

Norsk støtte til helsesektoren i Tanzania

Statsminister Jens Stoltenberg er med i et globalt nettverk av statsledere som har satt seg fore å bidra til en reduksjon i barne- og mødre-dødelighet. Norge støtter Tanzania med 50 millioner kroner i året over en femårsperiode. Pengene går i hovedsak til helsesektoren generelt og er ikke øremerket bestemte prosjekter. Gjennom dette ønsker man blant annet å bedre graviditetsomsorgen og helsetjenesten til barn. En slik generell støtte innebærer at myndighetene i Tanzania får mer innflytelse på egen politikk enn når giver detaljstyrer, men samtidig er det naturligvis en fare for at man mister fokus.

Berit Austveg
 ba@helsetilsynet.no
 Statens helsetilsyn
 Postboks 8128 Dep
 0032 Oslo

Fra september 2007 til august 2008 var jeg helserådgiver ved den norske ambassaden i Dar-es-Salaam for å bistå faglig med gjennomføringen av den norske støtten. I denne kronikken vil jeg beskrive noen av de dilemmaene og utfordringene som oppstår i bistandsarbeid stat-til-stat. Målsettingen med dette arbeidet var å bedre graviditetsomsorg som en integrert del av støtte til helsetjenesten.

Barne- og mødre-dødelighet i Tanzania

Tusenårs mål 4 er en reduksjon av barne-dødeligheten med to tredeler fra 1990-nivået innen 2015. Tanzania er det eneste landet i Afrika sør for Sahara som er vurdert til å være i rute med henblikk på å oppnå målet (1). Vurderingen er gjort på bakgrunn av en nedadgående trend i dødeligheten blant barn under fem år. Men denne trenden må antas å flate ut, idet reduksjonen inntil nå har skjedd blant barn over ett år. Nyfødt-dødeligheten har derimot vist svært lite nedgang; i 1999 var den på 40,4 per 1 000 levende fødte, og i 2004/-05 var den 32 (2). For at målet skal oppnås, må derfor nyfødt-dødeligheten reduseres betydelig.

Tusenårs mål 5 er en reduksjon av mødre-dødelighet med tre firedeler fra 1990-nivået innen 2015. Den viser ikke samme gunstige utvikling som barnedødeligheten. Mødre-dødelighet er vanskelig å måle, og det er store konfidensintervaller. Offisiell statistikk i Tanzania sier at mødre-dødelighetsratioen er 578 per 100 000 levende fødte (2) og baserer seg på en utvalgsundersøkelse fra 2004/-05. FN og Verdensbanken bruker en noe anner-

ledes metode der mange kilder sammenholdes og det gjøres en kalkyle basert på påliteligheten av ulike data. De anslår at ratioen er på 950 per 100 000, med konfidensintervall på 620–1 300 (2–4) (tab 1).

Det betyr at 13 000 kvinner dør av graviditetsrelaterte årsaker i Tanzania årlig, og at livsløpsrisikoen for å dø pga. en graviditet, fødsel eller abort er en av 24. Det dør 45 000 nyfødte per år. Omsatt i hverdagsrealitet betyr det at på et middels stort sykehus bæres det nesten daglig ut ett dødt nyfødt barn fra fødeavdelingen, og en død kvinne i uken. De fleste fødselshjelpere i Norge som erfarer at en kvinne eller et barn dør i forbindelse med en graviditet eller fødsel, opplever det som noe rystende. Denne type reaksjoner blir umulig der slike hendelser er vanlige, og det utgjør en fare for demoralisering.

Nyfødt-dødelighet er en sensitiv parameter på kvinners helse under svangerskapet, og på fødsels- og barselomsorg. Det er velkjent at reduksjon av mødre-dødelighet i all hovedsak er avhengig av muligheten til å få rask hjelp når det oppstår problemer. Selv ikke den beste svangerskapsomsorgen kan i tilstrekkelig grad forutsi hvem som får komplikasjoner, og derfor må akutt fødselsomsorg være tilgjengelig for alle gravide og fødende, slik at de som trenger hjelpen, får den.

Med den statistikken som Tanzania oppviser, er det derfor ikke overraskende at særlig fødsels- og barselomsorgen er svært mangelfull. Mens nesten alle gravide går til minst en svangerskapskontroll, føder bare 47 % i institusjon (2). Da er også det laveste helseinstitusjonsnivået, «dispensaries», medregnet. Et «dispensary» er meget enkelt utstyrt, ofte uten innlagt vann og strøm, og med mulighet til bare enkel forebygging og behandling. Den best utdannede er i høyden sykepleier med noe fødselshjelperfaring,

men sjelden utdannet jordmor. De er ofte svært dårlig utrustet til å håndtere komplikasjoner og ordner ikke alltid med videre- sending til fødeavdeling når det er nødvendig. Oppfølgingen av nybakte mødre og av nyfødte er meget svak. De fleste kvinnene tar med seg barnet og reiser hjem etter bare noen timer, og bare 13 % av barselkvinnene får noen form for undersøkelse (2). Observasjon av nyfødte, også av premature og syke, er svært dårlig. Gang på gang fikk jeg høre at det vanlige var at personalet «fant barna døde i sengen». Den teoretiske kunnskapen om hvordan man skulle håndtere akutte problemer kunne være der, men det skortet på å omsette den i praksis.

Særlig etter at tusenårsmålene ble innført, har fødsels- og barselomsorgen fått økt oppmerksomhet. Det er nokså stor enighet om hva som er problemene, enten de beskrives som at kvinner ikke kommer i tide til steder der hjelpen finnes, at det er for lite personell, utstyr og medisiner, eller det skyldes underliggende forhold, som fattigdom og kvinners svake stilling.

Støtten til «helsekurven»

På vår statsministers initiativ støtter Norge Tanzania med ca. 50 millioner kroner i året. Støtten skal gå over fem år. Bestemmelsen om at pengene vesentlig skal gå i «helsekurven», innebærer at Norge sammen med andre givere gir ikke-øremerkede penger til helsesektoren og samarbeider med landets myndigheter og andre givere for å bli enige om hvordan pengene brukes. Tidligere var det vanlig at u-hjelp ble øremerket til bestemte prosjekter. I land som fikk en stor del av sine utgifter dekket fra bistand, var det derfor givernes som i stor grad bestemte hva som skulle gjøres. I tillegg til at landenes myndigheter hadde liten innflytelse på egen politikk, hadde de et svare strev med å forholde seg til de ulike givernes, med ulike krav til planer, budsjetter og rapportering.

Den mer moderne formen for bistand er mer som helsekurven i Tanzania. Her deltar givernes i det som kalles Sector Wide Approach (SWAp), der også frivillige organisasjoner gir innspill. Givernes skal i størst mulig grad koordinere sin innsats, slik at myndighetene får færrest mulig å forholde seg til, og får mer tid til det de egentlig er satt til å gjøre, nemlig styre.

Det er naturligvis en fare for at man mister fokus. Helsetjenester er kompliserte strukturer. Når det likevel var en svært for-

Tabell 1 Noen nøkkeltall for graviditetsomsorgen i Tanzania

Samlet fruktbarhetstall (2)	5,7
Mødre dødelighet (antall døde per 100 000 levendefødte barn)	
Offisiell statistikk fra Tanzania (2)	578
WHO/UNICEF/UNFPA/Verdensbanken (3)	950
Anslått antall mødre dødsfall årlig (2)	13 000
Anslått antall dødsfall per år hos barn under fem år (2)	157 000
Andel keisersnitt, 2004–5 (%) (4)	
By	7,8
Landsbygd	2,1
Fødsel med helsepersonell til stede (%) (4)	
Kvinner med videregående skole	84,3
Kvinner uten utdanning	30,7

nuftig tilnærming i Tanzania, skyldes det flere forhold, bl.a. at både andre givere og myndighetene er svært opptatt av graviditetsomsorg og barnehelse, og at det hilses velkommen at Norge har engasjert seg spesielt på dette feltet.

Sosial urettferdighet i helsetjenester

Den omvendte omsorgs lov sier som kjent at de som trenger helsetjenester mest, får minst av dem. I tillegg er det grader av urettferdighet. Hvis man sammenlikner fullvaksinering av barna til de mest velstående 20 % av befolkningen med tilsvarende

til de 20 % fattigste i utviklingsland, finner man at barna til de mest velstående omtrent halvannen gang så ofte er fullvaksinert. Sammenlikner vi behandling av barn med feber, finner man at de mest velstående får behandling omtrent 1,75 ganger så ofte som de fattige. Men for jordmorhjelp ved fødsel er den sosiale gradienten dramatisk større; over tre ganger så mange av de mest velstående 20 % får slik hjelp, sammenliknet med de fattigste 20 % (5). Dødelighet pga. abort er en viktig del av det som kalles mødre dødelighet, og på dette området er forskjellen enda større. Siden det overalt finnes helsepersonell som gir trygge aborttjenester til dem som kan betale, uavhengig av hva lovgivningen sier, er det de fattigste kvinnene som tar farlige aborter, og som skades og dør av dem (6).

Graviditetsrelaterte helsetjenester må ytes «horisontalt»

Det er ikke bare Tanzania som har problemer med å nå tusenårs mål 5. Det er stort sett det målet særlig afrikanske land er lengst fra å oppnå. Mange ulike tilnærminger benyttes. Å støtte hele helsesektoren via «helsekurv» og Sector Wide Approach (SWAp) for å oppnå tusenårs mål 4 og 5 er en original tilnærming. Den er også svært rasjonell. Graviditetsomsorgen må være integrert i helsetjenesten om den skal fungere. En del tjenester kan gjøres såkalt vertikalt. Vertikale tjenester er tjenester der særskilt personell, utstyr, biler osv. bare skal være til bestemte typer tjenester. Vaksinasjon av barn er et typisk eksempel på tjenester som kan være vertikale. Også noen kurative tjenester egner seg, som operasjon

av barn med leppe-gane-spalte, kvinner med fødselsfistler og sterilisering. Et team kan komme og utføre oppgavene, og så dra igjen. Men graviditetsomsorg krever altså helsetjenester som er relativt velfungerende, som alltid er til stede og som er tilgjengelige for alle kvinner som trenger dem i en akutt situasjon.

Barrierer for gode helsetjenester

Når kvinner i Tanzania blir spurt om hvorfor de føder hjemme istedenfor i institusjon, svarer de fleste at det skyldes økonomi, mens andre sier at det er ubekvem og langt å reise, og et mindre antall angir at personalets uvennlighet gjør at de foretrekker å føde annet sted (2). Norske forskere har gjort dybdestudier av fødsler i Tanzania, slik at vi er ganske godt rustet med kunnskap om hva som er viktig for kvinnene (7).

Betaling for fødselshjelp

Tjenester for gravide og fødende skal være gratis i Tanzania. I praksis er svangerskapskontrollene gratis, men kvinner må ofte betale for fødselshjelp. Noen få sykehus praktiserer samleregning ved utskrivning, mens ofte må pasientene betale for hver enkelt tjeneste. Man må betale for å få tabletter, for drivstoff til ambulanse før kjøreturen og for operasjon før inngrepet. Dette fører ikke bare til hindringer og kritiske forsinkelser fordi folk ikke har kontanter slik at de raskt kan betale. Det gjør også at penger blir et hovedtema i samhandlingen mellom pasienter og helsepersonell, og det kan lettere føre til korrupsjon. Det er forståelig at det blir så stor oppmerksomhet rundt ressurser, i og med at det er så katastrofal mangel på dem. Men det ses også veldig mange eksempler på at ressurser blir hovedtema på bekostning av klinisk skjønn og omsorgsfull behandling.

Abortdødsfall utgjør en betydelig andel av mødre dødeligheten i Tanzania. I ett distrikt er det vist at nesten hvert fjerde mødre dødsfall skyldes farlig, illegal abort (8). Tanzania har en streng abortlov, men den oppfattes enda strengere enn den faktisk er. Helsedepartementet hevder at abort er generelt forbudt (2). Dette er feil, men loven er uklart med hensyn til hvilke indikasjoner som gir grunnlag for lovlig abort. Det er få som snakker om behov for liberalisering av abortloven, men nødvendigheten av bedre behandling av kvinner med abortkomplikasjoner er et tema. Fra andre land i Afrika er det kjent at kvinner med abortkomplikasjoner behandles svært uvennlig og må betale i dyre dommer for å få behandling. Det rammer også kvinner med komplikasjoner etter spontanaborter, fordi det kliniske bildet likner.

Krevende med faglig rasjonell tilnærming

Det bør absolutt være mulig å få til resultater i løpet av de fem årene Norge skal



En typisk fødestue på et «dispensary». Utstyret består kun av en seng og en vekt, samt litt medisiner. Det er ikke strøm eller vann. På denne helseinstitusjonen var det langt til brønn, og pårørende måtte ha med seg vann til bruk ved fødsler. Alle foto Berit Austveg

støtte Tanzania. Men da må man ha oppmerksomheten festet på de mulighetene som ligger i denne type samarbeid. Dette er ikke nødhjelp, men langsiktig hjelp til statsbygging og for å få mer rettferdige helsetjenester. Landet fikk nylig gjennomført en evaluering av hele sin helsesektor av et utenlandsk evalueringsteam (9). Evalueringen viste at «helsekurven» har bidratt til å styrke myndighetenes eget grep om helsetjenestene, og det er også vist at korrupsjonen i helsetjenesten er minkende. Det går langsomt fremover. I tillegg er helse-systemet svakt og man har svært dårlig oversikt over sykdomspanoramaet og over hva som skjer i helsetjenesten.

Jeg er blant dem som har vært opptatt av graviditetsrelatert helse i mange år, og som hilste tusenårs mål 5 velkommen med stor entusiasme. Jeg gledet meg stort over vår statsministers initiativ. Men med høy politisk profilering følger også et krav om raske resultater og om at det skal være synlige «spor» etter den norske innsatsen. I praksis kommer slike krav iblant på tvers av den måten man arbeider på i moderne utviklingshjelp, og de idealene som Norge i ulike fora er klar forkjemper for. Det dreier seg særlig om prinsippet om at mottakerlandet selv skal få styre. Det er mange utfordringer til balansegang her. Naturligvis hefter det betingelser ved bistand, også den norske. Samtidig er det svært viktig å styrke svake statsapparater, slik at de etter hvert blir i stand til selv å ta hånd om politikk og gjennomføring. Fordelen med å være fagperson på en ambassade som bedriver bistand, er å kunne inngå i faglige dialoger.

Politisk satsing på resultatbasert pengestøtte

Som en del av det norske initiativet for tusenårs mål 4 og 5 har Norge bevilget over en halv milliard kroner til Verdensbanken. Pengene skal gå til arbeid med de underliggende problemene i helsetjenesten til land som har høy barne- og mødre dødelighet. En viktig del av dette er å koble pengestøtte til målbare resultater. En tilsvarende strategi har vært et sentralt element i Norges dialog med Tanzania. Fra norsk side har det vært arbeidet for å gi høyere lønn til personell som får flere kvinner til å føde på institusjon (10). Håpet er at det skal skje en kvalitetsforbedring, noe som er nødvendig for at flere kvinner skal ønske å føde i institusjon, og at det skal være et resultatfokus i helsetjenesten, som også skal komme barne- og mødreomsorgen til gode.

Kunnskapsbasert medisin er dagens melodi, men det er omtrent umulig å lære av tidligere erfaringer. Kunnskapssenteret på Folkehelseinstituttet har laget en utredning som konkluderer med at det er gjort svært lite forskning på dette området, og fra det lille som finnes, er det høstet både positive og negative erfaringer (11). Også i India har Norge nylig satset på innsatsstyrt



Etter at solen har gått ned, er kerosinlampe, som her, eller lommelykt den eneste lyskilden på de fleste enklere helseinstitusjonene

finansiering i forbindelse med fødsler, og der ble det i tillegg gitt penger til kvinner som føder i institusjon. En vurdering av dette initiativet viste at det hadde en del utilsiktede, negative følger (12). Fordi konteksten er så viktig og problemene så sammensatte, er overføringsverdien usikker. I stedet for å satse smalt på å gi økonomiske insentiver til helsepersonell som håndterer fødsler, kan det for eksempel hevdes at det trengs videre satsing enn fødsels- og barselomsorg, med tilgang til et videre spekter av reproduktive helsetjenester, som i det

minste omfatter familieplanlegging og abortomsorg. Dette er noen av de mest kontroversielle områdene av helsetjenesten.

Utfordringer i kø

Den tilnærmingen man har valgt i Tanzania med å støtte helsekurven med midler til tusenårs mål 4 og 5, er utfordrende på mange måter. Det gjelder bistandsadministrasjonen, inklusive det å finne den rette balansen mellom ambassaden og Utenriksdepartementet, Statsministerens kontor og fagorganer for norsk bistandsarbeid, som



Barselavdeling ved et sykehus

Norad og andre fagmiljøer. Uansett hvordan det går, bør satsingen i Tanzania være gjenstand for stor oppmerksomhet i de neste årene. Faglig sett er strategien svært rasjonell, men den kan møte på uoverstigelege hindringer i praksis.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Masanja HD, de Savigny D, Smithson P et al. Child survival gains in Tanzania: analysis of data from demographic and health surveys. *Lancet* 2008; 371: 1276–83.
2. The National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008–2015. Das es Salaam: United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare, 2008.
3. Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Genève: WHO, 2007.
4. United Republic of Tanzania. National Bureau of Statistics and Macro International. Tanzania Demographic and Health Survey 2004/5. Dar es Salaam: 2005.
5. Campbell White A, Merrick TW, Yasbeck AS. Reproductive health. The missing millennium development goal. Poverty, health and development in a changing world. Washington, D.C.: World Bank, 2006: 91.
6. Austveg B. Kvinners helse på spill. Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort. Oslo: Universitetsforlaget, 2006.
7. Moland KM. Giving birth in Kilimanjaro: the politics of knowledge in moral contexts. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap og Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen, 2002.
8. Mswia R, Lewanga M, Moshiri C et al. Community-based monitoring of safe motherhood in the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* 2003; 81: 87–94.
9. COWI, Goss Gilroy Inc, EPOS. Joint external evaluation. The health sector in Tanzania, 1999–2006. Copenhagen: Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2007. www.um.dk/en/menu/Development-Policy/Evaluations/Publications/ReportsByYear/2007/2007-3.htm [21.12.2008].
10. Lomoy J. The Norway-Tanzania partnership initiative: a model for reducing child mortality and improving maternal health. *UN Chronicle* 1.3.2008.
11. Oxman AD, Fretheim A. An overview of research on the effects of results-based financing. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16–2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008. www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/3219.cms?threepage=1 [29.10.2008].
12. Norads årsrapport 2008. Oslo: Norad, 2009. www.norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+page?key=127560 [15.9.2009].

Manuskriptet ble mottatt 28.11. 2008 og godkjent 24.9. 2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.

FNs tusenårsmål

I år 2000 vedtok FN åtte mål for fattigdomsbekjempelse, de såkalte tusenårsmålene. I en serie artikler i Tidsskriftet omtales noen av disse målene.

Her gjengis målene (1):

1. Utrydde ekstrem fattigdom og sult
 - Halvere andelen av mennesker som lever på mindre enn 1 dollar per dag
 - Oppnå full sysselsetting og verdig arbeid for alle, inkludert kvinner og ungdom
 - Halvere andelen som lider av kronisk sult
2. Sikre utdanning for alle
 - Alle barn, både gutter og jenter, skal fullføre en grunnskoleutdanning
3. Styrke kvinners stilling
 - Oppnå full likestilling i grunnskoleutdanning senest år 2005, og i alle nivåer av utdanning senest år 2015
4. Redusere barnedødeligheten
 - Redusere dødeligheten for barn under fem år med to tredeler
5. Redusere svangerskapsrelatert dødelighet
 - Redusere dødeligheten blant gravide og fødende kvinner med tre firedeler
 - Sikre universell adgang til reproduktiv helse
6. Stoppe spredning av hiv/aids, malaria og andre dødelige sykdommer
 - Stoppe, og begynne å reversere, spredningen av hiv/aids
 - Sikre alle som trenger det, tilgang til behandling for hiv/aids
 - Stoppe, og begynne å reversere, spredningen av malaria og andre dødelige sykdommer

7. Sikre miljømessig bærekraftig utvikling
 - Halvere andelen av verdens befolkning uten tilgang til rent drikkevann innen 2015
 - Forbedring i levekår for minst 100 millioner mennesker som bor i slumområder innen 2020
 - Integrere prinsippet om bærekraftig utvikling i alle lands politikk og strategier, og reversere tap av miljøressurser
 - Redusere tap av biologisk mangfold
8. Bygge et globalt partnerskap for utvikling
 - Videreutvikle et åpent, regelbasert, forutsigbart og ikke-diskriminerende handels- og finanssystem
 - Ta hensyn til de spesielle behovene for de minst utviklede landene (MUL)
 - Ta hensyn til de spesielle behovene for fattige øystater og stater uten kystlinje
 - Arbeide helhetlig for løsninger på gjeldsproblemet i fattige land
 - I samarbeid med legemiddelindustrien, gjøre medisiner tilgjengelig for utviklingsland til en rimelig pris
 - I samarbeid med privat sektor, gjøre moderne teknologi tilgjengelig

Litteratur

1. FN-sambandet. FNs tusenårsmål. Hva er tusenårsmålene? www.fn.no/Temaer/OEkonomisk-og-social-utvikling/FNs-tusenaarsmaal/Hva-er-Tusenaarsmaalene [5.10.2009].

