

Er det mulig å nå milleniumsmål nr.4?

Om reduksjon av barnedødeligheten i lavinntektsland

Ylva Bjørlykke og Marit Bø



Veileder: professor Ola Didrik Saugstad

Prosjektoppgave ved Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2012

Er det mulig å nå milleniumsmål nr. 4?

Om reduksjon av barnedødeligheten i lavinntektsland.

© Ylva Bjørlykke og Marit Bø

År 2012

Tittel: Er det mulig å nå milleniumsmål nr. 4?

Forfattere: Ylva Bjørlykke og Marit Bø

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeralen, Universitetet i Oslo

Summary

At the UN summit meeting in 2000, 189 countries made a commitment of a broad set of health and development goals with defined targets to be achieved by 2015. In our thesis we have focused on one of these Millennium development goals (MDG), number 4. The target of MDG 4 is to reduce the mortality in children younger than five years by two-thirds between 1990 and 2015. Estimates and statistics tell us that child mortality globally will not be reduced by two thirds by 2015. The reduction is too slow. However, there has been a marked reduction of child mortality in the world in the latest decade. The child mortality was reduced by one third by 2009. This is an optimistic tendency. When it comes to child mortality, studies show that we can achieve a lot without much costs and efforts. Mosquito nets to avoid malaria and trained staff attending deliveries in rural areas are some of the examples of low costs and effective measures. We have studied some intervention projects in different parts of the world that have made a great reduction in child mortality. The sub-Saharan Africa and Southern Eastern Asia are the areas that struggle the highest child mortality rates in the World. The situation is complex. Poverty, war, diseases, maternal mortality, lack of health staff and medicines all make it difficult to avoid children from dying. Multifactor solutions are necessary. It is important to put action on infrastructure, education, and reducing poverty just to mention some. The Millennium goals make a common ground for international cooperation and developmental politics. We look at the case of Norway for a glance to how development politics respond to the challenges and goals set forward by the UN.

Innholdsfortegnelse

1.1	INNLEDNING.....	1
1.1.1	Mål og problemstilling.....	2
1.1.2	Definisjoner.....	4
1.1.3	Metode.....	4
2.1	BAKGRUNN.....	6
2.1.1	FNs tusenårsmål.....	6
2.1.2	Et forpliktende samarbeid.....	8
2.1.3	Stortingsmelding nr 11 om Global helse.....	8
2.1.4	Mortalitet sett i forhold til høy- og lavinntektsland.....	10
2.1.5	Hvilke land er hardest rammet?.....	10
2.1.6	Hvorfor er den fattige delen av verden så fattig og den rike delen av verden så rik?.....	11
2.2	HVA DØR MØDRE I LAVINNTEKTSLAND AV?.....	13
2.2.1	Direkte og indirekte årsaker til mødredødelighet.....	13
2.3	HVA DØR BARN I LAVINNTEKTSLAND AV?.....	13
2.3.1	Årsaker.....	15
2.3.2	Årsaker til dødelighet blant barn under fem år globalt.....	16
2.3.3	Mortalitet og alder.....	16
2.4	NEONATALE ÅRSAKER.....	17
2.4.1	Maternelle årsaker.....	17
2.4.2	Fødselsasfyksi.....	17
2.4.3	Lav fødselsvekt.....	18
2.4.4	Infeksjoner.....	18
2.4.5	Medfødte misdannelser.....	19

2.4.6	Dersom mor dør.....	19
2.4.7	Pneumoni.....	19
2.4.8	Diaré.....	19
2.4.9	Malaria.....	20
2.5	SIERRA LEONE.....	20
2.5.1	Barnehelse.....	22
3.1	EKSEMPLER PÅ TILTAK SOM VIRKER.....	23
3.1.1	Eksempler på tiltak for å redusere mødre- og barnedødeligheten i ulike land...	23
3.1.2	Fødselshjelp i India.....	23
3.1.3	Milleniumslandsbyer.....	24
3.1.4	Malaria i Sierra Leone.....	25
3.1.5	Barselbesøk i Bangladesh.....	27
3.1.6	WHOs strategi for å redusere mødre og barnedødeligheten.....	28
4.1	DISKUSJON.....	29
4.1.1	Hva kan gjøres for å redusere barnedødeligheten ytterligere i verden?.....	29
4.1.2	Målrettede tiltak krever pålitelige registreringer.....	30
4.1.3	Organisering av helsevesenet.....	31
4.1.4	Politisk vilje.....	31
4.1.5	Veien videre.....	32
4.1.6	Diskusjon om stortingsmelding nr 11.....	35
5.1	KONKLUSJON.....	38
	Litteraturliste.....	40
	Vedlegg 1: Statistikk om Sierra Leone.....	43
	Vedlegg 2: Statistikk over penger brukt på bistand i OECD land fra 2000-2011.....	47
	Vedlegg 3: Bistand til globale helse- og vaksineinitiativ 2008-2011.....	48
	Vedlegg 4: Norsk bistand 2000- 2011 – sektorfordeling.....	49

1.1 Innledning

Global helse er et vidt og krevende område, samtidig som det er en viktig og spennende del av medisinen. Verdenssamfunnet står overfor store utfordringer når det gjelder forebygging, diagnostisering og behandling av sykdom. Helseutfordringene står også i klar sammenheng med problemområder som fattigdom og krig.

I 2009 var vi med å arrangere medisinstudentenes humanitæraksjon (MEDHUM). Pengene fra denne innsamlingsaksjonen gikk til UNICEFs prosjekter i Sierra Leone. Midlene skulle brukes til å forbedre mødre- og barnehelse i det tidligere krigsherjede landet. Vårt engasjement for global helse ble enda mer tent under dette arbeidet, og da vi skulle velge tema for prosjektoppgaven falt det naturlig å fordype seg i samfunnsmedisin i et globalt perspektiv.

Verdens helseutfordringer måles i dag i stor grad ut i fra fremdriften av FNs tusenårsmål. Tusenårsmålene er åtte konkrete mål for blant annet å bekjempe fattigdom, redusere barne- og mødredødelighet og bekjempelse av sykdommer som HIV og malaria. Målene springer ut av tusenårserklæringen fra 2000 som kan sees på som et veikart inn i det nye århundre. Her ble det lagt frem en strategi i forhold til alle sider ved FNs virksomhet for å fremme fred, sikkerhet og nedrustning, og å løse problemer med fattigdom og menneskerettigheter. I forkant av generalforsamlingen i FN i 2000 samlet verdensledere seg om denne tusenårserklæringen og de åtte målene [1].

FNs tusenårsmål er inne i siste fase. Fristen for mange av disse målene er satt til 2015. Mye er blitt forbedret i løpet av det siste tiåret, men fortsatt gjenstår det mye før målene er nådd.

1.1.1 Mål og problemstilling

I denne oppgaven vil fokuset rettes mot FNs tusenårsmål nr 4 om barnedødelighet. Dette målet dreier seg om å redusere antallet barn som dør før de fyller fem år med to tredjedeler fra nivået i 1990 til 2015 [1]. Barnedødelighet henger tett sammen med andre problemstillinger, som fattigdom og mødre helse. Det er derfor nødvendig å se tema barnedødelighet i sammenheng med andre utfordringer.

Fristen for målet nærmer seg. Fram til 2009 har barnedødeligheten i verden blitt redusert med en tredjedel. Seks av ni regioner har klart å redusere barnedødeligheten med 50%. Men det er fortsatt store utfordringer, spesielt i Afrika sør for Sahara. Her dør hvert 8 barn som fødes. Barna dør i hovedsak av diaré, malaria og lungebetennelse, som alle er sykdommer som kan behandles med enkle midler. Fattige barn fra landsbygda med liten tilgang til helsetjenester er spesielt utsatte [1].

Vi har forsøkt å se på om det er eksempler på tiltak som har stor effekt og lave kostnader, når det gjelder å redusere barnedødeligheten i lavinntektsland. For å kunne undersøke dette har vi sett på hva barn i lavinntektsland dør av, med fokus på de vanligste dødsårsakene. Vi har sett på barnedødelighet i lavinntektsland, og brukt Sierra Leone som et eksempel på et lavinntektsland med store utfordringer og høy barnedødelighet. Landet har en av verdens høyeste forekomster av barnedødelighet og har år etter år blitt rangert som det siste landet (nr 177 av 177 land) i UNDPs Human Development Index Report [2].

Tiltakene vi har sett på har vist positive resultater når det gjelder å redusere mødre- og barnedødeligheten. I diskusjonsdelen av oppgaven drøfter vi hva som gjør at det er vanskelig å få til slike gode resultater i verdens fattigste land, og hva som skal til for å gjøre det mulig. FNs tusenårsmål er et utgangspunkt for internasjonalt samarbeid i utviklings og bistandspolitikken. Vi vil se nærmere på Norges rolle i dette samarbeidet for å redusere verdens mødre- og barnedødelighet. I februar 2012 kom den første Stortingsmeldingen om global helse. Vi har sett på denne meldingen og hvilken kurs den staker ut for den norske politikken. I rapporten rettes det et spesielt fokus nettopp på reduksjon av barnedødeligheten i verden.

Meldingen ble fulgt av en debatt om prioriteringer i utviklings- og bistandspolitikken. Vi gjengir noe av denne debatten i oppgaven fordi vi mener at den illustrerer noen av de utfordringene norsk bistands- og utviklingspolitikk står overfor når det gjelder global helse.

For å si noe om de viktigste faktorene for å redusere barnedødelighet er det naturlig og nødvendig å trekke frem andre mål i tusenårserklæringen. Barnedødelighet henger nøye sammen med mødrehelse og spredning av smittsomme sykdommer, samt andre faktorer som sosiale, politiske og økonomiske rammevilkår.

Milleniumsmålene har vært en milepæl i verdens utviklingsarbeid fordi de ikke er en samling store ord om viktige ting, men konkrete mål med definerte frister som skal følges opp med internasjonale, regionale og nasjonale planer.

Problemstillingen har vi formulert slik: Er det mulig å nå milleniumsmål nr. 4?

Temaet er i skjæringsfeltet mellom politikk og medisin. Grunnleggende sett handler det om muligheter og begrensninger politikken setter for å nå målene.

1.1.2 Definisjoner

Spedbarnsdødelighet: dødelighet for barn under ett år

Neonatal mortalitet: dødsfall som inntreffer etter fødselen til og med barnet er 28 dager [3].

Postneonatal mortalitet : dødsfall som inntreffer når barnet er mellom 29 dager og 1 år [3].

Småbarnsdødelighet: dødsfall som inntreffer når barnet er fra 1 til og med 4 år [3].

Dødelighet for barn under 5 år: dødsfall som inntreffer når barnet er mellom 0 og 5 år [3].

Mødre-dødelighet/ maternell dødelighet: dødsfall i forbindelse med svangerskap og fødsel og inntil 42 dager etter fødsel

Maternell mortalitetsrate (MMR): antall dødsfall per 100 000 levendefødte barn

Medhum: Medisinstudentenes humanitæraksjon

UNDP: United Nations Development Program

IAEG: Inter-Agency and Expert Group

GNI: gross national income

GAVI: Global Alliance for vaccines and immunisation

WHO: World Health Organisation

FN/UN: forente nasjoner

1.1.3 Metode

Oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på litteratur om FNs tusenårsmål og mødre- og barnedødelighet. Vi har også studert Stortingsmelding nr.11 om global helse som kom i februar 2012 og debatten som fulgte i etterkant av meldingen. Vi har forsøkt å orientere oss i litteratur som omhandler eksempler på tiltak som har hatt positiv effekt når det gjelder å redusere mødre- og barnedødeligheten i lavinntektsland. I oppgaven vil vi referere til fire slike tiltak. Den positive effekten disse tiltakene har hatt, lar seg ikke nødvendigvis overføre

direkte til andre land. Hvert land har svært ulike utfordringer som krever ulike løsninger avhengig av kontekst. Vi mener allikevel at disse eksemplene er viktige fordi de viser at det er mulig å få til en drastisk reduksjon i barnedødeligheten, også i lavinntektsland.

Mange steder i oppgaven refererer vi til tall som vi har funnet i en serie Lancet-artikler og i ulike ressurser UNICEF og FN har gjort tilgjengelige gjennom sine nettsider. De Lancet-artiklene det refereres til i oppgaven opererer med lavere tall for barnedødelighet enn de tallene UNICEF oppgir [4]. Dette skyldes bruk av andre metoder for beregning av barnedødelighet. Forfatterne av disse Lancet-artiklene mener at reduksjonen i barnedødelighet har gått raskere enn det UNICEF legger til grunn. Tallene UNICEF (FNs barnefond) samler inn er hentet fra nasjonale statistikker av UNICEF, Verdens helseorganisasjon (WHO) og FNs befolkningsdivisjon (UNPD) og utgis som UNSATS Millenium Indicators [5].

Vi kommer til å referere til tall fra både UNICEF og serien med Lance-artikler fra 2010 i denne oppgaven. Det vil muligens gi et litt sprikende tallmateriale. En av årsakene til at disse estimatene er kompliserte å beregne, er at de i stor grad skal dannes ut fra svært mangelfull landstatistikk. Landene som er hardest rammet av mødre og barnedødelighet er lavinntektsland som ofte mangler både fødselsregister og dødsårsaksregister. De fleste tallene man opererer med fra disse landene er derfor i virkeligheten estimater. Det gjør at ulike statistiske metoder for hvordan disse estimatene skal beregnes vil kunne gi ulike tall.

Oppgaven baserer seg på litteratur om FNs tusenårsmål og barnedødelighet. Vi har gjort usystematisk litteratursøk i Pubmed.

Søkeord: child mortality, UN millenium goals.

2.1 Bakgrunn

2.1.1 FNs TUSENÅRSMÅL

I år 2000 ble for aller første gang alle verdens land enige om felles mål for det globale arbeidet mot fattigdom, sult, sykdom, analfabetisme, ødeleggelse av miljøet og diskriminering av kvinner. De felles målene ble kalt FNs tusenårsmål, eller milleniumsmålene. Disse målene skulle være målbare og skulle oppnås innenfor en relativt kort tidsramme. Det var enighet om fellesansvar og forpliktelser på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. De 8 milleniumsmålene er:

1. Å utrydde ekstrem fattigdom og sult
2. Sikre utdanning for alle
3. Styrke kvinners stilling
4. Redusere barnedødeligheten
5. Redusere svangerskapsrelatert dødelighet
6. Stoppe spredning av HIV/AIDS, malaria og andre dødelige sykdommer
7. Sikre miljømessig bærekraftig utvikling
8. Bygge et globalt partnerskap for utvikling

Disse målene henger nøye sammen og er i stor grad avhengige av hverandre for å kunne nås. Hvis vi ser på mødre helse som eksempel, som konkret omhandles i milleniumsmål nr 5, ser vi at også flere andre milleniumsmål er knyttet til dette ene målet. Milleniumsmål nr.1 om fattigdomsbekjempelse vil øke tilgjengeligheten til svangerskapskontroller og et fødetilbud med fagpersonell som vil redusere kløften mellom rike og fattige kvinners muligheter for å sette barn til verden på en trygg måte. Milleniumsmål nr.3 om å styrke kvinners stilling er viktig fordi maternell mortalitet er høy der hvor kvinners status er lav. Milleniumsmål nr.2 handler om å sikre utdanning for alle. Utdanning av kvinner er et av de mest effektive virkemidlene vi har for å redusere både mødre og barnedødeligheten. Milleniumsmål nr.4 om barnedødelighet er avhengig av en redusert mødredødelighet for å kunne nås, fordi et barns

sjanse for å overleve er betraktelig større dersom mor overlever. Milleniumsmål nr.6 om bekjempelse av infeksjonssykdommer henger sammen med mødrehelse ved at en god svangerskaps- og fødselsomsorg vil gjøre det mulig å forebygge og behandle malaria hos mødre og nyfødte og å forebygge overføring av HIV-virus fra mor til barn.

Milleniumsmålene var en milepæl i internasjonalt utviklingsamarbeid, og dannet et rammeverk for utviklingspolitikken i 189 land og 23 internasjonale organisasjoner [6]. Milleniumsmålene satte konkrete mål når det gjelder arbeidet for å bekjempe fattigdom og nød og for å oppfylle helt sentrale menneskerettigheter innen 2015. Målene kan ses på som et partnerskap til samhandling mellom lav- og høyinntektsland for sammen å bekjempe fattigdom. Milleniumsmålene har fungert som en felles agenda for hva som skal prioriteres i utviklingsarbeidet i verden. Ut fra de 8 milleniumsmålene springer det 18 kvantitative og tidsbestemte målsettinger. Målene skal nås innen år 2015, og det er nivået fra 1990 som brukes som referansepunkt for statistikken til hvert enkelt mål. For bedre å kunne overvåke hvordan arbeidet med å nå målene går, ble det valgt ut 48 relevante indikatorer som overvåkes fram mot 2015. De åtte milleniumsmålene, de 18 konkrete og kvantitative målsettingene og de 48 indikatorene ble presentert for FNs generalforsamling i september 2001 i rapporten som ble kalt "Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration" [7]. En egen ekspertgruppe (Inter-Agency and Expert Group (IAEG)) følger opp enkeltlandenes arbeid mot milleniumsmålene, samt samler inn, analyserer og publiserer statistikk for å dokumentere hvordan arbeidet går. IAEG lager også retningslinjer for hva som skal prioriteres og strategier for hvilke tiltak som bør iverksettes.

Det har skjedd store framskritt siden milleniumsmålene ble lansert, men målene kommer ikke til å nås innen 2015 [8]. Til det går utviklingen altfor sakte. Mange land har gjort store framskritt, mens en del land har blitt hengende etter den positive utviklingen. Gapet mellom de rikeste og de fattigste i verden blir stadig større [9].

Det fjerde tusenårsålet handler om å redusere barnedødeligheten i verden med 2/3 fra 1990 til 2015. Det er 62 land som ikke er i rute for å nå dette målet. I tolv land har dødeligheten blant barn under fem år økt siden nivået i 1990. Det er tre indikatorer for å overvåke framdrift mot milleniumsmål nr 4: barnedødeligheten (blant barn under 5 år), spedbarnsdødeligheten og andelen av ettåringer som er vaksinert mot meslinger [10]. Begrunnelsen for å bruke den første av disse tre indikatorene, som er direkte relatert til målet, ved å måle barnedødeligheten blant barn under fem år, er at det også sier noe om de sosiale, miljømessige og økonomiske

forholdene barnet lever under og i hvilken grad barnet har tilgang til helsetjenester. Blant alle under 18 år som dør er 90% av disse under fem år [7]. Den andre av de tre indikatorene, nemlig spedbarnsdødeligheten, som står for en betydelig andel av barnedødeligheten, reflekterer også hvilke forhold barnet lever under, og hva slags helsetilbud barnet har tilgang på. Spedbarnsdødeligheten regnes som et mer robust mål enn barnedødeligheten dersom informasjonen er hentet fra vitale statistiske registreringer [7]. Den tredje indikatoren, som går på dekningsgraden av meslingevaksinen blant ettåringer, gir et mål på vaksinedekningen og kvaliteten på helsetjenesten for barn i landet. Vaksinasjon er en viktig komponent for å redusere barnedødeligheten. Det tilbys i dag i de fleste lavinntektsland gratis vaksiner mot meslinger, difteri, kikhoste og stivkrampe som en del av den offentlige helsetjenesten. Meslinger er den viktigste dødsårsaken blant de sykdommene som kan forebygges ved vaksiner. Vaksinedekningen mot meslinger må være på over 90% i befolkningen for å stoppe spredningen av viruset [7].

2.1.2 Et forpliktende samarbeid

FNs tusenårs mål er en omfattende og målrettet strategi i forhold til alle sider ved FN's virksomhet som dreier seg om fred og sikkerhet, nedrustning, fattigdom og menneskerettigheter. Alle verdens land gikk sammen om disse målene i 2000. Det var enighet om fellesansvar og forpliktelser på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Millenniumsmålene har vært en milepæl i verdens utviklingsarbeid fordi de ikke er en samling store ord om viktige ting, men konkrete mål med definerte frister som skal følges opp med internasjonale, regionale og nasjonale planer.

2.1.3 Stortingsmelding nr 11 om Global helse

Norges engasjement for internasjonal helse har lenge vært sterkt. Engasjementet gjør seg gjeldene på ulike nivåer. Norske frivillige organisasjoner bidrar gjennom ulike bistandsprosjekter og hjelpeprogrammer ute i verden. Norge bruker 27 milliarder kroner i 2012 på bistand [11] og direktoratet for utviklingssamarbeid (Norad) forvalter og kontrollerer bruk av bistandsmidlene. Norge tar også del i Europeisk samarbeid i EØS og EU. Helse og

utenrikspolitikk drøftes i utenriksministernetverk som omfatter 7 land, der Norge er representert. Videre tar også Norge del i globale fora innenfor FN-systemet, som f.eks WHO.

Regjeringens politikk mot barnedødelighet er staket ut i Stortingsmelding nr 11 (2011-2012) om ”global helse i utenriks- og utviklingspolitikken” som kom i februar 2012 [12]. Det var utenriksdepartementet som utformet denne meldingen om global helse. Meldingen er ganske unik, det er nemlig første gang det er laget en melding til stortinget om temaet.

Stortingsmeldinger er en orientering til stortinget om ulike saker som regjeringen ønsker å få drøftet i stortinget.

Meldingen om global helse som kom i år ”trekker opp utfordringer og gir klare prioriteringer for en samlet norsk global helsepolitikk fram mot 2020 gjennom tre satsingsområder:

- mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse
- redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging
- fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse.”

I meldingen er det fokus på FNs tusenårsmål. FNs generalsekretær har satt kvinner og barns helse på den internasjonale dagsorden gjennom den globale strategien ”every woman, every child” [13]. Stortingsmeldingen varsler at kvinners og barns rettigheter og helse også vil være regjeringens fremste prioritering.

Videre er det i meldingen fokus på reduksjon av smittsomme sykdommer, som utgjør en vesentlig del av sykdomsbyrden i verden. Dette innebærer en videreføring av det viktige arbeidet med vaksinasjonsprogrammer. Videre er det ønskelig at Norge fortsatt vil være i front når det gjelder forebygging og bekjempelse av de største livstruende smittsomme sykdommene, hiv og aids, malaria og tuberkulose.

Det siste hovedsatsningsområdet regjeringen skisserer i meldingen er å fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse. ”Klimaendringer, pandemier, manglende tilgang på legemidler og seksualisert vold er alle trusler mot god helse”. Helse- og sikkerhetsfremmende tiltak er mat- og vannforsyning, bedre sanitære forhold, økt tilgang på legemidler og forebygging av seksualisert vold.

En viktig målsetning i stortingsmeldingen er at helsepolitikken skal være kunnskapsbasert. Det understrekes også at det er nødvendig med en bred politisk og økonomisk mobilisering for global helse

2.1.4 Mortalitet sett i forhold til og høy- og lavinntektsland

Verdensbanken deler inn landgrupper etter inntektsnivå. De bruker Gross National Income (GNI) per capita som standard for måling, som er summen av produserte varer og tjenester pluss overføringer fra utlandet i form av utviklingshjelp, lån eller kreditter. Verdensbanken definerte i 2008 høyinntektsland som land som har 12 000 USD eller mer per capita, øvre mellominntektsland har mellom 4000 og 12 000 USD per capita, nedre mellominntektsland har 1000 til 4000 USD per capita og lavinntektsland har 1000 USD eller mindre per capita i året [1] [14].

2.1.5 Hvilke land er hardest rammet?

Det er i lavinntektslandene at vi finner 95% av mødre- og barnedødeligheten i verden. Lavinntektslandene finner vi i Afrika sør for Sahara. Sentral-Asia og Sørøst-Asia. Størstedelen av dødsfall hos barn under 5 år finner sted i Afrika (3,6 millioner) og Sørøst-Asia (2,1 millioner). Ulike mønstre sees likevel i disse to regionene. 73,2% (2,6 millioner) av dødsfallene hos barn under 5 år i Afrika er forårsaket av infeksjoner. Afrika står for 97,7% (0,540 millioner) av global barnedødelighet forårsaket av malaria og 89,5% (0,142 millioner) av global barnedødelighet pga AIDS. I 2010 var den neonatale dødeligheten høyest i Sørøst-Asia (1,096 millioner dødsfall). Det er samtidig viktig å være klar over at det er en stor heterogenitet innenfor disse områdene. I Afrika sør for Sahara varierer mødredødeligheten fra 75/100 000 til 1570/100 000. I Sør-Asia ser vi også store variasjoner (Afghanistan: 1575/100 000, Nepal: 240/100 000, India: 254/100 000) [15].

India, Nigeria, Pakistan, Afghanistan, Etiopia og Den demokratiske republikken Kongo står for mer enn 50% av mødredødeligheten globalt [16].

2.1.6 Hvorfor er den fattige delen av verden så fattig og den rike delen av verden så rik?

Siden de første sivilisasjoner har det vært stor forskjell mellom fattig og rik. Men det er noen utviklingstrekk nå, som er dels oppløftende, dels veldig foruroligende. De oppmuntrende utviklingstrekkene er at flertallet av verdens befolkning har fått det bedre de siste 20 årene, og folkehelsen er bedret på alle de fem kontinentene. Barsedødeligheten i verden er også redusert. For ti år siden døde over 12 millioner barn per år, mens det nå sannsynligvis er under 8, selv om verdens befolkning har økt. Samtidig har forventet levealder økt kraftig i nesten alle land.

Det har imidlertid blitt en stor sosial skjevdeling. Avstanden mellom verdens rikeste og verdens fattigste har aldri vært større enn nå. Norge var selv et lutfattig land på begynnelsen av 1800-tallet. Den gang var de rikeste landene i verden tre ganger rikere enn de fattigste. Nå er de rikeste landene i verden hundre ganger rikere enn de fattigste. Verdens fem-seks rikeste personer har mer penger enn de to milliarder fattigste til sammen [17]. Problemet til de ca 50 fattigste landene i verden er at gapet mellom disse landene og resten av verden, når det gjelder økonomisk utvikling, stadig øker. En milliard av verdens seks milliarder innbyggere bor i disse femti fattigste landene. Dessverre er bildet komplisert og det er ikke bare penger disse statene mangler, da ville det vært relativt enkelt å gjøre noe med denne utviklingen. Problemet til mange av disse landene er at de ikke bare blir hengende etter i den økonomiske utviklingen, mange av dem er også ustabile stater herjet av krig, med manglende samfunnsinstitusjoner og infrastruktur som er nødvendig for å kunne løfte befolkningen ut av fattigdom [9].

Som en sammenligning kan vi se på reduksjon i spedbarnsdødeligheten i Norge fra 1840 til år 2000. I 1840 hadde Norge en like høy spedbarnsdødelighet som Afghanistan har i dag. Afghanistan er det landet som sammen med Sierra Leone de siste årene har vekslet på å ha verdens høyeste barnedødelighet. Norge hadde i 1840 160 døde under ett år per 1000 levendefødte. Mens i år 2000 hadde Norge 4,1 døde under ett år per 1000 levendefødte. Norge har hatt en dramatisk reduksjon i spedbarnsdødeligheten, men den har foregått over 140 år. Vi brukte 100 år på å redusere barnedødeligheten med 2/3 [18]. Det mest dramatiske fallet i

dødeligheten i Norge er knyttet til den perioden da befolkningen fikk en økende tilgang på helsetjenester. I denne perioden ble det vanlig å ha jordmødre til stede ved fødsler, det ble mulig å behandle tuberkulose, barna ble fulgt opp på helsestasjoner, man fikk fødselspenger og penicilin ble tilgjengelig. Norge har altså innført mye av det vi foreslår for andre. Norges reduksjon i barnedødelighet må sees på som et resultat av en forandring av sosioøkonomiske forhold og som et resultat av innføring av spesifikke helsetiltak. Dette er ment som en historisk illustrasjon for å vise at vår egen nære historie viser oss hvilke tiltak som har vært viktige for å redusere mor- barndødeligheten i Norge. Det finnes mange ulike studier fra forskjellige land som tegner et lignende bilde. Basert på denne kunnskapen kom WHO i august 2010 med forslag til intervensjoner for å redusere mor- barndødeligheten, i form av tiltakspakker. Stikkordet for disse tiltakspakkene er ”continuum of care” [19] – som innebærer helsetilbud fra før mor blir gravid til barnet er 5 år. Vi vil komme tilbake til disse tiltakspakkene under kapittelet om tiltak senere i oppgaven.

Det er viktig å ta inn over seg at for at ulike intervensjoner eller helsesystemer skal kunne implementeres og ha effekt, må visse forutsetninger være tilstede. Disse forutsetningene kan sees på som en type rammevilkår for å redusere mor-barn dødeligheten. De politiske rammevilkårene er helt sentrale. Det må være et stabilt styre i landet som har evne til å ta politiske beslutninger og prioriteringer. De må ha en nasjonal utviklingsstrategi og det må være en sikkerhetssituasjon i landet som gjør det mulig å gjennomføre intervensjoner og helsesystemtiltak. Finansieringen av helsesystemtiltak må være en nasjonal prioritering, samtidig som det i mange land vil være nødvendig med en internasjonal finansiering i en overgangsperiode. Man trenger et helsesystem som fungerer lokalt, regionalt og nasjonalt. Det antas at 15% av statsbudsjettet bør brukes på helse for å gi befolkningen et adekvat offentlig helsetilbud [6]. Dette har vist seg vanskelig å gjennomføre. I countdownrapporten fra 2010 [6], vises det til at bare fem av 68 land i rapporten bruker 15% eller mer av statsbudsjettet på helse. Det er mange av disse rammevilkårene som ikke er tilstede i de lavinntektslandene som har den høyeste barne- og mødredødeligheten, og som har blitt hengende etter i den økonomiske utviklingen [9]. Dette gjør det spesielt krevende å få til en positiv endring og en utbygging av et godt helsevesen som er tilgjengelig for alle i disse landene.

2.2 HVA DØR MØDRE I LAVINNTEKTSLAND AV?

Mødredødelighet eller maternell mortalitet er definert som: dødsfall i forbindelse med svangerskap og fødsel og inntil 42 dager etter fødsel. For 2008 utgjorde dette 343 000 kvinner. Mødredødeligheten blir ofte oppgitt som maternell mortalitetsrate (MMR) og er definert som antall dødsfall per 100 000 levendefødte barn. MMR er en indikator på tilgjengeligheten og kvaliteten på helsesystemet. MMR i 2008: 251 per 100 000 levendefødte barn [15].

2.2.1 Direkte og indirekte årsaker til mødredødelighet

Når det gjelder årsaker til mødredødelighet deler man ofte disse inn i to: Direkte og indirekte årsaker. Direkte årsaker er årsaker knyttet til selve svangerskapet, fødselen eller tiden like etter fødselen – som blødninger, preeklampsi eller infeksjon. Indirekte årsaker dreier seg om annen sykdom mor måtte ha som HIV, anemi og malaria. De direkte årsakene fordeler seg prosentmessig slik: Blødning utgjør 35%, hypertensjonsrelaterte tilstander 18%, sepsis 9%, emboli 1% og andre direkte årsaker utgjør samlet 11%. Indirekte årsaker utgjør 18% av mødredødeligheten, det betyr at de direkte årsakene utgjør 82% [20]. De direkte og de indirekte årsakene henger sammen. For eksempel vil en kvinne med anemi i utgangspunktet, tåle en blødning i forbindelse med fødsel dårligere. I tillegg er det viktig å huske på alle de kvinnene som ikke dør, men som opplever alvorlige komplikasjoner. For hver kvinne som dør er det 20 kvinner som får alvorlige komplikasjoner – det utgjorde 7 millioner kvinner i 2008 [20].

2.3 HVA DØR BARN I LAVINNTEKTSLAND AV?

Barnedødelighet -Antall barn som dør før fylte fem år per 1000 levendefødte

Med begrepet levendefødte mener man barn som viser livstegn ved fødsel. Mer enn 90% av barn som dør før de fyller 18 år, dør før de fyller fem år. Barn i aldersgruppen 0-5 år er ekstremt sårbare. Antallet barn som vokser opp og blir mer enn fem år gamle, forteller mye

om hvor godt samfunnet fungerer som helhet, både sosialt, økonomisk, helsemessig og miljømessig.

Barnedødelighet fordelt i forhold til alder globalt:

	Alder	Estimat for 2010
Neonatal mortalitet	0-28 dager	3,1 millioner
Postneonatal mortalitet	29 dager til ett år	2,3 millioner
Småbarnsdødelighet	Ett til fire år	2,3 millioner
Dødelighet for barn under fem år	Fra fødsel til fem år	7,7 millioner

[3]

Barnedødelighet deles vanligvis opp i spedbarnsdødelighet som igjen deles opp i neonatal og postneonatal mortalitet. Neonatal mortalitet er definert som dødsfall som inntreffer etter fødselen til og med barnet er 28 dager. Estimat for 2010: 3,1 millioner nyfødte. Postneonatal mortalitet er definert som dødsfall som inntreffer når barnet er mellom 29 dager og 1 år. Estimat globalt for 2010: 2,3 millioner barn. Småbarnsdødelighet er definert som dødsfall som inntreffer når barnet er fra 1 til og med 4 år. Estimat for 2010 er 2,3 millioner barn. Det snakkes ofte om dødelighet for barn under 5 år. Dette er et samlebegrep som omfatter alle dødsfall som skjer fra fødselen til barnet fyller 5 år. Estimat for 2010: 7.7 millioner barn [3]. I tillegg til disse 7,7 millionene kommer det 3,2 millioner dødfødsler. I tillegg til de nevnte kategoriene snakkes det ofte om perinatal mortalitet. Det omfatter dødsfall i svangerskapet, under fødsel og i løpet av første uken etter fødselen.

De Lancet-artiklene det refereres til ovenfor opererer med lavere tall for barnedødelighet enn det UNICEF oppgir med (8,8 millioner dødsfall blant barn under fem år) [4]. Dette skyldes bruk av andre metoder for beregning av barnedødelighet. Forfatterne av disse Lancet-artiklene mener at reduksjonen i barnedødelighet har gått raskere enn det UNICEF legger til grunn. Tallene UNICEF (FNs barnefond) samler inn, er hentet fra nasjonale statistikker av UNICEF, Verdens helseorganisasjon (WHO) og FNs befolkningsdivisjon (UNPD) og utgis som UNSATS Millenium Indicators [5].

En av årsakene til at disse estimatene er komplisert å beregne, er at de i stor grad skal dannes ut fra svært mangelfull landstatistikk. Landene som er hardest rammet av mødre og barnedødelighet er lavinntektsland som ofte mangler både fødselsregister og

dødsårsaksregister. De fleste tallene man opererer med fra disse landene er derfor i virkeligheten estimater. Det gjør at ulike statistiske metoder for hvordan disse estimatene skal beregnes vil kunne gi ulike tall.

Barnedødelighet blir ofte også oppgitt i rater, men da som antall dødsfall per 1000 levendefødte barn. Ikke per 100 000 som mødredødeligheten. Mortalitetsrate er antall dødsfall per 1000 levendefødte. I 2008 var den globale neonatale mortalitetsraten: 28/1000. Mens den globale mortalitetsraten for barn under 5 år : 68/1000 [21].

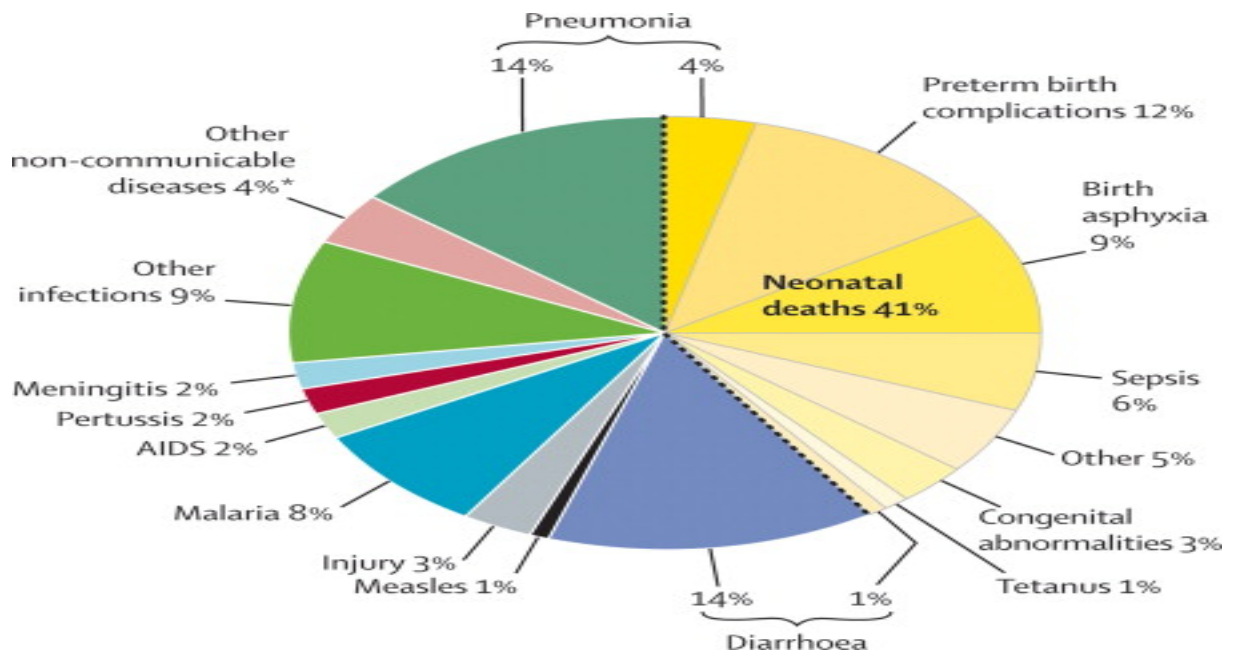
2.3.1 Årsaker

Av 7,6 millioner dødsfall blant barn under 5 år i 2010 døde 64% (4,879 millioner) pga infeksjoner . 40,3% (3,072 millioner) av dødsfallene rammet neonatale. De viktigste årsakene til at 40% døde i denne gruppen var komplikasjoner før fødsel, fødselskomplikasjoner og sepsis og meningitt. De vanligste årsakene til dødsfall hos eldre barn var pneumoni, meslinger og diarè. For å nå tusenårsmålene må tiltak settes inn mer direkte mot disse årsakene [16].

Bare noen få årsaker, inkludert tetanus, meslinger og AIDS er blitt redusert på et tilstrekkelig nivå til å kunne nå tusenårsmålene. Men disse årsakene står kun for en liten andel av den totale byrden av dødsfall blant barn under 5 år [16].

Årsakene kan deles inn i direkte og indirekte årsaker. Direkte årsaker er sykdom og ulykke, mens indirekte årsaker er politiske, økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer som påvirker barnedødeligheten.

2.3.2 Årsaker til dødelighet blant barn under 5 år globalt:



41% Neonatale årsaker, 14% Diaré, 14% Pneumoni, 9% Andre infeksjoner, 8% Malaria, 4% Ikke smittsomme sykdommer, 3% Skader, 2% AIDS, 2% Kikhoste, 2% Meningitt, 1% Meslinger [22]

2.3.3 Mortalitet og alder

Fordelingen av dødelighet: ca 40% av barn under 5 år som dør er nyfødte. Av ca 3-4 millioner nyfødte som dør, dør mellom 25-50% i løpet av de første 24 timene. Og 75 % dør i løpet av første leveuke [23]. Barnedødeligheten er høyere jo yngre barnet er.

2/5 av dødsfall hos barn under 5 år, skjer i de første 28 dagene av livet. Det er derfor viktig å redusere neonatal dødelighet for å få bukt med barnedødeligheten raskt [16]. Blant de neonatale dødsfallene utgjør oksygenmangel under fødselen (asfyksi) 23%, infeksjoner 36% og prematuritet 28%. Blant de gjenværende prosentene dør 7% av medfødte misdannelser. 60-80% av de neonatale dødsfallene rammer barn med lav fødselsvekt (under 2500 gram).

I høyinntektsland er det oftere medfødte misdannelser som er årsaken til neonatale dødsfall. De tre viktigste dødsårsakene globalt i neonatalperioden henger nøye sammen. Asfyksi er mer vanlig dersom det foreligger en infeksjon, det samme gjelder lav fødselsvekt og prematuritet. Videre er disse tilstandene nært knyttet til den gravide kvinnens helsetilstand. Dersom hun er

underernært vil hun være mer utsatt for infeksjoner, dette vil kunne svekke fosterveksten og utløse en prematurfødsel. Disse fostrene er også mer utsatt for fødselsasfyksi. Dette viser igjen at mødre helse og nyfødthelse henger nøye sammen. Det vil derfor være umulig å gjøre store forbedringer på det ene området uten å samtidig gjøre store forbedringer på det andre området [23].

2.4 NEONATALE ÅRSAKER

2.4.1 Maternelle årsaker

Underernæring hos mor er assosiert med en økt risiko for infeksjoner, for tidlig fødsel (prematuroitet) og vekstretardasjon hos fosteret. Overvekt, svangerskapsdiabetes og diabetes type 2 er assosiert med store fostre og medfødte misdannelser. Det gunstigste er at underernærte kvinner går opp i vekt før de blir gravide. Psykisk stress og depresjon øker risikoen for prematur fødsel. Tenåringsgraviditeter har også høyere risiko for prematur fødsel og vekstrestriksjoner hos fosteret. Røyking er kjent for å gi veksthemming hos fosteret, mens alkohol og rusmisbruk kan gi ulike grader av misdannelser og utviklingshemning. Utdannelse av kvinner ser ut til å være et av de mest effektive virkemidlene som finnes for å redusere de materielle risikofaktorene og på den måten forebygge mødre og barnedødelighet [23].

2.4.2 Fødselsasfyksi

Fødselsasfyksi er den 5. vanligste dødsårsaken blant barn under fem år globalt. Estimerer tilsier at 6-7 millioner eller kanskje enda flere trenger en eller annen form for intervensjon eller resuscitasjon under fødselen. Fire millioner nyfødte utsettes for asfyksi under fødselen hvert år. Tallrike prosedyrer har blitt utviklet de siste årene i ulike deler av verden for å forebygge fødselsasfyksi. Disse består av enkle algoritmer hvor ventilering av den nyfødte er det sentrale. Disse prosedyrene er nå tilgjengelige for mange flere, etter at forskning har vist at å resuscitere nyfødte med romluft trolig gir færre skader enn om de ventileres med 100% oksygen, som har vært det vanlige tidligere [24]. Det betyr at man ikke trenger tilgang på oksygenkolber for å innføre disse prosedyrene, noe som gjør at de vil kunne tas i bruk i mye

større skala enn det som ellers ville vært mulig, ved dårlig utstyrte sykehus, i den fattige delen av verden. Det er viktig at det satses på denne typen forskning som vil kunne redusere mortaliteten betraktelig og som kan komme til anvendelse nettopp i de landene hvor barnedødeligheten er høyest. Å investere i denne typen forskning vil være et effektivt grep for å nærme seg milleniumsmål nr.4. [23].

2.4.3 Lav fødselsvekt

Det er en rekke risikofaktorer forbundet med lav fødselsvekt, som lav sosioøkonomisk status, veldig unge mødre, et inadekvat kaloriinntak, røyking og infeksjoner. Lav fødselsvekt defineres av WHO som vekt under 2500 gram. Et problem med å bruke fødselsvekt som et mål, er at bare halvparten av verdens nyfødte veies når de blir født. Estimerer tyder på at det fødes 20 millioner barn med lav fødselsvekt i verden hvert år. Det vil si 15% av alle fødsler, hvorav 95% av disse foregår i lavinntektsland. I noen land ser vi at forekomsten av lav fødselsvekt og prematuritet øker. En studie fra USA [25] viser at spedbarnsdødeligheten er 25 ganger høyere hos barn med lavfødselsvekt sammenlignet med barn med normal fødselsvekt. Selv hos barn med en fødselsvekt mellom 2250 og 2500 gram, er spedbarnsdødeligheten nesten fem ganger høyere enn hos barn som veier over 2500 gram. En økning på 100 gram i gjennomsnittlig fødselsvekt er assosiert med en reduksjon i risiko for neonatal mortalitet på 30-50%.

2.4.4 Infeksjoner

Over en million nyfødte dør av infeksjoner hvert år. De fleste av disse infeksjonene oppstår i siste del av neonatalperioden. Prematuritet er assosiert med asymptomatiske genital- og urinveisinfeksjoner. En kolonisert fødselskanal på grunn av bakteriell vaginose, chlamydia, gonoreé eller gruppe B streptokokkinfeksjoner kan smitte den nyfødte under fødselen og gir en høy mortalitetsrisiko. Majoriteten av de neonatale som dør på grunn av infeksjoner, dør på grunn av manglende tilgang på helsetjenester og antibiotikaterapi [23].

2.4.5 Medfødte misdannelser

Den relative betydningen av neonatale dødsfall som skyldes medfødte misdannelser øker når andre dødsårsaker synker. I land med lav neonatal mortalitet, som Norge, er kongenitale misdannelser en betydelig dødsårsak. I Norge skyldes 39% av de neonatale dødsfallene kongenitale misdannelser [26]. Men kongenitale misdannelser som mortalitetsårsak blir mindre vanlig i høyinntektsland pga bedre kirurgiske teknikker, mer intensiv pleie og liberal abortpolitikk når det gjelder å abortere bort fostre med misdannelser.

2.4.6 Dersom mor dør

En studie fra Nepal viser at dersom mor dør har barnet 52 ganger så stor risiko for å dø innen 4 ukers alder [27]. En lignende studie fra Malawi viser at barnet har 3-4 ganger så stor risiko for å dø i løpet av første leveår dersom mor dør [28].

I Bangladesh har barnet uten mor 24% sannsynlighet for å overleve til 10 års alder sammenlignet med 89% sannsynlighet dersom mor ikke dør [29].

2.4.7 Pneumoni

Pneumoni eller lungebetennelse er den sykdommen som dreper flest barn under 5 år i verden. Sykdommen er både billig og enkel å forebygge, samt å behandle. Likevel dør over to millioner barn hvert år av sykdommen. For å bekjempe pneumoni er det nødvendig med kunnskap om helse, hygiene og ernæring. For eksempel vil brystmelk det første levehalvåret styrke immunforsvaret til barnet. Dette har vist å gi en reduksjon i dødelighet med 23 %. Tiltak rettet mot å forbedre de hygieniske og sanitære forholdene er essensielt. Vaksinasjon av barn gir også økt overlevelse [30].

2.4.8 Diaré

Diaré er den sykdommen etter pneumoni som bidrar mest til verdens barnedødelighet. 1, 5 millioner barn under fem år dør hvert år pga diaré. Diaré er vanligvis et tegn på infeksjon i

tarmkanalen. Infeksjonen kan spres via infisert mat eller drikkevann, fra person til person eller som følge av dårlig hygiene eller sanitære forhold.

Infisert mat og drikkevann øker risikoen for at barn dør av diaré. Mange steder har man ikke kunnskap om helse, hygiene og ernæring. Det er derfor viktig å gi råd om amming og gode hygieniske tiltak. Små barn er spesielt utsatt for diaré. De blir lett dehydrerte. I tillegg til amming er behandling i form av en blanding av vann, sukker og salt en svært billig og effektiv metode [30].

2.4.9 Malaria

WHO estimerer at det i 2008 var ca 250 millioner malariatilfeller som førte til ca 850 000 dødsfall. Globalt skyldes ca 7% av barnedødeligheten blant barn under fem år malaria. I Afrika skyldes 16% av dødeligheten blant barn under fem år malaria. 89% av barn som dør av malaria i verden bor i Afrika [31].

2.5 SIERRA LEONE



Vi ønsker å presentere Sierra Leone som et eksempel på et land som har blant verdens høyeste barne- og mødredødelighet. Landet er et spennende land å se på ettersom det foregår en

storstilt gjenreisning av et land som har vært herjet av borgerkrig i tjue år. Borgerkrigen tok slutt i år 2002, og det har siden den gang skjedd store endringer. Vi ble kjent med Sierra Leone gjennom arbeidet med medisinstudentenes humanitæraksjon i 2009 som gikk til et UNICEF-prosjekt som dreiet seg om å redusere barne- og mødredødeligheten i landet.

Sierra Leone ligger i Vest-Afrika, sør for Sahara. Landet har 5,4 millioner innbyggere, og har et areal på 71 740 km². Religionene i landet fordeler seg med ca 60% muslimer, ca 10 % kristne, og ca 30% stammereligioner. Befolkningen består av en rekke ulike etniske grupper. Det offisielle språket er engelsk. Landet har en ung befolkning, og 41,8% av befolkningen er under 14 år. Hovedstaden i Sierra Leone heter Freetown. Gjennomsnitts levealder er 41 år for menn og 44 år for kvinner.

Sierra Leone ble tidlig en av de viktigste havnene for slavehandelen mellom Afrika og Amerika. Etter at både portugiserne, nederlenderne og franskmennene hadde hatt interesser i landet, ble Sierra Leone til slutt britisk koloni, noe som varte helt fram til 1961. I 1971 erklærte landets parlament Sierra Leone som en uavhengig republikk.

Det skulle imidlertid vise seg at splittelsen mellom de ulike etniske gruppene i landet var stor, og i 1990 brøt en av de blodigste og mest brutale borgerkrigene verden har sett ut i landet. Sivilbefolkningen ble utsatt for store overgrep i form av lemlesting, voldtekter og rekruttering av barn som soldater. Man regner med at rundt 50.000 mennesker døde i krigen som ble avsluttet i 2002.

I 2007 ble det gjennomført et vellykket valg på parlament og president. Den nyvalgte presidenten Ernest Bai Koroma lovet nulltoleranse for korrupsjon i åpningstalen, og den nye regjeringen implementerte i 2008 en lov om barns rettigheter der alle under 18 år defineres som barn. De nye styresmaktene har gitt folket tro på økonomisk vekst og menneskelig utvikling.

Regjeringen har en vanskelig jobb foran seg. Sierra Leone rangeres som det siste landet (nr 177 av 177 land) i UNDPs Human Development Index Report 2008 [2], og det anslås at 70% av befolkningen lever under fattigdomsgrensen (det vil si for under 1 USD pr dag). Bare rundt halvparten av befolkningen har tilgang på rent vann. Infrastrukturen i Sierra Leone er fortsatt så dårlig at transport av varer og initiativ fra sentrale myndigheter i liten grad når ut til de østlige og nordlige delene av landet.

Det finnes svært lite pålitelig statistikk om folketall, statsansatte, barn i skolealder eller utbredelsen av AIDS. Store landområder ligger brakk og produksjonen av ris, kassava, søtpoteter og peanøtter dekker i dag bare halvparten av landets behov. Enn så lenge er landet fullstendig avhengig av matvarehjelp. Sierra Leone opplever også en økning i antall narkotikakartell som etablerer seg i landet. Særlig karteller med colombianske røtter bruker Sierra Leone som mellomhavn for narkotikasmugling til Europa. Mange frykter at dette vil gi en ny bølge av korrupsjon og vold i landet.

Fra 27. april 2010 kunne Sierra Leone tilby gratis helsetjenester for gravide, ammende og barn under 5 år. Det var et stort skritt i riktig retning. Det er håp om at det på sikt skal få ned dødeligheten blant gravide og fødende kvinner. I dag dør en av åtte kvinner i forbindelse med graviditet og fødsel. Dødeligheten blant barn under fem år er også svært høy i Sierra Leone, ett av fem barn dør før det fyller fem år.

Utfordringen for landet er ikke først og fremst penger, men å skaffe folk som kan utføre tjenester for befolkningen. For eksempel er det bare en gynekolog i den sørlige delen av landet. Det betyr en gynekolog på 2,5 millioner kvinner. Også i utdanningssektoren er det store utfordringer, blant annet med å tilby de barna som går på skolen, kvalifiserte lærere. 40 prosent av lærerne er per i dag uten noen form for utdanning. Og kun 15 % av jentene i landet fullfører videregående skole.

2.5.1 Barnehelse

20% av alle barn dør før fylte fem år, dette er den høyeste barnedødeligheten for barn under fem år i verden. 40% av alle barn med malaria får ikke medisiner mot dette og malaria er fremdeles hovedårsaken til barnedødeligheten for barn under fem år. 57% av alle fødsler er ikke assistert av jordmor eller annet trent personell. 79% av barn med lungebetennelse får ikke antibiotika [32] [33].

De høye tallene henger sammen med den begrensede tilgangen på tilfredsstillende helsetilbud, både når det gjelder utstyr og fasiliteter, samt helsepersonell, særlig i rurale områder. I 2006 var det totalt 127 leger, bare fem fødselsleger og fire barneleger, og 201 jordmødre i hele Sierra Leone.

Det nasjonale helsesystemet i Sierra Leone har i høy grad vært rammet av borgerkrigen; mange av sykehusene er ødelagt og plyndret, og en stor andel av helsepersonellet har flyktet over grensen til nabolandene. En omfattende rehabilitering og gjenoppbygging av helsevesenet er i ferd med å bli gjennomført, og man ser allerede positive resultater av denne innsatsen. Likevel gjenstår det enorme utfordringer. Tilgangen på basishelsetjenester, ernæring og annen grunnleggende infrastruktur er fremdeles prekær, selv om innsatsen har vært formidabel etter at borgerkrigen tok slutt i 2002 [32] [33].

3.1 EKSEMPLER PÅ TILTAK SOM VIRKER

Den globale barnedødeligheten har sunket de siste ti årene. Tiltak er blitt iverksatt og man har sett resultater. Selv om tusenårsmålene er langt unna å bli oppnådd innen 2015 kan man lære av det arbeidet som er i gang når det gjelder reduksjon av barnedødeligheten i verden.

3.1.1 Eksempler på tiltak for å redusere mødre- og barnedødelighet i ulike land.

Mange prosjekter har ført til gode resultater når det gjelder å nå tusenårsmål 4 og 5. Det mest positive med disse tiltakene/prosjektene er at gode resultater har blitt oppnådd ut i fra enkle og kostnadslave midler. Vi vil presentere noen prosjekter fra ulike land.

3.1.2 Fødselshjelp i India

India er det landet med høyest antall fødsler i verden. Likeledes er mødre- og barnedødeligheten høy. I antall er barnedødeligheten i India den høyeste i verden, men pga den store befolkningen topper ikke India listene over den høyeste barne- og mødredødeligheten i verden i prosent pr innbyggere. Spedbarns- og mødredødeligheten er likevel høy. Tall fra 2010 har estimert en MMR på 200. Det vil si 200 dødsfall per 100 000 mødre. Neonatal mortalitetsrate er 32. Det vil si at det er 32 dødsfall per 1000 levende fødte barn [3]. India er ett av landene som har hatt en langsom progresjon når det gjelder reduksjon

av mødre- og barnedødeligheten sammenlignet med andre land i regionen som Sri Lanka og Malaysia [34].

I et samarbeidsprosjekt mellom lokale helsemyndigheter i distriktet Gujarat i India og leger fra den private helsesektoren har man klart å redusere spedbarns- og mødredødeligheten betraktelig. I et land hvor de fleste helsearbeiderne jobber i privatsektor i byene er det få av Indias fattige kvinner som har tilgang til profesjonelt fødselstilsyn og akutt fødselshjelp. Et effektivt tiltak for å sikre at flere kvinner får god fødselshjelp har vært å hyre inn private gynekologer/obstetrikere til det offentlige helsevesenet. Legene fikk \$46 per fødsel og tilsvarende ved håndtering av komplikasjoner. 800 leger deltok i prosjektet og 17600 fattige kvinner fødte i sykehus. Mødredødeligheten ble estimert til å falle fra 384 til 32 (en reduksjon på mer enn 90%). Spedbarnsdødeligheten ble estimert til å falle fra 8462 til 559 (nesten 95% reduksjon) [34]. Ut fra beregninger vil et slikt tilbud til alle fattige kvinner i India koste \$250 millioner per år. Helsebudsjettet i India utgjør 4 % av statsbudsjettet i følge Countdown report 2010 [6].

Hvert år dør 117 000 kvinner i forbindelse med svangerskap og fødsler i India, og likeledes er det hvert år 1 million spedbarn som dør der [34].

I artikkelen til Mavalankar et al. [34] påpekes det at kvaliteten av helsetjenestene på private sykehus kan variere. Ved å overlate en så stor og viktig del av helsesektoren til det private, vil man i mindre grad ha statlig kontroll og kvalitetssikring. På en annen side har prosjektet vist betydelige resultater og en imponerende reduksjon i mødre- og barnedødelighet, som tross alt er det viktigste.

Et annet poeng som diskuteres i samme artikkel [34] er faren for at offentlig helsevesen nedprioriteres av styresmaktene ved at private aktører i større grad tar over en viktig del av helsesektoren. Det blir et spørsmål om statlig utbygging og gjennomføring blir neglisjert. I så fall kan man tenke seg at det vil være uheldig for landet.

3.1.3 Milleniumlandsbyer

Et annet eksempel på tiltak som hjelper er ”millenium villages” -prosjektet. Dette er en såkalt ”integreert multisektor tilnærming til rural utvikling” [35]. Prosjektet er satt i gang i flere landsbyer i land og områder sør for Sahara, som i Tiby i Mali og i Dertu i Kenya. Afrika sør

for Sahara er den delen av verden som har høyest barne- og mødredødelighet, og hvor reduksjonen av dødelighet går sakte [6]. Poenget med ”millenium villages”- prosjektet er at man satser på flere faktorer samtidig. Økt fokus på jordbruks-, miljø- og handelsutvikling, parallelt med satsning på utdanning, infrastruktur og helse gir effekt. Både lokale og nasjonale myndigheter samarbeider. Prosjektet koster \$120 per person [35].

Status etter 3 år med tusenårslandsbyprosjektet viser en klar nedgang i fattigdom, usikkerhet rundt mattilgang er bedret og det er færre som får malaria enn tidligere. Videre er mortalitetsratene for barn under 5 år sunket med 22 % relativt sett i forhold til utgangspunktet (baseline). Man ser en absolutt nedgang på 25 dødsfall per 1000 levendefødte [35].

Selv om intervensjoner i helsesektoren, som for eksempel vaksiner og malariatiltak er viktige, vil innsats på andre felt enn helsesektoren bidra mye til økt barneoverlevelse. Satsning på jordbruk, sikring av mattilgang, tilgang på rent vann og bedre sanitærforhold, samt bedre veinett og kommunikasjon gir en raskere og forhåpentligvis mer bærekraftig og langsiktig utvikling for disse områdene.

I diskusjoner rundt prosjektet påpekes det at det er relativt få landsbyer (sites) . Dette gjør resultatene statistisk svakere enn om man hadde flere landsbyer med i prosjektet.

Men til sammen viser disse tidlige resultatene at Millenium Villages bidrar positivt til å få fortgang i arbeidet med å nå milleniummålene, hvor man ser at reduksjon av barnedødeligheten kan oppnås med minimale kostnader og på relativt kort tid [35].

3.1.4 Malaria i Sierra Leone

I Sierra Leone er malaria den viktigste dødsårsaken for barn under fem år. Man regner med at ca 40% av barn under fem år som dør i Sierra Leone dør av malaria. Prevalensen av malaria blant barn under fem år er på 35% i Sierra Leone. I 2005 var 5% av barna under et innsektsnett innsatt med antimalariamiddel, i 2008 var dette økt til 26% av barna.

Malaria er mulig å forebygge og mulig å behandle, men fortsatt er det den viktigste dødsårsaken blant barn i Sierra Leone. Den utbredte fattigdommen i landet gjør at det er vanskelig å sette inn tiltak mot sykdommen. De fleste innbyggerne vet at malaria spres via

myggstikk, men de færreste har ressurser til å beskytte seg mot myggen. Fattigdommen er altfor stor til at en vanlig familie har muligheten til å utstyre huset med myggnett over sengene, eller å bruke myggmiddel. De er nødt til å akseptere at malaria er en potensielt tragisk del av deres hverdagsliv. Flere tiår med borgerkrig og manglende utvikling har skapt svært gunstige yngleplasser for malariamyggen, som vannkilder som ligger brakk i små landsbyer og kloakkfylte kanaler som går tvers igjennom de fattigste delene av hovedstaden Freetown.

På tross av dette dystre bildet ser vi flere tegn til positiv utvikling. Behandlingstilbud er blitt mer tilgjengelig og det er økt fokus på forebygging, spesielt når det gjelder beskyttende myggnett. De siste årene har sykepleiere over hele Sierra Leone delt ut gratis myggnett til alle gravide kvinner og til alle familier med barn under fem år gjennom et UNICEF-sponset program.

Myggnett til å beskytte soveplassen regnes som første forsvarslinje i malariaforebygging. Det reduserer risikoen for å bli smittet betraktelig. Det er også et effektivt tiltak når man ser på kostnad og nytteverdi, ettersom hvert nett som er innsatt med insektmiddel kan brukes i tre år. Myggnett over sengene er et svært viktig tiltak, men er ikke tilstrekkelig for å få bukt med malaria. Myggnett kan føre til en reduksjon i malariasmitte, men vil ikke kunne eliminere malaria, spesielt ikke i et fattig land som Sierra Leone som ikke har midler til å gjøre noe med de virkelige kildene til problemet, slik som skittent vann. I tillegg til forebygging har mer effektiv diagnostisering, mer effektive antimalariamedisiner og et mer tilgjengelig behandlingstilbud begynt å gi positive utslag [36]. Det er vanskelig å trekke bastante konklusjoner når vi ser på statistikken fra Sierra Leone, men det er rimelig å tenke seg at reduksjonen i barnedødelighet fra 270 dødsfall per 1000 levendefødte i 1990, til 140 dødsfall per 1000 levendefødte i 2010 skyldes flere viktige tiltak som er satt i verk [33]. Først og fremst har det at krigen er slutt og at samfunnet sakte men sikkert bygges opp igjen, stor betydning. Innføringen av gratis helsetjenester for gravide og barn under fem år i 2010 vil trolig få stor positiv effekt i framtidige statistikker. Også mer bruk av myggnett og bedre tilgang på medisiner og helsetjenester for å forebygge og behandle malaria er trolig med på å få barnedødeligheten til å gå nedover ettersom dette lenge har vært den viktigste dødsårsaken blant barn under fem år i landet. Færre dør av malaria i dag enn for kort tid siden på grunn av at helsetjenester er blitt lettere tilgjengelig og fordi pasientene kommer raskere til behandling (i løpet av det første døgnet etter symptomdebut). Roll Back Malaria har laget estimater ut fra

nasjonale statistikker fra 35 afrikanske land som viser at økningen i bruk av myggnett over soveplassen fra år 2000 til år 2010 trolig har reddet 908 000 liv blant barn under fem år på verdensbasis. Mesteparten ($\frac{3}{4}$) av den positive utviklingen har skjedd mellom 2006 og 2010. Men malaria er stadig en av de største helseutfordringene og en av de viktigste oppgavene å jobbe med for å nå milleniumsmål nr.4. [31] [37].

3.1.5 Barsebesøk i Bangladesh:

I en studie utført i Bangladesh i 2004-2005 undersøkte man sammenhengen mellom hjemmebesøk og spedbarnsdødelighet. Det viste seg at hjemmebesøk av utdannet helsepersonell innen de to første levedagene til barnet reduserer spedbarnsdødelighet betraktelig [38].

Studien inkluderte 9211 levendefødte barn. Blant barna som var overlevende første dag fant man at spedbarnsdødeligheten var 67% lavere blant dem som fikk hjemmebesøk enn blant dem som ikke fikk hjemmebesøk. Tilsvarende var det 64% lavere dødelighet hos barna som ble undersøkt av helsepersonell den andre levedag. Et første besøk av helsepersonell etter andre dag viste seg å ikke ha noen effekt på dødeligheten.

Helsepersonellet i studien var trent i å gi essensiell nyfødtsomsorg og utføre kliniske målinger samt behandling av syke nyfødte og formidle kunnskap om barnehelse. To svangerskapskontroller i løpet av graviditeten hvor fokuset var på hygienetiltak og forberedelser til fødselen inngikk også som en del av tiltaket.

På verdensbasis er det slik at ca 40% av de barna som dør før fylte fem år, dør som nyfødte. Av de 4 millioner nyfødte som dør i verden, dør mellom 25-50% i løpet av det første døgnet og 75% dør i løpet av den første uka [39].

Studien viser at hjemmebesøk av utdannet helsepersonell de første to dagene av barnets liv vil redusere spedbarnsdødeligheten betydelig. Det var relativt få dødsfall etter to dager, og dette kan forklare at man ikke fikk fram en tilsvarende effekt av hjemmebesøk etter dag 2 [38].

Selv om studien fra Bangladesh har svakheter, er det klare indikasjoner på at tiltak som dette hjelper for å bedre nyfødtoverlevelsen. Det er ofte mangel på helsepersonell i utviklingsland

og svangerskaps- og nyfødtsomsorg er lite utbygd og organisert. Studien fra Bangladesh er et eksempel på et enkelt og rimelig tiltak som gir betydelig reduksjon av spedbarnsdødelighet.

3.1.6 WHO's strategi for å redusere mødre- og barnedødeligheten

Barnedødeligheten i verden har sunket de siste årene. I 2011 var dødeligheten for barn under 5 år estimert til 7,2 millioner [8]. Sammenligning av statistikk fra 1990 via 2000 og fram til i dag viser at 106 land i verden har vist en ytterligere reduksjon i barndødelighet det siste tiåret [8]. Ulike tiltak har blitt iverksatt. Mye har virket. Det finnes mange studier og lang erfaring fra forskjellige land som viser dette. Noen av disse studiene og tiltakene har vi allerede omtalt i oppgaven.

Basert på nettopp kunnskap om slike tiltak som har vist effekt, kom WHO i august 2010 med forslag til intervensjoner for å redusere mor/barn dødeligheten. Programmet blir kalt "Continuum of care" [19], og her legges det frem tiltakspakker for familieplanlegging, sikker abort, maternell-, nyfødt- og barnehelse. WHO's "Continuum of care" innebærer et helsetilbud fra før mor blir gravid til barnet er 5 år. Intervensjoner settes inn på ulike plan:

- 1) Lokale hjemmebaserte tjenester
- 2) En godt utbygd primærhelsetjeneste
- 3) Mulighet for mer avansert behandling på sykehus.

En slik tredeling av helsesektoren hvor ressurser settes inn på ulike nivåer, er med på å gi alle bedre tilgang til tjenester. Forhåpentligvis vil en mer strukturert organisering av helsetilbudet også gi bedre kvalitet. WHO's "Continuum of care" [19] retter søkelyset på forskjellige faktorer. Global helse er komplekst, og det er derfor viktig å gjøre en innsats på ulike områder for å nå målene. En integrert måte å tenke på går igjen i flere av eksemplene på tiltak som har virket i forhold til å nå tusenårsmålene. FN har med "Continuum of care" prøvd å stake ut en kurs for hvordan verdenssamfunnet kan klare å redusere barnedødeligheten. Dette er en integrert modell hvor ulike tiltak på forskjellige nivåer i samfunnet, sammen gir bedre levevilkår for barn i utviklingsland. Man ser at ved å investere, og ta i betraktning flere

faktorer samtidig, vil man kunne redusere barnedødeligheten ytterligere. En slik integrert modell er mer tidkrevende å gjennomføre, og den krever et utstrakt samarbeid mellom ulike aktører. Ikke minst krever den at de nasjonale myndighetene er tydelige i sin prioritering av helse og utvikling.

På tross av en positiv utvikling globalt er vi langt unna å nå FNs tusenårsmål 4 og 5. Med den progresjonen vi ser nå, vil de fleste utviklingslandene ikke nå målene før mange år etter 2015 [8]. Umiddelbar handling er nødvendig, men hva skal egentlig til for at målene kan nås?

4.1 DISKUSJON

4.1.1 Hva kan gjøres for å redusere barnedødeligheten ytterligere i verden?

Vi vet altså at innbyggerne i lavinntektslandene bærer byrden med mer enn 95% av mor-barn dødeligheten. Vi vet hvilke tiltak som virker for å få ned denne dødeligheten. Det trengs bedre politiske rammevilkår og nasjonale strategier. Det internasjonale samfunnet må ta ansvar for å få utviklingen i lavinntektslandene til å gå i riktig retning.

1000 kvinner dør hver dag av komplikasjoner knyttet til svangerskap og fødsel. Det tilsvarer en jumbojet tre ganger per døgn med gravide og fødende kvinner som krasjer, eller et twin tower som raser hvert 3.døgn.

Det mest provoserende er at de fleste av disse dødsfallene kunne vært unngått. Vi vet hva som virker for å redusere mor-barn dødeligheten: familieplanlegging, bedre svangerskaps- og fødselsomsorg, bedre oppfølging av spedbarn og småbarn gjennom forebygging av sykdom med vaksiner, bedre ernæring etc. Men det er avgjørende at bedre politiske rammevilkår er til stede, og at det foreligger en klar nasjonal prioritering av virksomme helsestrategier.

Det må satses for å bistå lavinntektsland i kampen for å redusere mor-barn dødeligheten gjennom å gi støtte til målrettede strategier som det å oppnå milleniumsmålene og fokusere på tiltak som virker og som blir implementert bredest mulig. På verdensbasis har dødeligheten

blant barn under fem år gått jevnt ned siden milleniumsmålenes utgangspunkt i 1990 med en gjennomsnittlig nedgang på 2,2% i året. Denne nedgangen er betydelig mindre enn en årlig nedgang på 4,4% som hadde vært nødvendig for å nå milleniumsmål nr.4. Vi ser altså at det tallfestede målet med å redusere barnedødeligheten med 2/3 innen 2015 ikke ser ut til å nås, samtidig som vi ser at det har vært en betydelig nedgang i barnedødeligheten siden målene ble lansert. I 2011 var det 7,2 millioner dødsfall blant barn under fem år i verden, hvorav 5 millioner dør før de fyller ett år. Noen land har imidlertid blitt hengende etter den positive utviklingen som vi ser globalt når det gjelder barnedødelighet. Dette gjelder spesielt landene i Afrika sør for Sahara. Av alle barn under fem år som dør i verden kommer nå 49% av dem fra disse landene, mot 33% i 1990. Et lignende bilde sees for landene i Sørøst-Asia [8].

Erfaringer fra flere land i ulike verdensdeler viser oss at barnedødeligheten kan reduseres betydelig i alle deler av verden, også i lavinntektsland. Ved å satse på essensielle tiltak med dokumentert effekt, som kvalifisert fødselshjelp, barselbesøk i løpet av de første to døgnene etter fødsel, myggnett for å beskytte mot malaria, utbygging av primærhelsetjenesten og en integrert multisektortilnærming for rural utvikling som vist gjennom milleniumslandsbyprosjektet vil en kunne redusere barnedødeligheten i verden i betydelig større grad enn det vi har klart hittil. Utover helsetiltakene vi har beskrevet i tiltakskapittelet i denne oppgaven, er det essensielt å satse på utvikling av infrastruktur, bygging av veier, bedre tilgang på rent vann og sanitæranlegg for å redusere barnedødeligheten ytterligere. Alle disse tiltakene kan kort oppsummeres slik: for å få redusert barnedødeligheten i verden må fattigdommen i verden bekjempes. Skal et land innføre ulike medisinske intervensjoner og bygge opp en helsetjeneste som har høy kvalitet og er tilgjengelig for befolkningen, må de nødvendige økonomiske og politiske rammevilkårene vi har omtalt tidligere i oppgaven, være tilstede. En reduksjon av de sosioøkonomiske forskjellene og en økt satsning på utdanning, spesielt av kvinner, er helt essensielt for å redusere barne- og mødredødeligheten i verden. Som vi tidligere har nevnt må alle de åtte milleniumsmålene sees under ett. Målene henger nøye sammen og er i stor grad avhengige av hverandre for å kunne nås.

4.1.2 Målrettede tiltak krever pålitelige registreringer

For å kunne sette inn målrettede tiltak i hvert enkelt land for å redusere barnedødeligheten, er det viktig å vite hva barna i hvert enkelt land dør av. Informasjon om dødsårsak registreres ikke i mange av de landene som er hardest rammet av barnedødelighet [40]. Hvert land

trenger gode dødsårsaksregistre slik at man kan overvåke utviklingen i mortalitetsrater. Det er også viktig at man får på plass felles definisjoner slik at en bruker de samme klassifikasjonene i et slikt dødsårsaksregister. I 2008 ble det laget en systematisk analyse av dødsårsakene blant barn i verden, både globalt, regionalt og nasjonalt [41]. Her har forfatterne måttet bruke en blanding av multiårsaks- mortalitetsmodeller og dødsårsaksregistre (der dette har vært tilgjengelig) for å lage estimater over årsakene til barnedødeligheten i verden. Forfatterne opplyser at India og Kina nå har fått nasjonale registreringssystemer som gjorde det mulig å bruke disse dataene i analysen, dette har ikke vært tilgjengelig tidligere. Samtidig er det fortsatt mange av de landene med høyest dødelighet som ikke har noen nasjonale dødsårsaksregistre. For å beregne dødsårsakene fra disse landene må en derfor utelukkende basere seg på statistiske beregninger. Vi ser altså at stadig flere land får gode dødsårsaksregistre som kan brukes i dokumentasjonen av barnedødelighet i verden, samtidig som det fortsatt er en lang vei å gå.

4.1.3 Organisering av helsevesenet

Et offentlig helsevesen som er organisert slik at man har en god og tilgjengelig primærhelsetjeneste og en spesialisthelsetjeneste som det er mulig å bruke, ser ut til å være den beste modellen for å redusere dødeligheten. I de landene hvor private sykehus og helseinstitusjoner utgjør en vesentlig del av helsevesenet, er det viktig at disse inngår i en nasjonal helseplan. Der det er mulig bør fødetilbud sentraliseres for å sikre at man har den rette kompetansen tilstede dersom komplikasjoner skulle oppstå. Hvilken grad av sentralisering som er mulig, er avhengig av hvordan infrastrukturen i området er. Dersom det ikke finnes veier eller transportmuligheter til sykehuset, er det selvfølgelig viktig å opprettholde et lokalt og tilgjengelig fødetilbud fram til veien er bygget [24]. Ulike land med ulike behov og politiske og økonomiske rammevilkår vil ha behov for forskjellige tiltak for å nå milleniumsmålene.

4.1.4 Politisk vilje

Den viktigste faktoren for å redusere verdens barnedødelighet er politisk vilje. Vi vet hva som trengs og vi vet at det er mulig å oppnå målene innen kort tid og med lave kostnader, forutsatt at det er tilstrekkelig politisk vilje tilstede. Verdens ledere må satse ytterligere med å bistå

lavinntektsland i kampen for å redusere mor- barndødeligheten gjennom å gi støtte til målrettede strategier. Det at statsledere fra 189 land gikk sammen om milleniumsmålene i år 2000 viser oss at det tilsynelatende er politisk vilje tilstede for å bekjempe fattigdommen i verden. Det kritiske punktet er å omsette denne gode viljen i politisk handling. I hvilken grad hvert enkelt land har lykket med å nå målene har variert fra land til land [8].

De siste fire årene har verdens høyinntektsland stått overfor en finanskrise. Dette har ført til at både den politiske viljen og det økonomiske handlingsrommet til å øke satsningen på bistandspolitikk har blitt mindre i en del land. I stedet for en økt satsning på bistand fra høyinntektsland til lavinntektsland har bevilgningene fra noen land enten stagnert på samme nivå som tidligere, eller blitt redusert [42]. Det å kutte i disse bevilgningene synes å være en svært kortsiktig strategi. Vi risikerer at problemene bare vokser i de områdene av verden hvor problemene allerede er størst. Det er da viktig å ta innover seg det at gapet mellom de rikeste og de fattigste landene i verden øker, skaper økt ustabilitet i verden. I tillegg til de menneskelige tragediene som oppstår når grunnleggende behov ikke blir dekket, skaper også de store kontrastene mellom de fattigste og de rikeste landene en mer utrygg verden. Land som blir hengende mer og mer etter i den økonomiske utviklingen er i all hovedsak destabiliserte, svake stater som utgjør en fare for verdensfreden. Vi har både en etisk forpliktelse til å hjelpe mennesker ut av nød og et politisk ansvar for å skape en tryggere verden med færre ustabile stater og dermed færre truende konflikter [9]. Verden har krympet og informasjon om hva som skjer i andre land er nå tilgjengelig for alle. I hvilken grad følger det et moralsk ansvar med vår økte kunnskap? Vi mener at ansvaret har økt av fire årsaker: For det første har vi et større økonomisk overskudd til å hjelpe nå enn tidligere. Vi har en større evne, både økonomisk og kunnskapsmessig. For det andre har vi en mer effektiv bistand nå enn tidligere. Bistandsarbeidet har blitt mer effektivt nå enn før på grunn av økte kunnskaper. For det tredje har vi også en mye større mulighet til å utdanne folk raskere, billigere og mer effektivt enn vi hadde før. Og sist, men ikke minst: Man kan ikke lenger si at man ikke vet. Det dør 20 000 barn hver dag som kunne vært reddet. Kunnskapen er der [8].

4.1.5 Veien videre

Selv med en massiv satsning de tre neste årene vil de fleste land ikke nå milleniumsmål nr. 4 og 5 om reduksjon av barne- og mørdredødelighet med henholdsvis 2/3 og 3/4 innen 2015. Her er det viktig å skille mellom det å nå de tidsbestemte og tallfestede målene om å redusere

barnedødeligheten i verden med 2/3 og mødredødeligheten med 3/4 innen 2015, og det å lykkes med å redusere mødre- og barnedødeligheten så mye som mulig og så raskt som mulig gjennom innføring av tiltak som vi vet virker. Det å redusere barnedødeligheten med 2/3, slik som milleniumsmål nr.4 går inn for, er mulig selv om tiden for å oppnå målet innen 2015 renner ut. Men dersom dette skal være mulig må det satses politisk og økonomisk fra verdenssamfunnets side i en mye større skala enn det vi har sett hittil. Økonomiprofessor ved Oxford, Paul Collier skriver i sin samfunnsøkonomiske analyse [9] at global fattigdom reduseres hurtig, men at i omtrent 50 land med store problemer står verdens fattigste foran en tragedie som vokser seg stadig større og vanskeligere. Den milliarder mennesker som bor i disse landene lever for under en dollar dagen, og mens resten av verden beveger seg stødig framover, blir denne glemte milliarder av jordens befolkning hengende lenger og lenger etter med potensielt svært alvorlige konsekvenser, ikke bare for dem selv, men for hele den globale stabiliteten i verden. Han peker på problemer som omfattende korrupsjon, politisk ustabilitet og manglende ressursforvaltning som problemets kjerne. Han beskriver den pågående kampen mellom korrupte ledere og reformhungre politikere, samt borgerkrig, avhengighet av eksport av naturressurser og mangel på godt lederskap. Alt dette er en felle som holder disse landene fanget i en negativ spiral når det gjelder sosioøkonomisk utvikling. Collier mener at disse problemene er årsaken til at mange land, i Afrika sør for Sahara og Sørøst-Asia, er blitt hengende etter i den økonomiske utviklingen og dermed også i arbeidet med å nå milleniumsmålene. Han mener at for å komme disse omfattende problemene til livs, må FN gjennom G8 landene sette en ny agenda der effektive antikorrupsjonsprogrammer, fordelaktige handelsavtaler, og der det er nødvendig, direkte militær intervensjon står sentralt. Det å håndtere problemene til denne "glemte milliarder" er en av vår tids viktigste utfordringer og en forutsetning for at det skal være mulig for hele verdens befolkning å få redusert barne- og mødredødeligheten i tråd med milleniumsmålene. Utfordringene som er skissert her, er så massive og så sammensatte at det er åpenbart at de ikke vil være løst i løpet av tre år, men det betyr ikke at de ikke kan løses. Som medmennesker har vi et ansvar for å jobbe for å løse disse utfordringene. Vi har ikke råd til å la være.

Selv om det at vi ikke ser ut til å nå milleniumsmål nr.4 innen fristen som ble satt til 2015 må sees på som et nederlag, er det samtidig viktig å fokusere på hvordan milleniumsmålene har vært og er en samlende felles strategi for bekjempelse av fattigdom [8]. Det at milleniumsmålene ikke nås globalt innen 2015, må ikke føre til en resignasjon. Det er tvert imot viktig å se på det økte fokuset og den økte innsatsen som milleniumsmålene tross alt har

ført til, og la det være en inspirasjon for det viktige arbeidet som gjenstår. Vi har nå en større kunnskapsplattform og en erfaring fra arbeidet med milleniumsmålene som må videreføres i bistandspolitikken også etter 2015. Det er lagt ned et stort arbeid i å dokumentere hvordan arbeidet med å nå milleniumsmålene går i de ulike landene. Countdownrapportene som utgis årlig vil være et viktig verktøy i det videre arbeidet med å redusere mødre- og barnedødeligheten. ”The Countdown to 2015 for Maternal, Newborn, and Child Survival” overvåker hvordan det går med 26 prioriterte intervensjoner for å nå milleniumsmålene om barne- og mødredødelighet. Framgangen mellom 1990 og 2010 når det gjelder 26 nøkkelintervensjoner i dette arbeidet, er evaluert i de 68 landene hvor vi finner 90% av den globale barne- og mødredødeligheten [6]. Dette arbeidet gjør at vi nå har et mer solid kunnskapsgrunnlag enn noensinne tidligere når det gjelder å forstå hvor problemene er størst, hva disse problemene består av og hvordan man skal få utviklingen til å gå i riktig retning.

Blant de åtte milleniumsmålene er det målene om mødre- og barnedødelighet vi er lengst unna å nå. Politisk mobilisering gjennom globale kampanjer forsøker nå å endre på dette. Under tusenårsmåltoppmøtet i september 2010 lanserte FNs generalsekretær Ban Ki-Moon en ny kampanje for å gi et løft til kvinne- og barnehelse. *Every Woman, Every Child* [13] prøver å samle alle gode krefter i en strategi, det gjelder stater, FN-organisasjonene, sivilt samfunn, yrkesorganisasjoner, høyere utdanning og forskningsinstitusjoner og privat sektor. Strategien oppfordrer alle parter til å bli med på en felles dugnad for økt finansiering, styrket politikk og forbedret tjenestelevering. Den globale kampanjen for helsetusenårsmålene sluttet seg til initiativet *Every Woman, Every Child* [13]. Fokus for kampanjen er rettet mot de mest sårbare gruppene som gravide kvinner, nyfødte barn og ungdom i 49 land, som av FN defineres som verdens minst utviklede land (MUL-landene). Målet er å skaffe mer penger til helse og å få mer helse for hver krone. Samtidig oppfordrer kampanjen til å styrke samarbeidet om landenes helseplaner. For å nå målene kreves totalt 250 milliarder kr (43 milliarder USD). Det er et ambisiøst mål som krever nytenkning og innovative løsninger, samt ansvarliggjøring av de involverte partene. Da kampanjen ble lansert i 2010, ble til sammen 40 milliarder dollar lovet til kampanjen av ledere fra både rike og fattige land. Aldri tidligere har så mange land sluttet opp om en felles plan for helse i fattige land på så kort tid. I september 2011 var over 200 bidrag til kampanjen annonsert. Gledelig i denne sammenhengen var oppslutningen fra fattige land selv. Over 50 av verdens fattige land har sluttet seg til kampanjen. I tillegg er det en økende interesse fra privat sektor [1] [11].

Kampanjen *Every Woman, Every Child* [13] føyer seg inn i den norske satsningen på kvinner og barns helse, og vil bli veiledende for prioriteringene frem mot 2015. Dette kan vi lese om i sammendraget til Stortingsmelding nr.11 [12], der det står at mobilisering for kvinners og barns rettigheter og helse er regjeringens fremste prioritering. FNs tusenårsmål – spesifikt nr 3, 4, 5 og 6 – inneholder ambisiøse målsettinger for dette. Prioriteringen gir uttrykk for at helse er én av forutsetningene for utvikling og reduksjon av fattigdom. Videre blir det sagt at den globale strategien i *Every Woman Every Child* [13] er en basis for denne innsatsen. Da Stortingsmeldingen kom i februar 2012, skapte den en debatt i avisen Morgenbladet som vi vil gjengi en oppsummering av her. Vi mener at denne debatten er egnet til å illustrere noen av utfordringene den norske bistandspolitikken står overfor.

4.1.6 Diskusjon om Stortingsmelding nr 11.

Regjeringen har satt fokus på helse i utviklingspolitikken. Kritikken av meldingen går på at det mangler begrunnelse og diskusjon rundt hva som skal prioriteres og hvorfor.

Stortingsmeldingen reiser en prioriteringsdebatt; - Norsk bistandspolitikk er en betydelig bidragsyter til det globale vaksinasjonsprogrammet Gavi. Tradisjonelle vaksiner har vist seg å være blant de mest kostnadseffektive helsetiltakene i lavinntektsland. Førti prosent av barna som dør før de fyller fem år dør som nyfødte. Det vil si 3 til 4 millioner barn årlig.

Pediatriprofessor ved UIO Ola Didrik Saugstad har vært aktiv i debatten om

Stortingsmeldingen om global helse [43]. Han kritiserer meldingen for å ikke ta inn over seg at de fleste som dør, er nyfødte og at de i liten grad vil hjelpes av vaksiner. Det er imidlertid andre tiltak som skolegang for jenter, regelmessige svangerskapskontroller, ernæring og utdanning av helsepersonell som er nødvendig for å få ned spedbarnsdødeligheten. Dersom det er slik at Norge prioriterer tiltak for å få ned dødeligheten blant barn under fem år, synes det underlig at dette bare gjelder for de barna som overlever nyfødtprioden. Hvis prosessen rundt prioriteringer skal anses som rettferdig og legitim, er det internasjonal aksept for at en skal kreve åpenhet om hvilke grunner som vektlegges når en velger ett tiltak framfor et annet. Begrunnelsen skal også være akseptabel for de involverte partene. Ulike aktører har ulike meninger om hvilke barnehelsetiltak som er de beste. Prioritering baserer seg ikke på analyse av kunnskapsgrunnlaget alene, også verdivurderinger og politiske valg virker inn. Mens noen vil legge mest vekt på effekten av et tiltak, legger andre større vekt på tiltakets

kostnadseffektivitet skriver Onarheim, Miljeteig og Strømme i et innlegg i debatten i Morgenbladet [44]. Saugstad skriver i et innlegg i samme avis 14.06.2012 [45] at vi må gå inn i en nødvendig prioriteringsdebatt i norsk bistandspolitikk. Han skisserer et regnestykke som er omtrent slik: 3 – 4 millioner nyfødte dør årlig og 1,7 millioner barn dør fordi de ikke er vaksinert. Det trengs en debatt om hvordan man skal balansere disse tallene mot hverandre og prioritere tiltak ut fra de begrensede midlene man tross alt har til rådighet. (se debatt på morgenbladet.no).

I stortingsmeldingen skisseres det opp få konkrete tiltak. Kompleksiteten i fattigdomsproblematikken legges fram, men hvordan man skal kunne jobbe videre for løsninger, er i mindre grad diskutert. Noe av kritikken av stortingsmeldingen har gått på at når det å redusere mødre og barnedødeligheten er en så sammensatt problematikk, trengs det en større satsning på en mer horisontal type bistand, det vil si at man bruker en større andel av bistanden på å bygge opp en primærhelsetjeneste, og på utdanning av helsepersonell. Dette ble også poengtert da Stortinget behandlet Stortingsmelding nr.11. Stortinget ber nettopp om en sterkere satsning på helsetjenester for gravide, fødende og nyfødte. Norges innsats skal styrkes når det gjelder investeringer i utviklingslands egne nasjonale helseplaner, som kan sikre god tilgang til helsearbeidere og et helsevesen for alle. Norge har de siste årene satset en stor andel av bistandsbudsjettet på vaksiner til verdens barn gjennom vaksinealliansen Gavi [46]. Vaksinasjon har vist seg å være et effektivt middel for å få ned barnedødeligheten: Anslag angir at over seks millioner barn hvert år overlever barndommen nettopp på grunn av vaksinasjon. Vaksiner mot lungebetennelse og diaré – to av de viktigste årsakene til at barn mister livet – er i ferd med å introduseres i verdens fattigste land, noe som trolig vil gi en ytterligere reduksjon av dødeligheten. Kritikken av den store satsningen på vaksinasjon handler ikke om at det ikke er viktig å vaksinere barn, men om at dette ikke er tilstrekkelig dersom man vil nå milleniumsmålene. Vaksinasjonsprogrammer kan sees på som et vertikalt hjelpetiltak hvor en i løpet av kort tid kan vaksinere et stort antall barn. Dette er et tiltak som i liten grad har krevd et godt utbygget helsevesen og en god infrastruktur for å kunne gjennomføres. Det å bygge opp et nasjonalt helsevesen med en høy standard som er tilgjengelig for alle, er imidlertid en langt mer sammensatt og krevende oppgave. Dette er trolig noe av grunnen til at satsningen på tiltak som vaksinasjonsprogrammer har blitt prioritert, disse er enklere å gjennomføre og det er lettere å måle resultatene umiddelbart. Men det å bekjempe de mer indirekte årsakene til mødre- og barnedødeligheten som mangel på ernæring, utdanning og infrastruktur krever en mer langsiktig satsning. Tove Wang,

generalsekretær i Redd Barna skriver at Norges helsebistand tradisjonelt har vært preget av mer langsiktige og forutsigbare investeringer i helsesektoren i fattige land. Men i dag er Malawi det eneste landet hvor Norge bidrar med en helhetlig og samordnet helsesektorbistand til gjennomføring av nasjonale helseplaner, blant annet med vekt på helsearbeidere. Denne utviklingen er uheldig. Med en rekke internasjonale fond og initiativer innen global helse er det desto viktigere at Norge støtter opp om en koordinert gjennomføring av nasjonale planer, med tilhørende investeringer i helsearbeidere [47]. Alle debattantene virker å være enige i at utdanning, likestilling og ernæring er avgjørende for å redusere barne- og mødredødeligheten. Det er større uenighet om dette faktisk gjenspeiles i prioriteringene av de norske bistandsmidlene. Tove Wang i Redd Barna skriver at Norges bistand til ernæring, utover i humanitære katastrofer, er lav. De siste årene har også norsk bistand til utdanning gått ned, både i kroner og øre og som andel av bistanden [48]. Både Saugstad, Legeforeningen og Stortingets utenrikskommite har vektlagt at utdanning er essensielt for nedgang i mødre og barnedødeligheten. Her vil både utdanning av helsepersonell og utdanning for jenter utover grunnskole være avgjørende.

5.1 KONKLUSJON

Fristen for å nå FNs tusenårs mål nærmer seg. Beregninger tyder på at barnedødeligheten i verden ikke blir redusert med 2/3 innen 2015. I oppgaven har vi behandlet noen av årsakene til at verdenssamfunnet ikke klarer dette. Fattigdom, krig, mangel på offentlige institusjoner, dårlig utbygd infrastruktur og mangel på nasjonal styring gjør det vanskelig å nå målene. Tusenårs målene har likevel vist at det nytter. Barnedødeligheten har blitt redusert betydelig de siste årene. I en fersk UNICEF rapport[49] som kom nå i høst ser man for første gang at barnedødeligheten er nesten halvert siden 1990. I 1990 døde 12 millioner barn under fem år. I dag er tallet 6,9 millioner. Somalia, Sierra Leone og Mali er landene med høyest barnedødelighet i den ferske rapporten. I disse tre landene dør nesten to av 10 barn før de fyller fem. Til sammenligning dør tre av 1000 barn i Norge før det fyller fem. Selv om UNICEF-rapporten viser en god utvikling er det fortsatt mye som gjenstår. Hver dag dør 19 000 barn på grunn av sykdommer som lett kunne vært unngått.

FNs tusenårs mål er et ambisiøst prosjekt. Bare det at verdenssamfunnet har gått sammen om å nå målene er en stor seier. FN initiativet "Every Woman, Every Child" som kom i 2010 gir håp om en forsterket satsning på å redusere verdens mødre- og barnedødelighet i årene som kommer. Mål 4 og 5 er de to milleniumsmålene man er lengst unna å oppfylle. I oppgaven har vi omtalt en rekke tiltak og prosjekter som har ført til stor nedgang i barnedødeligheten. Dette gir grunn til optimisme på tross av de store utfordringene verden fortsatt står overfor.

Litteraturliste

1. <http://www.fn.no/Tema/FNs-tusenaarsmaal> (ppdatert 31.08.12, sitert :03.09.12)
2. <http://hdr.undp.org>
3. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, et al: Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 4. Lancet 2010; 375:1988-2008.
4. <https://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Statistics/Products/Progress2012>
5. <http://mdgs.un.org>
6. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, et al: Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. Lancet 2010; 375: 2032-2044.
7. United Nations Development Group. Indicators for monitoring the Millenium Development Goals. New York: United Nations, 2003.
8. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, et al: Progress towards Millenium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. Lancet 2011; 378: 1139-65.
9. Collier P. The bottom billion. Oxford New York. Oxford University Press; 2007.
10. United Nations 2008. Officials list of MDG indicators.
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>
11. www.norad.no
12. Det Kongelig Utenriksdepartement. Meld.St.11. Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken. Oslo; 02/2012
13. www.everywomaneverychild.org/
14. www.worldbank.org
15. Hogan M C, Foreman K J, Naghan M, et al: Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Development Goal 5. Lancet 2010; 375: 1609-1623.
16. Liu L, Johnson H L, Cousens S, et al: Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. Lancet 2012; 379: 2151-2161.
17. Bø M. Intervju med Jan Egeland. Medhummagasinet 2010. September 2010: 22-23.
18. <http://www.ssb.no/dodsarsak/>
19. UNICEF, UNFPA, WHO, World bank. Continuum of care- Packages of interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health. 2010. WHO
20. WHO. World Health Statistics. 2008.
21. UNICEF. Annual report 2008. 2009.

22. Black R E, Cousens S, Johnson H L, et al: Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 2010; 375: 1969-1987.
23. Saugstad O D: Reducing Global Neonatal Mortality Is Possible. *Neonatology* 2011; 99: 250-257.
24. WHO. The world health report 2005- make every mother and child count. WHO, Genova, 2005.
25. Goldenberg R L, Culhane J F, Jams J D, et al: Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371: 75-84.
26. Fødsler i Norge gjennom 30 år. MFR rapporter no 1 1997. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1997.
27. Katz J, West K P, Khattry S K, et al: Risk factors for early infant mortality in Sarlahi district, Nepal. *Bulletin of World Health Organisation* 2003; 81/10: 717-725.
28. Taha TE, Kumwenda NI, et al: Mortality after the first year of life among human immunodeficiency virus type 1-infected and uninfected children. *Pediatric Infectious Disease Journal* 1999; 18/8: 689-694.
29. Ronsmans C, Chowdhury M E, Dasgupta S K, et al: Effect of parent`s death on child survival in rural Bangladesh: a cohort study. *Lancet* 2010; 375: 2024-2031
30. <http://www.reddbarna.no>
31. UNICEF/PATH. Roll Back Malaria. Progress & Impact Series; 2010: 2.
32. Bø M: Positiv utvikling i Sierra Leone- intervju med Mahimbo Mdoe (UNICEFs representant i Sierra Leone). *Medhummagasinet* 2010. September 2010: 24.
33. UNICEF - At a glance: Sierra Leone – Statistics:
http://www.unicef.org/infobycountry/sierraleone_statistics.html (se vedlegg 1)
34. Mavalankar D, Singh A, Patel S R, et al: Saving mothers and newborns through an innovative partnership with private sector obstetricians: Chiranjeevi scheme of Gujarat, India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2009; 107: 271-276.
35. Pronyk P M, Muniz M, Nemser B, et al: The effect of an integrated multisector model for achieving the Millennium Development Goals and improving child survival in rural sub-Saharan Africa: a non-randomised controlled assessment. *Lancet* 2012; 379: 2179-2188.
36. Unicef Sierra Leones sider: <http://unicef.org/infobycountry/sierraleone.html>
37. <http://globalis.no/Land/Sierra-Leone>
38. Baqui A H, Ahmed S, Ariffen S, et al: Effect of timing of first postnatal care home visit on neonatal mortality in Bangladesh: a observational cohort study. *BMJ* 2009; 339: b2826
39. Lawn J E, Cousens S, Zupan J: 4 million neonatal deaths: When? Where? Why?. *Lancet* 2005; 365 (9462): 891-900.
40. Lawn J E, Wilczynska-Ketende K, Cousens S M: Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *International Journal of Epidemiology* 2006; 35: 706-718.

41. Black R E, Cousens S, Johnson H L, et al: Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet* 2010; 375: 1969-1987.
42. Statistikk fra Norad. Se vedlegg 2
43. Saugstad O D. Regjeringen bommer på målet. *Morgenbladet* 24.05.12
44. Miljeteig, Onarheim, Strømme. Rettferdig prioritering i global barnehelse. *Morgenbladet* 14.06.12
45. Saugstad O D. Barnedødelighet og prioriteringer. *Morgenbladet* 14.06.12
46. Statistikk fra Norad. Se vedlegg 3
47. Wang T. Stortinget treffer blink. *Morgenbladet* 28.06.12
48. Statistikk fra Norad om andel av bistandsbudsjettet som brukes på utdanning. Se vedlegg 4.
49. UNICEF: *Committing to Child Survival: A Promise renewed. Progress Report 2012*. UNICEF, New York, 2012.

VEDLEGG

VEDLEGG 1

Statistikk om Sierra Leone sett i forhold til FNs tusenårs mål:

EKSTREM FATTIGDOM:

(Tusenårs mål: Utrydde ekstrem fattigdom og sult -Halvere andelen av verdens befolkning som lever for under en dollar dagen innen 2015)

Prosentandel av befolkningen som lever i ekstrem fattigdom: 53,4%

GNI per capita: 340 USD

Fattiges andel av landets forbruk: 6,1%

ERNÆRINGSSTATUS:

(Tusenårs mål: Halvere andelen av verdens befolkning som lider av hungersnød innen 2015)

Andel av befolkningen som er underernært:

1990:45%

2008: 35%

Andel undevektige barn: 21,3%

GRUNNUTDANNING:

(Tusenårs mål: Innen år 2015 skal alle barn, gutter som jenter, kunne fullføre grunntdanning)

Lese og skrivekyndighet blant unge: 57,6%

FREMME LIKESTILLING OG STYRKE KVINNERS STILLING:

(Tusenårs mål: Fjerne forskjellene mellom andelen gutter og jenter i grunnskole innen 2005 og innen all utdanning innen 2015)

Likestilling i barneskolen: 0,68 jenter per gutt er elev i barneskolen.

Likestilling i ungdomsskolen: 0,68 jenter per gutt er elev på ungdomsskolen.

Likestilling i videregående skole: 0,38 jenter per gutt er elev i videregående skole.

Likestilling i arbeidslivet: 23,3% kvinner i arbeidslivet.

Likestilling i styring av landet: 13% kvinner.

Lese- og skrivekyndighet blant unge kvinner i forhold til menn: 0,71 kvinne per mann som kan lese og skrive.

REDUSERE BARNEDØDELIGHETEN

(Tusenårs mål: Redusere barnedødeligheten hos barn under fem år med to tredjedeler mellom 1990 og 2015)

Barnedødelighet (barn under 5 år): 175 per 1000 levendefødte

Spebarnsdødelighet: 114 per 1000 levendefødte

Barn som vaksineres mot meslinger 71%

For Sierra Leone ser vi at barnedødeligheten er blitt redusert fra 275 per 1000 levendefødte i 1990 til ca 175 per 1000 levendefødte i 2010. Hvis framgangen i Sierra Leone fortsetter i samme takt vil landet ha nådd tusenårs målet i år 2027.

REDUSERE SVANGERSKAPSRELATERT DØDELIGHET

(Tusenårs mål: Redusere dødsfall i forbindelse med fødsler og graviditet med to tredjedeler innen år 2015)

Svangerskapsrelatert dødelighet: 970 dødsfall per 100.000 levendefødte

Fødsler med kvalifiserte pleiere. 43%

STOPPE SPREDNINGEN AV HIV/AIDS; MALARIA OG ANDRE SYKDOMMER

(Tusenårs mål: Stoppe spredningen av hiv/aids og reversere trenden fra en økning til en reduksjon i antall nye tilfeller innen år 2015)

HIV-spredning blant gravide kvinner 15-24 år -mangler data.

Kondombruk blant kvinner ved siste høyrisikosamleie 10%

Kondombruk blant menn ved siste høyrisikosamleie 22%

Kunnskaper om hvordan HIV smitter: (15-24 år), menn 28%

Kunnskaper om hvordan HIV smitter: (15-24 år), kvinner 17%

Bruk av prevensjon 8,2%

Prevalensen av HIV i befolkningen: 1,6%

Gjennomsnittsprevalensen av HIV i Afrikanske land: 6,1%

Gjennomsnittsprevalensen av HIV i verden: 1%

Tuberkuloserelaterte dødsfall: 153 dødsfall per 100.000 innbyggere

Tuberkulose tilfeller: 1.193 per 100.000 innbyggere

(tuberkulose tilfeller i DOTS programmet, forstår ikke tallene helt... finn ut!)

Barn beskyttet med sengenett med insektsmiddel

(Indikator for FNs tusenårs mål nr 6: Stoppe spredningen av malaria og andre sykdommer, og reversere trenden fra en økning til en reduksjon i antall nye tilfeller innen år 2015)

2,5% beskyttet med innsektsnett i år 2000

5% beskyttet med innsektsnett i år 2005

26% beskyttet med innsektsnett i år 2008

Barn behandlet med anti-malaria medisin

Andel av barn under fem år som hadde feber i de to ukene før statistikken ble samlet inn, og ble behandlet med anti-malaria medisin.

60% i år 2000

52% i år 2005

30% i år 2008

Vaksinasjon av barn:

Vaksinasjonsdekningen for barn under ett år har økt, dette markerer en positiv trend over hele landet, men i regionene i øst og nord er deknningen fortsatt lav. Man ser et lignende mønster for tetanusvaksineringen, 47% av hele befolkningen er vaksinert mot tetanus, mens bare 35 prosent i øst og nord.

HALVERRE ANDELEN MENNESKER UTEN TILGANG PÅ SIKKERT DRIKKEVANN OG TILFREDSSTILLENDE SANITÆRE FORHOLD INNEN 2015

Befolkning med tilgang på rent vann på landsbygda:

1995: 50%

2000: 44%

2005: 32%

2008: 26%

Befolkning med tilgang på rent vann i byområder:

1995: 72%

2000: 75%

2005: 82%

2008: 86%

Bybefolkning med tilgang til velutbygde sanitæranlegg: 24%

Totalandel av befolkningen med tilgang på rent vann: 49%

Totalandel av befolkningen med tilgang til velutbyggede sanitæranlegg: 13%

Landsbybefolkning med tilgang til velutbygde sanitæranlegg: 6%

97% av bybeboerne lever i slumområder.

Vedlegg 2

Kilde OECD:

<http://www.oecd.org/dac/aidstatistics/aidstatisticsanddatabasesallaboutnumbers-whospendswhatwhere.htm>

Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australia	967	873	989	1.219	1.460	1.680	2.123	2.669	2.954	2.762	3.826	4.799
Austria	440	633	520	505	678	1.573	1.498	1.808	1.714	1.142	1.208	1.107
Belgium	820	867	1.072	1.853	1.463	1.963	1.977	1.951	2.386	2.610	3.004	2.800
Canada	1.744	1.533	2.004	2.031	2.599	3.756	3.683	4.090	4.795	4.000	5.209	5.291
Denmark	1.664	1.634	1.643	1.748	2.037	2.109	2.236	2.562	2.803	2.810	2.871	2.981
Finland	371	389	462	558	680	902	834	981	1.166	1.290	1.333	1.409
France	4.105	4.198	5.486	7.253	8.473	10.026	10.601	9.884	10.908	12.602	12.915	12.994
Germany	5.030	4.990	5.324	6.784	7.534	10.082	10.435	12.291	13.981	12.079	12.985	14.533
Greece	226	202	276	362	321	384	424	501	703	607	508	331
Ireland	234	287	398	504	607	719	1.022	1.192	1.328	1.006	895	904
Italy	1.376	1.627	2.332	2.433	2.462	5.091	3.641	3.971	4.861	3.297	2.996	4.241
Japan	13.508	9.847	9.283	8.880	8.922	13.126	11.136	7.697	9.601	9.457	11.021	10.604
Korea	212	265	279	366	423	752	455	696	802	816	1.174	1.321
Luxembourg	123	139	147	194	236	256	291	376	415	415	403	413
Netherlands	3.135	3.172	3.338	3.972	4.204	5.115	5.452	6.224	6.993	6.426	6.357	6.324
New Zealand	113	112	122	165	212	274	259	320	348	309	342	429
Norway	1.264	1.346	1.696	2.044	2.198	2.794	2.945	3.735	4.006	4.081	4.580	4.936
Portugal	271	268	323	320	1.031	377	396	471	620	513	649	669
Spain	1.195	1.737	1.712	1.961	2.437	3.018	3.814	5.140	6.867	6.584	5.949	4.264
Sweden	1.799	1.666	2.012	2.400	2.722	3.362	3.955	4.339	4.732	4.548	4.533	5.606
Switzerland	890	908	939	1.299	1.545	1.772	1.646	1.685	2.038	2.310	2.300	3.086
United Kingdom	4.501	4.566	4.929	6.262	7.905	10.772	12.459	9.849	11.500	11.283	13.053	13.739
United States	9.955	11.429	13.290	16.320	19.705	27.935	23.532	21.767	26.437	28.831	30.353	30.745
Total OECD/DAC	53.962	52.687	58.575	69.432	79.854	107.838	104.814	104.206	121.954	119.778	128.465	133.526

Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Australia	0.27%	0.25%	0.26%	0.25%	0.25%	0.25%	0.30%	0.32%	0.32%	0.29%	0.32%	0.35%
Austria	0.23%	0.34%	0.26%	0.20%	0.23%	0.52%	0.47%	0.50%	0.43%	0.30%	0.32%	0.27%
Belgium	0.36%	0.37%	0.43%	0.60%	0.41%	0.53%	0.50%	0.43%	0.48%	0.55%	0.64%	0.53%
Canada	0.25%	0.22%	0.28%	0.24%	0.27%	0.34%	0.29%	0.29%	0.33%	0.30%	0.34%	0.31%
Denmark	1.06%	1.03%	0.96%	0.84%	0.85%	0.81%	0.80%	0.81%	0.82%	0.88%	0.91%	0.86%
Finland	0.31%	0.32%	0.35%	0.35%	0.37%	0.46%	0.40%	0.39%	0.44%	0.54%	0.55%	0.52%
France	0.30%	0.31%	0.37%	0.40%	0.41%	0.47%	0.47%	0.38%	0.39%	0.47%	0.50%	0.46%
Germany	0.27%	0.27%	0.27%	0.28%	0.28%	0.36%	0.36%	0.37%	0.38%	0.35%	0.39%	0.40%
Greece	0.20%	0.17%	0.21%	0.16%	0.16%	0.17%	0.16%	0.16%	0.21%	0.19%	0.17%	0.11%
Ireland	0.29%	0.33%	0.40%	0.39%	0.39%	0.42%	0.54%	0.55%	0.59%	0.54%	0.52%	0.52%
Italy	0.13%	0.15%	0.20%	0.17%	0.15%	0.29%	0.20%	0.19%	0.22%	0.16%	0.15%	0.19%
Japan	0.28%	0.23%	0.23%	0.20%	0.19%	0.28%	0.25%	0.17%	0.19%	0.18%	0.20%	0.18%
Korea	0.04%	0.06%	0.05%	0.06%	0.06%	0.10%	0.05%	0.07%	0.09%	0.10%	0.12%	0.12%
Luxembourg	0.70%	0.77%	0.78%	0.86%	0.79%	0.79%	0.89%	0.92%	0.97%	1.04%	1.05%	0.99%
Netherlands	0.84%	0.82%	0.81%	0.80%	0.73%	0.82%	0.81%	0.81%	0.80%	0.82%	0.81%	0.75%
New Zealand	0.25%	0.25%	0.22%	0.23%	0.23%	0.22%	0.27%	0.23%	0.30%	0.28%	0.26%	0.28%
Norway	0.76%	0.80%	0.89%	0.92%	0.87%	0.94%	0.89%	0.95%	0.89%	1.06%	1.10%	1.00%
Portugal	0.26%	0.25%	0.27%	0.22%	0.22%	0.21%	0.21%	0.22%	0.27%	0.23%	0.23%	0.29%
Spain	0.22%	0.30%	0.26%	0.23%	0.24%	0.27%	0.32%	0.37%	0.45%	0.46%	0.43%	0.29%
Sweden	0.80%	0.77%	0.84%	0.79%	0.78%	0.94%	1.02%	0.93%	0.98%	1.12%	0.97%	1.02%
Switzerland	0.34%	0.34%	0.33%	0.37%	0.40%	0.43%	0.39%	0.38%	0.44%	0.45%	0.40%	0.46%
United Kingdom	0.32%	0.32%	0.31%	0.34%	0.36%	0.47%	0.51%	0.36%	0.43%	0.51%	0.47%	0.56%
Total OECD/DAC	0.27%	0.25%	0.26%	0.25%	0.25%	0.25%	0.30%	0.32%	0.32%	0.29%	0.32%	0.35%

Vedlegg 3

Kilde: Norad <http://www.norad.no/no/om-bistand/norsk-bistand-i-tall/avansert>

Bistand til "Globale helse- og vaksineinitiativ", 2008-2011 (NOK 1000)

Chapter (code+name)	Post (code+name)	Agreement partner	2008	2009	2010	2011	
169 - Globale helse- og vaksineinitiativ	70 - Vaksine og helse	GAVI - Global Alliance for Vaccines and Immunization	472.442	462.564	490.613	428.600	
		GFATM - Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	375.000	375.000	375.000		
		IBRD - International Bank for Reconstruction and Development	220.000	228.000			
		IFIm - International Finance Facility for Immunisation	27.558	37.436	128.287	48.500	
		WHO - World Health Organization	34.835	55.560	37.500	102.200	
		Norges Forskningsråd	50.000	50.000	50.000	53.100	
		DFID - Department for International Development	24.707	40.345	75.000	50.000	
		UNICEF - United Nations Children's Fund	45.910	46.754	50.500	37.100	
		UN Foundation			6.625	148.500	
		AMCs - Advance Market Commitments			12.297	131.400	
		Tanzania Ministry of Finance	35.000		35.000	35.000	
		UNOPS - UN Office for Project Services	56.881	3.751	10.775	24.600	
		Andre organisasjoner	7.806	6.645	6.434	17.596	
		USAID				18.000	
		CHAI - Clinton Health Access Initiative			4.218	6.967	
		UiO - Universitetet i Oslo			3.500	3.500	4.000
		Haydom Lutheran Hospital	1.400	3.800	2.800	2.800	
		PHFI - Public Health Foundation of India		2.130	1.278	5.194	
		Columbia University	2.400	2.840		3.000	
		CARE Norge		4.000	3.884	40	
		KfW Entwicklungsbank				5.000	
		71 - Andre helse- og aidstiltak	UNITAID	140.000	140.000	140.000	102.052
			IPM - International Partnership for Microbicides	25.000	25.000	20.000	15.000
			IAVI - International AIDS vaccine initiative	23.000	19.000	15.105	6.000
			AHRI - Armauer Hansen Research Institute			5.000	
			Andre organisasjoner			4.844	
72 - Det globale fond for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (GFATM)	GFATM - Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria				450.000		
Total			1.541.940	1.506.324	1.478.658	1.694.648	

Vedlegg 4

Kilde Norad: <http://www.norad.no/no/om-bistand/norsk-bistand-i-tall?view=sectors&fyr=2000&tyr=2000&tyr=2011&locale=no>

Norsk bistand 2000-2011. sektorfordeling (millioner kroner)

Sektorgruppe	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Godt styresett	1 324	1 514	1 831	713	032	329
Økonomisk utvikling og handel	1 200	1 548	1 633	054	122	589
Utdanning	668	719	856	086	293	662
Helse og sosial sektor	1 385	1 370	1 524	461	563	009
Miljø og energi	793	880	779	843	848	040
Nødhjelp	995	1 135	1 183	347	091	227
Multilateral	2 883	3 530	3 962	895	165	571
Kostnader i Norge og uspesifisert	1 868	1 408	1 778	069	700	568
Total	11 115	12 104	13 544	14 469	14 815	17 995

Sektorgruppe	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Godt styresett	2 886	3 357	3 454	895	865	940
Økonomisk utvikling og handel	2 862	3 608	3 709	405	628	000
Utdanning	1 720	1 516	1 541	759	601	515
Helse og sosial sektor	1 920	1 864	2 103	274	725	811
Miljø og energi	1 107	2 269	1 966	366	488	304
Nødhjelp	1 471	1 733	1 760	398	161	107
Multilateral	5 061	5 554	6 029	269	387	641
Kostnader i Norge og uspesifisert	1 801	1 909	2 301	258	825	346
Total	18 827	21 808	22 862	25 624	27 681	27 663