

Tusenårsmålene for helse – rekker vi dem innen 2015?

Møtet i FNs generalforsamling i september 2000 er blitt historisk. Ved inngangen til et nytt årtusen samlet 189 stats- og regjeringsledere seg bak tusenårserklæringen. Tusenårsmålene har inspirert, mobilisert, engasjert og ikke minst bidratt til at viktige tiltak er blitt finansiert på et nivå verden ikke har sett tidligere. Men vil vi nå målene innen 2015?

Engelsk oversettelse av hele artikkelen på www.tidsskriftet.no

Sverre O. Lie

sli@helsedir.no
Avdeling for global helse
Helsedirektoratet

Dipali Gulati

Norsk medisinstudentforening
Rikshospitalet

Halvor Sommerfelt

Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen
og
Divisjon for smittevern
Folkehelseinstituttet

Johanne Sundby

Avdeling for samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo

FNs tusenårs mål er utformet på bakgrunn av tusenårserklæringens kapittel 3 om utvikling og fattigdomsbekjempelse (1, 2) (ramme 1). Fellesnevner for alle målene er å bekjempe fattigdom og den groteske forskjellen i livsbetingelser mellom land og innenfor det enkelte land. At tusenårs-målene ble født i år 2000, er ikke overraskende. Navnet gir seg selv, og målene er statslederens «fødselsdagsgave» til klodens innbyggere. En raskere og mer direkte tilgang til informasjon bidro til å synliggjøre global urettferdighet, TV-reportasjer formidlet lidelse og nød på en stadig mer direkte og konfronterende måte, menneskerettighetene var blitt noe mer enn vakre setninger på papir. Barnekonvensjonen, som ble vedtatt i 1989, var blitt ratifisert av alle land unntatt to, og stadig flere og tyngre aktører krevde at noe måtte bli gjort.

Fra tomme ord...

Alle målene har indikatorer som kan måles underveis. Utgangspunktet er 1990, da bl.a. verdenskonferansen for barn (World Summit for Children) ga svært gode data om barns situasjon i de forskjellige regionene. I september 1990 var flere statsledere (n = 71) og ministre (n = 88) enn noen gang tidligere samlet i New York for å diskutere nettopp barns situasjon. FNs konvensjon om barns rettigheter (Declaration on the

survival, protection and development of children) og en aksjonsplan (plan of action) ble vedtatt med tilnærmet enstemmighet. Men fremgangen uteble. Blant annet på denne bakgrunn ble tusenårsmålene formulert. Målsnoren er 2015.

Vi har fire år igjen, og det er vel liten tvil om at i mange fattige land vil ikke målene bli nådd. Men det er heller ingen tvil om at tusenårsmålene har engasjert og bidratt til at viktige tiltak er blitt finansiert på et nivå verden ikke har sett tidligere. I en rekke lav- og mellominntektsland har barnedødeligheten falt betydelig. I denne artikkelen gir vi en kort oversikt over aktører, finansiering og status for de såkalt helserelaterte målene, som er nr. 4, nr. 5 og nr. 6.

Aktører

Viktige aktører i den intensiverte innsatsen er hele FN-familien, Verdensbanken, mange regjeringer og ikke minst tidsskriftet *The Lancet*. Med redaktør Richard Horton i spissen har tidsskriftet siden 2003 utgitt en rekke serier som omhandler helsemålene. Man har hamret løs på den globale urettferdigheten og demonstrert hvor tragisk det er at fattigdomsåket tar nesten ni millioner unge liv hvert år. Seriene har uten tvil bidratt til en debatt som stadig har økt i intensitet.

Nye partnerskap er etablert. To av de viktigste er Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH) (3) og «Count-down»-møtene (4). PMNCH er en paraplyorganisasjon forankret i WHO. Den ble etablert i 2005, har per i dag nesten 400 medlemmer fra statlige og frivillige organisasjoner og har som viktigste oppgave å drive lobbyvirksomhet samt være kunnskapsbase for effektive intervensjoner. «Count-down» er en løst sammensatt konstellasjon som arrangerer store konferanser hvert annet år. Der følger man med på i hvor stor grad og på hvilke områder ulike land er på vei mot å nå mål nr. 4 og nr. 5.

Finansiering

En viktig analyse om helse og økonomi ble publisert i *The Lancet* i 2009 (5). Bistanden fra offentlige og private kilder til mødre- og

barnehelse vokste fra 5,6 milliarder dollar i 1990 til 21,8 milliarder i 2007 – og har vokst videre etter dette. Bistanden formidlet via FN-systemet er imidlertid blitt mindre. Nye finansielle aktører er etablert, som de globale fondene for vaksiner (GAVI Alliance) og for bekjempelse av hiv/aids, tuberkulose og malaria (GFATM). Private filantroper er blitt meget synlige – som Bill & Melinda Gates-stiftelsen. Dette har forandret den globale arkitekturen vesentlig – og flere av FN-organisasjonene sliter med økonomien. Dette omtales i en annen artikkel i denne serien (6).

Status

Innsatsen følges nøye. Hvert år gir FN ut *The Millennium Development Goals Report*, der status for hver av de åtte tusenårsmålene blir estimert (7).

Barn

En av de mange aktørene er UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), som har Unicef, WHO, Verdensbanken og FNs avdeling for befolkningsstudier (United Nations Population Division) som medlemmer (8). De hevder at antall barn som dør før de når femårsdagen har falt fra 12,4 millioner i 1990 til 8,1 millioner i 2009. Fallet i dødelighet hos barn under fem år (under 5- dødsfall) har skjedd fortere etter år 2000 enn i 1990-årene. Over halvparten av dødsfallene inntrer første leveår. De viktigste dødsårsakene hos barn under fem år er fremdeles lungebetennelse (18 %) og diaré (15 %).

Mødre

Tusenårs mål nr. 5 har endelig fått økt oppmerksomhet. I tillegg til det opprinnelige målet, som var å redusere mødredødeligheten med tre firedeler innen 2015, ble det også etter mye tautrekking tilføyd et delmål 5b – universell tilgang til reproduktiv helse. Mødredødeligheten er den indikator som best markerer den utålelige forskjellen mellom den rike og den fattige verden og som også sier noe om tilgangen på gode nok helsetjenester (9, 10).

Ifølge nye tall var det 359 000 mødre-dødsfall i 2008, en nedgang på 34 % fra 1990 (9, 10). 99 % av disse dødsfallene finner fortsatt sted i den fattige del av verden. Afrika sør for Sahara og Sør-Asia står for 87 %. Risikoen for at en 15 år gammel kvinne skal dø som et resultat av svangerskap i løpet av reproduktiv alder er nesten 10 % i Afghanistan og over 3 % i Afrika sør for Sahara. At mødre-dødeligheten i Afrika har gått så lite ned, skyldes bl.a. at fertiliteten fremdeles er høy og at altfor få føder med utdannet og kvalifisert fødselshjelper til stede. Men nye tall peker på at også i Afrika sør for Sahara hadde mødre-dødeligheten vært betydelig lavere hvis det ikke vært for de aggressive hiv-epidemiene (9, 10).

De vanligste årsakene til mødre-død er illegale aborter, fødsler som stopper opp, blødninger, eklampsi (svangerskapsforgiftning) og sepsis. Abort er og blir kontroversielt. Men andelen som dør er på vei ned, fordi flere har tilgang til medikamentell abort. Kanskje spesielt provoserende er den høye andelen svangerskap hos svært unge jenter i de fleste fattige land. I India er over 40 % gift før de er 18 år – og 25 % før de er 16 (11). Hos kvinner under fortsatt vekst og utvikling er risikoen for komplikasjoner fem ganger så høy som hos kvinner i 20-årene. En annen utfordring, men også en stor mulighet, er den tette koblingen mellom mødresykkelighet og perinatal dødelighet. God fødselshjelp er fremdeles mangelfull, men vil ikke bare redusere mødre-dødeligheten, også antallet dødfødte og sykkelighet og dødelighet blant de nyfødte vil gå ned (9, 10, 12).

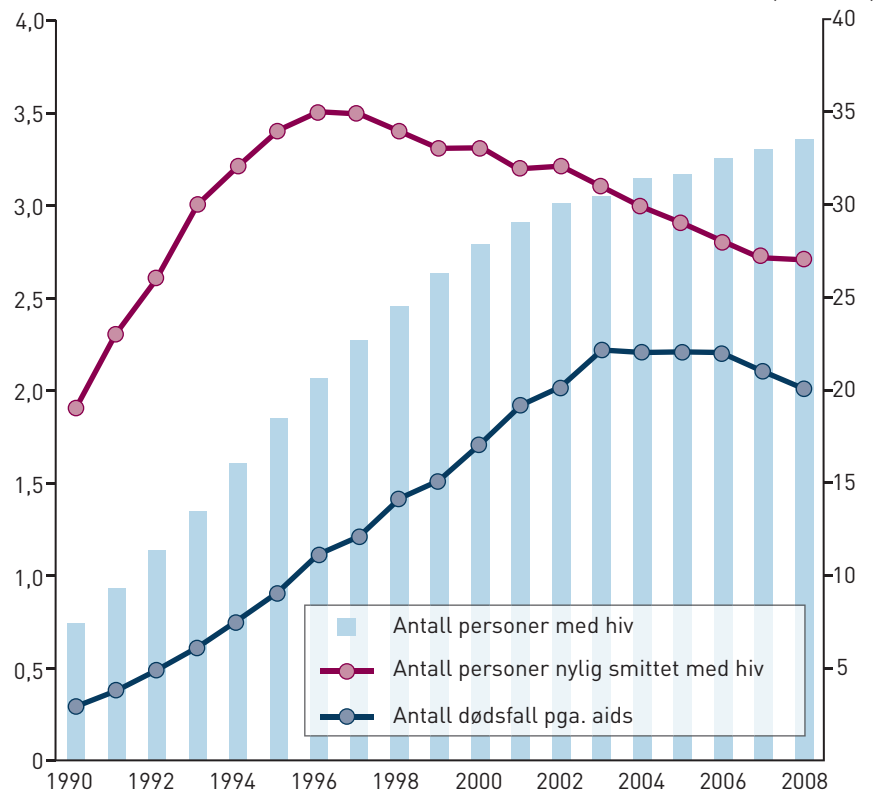
En viktig helseindikator som ikke har fått plass på tusenårslisten er dødfødsler. Hvert år er det over 2,7 millioner dødfødte. Igjen er det de fattigste, med dårligst helsetilbud, som rammes hardest. Kvinner som lider av sykdom under svangerskapet, har større risiko for å oppleve dødfødsel, og dårlig svangerskapsomsorg og fødselshjelp øker forekomsten (12–14).

Hiv/aids og malaria

Tusenårs mål nr. 6, som handler om å bekjempe hiv/aids, tuberkulose og malaria, er også i sikte i flere land, men det er fortsatt mye som må gjøres. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria (GFATM) ble etablert av FNs generalsekretær i 2002. Til nå er det bevilget 21,7 milliarder dollar til 150 land. I slutten av år 2000 levde 36,1 millioner mennesker med hiv, mot 33,3 millioner i slutten av 2009. Det er grunn til å tro at mesteparten av reduksjonen skyldes endret seksualatferd og at de mest aggressive ungdomsepidemiene i Afrika sør for Sahara er i ferd med å gå over i senere faser med mindre intens smittespredning. 68 % av de hivpositive bor i Afrika sør for Sahara (15).

Strategiene er økt forebygging og økt

Personer nylig smittet med hiv og dødsfall pga. aids (millioner)



Figur 1 Utviklingen i antall hivinfiserte og antall dødsfall pga. aids de siste årene. Etter figur i FN-rapport fra 2010 (7, s. 40) Gjengitt med tillatelse

behandling. Fra å være en sykdom som i stor grad også rammet folk i de øvre sosiale lag i Afrika sør for Sahara, skjer det nå et skifte der folk med bedre utdanning nytter godt av forebyggende tiltak, mens

man hos dem uten eller med lav utdanning ikke ser den samme nedgangen i risikoen for hivinfeksjon (7). Figur 1 viser at veksten i antall smittede har stanset – og at forekomsten nå synker (7). Økt bruk av anti-

Ramme 1

FNs tusenårs mål (Utenriksdepartementets oversettelse)

1. Utrydde ekstrem fattigdom og sult. Halvere andelen av verdens befolkning som lever på under 1 dollar om dagen innen 2015. I samme periode halvere andelen av verdens befolkning som sulter
2. Sikre grunnskoleutdanning for alle barn. Sikre full grunnskoleutdanning for alle barn, både gutter og jenter, innen 2015
3. Fremme likestilling og styrke kvinners stilling. Sikre likestilling mellom kjønnene, og gi kvinner større muligheter. Fjerne forskjellen mellom andelen gutter og jenter i grunnskole og videregående skole, fortrinnsvis innen 2005 og på alle skoletrinn innen 2015
4. Redusere barnedødeligheten. Redusere dødeligheten blant barn under fem år med to tredeler mellom 1990 og 2015
5. Forbedre helsen til gravide og fødende kvinner. Redusere dødeligheten blant gravide og fødende kvinner med tre firedeler mellom 1990 og 2015¹
6. Bekjempe hiv/aids, malaria og andre sykdommer
7. Sikre en miljømessig bærekraftig utvikling. Halvere andelen mennesker uten tilgang til sikkert drikkevann innen 2015. Oppnå en betydelig bedring i levekårene for minst 100 millioner mennesker som lever i slumområder innen 2020
8. Utvikle et globalt partnerskap for utvikling. Utvikle et åpent, regelbasert og ikke-diskriminerende handels- og finanssystem som tar vare på behovene til de minst utviklede landene

¹ 5b (kommet til senere). Sikre universell tilgang til reproduktiv helse

retroviral behandling vil også kunne hindre smittespredning i stor grad.

Den globale distribusjonen av myggnett økte fra 1,35 millioner i 2004 til 18 millioner i 2006. Likevel dør det et barn hvert 30. sekund av malaria. 90 % av malaria-dødsfallene skjer i Afrika sør for Sahara, hvor sykdommen forårsaker om lag en av fem barnedødsfall. Det har vært enorm vekst i givere og i finansiering av tiltak mot malaria, investeringene økte fra 50 millioner til 800 millioner amerikanske dollar fra 1997 til 2007. Mortaliteten av malaria ble redusert dramatisk mellom 2001 og 2006, blant annet i Rwanda (45 % nedgang) og på Filippinene (76 % nedgang) (7).

Hvilken rolle kan Norge spille?

Utfordringene er store, og det er opp til de enkelte land å legge til rette for at målene skal nås. Politisk press og globale kampanjer må gå hånd i hånd med bistand og mobilisering. Norge har på mange måter stått i spissen for en stor internasjonal mobilisering. Initiativene er nye og annerledes. Det begynte med etableringen av GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) i år 2000. Sammen med Bill & Melinda Gates-stiftelsen ble fundamentet lagt for å sikre og øke bruken av effektive vaksiner i fattige land. Siden har Norge bidratt med 500 millioner kroner årlig til denne virksomheten.

Det ble etter hvert også etablert partnerskap med fire store land (India, Pakistan, Nigeria og Tanzania) med sikte på å støtte disse landenes egne programmer for å bedre mødre- og barnehelsen. Disse programmene har en ramme på 250 millioner kroner per år. Mange land, inkludert Norge, mener at 5–10 % av store investeringer i helsefremmende arbeid i utviklingsland bør gå til forskningsbaserte målinger av hvordan oppskaleringen foregår og til måling av effekt. Disse aspektene omtales i en annen artikkel i denne serien (16).

Flere lands økende engasjement i global satsing kulminerte i FN's hovedforsamling i september 2010, da en global strategi for mødre- og barnehelse ble lansert (17). Ikke bare ble fikk den en overveldende oppslutning – det ble også gitt forpliktende løfter om støtte til dette arbeidet på i alt 40 milliarder dollar. Fremdeles bør det være de fattigdomsrelaterte sykdommene som står i sentrum. Norges offentlige bistand til helse – med vekt på mor og barn – ble mer enn tredoblet fra 1990 til 2008, fra 912 millioner kroner til 3,1 milliarder kroner. For 2011 er det vedtatt en ramme på 1,595 milliarder kroner til globale helse- og vaksinasjonsinitiativer – mens FN-systemet samlet har en ramme på over 4 milliarder. Unicef alene får vel 1 milliard kroner i 2011. Det gjør oss til den nest største giveren – og dette er *ikke* korrigerert for antall innbyggere!

Den politiske aktiviteten er stor og

omfattende på det globale planet. Statsministeren leder et nettverk av statsledere som skal sørge for å opprettholde og helst øke engasjementet for å bedre mødre- og barnehelse. Utenriksministeren har etablert et nettverk med utenriksministre fra sju land som har sammenhengen mellom helse og utenrikspolitikk som tema. Nye initiativer dukker stadig opp. Blant annet ble det i april 2011 lansert et nytt partnerskap mellom Bill & Melinda Gates-fondet, Verdensbanken og den norske regjering. Denne gang er det lagt hovedvekt på de nyfødte – spesielt hvordan ny teknologi kan utnyttes for å utvikle og forbedre omsorgen i denne første og viktigste tiden i et menneskes liv. Over 50 millioner amerikanske dollar er rammen for de første fem årene.

Refleksjoner

Aldri før har vi sett et slikt engasjement når det gjelder mødre- og barnehelse som nå. Aldri før har vi sett mer penger i potten og aldri før har aktivitetene vært mer synlige. Slå inn «Millennium Development Goals» på Google – og du får 3,4 millioner treff. Likevel er det noen paradokser som må nevnes. Heldigvis vil store regioner nå de helserelaterte mål uten at utenlandsk bistand har spilt en vesentlig rolle. Dette gjelder bl.a. hele Latin-Amerika, Kina, Nord-Afrika og Sørøst-Asia.

Den store utfordringen er afrikanske land sør for Sahara, Pakistan og store deler av India. Skal vi snakke om en global oppnåelse av målene, må disse levere fort. Kanskje er den viktigste flaskehalsen i disse landene et dårlig fungerende helse-system. En helsestasjon kan i utgangspunktet ha en god bemanning, adekvate lokaler og hyller med medikamenter og utstyr, men vil fort råtne på rot dersom personalet ikke får lønn eller oppfølging, forsyningen av utstyr og medikamenter er mangelfull og privat sektor frister. Det blir spennende å se om den globale strategien (17) og oppfølgingen av denne vil være av avgjørende betydning.

Sverre O. Lie (f. 1938)

er tidligere klinikkisjef og professor ved Barne-klinikken, Rikshospitalet. Har de siste fem årene arbeidet med global helse – særlig med Norges engasjement i forhold til FN's tusenårsmål.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dipali Gulati (f. 1989)

går femte året på medisinstudiet ved Universitetet i Oslo. Hun er for tiden på utveksling ved the University of Melbourne og har tidligere vært på utveksling ved Karolinska Institutet. Hun har vært aktiv i Norsk medisinstudentforening siden hun startet studiet. I foreningen har hun jobbet med globale helsespørsmål og har bl.a. hatt vervet som menneskerettighetsansvarlig nasjonalt.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Halvor Sommerfelt (f. 1957)

er lege og professor ved Senter for internasjonal helse, Universitetet i Bergen.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Johanne Sundby (f. 1951)

er gynekolog, professor i samfunnsmedisin og arbeider med reproduktiv helse i Afrika.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly. Sep 18 2000. www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf (12.5.2011).
2. United Nations. We can end poverty 2015! Millennium development goals. www.un.org/millenniumgoals/ (12.5.2011).
3. World Health Organization. The partnership for maternal, newborn and child health. www.who.int/pmnch/en/ (12.5.2011).
4. 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: 2032–44.
5. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet* 2009; 373: 2113–24.
6. Møgedal S, Alveberg B, Pereira C. Den globale helsearkitekturen – til nytte for alle? *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1660–2.
7. The Millennium development goals report 2010. New York: FN, 2010. mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/MDG_Report_2010_En.pdf (12.5.2011).
8. Levels and trends in child mortality: report 2010. New York: UNICEF, 2010. www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2010.pdf (12.5.2011).
9. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375: 1609–23.
10. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Genève: WHO, 2010. whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf (12.5.2011).
11. Raj A, Saggurti N, Balajiah D et al. Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: a cross-sectional, observational study. *Lancet* 2009; 373: 1883–9.
12. Stillbirths series. *TheLancet.com*. www.thelancet.com/series/stillbirth (12.5.2011).
13. Jammeh A, Vangen S, Sundby J. Stillbirths in rural hospitals in the gambia: a cross-sectional retrospective study. *Obstet Gynecol Int* 2010; e-publiert 30.6. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910487/?tool=pubmed (12.5.2011).
14. Cham M, Sundby J, Vangen S. Fetal outcome in severe maternal morbidity: too many stillbirths. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 343–9.
15. Brown T, Bao L, Raftery AE et al. Modelling HIV epidemics in the antiretroviral era: the UNAIDS Estimation and Projection package 2009. *Sex Transm Infect* 2010; 86 [suppl 2]: ii3–10.
16. Kvåle G, Sommerfelt H. Internasjonal satsing for bedre helse – Norges rolle. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1796–8.
17. Global strategy for women's and children's health. New York: FN, 2010. www.who.int/pmnch/topics/maternal/201009_globalstrategy_wch/en/index.html (12.5.2011).

Mottatt 18.5. 2011, første revisjon innsendt 29.6. 2011, godkjent 7.7. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.