



Fra presidenten: Felles innsats for barne- og mødrehelse

De åtte tusenårsmålene er FNs oppskrift på hvordan man skal bekjempe fattigdom i verden. Den norske regjeringen har påtatt seg et særlig ansvar for det fjerde og femte tusenårsmål rettet mot henholdsvis barne- og mødrehelse. Legeforeningen vil bidra til realisering av målene både gjennom nasjonalt og internasjonalt arbeid.

Hvert tiende sekund dør et nyfødt barn. Hvert minutt dør en kvinne i barsel eller på grunn av komplikasjoner under graviditet. Fire av fem barnedødsfall skjer i de fire første leveukene (1). Skal FNs fjerde tusenårsmål om reduksjon i barnedødelighet nås, må også nyfødtdødeligheten reduseres betydelig. FNs femte tusenårsmål er rettet mot å redusere svangerskapsrelatert dødelighet; det vil si kvinner som dør under svangerskap, fødsel, abort eller i de første månedene etter at graviditeten er avsluttet.

Mødre dødelighet er en av indikatorene på global ulikhet. Den er nesten eliminert i vår del av verden, mens de verst rammede landene har om lag 1 000 ganger høyere dødelighet. Disse tallene har vært uendret i over 20 år. Fremdeles dør mer enn en halv million kvinner årlig i forbindelse med svangerskap eller fødsel (2). Ekstra utfordringer ser vi i land som Nicaragua hvor abort er totalforbudt, også for å redde kvinnens liv. Verdens legeforening (WMA) vedtok en resolusjon mot denne loven på sitt møte i New Delhi i fjor høst.

Hvordan er barne- og mødrehelsen i Norge? Legeforeningen gjennomfører i disse dager høring av utkast til statusrapporten for 2010. Tema for rapporten er nettopp barns helse. Også i Norge skal barns trygghet og rett til verdige oppvekstvilkår være det overordnede hensyn. En kompetent og kvalifisert primærhelsetjeneste er helt avgjørende for å sikre barna gode helsetjenester i lokalmiljøene – i godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Jo tidligere man kan identifisere barn i risikozonen og iverksette adekvate tiltak som styrker barnet og dets nære voksne på gode måter, jo større er sannsynligheten for at barn klarer seg bra. Nødvendige helsetjenester til barn må også inkludere barn i den utsatte gruppen papirløse innvandrere. FNs barnekonvensjon er ratifisert av Norge og tatt inn i norsk lov gjennom menneskerettsloven. Det er tvilsomt om Norge kan nekte disse barna helsehjelp uten å bryte denne loven.

Statsminister Jens Stoltenberg har i flere år engasjert seg for å redde barn i utviklingsland ved hjelp av vaksiner og for å etablere bedre helse-systemer for gravide kvinner. I 2007 etablerte Norge et fond i Verdensbanken for å finansiere gode helse-systemer for kvinner og barn. Norge har samarbeidsprogrammer med India, Pakistan, Tanzania og Nigeria. Et helt sentralt tiltak er å øke andelen av kvinner som velger trygg fødsel på fødeinstitusjon.

Totalt har Norge i perioden 2007–09 bidratt med 2,8 milliarder kroner for å nå FNs fjerde og femte tusenårsmål. Norske myndigheter har signalisert et ønske om å forsterke dette engasjementet og statsministeren annonserte at Norge vil forlenge støtten frem til 2020, fem år utover det som tidligere har vært varslet.

Mangel på leger og annet helsepersonell gjør at store grupper av verdens befolkning ikke har tilgang til grunnleggende helsetjenester. Problemet øker bl.a. på grunn av aktiv rekruttering til rike land. Høyinntektsland står overfor en demografisk endring i befolkningen. Etterspørselen etter arbeidskraft fra utlandet antas derfor å øke i fremtiden.

FNs tusenårsmål for barne- og mødrehelse og økende internasjonal vilje til økonomisk innsats har ført til endringer i helsetilbudet for fattige mennesker. Denne satsingen har imidlertid i liten grad lagt vekt på tiltak for å styrke utdanningen av helsepersonell i lav- og mellominntektsland. Legeforeningen mener Norge og norske institusjoner bør utvide og kvalitetssikre sitt samarbeid om utdanning av helsepersonell i disse landene (3). Samarbeidet bør ha som hovedmål å styrke og opprettholde rekruttering i land/områder med legemangel. Norske bevilgende myndigheter og bistandsorganisasjoner må ha et helhetlig og langsiktig perspektiv for å styrke grunnutdanning og spesialisering av leger i lav- og mellominntektsland. Det er viktig å styrke lokale fagmiljøer og bidra til å etablere faglige nettverk nasjonalt, regionalt og internasjonalt med vekt på utdanning av lokale ledere og undervisere. Utdanningssamarbeid kan gi norske leger verdifull kompetanse og innsikt i håndtering av sykdommer som er sjeldne i Norge. Samtidig vil de få verdifull kunnskap om helsetjenesteorganisering og helseutfordringer i lav- og mellominntektsland.

Legeforeningen mener rike land er forpliktet til å planlegge og investere nok til å dekke eget behov for leger og legespesialister. Legeforeningen har vedtatt et eget policynotat på migrasjon og legemangel i fattige land, etter initiativ fra foreningens utvalg for internasjonal helse. Den europeiske legeforeningen CPME har i 2007 også vedtatt retningslinjer for dette. Norske myndigheter må arbeide aktivt for en politikk som bidrar til rettferdig fordeling av helsepersonell globalt. Vi må delta aktivt i Verdens helseorganisasjons (WHO) arbeid for utvikling av etiske retningslinjer for rekruttering av leger fra fattige land til høyinntektsland.

Det er nå 20 år siden FNs barnekonvensjon ble vedtatt av FNs hovedforsamling, men behovene for satsing på både barn og mødres helse er fortsatt store. Legeforeningen vil både gjennom nasjonalt og internasjonalt engasjement arbeide for mødrehelse og for barns rettigheter til omsorg, god helse og et trygt liv.

Litteratur

1. Størdal K. Nyfødtdødelighet – nøkkel til redusert barnedødelighet. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2270–3.
2. Sundby J. Tusenårsmål 5 – reduksjon av mødre dødelighet. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2394–6.
3. Shuja AL. Styrket samarbeid om utdanning av leger i lavinntektsland. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 419.



Torunn Janbu

Torunn Janbu
torunn.janbu@legeforeningen.no
president