engasjert av helseministeriet i Moldova og WHO i arbeidet med å utvikle en strategi for e-helse i samarbeid med Verdensbanken. Dette arbeidet er basert på WHO/ITUs verktøykasse "National eHealth strategy toolkit". NST har tilbudt å utvikle et nettbasert kurs eller veiledning for de tre rapportene som utgjør verktøykasse.

Mødre- og barnehelse

NST understøtter og bidrar til WHO's programmer i og for medlemsland. Dette er en generisk tilnærming i forhold til utvikling og styrking av helsesystemer, oversikt over helsetilstand så vel som aktiviteter som knytter seg spesifikt til mødre- og barnehelse. Senteret har vært involvert i utvikling av e-læring og IKT-støtte til fødselshjelp i Lilongwe, Malawi. Ansatte har veiledet studenter som jobber med m-helse tjenester til gravide i Nigeria.

Forebygging

NST har ulike prosjekt og tjenester innenfor livsstil, forebygging og egenmestring. Flere av disse er utviklet for en mobil plattform. De fleste løsningene er individuelt tilpasset, som støtte til røykeslutt, kroniske sykdommer, KOLS, rehabilitering og seksuelt overførbare sykdommer.

Helsekart

På oppdrag fra WHO utvikler NST et virtuelt atlas over ulikheter i helse. Dette er et fremstillingsverktøy som henter helse og demografiske data fra ulike kilder, eksempelvis Eurostat. NST har utviklet et system for overvåking av smittsomme sykdommer. Dette er et distribuert system for deling av epidemiologiske data på tvers av helsesektorer og visualisering av smitteforekomst med hensyn til fylker og kommuner.

Nordvest-Russland

NST har samarbeidet med Nordvest Russland siden 1990-tallet gjennom tradisjonelle telemedisinske tjenester, fjernundervisning og ulike systemer for helseinformasjon. Samarbeidet har vært nyttig for begge parter. De første erfaringene med stillbildesystemer gjorde NST i samarbeid med russiske partnere. I 2012 ble det etablert et samarbeid med helsemyndighetene i Nenets autonome område med særlig fokus på svangerskap og oppfølging av spedbarn.

Tom Atle Bakke

Administrasjonsleder

www.telemed.no

Noragric

Institutt for internasjonale miljø- og utviklingsstudier, Noragric, ved Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB) driver forskning, undervisning og internasjonalt samarbeid innen miljø- og utviklingsstudier med et tverrfaglig perspektiv. Global helse hører med som en del av porteføljen.

Noragric har både forskere og PhD-kandidater som fokuserer på globale helsetemaer og et eget kurs om helse, miljø og utvikling for bachelorstudenter. I tillegg til å lære faktakunnskaper om helsetemaer legges det vekt på at studentene skal se helse i sammenheng med annen utviklingsproblematikk. De skal også være i stand til å diskutere ulike aktørers perspektiv og interesser i debatten om global helse. Tyngdepunkter i forskningen er ulike aspekter ved barne- og mødrehelse, vann og sanitærforhold og matsikkerhet.

Bachelorstudier

Førsteamanuensis Cassandra Bergstrøm har ledet universitetets tverrfaglige gruppe for helse og utvikling og hatt ansvar for å utvikle Noragrics bachelorkurs i helse, miljø og utvikling. Kurset gir en introduksjon til det tverrfaglige feltet helse og utvikling. Studentene skal kunne bruke sentrale konsepter i ulike rammeverk hos ledende utviklingsforetak og det legges vekt på forståelse av ulike verdier og underliggende interesser. Dette gir et grunnlag for å kjenne igjen ulike etiske posisjoner rotfestet i analytiske verktøy. Studentene jobber med temaer som fattigdom og utvikling, hiv, biosikkerhet/genmodifiserte organismer og tilgang til rent vann og sanitære forhold. Det er forventet at studentene kan demonstrere kunnskap om begrepene, at de kan integrere kunnskap og forståelse av forskjellige problemer og begrunne beslutninger om valg av en spesiell tilnærming. Kurset har tre hovedtemaer: introduksjon til helse og bærekraftig utvikling, miljø og helse og global helse.

Tyngdepunkter i forskningen er ulike aspekter ved barne- og mødrehelse, vann og sanitærforhold, og matsikkerhet.

Matsikkerhet og vann og sanitær

Førsteamanuensis Ingrid Nyborg jobber med ulike temaer særlig i rurale områder i Pakistan og Afghanistan, blant annet vann- og sanitærforhold og matsikkerhet. Hun har publisert flere artikler om vann- og sanitærforhold, både med vekt på tekniske aspekter ved forbedring av systemene og med fokus på de sosiokulturelle aspektene. Dette arbeidet foregår mye i samarbeid med forskere ved COMSATS universitet i Abbottabad, Pakistan. Forskere der er også involvert i Noragrics kurs i helse, miljø og utvikling. Annen forskning konsentrerer seg om matsikkerhet, særlig i Swat-dalen i Pakistan etter at den var rammet av oversvømmelse i tillegg til den fortsatt vanskelige sikkerhetssituasjonen. Nyborgs forskning har gjennomgående fokus på ulike kjønnsperspektiver og hvordan manglende matsikkerhet rammer kvinner annerledes enn menn.

Forsker Synne Movik arbeider blant annet med vannforvaltning og retten til vann, temaer som også står sentralt i arbeidet til Professor (II) Lyla Metha og Professor emeritus Bill Derman.

Feilernæring hos barn

PhD-kandidat Devota Mwaseba skriver oppgaven sin om intervensjoner basert på introduksjon av mer melk i kostholdet for å forhindre feilernæring hos barn under fem år i to distrikter i Tanzania. På tross av mange års forsøk med ulike intervensjoner er feil- og underernæring fortsatt et stort problem i landet. Mwaseba studerer et prosjekt der man har forsøkt å innføre nye geiter og kuer som produserer mer melk for å forhindre dette. Hun skal både undersøke nivået av feilernæring ved å måle barna, samt undersøke de sosiokulturelle aspektene ved hvordan husholdningene ser på melk som en kilde til ernæring, hva de vanligvis gir barna å spise og om prosjektet påvirker andre aspekter ved husholdningene som deltar.

Mor- og barn-helsetjenester i land rammet av konflikt

PhD-kandidat Christin M. Ormhaug skriver om barne- og mødrehelse i konfliktland i Afrika sør for Sahara. Hun har to studier som sammenligner tilgang til mor- og barn-helsetjenester på tvers av landegrenser samt innad i land som er rammet av konflikt. I konfliktland er det generelt mindre bruk av tjenester for barn og mødre enn i fredelige land, men innad i landene som er rammet av konflikt er det i områdene med militære trefninger mer bruk av helsetjenester. Det er sannsynlig at en kombinasjon av at man slåss i områder med mer infrastruktur og større tilgang på humanitær hjelp kan forklare dette. Disse resultatene støttes av kvalitative undersøkelser om bruk av mødrehelsetjenester i Sør-Sudan både under og etter borgerkrigen.

Poul Wisborg
Instituttleder

www.umb.no/noragric

Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen

Senter for internasjonal helse (SIH) ved Universitetet i Bergen (UiB) ble etablert i 1998 med mandat innen "globale perspektiv og utviklingsrelatert forskning" som var og er eit strategisk satsingsområde ved UiB.

SIH sitt mandat var global helseforskning av høg kvalitet i nært samarbeid med institusjonar i låginntektsland (LICs). Bygging av institusjonell kompetanse lokalt skulle vera eit særleg prioritert område. Organisatorisk er senteret plassert ved det medisinsk-odontologiske fakultetet, men har rolle som eit interfakultært og tverrfagleg senter ved UiB. I dag har Senter for internasjonal helse ein leiande posisjon innan internasjonal og global helse i Skandinavia. I den siste eksterne forskingsrådsevalueringa blei to forskingsgrupper ved senteret framlagde for evaluering, "Hiv/tb research group" og "Child health and nutrition Group", og begge blei vurdert som "excellent". Dessutan blei senteret totalt sett vurdert som "det leiande forskingssenteret innan internasjonal/global helse i dei nordiske landa, og eit av dei leiande sentra i Europa». I 2012 oppnådde SIH å få tildelt "Centre for Excellence" med finansiering frå Forskringsrådet. I dag er "Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health" (CISMAC) etablert som ein del av Senter for internasjonal helse.

Bygging av lokal kompetanse

Den globale skeivfordelinga av ressursar avspeglar seg i urettvise gap mellom sør og nord når det gjeld helsetilstand og livslengde. Ei ekstrem global skeivfordeling når det gjeld tilgang på høgare utdanning og akademisk kompetanse utgjør i dag ein avgjerande utviklingsbrems for LICs innan alle sektorane i samfunnet. Eksempelvis er forskingskompetanse og ressursar til forskning avgjerande for bygging av lokal kunnskapsbasis og leiarskap for å sikra effektive helestiltak. For global helseforskning er den lokale kompetansen avgjerande både for relevans, kvalitet og politisk påverknad av generert kunnskap, og senteret kan visa til omfattande bidrag til stryking av kompetanse ved partnerinstitusjonane. SIH driv organisert forskarutdanning på doktorgradsnivå og masternivå. Sidan 2005 har 70 kandidatar fått tildelt sin doktorgrad, og nær 90 prosent av disse er frå partnerinstitusjonar i LICs. Kandidatane blir rekrutterte frå partnerinstitusjonane og driv sitt forskingsarbeid i heimlandet. Dette er truleg den viktigaste forklaringa på at så nær som alle vender attende og blir sentrale personar i eigen institusjon. I tillegg til den organiserte utdanning ved SIH, har senteret etablert eit samarbeid med partnerinstitusjonar om drift av nye mastereutdanningar lokalt: "Master of Science in Epidemiology" (Zambia - Malawi); "Master in Health Policy and Management" (Tanzania); "Sandwich programme on clinical medicine" (Tanzania & Etiopia).

***F**or global helseforskning er den lokale kompetansen avgjerande både for relevans, kvalitet og politisk påverknad av generert kunnskap.*

Forskning

SIH har etablert akademiske partnerskap med institusjonar i ei rekke LICs (Kambodsja, Burkina Faso, Etiopia, India, Kenya, Malawi, Nepal, Sudan, Uganda, Tanzania, Zambia). Det handlar om lokale utfordringar for å finna lokale løysingar, men også om forskning på rådande vitskapelege utfordringar som kan gi ny kunnskap av stor innverknad for framtidige offentlege helseprogram med relevans langt utover det lokale. Førebygging utgjør eit hovudfokus, om metodar eller tilnærmingar, og dette inkluderer studiar av determinantar av sjukdom/infeksjon, eksperimentelle forsøk og evaluering av førebyggjande intervensjonar eller program. Eit illustrerande eksempel på forskingsbidrag er påvising av den positive verknaden av sink som del av behandling av akutt diaré for barn.

Dette går no inn som WHO sine tilrådingar. Etableringa av "Centre for Intervention Science in Maternal and Child Health" vil framover gjera at SIH totalt sett får auka ressursane betydeleg for forskning på mor- og barnehelse, og dette medfører også styrka etablerte partnerskap i LICs inkludert lokal kompetansebygging. For partnerinstitusjonane i Afrika sør for Sahara utgjør hiv og aids ei enorm og unik utfordring. Her har SIH vore partner i omfattande forskning over lang tid og med gode eksempel på direkte politisk innverknad. Her inngår eit av dei mest viktige forskingsspørsmåla innan dagens hiv-forskning: Korleis auka opptak av hiv-testing og rådgjeving på ein etisk, rettferdig og kostnads-effektiv måte som maksimerer potensiala av førebygging og behandling av slike tenester? Innan dette temaet er SIH og partnerar i forskingsfronten. Forsøk med heimebaserte tiltak er eit gjennombrudd, ei tilnærming med omfattande førebyggjande potensial, betre og meir sosialt rettferdig tilgang på behandling.

SIH har stor tematisk breidde innan forskning. Utanom aktiviteten ved dei to største forskingsgruppene (barn og ernæring, hiv/aids/tb), er det aktive grupper innan "Climate and Health", "Oral Health", "Oral cancer", "Occupational health", "Reproductive health" og "Vaccines and Immunology". Klima og helse er i ferd med å få innpass på tvers av forskingsgruppene.

Utfordringane

Det er grunn til å framheva prioriterings-utfordringane innan global helse forskning og tiltak frametter. Det er liten tvil om at lokal kompetansebygging må gis langt større prioritering av det internasjonale samfunn for å sikra effektive lokale løysingar. Vi opplever dessutan ein sterk global trend mot sterkt aukande «behandlingsfokus» - med svært gode kår for den farmasøytiske industrien. Særleg er dette tydeleg om ein ser på korleis det internasjonale samfunn prioriterer tiltak i høve til dei mest alvorlege hiv-epidemiane. For SIH vil forskning og lokal kompetansebygging innan public health løysingar bli hovudprioriteringa også frametter.

Knut Fylkesnes
Direktør

www.uib.no/cih

Senter for utvikling og miljø, Universitetet i Oslo

Senter for utvikling og miljø (SUM) bidrar til forskning, kunnskapsformidling og undervisning om global helse.

Vår forskning på global helse favner koblingene mellom helse og sosiale, økonomiske, politiske og miljømessige faktorer. Vi trekker på perspektiver fra samfunnsvitenskapen, særlig sosialantropologien. Vi forsker på globalt styresett, globale helseinitiativ, og helsesystem, med tematisk fokus på reproduktiv helse og rettigheter, mor- og barnehelse og vaksiner. Vår forskning strekker seg over flere landkontekster og ser ofte på sammenhengen mellom globale agendaer og lokale realiteter. Helseutfordringene i det 21. århundre krever tverrfaglige tilnærminger. SUM bidrar til slike tilnærminger gjennom samarbeid med internasjonale forskningsmiljøer innenfor samfunnsmedisin og folkehelse og gjennom UiOs forskningsprogram LEVE.

LEVE – Levekår i utviklingsland, er et tverrfaglig forskningsområde som koordinerer samarbeid mellom forskere fra Det samfunnsvitenskapelige, juridiske og medisinske fakultet og SUM, hvor SUM er vertsinstusjon. Global helse er et av forskningsområdets hovedområde. SUM er også en sentral aktør i kommisjonen The Lancet - UiO Commission on Global Governance for Health.

Vi publiserer artikler i vitenskapelige tidsskrifter og bøker, samt formidler resultater på ulike seminarer, konferanser, workshops, i populærvitenskapelige tekster og i undervisning. SUM bringer et kritisk, samfunnsvitenskapelig perspektiv på debatter om global helse, som til tider kan være en utfordring i et felt som er dominert av medisinske og tekniske tilnærminger.

Internasjonalt samarbeid

Vi samarbeider med ulike institusjoner, i Norge og internasjonalt i forbindelse med våre forskningsprosjekter. SUMs prosjekter på global helse strekker seg fra et globalt nivå, til ulike landkontekster som India, Malawi, Burkina Faso og Nicaragua. Vi samarbeider også med ulike aktører i sivil samfunn om temaene som opptar oss. I forbindelse med reproduktiv helse, (mor barn helse spesielt) har vi ett tett samarbeid med Institutt for helse og samfunn (Seksjon for internasjonal helse) på UiO, London School of Hygiene & Tropical Medicine, og med Department of Anthropology, University of Cambridge.

Undervisning i global helse

I tillegg til forskning har SUM undervisning i global helse på master- og doktorgradsnivå. Masterkursene rekrutterer også studenter til å skrive om helserelaterte temaer på sine masteroppgaver.

Global helse er en av de fire seksjonene på SUMs masterkurs "Development and environment: Theory and policy challenges". I tillegg utforsker kurset The Political Economy of Global Health global helse utfra et politisk økonomisk perspektiv.

Helsesystemer er avgjørende for å oppnå fullgod vaksinerings i befolkninger.

SUMs forskerskole har i samarbeid med LEVE gjennomført et internasjonalt doktorgradskurs med tema "The Political Determinants of Health - Changing Perspectives on Health Inequality". Kurset hentet inn relevante forelesere fra ulike internasjonale institusjoner og tiltrakk doktorgradsstudenter fra flere ulike land.

En tverrfaglig tilnærming til ulik vaksinasjonsdekning

Med SUM-forsker Sidsel Roalkvam som prosjektleder, tok prosjektet SUM Medic høyde for å identifisere faktorer som fremmer og hindrer vaksinasjonsdekning. Det er gjort ved å utforske sosiale, politiske og økonomiske aspekter ved konteksten rundt vaksine-systemet. Forskerteamet gjennomførte empirisk forskning i Malawi og India og på globale styringssystemer. Prosjektet utforsket den politiske

prosessen fra globale agendaer og avtaler, gjennom nasjonal politikkutforming, og implementering på lokalt nivå. I samarbeid med Amsterdam School of Social Science Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Verdensbanken, University of Witwatersrand, Universitetet i California SF, Delhi School of Economics og University of New South Wales, har prosjektet resultert i boken "Saving the World's Children: The politics of immunization" som utgis ved Oxford University Press i 2013.

Vurdering av norsk-indiske partnerskapsintervensjoner innen barne- og mødrehelse

Prosjektet tok sikte på å utforske om indiske helsemyndigheters insentivordninger i helsevesenet kan senke dødeligheten for mødre og barn. Økonomiske insentiver skal sikre at fødende kommer til sykehus for å føde, men ordningen er ikke uproblematisk i et land hvor helsevesenet har til dels store ressursproblemer. Prosjektet ble gjort i samarbeid mellom SUM, Institutt for helse og samfunn og Public Health Foundation India (PHFI). Sluttrapporten "Assessing and Supporting NIPI interventions" ble levert til Den Norske Ambassade i Delhi november 2011.

Styrking av helsesystemer gjennom vaksinasjonsprogrammer

Helsesystemer er avgjørende for å oppnå fullgod vaksinerings i befolkninger. Gjennom et kritisk etnografisk perspektiv analyseres forskjellige aktørers oppfatning av hva det vil si å styrke et helsesystem, og det utforskes hvordan globale vaksinasjonsinitiativ, særlig GAVI Alliance, forsøker å integrere et fokus på 'helsesystemstyrking' innenfor sine tekniske og sykdomsbaserte tilnærminger. I tillegg utforsker prosjektet forsøk på å integrere helsesystemstyrking innenfor vaksinasjonsprogrammer i Indias National Rural Health Mission. Prosjektet er finansiert av GLOBVAC-programmet (Global Health and Vaccination Research) i Norges Forskningsråd og utføres i samarbeid med SUM ved forskere Sidsel Roalkvam og Katerini T. Storeng og Arima Mishra ved Institute of Public Health, Bangalore, India.

Helsereform og mødrehelse

Postdoktor Katerini Storeng ved SUM har blitt tildelt støtte i form av et fireårig stipend for unge forskere fra GLOBVAC-programmet (Global Health and Vaccination Research) i Norges Forskningsråd. Prosjektet "Advocacy and policy change for health equity in low-income countries" starter i slutten av 2013 og vil støtte Storengs deltakelse i to internasjonale forskningsprosjekter som retter søkelys mot lite utforskede aspekter innen områdene helsereform og forbedring av servicetilbud innen mødrehelse. I tillegg vil Storeng utføre et selvstendig etnografisk prosjekt med fokus på sosiale bevegelser og deres forsøk på å rette søkelys på sosiale og politiske aspekter innenfor globale helsepolitiske prosesser. Storeng vil samarbeide med ledende institusjoner og grupper innen global helseforskning og policy, blant annet The London School of Hygiene & Tropical Medicine (England), University of Aberdeen (Skottland) og Guttmacher Institute (USA).

Mødrehelse i Nicaragua

SUM/LEVE-stipendiat Birgit Kvernflatens doktorgradsprosjekt "Progress or neglect: Maternal health at the margins" tar for seg helsesystem og mødrehelse i Nicaragua. Prosjektet ser på Nicaraguas utfordringer med å redusere mødredødelighet blant fattige og marginaliserte grupper. Prosjektet utforsker blant annet hvordan globale og nasjonale strategier for å senke mødredødeligheten utfolder seg på lokalt nivå, og hvordan Nicaraguas helsesystem møter kvinnes graviditets- og fødselsrelaterte behov.

Rettigheter og mødrehelse

SUM har en doktorgradsstudent, Lotte Danielsen, som tar sin doktorgrad på Cambridge innenfor et større forskningsprosjekt. Prosjektet Rights to motherhood: A comparative ethnographic study of civil society as agents for change ser på rettigheter og mødrehelse i et større komparativt perspektiv.

Kristi Anne Stølen

Professor og senterleder

www.sum.uio.no

Atlas-alliansen

Det er over en milliard funksjonshemmede i verden, ifølge FN. I "World Report on Disability 2011" kommer det klart frem at fattigdom skaper funksjonsnedsettelse blant annet på grunn av feilernæring og manglende behandling av sykdommer.

Mange funksjonshemmede i fattige land opplever også å bli ekskludert fra helsetjenester. Kun ti prosent får tilgang til rehabiliteringstjenester.

Atlas-alliansen støtter derfor grupper av funksjonshemmede og pasientorganisasjoner slik at de kjenner til og kan gjøre krav på sine rettigheter. De lokale organisasjonene arbeider med helserettigheter både på tvers av funksjonsnedsettelse gjennom lokale rehabiliteringsprogram (CBR).

Tilpasser rullestoler for brukere

Atlas-alliansen støtter også program for behandling av barn med ryggmargsbrokk, behandling av øyesykdommer som kan kureres og forebygging av diabetes. Gjennom Landsforeningen for hjerte- og lungesyke blir det i tillegg gitt støtte til organisasjoner for mennesker med tuberkulose og hiv.

Tilpasning av rullestoler og andre tekniske hjelpemidler for mennesker med funksjonshemming står også sentralt. Eksempelvis fikk 319 mennesker tilpasset rullestol i 2011.

Våre programmer involverer alltid lokale helsemyndigheter og brukerorganisasjonene. Det bidrar både til ansvarliggjøring av myndigheter og økt bærekraft.

Programmer involverer alltid lokale helsemyndigheter og brukerorganisasjonene. Det bidrar både til ansvarliggjøring av myndigheter og økt bærekraft.

Kvinner og jenters rett til helse

FNs høykommissær for menneskerettigheter har gitt ut rapporten "Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability". Rapporten slår fast at personer med funksjonsnedsettelse er spesielt utsatt for seksuelle overgrep. Funksjonshemmede kvinner og jenter har en enda høyere risiko. Årsaken er fordommer mot personer med utviklingshemming, mangel på kommunikasjon og opplæring samt isolasjon og institusjonalisering.

Et eksempel fra Zanzibar illustrerer hvordan Atlas-alliansen har arbeidet med dette. Det gis støtte til den lokale foreldreorganisasjonen ZAPDD. De har et nært samarbeid med helsemyndighetene og de arbeider for blant annet tidlige helsesjekker. For å få ned antall hendelser av seksuell misbruk av kvinner og jenter med utviklingshemming på Zanzibar samarbeider ZAPDD med Zanzibar Female Lawyers Association (ZAFELA). De driver holdningsskapende arbeid i distriktene, og gir juridisk bistand til familier som opplever seksuelt misbruk. Sammen med radio- og tv-programmer om barnemisbruk, omskjæring og seksuelt misbruk har det ført til flere rapporterte saker. I noen tilfeller har også overgriperen blitt tiltalt og dømt. Dette prosjektet har utviklingshemmede som hovedmålgruppe.

ZAPDD prøver nå å etablere kontakt med politistasjonene og domstolene for å drive opplæring av ansatte. I tillegg har ZAPDD et opplegg for 25 ungdommer med utviklingshemning i fem distrikter. Ungdommene får seksualopplysning og informasjon om hiv og aids. De får også opplæring i hvordan de kan dele kunnskapen med andre. Sammen med støttepersoner drar de ut i sine lokalsamfunn for å videreformidle informasjonen. Dette er også med på å forebygge spredningen av hiv og aids.

Bygger bro mellom lokale og nasjonale sentere

Et annet eksempel er hentet fra de palestinske områdene hvor Norges Handikapforbund støtter to ressursentre på distriktsnivå på Vestbredden. De mottar teknisk og økonomisk støtte for å adressere gapet mellom de lokalbaserte tjenestene ute i landsbyene og fire rehabiliteringssentre på nasjonalt nivå. De to ressursentrene på distriktsnivå har fokus på å vurdere behovene til funksjonshemmede barn slik at riktig informasjon og opplæring gis til de lokale ansatte på rehabiliteringssentrene og barnas foreldre. Ressursentrene setter opp personlige mål og planer for hvert barn. På denne måten blir de fleste behov barna har ivare tatt på lokalt nivå og i barnas hjem. Det har en positiv effekt på barnas helse og inkludering i samfunnet. Videre vil sentrene vurdere behovet for henvisning til de nasjonale rehabiliteringssentrene hvor profesjonelle helsearbeidere ivaretar behovene.

Forebygging av diabetes

Diabetes er en av de største helse- og utviklingsutfordringene i dette århundret. Ingen land, rikt eller fattig, er immun mot epidemien. Selv om diabetes er mulig å forebygge, fører sykdommen til nedsatt funksjonsevne og millioner av dødsfall årlig. I deler av verden hvor infeksjonssykdommer dominerer er diabetes en ekstra utfordring.

Gjennom samarbeidet mellom Norges Diabetesforbund og Diabetes Association Zambia har Atlas-alliansen siden 2008 drevet med opplæring av helsepersonell, påvirkning av helsepolitikk, informasjons- og bevisstgjøring i tilknytning til lokale helseklinikker. I Zambia er det en stor utfordring av sykdommen for de fleste er udiagnostisert. På verdensbasis antar man at omlag halvparten av alle som har diabetes (187 millioner) ennå ikke er diagnostisert, 78 prosent av disse bor i Afrika. Opplysning om hvordan man kan forebygge diabetes samt informasjon om diagnosen er derfor viktige komponenter i vårt arbeid i Zambia. Samarbeid med frivillige organisasjoner, mer forskning og bedre helsestrukturer må til for å bremse diabetesepidemien.

Rikke Bækkevold

Daglig leder

www.atlas-alliansen.no

CARE

CAREs arbeid med global helse har særlig fokus på seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR), kjønnsbasert vold og matsikkerhet.

All aktivitet har et hovedfokus på kvinners rettigheter og likestilling. Innsatsen skjer på ulike nivåer; lokalt, nasjonalt, regionalt og globalt. Styrking av lokalt sivilsamfunn og innsats for å engasjere menn, inkludert tradisjonelle og religiøse ledere, er viktige strategier. SRHR som satsingsområde er avhengig av landkontekst og innretningen på de ulike programmene, men handler i stor grad om styrking av kvinners rettigheter og økonomiske, sosiale og politiske deltakelse, styrking av lokalsamfunn og deres evne til å holde sine myndigheter ansvarlige og kapasitetsbygging av lokale helsearbeidere og helsetjenester. Dialog på landsby- og husholdningsnivå har vist seg å være svært gode innganger for å arbeide med et sensitivt tema som SRHR. Vi ser at arbeid med kvinners økonomiske og politiske rettigheter øker deres beslutningspåvirkning på husholdningsnivå. I stadig større grad rapporteres det fra våre programmer at menn følger sine koner til helsestasjonene, og at bruken av prevensjonsmidler har økt.

Arbeidet med SRHR og kjønnsbasert vold møter mange utfordringer på ulike nivåer. Det tar tid å endre sosiokulturelle tradisjoner og det mangler mange steder politisk vilje til å prioritere arbeidet fra myndighetenes side. Vi ser også en mobilisering av konservative krefter i en del land, samt i globale fora. Samtidig er mulighetene mange til å mobilisere endringsagenter i alle samfunn. Viktige endringsaktører er kvinneorganisasjoner, tradisjonelle ledere, og ungdom.

I programmets geografiske område har bruken av moderne prevensjonsmidler økt fra 17 prosent i 2009 til 37 prosent i 2011.

Rwanda: Arbeid med sosiokulturelle barrierer

CARE Norges SRHR-program i Rwanda har identifisert syv sosiokulturelle barrierer som hindrer bruk av familieplanleggingsmetoder. Gjennom spare- og lånegrupper rapporterte 3603 (88 prosent av dem var kvinner) at de hadde begynt å bruke familieplanlegging i løpet av 2010 – 2011. Programmet vil følge med på om bruken er langsiktig. Siden religion spiller en svært viktig rolle for folks manglende bruk av prevensjonsmidler, jobber CARE tett med ledere fra ulike religioner og livssyn. I løpet av 2010-2011 utarbeidet 60 religiøse ledere (kristne og muslimer) en handlingsplan for å påvirke sine menigheter til økt bruk av familieplanlegging. CARE har også bidratt til rehabilitering av helsestasjoner og utdeling av prevensjonsutstyr.

Tanzania: Påvirkning og ansvarliggjøring av myndigheter

CAREs AIM-prosjekt (Advocacy for Improved Maternal Health) har ført til flere møter og konsultasjoner med helsemyndigheter, justismyndigheter, parlamentarikere, religiøse ledere og sivilsamfunn. Dette arbeidet har bidratt til utarbeidelsen av en sterkere lovtekst på tematikken SRHR. Loven er fortsatt til behandling i parlamentet. AIM har også utviklet og tatt i bruk et system som overvåker gjennomføringen av nasjonale og internasjonale SRHR-forpliktelser i Tanzania.

Mali: Kjønnrelasjoner og bruk av prevensjon

CARE har i 2011 gjennomført en undersøkelse i Mopti for å vurdere hvordan kjønnrelasjoner påvirker SRHR. Resultatene viser at kvinners tilgang til og bruk av reproduktive helsetjenester har tett sammenheng med kvinnenens økonomiske stilling og deres maktrelasjoner innad i husholdningen, i landsbyen og med religiøse ledere. Undersøkelsen ble brukt som en plattform for å engasjere menn og å øke bevisstheten rundt relasjonen mellom kvinners reproduktive helse og tradisjonelle og kulturelle skjevheter. I programmets geografiske område har bruken av moderne prevensjonsmidler økt fra 17 prosent i 2009 til 37 prosent i 2011. Rapporter viser videre at tradisjonelle og religiøse ledere har bidratt til å øke kunnskapen og bevisstheten om kjønnsbasert vold og diskriminering av kvinner.

Myanmar: Opptrening av jordmødre

Det er enorme behov for bedre SRHR-tjenester i Myanmar. Disse behovene vektlegges i dialogen med lokalsamfunn og da særlig med kvinner. I perioden 2010-2011 har CARE bidratt til at 40 lokale jordmødre har fått bedre kompetanse på SRHR, kjønn og likestilling. CARE jobber med myndigheter, lokalsamfunn og partnere som Marie Stopes International, for å øke lokalsamfunns tilgang til bedre SRHR.

Engasjering av menn i arbeidet med SRHR

SRHR er et hovedtema i CAREs arbeid med å engasjere menn for likestilling og kvinners rettigheter. Ved å mobilisere menn og ledere i lokalsamfunn som landsbyagenter når CARE ut til flere husholdninger og lokalsamfunn. I Niger har landsbyledere signert en null-toleranse erklæring mot kjønnsbasert vold, noe som også har hatt en positiv effekt på jenters og kvinners SRHR. I Burundi og Rwanda, har arbeidet med å engasjere menn ført til en økning i bruken av seksuelle og reproduktive helsetjenester, inkludert familieplanlegging og hiv- og aidstesting og behandling. I Burundi rapporteres det også at menn i økende grad tar del i husarbeid, barneomsorg, og at de følger koner til helsesentrene for SRHR-relaterte konsultasjoner. I Burundi har CARE også brukt såkalte mobile utekinoer for å mobilisere menn i arbeidet med SRHR.

Arbeid mot kjønnsbasert vold

CARE Norge har lenge arbeidet mot kjønnsbasert vold i en rekke land, og også bidratt til å kartlegge helsemessige konsekvenser og kostnader av denne volden. CARE vil fortsette å sette volden i sammenheng med kvinners rettigheter, likestilling, deltakelse og helse.

Torild Skogsholm
Generalsekretær

www.care.no

FIAN

Det er en menneskerett å spise seg mett. Dette er hovedbudskapet til FIAN Norge, den norske avdelingen av FIAN International. FIANs formål er å synliggjøre brudd på retten til mat og jobbe for å sikre folks tilgang til livsnødvendige ressurser nå og i fremtiden.

FIAN står opp mot urettferdige og undertrykkende praksiser som forhindrer folk fra å brødfø seg selv, kjemper mot kjønnsdiskriminering og andre former for ekskludering.

FIAN har vært instrumentell i å løfte frem og styrke de økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene, spesielt retten til mat, i FN og i norsk utenrikspolitikk. Samtidig bruker vi disse verktøyene for å støtte dem som kjemper for sine rettigheter. FIAN analyserer og dokumenterer enkeltsaker der retten til mat brytes. I tillegg overfører vi kunnskap om retten til mat til sosiale bevegelser, frivillige organisasjoner og overfor myndighetene.

Skolemat i India

Med støtte fra Norad har FIAN Norge siden 2003 hatt et nært samarbeid med FIAN India. Dette samarbeidet bidro i 2004 til at 18 millioner barn ble sikret skolemat i Indias mest folkerike delstat, Uttar Pradesh. Der skolematordningen gjennomføres i henhold til det lovpålagte programmet bidrar det til at barn får økt inntak av kalorier, proteiner og vitaminer. Dette er viktig for barnas helse og bidrar til bedre konsentrasjon i timene. I tillegg har skolematordningen bidratt til økt deltagelse av barn, spesielt jenter, på skolen i Uttar Pradesh og er et viktig tiltak for å bekjempe kastediskriminering. FIAN kjempet først for at myndighetene på alle offentlige skoler å servere mat. Vi har i ettertid bidratt til at myndighetene i Uttar Pradesh har økt budsjettet for programmet slik at barna skal få variert kost, inkludert linser og frukt.

Å skape varige politiske endringer er sårbart i forhold til manglende oppfølging av politiske løfter og utskifting av myndighetspersonell.

Påvirkningsarbeid

De siste årene har FIAN hatt fokus på tilgang til helsestasjoner i India, spesielt i Uttar Pradesh. Indiske myndigheter har en rekke gode velferdsordninger som blant annet skal sikre bedre ernæring. Skolemat og helsestasjonene er to av disse tiltakene. På helsestasjonene skal barn i alder 0-6 år, jenter i tenårene, gravide og ammende få tilbud om et daglig, varmt måltid. De skal også få informasjon om amming, kosthold, hygiene og reproduktiv helse. Helsestasjonene gjennomfører også et vaksinasjonsprogram. Helsestasjonene er myndighetenes viktigste førstelinjetiltak for å overvåke underernærings situasjonen, ved at høyde og vekt på spedbarn og barn måles jevnlig. En indisk rapport fra 2012 konstaterte at nesten halvparten av alle indiske barn likevel er underernærte. Dette tilsvarer 1/3 av verdens underernærte barn. For å synliggjøre hvordan diskriminering begrenser de fattigstes tilgang til programmet har FIAN støttet lokalt organiserte dalit-kvinner i deres kamp for en helsestasjon i Jalalpur, en landsby i Lakhimpur-distriktet i delstaten Uttar Pradesh siden 2009. FIAN Norge har hatt møter med kvinnene i Jalalpur ved flere anledninger, med lokale og statlige myndigheter og hatt bred pressedeckning av saken i India. Vi har blant annet samlet inn underskrifter på et maleri i Norge, til støtte for kvinnes krav om helsestasjon. Dette er overlevert departementet for kvinner og barns utvikling i Uttar Pradesh.

Som følge av dette felles påvirkningsarbeidet er det i dag ansatt en helsearbeider med en hjelper som utfører noen av helsestasjonens oppgaver, blant annet å koke mat hver dag og veie barna. Vi jobber fremdeles med å kreve en bygning slik at de to nyansatte får et tilholdssted. I tillegg etterspør de ansatte opplæring slik at de kan ivareta alle deler av jobben på en helsestasjon. FIANs målsetning er universell tilgang til helsestasjoner som oppfyller de lovpålagte kravene.

Å jobbe frem enkeltsaker krever god dokumentasjon, strategisk påvirkningsarbeid og innpass hos myndighetene. Det siste kan komme som resultat av kontakter inn i statsapparatet, press fra media, et samlet sivils samfunn eller representanter fra det internasjonale samfunn. Å skape varige politiske endringer er sårbart i forhold til utskifting av myndighetspersonell og manglende oppfølging av politiske løfter. Menneskerettighetsforsvarere kan sette seg selv i fare i saker der uenigheten er stor mellom rettighetskreverne og myndighetene.

Styrking av økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter i FN

FIAN har siden midten av 1980-tallet jobbet strategisk for å løfte FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter generelt og retten til mat spesielt. Margret Vidar, juridisk rådgiver ved FAO oppsummerer det hele slik:

"For 15 år siden var FAO adskillig mindre åpen for innspill fra sivilsamfunnet enn i dag, mye takket være FIAN. Jeg husker et av de aller første møtene vi hadde i FAO om retten til mat, i kjølvannet av Verdenstoppmøtet om mat i 1996. De to eksterne deltakerne var Philip Alston, den gang medlem av FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, og FIANS Michael Windfuhr. Det videre arbeidet resulterte i tre ekspertkonsultasjoner, adopteringen av generell kommentar nr. 12 og bestemmelsen om å utarbeide frivillige retningslinjer om retten til mat i forbindelse med toppmøtet om verdens matsikkerhet i 2002. FIAN var en helt nødvendig aktør gjennom hele prosessen."

Utfordringer og muligheter

Arbeidet med Verdenstoppmøtene om mat i 1996 og 2002 har vært døråpnere for å styrke de økonomiske, sosiale og kulturelle rettighetene globalt. Utfordringen er å få dette arbeidet til å utgjøre en forskjell for dem som lider av underernæring. Underernæring henger nært sammen med retten til mat, vann, sanitær og helse. Uten bedre tilgang til produktive ressurser, vil jordløse og småbønder fortsette å være overrepresentert i sultstatistikken, som igjen bidrar til svekket helse.

Kristin Kjæret
Daglig leder

www.fian.no

Forum for kvinner og utviklingsspørsmål (FOKUS)

FOKUS består av 75 medlemsorganisasjoner og omfatter kvinneorganisasjoner, diasporaorganisasjoner, kvinneutvalg i politiske partier, fagforbund, solidaritets- og bistandsorganisasjoner.

Virksomheten består av tre hovedpilarer: pådriver- og kommunikasjons arbeid, program- og prosjektsamarbeid og kompetansesenterfunksjonen. Satsingen på global helse foregår innen alle disse områdene.

Siden 2011 har FOKUS i tillegg fungert som nasjonalkomiteé for UN Women.

Rett til deltakelse

Styrking av kvinners seksuelle og reproduktive helse og rettigheter (SRHR) er en av seks tematiske prioriteringer. Gjennom program- og pådriverarbeidet støtter FOKUS utviklingen av lovverk som sikrer kvinners SRHR. Vi ser dette i sammenheng med retten til deltakelse, økonomisk uavhengighet, styrking av kvinners og jenters kunnskap om SRHR og involvering av menn og gutter der dette kan bidra til bedre måloppnåelse.

FOKUS støtter også tilgang for unge kvinner, lesbiske, bifile og transpersoner til tilrettelagte helsetjenester og tilgang til trygge svangerskapsrelaterte helsetjenester, prevensjon og lovlige og trygge aborter. Det er også et mål at hiv og aids skal være et gjennomgående tema i SRHR-arbeidet.

Internasjonalt jobbes det opp mot FN-systemet med særlig sterk deltakelse i FNs kvinnekommisjons møter, men også mot FNs befolknings- og utviklingskommisjon, FNs generalforsamling og UN Women.

Som paraplyorganisasjon for 75 uensartede organisasjoner – inkludert flere trosbaserte – søker FOKUS å bygge broer og skape dialog mellom aktører som har ulike standpunkt til sensitive spørsmål som for eksempel abort.

Flere av FOKUS medlems- og partnerorganisasjoner i sør jobber aktivt med å fremme kvinners seksuelle og reproduktive helse og rettigheter. Det er også etablert tematiske fagutvalg blant enkelte av disse. Som paraplyorganisasjon for 75 uensartede organisasjoner – inkludert flere trosbaserte – søker FOKUS å bygge broer og skape dialog mellom aktører som har ulike standpunkt til sensitive spørsmål som for eksempel abort. FOKUS sitter også i SRHR-nettverkets kjernegruppe som har samarbeidet om en rekke innspill til norske myndigheter og fagetater.

Mellom 20 og 30 av FOKUS medlemsorganisasjoner er involvert i program- eller prosjektarbeid med partnerorganisasjoner i sør.

Jordmorutdanning og organisasjonsbygging i Afghanistan

Afghanistan er ett av landene i verden der flest kvinner dør i forbindelse med svangerskap og fødsel. I samarbeid med Afghanistankomiteén i Norge støtter FOKUS en jordmorskole i Jalalabad i Nangarhar-provinsen. De siste ti årene har omtrent ti prosent av jordmødrene i Afghanistan blitt utdannet ved denne skolen. Årlig uteksamineres 25 jordmødre. De siste tre årene har også Den norske jordmorforening og Den afghanske jordmorforeningen (AMA) vært inkludert som samarbeidspartnere. AMA er den første fagforeningen for kvinner i Afghanistan. Organisasjonsbygging og kvalitetssikring av jordmorutdanning i Afghanistan er en viktig målsetting. De siste statistiske undersøkelsene indikerer at dødelighetstallene endelig er på vei ned, noe utdanningen av kvalifisert helsepersonell har bidratt til.

Organisasjonsbygging i Etiopia

Et av Etiopias mest alvorlige samfunnsproblemer er landets dårlige helsetjenester. Prosjektets overordnede mål er å bygge opp en sterk søsterorganisasjon til Norske Kvinners Sanitetsforening i Etiopia som vil være en tydelig og sterk stemme for kvinners rettigheter innenfor helse og mot ulike former for vold mot kvinner og jenter. Per 2012 er lokale avdelinger etablert i syv regioner i Etiopia.

Arbeid mot kjønnslemlestelse

Programmet består av to prosjekter i Kenya og to i Tanzania. Det inkluderer en rekke aktører både hjemme og ute: YWCA Kenya, KFUK-KFUM Global, MICONTRAP, Pan-African Women's Organization, SIAC, DIAC og Kvinnefronten.

Prosjektene øker kunnskapen om kjønnslemlestelse blant kvinner i utsatte områder og mobiliserer til motstand mot praksisen i egne lokalsamfunn. Skolering av tradisjonelle og religiøse ledere og forbedring av helsestasjonenes forståelse av effektene av kjønnslemlestelse er andre viktige innsatsområder. Gjennom samarbeid med lokale myndigheter arbeides det for å forbedre håndhevingen av vedtatte lover mot kjønnslemlestelse.

FOKUS støtter også arbeidet mot kjønnslemlestelse i Gardo-distriktet i Puntland gjennom Somalisk forening for kvinner og barn og partneren Garwonet. Sentrale virkemidler er informasjonsvirksomhet i radio, bevisstgjøring gjennom samtalegrupper og lobbyvirksomhet. Det er en utfordring at prosjektet har som målsetting å endre folks oppfatninger om kjønnslemlestelse og å skape en mer åpen debatt om dette temaet. De blir blant annet motarbeidet av enkelte religiøse autoriteter. Det er imidlertid en del indikasjoner på at folks holdninger er i ferd med å endre seg. En milepæl kom mot slutten av 2011 da den lokale selvstyreadministrasjonen i Puntland innførte et lovforbud mot kjønnslemlestelse.

Seksualisert vold i Uganda

Det globale nettverket Isis WICCE har med støtte fra FOKUS og Fellesrådet for Afrika jobbet med å styrke kvinners kompetanse og selvtillit for å delta i fredsprosesser. I tillegg jobber de spesielt med å forebygge og bekjempe seksualisert vold under væpnet konflikt. Helseaspektet er knyttet til det enorme behovet kvinner og jenter har for både fysisk og psykologisk assistanse etter krigsvoldtekter. Sentralt for Isis WICCE er at seksuelle overgrep under krig ikke bare går svært hardt utover hver enkelt kvinnes fysiske og mentale helse, men at det i tillegg utgjør en kollektiv ydmykelse på samfunnsnivå. Det er derfor et konkret hinder for kvinners deltakelse i freds- og gjenoppbyggingsprosesser.

Juridisk rådgiving i Guatemala

Gjennom å føre saker for retten ønsker den juridiske organisasjonen Mujeres Transformando el Mundo (MTM) å stille de ansvarlige for seksuelle overgrep mot kvinner i Guatemala til ansvar for sine handlinger. Gjennom et samarbeid med FOKUS og Juridisk rådgiving for kvinner bidrar de til at kvinnene får den oppreisningen og den sosiale anerkjennelsen de fortjener og behøver. MTM er en av svært få organisasjoner i Guatemala som jobber med dette temaet. I tillegg til å forberede og føre saker for retten, bistår organisasjonen de berørte kvinnene med psykososial hjelp.

Radioopplysning i Peru

Med støtte fra FOKUS og Kvinnefronten starter WARMI Peru opp et nytt radioopplysningsprogram i 2013. WARMI vil produsere og kringkaste ukentlige radioprogrammer med SRHR-fokus. I tillegg vil de lage nettradioprogrammer som retter seg spesielt mot ungdom. De vil også samle og sammenfatte SRHR-relatert forsknings og nyhetsartikler for bruk av offentlige institusjoner, andre frivillige organisasjoner og academia. Disse metodene er hittil blitt brukt for å øke kunnskap og endre holdninger om vold mot kvinner med stor suksess.

Informasjonsprosjekt i Tanzania

Informasjons- og utdanningsprosjektet tar sikte på å engasjere kvinner og unge jenter på landsbygda i Tanzania til å diskutere seksualitet og bruk av moderne prevensjonsmetoder for å hindre uønskede svangerskap, kjønnssykdommer og hiv-smitte. Women's Promotion Centre har lang erfaring med å gi god og kunnskapsbasert informasjon og inngår i 2013 et nytt samarbeid med Kvinnefronten og FOKUS.

Gro Lindstad
Daglig leder

www.fokuskvinner.no

FORUT - Solidaritetsaksjon for utvikling

Alkohol er den tredje største risikofaktor for dårlig helse. FORUTs arbeid innenfor global helse er i stor grad dekket av programområdet alkohol, narkotika og utvikling – "Alcohol, Drugs and Development" (ADD).

Gjennom påvirkningsarbeid, samarbeid med partnere om lokal forebygging og kompetanseutvikling, bidrar FORUT til å redusere alkoholproblemer og styrke folkehelsen. Alkohol settes inn i en større sammenheng innenfor global helse, blant annet innenfor feltene hiv og aids, tuberkulose, ikke-smittsomme sykdommer, ulykker og sosiale problemer. Globale næringsinteresser bidrar til spredning av helseproblemer knyttet til tobakk, alkohol og usunn mat. FORUT deltar i internasjonale nettverk som en motvekt mot disse multinasjonale selskapene.

Tall fra Global Burden of Disease studien (2010) viser at alkohol på verdensbasis er risikofaktor nummer tre for dårlig helse, tidlig død og ansvarlig for 5,5 prosent av sykdomsbyrden. Alkohol er den ledende sykdomsrisikoen i Øst-Europa, sørlige Afrika og store deler av Latin-Amerika. I sørlige Afrika er trafikkulykker, andre ulykker, vold og skader samt alkoholrelatert tuberkulose en forklaring på at alkohol bidrar så sterkt til sykdomsbyrden. Hvis den rollen alkohol spiller i hiv- og aidsepidemien hadde blitt regnet inn, ville den alkoholrelaterte sykdomsbyrden vært enda større.

Påvirkningsarbeid

Både via FORUTs partnernettverk i prosjektlandene og gjennom Global Alcohol Policy Alliance (GAPA), der FORUT har ett styremedlem og er sekretariat, er globalt påvirkningsarbeid viktig. Verdens helseorganisasjon (WHO) vedtok i 2010 en global strategi for å redusere skadelig alkoholbruk og i 2011 vedtok FN en erklæring om kontroll og bekjempelse av ikke-smittsomme sykdommer. FORUT har vært en ivrig pådriver i begge disse politiske prosessene og ført en god dialog med norske myndigheter gjennom høringsinnspill, deltakelse på dialogmøter i regi av Utenriksdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, blant annet i tilknytning til Norges plass i WHO's styre. FORUT og GAPA har vært til stede på en rekke av WHO's styremøter og Verdens helseforsamling de siste årene. En representant fra FORUT representerte GAPA på WHO's Moskva-møte om bekjempelse av ikke-smittsomme sykdommer og var observatør som representerte det sivile samfunn i den norske delegasjonen til FNs høynivåmøte om ikke-smittsomme sykdommer i 2011.

FORUT har vært en pådriver både for å bygge og spre kompetanse om alkoholspørsmålet og å fremme forståelse for en aktiv alkoholpolitikk i våre samarbeidsland og globalt.

Gjennom dette arbeidet har FORUT lagt vekt på at helsepolitikk må utvikles uten innblanding fra næringsinteresser som er mest tjent med at svake og ineffektive virkemidler tas i bruk. På alkoholfeltet er dette særlig den internasjonale alkoholindustrien, men i en videre sammenheng er det mange sektorer der fortjeneste går foran folkehelsehensyn. Dette har resultert i et ad-hoc nettverk av likesinnede organisasjoner fra mange felt som samarbeider om et «Conflict of Interest Statement» som er blitt lagt merke til og som har påvirket debatter innenfor WHO.

Nasjonal politikk og lokal forebygging

WHO's globale alkoholstrategi foreskriver innsats på mange felt. Forebygging gjennom en aktiv alkoholpolitikk der prisregulering gjennom beskatning, begrensninger i tilgjengelighet som aldersgrenser, antall salgs- og skjenkesteder samt begrensning på markedsføring blir trukket fram som gode virkemidler. FORUT har vært en pådriver både for å bygge og spre kompetanse om alkoholspørsmålet og å fremme forståelse for en aktiv alkoholpolitikk i våre samarbeidsland og globalt.

I Malawi har Drug Fight Malawi, støttet av FORUT, mobilisert for utvikling av nasjonal alkoholpolitikk på en måte som er blitt dokumentert som "best practice" av WHO's regionskontor i Afrika. En lignende prosess har FORUT også vært involvert i sammen med partnere i Zambia, der det særlig er skattespørsmålet som har vært aktuelt. FORUT har bidratt i prosessen med å skape nasjonale nettverk i Sri Lanka, Nepal, Malawi og Zambia, samt en regional alkoholpolitikkallianse i det Sørlege Afrika.

FORUTs partnerorganisasjoner i sør driver lokalt forebyggingsarbeid på mange områder: gatebarn, likestilling, maskulinitet, ungdom og landsbyutvikling.

FORUT er medlem av nettverket MenEngage som engasjerer menn i kampen for likestilling og mot kjønnsbasert vold.

Kompetanseutvikling

Arbeidet med politisk beslutningspåvirkning handler om å omsette forskningskunnskap i praktisk handling. I 2012 var FORUT medarrangør for en global konferanse om alkoholpolitikk i Bangkok arrangert i samarbeid med thailandske helsemyndigheter, GAPA og WHO. Konferansen var også en del av WHO's offisielle oppfølging av alkoholstrategien. Alle FORUTs utviklingspartnere deltok på konferansen.

Samarbeid med forskningsmiljøer for å bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget på alkoholfeltet i sør er et gjennomgangstema i FORUTs arbeid. I 2012 har SINTEF Helse arbeidet med en stor befolkningsstudie for å kartlegge rusproblemer i Malawi, finansiert av Norges Forskningsråd. Denne er bygd på en forstudie finansiert av FORUT. Tidligere har FORUT bidratt til flere, om enn ikke så omfattende, studier i Sri Lanka, Nepal og Sierra Leone.

FORUT holder nær kontakt med forskningsmiljøer og har ved flere anledninger brukt alkoholforskere som er internasjonalt ledende på sine felt under arrangementer. Tilknytningen til et videre globalt helseperspektiv er sentralt, og i 2012 deltok FORUTs seniorrådgiver på et ukeskurs i «Global Health Law and Governance» på Georgetown University i Washington.

Omsetning av kunnskap til en helhetlig folkehelsepolitikk ligger også til grunn for et opplæringsprosjekt i samarbeid med Blå Kors, der et kursopplegg er utviklet for å gi opplæring i bruk av aktiv alkoholpolitikk for å begrense alkoholskader.

Kurset er gjennomført i seks afrikanske land: Malawi, Botswana, Namibia, Lesotho, Madagaskar og Tsjad. Deltakerne har kommet fra både frivillig og offentlig sektor.

Morten Lønstad
Generalsekretær

www.forut.no

Health & Development International (HDI-Norge)

HDI er en liten organisasjon med små administrative kostnader som ble etablert for å drive med forebygging av sykdommer som kan utryddes.

HDI har arbeidet med land fra Senegal i vest til Sør-Sudan, Jemen, og Pakistan i øst. Det er land hvor bedret helse og sosioøkonomisk utvikling kan bidra. Resultatet i Niger er betydelig redusert mødre- og barnedødelighet og forebygget varig nedverdiggende fødselsrelatert sykkelighet hos over 250 000 mennesker i nærmest veiløse pilotområder som er på størrelse med Rogaland.

Etter å ha arbeidet med sykdomsutryddelse i mange år har HDI utvidet sitt arbeid til forebygging av død relatert til fødsel og fødselsskader med støtte fra blant annet NORAD og Kavlifondet. HDIs programmer kjøres alltid i regi av nasjonale myndigheter, i samarbeid med lokale ledere og befolkningen for øvrig. Oppfølging av månedlig innsamlet tallmateriale åpner for raske kursjusteringer og tilbakemelding til befolkningen om hva de oppnår.

Niger

Med helseministeren og landets førstedame i spissen bestemte myndighetene i Niger seg i februar 2013 for et nytt initiativ lansert av HDI. Ved blant annet systematisk bruk av et medikament som koster én krone per dose tilsier forskning at landet kan oppnå opp mot 90 prosent reduksjon i antall kvinner som blør i hjel under fødsel. Medikamentet gis straks etter barnet er født.

Den anslåtte årlige økonomiske gevinsten på 44,6 millioner kroner vil komme godt med i familiene der de fleste tjener rundt seks kroner dagen. Niger er ett av verdens aller fattigste land. I tillegg til økonomisk gevinst av forebygget død og forebygget svekkelse gjennom flere

Mer enn 20 års erfaring med sykdomsutryddelse og ti års erfaring i forebygging av fødselsskader og dødsfall ved fødsel gjør det mulig for HDI å bidra på viktige måter, også som en liten organisasjon.

måneder på grunn av alvorlig anemi hos mange av dem som blør mye, men overlever, kommer det viktigste: all lidelsen og sorgen som initiativet er ventet å forebygge.

Den økonomiske gevinsten ser ut til å bli på denne størrelsen selv om bare 75 prosent av fødende kvinner nås. Myndighetene valgte en ennå mer ambisiøs tilnærming enn HDI hadde tenkt ved å distribuere medikamentet også til kvinner som føder hjemme.

Til sammenligning er programkostnader i størrelsesorden 1,5 millioner kroner per år.

Vil teste i andre land

Målet er å teste HDIs opprinnelige, vellykkede landsbybaserte prosjekt for kvinner og barn ved fødsel også i andre land. Det er mange steder hvor alt for mange kvinner og spebarn dør ved fødsel og hvor alt for mange kvinner som overlever en blokkert fødsel ender med livsvarig fødselsfistel. Samtidig er det behov for å utvide programmet til andre områder i Niger. Ettersom fødselsrelatert barnedød er redusert så mye en kan ved tiltak for å redde mødrene der vi jobber så har vi også mål om å introdusere "Helping Babies Breath", et billig, effektivt opplegg utviklet av den amerikanske pediaterforeningen og den norske bedriften Laerdal Global Health.

Når det lykkes å nesten oppnå tusenårsmålene 4 og 5 innen tre år i et så stort og såpass utfordrende område som det her er snakk om, bør det lykkes også andre steder der den fødselsrelaterte mødre- og barnedødeligheten er uakseptabelt høy. Utfordringen er å finne gode måter å organisere dette på som gir den nødvendige oversikten og kontroll på midlene.

HDI vil være avhengig av tett samarbeid med andre aktører som også tar opp dette arbeidet, dersom en skal gjennomføre disse vellykkede prosjektene der de kan gjøre nytte for seg i global målestokk. Mer enn 20 års erfaring med sykdomsutryddelse og ti års erfaring i forebygging av fødselsskader og dødsfall ved fødsel gjør det mulig for HDI å bidra på viktige måter, også som en liten organisasjon.

HDI-Norge har en søsterorganisasjon i USA som i likhet med HDI-Norge støttes av private individer, bedrifter, og store og små stiftelser. Også den amerikanske grenen av HDI har oppnådd tillitt og økonomisk støtte for sitt arbeid fra myndighetene. Grunnprinsippene og målene er de samme: best mulig helsemessig, økonomisk, og sosial utvikling for spesielt kvinner og barn. Dette gjøres ved bruk av midler som er små i forhold til gevinsten som oppnås.

Anders Seim
Direktør

www.hdi.no

HimalPartner

HimalPartner (tidligere Tibetmisjonen) er en liten misjonsorganisasjon kjent for arbeid med vannkraft og samfunnsutvikling.

Geografisk tilstedeværelse er i tibetanske områder i Kina og Nepal. Tematisk fokus er mental helse og næringslivsutvikling samt tverrfaglig satsing på utdanning og miljø. Himalpartner samarbeider med lokale partnere.

HimalPartner har vært involvert i helsearbeid gjennom oppbyggingen av primærhelsetjenesten i Nepal fra 1950-tallet og i Kina fra 1990-tallet. Samarbeidspartnere har arbeidet med prosjekt relatert til mental helse i mange år. Det spesifikke fokuset på temaet startet i 2011 da HimalPartner søkte og fikk fagutviklingsmidler gjennom Digni for å sette fokus på global mental helse. Nettverk ble etablert og fagkompetanse organisert både i Norge og i Nepal. Fra 2013 har flere av partnerne i Nepal søkt Norad/Digni-midler for mer konkrete prosjekter innen mental helse.

Global mental helse

Det er få aktive aktører innen global mental helse i dag, spesielt innen bistandssektoren. HimalPartner har samarbeidet med norske helseorganisasjoner om å forene kunnskapen som ligger i begge sektorer. Vårt generelle hovedbudskap i arbeidet er å trå varsomt og ta hensyn til lokal kontekst for å sikre at man ikke gjør mer skade enn godt.

Fokus på mental helse

I Norge har HimalPartner vært engasjert i stortingsmeldingen om global helse, spesielt for å adressere mental helse. Psykisk helse innbefatter alle de tre prioriterte områdene i Stortingsmeldingen. Utfordringen er hvilke praktiske og budsjettmessige konsekvenser dette vil få.

Mental helse er et underkommunisert område innen utviklingsarbeid. Da det ikke kommer pengestrømmer fra givere er det heller ikke retningsgivende for nasjonale prioriteringer i lavinntektsland. I kommentarene fra Stortingets høringsrunde blir dette påpekt som et område som norske myndigheter må være med å endre.

Mental helse er et underkommunisert område innen utviklingsarbeid. Når det ikke kommer pengestrømmer fra givere er det heller ikke retningsgivende for nasjonale prioriteringer i lavinntektsland.

Kompetansebygging av global mental helse i Norge gjøres gjennom Digni og for deres medlemsorganisasjoner. Videre er vi koordinator av "Norsk Nettverk for Global Helse", der medlemmene oppdateres gjennom månedlige nyhetsbrev, konferanser og seminarer. Internt i organisasjonen utveksles erfaringer av kompetanseheving ved bruk av norske fagpersoner.

HimalPartner støtter et tilsvarende nettverk i Nepal; "National Mental Health Network – Nepal" Det ble etablert i 2012 for å koordinere de spredte aktørene på feltet. Nettverket koordineres av United Mission to Nepal.

Nettverket arbeider sammen og enkeltvis mot myndighetene for å utvikle en nasjonal strategi og et lovverk for sikre rettigheter og kunnskap om mental helse.

HimalPartner støtter fra 2013 blant annet en av de mer aktive partene i dette arbeidet brukerorganisasjonen Koshish som både driver påvirkningsarbeid, i tillegg til et mindre rehabiliteringssenter.

Forebyggende arbeid

En sunn mental helse skapes tidlig. Gjennom føreskoleutdanning ved Early Childhood Education Centre (ECEC) støtter vi kursing av førskolelærere og foreldre om barns utvikling. Vi ser også etter muligheter for å integrere International Child Development Program (ICDP). I Kina kommer dette mest sannsynligvis til å bli et internasjonalt samarbeid gjennom flere organisasjoner.

Gjennom United Mission to Nepal støtter vi også et omfattende fred- og forsoningsprosjekt som i sin form og innhold er et viktig mental helsefremmende arbeid i flere distrikter i Nepal. Da Nepal har gjennomgått en smertefull borgerkrig, er det her blant annet fokus på traumearbeid. Informasjon og forebyggende arbeid skjer mye gjennom eksisterende nettverk på gressrotnivå som kvinnegrupper, helsestasjoner og religiøseledere.

Behandling

Det er utfordrende å få tilgang til tilfredstillende helsetjenester på landsbyda i Nepal. I et land med kun 56 psykiatere står opplæring av primærhelsepersonell og dyktiggjøring av ufaglært helsepersonell sentralt. HimalPartners samarbeidspartnere har opprettet kontakt med internasjonale fagmiljø for å sikre samhandling og kunnskap om mentalt helsearbeid i land uten relevante spesialiteter. Dette gjelder blant annet Verdens Helseorganisasjon og Sangath i Goa i India og London School of Hygiene and Tropical Medicine. Fra 2013 setter United Mission to Nepal i gang et prosjekt som arbeider for å bedre tilgangen på behandling gjennom å styrke det eksisterende primærhelsetilbudet. Videre etablerte flere menigheter i 2009 et ressursenter for sjelesorg - Bethesda - i Pokhara. I fjor fikk 200 menighetsansatte kursing ved ressursenteret. Dette er et vesentlig arbeid for å bidra til å hele en del av sårene etter borgerkrigen. Higher Ground etablerte i 2012 et rådgivningssenter i forbindelse med et arbeid for kvinner som har blitt utsatt for menneskehandel.

Forskning

Indirekte bidrar HimalPartner til forskning gjennom å støtte forskningsmiljø i Helse Bergen i et relevant prosjekt i Nepal og Helse Stavanger.

Utfordring

Med henvisning til Stortingskomitéens uttalelser vil HimalPartner utfordre norske myndigheter til å spille en rolle både innen Verdens Helseorganisasjon og med bevisst støtte til prosjekt innen dette område som er i ferd med å få en sentral plass internasjonalt.

Heidi Westborg Steel
Generalsekretær

www.himalpartner.no

Kirkens Nødhjelp

Kirkens Nødhjelp har retten til helse som ett av satsingsområdene i innværende strategiperiode fra 2011 til 2015.

Retten til helse består av programmer for hiv og aids og helse. I tillegg har vi helsekomponenter i flere av våre programmer med fokus på kjønnslemlestelse, kjønnsbasert vold, vann, sanitær og hygiene.

I 2012 hadde Kirkens Nødhjelp helseprogrammer i følgende land: Vietnam, Myanmar, Palestina, Sudan, Sør-Sudan, Malawi, Angola, Zambia, Thailand, Laos og Etiopia. Disse programmene er hovedsaklig støttet av norske myndigheter. Flere av helseprogrammene gjennomføres i områder preget av krig og politisk uro. Der målgruppen er flyktninger arbeider vi for å sikre et bredt helsetilbud med fokus på kvinner og barn. I land som er mer politisk stabile har vi langsiktige helseprogrammer med fokus på bedring av kvaliteten på helsetjenester som gis til befolkningen.

Sykepleier-suksess i Malawi

I Malawi har Kirkens Nødhjelp siden 2005 drevet et stort helseprosjekt med formål å forbedre kvaliteten og øke antallet helsearbeidere i landet. Ved prosjektets begynnelse var Malawi inne i en stor krise i helsesystemet. Mangel på helsepersonell var en av de mange utfordringene. Sammen med vår partner Christian Health Association (CHAM) ble et stort arbeid med infrastruktur satt i gang for å øke kapasiteten på CHAM sine sykepleierhøyskoler. Seks høyskoler i Norge ble invitert inn for å bidra til å øke den faglige kvaliteten på utdanningen.

Målet var å doble antall studenter for så å få de til å fortsette å arbeide i Malawi etter endt utdanning.

Prosjektet har vært en stor suksess. Fra 2004 til 2011 har det vært en økning av studenter fra 3456 til 5899. Alle CHAM-høyskolene har fått nye kliniske ferdighetssentre. Nytt pensum med fokus på kjønnsperspektiv, menneskerettigheter og etikk er utarbeidet. Nye lærebøker er kjøpt inn. I tillegg er det datarom tilgjengelig for studentene på alle skolene.

Fra 2004 til 2011 har det vært en økning av sykepleiestudenter fra 3456 til 5899 i Malawi.

Prosjektet avsluttet sin andre fase i 2012 med en stor internasjonal konferanse i Malawi med 200 deltakere fra 14 land. Tittelen på konferansen var "Nursing Education in Africa - Changes and Challenges" og var unik fordi den fokuserte på sykepleierutdanning i Afrika. Kvaliteten på arbeidene som ble presentert holdt et godt faglig nivå og mye av forskningen som ble lagt frem var fra malawiske studenter og lærere som hadde vært med i prosjektet fra begynnelsen. Totalt har norske myndigheter bidratt med 108 millioner til dette arbeidet. I november 2012 fikk prosjektet tre nye år med finansiering fra den norske ambassaden i Malawi. I denne nye fasen vil forskning være et av hovedfokusene.

Kjønnsbasert vold i krig og konflikt

Kjønnsbasert vold truer jenter og kvinners helse og økt tilgang til helsetjenester for ofre for kjønnsbasert vold er nødvendig. Kunnskap om behandling av både fysiske skader som fistler og psykisk traumebehandling er avgjørende for kvinnehelse. Kirkens Nødhjelp støtter arbeid på dette området i flere land: DR Kongo, Mali, Sudan (Darfur) og Palestina.

Arbeid med overlevende etter kjønnsbasert vold i krig og konfliktsoner eksemplifiseres best med det arbeidet som Kirkens Nødhjelp gjør i DR Kongo. Siden 2010 har vi vært med å styrke 585 akkrediterte helsesentre i nord og sør i Kivu ved å lære opp en sykepleier fra hvert helsesenter i psykososialt arbeid. Målet er å gjøre disse i stand til å identifisere traumatiserte pasienter som trenger assistanse i tillegg til medisinsk støtte. De skal sikre at de pasientene som trenger ytterligere behandling blir henvist til videre til helseinstitusjoner med kompetanse på området.

Kirkens Nødhjelp har i mange år jobbet med nulltoleranse for skadelige tradisjoner, barneekteskap og vold i nære relasjoner. Å utfordre religiøse og tradisjonelle ledere når det gjelder deres ansvar er en viktig del av dette arbeidet. I Etiopia gjennomfører trosbaserte og lokale organisasjoner, samt religiøse ledere, tiltak i de fleste regioner for å få til enighet lokalt for å avskaffe skikken. Ofre for kjønnslemlestelse motiveres til å søke helsetjenester som de på grunn av stigma ikke oppsøker. Det er del av et omfattende program i samarbeid med Redd Barna. Den norske ambassaden har støttet dette siden 2006. Det er påviselige resultater i nedgang i antall jenter som blir omskåret og foreldre som ikke omskjærer døtre. Det er likevel fortsatt utfordringer med religiøs tolkning av nødvendigheten for visse former for kjønnslemlestelse, også kalt sunna. Opplæring av helsearbeidere, tradisjonelle omskjærere og jordmødre er viktig for å redusere omfanget av dette.

Hiv-arbeid i fengsler

Hiv- og aidsprogrammene til Kirkens Nødhjelp har hatt som målsetting å engasjere og dyktiggjøre partnere til å bekjempe stigma og diskriminering og å gi hjelp og støtte til dem som er smittet av hiv og deres pårørende. Vi legger særlig vekt på ungdom. I Vietnam er Kirkens Nødhjelp den eneste frivillige organisasjonen som har et omfattende hiv- og aidsprogram i fengsler. Programmet startet i 2000 og omfatter både forebyggende arbeid, kompetansebygging hos de ansatte og innsatte og direkte helsetjenester til hiv-smittede. Programmet omfatter ti fengsler i seks provinser i nordlige og sentrale deler av Vietnam.

I 2012 utvidet Kirkens Nødhjelp arbeidet i fengslene med et prosjekt med hovedfokus på tidlig diagnostisering av tuberkulose hos innsatte med hiv og aids. Det har vært utfordrende å få de nødvendige tillatelser, men arbeidet er nå utvidet til å omfatte 17 fengsler og 30 000 innsatte. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Vietnams nasjonale tuberkuloseprogram. I tillegg til tidlig diagnostisering, er hovedfokus å etablere helsesystemer i fengslene som kan gi nødvendig oppfølging og behandling av pasientene. Målet er å undersøke 25 000 innsatte innen mars 2013. Dette arbeidet er støttet med midler fra Verdens helseorganisasjon.

Retten til vann

Tilgang på rent vann og gode hygiene er avgjørende for god helse. I Angola har Kirkens Nødhjelp hatt en bevisst strategi med å nå ut med et program som fokuserer på vann, sanitær og hygiene til isolerte områder. Kirkens Nødhjelp har tilpasset sitt program til regjeringens plan "vann for alle". Totalt fikk 6586 rettighetshavere rent vann kommunene Baia Farta i Benguela og Cariango i Angola i 2011. Programmet i Angola er støttet av Statoil og Norad.

Anne Marie Helland
Generalsekretær

www.nca.no

Kreftforeningen

Globalt forårsaker kreft årlig åtte millioner dødsfall. Mer enn 70 prosent av dødsfallene skjer i utviklingsland.

Kreft tar i dag flere liv enn aids, tuberkulose og malaria til sammen. Det er ventet at antallet som dør av kreft årlig vil øke til 12 millioner innen 2030.

Behovet for å løfte kreft og ikke-smittsomme sykdommer (NCD) høyere på den globale helse- og utviklingsagendaen underbygges av den omfattende rapporten "Global Burden of Disease 2010".

I mange utviklingsland er helsesystemene lite utbygd og tilgangen på kreftbehandling er mangelfull. For å redusere sykdomsbyrden må det satses på forebyggende tiltak. Tobakksbekjempelse er klart det viktigste enkelttiltaket for å forebygge kreft, men forebygging av fedme og redusert alkoholforbruk er også viktige innsatsområder.

Økende forekomst av ikke-smittsomme sykdommer gir tapte leveår og flere leveår med redusert livskvalitet. Dette kan bli et betydelig hinder for utvikling om ikke vi iverksetter effektive forebyggende tiltak.

Kreftforeningens internasjonale engasjement

Kreftforeningen bruker en til to prosent av sine formålsmidler til internasjonalt arbeid. I mange år har den internasjonale innsatsen vært fokusert mot tobakksforebyggende arbeid, både gjennom prosjekter og politisk påvirkningsarbeid. I den senere tid har Kreftforeningen bidratt mer inn i globale og internasjonale prosesser knyttet til ikke-smittsomme sykdommer.

Kreftforeningen spilte en viktig rolle før, under og etter FN-toppmøtet om ikke-smittsomme sykdommer i september 2011. The Union for International Cancer Control (UICC) er en sentral samarbeidspartner for Kreftforeningen i arbeidet med å sette kreft tydeligere på agendaen globalt. I tillegg er Kreftforeningen medlem i European Cancer League (ECL) og Nordic Cancer Union (NCU), hvor kunnskapsutveksling og samarbeid innen kreftomsorg og forskning er sentralt. Kreftforeningen er aktiv i det internasjonale nettverket McCabe Centre for Law and Cancer Control og er vertskap for det europeiske nettverket.

*H*elsespørsmål og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, herunder kreft, må bli et satsingsområde i norsk bistands- og utviklingspolitikk.

Tobakksforebyggende arbeid

En milliard mennesker bruker tobakk daglig. Tobakk er den viktigste enkeltårsak til sykdom og død som kan unngås. Mer enn halvparten av de som bruker tobakk dør av tobakksrelaterte sykdommer. I utviklingsland fører tobakk til enorme samfunnskostnader i tillegg til sykdom og helseproblemer. Bruk og produksjon av tobakk bidrar til å opprettholde fattigdom, redusere matsikkerhet og hindre utvikling.

Kreftforeningen ønsker å:

- styrke det tobakksforebyggende arbeidet globalt
- bidra til gjennomføring av tobakkskonvensjonen (FCTC) på landnivå
- motvirke tobakksindustriens innflytelse og undergraving av tobakkskonvensjonen
- bidra til styrket tobakkspolitikk gjennom påvirkningsarbeid og samarbeid
- integrere tobakksbekjempelse i eksisterende utviklings- og helseagendaer

Siden 2005 har Kreftforeningen støttet aktiviteter og initiativer i Russland og flere land i Afrika, som Ghana, Niger, Zambia, Gabon og Kamerun for å bekjempe tobakksepidemien. Kreftforeningen jobber gjennom globale og lokale sivilsamfunnsorganisasjoner, og har siden 2005 bevilget mer enn åtte millioner kroner til tobakksforebyggende arbeid. Kreftforeningens støtte har bidratt betydelig til

konkrete prosjekter og styrking av sivilsamfunnsorganisasjoner og nettverk. Et eksempel er samarbeidet med organisasjonen Vision of Alternative Development (VALD) i Ghana som har resultert i strengere lovgivning når det gjelder markedsføring av tobakksvarer.

Brystkreftprosjekt i Peru

Kreftforeningen og Brystkreftforeningen støtter et prosjekt for utvikling av tidlig diagnostikk av brystkreft i Peru med 1,6 millioner kroner fra Rosa sløyfeaksjonen. Det treårige pilotprosjektet startet opp i 2011 og gjennomføres av PATH, en global organisasjon som arbeider for bedre helse.

PATH har i tett samarbeid med jordmødre og sykepleiere utviklet informasjonsmaterieill til en opplysningskampanje om brystkreft. Ved at kvinner hjelper og motiverer kvinner, vil flere komme tidligere til undersøkelse når de oppdager forandringer i brystene. Prosjektet har også hevet kompetansen for brystundersøkelse og diagnostikk hos leger ved de lokale sykehusene.

Kreftforeningens engasjement for HPV

Livmorhalskreft er den nest vanligste kreftsykdom hos kvinner på verdensbasis. Nærmere 530 000 kvinner rammes hvert år av livmorhalskreft, og årlig dør 275 000 kvinner av denne kreftformen globalt. Omtrent 85 prosent av kvinner som rammes av livmorhalskreft bor i utviklingsland. Humant papillomavirus (HPV) er et seksuelt overførbart virus, og er en viktig faktor til at livmorhalskreft og enkelte andre kreftformer oppstår.

Forekomsten av livmorhalskreft, og også andre HPV-relaterte kreftsykdommer, ligger an til å øke betydelig, særlig i utviklingsland. Det har sammenheng med den forventede demografiske utviklingen med forholdsvis mange flere unge i årene fremover. HPV-vaksinasjon er særdeles viktig i disse landene, fordi programmer for masseundersøkelse og behandlingstilbudene er mangelfulle. Det er dokumentert at opp til 70 prosent av all livmorhalskreft kan forebygges gjennom effektiv HPV-vaksinasjon.

Kreftforeningen har vært en pådriver for at det internasjonale vaksinefondet GAVI nå har inkludert HPV-vaksinen i sin portefølje og ligger an til å vaksinere 30 millioner jenter innen 2020. Gjennom Union for International Cancer Control (UICC) støtter vi også et initiativ for at HPV-vaksinasjon skal inngå i nasjonale kreftplaner.

Veien videre

- Helse spørsmål og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, herunder kreft, må bli et satsingsområde i norsk bistands- og utviklingspolitikk.
- Norske myndigheter må være en pådriver for at forebygging og kontroll av ikke-smittsomme sykdommer får nødvendig oppmerksomhet i globale fora, og at det bevilges økonomiske midler til arbeidet.
- Norge må fortsatt arbeide for implementering av tobakkskonvensjonen (FCTC) internasjonalt.
- Norge må være en pådriver for at internasjonale avtaler revideres for i større grad møte de globale helseutfordringene, eksempelvis Trade Related Intellectual Property Rights.
- Norge må arbeide for å få ikke-smittsomme sykdommer inkludert i de nye tusenårsmålene post 2015.

Anne Lise Ryel
Generalsekretær

www.kreftforeningen.no

Leger Uten Grenser (Médecins Sans Frontières – MSF)

MSF er verdens største medisinske nødhjelpsorganisasjon med prosjekter i 70 land. MSF gir helsehjelp i konfliktområder, under epidemier og etter naturkatastrofer.

Hovedvekten av prosjekter støttet av utenriksdepartementet og Norad tilbyr grunnleggende helsehjelp i land hvor det nasjonale helsesystemet er ikke-eksisterende, eller behandling der helseinfrastrukturen er utilstrekkelig for å håndtere en massiv helsekrise som en HIV/Aids-pandemi.

Internasjonalt har MSF vært ledene innen global helse ved å tilby:

- kvalifisert fødselshjelp i land hvor mødredødeligheten er høyest
- innovative ernæringsprogrammer for underernærte barn
- hiv og aids-medisiner i lavinntektsland og påvirkningsarbeid for billigere medisiner
- massevaksinasjon mot dødelige sykdommer i utilgjengelige regioner
- behandling av ofre for seksualisert vold i krig og konflikt

Mobilisere for kvinners og barns helse og rettigheter

Kvinner og barn utgjør rundt 80 prosent av alle Leger Uten Grensers pasienter. Organisasjonen har tatt ledelsen i arbeidet mot tusenårsmål 4 og 5 ved å utvikle særskilt kompetanse på reduksjon av ekstrem mødredødelighet gjennom kvalifisert fødselshjelp og forebygging av barnedødelighet ved hjelp av ernæringsprogrammer og vaksinasjon. MSF bisto ved 192 000 fødsler i 2011.

I Sør-Sudan og DR Kongo driver MSF primærhelsetjenester i noen av landets mest utilgjengelige regioner. Begge statene er plaget av svake sentralregjeringer og et fraværende offentlig helsesystem.

Leger Uten Grenser tilbyr gratis grunnleggende helsetjenester som fødselshjelp, vaksinasjon og epidemirespons til utsatte grupper inkludert internt fordrevne.

Gjennom sitt hiv-engasjement har MSF bevist at epidemien er reversibel. Politisk påvirkning har vært en viktig del av arbeidet.

I 2012 ble en rapport fra to prosjekter i Burundi og Sierra

Leone publisert. Ved hvert prosjekt har tusenårs målet om redusert mødredødelighet blitt realisert. Etter at akutt fødselshjelp ble introdusert falt dødeligheten med 74 prosent.

MSF har i en lengre periode jobbet i Sahel-regionen for å utvikle mer effektive strategier for å behandle underernærte barn. Under den siste matvarekrisen sommeren 2012 drev MSF norskstøttede ernæringsprosjekter i Niger og blant maliske flyktninger i Mauritania.

Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging

Leger Uten Grenser var den første organisasjonen som startet storskala hiv-behandling i lavinntektsland. Innen 2012 hadde MSF 230 000 hiv-pasienter på behandling. 30 000 av disse var ved to Norad-støttede prosjekter i Malawi og Swaziland. Behandling er kombinert med forebyggende strategier som informasjonskampanjer, behandling av smitte fra mor til barn og frivillig omskjæring av menn. I tillegg prioriterer de to prosjektene opportunistiske infeksjoner blant hiv-pasienter. Hvert år helbreder 2500 pasienter for tuberkulose.

I Myanmar er Leger Uten Grenser landets største behandler av hiv. I Kachin og Rakhine har en lavintensitets-konflikt mellom minoritetsgrupper og den nasjonale hæren pågått i tiår med sporadiske oppblussinger som i Rakhine sommeren 2012. Leger Uten Grenser tilbyr hiv-behandling og primærhelsetjenester til befolkningsgrupper på begge sider av konflikten.

Gjennom sitt hiv-engasjement har MSF bevist at hiv-epidemien er reversibel. Politisk påvirkning har vært en viktig del av arbeidet. Etter gjennombruddene på forskningsfronten hvor hiv-medisiner er funnet å redusere sjansen for smitteoverføring med opp til 95 prosent, har Leger Uten Genser gått i bresjen for "treatment as prevention". Ved å tilby hiv-medisiner til alle som trenger det innen 2015 kan hiv-smitte hindres og pandemien stoppes.

Vaksinasjonsprogrammer forblir en viktig del av Leger Uten Grensers katastrofeberedskap. I 2011 ble over fem millioner mennesker vaksinert for meslinger, og under kolerautbruddet på Haiti året før behandlet MSF over 170 000 pasienter.

Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

MSF har vært ledende i innsatsen for å forbedre tilgang på livreddende medisiner for pasienter i den tredje verden. Organisasjonen har selv bidratt til klinisk utvikling av nye behandlingsmetoder, men også presset farmasøytiske selskaper til å senke prisen. På ti år har prisen på hiv-medisiner falt til mindre enn 1/100.

MSF deler norske myndigheters prioritering av mennesker utsatt for seksualisert vold. I 2011 behandlet organisasjon over 15 000 ofre, både kvinner og menn. I tillegg til å behandle skader og gi beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer tilbyr organisasjonen juridiske sertifikater som kan brukes i retten for å attestere at overgrep har skjedd. Norskstøttede prosjekter i DR Kongo og Kibera-slummen i Kenya behandler og informerer om seksualisert vold.

For å yte helsehjelp til de som trenger det mest er MSF avhengig av at de humanitære prinsipper respekteres i krig og konflikt. Adgangen til skadelidende og friheten til selv å prioritere hvem som trenger behandling forutsetter et humanitært rom for frivillige organisasjoner. Politisering av humanitær hjelp innebærer at organisasjoners uavhengighet og nøytralitet kompromitteres. Et humanitært rom under press utgjør en betydelig utfordring for MSFs operasjonelle frihet.

Det har blitt gradvis farligere å være nødhjelpsarbeider. Trusler og kidnappingsfare gjør at MSF må trekke seg ut eller redusere tilstedeværelsen av internasjonalt ansatte. Resultatet er at helsehjelpen undergraves.

Anne-Cecilie Kaltenborn

Generalsekretær

www.msf.no

LHL Internasjonal

LHLs internasjonale tuberkulosestiftelse (LHL Internasjonal) samarbeider med pasientorganisasjoner, nasjonale helsemyndigheter og forskningsinstitusjoner både internasjonalt og i Norge.

Sentralt står pasientrettigheter, forebygging, folkeopplysning, kapasitetsbygging, organisasjonsutvikling og operasjonell forskning.

I 2011 ble 8,7 millioner mennesker diagnostisert med tuberkulose. Om lag 1,4 millioner døde. Totalt dør 500 000 kvinner av tuberkulose hvert år og 10 millioner barn er foreldreløse på grunn av sykdommen. Tuberkulose er den største dødsårsaken blant hiv-positive.

Hovedutfordringene innen global tuberkulosekontroll er fattigdom, at folk er smittet både av tuberkulose og hiv, utvikling av resistente former for tuberkulose, stigmatisering, behovet for en ny og effektiv tuberkulose-vaksine, samt behovet for bedre diagnostiske verktøy og medisiner. Et viktig aspekt er at behandlingen kan være på mellom seks og 24 måneder. Derfor er det mange som ikke fullfører behandlingen.

***B**evissthet på kjønnsroller og forståelse av hvordan forebygging og behandling må skreddersys kvinner og menn, er vesentlig for å redusere sykelighet og dødsfall.*

Mobilisere for kvinners og barns helse og rettigheter

Bevissthet på kjønnsroller og forståelse av hvordan forebygging og behandling må skreddersys kvinner og menn er vesentlig for å redusere sykelighet og dødsfall. Tuberkulose rammer i stor grad unge mennesker i reproduktiv alder. Helsepersonell og frivillige i prosjektsamarbeidet i Tanzania og Sudan har gjennomgått kurs med spesielt fokus på kjønnsaspektet og tuberkulose. Kjønnsbewissthet er et gjennomgående tema i hele bistandsporteføljen vår.

Tilgang til helsetjenester

Støtte til nasjonale og regionale tuberkuloseprogram i Nepal, Sudan, Tanzania (Temeke), Zambia (Copperbelt) og Russland (Arkhangelsk) øker tilgang til behandling og gir kortere vei til helsetjenestene for kvinner og barn. Verdens helseorganisasjons tall fra 2011 viser at 74 000 nye pasienter ble diagnostisert med tuberkulose og fikk behandling i de landene og regionene hvor LHL Internasjonal støtter tuberkuloseprogrammer. Det globale målet om 85 prosent vellykket behandlingsresultat innen 2014 er nådd i disse landene, bortsett fra i Arkhangelsk (Russland), hvor multiresistent tuberkulose utgjør en stor utfordring. Dette påvirker behandlingsresultatet negativt. LHL Internasjonal bidrar til at pasientorganisasjoner kan drive lokalt informasjonsarbeid og lære opp frivillige behandlingshjelpere som når frem til kvinner og barn i deres hjem. I Tanzania tilbyr pasientorganisasjonen "Mukikute" oppsøkende folkeopplysning og hiv-testing i en buss som reiser rundt på landsbygda. Kursing av laboratoriepersonell i Nepal og Sudan fører til kvalitetssikring av både diagnostisering og behandling. I tillegg styrkes kontinuiteten blant lokalt helsepersonell.

Ernæring, helse og levekår

Servering av mat, utdeling av matpakker, samt opplæring og informasjon om viktigheten av et sunt kosthold ved tuberkulosebehandling og forebygging av tuberkulose, gjøres av flere av LHL Internasjonal sine partnere. Ifølge helsemyndighetene i Arkhangelsk har utdeling av matpakker og hygieniske sanitærartikler, samt støtte til transport ført til bedre behandlingsresultat. Flere steder undervises det også i inntektsbringende aktiviteter for pasienter slik at de kan forbedre levestandarden for seg og sin familie. På denne måten får også kvinner mulighet til å skaffe seg egen inntekt. I Nepal har slike aktiviteter ført til at pasienter innlagt med multiresistent tuberkulose opplever en større økonomisk trygghet og dermed får motivasjon til å gjennomføre behandlingen.

Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging

Helsearbeidere og behandlingshjelpere i alle våre samarbeidsland blir kurset gjennom et fem dagers interaktivt program for helsekommunikasjon. Siden 2006 har LHL Internasjonal utdannet 56 trenere som igjen har kurset rundt 1000 helsearbeidere og behandlingshjelpere. Tilbakemeldinger fra partnere tyder på at bedre kommunikasjon mellom helsearbeider og pasient gjør det enklere for pasienten å fullføre behandlingen. Utvikling- og distribusjon av informasjonsmateriell, som er tilpasset pasientene på deres eget språk, fører til bedre kunnskap om pasientrettigheter og hvordan bli frisk av tuberkulose. Det bidrar også til å minske stigmaet knyttet til sykdommen. Pasientorganisasjonen "Chep" i Zambia, viser gjennom en undersøkelse at det å ha en behandlingshjelper bidrar til at pasienter er mer åpne om sykdommen og blir motivert til å ta medisiner daglig til behandlingen er avsluttet.

Tuberkulose og hiv

I internasjonal strategi for tuberkulose-kontroll står koordinering av behandling for pasienter som både har tuberkulose og hiv sentralt. LHL Internasjonal støtter samarbeid mellom offentlige, frivillige og private aktører for å samordne behandling av tuberkulose og hiv. I samarbeid med forskningsinstitusjonen "REACH Trust" i Malawi, har LHL Internasjonal bidratt til å utvikle en helsesystemmodell for å sikre at personer med tuberkulose og hiv får antiretroviral behandling. En studie som belyser hyppigheten av både tuberkulose og hiv hos funksjonshemmede er også gjennomført i et område av Lilongwe.

Ny tuberkulose vaksine

En ny og mer effektiv vaksine er den beste måten å forebygge og bekjempe tuberkulose på. LHL Internasjonal samarbeider med det globale produktutviklingspartnerskapet Aeras som arbeider for å utvikle flere nye tuberkulose vaksiner. Av elleve vaksiner på verdensbasis tilhører seks Aeras sin portefølje. En styrke ved Aeras er at de bidrar til å utvikle kompetanse hos lokalbefolkningen i landene der nye vaksinekandidater testes ut. Partnerskapet har som målsetting at nye vaksiner skal produseres lokalt der det er mest behov for disse.

Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Tuberkulose smitter særlig når mennesker bor tett. I tillegg utvikler personer med dårlig helse og ernæringsstatus lettere sykdommen. Flyktninger er derfor spesielt utsatt. I Nepal jobber det offentlige tuberkulose-programmet effektivt i leirer med flykninger fra Bhutan i øst-Nepal. Det drives også oppsøkende virksomhet overfor internt fordrevne i provisoriske boområder i Kathmandu. Partnere i Sudan arbeider med flykninger i mange stater, blant annet i Darfur.

Migrasjon og tuberkulose er også fremtredende i LHL Internasjonal sitt arbeid i Norge, hvor vi driver oppsøkende informasjonsarbeid om tuberkulose og norsk helsevesen blant risikoutsatte innvandreregrupper. Den største andelen av de som blir syke i Norge, og dermed er smittsomme, er innvandrere. Større kunnskap fører til bekjempelse av stigma og dermed bekjempelse av tuberkulose.

Trude Bang,
Daglig leder

www.lhl-internasjonal.no
www.lhl-international.org

Norges Røde Kors

Norges Røde Kors arbeider sammen med det Internasjonale Forbundet for Røde Kors og Røde Halvmåneforeninger (IFRC) og den Internasjonale Røde Kors Komitéen (ICRC) i arbeidet for å nå tusenårsmålene som omhandler helse.

I tillegg har vi et direkte bilateralt samarbeid med en rekke nasjonale Røde Kors- og Røde Halvmåneforeninger. Satsningsområdene for vårt globale program er forebyggende helse, opplysningsarbeid og sosial mobilisering for å fremme en positiv helseatferd, samt førstehjelp og helse i katastrofer og konflikt.

Norges Røde Kors har et særlig fokus på vann, sanitær, mødre- og barnehelse, malaria, hiv og aids og psykososial støtte. I tillegg har vi utviklet et pilotprosjekt som retter seg mot voldsförebygging og sikker tilgang til helsetjenester. Opplæring av helsepersonell og medisinske tjenester som støtte til helseklinikker og sykehus skjer i områder med særlig store utfordringer, eksempelvis Somalia og Afghanistan. I tillegg arbeider vi i områder rammet av katastrofer.

Mobilisere for kvinners og barns helse og rettigheter

Norges Røde Kors har vært en sentral bidragsyter i å utvikle Røde Kors-bevegelsens strategi for kjønnsperspektivet som gir føringer for og sikrer kvinners rettigheter og deltagelse i utforming av prosjekter og aktiviteter. Røde Kors og Røde Halvmåne foreningenes internasjonale konferanse i 2011 vedtok resolusjon 6 "Health inequities with a focus on women and children" som prioriterer en økt satsning på program som omfatter mødre- og barnehelse.

Hovedaktivitetene til Røde Kors innen mødre- og barnehelse er rettet mot:

- opplæring og informasjon
- mobilisering og henvisning til helsekontroller i forbindelse med graviditet og fødsel
- henvisning og transport til helsestasjoner og sykehus
- mobilisering til vaksinerings gjennom det nasjonale vaksinasjonsprogrammet og nasjonale kampanjer.

IFRC er vertskap for GAVIs sivilsamfunnsorganisasjoner og har deltatt aktivt i pådriverarbeidet for lokal involvering via frivillige organisasjoner relatert til sykdommer det finnes vaksiner mot. Nytenking rundt integrering av lokalbasert behandling av malaria, diare og luftveisinfeksjoner samt bruk av mobilteknologi er under utvikling og vil styrke rapportering av resultater.

Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging

Det helseforebyggende arbeidet gjennomføres av frivillige. De mottar opplæring fra sin Røde Kors/Røde Halvmåne-forening og arbeider i sitt eget lokalsamfunn. Hovedfokus er helseopplysning og forebygging av smittsomme sykdommer. Programmene er forankret i et felles konsept "Community Based Health and First Aid" (CBHFA). I dette inngår vann, sanitær, hygiene, malaria, psykososial helse, hiv og aids og mor/barn. En egen modul for ikke smittsomme sykdommer er under utvikling.

Røde Kors sin lokale forankring og samarbeid med landets helsemyndigheter gir muligheter for å bidra mer og bedre i brobyggingen mellom uformelle og formelle helsesystemer.

Vaksinering

Mer enn 67 000 frivillige har bidratt til mobilisering for vaksinerings og de har nådd mer enn 4,5 millioner familier med informasjon og bidratt til at 37,5 millioner barn har blitt vaksinert. Mellom 2000 and 2010 har dødsfall på grunn av meslinger blitt redusert med 90 prosent globalt og polio med 99 prosent.

Malaria

Utdeling av impregnerte myggnett startet i 2002. Frem til 2011 er mer enn 21,5 millioner myggnett delt ut. Det har bidratt til at over 38,7 millioner mennesker har blitt beskyttet. Høy dekning kan redusere nye tilfeller av malaria med 50 prosent. Hjemmebesøk fra frivillige øker bruken av myggnett med mellom 10-23 prosent. I 2011 nådde 18 900 Røde Kors-frivillige mer enn 8,1 million mennesker med malariaforebyggende tiltak.

Helseopplysning og helsefremmende arbeid

I 2011 var 85 nasjonalforeninger involvert i forebyggende helsearbeid. Nærmere 3000 veiledere og 24 000 frivillige var engasjert. Mer enn 30 millioner mennesker fikk støtte fra Røde Kors helseopplysning og helseforebyggende tiltak.

Hiv og aids

57 nasjonalforeninger er med i Røde Kors og Røde Halvmånes hiv- og aidsallianse. 240 000 frivillige er opplært og cirka 50 millioner arbeidstimer investert for å nå 60 millioner mennesker gjennom kampanjer og målrettede programaktiviteter. Røde Kors legger i arbeid med hiv og aids vekt på å involvere de som er mest utsatt for smitte som rådgivere i programutformingen. Hiv- og aidsprogrammene prioriterer aktiviteter rettet mot forebygging av hiv og bekjempelse av stigma og diskriminering.

Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Klimaendringene fører til stadig hyppigere tørke, flom og utbrudd av epidemier i utsatte områder. Som en respons til dette, inkluderer programmer som "Disaster Risk Reduction" (DRR) også helse, matvaresikkerhet og tilgang til rent vann i det forebyggende arbeidet.

Forbundets globale vann og sanitær initiativ (GWSI) ble opprettet i 2005 og har implementert program i 55 land og nådd 5,5 millioner mennesker fra 2005-2012. Norges Røde Kors støtter GWSI og DRR program i elleve land.

Norges Røde Kors har kapasitet til å drive sykehus, helseklinikker og mobile helseteam ved behov. Mellom 2011-2012 bidro Norges Røde Kors med helsefremmende aktiviteter under koleraepidemien i Haiti, krisen i Libya, støtte med brannkompetanse under eksplosjon Kenya, koleraepidemien i Sierra Leone og flommen på Filippinene.

Utfordringer

Klimaendringer og økning av ikke smittsomme sykdommer stiller større krav til kompetanse og kapasitet hos nasjonalforeningene og nasjonale/lokale myndigheter.

Nye programkonsept som "Integrated Community Case Management" (iCCM) krever at nasjonale strategier er på plass, i tillegg til god faglig oppfølging. Juridiske ansvarsforhold må også være avklart. Begrensinger i datainnhenting og koordinering av data kan vanskeliggjøre muligheter for en god oversikt over helsesituasjonen. Røde Kors har erfart at ved katastrofer av mindre skala, er det også behov for ekstern støtte, men oftere i form av spesialistkompetanse. Eksempelvis fikk Sierra Leone Røde Kors støtte av Norges Røde Kors under koleraepidemien i 2012 gjennom et mindre helseteam som bidro med rådgiving, samt finansiering av helsefremmende aktiviteter på lokalt nivå.

Det er viktig å opprettholde beredskapskapasitet i katastrofesituasjoner hvor helseinfrastrukturer er ødelagt i tillegg til å utvikle responskapasitet hvor det er behov for mindre intervensjoner.

Muligheter og bidrag

Røde Kors' sin lokale forankring og samarbeid med helsemyndigheter i forskjellige land gir muligheter for å bidra mer og bedre i brobyggingen mellom uformelle og formelle helsesystemer. Delegering av ansvar kan sikre tilgang til livreddende behandling innen 24 timer og transport ved akutte situasjoner. Det bidrar også til utjevning av forskjeller mellom inntektsgrupper i tilgang til helsetjenester.

Røde Kors er også i ferd med å integrere mobilteknologi i utviklingsprogram og nødhjelpsoperasjoner, blant annet for tidlig varsling, sykdomsovervåking og kartlegging av helsebehov og resultater.

Åsne Havnelid
Generalsekretær

www.redcross.no

Norsk Luthersk Misjonssamband (NLM)

NLM arbeider i femten land i Afrika, Asia og Sør-Amerika. Av utenlandsbudsjettet på 70 millioner går 39 millioner til bistandsarbeid.

Helse har alltid vært en viktig del av bistandsarbeidet. Innsatsen har over tid dreid seg fra drift av helseinstitusjoner til kapasitetsbygging av offentlige helsesystemer. Helseopplysning, forebyggende arbeid og mødre- og barnehelse har alltid vært i fokus.

I 2012 hadde vi tre store helseprosjekt. I tillegg er helseopplysning en del i mange prosjekter basert i lokalsamfunn. "Reducing Maternal Mortality" i Etiopia samarbeider med helsemyndigheter om å bedre tilbudet til fødende gjennom hele kjeden av helseinstitusjoner. Sentralt står opplæring av helsearbeidere til desentraliserte helsesentra, slik at kvinner får tilbud om fødselshjelp og keisersnitt uten at de må reise for langt. "Capacity Building within Health" samarbeider med myndighetene i Somaliland om utdanning og praksisundervisning for lege-, sykepleie- og jordmorstudenter samt veiledning av personell på sykehus. "Strengthening Primary Healthcare" samarbeider med mongolske myndigheter om å bedre primærhelsetilbudet, blant annet gjennom helseopplysning og etterutdanning av leger.

"Reducing Maternal Mortality" (RMM) har som mål å styrke kvinners tilgang til akutt fødselshjelp og omsorg og forbedre henvisning gjennom linjen i helsesystemet. Prosjektet har en tidsramme fra 2008-2016 og støttes med 25 millioner gjennom Dignis rammeavtale med Norad. Hoveddelen av driftsutgiftene dekkes av den etiopiske stat.

RMM har økt antallet institusjoner som kan utføre dette fra en per to millioner innbyggere til en per 250 000 innbyggere. Det viktigste resultatet er halvering av mødredødelighet i to fylker sør i Etiopia. Disse tallene er basert på befolkningsbaserte fødselsregistre.

Det er strategisk å bidra til å utruste morgendagens ledere og å etablere robuste helse- og utdanningsinstitusjoner, men synlige resultater vil først vise seg på lengre sikt.

I tillegg har 40 operatører, anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere fått utdanning. Flere hundre jordmødre har fått etterutdanning. Over 300 helsearbeidere har fått videreutdanning slik at de kan hjelpe til ved normale fødsler ved en helsepost og henvide i tide de som trenger mer hjelp. Sammen med et godt lokalt samarbeid med lokale politikere har dette ført til økt bruk av helsetjenester. I noen områder føder nå over 50 prosent på klinikk eller sykehus, mot ti prosent for to år siden.

Resultatene gjelder de to fylkene der programmet startet. NLM utvider nå denne satsingen i tre andre fylker etter forespørsel fra etiopiske helsemyndigheter.

Prosjektet har et samarbeid med Universitetet i Bergen. En PhD-student arbeider med forskjellige metoder for å måle mødredødelighet. Fire masterstudenter ser på mulige måter å bedre tilgangen på slike essensielle helsetjenester.

Bedre offentlige helsesystemer

"Capacity building within Health" (CBH) i Somaliland arbeider for å bidra til gode offentlige helsesystemer med hovedfokus på utvikling av medisin-, jordmor- og sykepleierutdanning innenfor mor og barn tematikk. Dette gjøres:

- pensumutvikling
- støtte til fakultetsutvikling ved Universitetet i Hargeisa
- undervisning
- styrke institusjonsadministrasjon
- gjøre medisinsk forskningsbasert kunnskap mer tilgjengelig

Prosjektet har en pilotfase fra 2010-2013 og er støttet med om lag ni millioner kroner fra Norad, gjennom rammeavtalen med Digni. Den viktigste partneren er helseministeriet. Det er strategisk å bidra til å utruste morgendagens ledere og å etablere robuste helse- og utdanningsinstitusjoner, men synlige resultater vil først vise seg på lengre sikt.

Resultater så langt:

- utdanning av ny generasjon helsearbeidere og ledere
- forbedring av strukturer for ledelse av helseutdanningsinstitusjoner
- folkehelseforskning
- etablering av spesialist-utdanning i operasjons-sykepleie og anestesi-sykepleie

En hovedutfordring er at rekkevidden på dette arbeidet er svært lite i forhold til behovene.

"Strengthening Primary Healthcare" (SPH) har hovedfokus på styrking av primærhelsetjenesten i tre provinser i Vest-Mongolia gjennom kapasitetsbygging og styrking av allerede eksisterende helseinfrastrukturer. Dette gjøres i samarbeid med helseministeriet i Mongolia. Samarbeidet med nasjonale, regionale og lokale myndigheter er svært godt, noe som gir gode muligheter for lokalt eierskap og bærekraft.

Aktiviteter:

- kapasitetsbygging av administrasjon- og helsepersonell gjennom kurs, stipend og fagforum
- utvikling av fjernundervisning og regelmessig fagoppdatering av helsepersonell i primærhelsetjenesten
- helsekampanjer og helseundervisning for skoler og barnehager samt gjennom massemedia og ved bruk av informasjonsmateriell

Prosjektets varighet er 2008-2017. Det er estimert 35 millioner i tilskudd via Norads rammeavtale med Digni over ti år.

Resultater:

- helseadministrasjoner i provinser utrustet med tanke på ledelse, monitorering og evaluering
- styrket samarbeid mellom helse- og utdanningsadministrasjonene i provinsene
- helsesentre er bygget opp til å bli modeller for andre
- bedre ledelse av helsesentrene
- styrket kjønns sensitiv folkehelseopplysning fra primærhelsearbeiderne til lokalbefolkningen
- styrket erfaringsutveksling mellom helsepersonell
- styrket faglig utvikling av personell innen primærhelse
- økt kunnskap og bevissthet om barnehelse, tannhelse, sunn livsstil, miljøhelse og riktig bruk av legemidler i lokalbefolkningen

Infrastrukturen med bygninger, materiell og utstyr i primærhelsetjenesten er gammel og utdatert og trengs å oppdateres samtidig med fokuset til SPH på kapasitetsbygging og systemutvikling for å få best resultater totalt sett. Den styrkede økonomien til Mongolia gir håp om at dette er mulig, men dette krever prioritering av myndighetene.

Øyvind Åsland
Generalsekretær

www.nlm.no

Norsk Sykepleierforbund

Norsk Sykepleierforbunds (NSF) 100-årige historie er preget av innsats for norske sykepleiere og et kvalitativt godt helsevesen i Norge og for helsepersonell, helsetjenester og mennesker utenfor Norge.

Via medlemskap i en rekke organisasjoner deltar NSF i utforming av helsepolitikk på nordisk, europeisk og globalt nivå.

I Afrika kommer NSF's bidrag til global helse best til uttrykk gjennom innsats for sykepleiere i flere afrikanske land. Siden slutten av 1980-tallet har NSF, med økonomisk støtte fra Norad, gjennomført flere bistands- og utviklingsprosjekter i det sørlige og sørøstlige Afrika. Til å begynne med var fokuset rettet mest mot hiv-positive sykepleiere. Som helsearbeidere kviet afrikanske sykepleiere for å søke behandling og stå i kø sammen med sine pasienter.

Stigmatisering bidro til at mange sykepleiere ikke fikk behandling, ble syke og døde. Derfor var det viktig å støtte denne utsatte yrkesgruppe gjennom et prosjekt som ble kalt "Caring for the Care-givers".

Det langsiktige utviklingsmålet for NSF er å skape faglig sterke, modige og selvberende nasjonale sykepleierforbund i det sørlige og sørøstlige Afrika.

Sykepleierorganisasjoner

I Zambia bidro NSF, i samarbeid med Zambia Union of Nurses Organisation til at over 5000 sykepleiere ble kurset om hiv og aids: smitteveier, forebyggende tiltak og behandling av smittede. Over 100 lokale støttegrupper ble oppretter der hiv-positive sykepleiere og deres familiemedlemmer kunne søke veiledning og hente moralsk og økonomisk støtte.

I Malawi er National Organisation of Nurses and Midwives of Malawi, med økonomisk og faglig støtte fra NSF blitt landets største helsefaglig organisasjon. Over 90 prosent av landets sykepleiere er medlemmer.

I Uganda har NSF, i samarbeid med Uganda Nurses and Midwives Union, bidratt til en vellykket sammenslåing av to internasjonale sykepleierorganisasjoner. En samlet organisasjon bedre kan i vareta sykepleiernes faglige og sosioøkonomiske interesser, samt være en effektiv "vaktbikkje"-vis-à-vis helsemyndighetene og deres prioriteringer.

I Rwanda har NSF nettopp innledet samarbeid med Rwanda Nurses and Midwives Association, også med mål å bidra til utvikling av en effektiv, slagkraftig nasjonal sykepleierorganisasjon.

NSF bidrar også med faglig og økonomisk støtte til et regionalt nettverk av nasjonale sykepleierforbund med fagforbund status.

Utforming av nasjonal helsepolitikk

Nå er fokus for arbeidet skiftet mer i retning av faglig bistand og organisasjonsutvikling av sterke nasjonale sykepleierforbund. Det langsiktige utviklingsmålet for NSF er å skape faglig sterke, modige og selvberende nasjonale sykepleierforbund i det sørlige og sørøstlige Afrika.

En sentral del av NSF's nåværende innsats er å bidra til at nasjonale sykepleierforbund i Afrika får lovfestet status som fagforeninger. Med fagforeningsstatus har nasjonale sykepleierforbund lovfestet rett til å forhandle med arbeidsgiverne om lønn- og arbeidsvilkår. Med samme rettsforankring er nasjonale helsemyndigheter forpliktet til å ta sykepleierforbund med i utredning og utforming av nasjonal helsepolitikk. Som eksempel nevnes at i Zambia er Zambia Union of Nurses Organisation blitt en respektert og anerkjent fagforening med over 7000 medlemmer. Landets myndigheter har nylig fordoblet det årlige opptaket av sykepleierstudenter og økt sykepleierlønninger fra 17 til 76 prosent. NSF kan med rimelig grad av sikkerhet si at dette hadde ikke skjedd uten påvirkning og press fra et sterkt og anerkjent zambisk sykepleierforbund.

NSF sin innsats med utvikling av sterke nasjonale sykepleierforbund har også direkte innvirkning på likestilling, demokratibyggning og styrking av sivil samfunn i Afrika. NSF ser klare tegn til at flere sykepleierforbund i Afrika høster anerkjennelse for sin målrettede innsats for utvikling av et faglig godt helsevesen. I Afrika utgjør sykepleierne mellom 70 til 75 prosent av personalet i helsesektoren. Historisk sett har sykepleiernes innflytelse ikke vært i nærheten av hva en slik overveldende majoritetsposisjon skulle tilsi. Dette er i ferd med å endre seg.

Påvirkningsarbeid

NSF driver også et aktivt påvirkningsarbeid i helsepolitiske saker internasjonalt, som vil få konsekvenser nasjonalt. NSF er i en unik posisjon som fag- og interessepolitisk organisasjon, og har opparbeidet seg mye kunnskap og viktige posisjoner internasjonalt.

NSF har i de senere år lagt særlig vekt på å øke sitt engasjement innenfor helse-, arbeids- og sosialpolitikk i EU/EØS området. Bakgrunnen for dette er at EU i økende grad har innført direktiver og forordninger på disse områdene. For å ivareta våre interessepolitiske områder ovenfor EU, har NSF derfor valgt medlemskap og aktiv deltagelse i internasjonale sammenslutninger. NSF har deltatt aktivt i utviklingen av disse direktivene gjennom høringsprosesser og engasjement i europeiske sammenslutninger. Dette har satt NSF i stand til å påvirke EUs politikk på helseområdet.

Solidaritetsprosjekter

En annen viktig dimensjon i NSF's internasjonale engasjement, er solidaritetsprosjekter. Hovedfokus har vært på å bistå søsterorganisasjoner i øst- og sentral Europa med å bygge opp profesjons- og fagforeningsorganisasjoner, og bidra i prosessen med å regulere sykepleierutdanning og profesjon i henhold til de krav som EU setter til sine eksisterende og kommende medlemsland.

Solidaritetsprosjektene er i dag tredelt:

- Montenegro
- SENS – South Eastern Nursing Skills
- TICC – Tanga International Competance Center

NSF har samarbeid med Det Montenegriske sykepleierforbundet siden 2007 og har bistått i prosessen med å reformere utdanning og regulering for profesjonen for å møte EU kravene i forhold til fremtidig medlemskap. Lovforslag som NSF har vært med å utarbeide for regulering av utdanning og praksis for sykepleiere og jordmødre ble vedtatt i 2010.

Profesjonsorganisasjonen er i vekst og fokus fremover er på utviklingen av en nasjonal reguleringsinstans, samt hvordan organisasjonen i fremtiden også kan bli en fagforening. Som en videreutvikling av samarbeidet i Montenegro, etablerte NSF i 2010 et regionalt samarbeidsnettverk bestående av sykepleierorganisasjoner i Montenegro, Kroatia, Makedonia og Serbia. Alle er søkerland til EU og må tilpasse nivå, lengde og innhold i sykepleierutdanning og regulering av profesjonen for å innfri krav fra EU i henhold til direktivet og gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner.

Solidaritetsopphold i Tanga

TICC ble stiftet i 2006 og bidrar til vekst og utvikling i Tanga-regionen i Tanzania innen helse, utdanning og turisme. NSF har bidratt faglig og økonomisk til senteret, som ledes av den norske sykepleieren Ruth Nesje. TICC arrangerer internasjonale kurs og konferanser. Flere norske høgskoler og universiteter har gjennomført studie- og forskningsopphold i samarbeid med senteret og lokale krefter. Norske sykepleierstudenter har hatt anledning til å ta en del av utdanningen gjennom et studieopphold i Tanga. I 2011 og 2012 har tre norske sykepleiere hatt solidaritetsopphold ved senteret, og bidratt i utviklingen av de lokale helsetjenestene.

Eli Gunhild By
Forbundsleder

www.sykepleierforbundet.no

Plan Norge

Plan Norge er en del av Plan International Inc. som driver programmer i 50 land i Latin-Amerika, Asia og Afrika.

Plans satsing på global helse fremkommer i tre av de åtte prioriterte programområdene: tidlig barndom, seksuell og reproduktiv helse og vann og sanitær.

Tidlig barndom

Målet med dette programområdet er å sikre at barn får realisert sin rett til en sunn start i livet og tidlig læring. Prosjektet jobber for å sikre en sunn utvikling av barn, spesielt de under fem år. Tiltakene omfatter aktiviteter som tar sikte på å bedre barns ernæring og forbedre tilgangen til primærhelsetjenester for barn og mødre. Vaksinasjon og vekstovervåking er kjernen i dette arbeidet.

Seksuell og reproduktiv helse

Målet er å sikre at barn og unge får realisert sin rett til seksuell og reproduktiv helse, inkludert forebygging av hiv, omsorg og behandling. Typiske tiltak omfatter informasjon om seksuell og reproduktiv helse, utdanning og tilgang til tjenester, samt lobbyvirksomhet mot beslutningstakere og tjenesteytere for å sikre at seksuelle og reproduktive helsetjenester er ungdomsvennlige. Disse aktivitetene tar sikte på å inkludere ungdommene selv der det er passende, spesielt i påvirkningsarbeidet. For eksempel gjennom det Norad-støttede prosjektet på barns deltakelse i Uganda, er ungdommer involvert i lobbyvirksomhet mot beslutningstakere for å gjøre seksuell og reproduktiv helse ungdomsvennlig i Uganda.

Vann og sanitær

Her vil Plan sikre at barn og unge får realisert sin rett til bedre helse og velvære ved å forbedre grunnleggende sanitærforholdene og hygienetiltak. Arbeid for å forbedre husholdningers tilgang til trygt og rimelige drikkevann er også sentralt i dette programområdet. Dette arbeidet gir også et betydelig bidrag til å dempe vannbårne sykdommer som påvirker og dreper mange barn under fem år. Økt deltakelse av kvinner i disse aktivitetene er et sentralt mål. Plan jobber med lokalsamfunnene for å sikre at de ikke bare får de riktige ferdighetene, men også er i stand til å administrere og opprettholde gode vann- og sanitærforhold.

Plan har erfart at å bedre kvinners levekår og situasjon har positiv påvirkning på deres reproduktive helse og velvære, inkludert deres barns helse.

Plan Norge bidrar til to av de tre prioriterte områder i Norges globale helseagenda: mobilisering av kvinners og barns helse og rettigheter samt redusere byrden av sykdommer med vekt på forebygging.

Mesteparten av Plans arbeid med helse er finansiert av våre 120 000 faddere. Støtten fra fadderne kanaliseres direkte gjennom Plan International ut til våre 50 landkontorer i Latin-Amerika, Asia og Afrika. Ut fra Plan Internationals samlede regnskap og andelen av de totale inntektene som kom fra Plan Norge, kan vi anslå at Plan Norges støtte til programmer relatert til global helse var på cirka 75 millioner kroner i 2011 og 96 millioner kroner i 2012. Plan Norge har også egne programmer som gjennomføres i direkte samarbeid med Plans landkontorer, finansiert av Norad, Utenriksdepartementet og større private donorer.

Frivillige helsearbeidere

Plan Norge bidro i 2012 gjennom Plan International til opplæring av nesten 240 000 frivillige helsearbeidere i tidlig barndom og helseledelse, opplæring av 86 800 helsearbeidere og tradisjonelle fødselshjelpere på lokalsamfunnsnivå og forbedret tilgang til sanitær- og vannanlegg til over 417 000 husholdninger.

Plan har erfart at å bedre kvinners levekår og situasjon har positiv påvirkning på deres reproduktive helse og velvære, inkludert deres barns helse. Gjennom programområdet på økonomisk sikkerhet har Plan Norge bidratt til kapasitetsbygging og støtte til kvinners mikrofinansgrupper. Gjennom private gaver jobber Plan Norge med Plan Rwanda for å inkludere seksuell og reproduktiv helse, inkludert hiv og aids og forebygging i sine mikrofinansprosjekt. Disse prosjektene er først og fremst rettet mot ungdom og kvinner.

Gjennom våre prosjekter som finansieres av blant annet Norad, jobber Plan Norge med partnere i felt for å øke bevisstheten og kunnskapen til familier, lokalsamfunn og myndigheter om barns rett til beskyttelse og deltakelse. I mange samfunn der Plan jobber blir jenter sett på som mindre verdt og utsettes for diskriminering på mange nivå. Jenter er ofte mål for seksuelle overgrep. Det er årsaken til at det i arbeidet for å forebygge vold mot barn jobbes det mye med å utfordre patriarkalske holdninger og utfordre skadelig praksis som eksempelvis barneekteskap. Målet er at jenter får de samme rettighetene som gutter og at de skal kunne bestemme over sin egen kropp.

Barns overlevelse

Plan Norge støtter et overlevelsesprosjekt kalt "Give me Five" i Senegal. Målet er blant annet å bygge kapasiteten til helsearbeidere og mødre for å bedre overlevelsessjansene til barn under fem år. Typiske tiltak omfatter å støtte vaksinasjonsprogrammer, hygienetiltak og aktiviteter rettet mot tidlig barndom og utvikling, som læring og simulering. Programmet fremmer også økt tilgang til familieplanlegging til kvinner i reproduktiv alder.

Plan jobber på grasrotnivå, distriktsnivå, nasjonalt nivå og på internasjonalt nivå. På grasrotnivå er det fortsatt utfordringer knyttet til kunnskap rundt barns overlevelse. Det er også vår erfaring at barn i avsidesliggende områder ofte blir ekskludert fra tilgang til helsetjenester. I våre intervensjoner jobber Plan sammen med partnere, inkludert offentlige helsetjenester for å gjøre primærhelsetjenesten tilgjengelig for ekskluderte grupper ved å støtte myndighetenes vaksinasjonskampanjer og helsesentre.

Trenger mer helsepersonell

Det er fortsatt en stor utfordring at det er for få helsepersonell i forhold til antallet voksne og barn som trenger helsetjenester. I tillegg er det ofte lav kapasitet og mangel på riktig verktøy og utstyr for å levere effektive helsetjenester for kvinner og barn. Det er derfor viktig at nasjonale myndigheter og internasjonalt samarbeid jobber for å øke kapasiteten til helsepersonell som jobber på frontlinjen fordi det er på dette nivået de fleste av de helsemessige utfordringene for kvinner og barn eksisterer.

Helen Bjørnøy
Generalsekretær

www.plan-norge.no

Redd Barna

Redd Barna er en del av internasjonale Redd Barna som jobber i 120 land. Gjennom kampanjen "Alle som en" driver vi et utstrakt program-, informasjons- og påvirkningsarbeid for å redusere barnedødelighet. Redd Barnas arbeid tar utgangspunkt i barns rettigheter slik de er definert i barnekonvensjonen.

Redd Barna har vært med å utvikle internasjonale Redd Barnas globale kampanje "Alle som en / Every One". Vi sitter sentralt i utforming av strategier og planer for kampanjen. Internasjonale Redd Barnas påvirkningsarbeid foregår inn mot internasjonale prosesser for global helse som "Every Woman Every Child". I tillegg drives påvirkningsarbeid på landnivå i en rekke land, som for eksempel Nigeria, India, Pakistan, Bolivia og Norge. Internt og eksternt vektlegger Redd Barna viktigheten av å ta utgangspunkt i barnekonvensjonen i arbeidet med barns overlevelse og helse. Vi har særlig lagt vekt på statenes forpliktelser, lik og rettferdig tilgang til helsetjenester og nødvendigheten av økt satsning på helsearbeidere.

Vi har tatt initiativ til dialog med FNs barnekomité om behovet for avklaringer rundt staters forpliktelser knyttet til barns rett til helse. Dette resulterte i at både FNs barnekomité og FNs Menneskerettighetsråd tidlig i 2013 vil komme med henholdsvis en generell kommentar og en resolusjon som tydeligere definerer barns rett til helse. Komiteen og rådet tydeliggjør med det hvilke forpliktelser statene har og hvordan de kan gjennomføre disse.

I Norge har vi styrket vårt politiske påvirkningsarbeid inn mot norske myndigheter og internasjonale prosesser knyttet til barns overlevelse og helse.

Gjennom politisk dialog, gjennom media og kampanjevirkosomhet har vi lagt vekt på betydningen av videre satsning på barne- og mødre helse i Norges utviklingspolitikk og bistand. Vi har også etterspurt en tydeligere satsning på helsearbeidere, nyfødthelse, ernæring og lik tilgang til helsetjenester for alle kvinner og barn. Vi samarbeider med flere helseorganisasjoner i Norge samt andre bistandsorganisasjoner med krav om en sterkere satsning på helsearbeidere og styrking av helsesystemer i Norges utviklingspolitikk og bistand.

Redd Barna har lansert flere rapporter om mødre- og barnehelse, blant annet om mangelen på jordmødre og helsearbeidere, situasjonen for verdens mødre og for tidlig fødte. I 2012 begynte vi også å sette søkelys på at satsning på ernæring er viktig for å redusere barnedødeligheten ytterligere.

Redd Barnas påvirkningsarbeid

For Redd Barna er oppfølgingen av stortingsmelding 11 svært viktig. Meldingen slo fast at det er bred enighet i Stortinget om at Norge skal prioritere kvinner og barns helse høyt og at et rettighetsperspektiv ligger til grunn i arbeidet for å sikre alle kvinner og barn tilgang til grunnleggende helsetjenester.

Vi vil særlig jobbe for at Stortingets innstillinger om "*nødvendigheten av en sterkere satsning på oppbygging av helsetjenester for gravide, fødende og nyfødte og viktigheten av økte investeringer i direkte ernæringstiltak rettet mot mor og barn med dokumentert effekt mot barnedødelighet*" skal oppfylles. I tillegg vil vi jobbe for bedre helsearbeiderdekning gjennom at Norge prioriterer og "*bidra til å øke landenes kapasitet til å utdanne, rekruttere, fordele, forvalte og beholde nødvendig helsepersonell*" samt at "*Norge må gi høy prioritet til investeringer i nasjonale planer som kan sikre tilgang til helsearbeidere og et helsevesen for alle*".

I programarbeidet kombinerer vi ofte påvirkningsarbeid for å sikre rettighetene til utsatte barn med kapasitetsbygging hos lokale og nasjonale myndigheter.

Redd Barna jobber for at regjeringen og stortingsflertallet følger opp enigheten gjennom utenriks- og utviklingspolitikken, samt investerer i dette over bistandsbudsjettet.

I tillegg jobber vi for at Norge følger opp resolusjonen om universell helsedekning og den kommende resolusjonen fra Menneskerettighetsrådet om barns rett til helse. Vi vil fortsette vårt arbeid inn mot internasjonale prosesser i samarbeid med andre organisasjoner og internasjonale Redd Barna for å holde stater ansvarlig for de forpliktelsene de har under menneskerettighetskonvensjonene og *"Every Woman Every Child"*. Kampen mot barnedødelighet står også sentralt for Redd Barnas engasjement i arbeidet med nye tusenårsmål etter 2015.

Fra 2013 styrker vi arbeidet vårt innen ernæring og matsikkerhet. I 2012 gjennomførte Fafo på oppdrag fra Redd Barna en evaluering av ernæring i norsk bistandspolitikk "Nutrition- everybody's business and nobody's business". Redd Barna vil bruke denne og egne erfaringer som grunnlag for utarbeidelse av en ny påvirkningsstrategi innen dette feltet.

For å øke kunnskap og folkelig engasjement om global barnehelse gjennomfører vi med støtte av blant annet Bill og Melinda Gates Foundation og Norad kampanjeaktiviteter rettet mot et bredt publikum. I 2013 lanserer vi blant annet en underskriftskampanje som fokuserer på mangelen på helsearbeidere i verden.

Redd Barnas programarbeid

Barns rett til helse: Internasjonale Redd Barna har et omfattende programarbeid knyttet direkte og indirekte til innfrielsen av barns rett til helse. I programarbeidet kombinerer vi ofte påvirkningsarbeid for å sikre rettighetene til utsatte barn med kapasitetsbygging hos lokale og nasjonale myndigheter.

Et eksempel fra Redd Barnas eget arbeid er hiv og aids-programmet i Zimbabwe. Det har fokus på foreldreløse og sårbare barn. En helhetlig tilnærming innebærer at vi legger vekt på lokale beskyttelsessystemer med helse- og utdanningstiltak. De senere årene har vi jobbet mer med forebygging hos ungdom, samtidig som vi jobber med preventivt arbeid for å unngå mor-barn smitte.

Forebygging: I Zimbabwe har Redd Barna i mange år jobbet med opplæring av personell på klinikker som mottar ofre for seksuelle overgrep. Opplæringen omhandler både det psykiske og det fysiske, samt juridiske aspekter for å sikre ofrenes rettigheter. Liknende opplæring for bedre håndtering av ofre har vært gitt systematisk til politi og rettsinstanser. Denne erfaringen og modellen har også blitt videreført i Etiopia og Mosambik. Å engasjere gutter og menn i forebyggende arbeid mot kjønnsdiskriminering og overgrep er også en sentral del av flere av programmene. I Etiopia har Redd Barna samarbeidet med den norske ambassaden for å få til en reduksjon av omskjæring av jenter.

Gatebarn i Vietnam: Med midler fra utenriksdepartementet har Redd Barna samarbeidet med Redd Barna Vietnam og Institute for Studies of Society, Economy and Environment i Vietnam om en studie om LGBTI (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender or Intersex) blant gatebarn i Vietnam. Resultatet viste at disse gatebarna blir sterkt stigmatisert både av politi, lokale helsemyndigheter og samfunnet forøvrig. Studien viser at barna ikke får tilgang på grunnleggende helsetjenester og andre nødvendige sosiale rettigheter, samtidig som de opplever mye fysisk og psykisk vold. Redd Barna har nå søkt UD om midler til å styrke disse barnas rettigheter i Vietnam.

Tove R. Wang
Generalsekretær

www.reddbarna.no

Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse er en humanitær organisasjon som inkluderer de viktigste aktørene når det gjelder psykisk helse. Blant medlemmer er arbeidstakerorganisasjoner innfor helsesektoren, universiteter og høyskoler, andre humanitære organisasjoner og bruker- og pårørendeorganisasjoner.

Vi arbeider for at barn og voksne med psykiske problemer og deres nærmeste skal få et best mulig liv. Derfor har vi som mål å fremme økt kunnskap om psykisk helse, forskning og bedre behandling. Dette vil vi også bidra til internasjonalt.

Siden vår første tv-aksjon i 1992 har vi hatt et internasjonalt engasjement med samarbeidspartnere og prosjekter i Latvia, Bosnia, Kroatia, Vietnam, Nepal, Kambodsja, Zimbabwe, Palestina, Libanon og i Midtøsten. Vi har også engasjert oss her hjemme i arbeidet for psykisk helse globalt. Vi publiserer bladet Psykisk Helse og tilbyr mange andre ressurser gjennom nettsiden og i sosiale medier.

Psykisk helse globalt

I Norge har det tatt mange år å nå frem til en helhetlig helsepolitisk tenkning der somatisk og psykisk helse er likeverdige og integrert i det helsefaglige arbeidet. Da regjeringens stortingsmelding nummer 11 (2011-2012) om Global helse i utviklings- og utenrikspolitikken ble lagt frem, utarbeidet vi en høringsuttalelse der vi uttrykte bekymring fordi psykisk helse som tema og helsepolitisk utfordring ikke var prioritert. Vi la blant annet vekt på at psykiske lidelser er en sykdomsbyrde som gjennom det siste tiåret har vært prioritert høyt i Verdens helseorganisasjon (WHO), senest ved en resolusjon om Global burden of mental health (januar 2012) som Norge gjennom WHO's styre i stor grad har påvirket formuleringen av. Vi poengterte blant annet at virksomhet innenfor psykisk helse ute, i andre kulturer, gir betydelige tilbakeføringsgevinster i forhold til et flerkulturelt samfunn her hjemme.

Vi poengterte blant annet at virksomhet innenfor psykisk helse ute, i andre kulturer, gir betydelige tilbakeføringsgevinster i forhold til et flerkulturelt samfunn her hjemme.

Det var derfor gledelig at det under behandlingen, både fra utenrikskomiteens mindretall og flertall, kom bemerkninger som sterkt understreket betydningen av psykisk helse i det globale helsearbeidet. Her hjemme deltar Rådet i et nystartet Nettverk for Global Mental Helse. Vi håper å videreføre dette arbeidet, og samarbeidet med blant annet Norad og andre norske aktører om en ny konferanse om temaet Mental Health in Humanitarian Settings. Den første konferansen om dette temaet ble avholdt i Oslo i 2007.

Internasjonalt arbeid siden tv-aksjonen i 1992

Flere av de prosjektene som Rådet for psykisk helse ble involvert i på 1990-tallet ble drevet i samarbeid med norske institusjoner, hjelpeorganisasjoner og lokale partnere. Ett eksempel er utveksling mellom norske sykehus og Jelgava-sykehuset i Latvia i et opplæringsprogram over seks år.

I samarbeid med Redd Barna ble det gjennom en tre-årsperiode drevet opplæring av omsorgsarbeidere innenfor skole- og helsevesen i Nepal. I Vietnam finansierte Rådet en evaluering av et repatrieringsprogram i regi av Flyktninghjelpen. I Kroatia og Bosnia har det i samarbeid med Norsk Folkehjelp, Universitetet i Oslo og lokale partnere vært drevet psykososiale programmer for flyktninger, psykisk helsearbeid med psykologbistand og forskning.

Det største enkeltprosjektet på 1990-tallet besto i å bygge opp en psykiatri-utdanning i Kambodsja. Det ble drevet i samarbeid med fagfolk fra Universitetet i Oslo og Psykososialt senter for flyktninger og Den internasjonale organisasjonen for migrasjon (IOM). Fra 1993-1996 drev Rådet, i samarbeid med Norsk Folkehjelp og norske fagmiljøer, et opplæringsprogram ved Gaza Community Mental Health Programme (GCMHP). Prosjektene i Kambodsja og Gaza fikk betydelig støtte fra Utenriksdepartementet.

Midtøsten – psykisk helse for en ny generasjon

Siden tv-aksjonen i 2004 har Rådets internasjonale engasjement vært konsentrert mest om Midtøsten med et regionalt program ledet av Arab Resource Collective (ARC) i Libanon. Programmet Mental Health for a New Generation, støttet av Norad, har samarbeidspartnere fra hele regionen.

Programmet startet opp i 2005. Det handler om å bidra til at barn og unge, lærere og helsepersonell blir i stand til å håndtere psykisk helse på en bedre måte. Vår samarbeidspartner i Beirut utvikler rapporter, faglitteratur og opplysningsmateriale om psykisk helse på arabisk. ARC har for eksempel publisert en bibliografi over litteratur om psykisk helse på arabisk, og rapporter om hvordan psykisk helse håndteres i ni arabiske land. Det er også publisert rapporter om psykisk helse i helselovgivningen i Egypt, Palestina og Libanon. Det er også utarbeidet en arabisk utgave av det norske ungdomsskoleprosjektet "Alle har en psykisk helse". Til helseapparatet har man oversatt og tilrettelagt første arabiske utgave av den kjente indiske psykiateren Vikram Patels barfotpsykiatri "Where there is no psychiatrist".

Helsesektoren i nye EU-land

I samarbeid med Folkehelseinstituttet (FHI) planlegger Rådet for psykisk helse å bidra til utviklingen av psykisk helsesektor i flere nye EU-land, med vekt på nye medlemmer som Estland, Ungarn, Tsjekkia og Slovenia. Mye av de norske EØS-midlene går til utvikling av helsesektoren i disse landene. Noe er øremerket psykisk helse. Planen er å bidra til programsøknadene til flere av disse landene. Foreløpig har vi intensjonsavtaler med Ungarn og Estland. Fra Rådets side vil vi blant annet bidra med norske eksperter til bilaterale ekspertpaneler som vil utrede arbeidet med psykisk helse og reformer på dette feltet. Vi planlegger også å bidra til ulike lavterskelalternativer til behandling på dette området.

Tove Gundersen
Generalsekretær

www.psykiskhelse.no

Foreningen Sex og Politikk

Foreningen Sex og Politikk arbeider for likestilling og for at mennesker selv skal få bestemme over egen kropp, kjærlighets- og seksualliv.

At alle skal sikres tilgang til informasjon om seksualitet og tilgang til rimelige og gode helsetjenester som ivaretar menneskers seksuelle og reproduktive helse, inkludert prevensjonsmidler og kvinners tilgang til trygge og lovlige aborter, er foreningens kjernesaker.

I vårt internasjonale arbeid er foreningens målsetning å være en pådriver for norsk engasjement for seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) både politisk og finansielt. Vi arbeider også for et styrket internasjonalt pådriverarbeid gjennom økt samarbeid, informasjonsutveksling og bedre koordinering av ulike organisasjoners innsats og er derfor aktive i flere internasjonale nettverk. I tillegg arbeider vi for å være en ressurs som norske myndigheter, organisasjoner, politikere og andre kan trekke på i sitt arbeid med SRHR og prosesser relatert til temaet. Vårt internasjonale arbeid består derfor av informasjon og påvirkningsarbeid, og faller i hovedsak innunder punkt en i stortingsmeldingen: *“å mobilisere for kvinners og barns helse og rettigheter”*.

Sex og Politikk er den norske medlemsorganisasjonen av International Planned Parenthood Federation (IPPF). Vi er i også aktive medlemmer i flere internasjonale og nasjonale nettverk.

Mulig med gode resultater internasjonalt

Dette er våre viktigste aktiviteter:

- informasjonsutveksling for å mobilisere bredt for SRHR og motarbeide konservative grupperingers intensive lobbyvirksomhet i ulike sammenhenger (hovedsakelig i forbindelse med kommisjonen for befolkning og utvikling/CPD, ICPD +20, post 2015- agendaen og FNs kvinnekommisjon)
- bidra til utforming av informasjonsmateriell til bruk ved internasjonale forhandlinger
- bidra til kartlegging av posisjoner og politikk og følge norske myndigheters arbeid med SRHR
- kartlegging av norske midler til reproduktiv helse og familieplanlegging i samarbeid med Countdown 2015 Europe nettverket
- sekretariat for det uformelle tverrpolitiske stortingsnettverket for SRHR
- informasjonstiltak rettet mot ungdomspartier og ungdomspolitikere
- informasjonstiltak rettet mot allmennheten i Norge
- koordineringsansvar for flere større informasjonsarrangement

Sex og Politikk var en av mange organisasjoner som deltok i arbeidet for å få en god resolusjon under CPD 2012, hvor ungdom var temaet. Resolusjonen viser at det er mulig å oppnå gode resultater til tross for sterk internasjonale motstand.

Under Family Planning Summit i London ble manglende tilgang til familieplanlegging satt på den internasjonale dagsordenen. Dette initiativet ønsker vi å berømme. Det er svært viktig at unge, ugifte, fattige og marginaliserte jenter og kvinner nås. Vi mener det bør investeres i seksualundervisning i tillegg til prevensjonsmidler.

Utfordringer

Tilgang til god helse og rettigheter når det gjelder seksualitet og reproduksjon er et område hvor det er enorme forskjeller mellom kvinner i ulike land, men også innad i land. Dette er en av flere faktorer som bidrar til å forsterke forskjellene mellom fattige og rike jenter og kvinner.

Manglende tilgang til lovlige og trygge aborter er fortsatt et stort problem - både i et folkehelseperspektiv og for den individuelle kvinne. Rundt 13 prosent av den globale mødre dødeligheten skyldes utrygge aborter. Utrygge aborter er et tema som bør få mer oppmerksomhet i arbeidet med å redusere mødre dødeligheten.

Ungdom er en neglisjert gruppe i utvikling- og utenrikspolitikken og de faller også utenfor regjeringens uttalte fokus på barne- og mødre helse i stortingsmeldingen. Mange unge lever under usikre økonomiske forhold og har et stort umøtt behov når det gjelder tilgang til seksualundervisning,

prevensjon og rimelige helsetjenester knyttet til seksualitet. Dødsfall som følge av svangerskapsrelaterte komplikasjoner er den viktigste årsaken til dødsfall for jenter mellom 15 og 19 år i lav- og mellominntektsland. Omtrent 16 millioner jenter mellom 15 og 19 år og to millioner jenter under 15 år føder barn hvert år. Omtrent tre millioner jenter mellom 15 og 19 år utfører utrygge aborter hvert år. Det trengs en styrket innsats rettet mot denne aldersgruppen med fokus på seksualundervisning, tilgang til prevensjon og tilgang lovlige og trygge aborter. I tillegg er arbeid mot tidlige ekteskap og kvinners utdanning svært viktig.

Religiøs motstand og frykten for konsekvensene av en aldrende befolkning har fått negative følger for kvinners rettigheter og tilgang til SRHR i flere europeiske land. Konsekvensene for kvinnene i landene, så vel som de internasjonale politiske følgene er bekymringsfulle.

SRHR er et kontroversielt tema og motstanden under internasjonale forhandlinger har de siste årene vært økende, slik man for eksempel fikk bevist under kvinnekommisjonen i 2012. Å fremme SRHR i et slikt klima er arbeidskrevende og vanskelig. I tillegg foregår det nå og frem mot 2015 en rekke prosesser som er viktige, men samtidig svært tid- og ressurskrevende å følge. Vi håper at norske myndigheter vil øke støtten til arbeid for likestilling og SRHR for å bidra til at motstanden kan møtes. Disse temaene må ikke forbigås i det kommende globale rammeverket for utviklingspolitikk.

Solveig Hokstad
Daglig leder

www.sexopolitikk.no

Tilgang til god helse og rettigheter når det gjelder seksualitet og reproduksjon er et område hvor det er enorme forskjeller mellom kvinner i ulike land, men også innad i land. Det er en av flere faktorer som bidrar til å forsterke forskjellene mellom fattige og rike jenter og kvinner.

SOS-barnebyer

Gjennom et mangfold av programmer i 133 land verden over er SOS-barnebyers mål å skape et positivt rammeverk for utvikling for de mest sårbare barna - de som har mistet, eller står i fare for å miste omsorgen fra sine foreldre.

Sunn utvikling for barn er sentralt for SOS-barnebyers arbeid og helse gis en helhetlig tilnærming i våre programmer hvor vi:

- sørger for tilgang til familie- og barnevennlig helsetilbud – også for familier som faller utenfor de formelle helseforsikringssystemer
- gjennomfører opplæring og informasjonskampanjer, og støtter myndigheter i å gjennomføre sine forebyggende helsetiltak
- arbeider for de psyko-sosiale og mentale delene av familie- og barnehelse gjennom terapi, veiledning og promotering av gode familierelasjoner

Helsehjelp

SOS-barnebyer arbeider vanligvis sammen med det offentlige for å tilby gode helsetjenester i våre programmer og arbeider derfor med å fremme familiers tilgang til nasjonale og lokale helsetilbud. Mange steder mangler imidlertid disse tilbudene og dette har ført til etablering av SOS-barnebyers Medisinske Sentre, primært i Afrika og Midtøsten. Som tjenesteyter har SOS-barnebyer fokus på de mest utbredte sykdommene. Vi arbeider både for å forebygge og behandle. Der hvor SOS-barnebyer har mindre klinikker er tilbudet hovedsakelig førstehjelp og konsultasjoner for primærhelsetjenester. De større medisinske sentrene kan inkludere polikliniske tjenester, innleggelser, kirurgi og fødestuer. Tjenestene varierer, men helsefremmende tiltak og fokus på økt bevissthet vil uansett være i fokus.

Informasjonsarbeid

Vårt informasjonsarbeid i skoler og lokalmiljø gir barn og deres omsorgspersoner et verktøy i form av kjennskap til ernæring, familieplanlegging, forebygging av seksuelt overførbare sykdommer og generelle helsefremmende tiltak. Disse verktøyene styrker familiens evne til å ta vare på sine barn. Tilpasset seksualundervisning og veiledning for familieplanlegging bidrar til å hindre uønskede svangerskap og seksuelt overførbare infeksjoner som hiv og aids mellom par. Det kan også gi kvinner økt evne til å ta egne beslutninger og bedret helse for seg og sine barn. Utdannende mødre bedrer altså familiens helse og overlevelse gjennom kunnskap til å fatte gode beslutninger for familien, kjennskap til og mulighet til å benytte eksisterende sosiale tjenester, ta grep om omsorgen for sine barn og bedre evner som omsorgsperson.

***F**attige velger ofte først å konsultere helsetjenester når det allerede er tegn på sykdom, spesielt der helsevesenet er dyrt eller tjenester ikke er lett tilgjengelig. Dette underbygger nødvendigheten av å forbedre opplæring for forebygging for å fremme familiers helse.*

Tusenårsmålene

Takket være en norsk giver kunne SOS-barnebyers

medisinske senter i Lusaka gå til innkjøp av en CD4 maskin i 2006. En CD4 maskin avgjør nivået av antivirus-celler i blodet til en hiv-positiv og er avgjørende for å vurdere behovet for og nivået av ARV-medisiner. Ved hjelp av maskinen kunne det medisinske senteret sørge for livsforlengende medisiner til 3255 mennesker i 2010. Dette har ført til store endringer i livet til voksne, barn og lokalmiljøene i Lusaka, ettersom det fører til bedret livskvalitet, stagnerende antall barn uten tilfredsstillende omsorg og fører direkte til at barn vokser opp med omsorgspersoner som gir trygg og vedvarende omsorg. SOS-barnebyer har også sett en nedgang i behovene i nærmiljøet, noe som kan relateres tilbake til disse livsforlengende medisinene. Med nødvendig ekspertise og erfaring i bruken av CD4-maskinen i Lusaka har Zambia National AIDS Network (ZNAN) bidratt med midler til en tilsvarende maskin til SOS-barnebyers medisinske senter i Kitwe.

Familieprogram i Zimbabwe

I 2005 etablerte SOS-barnebyer et familieprogram i Harare hvor materiell støtte som matpakker og skolepenger er kombinert med å forenkle barns tilgang til offentlige helsetjenester og hvor medisinske utgifter er dekket i samarbeid med lokale apotek. Kanskje enda viktigere er programmets fokus på kapasitetsbygging av barn, familier og lokalsamfunnet. Programmet fremmer kunnskap for å forebygge hiv og aids, har fokus på relasjoner og arbeider med sorgterapi. Barn og ungdom er opplært i barns rettigheter rådgivning for å utvide støttestrukturene i samfunnet. Problemstillinger rundt hiv og aids avmystifiseres og diskuteres. Programmet arbeider også med å bygge varige sosiale beskyttelsesmekanismer i samfunnet og bygger derfor kapasiteten til organisasjoner i lokalmiljøet slik at de selv kan støtte familier på dette området. Livskvalitet og helsen har bedret seg for 2674 barn (2011) som et resultat av forbedret ernæring, livsstilsendringer og større følelsesmessig stabilitet.

Forebygging av livmorhalskreft i Afrika

Livmorhalskreft er den nest vanligste kreftformen som rammer kvinner verden over og det er den vanligste kreftformen blant kvinner i Afrika. Globalt får 500 000 kvinner påvist kreftformen hvert år. Over 250 000 av dem dør, til tross for at dersom sykdommen påvises i et tidlig stadium er den fullt ut mulig å behandle. 85 prosent av disse kvinnene er unge mødre som bor i utviklingsland. SOS-barnebyer, sammen med Female Cancer Foundation, har nylig lansert programmet "Save my Mother". Ekspertise for å påvise livmorhalskreft kombinert med SOS-barnebyers medisinske infrastruktur og veletablerte samarbeid med lokalsamfunn gir en sterk synergi. Det kortsiktige målet for "Save my Mother" er å nå 400 000 kvinner med en opplysningskampanje og å undersøke i alt 100 000 kvinner. Det langsiktige målet er å påvirke beslutningstakere i de nasjonale helsedepartementene i landene for etableringen av nasjonale program for forebygging av livmorhalskreft.

Utfordringer og muligheter

Fattige velger ofte først å konsultere helsetjenester når det allerede er tegn på sykdom, spesielt der helsevesenet er dyrt eller tjenester ikke er lett tilgjengelig. Dette underbygger nødvendigheten av å forbedre opplæring for forebygging for å fremme familiers helse. Spesielt mange barn under fem år dør av årsaker som kan forebygges. Økt fokus på forebyggende tiltak kan gjøre mye for å bedre mødre -og barnehelse. Men selv der medisinsk behandling er gratis må ikke forebyggende tiltak undervurderes. Undersøkelser i tre afrikanske land viste at om lag en tredel av barn med tilstrekkelig tilgang til medisinsk hjelp allikevel var syke relativt ofte, med symptomer relatert til underernæring og utilstrekkelige boforhold. Dette er problemstillinger som krever forebyggende tiltak.

De psyko-sosiale komponentene i preventive helsetjenester kan også ha langtidsvirkende effekter for styrkingen av individet som på sikt kan øke sin evne til å ta vare på seg selv, og for nærmiljø som øker sin tilpasningsdyktighet til utfordringer. For eksempel, hiv og aids-forebyggende tiltak for barn og unge kan inkludere deler som kan hjelpe dem å takle fortvilelse og sorg ved å ha miste omsorgspersoner.

Målrettede forebyggende helseprogrammer bidrar til å styrke kvinner, men vi må samtidig anerkjenne rollen som mannen spiller i den aktuelle konteksten. Tendensen viser at menn ofte er vanskeligere å nå gjennom disse programmene og mye endring er avhengig av nettopp dem i rollen som fedre, ektemenn, og i mange sammenhenger, familiens overhode eller samfunnsledere.

Dagne Hordvei
Leder program

www.sos-barnebyer.no

Studentenes og Akademikernes Internasjonale Hjelpesfond (SAIH)

SAIH er studenter og akademikere sin bistands- og solidaritetsorganisasjon i Norge. Vi samarbeider med lokale organisasjoner som arbeider med opplæring og høyere utdanning i sørlige Afrika og Latin-Amerika.

Mange av våre partnere arbeider aktivt med informasjon, opplæring om seksuell og reproduktiv helse og rettigheter (SRHR) og forebyggende arbeid knyttet til hiv og aids. SAIH er opptatt av at ungdom både bestemmer, gjennomfører og drar nytte av arbeidet, både i Norge og i sør.

Arbeidet med global helse er særlig knyttet til de to første prioriteringene i stortingsmeldingen: mobilisere for kvinner og barns helse og rettigheter og redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging.

Mobilisere for kvinner og barns helse og rettigheter

SAIH legger stor vekt på betydningen av en helhetlig seksualundervisning. Utdanning og kunnskap om sex og seksualitet er avgjørende for at unge mennesker kan realisere sine rettigheter. En helhetlig tilnærming til seksualundervisning, som inkluderer et fokus på kjønnsroller, maktforhold, personlig og kollektiv identitet er viktig. Seksualundervisningen må legge vekt på et utvidet kjønnsperspektiv og skal fremme respekt for og kunnskap om seksuelle minoriteters rettigheter. Skeiv ungdom skal møtes med kunnskap og respekt i søken på egen identitet og seksualitet. SAIHs partnere har erfart at det er helt nødvendig å styrke kompetansen hos lærere slik at de har kunnskapen og de pedagogiske metodene til å kunne gi god undervisning på sensitive tema.

Resultater fra opplæringene viser at ungdom har blitt mer bevisst sine egne rettigheter, de tar egne valg og er tryggere på sin egen identitet og seksualitet.

Mange av SAIHs partnere bruker uformell utdanning som et redskap i arbeidet med SRHR. Dette er et viktig tillegg til offentlig undervisning, særlig hvor kvaliteten på den offentlige seksualundervisningen er dårlig eller mangelfull. Ved å bruke deltagende metoder der unge mennesker selv er de som lærer bort og leder diskusjoner, skapes tillit og ungdom tør å stille spørsmål som de ikke ellers ville stilt i et vanlig klasserom. Opplæring i ledertrening er også et viktig initiativ som SAIHs partnere bruker for å gi ungdom mulighet til å identifisere utfordringer, finne gode løsninger og stille krav til myndigheter og ansvarsbærere.

Bevisstgjøring om rettigheter

En stor gruppe ungdom mellom 15-25 år i Bolivia (cirka 2500), Nicaragua (cirka 600), Zambia (350) , Zimbabwe (cirka 3000) og Sør Afrika (275) har fått uformell utdanning på spørsmål knyttet til SRHR, kvinners rettigheter, seksualitet og ledertrening. En særlig viktig målgruppe i dette arbeidet er unge kvinner. Resultatene viser at ungdom har blitt mer bevisst egne rettigheter, de tar egne valg og er tryggere på sin egen identitet og seksualitet. De har videre brukt kunnskapen til å stille myndigheter til ansvar og kreve endringer.

Katswe Sistahood er en feministisk organisasjon som mobiliserer unge kvinner i Zimbabwe til å utfordre tabu og normer rundt seksualitet og kvinners rettigheter. De bruker kreative metoder med blant annet egne versjoner av Vaginamonologene. Denne måten å gi unge kvinner en stemme har resultert i at offentlige myndigheter i Zimbabwe nå inviterer Katswe Sistahood til å sette i gang diskusjoner rundt tabubelagte spørsmål.

Unge mennesker er i en posisjon der de kan bli viktige endringsaktører. Det er avgjørende at ungdom slipper til der avgjørelsene tas og får være med å utforme politikk og tiltak. Mange land i nord har egne ordninger som finansierer ungdomsdelegater til ulike høynivåmøter og internasjonale prosesser. Dette er viktig og bra, samtidig er det en utfordring at det er svært få ungdomsdelegater fra land i sør på slike arenaer. SAIH har ved flere tilfeller bidratt økonomisk til at ungdomsrepresentanter fra partnerorganisasjoner har fått mulighet til å reise og være tilstede på høynivåmøter knyttet til helse.

Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging

SAIH støtter et rettighetsbasert arbeid for SRHR der et av hovedfokusene er hiv og aids. Kunnskap og engasjement hos studenter rundt forebygging og rettigheter relatert til kampen mot hiv er viktig for en videre positiv utvikling. SAIH sine universitetspartnere i det sørlige Afrika har vært med å drive hiv-arbeidet i sine land fremover gjennom kunnskap, diskusjon og forskning. Realisering av rettigheter for lesbiske, homofile, bifile og transepersoner (LHBT) er et gjennomgående perspektiv i mye av det arbeidet SAIH støtter. Et viktig resultat i dette arbeidet har vært at ungdomsorganisasjoner har styrket integreringen av LHBT perspektiver i sitt arbeid. Seksuell orientering og kjønnsidentitet må integreres i alt arbeid for seksuelle og reproduktive rettigheter og helse. Her gjenstår fremdeles mye, men arbeidet går fremover.

Anja Bakken Rise
Leder

www.saih.no

Laerdal Global Health

Til tross for nær halvering av mødre- og barnedødelighet siden 1990 er dødstallene fortsatt uakseptabelt høye. Særlig på fødselsdagen som nå alene utgjør over 20 prosent av dødsfallene for barn under fem år.

Laerdal Global Health er opprettet for å bidra til å endre på dette. Selskapets opplærings- og behandlingsprodukter har i løpet av kort tid blitt tatt i utstrakt bruk i mer enn 50 utviklingsland. Gjennom viktige samarbeidsallianser hjelpes store antall fødselshjelpere til å bli effektive livreddere.

250 000 flere liv skal reddes - hvert år

Laerdal Global Health bygger på viktige erfaringer høstet av det mer kjente søsterselskapet Laerdal Medical, som gjennom 50 år har bidratt til opplæring av mer enn 300 millioner livreddere i vestlige land. Spesielt legger selskapet til grunn at:

- Opplæring må være kulturelt tilpasset og fokusert om det helt essensielle. Tilegnede kunnskaper og ferdigheter må vedlikeholdes gjennom jevnlig klinisk bruk og/eller regelmessig simuleringsbasert trening. De som læres opp må få tilgang til rett utstyr.
- De største mulighetene for innovasjon innen global helse ligger i mer effektiv gjennomføring av bærekraftige programmer, ikke i ny teknologi. Oftest er det snakk om bedre gjennomføring av hva vi allerede vet. Dette kan ikke oppnås av et lite norsk selskap alene, men fordrer samarbeid med riktige alliansepartnere og forankring hos nasjonale helsemyndigheter.

Selskapet søker å nå sine mål gjennom å være en pådriver for innovative opplæringsallianser. Dette skjer gjennom utvikling av læremateriell (flippovere, elevmanualer og aksjonsplakater) til programmene "Helping Babies Breathe" og

"Helping Mothers Survive" Materiellet foreligger allerede på over 20 språk og er tatt i utstrakt bruk.

Det skjer videre gjennom opplærings- og behandlingsprodukter som kan gjøre disse programmene mer effektive, som for eksempel;

Per januar 2013 har mer enn 100 000 fødselshjelpere i 50 land gjennomgått kursprogrammet.

NeoNatalie nyfødtsimulator: denne legger til rette for rollespill-basert opplæring i enkle tiltak som kan hjelpe nyfødte å puste. Per januar 2013 er nærmere 40 000 enheter levert.

Pingvin-sug: denne brukes til rengjøring av luftveiene på nyfødte. Produktet kan gjenbrukes et stort antall ganger, ved at det i motsetning til andre tilgjengelige bulb-sug, som alle er laget som engangsprodukter for vestlige land, tåler koking i vann.

Ventilasjons-bag: er enklere å bruke og rengjøre.

MamaNatalie fødselssimulator: denne bæres av instruktøren som et «forkle», og gjør det enkelt å simulere både normale og mer kompliserte fødsler. Modellen er særlig egnet for trening i å stanse blødning etter fødsel (den ledende årsak til at mødre dør ved fødsel), og til å øve god kommunikasjon med mor og andre som kan være tilstede under fødselen.

Mama-U Postpartum Livmorsmodell: brukes til opplæring i innsetting av spiral like etter fødsel, samt innsetting av ballong-tamponade for å stanse blødning etter fødsel.

Flere av produktene er omtalt som viktige nyvinninger innen global helse av Verdens helseorganisasjon (WHO) og andre.

Opplæring og utstyr til over en million fødselshjelpere

Selskapet samarbeider nært med ledende organisasjoner innen global helse i flere allianser.

- **Helping Babies Breathe-alliansen** ble opprettet i 2010 for å bidra til en kraftig reduksjon av de nær en million dødsfall blant nyfødte som ikke startet å puste selv. Initiativtagerne var USAID, det amerikanske helsedepartementet (NIH), Redd Barna, den amerikanske barnelegeforeningen og Laerdal. Per januar 2013 har mer enn 100 000 fødselshjelpere i 50 land gjennomgått kursprogrammet. En nylig publisert forskningsrapport fra åtte sykehus i Tanzania viser at programmet her har ført til en nær halvering av dødeligheten blant nyfødte på disse sykehusene.
- **Survive & Thrive-alliansen** ble opprettet i 2012 for å bidra til effektiv implementering av de høyest prioriterte intervensjonene for mødre- og barnehelse. Initiativtagerne er de samme som i Helping Babies Breathe-alliansen, med tillegg av de amerikanske spesialistforeningene for fødselsleger, sykepleiere og jordmødre.
- **Helping Mothers Survive - Bleeding After Birth** er et opplæringsprogram utviklet av Jhpiego (bistandsorganisasjon tilknyttet Johns Hopkins universitetet i Baltimore og internasjonalt anerkjent for sitt arbeid for bedret mødre helse) i samarbeid med Laerdal. Opplæringsprogrammet lanseres i 2013 i samarbeid med UNFPA, FIGO og ICM (verdensorganisasjonene for henholdsvis fødselsleger og jordmødre) og den amerikanske barnelegeforeningen.
- **Day of Birth-alliansen** er etablert sammen med Jhpiego og Johns Hopkins universitetet for å utvikle og implementere innovative produkter til bekjempelse av barne- og mødre dødighet. Laerdal samarbeider også med Stanford India, og har nylig etablert en egen satellitt-utviklingsavdeling i India for å få en økt nærhet til behovene i dette landet som alene står for rundt 30 prosent av den globale mødre- og nyfødtdødeligheten.

Ikke-kommersiell virksomhet

Laerdal Global Health har som økonomisk mål å bli selvberende innen 2015. Inntil da vil selskapet bli tilført minst 100 millioner kroner i tilskudd til drift og investeringer fra søsterselskapet Laerdal Medical. Lærdals Fond for Akuttmedisin har for årene 2010-2015 øremerket et nær tilsvarende beløp i støtte til forskningsprosjekter som kan bidra til oppnåelse av FNs tusenårs mål 4 og 5, med særlig vektlegging på prosjekter som kan fremme mer effektiv undervisning og implementering.

Tore Lærdal
Daglig leder

www.laerdalglobalhealth.com
www.laerdalfoundation.org

Telenor Group

I samtlige av Telenor Groups markeder kan mobilteknologi spille en viktig rolle i utvikling og forbedring av helsetjenester.

Den overordnede målsetting for vår satsning på mobilhelsetjenester (m-helse) er å utnytte mobilteknologi til å sikre større deler av befolkningen tilgang til helsetjenester og mer optimal og kostnadseffektiv bruk av helsepersonell. Telenor er involvert i en rekke m-helse initiativer. I Serbia bidrar vi til å fremme livsvilkårene for rom-befolkningen gjennom formidling av helseinformasjon. I Bangladesh muliggjør vi økt kunnskap om mødre og barnehelse for nye foreldre og i Thailand bistår vi myndighetene med å overvåke sykdomsutbrudd.

Markedet for m-helsetjenester har et stort potensiale, men er fortsatt i en tidlig fase. For å lykkes kreves mer kompetanse om tjenestene og utvikling av bærekraftige forretningsmodeller. Løsningene krever et tettere samarbeid med andre aktører i helsesystemet.

Telenor Groups innsats for utviklingen av m-helsetjenester

Telenor Group har mobilvirksomhet i elleve land som strekker seg fra Skandinavia og Sentral-Europa til Asia. I samtlige av våre markeder kan m-helse spille en viktig rolle i utviklingen av helsetjenester – både for samfunnet og enkeltmennesker. I utviklingsland kan m-helse bidra til å styrke innbyggernes tilgang til grunnleggende helsetjenester. I modne markeder har m-helse potensialet til å frigjøre ressurser i eldreomsorgen og ved behandling av kroniske sykdommer.

Telenor Group er involvert i m-helse initiativer i de fleste markedene hvor vi er til stede. Den overordnede målsettingen for disse initiativene er å utnytte mobilteknologi for å sikre større

delar av befolkningen adgang til helsetjenester og mer kostnadseffektiv bruk av helsepersonell. Vi mener det er viktig at m-helsetjenester er bærekraftige, både samfunnsmessig og kommersielt. Vi erfarer at mange pilot-initiativer etableres uten at de lykkes med å oppskalere dem for storskala virksomhet.

Markedet for m-helsetjenester har et stort potensiale, men er fortsatt i en tidlig fase. For å lykkes kreves mer kompetanse om tjenestene og utvikling av bærekraftige forretningsmodeller.

Markedet for m-helsetjenester er fortsatt i en tidlig fase. De største hindrene mot en effektiv utnyttelse av m-helsetjenester er i vår erfaring manglende kompetanse om tjenestene og fraværet av bærekraftige forretningsmodeller. Vi mener disse utfordringene kan løses gjennom et tettere samarbeid med andre aktører i helsesystemet. Derfor er Telenor blant annet medlem av Innovation Working Group, en arbeidsgruppe som bidrar til å understøtte den globale strategien «Every Woman Every Child» for kvinner- og barns helse.

Bedre helsetjenester for Serbias Rom-befolkning

Telenor Serbia har sammen med UNICEF Serbia og det serbiske helsedepartementet arbeidet for å sikre rom-befolkningen tilgang til helsetjenester og informasjon.

Gjennom "Povezivanje-prosjektet" har rundt 75 kvinner fra rom-befolkningen fått opplæring som helsemeklere. Det vil si at disse kvinnene fungerer som brobyggere mellom det formelle serbiske helsesystemet og rom-samfunnet. Ved bruk av bærbare datamaskiner, mobiltelefoner, internett, programvare og opplæring formidlet av Telenor, kan helsemeklerne kommunisere bedre med hverandre og med Rom-befolkningen. For eksempel kan meklerne gi kritisk helseinformasjon på tema som vaksiner og fosterhelse via SMS til rom-familier. Takket være databaser utviklet som del av prosjektet, finnes det også nå troverdig informasjon om rom-befolkningen og deres livsvilkår som kan benyttes av andre statlige institusjoner.

Siden initiativet ble lansert i april 2010, har Telenor sett en jevn økning i bruken av mobiltjenester og forbedret kommunikasjon mellom helsemeklerne og rom-befolkningen.

Fokus på kvinners og barns helse i Bangladesh

Telenors datterselskap i Bangladesh – Grameenphone – deltar i Mobile Alliance for Maternal Action (MAMA-initiativet) for å sikre nye foreldre tilgang til helseinformasjon.

Initiativet er et offentlig-privat partnerskap som drives av en rekke internasjonale organisasjoner og private selskaper i samarbeid med myndighetene i Bangladesh. MAMA-initiativet bruker blant annet mobiltelefoner for å levere forebyggende helseinformasjon til nye og kommende foreldre via tale- og SMS-tjenester.

Når en kommende mor er registrert, vil helsetjenesten informere dem om hvordan de kan ta vare på seg selv under graviditeten, avkrefte myter og feiloppfatninger, varsle om faresignaler, knytte kvinner til lokale helsestasjoner, øke kunnskap om amming, forklare fordelene ved prevensjon, og informere om andre måter de kan ta vare på nyfødte barn.

En pilottjeneste ble lansert nasjonalt i mai 2012. Denne tjenesten vil i testfasen bli benyttet av over 1300 foreldre.

Overvåking av sykdomsutbrudd i Thailand

Geo Chat-programmet er den første SMS-baserte tjenesten for overvåking av sykdomsutbrudd i Thailand. Telenors datterselskap, Dtac, har inngått et samarbeid med flere andre internasjonale aktører om å levere den første mobilbaserte SMS-tjenesten til det offentlige helsevesenets overvåkningssystem. Dette nye SMS-varslingsystemet er spesielt utviklet for å gi det offentlige helsevesenet i Thailand beskjed om sykdomsutbrudd på et tidlig tidspunkt. Geo Chat bruker Internett og mobiltelefonens meldingssystem for å kommunisere, noe som muliggjør umiddelbare oppdateringer om for eksempel spredning av H1N1-influensa i ulike deler av landet.

Med Geo Chat får offentlige helsestasjoner i avsidesliggende deler av Thailand bedre tilgang til, og muligheten til å dele helseinformasjon på en enklere måte. Som en del av dette samarbeidet har Dtac delt ut SIM-kort til ansatte i det offentlige helsevesenet. De kan bruke disse SIM-kortene i mobiltelefonene sine for å rapportere om sykdomssituasjonen direkte til departementet for sykdomskontroll.

Tom Riege
Head of governmental relations

www.telenor.no

FNs helsetusenårssmål

God helse er en menneskerettighet og en av de viktigste forutsetninger for et meningsfullt og aktivt liv. En bedring av helsen blant de fattige er også en forutsetning for fattigdoms-bekjempelse, bærekraftig utvikling og økt verdiskapning.

Utviklingspolitisk er FNs tusenårssmål for utvikling og bekjempelse av fattigdom hovedfundamentet for regjeringens helsebistand. Av alle tusenårsmålene er det, tross positiv utvikling de senere årene, de som er knyttet til barne- og mødre helse som ligger dårligst an til å nå målene innen 2015.

Tusenårssmål 4 – redusere barnedødelighet

Redusere barnedødelighet og redusere antall barn som dør før de fyller fem år med to tredjedeler fra 1990 til 2015

Status: I 1990 døde 12 millioner barn under fem år. I 2011 var tilsvarende tall 6,9 millioner barn. Til tross for økt befolkningsvekst er reduksjonen i dødstillene på 41 prosent.

Nord-Afrika har nådd tusenårs målet og har redusert dødstillene med 67 prosent. Afrika sør for Sahara og Oseania ligger langt etter. Her er nedgangen på 30 prosent. Mens antall dødsfall blant barn under fem år går ned, har andelen av de som dør i løpet av den første måneden etter fødsel gått opp fra 37 prosent i 1990 til 40 prosent i 2010.

Vaksiner har mye å bety for at barnedødeligheten skal gå ned. I 1990 var andelen av barn på ett år som ble vaksinert mot meslinger 69 prosent. Tilsvarende tall for 2011 er 84 prosent. I perioden 2000-2011 førte vaksinasjonene til en nedgang i dødsfall på 71 prosent.

Av dødsfall forårsaket av meslinger var mer enn 95 prosent av disse i lav-inntektland med dårlig helseinfrastruktur.

Tusenårssmål 5 – bedre mødre helse

Tusenårssmål 5 a - Redusere mødre dødelighet i forbindelse med svangerskap og fødsel med tre fjerdedeler fra 1990 til 2015.

Status: I 1990 døde 540 000 mødre i forbindelse med svangerskap og fødsel. Tilsvarende tall for 2010 er 287 000. Det er en reduksjon på 47 prosent.

Utfordringene er størst i Afrika sør for Sahara og Sør-Asia. I 2010 kom 85 prosent av kvinnene som døde i forbindelse med fødsel herfra.

Antall fødsler i utviklingsland som er bistått av kvalifisert helsepersonell har økt fra 55 prosent i 1990 til 65 prosent i 2010. I Afrika sør for Sahara var denne andelen 42 prosent i 1990. Andelen hadde i 2010 økt til 45 prosent.

Tusenårssmål 5b - Sikre universell tilgang til reproduktiv helse

Status: Udekket behov for familieplanlegging (prevensjon) i utviklingsland ble redusert fra 13,5 prosent i 2000 til 12,8 prosent i 2010.

For Afrika sør for Sahara er behovet redusert fra 26 prosent i 2000 til 25 prosent i 2010.

Prevensjonsstatistikker i utviklingsland viser at i år 2000 brukte 60 prosent av kvinner som enten var gift eller i et forhold i alderen 15-49 prevensjon. Tilsvarende tall for 2010 var 62 prosent. I Afrika sør for Sahara var prevensjonsraten 18 prosent i 2000. I 2010 var den økt til 25 prosent.

Tenåringsgraviditeter blant jenter i alderen 15 – 19 år i utviklingsland gikk ned fra 55 per 1000 i år 2000 til 52 per 1000 i 2010. Tall for Afrika sør for Sahara viser at det har det vært en nedgang i tenåringsgraviditeter fra 122 per 1000 i år 2000 til 120 per 1000 i 2009.

Tusenårs mål 6 – bekjempe hiv og aids, malaria og andre sykdommer

Tusenårs mål 6a - Stoppe, og begynne å reversere, spredningen av hiv og aids innen 2015

Status: I 2001 ble totalt 3,2 millioner mennesker smittet. Tilsvarende tall for 2011 er 2,5 millioner mennesker. Dette er en reduksjon på 20 prosent.

Når det gjelder antall barn som ble smittet var tallet på 550 000 i 2001. I 2011 viste tilsvarende statistikker 330 000 barn. Dette er en reduksjon på 40 prosent.

I 25 land har det i samme periode vært en nedgang på antall ny-smittede på over 50 prosent. Men det er ikke fremgang over alt. Siden 2001 har antall ny-smittede i Midtøsten og Nord-Afrika økt med mer enn 35 prosent. Det er også en økning i Sentral-Asia og Øst-Europa. Nedgangen i nysmitte i Afrika sør for Sahara mellom 2001 og 2011 har vært på 25 prosent. Det er likevel her det er flest som er rammet. 69 prosent av alle hiv-positive bor i Afrika sør for Sahara. I 2011 sto ungdom mellom 15-24 år for 40 prosent av all nysmitte blant voksne. Samtidig viser statistikken at andelen ungdom som er hiv-smittet gikk ned med 27 prosent i perioden 2001-2011. Fremgangen har vært størst i sør- og sør-øst Asia med en nedgang på 50 prosent. I Afrika sør for Sahara var nedgangen 35 prosent.

Tusenårs mål 6b - Sikre at alle som trenger det får tilgang til behandling for hiv og aids innen 2010

Status: Andelen av hiv-smittede som har behov for behandling og som mottar medisiner i utviklingsland var i 2011 54 prosent. Fra 2009 til 2011 økte antallet som får hiv-behandling med 63 prosent.

Andel hiv-smittede barn med behov for behandling og som mottar hiv-medisiner i utviklingsland var i 2011 på 28 prosent. I 2011 hadde 56 prosent av alle som trenger det tilgang til behandling i Afrika sør for Sahara. Det er likevel store forskjeller mellom land. Eksempelvis får bare 20 prosent av de med behandlingsbehov i Sør-Sudan tilgang til behandling. Tilsvarende tall for Malawi er 60 prosent og Botswana 80 prosent.

Tusenårs mål 6c Stoppe og reversere spredningen av malaria og andre dødelige sykdommer innen 2015

Status: I 2010 ble 216 millioner mennesker smittet av malaria. 660 000 mennesker døde av sykdommen. Siden år 2000 er dette en nedgang i antall dødsfall på 25 prosent.

I 2011 ble 8,7 millioner mennesker syke av tuberkulose. 1,4 millioner mennesker døde. Nedgangen i dødsfall som skyldes denne sykdommen er på 41 prosent siden 1990.

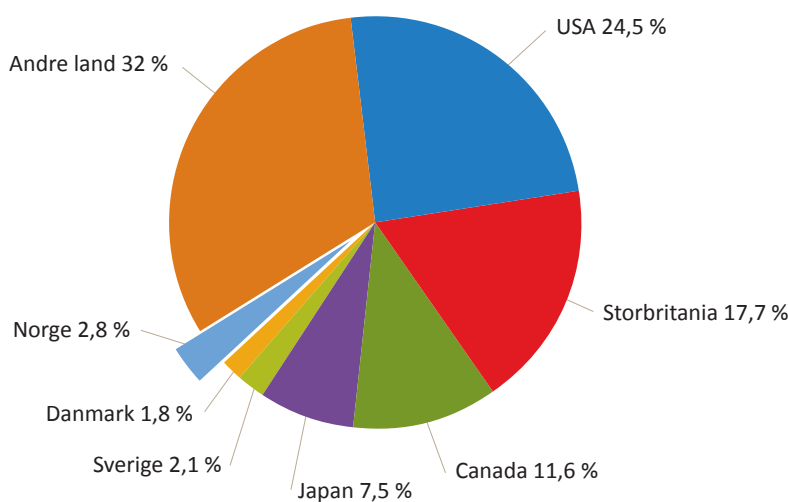
Kilder: FN og Verdens Helseorganisasjon

Norsk helsebistand i tall for perioden 1999 – 2011

En vesentlig del av den norske innsatsen innen global helse er knyttet til bistand og bistandsbudsjettet. Faktiske forbrukstall er foreløpig ikke tilgjengelig for 2012, og tall for 2011 benyttes derfor stort sett i det følgende, selv om dette er samme år meldingen kom. Disse er tilgjengelig på Norads hjemmeside¹. Norge bidrar i h.h.t. OECD-DAC beregninger med 2,8 prosent av verdens totale helsebistand. USA er den største enkeltbidragsyter etterfulgt av Storbritannia, Canada og Japan, mens Norge er nummer elleve. Total norsk helsebistand er mer enn tredoblet i løpende kroner siden 1999 og utgjorde i 2011 i underkant av kr 3,5 mrd. Dette utgjorde ca 13 prosent av den samlede bistanden, mot ca 10 prosent i 1999.

En stor andel av dette ble bevilget som globale helse- og vaksineinitiativ, totalt på rundt kr 1,7 mrd., som bl.a. inkluderer bilateral innsats for mødre- og barnehelse i fem land (Tanzania, India, Nigeria, Pakistan og Malawi), og ikke minst GAVI² og det Globale Fondet. Ytterligere kr 1,8 mrd. ble bevilget over andre poster, spesielt multilaterale organisasjoner og sivilt samfunnsorganisasjoner. Det er viktig å nevne at dette kun inkluderer bistanden (ODA³) mens andre bidrag, som f.eks. egeninnsats fra frivillige organisasjoner og midler over andre bevilgninger kommer i tillegg.

Fig. 1 Norges andel av total helsebistand (ODA) 2011



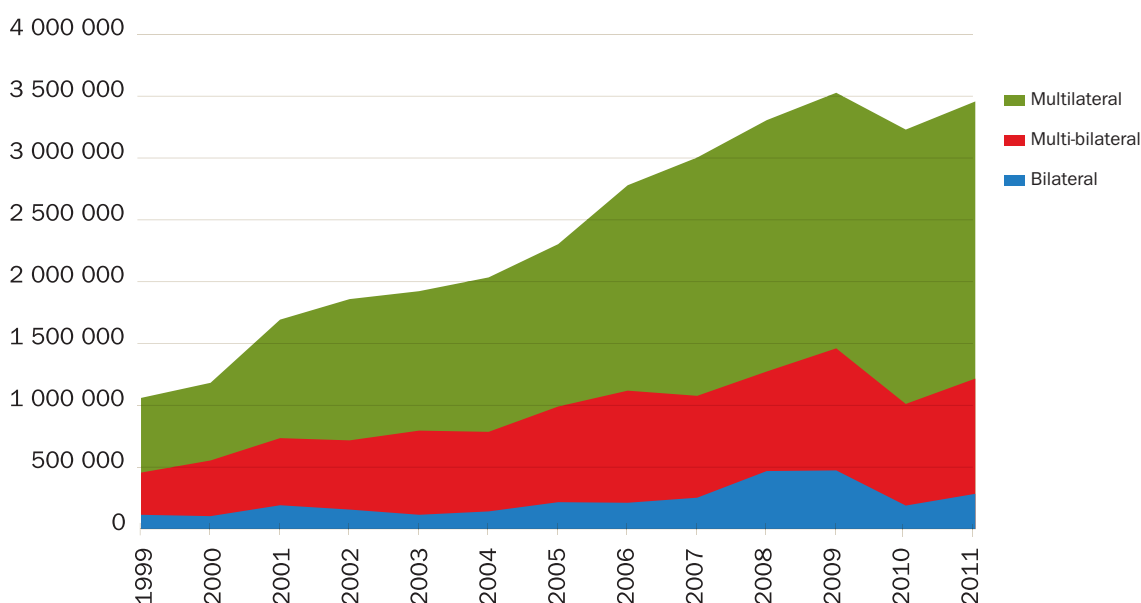
I samsvar med Soria Moria erklæringen 2009 som inkluderte økt bruk av FN som kanal for norsk bistand ble to tredeler av helsebistanden i 2011 kanalisert multilateralt, mens en fjerdedel ble kanalisert gjennom bilaterale kanaler, som også inkluderer frivillige organisasjoner og forskningsinstitutter. Det resterende ble kanalisert gjennom såkalt multi-bilateral kanal, som innebærer øremerkede bilaterale midler som kanaliseres gjennom multilaterale kanaler.

Helsebistanden nådde tilsynelatende en topp i 2009 (Fig. 2), som skyldes en forhåndsutbetaling til et Trust Fund i Verdensbanken (HRITF). Denne utbetalingen dekker dermed normalt flere år (multi-bi), og ville ellers vist en relativt lik allokering for perioden 2009-2011.

1 <http://www.norad.no/no/om-bistand/norsk-bistand-i-tall>
2 Den globale vaksinealliansen
3 Overseas Development Aid

Tabell 1 Norsk helsebistand etter kanal (NOK 1 000)

	1999	%	2011	%
Bilateral	341 313	32	931 850	27
Multi-bi	114 634	11	284 338	8
Multilateral	603 907	57	2 256 359	65
Total helsebistand	1 059 854	100	3 472 547	100

Fig. 2 Kanaler for norsk helsebistand 1999 – 2011

Bilateral helsebistand

Den norske bilaterale helsebistanden har økt fra kr 341 mill. i 1999 til kr 932 mill. i 2011. Selv om økningen er stor innebærer dette en reduksjon i andel fra én tredel til én fjerdedel av den samlede helsebistanden. Tabell 2 gir en oversikt over de største partnerne for den bilaterale delen av bistanden. Malawi er for tiden eneste land der Norge har regulær sektorsamarbeidsavtale. I tillegg har Norge bilateralt samarbeid gjennom Tusenårsmaal 4 & 5 programmet i de fem landene Nigeria, Tanzania, Malawi, Pakistan og India. Norge har finansiert disse og andre landprosjekter gjennom ulike kanaler. Norge benytter andre bilaterale partnere (SIDA⁴, DFID⁵) som kanal i enkeltland eller regioner. På liknende måte benyttes andre partnere som forvalter av midler på vegne av Norge (UN Foundation, Norges Forskningsråd), eller fungerer som paraplyorganisasjoner for andre (Digni, IPPF⁶).

Multi-bilateral bistand klassifiseres som bilateral bistand. De største mottakerne i 2011 var UNICEF med kr 116 mill. og WHO med kr 97 mill., etterfulgt av UNFPA og UNOPS. Som fig. 2 viser nådde denne formen for bistand et foreløpig høydepunkt i 2008 og 2009 på rundt kr 470 mill., som i stor grad skyldes den nevnte forhåndsutbetalingen til Trust Fund i Verdensbanken, og er siden redusert noe.

4 Swedish International Development Cooperation Agency
 5 Department for International Development
 6 International Planned Parenthood Foundation

Tabell 2 Største mottakere. Bilateral helsebistand 2011 (NOK 1000)

Bilateralt samarbeid	NOK
Malawi - sektorsamarbeid	94 000
Nigeria - NNPI	50 000
Tanzania - NTPI	47 010
India - NIPI	37 398
Pakistan - NPPI	30 000
Svensk/norsk regionalt team for hiv/aids (Lusaka)	35 000
Forskning/faglig arbeid	
Norges Forskningsråd	60 100
UiO - Universitetet i Oslo	13 830
SIU - Senter for internasjonalisering av høyere utdanning	13 815
INGO	
IPPF - International Planned Parenthood Federation	55 500
IPM - International Partnership for Microbicides	15 000
NGO	
Norges Røde Kors	44 891
CRN - Christian Relief Network	31 623
Digni - tidl. Bistandsnemnda	31 538
Atlas-alliansen	25 681
Norwac - Norwegian Aid Committee	24 295
BLM - Banja la Mtsogolo	21 500
Kirkens Nødhjelp	21 387
Haydom Lutheran Hospital	15 300
Diverse	
UN Foundation	148 500
CHAI - Clinton Health Access Initiative	15 594
Haukeland Universitetssykehus	12 805
Andre	242 509

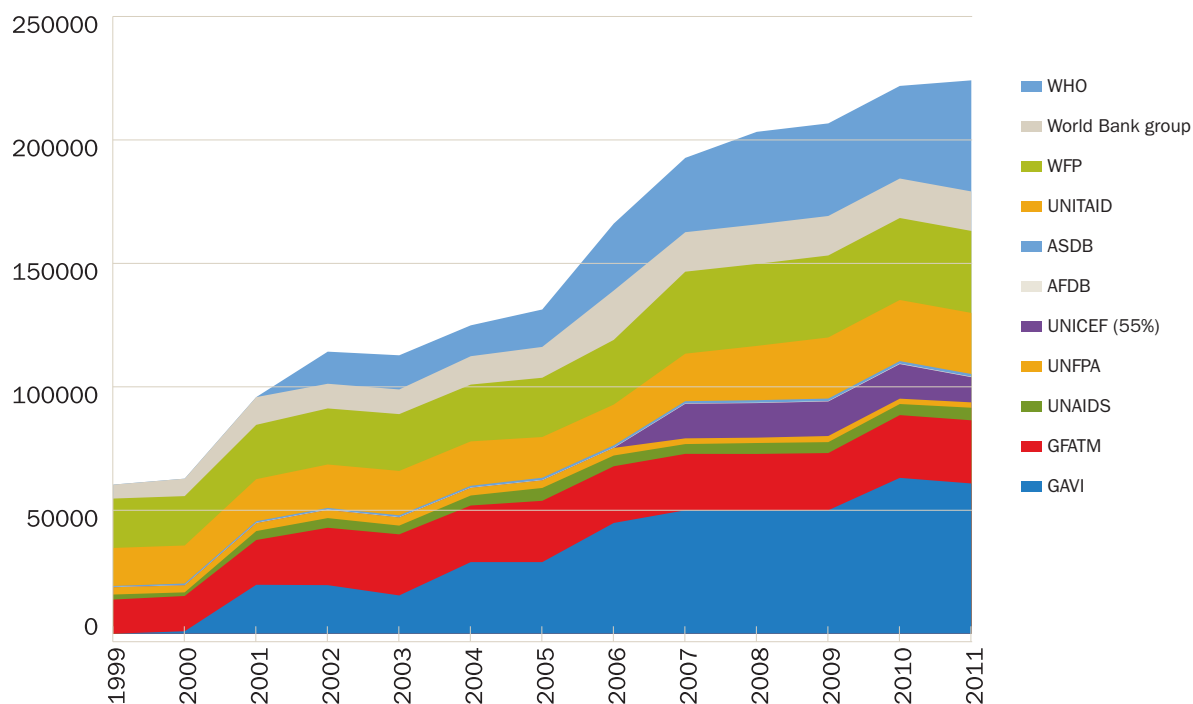
Multilateral helsebistand

Som nevnt over har multilateral helsebistand økt kraftig, fra kr 603 mill. til kr 2129 mill. i perioden 1999 - 2011, og dens andel av den totale helsebistanden har økt fra 57 til 65 prosent. På samme måte som den bilaterale helsebistanden reflekterer de multilaterale bevilgningene i stor grad fokuset på helsetusenårsmålene. GAVI, inkludert Advanced Market Commitments (AMC) og International Finance Facility for Immunization (IFFIm), er den største mottakeren med over kr 600 mill. Det globale fondet er også blant de største med kr 450 mill., fulgt av WHO og UNFPA. Av bidraget til UNICEF er det beregnet at en andel på 55 prosent⁷ er til helse.

7

Basert på MUSKOKA-initiativets anbefaling

Fig. 3 Multilateral helsebistand i perioden 1999 – 2011 (NOK 1000)



Helseforskning

Foreløpige tall viser at norske investeringer til helseforskning i 2012 utgjorde ca kr 235 mill. og var fordelt på bl.a. produktutvikling og innovasjon; klinisk forskning; følgeforskning og implementeringsforskning; bruk av forskning samt kapasitetsbygging. Hovedkanaler på norsk side er Forskningsrådets program for global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC), samt Norads kapasitetsbyggingprogram NORHED. I tillegg formidles det støtte gjennom multilaterale organisasjoner (inkludert WHO's spesialprogrammer).

Det er usikkerhet i tallmaterialet spesielt knyttet til forskningsandel i multilaterale organisasjoner som mottar norsk kjernestøtte, samt forventet helseandel i NORHED-prosjekter, der hoved-søknader behandles i 2. og 3. kvartal 2013. Bidrag gjennom multilaterale organisasjoner er grovt beregnet ut fra generell norsk kjernestøtte eller prosjekt-/øremerket støtte på basis av organisasjonenes egne anslag over andelen av deres budsjett som går til slike aktiviteter. Detaljeringsgraden tilknyttet informasjonen varierer og er noe som fortsatt følges opp.

Tabell 3 Bevilgninger til helseforskning 2012 (NOK 1000)

Type forskning	2012
Produktutvikling (IAVI, IPM, UNITAID)	25 000
Biomedisinsk /klinisk forskning (I hovedsak på vaksine gjennom GLOBVAC)	50 500
Helsesystem-/implementeringsforskning	127 300
Kapasitetsbygging for forskning	22 000
Kunnskapsoppsummeringer	10 200
TOTALT	235 000

* Inkluderer Advanced Market Commitments (AMC) og International Finance Facility for Immunization (IFFIm)

Referanser

En rekke artikler hadde referanser og fotnoter i teksten. Disse er tatt ut og lagt på en egen nettside, se www.norad.no/globalhelse

Kontaktinformasjon

Folkehelseinstituttet

www.folkehelseinstituttet.no

E-post: folkehelseinstituttet@fhi.no

Telefon: 21 07 70 00

Helsedirektoratet

www.helsedirektoratet.no

E-post: postmottak@helsedir.no

Telefon: 810 20 050

Norad

www.norad.no

E-post: post-helse@norad.no

Telefon: 23 98 00 00

Helse- og omsorgsdepartementet

E-post: Postmottak@hod.dep.no

Telefon: 22 24 90 90

Utenriksdepartementet

E-post: s-klima@mfa.no

Telefon: 23 95 00 00

En arbeidsgruppe bestående av Harald Siem, Bengt Skotheim (Helsedirektoratet)

Benedikte Louise Alveberg, Kjersti Andersen Nerhus (Folkehelseinstituttet) og Camilla Holst Salvesen (Norad) har koordinert arbeidet med denne publikasjonen.

Redaktør: Lars Grønseth (Norad)

Tore Godal, spesialrådgiver for statsministeren innen global helse, Helga Fogstad, Monica Djupvik, Ingvar Theo Olsen, og Vibeke Haugh (Norad) har gitt verdifulle bidrag og støtte i arbeidet med rapporten.



Rapporten er utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartementet
Kontaktpersoner er Anders Lamark Tysse, HoD og Siv Cathrine Moe, UD
Oslo, april 2013

Trykk: RK Grafisk as, Oslo

Lay-out og design: Petter Danielsen, Siste Skrik Kommunikasjon as
Redaksjonelle tjenester ved Hege Opseth, Opseth Media, Oslo
For mer informasjon www.norad.no/globalhelse

Arbeidet for global helse har høy prioritet for Regjeringen. Regjeringens politiske plattform tar et spesielt ansvar for tusenårsmålene 4 og 5 om barnedødelighet og mødrehelse. Statsministeren har løftet dette opp som et av sine prioriterte områder.

Espen Barth Eide, utenriksminister

Heikki Eidsvoll Holmås, utviklingsminister

Jonas Gahr Støre, helse- og omsorgsminister

Resultatet i Niger er betydelig redusert mødre- og barnedødelighet og forebygget varig nedverdiggende fødselsrelatert sykkelighet hos over 250 000 mennesker i nærmest veiløse pilotområder som er på størrelse med Rogaland.

Anders Seim

Health & Development International, Norge

Med en potensiell dekning av mer enn 1,3 milliarder mennesker med sine tjenester er DHIS2 vurdert som et av de største og mest suksessfulle globale helseinformasjonssystemene ifølge en ekstern evaluering for NORAD.

Professor Morten Dæhlen

Health Information Systems Programme, UiO

