



DET KONGELIGE
UTENRIKSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2011–2012)

Melding til Stortinget

Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken



Innhold

1	Sammendrag	5	4.2.4	Helsepersonell	25
			4.2.5	Dobbel sykdomsbyrde – ikke-smittsomme sykdommer (NCD)	26
2	Innledning	7			
2.1	Økonomiske og administrative konsekvenser	9	4.3	Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse	28
3	Global helse – interesser og rettigheter	10	4.3.1	Helseutfordringer som følge av klimaendringer	28
3.1	Regjeringens globale helseinnsats	10	4.3.2	Smittevern og pandemier – forebygging og håndtering	31
3.2	Arenaer for det globale helsearbeidet og norsk helsediplomati	11	4.3.3	Tilgang til legemidler	32
			4.3.4	Seksualisert vold under og etter konflikt	34
			4.3.5	Helse – utenrikspolitikk og internasjonalt samarbeid	35
4	Prioriteringer	15	5	Tilnærminger og sammenhenger	38
4.1	Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse	16	5.1	Kunnskapsbasert politikk	38
4.1.1	Kvinnens og barns helse	16	5.2	Konsensusbygging og mobilisering	41
4.1.2	Barn og ungdoms helse – en investering for fremtiden	18	5.3	Nytenkning, resultatorientering og forutsigbarhet	42
4.2	Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging	20	6	Fremtidsperspektiv	45
4.2.1	Vaksinasjon	20			
4.2.2	Smittsomme sykdommer – aids, tuberkulose og malaria	20			
4.2.3	Helsesystem	23			



DET KONGELIGE
UTENRIKSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2011–2012)

Melding til Stortinget

Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken

*Tilråding fra Utenriksdepartementet 3. februar 2012,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Sammendrag

Denne stortingsmeldingen trekker opp utfordringer og gir klare prioriteringer for en samlet norsk global helsepolitikk frem mot 2020 gjennom tre satsingsområder:

- Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse
- Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging
- Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Norsk politikk bygger på, og har som målsetting å fremme og overholde grunnleggende menneskerettigheter. Lik tilgang til helsetjenester for alle – basert på bredt anlagte, robuste helsesystemer, er retningsgivende.

Helse er et globalt fellesgode. Norge skal gjennom politisk lederskap, diplomati og økonomisk støtte være en aktiv pådriver for å mobilisere en sterk og bred global konsensus for samarbeid om å ivareta nasjonale helsebehov. Samtidig skal vi bidra til å ansvarliggjøre nasjonale myndigheter for å etablere og sikre allmenn tilgang til helsetjenester.

En av målsettingene for norsk global helsepolitikk er å bedre integrere helsemålsettinger i utenriks- og utviklingspolitikken. Møteplasser for statsledere og FN-systemet, inkludert WHO, er

viktige arenaer. Politiske nettverk på tvers av tradisjonelle fora og samarbeidsallianser er et annet viktig virkemiddel. Et eksempel på dette er utenriksministernetverket fra syv land, hvor Norge er ett av medlemmene og hvor fellesnevneren er helse og utenrikspolitikk.

Å mobilisere 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 gjenspeiler med andre ord helse som én av forutsetningene for utvikling og fattigdomsreduksjon. Den globale strategien *Every Woman Every Child* som ble lansert av FNs generalsekretær i 2010 forankrer innsatsen. Prioriteringen legger primært føringer for utviklingspolitikken, men den har også betydning for det normative arbeidet i WHO og for helsekomponenten i EØS-finansieringsordningene. Flere folkerettslige instrumenter etablerer sterke forpliktelser for kvinners og barns rett til helse. Arbeidet for kvinners og barns rettigheter og helse er sentralt i det politiske mobiliseringsarbeidet, både internasjonalt og i dialogen med nasjonale myndigheter.

Reduksjon av sykdomsbyrden med vekt på forebygging retter seg inn mot sykdommer som står

for en stor andel av tapte leveår i de fattigste landene og mot styrking av helsesystemer med lik tilgang til helsetjenester for alle. Vaksinasjon – med GAVI og rutinevaksinasjon som flaggskipet – er og vil fortsatt være en nøkkelstrategi. Det er også oppnådd store fremskritt innen behandling og forebygging av de største livstruende smittsomme sykdommene – hiv og aids, malaria og tuberkulose. Norge vil fortsatt være i front på dette området. Svakt utbygde og sårbare helsesystemer, samt den globale helsepersonellkrisen, utgjør de største utfordringene for å redusere sykdomsbyrde, særlig i lavinntektsland. Regjeringen vil bidra til helsesystemer hvor nasjonale myndigheter tar et klart helhetsansvar for befolkningens helsetilbud og hvor tjenester innrettes slik at sårbare og utsatte grupper dekkes. En helhetlig tilnærming til helsepersonell inngår i dette arbeidet. Myndigheters helhetsansvar er et særskilt viktig tema i dialogen med myndigheter i lavinntektsland som tar steget over i gruppen av mellominntektsland.

Ikke-smittsomme sykdommer, herunder livsstilssykdommer, står for en økende andel av den globale sykdomsbyrden. Utfordringene er her til dels av en annen art enn for smittsomme sykdommer da det ligger betydelige økonomiske interesser bak markedsføring av helseskadelige produkter som tobakk, alkohol og usunn mat. Innsatsen for å forebygge og redusere ikke-smittsomme sykdommer krever derfor ikke bare en helhetlig folkehelsepolitikk nasjonalt, men også regionale avtaler som viktige bidrag til globale løsninger. WHO har en viktig rolle i dette arbeidet.

Fremme av menneskelig sikkerhet gjennom helse konkretiserer hvordan helsemålsettinger bedre integreres i utenriks- og utviklingspolitikken generelt. Klimaendringer, pandemier, man-

glende tilgang på legemidler og seksualisert vold er alle trusler mot god helse. Klimaendringenes følger for helse er potensielt store. Innsatsen for å bidra til forebygging av helsemessige konsekvenser av klimaendringer, med vekt på matsikkerhet, vannforsyning og sanitære forhold, vil bli styrket. Smittevern og pandemier er et annet viktig område der trygghet og sikkerhet ivaretas ved at helse er tema på den utenrikspolitiske dagsorden. Norge vil styrke og støtte WHO's arbeid med pandemiberedskap. Videre vil regjeringen videreføre innsatsen for styrket tilgang på legemidler for fattige land ved å sikre at dette aspektet ivaretas i blant annet vår handelspolitikk og ved å bidra til innovative ordninger for utviklingslands tilgang til effektive legemidler innenfor rammene av patent-systemet. Seksualisert vold i konflikt er en sammensatt utfordring som må møtes både med forebyggende og behandlende helsetiltak og med folkerettslige virkemidler og politisk mobilisering internasjonalt.

Regjeringens tilnærming til global helse beskrives i kapittel 5. Norsk global helsepolitikk skal være kunnskapsbasert. Et solid kunnskapsgrunnlag og gode analyser er en forutsetning for å kunne treffe gode valg rundt nytenkning og risikovillighet, og for å formulere de rette målsettingene og kriteriene for resultater. Norge skal i det globale helsesamarbeidet være en pådriver for kontinuerlig vurdering av effektive måter å organisere samarbeidet på og for utvikling av nye virkemidler – også der hvor det krever risikovillighet å gå nye veier. Bred politisk og økonomisk mobilisering for global helse er en målsetting. Drivkraften er resultater. Norge skal være en forutsigbar og troverdig partner som gjennom ledelse og dialog tar ansvar.

2 Innledning

Regjeringens arbeid har som mål å bidra til helsefremmende politikk for alle. Flere føringer ligger til grunn for innsatsen. Forebygging, herunder tilgang til rent drikkevann, trygg mat, riktig ernæring, gode sanitærforhold, vaksiner og kunnskap om hvordan fremme god helse og unngå sykdom, er en slik føring. Utjevning av sosiale helseforskjeller gjennom økonomisk og sosial utjevning generelt, både mellom land og innad i land, og universell tilgang til grunnleggende helsetjenester gjennom utbygging av gode offentlige helsesystemer er sentralt. Nasjonalt eierskap og styring må ivaretas for å sikre at samarbeid innen helse bygger på myndighetenes prioriteringer og systemer som bidrar til reell helsefremme. Åpenhet, godt styresett og nulltoleranse for korrupsjon er viktig.

Regjeringen har en *rettighetsbasert tilnærming* til global helse. Regjeringen tar utgangspunkt i internasjonale menneskerettigheter, som nedfelt i blant annet konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, og konvensjonene om barns, kvinners og funksjonshemmedes rettigheter. Staten har i hvert enkelt land hovedansvaret for å oppfylle menneskerettighetene. Internasjonalt samarbeid skal støtte opp under staters evne og vilje til dette, med vekt på å sikre robuste helsesystemer og lik tilgang til helsetjenester for alle. Norge skal ha en tydelig stemme internasjonalt, særlig til støtte for undertrykte og marginaliserte gruppers menneskerettigheter.

Skeive maktforhold, krig og konflikt, klimaendringer, kvinnediskriminering og økonomiske og sosiale forskjeller er blant årsakene til dårlig helse. Ressurser prioriteres ofte feil, for eksempel når det gjelder tilgang til helsepersonell, både internt i land, mellom land og i mangelfull utdanning av helsepersonell. Svake insentiver for produktutvikling rettet mot sykdommer som dominerer i fattige land, og høye priser på legemidler bidrar til å gjøre livsviktige medisiner utilgjengelige for de som ikke kan betale i fattige land. Krig og væpnet konflikt fører ikke bare til krigsskader, men også en kraftig økning i dødelighet og sykkelighet som følge av rasering av helsesystemer, ødelagte sanitærforhold, minelagt jordbruksareal med mer. Klimaendringene fører blant annet til

økt smitterisiko og reduserer tilgangen på drikkevann og trygg mat. Kvinner utsettes for økt helse risiko ved at de ofte blir fratatt makt og myndighet over sin egen kropp, samt tilgang til utdanning og helsetilbud. Malaria, hiv og tuberkulose er fortsatt store helseutfordringer.

Norsk utenriks- og utviklingspolitikk tar sikte på både å fokusere på dagens store helseutfordringer, og å motvirke grunnleggende årsaker til sykdom og dårligere helse.

Regjeringen har i Soria Moria-erklæringen løftet helse i utenriks- og utviklingspolitikken til et prioritert område. Norge har opparbeidet en betydelig posisjon på feltet internasjonalt gjennom aktivt politisk, diplomatisk og faglig engasjement i en årrekke. Vi har en viktig rolle å spille i internasjonale politiske prosesser. Engasjementet strekker seg tilbake til etableringen av WHO, UNICEF og UNAIDS samt i nyere tid GAVI, Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria (heretter *Det globale fondet*) og UNITAID frem til lanseringen av Global strategi for kvinners og barns helse under FNs generalforsamling 2010. Norge er i dag svært synlig innen global helse, både når det gjelder økonomiske bidrag i prosent av BNI, helsediplomater og politisk mobilisering. Norsk innsats innen helse i utenriks- og utviklingspolitikken er særlig rettet mot barne- og mødre helse og forebygging og behandling av smittsomme sykdommer som hiv og aids, malaria og tuberkulose. Helsesystemstyrking, håndtering av pandemier og av helsepersonellkrisen, beskyttelse og fremme av seksuell og reproduktiv helse og rettigheter, støtte til global helseforskning og kunnskapsutvikling og arbeid mot omskjæring og kjønnslemlestelse er også viktige innsatsområder.

Satsing på og engasjement innen global helse er en strategi både i norsk politikk for fattigdomsbekjempelse og i fremme av nasjonal folkehelse. Politisk lederskap og mobilisering gjennom globalt helsediplomati har vist seg å være effektivt for å øke oppmerksomheten om global helse. Nye tilnærminger, innovative finansieringsmekanismer og medvirkning til å etablere nye resultatfokuserte metoder har vært strategisk viktige bidrag fra Norges side og blant annet bidratt til å

mobilisere både flere givere og mer ressurser. Dette er politisk nybrottsarbeid som åpner for nye muligheter også på andre områder ved å etablere nye former for samarbeid og resultatorientering.

Betydelige resultater er oppnådd innen helse de siste ti årene. Over 300 millioner barn i lavinntektsland er vaksinert med vaksiner de tidligere ikke hadde tilgang til. Dødsfall som følge av meslinger er redusert med over 90 prosent i Afrika sør for Sahara. Globalt er det etablert en tobakkskonvensjon, et internasjonalt regelverk for å oppdage, rapportere og håndtere utbrudd av smittsomme sykdommer av betydning for internasjonal folkehelse samt et rammeverk for å forebygge og håndtere pandemier. Dette viser betydningen av en resultatorientert politikk. Norge har medvirket både gjennom økonomiske bidrag og som politisk pådriver. Regjeringen vil bygge videre på dette gjennom en målrettet politikk for global helse, med fokus på de områder hvor Norge kan være en effektiv bidragsyter til oppnåelsen av de prioriteringer vi har satt oss både for nasjonal og internasjonal helse.

Regjeringens prioriteringer er:

1. Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse
2. Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging
3. Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Samtidig skal vi bevare et våkent blikk for de endringer det neste tiåret vil bringe. De globale helseutfordringene utvikler seg raskt, noe økningen i ikke-smittsomme sykdommer er et eksempel på. Dette krever fortsatt vilje og evne til å justere kursen når situasjonen gjør det berettiget.

Global helse gjøres med denne meldingen for første gang til gjenstand for en samlet behandling i Stortinget. Den klart største andelen av de midlene Norge bruker på global helse er fra bistandsbudsjettet. Dette inkluderer FNs tusenårsmål av 2000, innsats for helse i de fattigste landene og fortsatt politisk mobilisering internasjonalt for disse målsettingene. Men global helse er ikke reduserbart til utviklingssamarbeid. Den globale helseagendaen rommer også regionale og bilaterale arenaer, og omfatter langt fra bare de fattigste landene. Regjeringens tilnærming til global helse anerkjenner at kompleksiteten i de globale helseutfordringene fordrer fleksibilitet og evne til å se ulike politikkområder i sammenheng.

Behovet for meldingen reflekterer regjeringens høye prioritering av globale helsespørsmål,

Boks 2.1 Global helse

Global helse er et relativt nytt begrep hvor det ennå ikke foreligger en omforent definisjon. Global helse vektlegger betydningen av forbedret helse for hele verdens befolkning, redusert helseulikhet og løsninger på helseproblemer på tvers av landegrenser, så vel som på tvers av sektorer. Innsatsen inkluderer forebygging av sykdom, robuste helsesystemer, allmenn tilgang til gode helsetjenester og helseikkerhet for alle.

Helse er et globalt fellesgode. Både for rike og fattige land ligger det et vekstpotensial i forbedringer i helsesituasjonen, samtidig som forverring av helsesituasjonen kan utgjøre en trussel mot velstand og stabilitet. Helse spørsmål griper bredt inn i alle lands samfunnsforhold og er ofte sektorovergrepene. Dette gir helsespørsmål stor politisk betydning.

den styrkede politiske oppmerksomheten internasjonalt på helsespørsmål de siste årene, og også det faktum at arbeidet med global helse faller inn under flere deler av statsforvaltningen. Helse er et globalt fellesgode, en viktig del av utenriks- og utviklingspolitikken og inkluderer både politisk innsats og betydelige midler over bistandsbudsjettet som forvaltes av Utenriksdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet driver også et omfattende internasjonalt helsefaglig og helsepolitisk samarbeid. Til sammen utgjør dette arbeidet et mangfoldig helsediplomati. Det institusjonelle mangfoldet og bredden i innsatsen fører med seg betydelige utfordringer i forhold til fordringen om samstemt politikk, og et behov for å se alle sider av det globale helsearbeidet i sammenheng.

Virkefeltet for regjeringens globale helsepolitikk slik det er forstått i denne meldingen, defineres først og fremst av de helserelaterte tusenårsmålene. Det gir et hovedfokus på multilaterale kanaler og internasjonale samarbeidsgrupperinger, og på de tematiske områder som er knyttet til disse målene. Samtidig skuer meldingen lenger enn 2015 slik flere av de innsatser Norge har forpliktet seg til gjør, for eksempel innsatsen for vaksiner og helsesystemer. Formålet er å plassere dette engasjementet innenfor en bredere utenrikspolitisk og helsefaglig ramme som også rommer et bredere sett av målsettinger.

Kapittel 3 slår fast grunnlaget for regjeringens globale helsepolitikk, og gir en oversikt over det eksisterende engasjementet og de arenaer og kanaler dette finner sted innenfor, samt av bredden i norsk internasjonal helseinnsats. Kapittel 4 definerer regjeringens prioriteringer i det globale helsearbeidet med et perspektiv frem til 2020. Kapittel 5 redegjør for de tilnærminger som regjeringen legger til grunn for norsk global helseinnsats.

2.1 Økonomiske og administrative konsekvenser

Helse spørsmål står i sentrum for regjeringens oppfølging av FNs tusenårs mål, en oppfølging som rommer så vel utviklingssamarbeid som politisk mobilisering internasjonalt. Globale helse spørsmål berører og er en del av ivaretagelsen av norsk folkehelse. Dette gjelder eksempelvis den internasjonale beredskapen mot pandemier og bekjempelse av smittsomme sykdommer. Engasjementspolitikken er også en del av det globale helsearbeidet i form av arbeidet for å sikre helse relaterte menneskerettigheter og universell tilgang til helsetjenester.

Globale helse målsettinger følges opp i FN-fora, samarbeidet med EU, gjennom EØS-finansieringsordningene, i Nordområdesamarbeidet, og i en rekke andre internasjonale fora. Helse dimensjonen virker inn på mange mer allmenne utenrikspolitiske målsettinger som for eksempel arbeidet for å styrke kvinners rettigheter og like-

stilling, mens utenrikspolitiske prosesser som ikke først og fremst er helse relaterte, ofte har betydelige helsemessige konsekvenser, for eksempel landminekonvensjonen og konvensjonen mot klaseammunisjon.

Denne stortingsmeldingen sikter mot å gi dette mangfoldet av innsatser, samarbeidspartnere, arenaer, prosesser og sammenhenger et helhetlig uttrykk, og å definere regjeringens globale helsepolitikk – dens grunnlag, prioriteringer, tilnærminger og utfordringer. Dette bør igjen gi grunnlag for videre oppfølging med henblikk på å videreutvikle samstemthet og resultatorientering.

Den nære sammenhengen mellom globale helseutfordringer og samfunnsutviklingen mer allment gjør at global helse allerede er berørt i flere tidligere stortingsmeldinger. Her kan særlig nevnes Stortingsmeldingene nr. 11 *På like vilkår (2007-2008)*, 13 *Klima, konflikt og kapital (2008-2009)*, 14 *Mot en grønnere utvikling (2010-2011)*, 15 *Interesser, ansvar og muligheter (2008-2009)*, 20 *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (2006-2007)* og 40 *Norsk humanitær politikk (2008-2009)*. Denne meldingen tar ikke sikte på å gjenta avklaringer som allerede er gjort gjennom disse meldingene. Landbruks- og matdepartementet la høsten 2012 fram en stortingsmelding om landbruks- og matpolitikk som grenser inn mot flere av temaene som berøres i denne meldingen.

Utgifter knyttet til tiltakene som drøftes i denne meldingen vil bli dekket innenfor berørte departementers gjeldende budsjetterammer.

3 Global helse – interesser og rettigheter



Figur 3.1

Steve McCurry/Magnum Photos/All Over

3.1 Regjeringens globale helseinnsats

Global helse er høyt prioritert av regjeringen og et satsingsområde i utenriks- og utviklingspolitikken.

Arbeidet for global helse inkluderer oppfyllelsen av helsetusenårmålene og ivaretagelsen av individets rettigheter globalt, så vel som norsk folkehelse. Utenriks- og utviklingspolitikken bygger på og har som mål å fremme og overholde grunnleggende menneskerettigheter. Rettighetsperspektivet ligger til grunn for og er en betydelig del av motivasjonen for regjeringens sterke engasjement for tusenårmålene. Satsing på global helse er samtidig en investering i menneskelig sikkerhet, vekst og stabilitet.

FNs tusenårmål for utvikling og bekjempelse av fattigdom er hovedfundamentet for regjeringens utviklingspolitiske innsats. Av åtte tusenårmål omhandler tre helse spesifikt, og inkluderer mål om redusert barnedødelighet, bedret mødre- og helse og reduksjon av smittsomme sykdommer, spesielt hiv og aids, tuberkulose og malaria.

Prinsippet om lik tilgang til helsetjenester for alle ligger i bunn, og er retningsgivende for Norges helseengasjement i alle fora. Tilgang til helsetjenester for kvinner og barn, samt for sårbare grupper som mennesker med funksjonsnedsettelse, fattige, flyktninger og minoriteter er sentralt i regjeringens arbeid.

Globalt helsearbeid dreier seg også om ivaretagelsen av norsk folkehelse. Migrasjon og mer

Boks 3.1 Hva er et fellesgode?

Økonomer beskriver rene fellesgoder som *ikke-rivaliserende* og *ikke-ekskluderende*. Ikke-rivaliserende betyr at en persons (eller et lands) tilgang til et gode, som ren luft, ikke går på bekostning av andres tilgang til det samme godet. Ikke-ekskluderende betyr at når godet gjøres tilgjengelig for en person, så er det også tilgjengelig for alle andre. Typisk for slike goder er at nytteverdien for en privatperson ofte er mindre enn for samfunnet som helhet. Dermed vil en markedsstyrt tilførsel av fellesgoder ikke møte samfunnets behov. En kollektiv satsing er nødvendig. På nasjonalt nivå vil dette ofte være et myndighets-

ansvar, og sikres gjennom virkemidler som skatt, regulering og offentlig forbruk.

Fellesgoder strekker seg over landegrenser og regioner, og fra den lokale til den globale sfæren. Problemer knyttet til å sikre fellesgoder i en nasjonal kontekst forsterkes når det er snakk om globale fellesgoder. Dette skyldes at det er store forskjeller på kostnad og nytteverdi mellom det nasjonale og det globale nivået. Det er dermed særlig vanskelig å sikre en kollektiv innsats over landegrensene.

Kilde: Verdensbanken, Annual Review of Development Effectiveness 2008

utstrakt reisevirksomhet gjør at smittsomme sykdommer og mattrygghet er utfordringer med en sterkere grenseoverskridende dimensjon. Internasjonale forpliktelser og regelverk kommer til anvendelse også i Norge, og påvirker norsk folkehelse. Livsstilsrelaterede helsefaktorer som alkohol og tobakk har grenseoverskridende aspekter. Pandemitrusselen må møtes med en samordnet internasjonal respons.

Strategisk satsing på nye tilnærminger med solid politisk forankring har gitt resultater. I den kommende tiårsperioden skal Norge videreføre innsatsen for å mobilisere politisk vilje internasjonalt, og videreutvikle Norges posisjon som en gjenkjennelig og troverdig aktør innen global helsepolitikk. Norsk innsats skal være målrettet, resultatorientert og inkluderer innovasjon og risikovilje. Samtidig skal også langsiktighet og forutsigbarhet ivaretas. Et solid kunnskapsgrunnlag skal ligge i bunn for utformingen av norsk politikk.

3.2 Arenaer for det globale helsearbeidet og norsk helsediplomati

Helsediplomati rommer både utviklingssamarbeid, annet internasjonalt samarbeid og politisk mobilisering. Norge er en synlig og tydelig aktør i utviklingen av global helse og helsebistand. Norge har gjennom en årrekke bidratt både politisk, finansielt og faglig innen global helse og helsebistand.

Det er en målsetting å bidra til mer effektivt samarbeid mellom FN-systemet, Verdensbanken

med regionale utviklingsbanker og globale ordninger innen helse for å fremskynde og styrke resultatoppgåelse på landnivå. Norsk støtte til utviklingssamarbeid innen helse har økt kraftig siden 2000.

Statsminister Stoltenberg lanserte *The Global Campaign for the Health MDGs* og *Network of Global Leaders* (nettverk av 11 stats- og regjeringsledere) i 2007, og kunngjorde i FN i 2009 at Norge frem til 2020 vil bidra med tre milliarder kroner til globalt samarbeid for kvinne- og barnehelse. I 2006 presenterte Utenriksministeren sin agenda for å synliggjøre hvordan folkehelse og helsesikkerhet inngår i utenrikspolitikken. Dette munnet ut i Osloerklæringen fra 7-landsgruppen om utenrikspolitikk og helse året etter (jfr. Kapittel 4.3.5). Norsk innsats er også forankret i en rekke styreverv, blant annet WHO 2010-2013. Til sammen danner dette grunnlag for en stor del av den norske globale helseinnsatsen og har bidratt til at viktige strategiske allianser er etablert innen både utenrikspolitikk, utviklingspolitikk og helsepolitikk.

FNs menneskerettighetsråd er særlig viktig med henblikk på rettighetsspørsmål. Sikkerhetsrådet er en viktig politisk arena, jfr. for eksempel resolusjon 1325 om kvinner, fred og sikkerhet og resolusjon 1983 om hiv og aids og sikkerhet i konfliktsituasjoner, inkludert fredsbevarende operasjoner.

Utviklingspolitiske arenaer

De viktigste kanaler for norsk utviklingssamarbeid knyttet til global helse er multilaterale, og omfatter vaksinealliansen (GAVI), FNs

Boks 3.2 Sivilt samfunns rolle i global helse

Sivilt samfunn er anerkjent som en sentral aktør ikke bare i lokalsamfunn og på landnivå, men også internasjonalt. Sivile samfunnsorganisasjoner har i de fleste land, også i Norge, hatt stor betydning for utviklingen av dagens helsesystem, og senere som pådrivere i innsatsen mot enkeltsykdommer og for den generelle folkehelsen.

I mange utviklingsland er en stor andel av helsetjenestene drevet av trosbaserte organisasjoner, ofte som en følge av den mangeårige innsatsen til misjonsorganisasjoner og andre kirkelige og religiøse organisasjoner.

I nyere tid har det sivile samfunn hatt en spesielt sentral rolle i arbeidet for å oppnå helsetusenårsmålene. Et eksempel på dette er arbeidet mot hiv og aids, både innen forebygging og direkte tjenestelevering, men ikke minst som pådrivere i forhold til informasjon, arbeid mot stigmatisering, for retten til behandling og i arbeidet med tilgang til medisiner. En annen viktig oppgave er å være vaktbikkje og holde myndigheter ansvarlige for sine forpliktelser.

Innen de globale helseinitiativene og fondene, som GAVI og Det globale fondet, er sivilt samfunnsorganisasjoner aktive og viktige deltagere helt opp til styrenivået. De spiller også en viktig rolle inn mot FN-prosesser, selv om de der er observatører og ikke fullverdige medlemmer.

De store internasjonale sivile samfunnsorganisasjonene er viktige støttespillere for de multi-

laterale organisasjonene. De er uavhengige av myndigheter og har ofte større grad av fleksibilitet. Dette gjør at de kan være komplementære til blant annet FN-systemet, og pådrivere innen global helse gjennom sine sterke fagmiljøer. Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter er et innsatsområde der slike organisasjoner og deres lokale nettverk av nasjonale foreninger spiller en særlig viktig rolle, for eksempel i forhold til trygg abort eller for å beskytte og fremme rettighetene til sårbare grupper. International Planned Parenthood Federation (IPPF) er én av flere slike samarbeidspartnere som har mottatt norsk støtte over bistandsbudsjettet i en årrekke.

På denne måten er sivilt samfunnsorganisasjoner *viktige endringsagenter* for å fremme rettigheter både for befolkningen som helhet og for sårbare grupper slik som mennesker med funksjonsnedsettelse, hiv-positive eller jenter som blir utsatt for kjønnslemlestelse. Norge støtter norske og internasjonale sivilt samfunnsorganisasjoner både direkte og gjennom ulike fond og samarbeidspartnere.

En betydelig andel av norsk bilateral bistand til helse, ikke minst i humanitære og konfliktsituasjoner, kanaliseres gjennom sivile samfunnsaktører, deriblant Norges Røde Kors, Kirkens Nødhjelp, Redd Barna, Digni (tidligere Bistandsnemnda), Leger uten grenser og Atlasalliansen.

befolkningsfond (UNFPA), Det globale fondet, Verdens helseorganisasjon (WHO), FNs aidsprogram (UNAIDS), legemiddelinnkjøpsordningen UNITAID, FNs barnefond (UNICEF) og Verdensbanken. Disse kanalene har til sammen særlig gode forutsetninger for å håndtere grenseoverskridende problemstillinger og utgjør hovedtyngden av det norske helseengasjementet. De store helserelaterte multilaterale organisasjonene er ikke minst viktige arenaer for politisk mobilisering.

Norsk bilateralt utviklingssamarbeid er også en viktig del av den norske satsingen på de helserelaterte tusenårsmålene, primært gjennom innovative bilaterale prosjekter for resultatstyring, ofte forankret på statsledernivå, og bistand gjennom sivilt samfunn og Fredskorpset. Retten til grunnleggende helsetjenester og medisiner, spesielt for sårbare grupper, vektlegges også i bilateral dialog med politikere og myndigheter i samarbeidslandene og i utforming av prosjekter og programmer. Sivilt samfunn og privat sektor er et viktig supplement til offentlig sektor innen helsesystemstyrking, innovasjon og tjenestelevering i mange land, og er også sentrale pådrivere for retten til helse.

Politisk og normativt helsearbeid

WHO er som FNs normative organ på helse en sentral arena. WHOs konstitusjon fastslår at organisasjonen skal arbeide for at alle folk skal ha den beste helsetilstand som det er mulig å oppnå. Et sterkt WHO med et klart mandat og nødvendig autoritet og legitimitet til å oppfylle sine roller, er i alle medlemslandenes interesse.

Boks 3.3 Helse og menneskerettighetene

Retten til helse er nedfelt i internasjonale menneskerettighetsbestemmelser som konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (artikkel 12), konvensjonen om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner (artikkel 12), konvensjonen om barnets rettigheter (artikkel 24) og konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (artikkel 25) hvor det legges vekt på retten til den høyest oppnåelige helse for den enkelte. Siden oppnevningen av en spesialrapportør på retten til helse under Menneskerettighetskommisjonen i 2002 har forståelsen av rammene for og god praksis relatert til retten til helse blitt styrket.

Menneskerettighetene slår fast at primæransvaret for å oppfylle slike rettigheter tilligger staten i hvert enkelt land. Det vil si at nasjonale myndigheter er forpliktet til å sørge for en høyest mulig helsestandard tatt i betraktning tilgjengelige nasjonale ressurser og muligheter. Helse tjenester for alle må ivaretas gjennom nasjonal politikk med nødvendig finansiering og reguleringer hvor prinsippene om verdighet og ikke-diskriminering ligger i bunn. En sunn befolkning er ikke bare et mål i seg selv, men også et viktig bidrag nasjonale myndigheter kan gi til en velfungerende privat sektor.

Norge er styremedlem i WHO for perioden 2010-2013. Regjeringens WHO-strategi av september 2010 vektlegger særlig WHO sine normative funksjoner og rolle i global kunnskapsforvaltning om helse. Dette er et viktig fundament for den resultatbaserte innsatsen også gjennom andre kanaler, som for eksempel GAVI. Strategien angir disse overordnede målsettingene for styremedlemskapet:

- Bekjempe fattigdom ved å bidra til oppnåelsen av FNs tusenårsmål
- Underbygge og fremme retten til helsetjenester
- Bidra til å redusere de store sosiale forskjellene globalt
- Bidra til å redusere sykdomsbyrden
- Fremme kvinners rettigheter og likestilling

I tillegg til medlemskontingenten til WHO, er Norge én av de største bidragsyterne til WHOs utviklingssamarbeid gjennom tilleggsmidler over bistandsbudsjettet. For perioden 2010-2011 var dette 238,5 mill. kroner årlig. Norge vektlegger særlig WHOs arbeid innen de helselaterte tusenårsmålene, forskning og kvinners helse.

Underliggende faktorer for helse

God helse forutsetter tilgang til nok, trygg og ernæringsriktig mat, rent drikkevann, tilfredsstillende sanitære forhold, trygge arbeidsforhold og et rent miljø. Såkalte underliggende faktorer for helse er på regjeringens dagsorden i multilaterale fora som FNs miljøprogram (UNEP), FNs utvi-

klingsprogram (UNDP), UNFPA og de regionale utviklingsbankene samt gjennom bilateralt samarbeid. Helse som sektor søkes integrert i regjeringens øvrige FN-politikk og i bilateralt samarbeid.

Andre arenaer

Fokus på tusenårsmålene knytter norsk global helsepolitikk til fattigdomsreduksjon i utviklingsland. Samtidig rommer det globale helsearbeidet også mange andre arenaer. Helsesamarbeid er en betydelig komponent i EØS-finansieringsmekanismene, med vekt på utvikling av mottakerlandenes helsesystemer og forebyggende arbeid og med et særlig fokus på barn og unges helse. 166 millioner euro ble gitt til helseprosjekter i perioden 2004-2009, i tillegg til betydelige midler innen fondene for forskning, stipender og frivillige organisasjoner. Helseprioriteringen videreføres i programperioden 2009-2014. Interessen i mottakerlandene er økende. For 2009-2014 vil det være et fokus på bilateralt programsamarbeid mellom etater i den norske helseforvaltningen og samarbeidspartnere i mottakerlandene.

Norge har et tett samarbeid med EU innen helse og mattrygghet. Siden EØS-avtalen trådte i kraft i 1994 har utviklingen i EU fått en stadig økende betydning for norsk lov- og regelverk. De senere årene har EUs medlemsland også inngått et stadig mer omfattende helsefaglig samarbeid på områder utenfor EUs indre marked. Norge deltar aktivt i dette samarbeidet.

Norge har et nært og godt samarbeid med Russland innen helse- og omsorgssektoren. UD

bevilger årlig omlag 20 mill. kroner til helsesamarbeid med Russland. Midlene forvaltes av Helse- og omsorgsdepartementet og skal støtte opp om det arbeidet som gjøres innenfor Barentssamarbeidets helse- og sosialprogram og Nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet. Hovedprioriteringer i samarbeidet er forebygging og bekjempelse av smittsomme sykdommer, livstilsrelaterte sosial- og helseproblemer og utvikling av integrert spesialist- og primærhelsetjenes-

te. Særlige satsingsområder er hiv og aids, tuberkulose og fengselshelse, samt utsatte barn og unge.

Den bilaterale helseavtalen med Kina følges opp av en flerårig handlingsplan med særlig oppmerksomhet på folkehelse og forebygging, helse-systemutvikling, primærhelsetjeneste, infeksjonssykdommer (forebygging og kontroll) og global helse.

4 Prioriteringer



Figur 4.1

Jim Goldberg/Magnum Photos/All Over

Regjeringen vil styrke Norges rolle innen arbeidet med global helse ytterligere, med disse prioriteringene:

1. Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse
2. Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging
3. Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

Tusenårsmålene danner hovedrammen for norske prioriteringer. Dette betyr et fokus på tusenårs mål 4, 5 og 6, og dermed på barne- og kvinnehelse, barn og ungdom og bekjemping av smittsomme

sykdommer. Samtidig peker helseaspektene ved de øvrige tusenårsmålene såvel som bredden i regjeringens globale helseengasjement mot behovet for et bredere anslag. Reduksjon av sykdom fokuserer på vaksinasjon, smittsomme sykdommer, styrking av helsesystem, helsepersonell, ikke-smittsomme sykdommer, matsikkerhet, vann, hygiene og sanitærtiltak. De sistnevnte områder inngår også som viktige forebyggende tiltak mot effektene av klimaendringer. Dette sammen med integrering av helsespørsmål i utenrikspolitikken, pandemiberedskap, tilgang på legemidler og innsats mot seksualisert vold, utgjør meldingens behandling av menneskelig sikkerhet.

Boks 4.1 Helse og tusenårsmålene

Helse har en fremtredende plass i FNs Tusenårserklæring av 2000 og de påfølgende tusenårsmålene. Alle åtte mål er viktige for økonomisk og sosial utvikling, herunder god folkehelse. Tre av dem er direkte helsesrelaterte: Reduksjon av barnedødelighet (tusenårsmål 4), bedret mødre helse (tusenårsmål 5) og bekjempelse av aids, malaria og andre smittsomme sykdommer (tusenårsmål 6). Målene om halvering av tallet på sultrammede (1c), kvinners rettigheter og likestilling (3) og halvering av antall mennesker uten tilgang på rent drikkevann og sanitærforhold (7c) er også viktige for god helse.

Regjeringen mener at lik tilgang til helsetjenester er viktig for å utjevne sosiale forskjeller. Videre er det viktig å unngå diskriminering, for eksempel på grunnlag av seksuell orientering og kjønnsidentitet. Derfor skal regjeringens politikk også ivareta tilgang til og utforming av helsetjenester tilpasset behovene til disse gruppene.

4.1 Mobilisere for kvinners og barns rettigheter og helse

4.1.1 Kvinners og barns helse

Likestilling er avgjørende for innfrielse av tusenårsmålene for helse. Kvinner og jenter må kunne oppsøke helsestasjoner uten samtykke fra sine familiemedlemmer. Økonomiske barrierer for tjenestetilgang, deriblant ulovlige egenandeler og korrupsjon, må bekjempes. Lovgivning for reproduktiv helse må sikre kvinner tilgang til prevensjon, beskyttelse mot tidlig ekteskap, vold og kjønnslemlestelse, og slå fast retten til trygg abort. Norge vil sette et sterkere fokus på rettigheter til tjenester og tiltak som er særlig viktige for barn, ungdom, kvinner og sårbare grupper, deriblant seksuell og reproduktiv helse og hivforebygging (se også kapittel 4.2.3).

I tillegg til tilgang på helsetjenester generelt, er familieplanlegging og kvalifisert fødselshjelp kritiske komponenter for å bidra til bedre kvinnehelse og mødre helse. Familieplanlegging handler om jenters og kvinners rett til kontroll over egne valg knyttet til seksualitet og fertilitet. Det handler om tiltak rettet mot gutter og menn for å bidra til hold-

Boks 4.2 Seksuell og reproduktiv helse og rettigheter

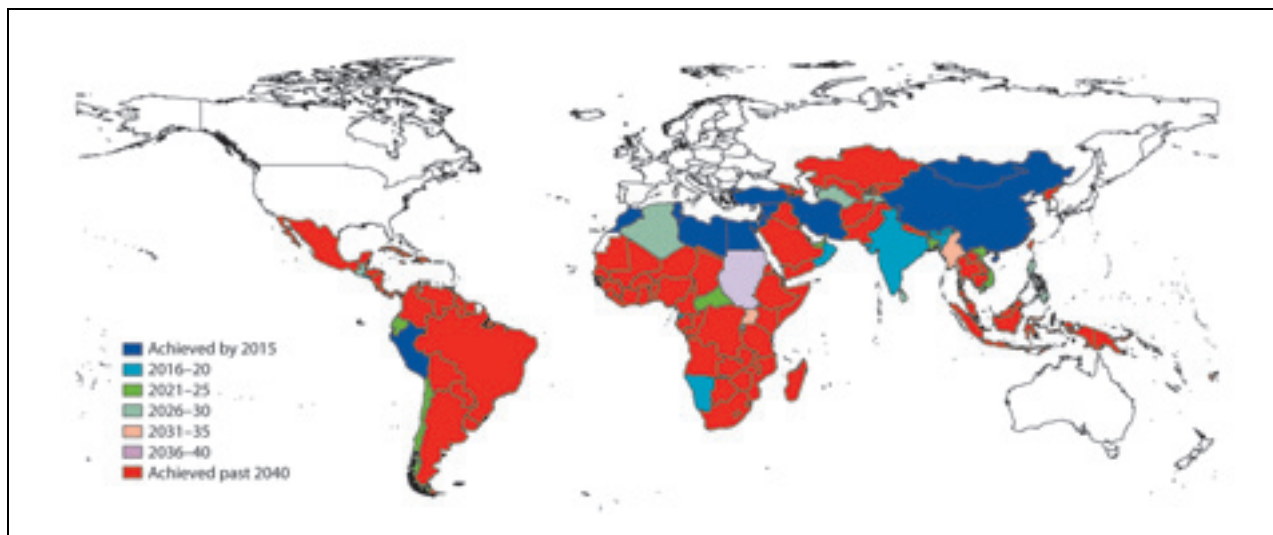
Seksuell og reproduktiv helse vil si at folk skal kunne ha et ansvarlig, tilfredsstillende og trygt seksualliv, at de har evnen til å reproducere og frihet til å velge om, når og hvor ofte de skal få barn. Det er implisitt i dette at menn og kvinner har rett til å bli informert om og ha tilgang til trygge, effektive, billige og akseptable metoder for prevensjon, og tilgang til passende helsetjenester som gjør det mulig for kvinner trygt å gjennomgå graviditet og fødsel, og gir par de beste forutsetninger for å få et friskt barn. Begrepet omhandler også seksuelt overførbare sykdommer samt andre sykdommer og lidelser knyttet til de reproduktive organer og seksuallivet.

Seksuelle rettigheter omfatter menneskerettigheter som allerede er anerkjente i nasjonale lover, internasjonale menneskerettighetsdokumenter og samstemte erklæringer. De inkluderer alle menneskers rett til blant annet å få tilgang til best mulig seksuelle og reproduktive helsetjenester, seksualundervisning, respekt for kroppslig integritet, valgfrihet om man vil være seksuell aktiv eller ikke, og fritt valg av partner.

ningsendring. Tilgang til seksualopplysning og prevensjon både for tenåringer og voksne kvinner og menn må sikres. I mange land er vold i nære relasjoner – inkludert kjønnslemlestelse og tvangs- og barneekteskap – en signifikant underliggende årsak til høy dødelighet og sykdom blant jenter og kvinner. Tidlig ekteskap og graviditet setter ofte en stopper for utdanning og lønnet arbeid, og innebærer økt sårbarhet for hiv-smitte og svangerskapsrelaterte lidelser.

Hvert år dør over 273 000 kvinner som følge av komplikasjoner knyttet til graviditet, og det er anslått at 15 prosent av fødende får potensielt livstruende komplikasjoner. Tilstrekkelig antall kvalifiserte og motiverte helsearbeidere som har nødvendig infrastruktur, utstyr, retningslinjer og arbeidsvilkår for å kunne gjøre en god jobb er avgjørende. Regjeringen mener at reproduktiv helse også omfatter retten til trygg abort og tilgang til behandling om det oppstår komplikasjoner, uavhengig av om aborten er lovlig.

Tusenårsmålet om mødre helse er det målet som er lengst unna måloppnåelse innen 2015. I



Figur 4.2 Tusenårs mål 5 – Redusert svangerskapsrelatert dødelighet. Forventet årstall for måloppnåelse basert på årlig endring 1990-2011.

Kilde: The Lancet, vol. 378, issue 9797, 20 september 2011

forkant av FNs toppmøte om tusenårsmålene i 2010 lanserte FNs generalsekretær Global strategi for kvinners og barns helse for å styrke fokus på tusenårs mål 4 og 5. Strategien føyer seg inn i den norske satsingen på kvinners og barns helse, og vil bli førende for norske prioriteringer i årene fremover.

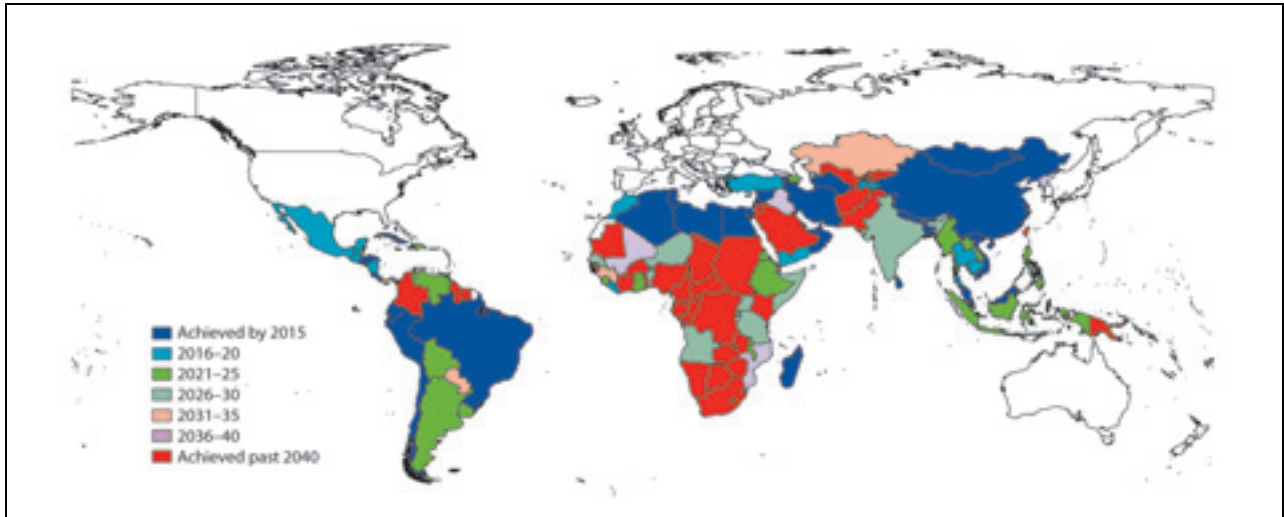
Strategien fokuserer på de mest usatte gruppene som gravide kvinner, nyfødte barn og ungdom, herunder funksjonshemmede, i de 49 fattigste landene. Norge var delaktig i utviklingen av strategien, og regjeringen vil prioritere å følge den opp.

Utenriksministeren har deltatt i kommisjonen som ble oppnevnt for å utvikle metoder for stadfesting av økonomiske forpliktelser og resultatoppnåelse (*Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health*). Norge leder videre en arbeidsgruppe om innovasjon i tilknytning til strategien som arbeider med privat sektor og frivillige organisasjoner for å utvikle nye løsninger for å bedre mødre- og barnehelse. I forbindelse med hiv og aids er det en målsetting å eliminere hiv-smitte fra mor til barn. En global plan ble vedtatt innenfor rammen av FN med UNAIDS og det bilaterale amerikanske aidsprogrammet PEPFAR som anførere i juni 2011. Norge har gitt sin støtte til denne. Generalsekretæren i FN lanserte høsten 2011 initiativet *Innovating for Every Woman, Every Child*, som legger opp til nye og mer fleksible arbeidsmåter sentrert rundt partnerskap mellom FN og offentlige, private og sivilt samfunnsaktører i de fattigste landene.

Regjeringen vil:

- Boks 4.3 Kvinners rettigheter og likestilling**
- Handlingsplanen for kvinners rettigheter og likestilling i utviklingssamarbeidet slår fast at Norge skal benytte internasjonale arenaer, dialogprosesser og programstøtte til å sette kontroversielle temaer på dagsordenen og være en pådriver for:
- avkriminalisering av abort, og avkriminalisering av kvinner som har fått utført ulovlig abortinngrep, slik at de trygt kan oppsøke behandling dersom det oppstår komplikasjoner;
 - avkriminalisering av homofili og bekjempelse av enhver form for diskriminering og stigmatisering av personer på grunnlag av seksuell orientering;
 - internasjonal aksept for begrepet «seksuelle rettigheter», inklusiv retten til trygg selvbestemt abort, og likebehandling uavhengig av seksuell orientering

- Styrke kvinners tilgang til basishelsetjenester i de fattigste landene, deriblant familieplanlegging inklusiv trygg og avkriminalisert abort og trygg fødsel og innovativ bruk av de mulighetene ny teknologi gir



Figur 4.3 Tusenårs mål 4 – Redusert barnedødelighet. Forventet årstall for måloppnåelse basert på årlig endring 1990-2011.

Kilde: The Lancet, vol. 378, issue 9797, 20 september 2011

- Lede an i arbeidet med å fremme seksuell og reprodutiv helse og rettigheter og lik tilgang til helsetjenester
- Bidra til holdningsendringer der hvor dette er påkrevet for å gi sårbare grupper den samme tilgang til helsetjenester som andre
- Vektlegge betydningen av og fremme utdanning av flere jordmødre
- Bidra til kompetansebygging for helsepersonell innen behandling av ofre for vold i nære relasjoner og annen seksualisert og kjønnsbasert vold, primært gjennom WHO, UNFPA og UNAIDS
- Øke innsatsen mot kjønnslemlestelse ved forebyggende og holdningsskapende arbeid, både i Norge og internasjonalt.
- Bidra til holdningsendring hos gutter og menn når det gjelder vold mot kvinner
- Støtte forskning for å øke kunnskapen om hvordan seksuelle og reproduktive rettigheter og universell tilgang til helsetjenester påvirker helsesituasjonen

4.1.2 Barn og ungdoms helse – en investering for fremtiden

Rett til liv, overlevelse og optimal utvikling er et hovedprinsipp i FNs barnekonvensjon. Kronisk og akutt underernæring blant barn, lav fødselsvekt og for lite amming er estimert til å forårsake 3,5 millioner dødsfall blant små barn hvert år, hvilket representerer en tredjedel av alle dødsfall i denne aldersgruppen. Minst 200 millioner barn under fem år når aldri sitt utviklingspotensial, noe

som har store individuelle og samfunnsøkonomiske konsekvenser. De tidlige barneårene er den viktigste perioden for all utvikling. Da legges grunnlaget for utdannings- og arbeidsmuligheter og man har mulighet for å redusere risikoen for underernæring, overvekt, mentale problemer, hjertesykdom og sosiale problemer senere i livet. Investering i de første leveårene er blant de viktigste tiltakene for å redusere helseulikheter. Den potensielle effekten av ernæringstiltak rettet mot barn og mødre er stor. For eksempel ville barnedødeligheten reduseres med minst 13 prosent dersom WHO's retningslinjer for amming ble fulgt.

Sammen med de tidlige barneårene er ungdomstiden den perioden i livet som legger mye av grunnlaget for personlig utvikling og fremtidig helse og velferd. Verden har de største ungdomskullene noensinne samtidig som helsetrusler som tobakk, skadelig alkoholbruk, overvekt og utrygg seksualadferd er på frammarsj. Dette tilsier at helse- og utdanningssektorene er spesielt viktige for å ivareta ungdoms rettigheter og for å bygge stabile og bærekraftige samfunn.

Barns helsebehov varierer med alderen. Det er derfor viktig å legge en livssyklusnærming til grunn. FNs barnekomité har utgitt to generelle kommentarer på helse, én om tidlig barndom og én om ungdommer. Barnekomiteens generelle kommentar nr. 7, om gjennomføringen av barns rettigheter i tidlig barndom, understreker at stater bør sikre at alle barn har tilgang til den høyest oppnåelige helse og pleie i løpet av sine tidlige år for å redusere spedbarnsdødelighet og for å påse

Boks 4.4 Ernæring og Tusenårsmålene

Utrydde ekstrem fattigdom og sult (tusenårsmål 1) – En av indikatorene for dette målet er antall underernærte barn under fem år.

Sikre grunnskoleutdanning for alle barn (tusenårsmål 2) – Feilernæring, særlig mangel på mikronæringsstoffer, som jod, reduserer barns mentale utvikling. Dette reduserer muligheten til å lære og å fullføre skolegangen.

Styrke kvinners stilling (tusenårsmål 3) – Kvinner spiller som hovedregel en nøkkelrolle i familiens kosthold. De ammer, dyrker mat, kjøper inn, tilbereder og fordeler familiens mat. På den måten bidrar god ernæring til å styrke kvinners stilling. Kvinner gir også omsorg, oppsøker helsetjenester og sørger for god hygiene.

Redusere barnedødelighet (tusenårsmål 4) – Hvert år dør en million barn av akutt underernæring. Av alle dødsfall blant barn under fem år er underernæring en underliggende årsak til mer enn halvparten av dødsfallene, noe som skyldes at vanlige barnesykdommer ofte får dødelig utgang hos underernærte barn.

Bedre mødre helse (tusenårsmål 5) – Underernæring bidrar til mødredødelighet, dårlig helse og komplikasjoner under svangerskap og fødsel.

Bekjempe hiv og aids, malaria og andre sykdommer (tusenårsmål 6) – Underernæring gjør mennesker mer mottakelige for sykdom, noe som i sin tur øker næringsbehovet og svekker kroppens evne til å nyttegjøre seg av mat. Riktig kost og god ernæring er derfor viktig i behandlingen av blant andre hiv pasienter.

Sikre en miljømessig bærekraftig utvikling (tusenårsmål 7) – Det er bevist at folkehelse og miljø påvirker hverandre. Bærekraftige miljøer og forsvarlig matproduksjon er viktige for å sikre god ernæring og forvaltning av det biologiske mangfoldet.

Bygge et globalt partnerskap for utvikling (tusenårsmål 8) – Ernæring involverer mange sektorer og en bærekraftig forbedring forutsetter innsats fra parter med ulike fagbakgrunn og fra ulike institusjoner. Ernæring er derfor et sentralt utgangspunkt for å fremme partnerskap for utvikling.

at barn får en sunn start på livet. Generell kommentar nr 4 understreker hvorfor det er viktig å se ungdommers rett til helse separat fra små barns rett til helse.

Særlig for jenter er ungdomstiden en sårbar tid. Kjønnsskimminger slår ofte for alvor inn og jenters muligheter for videre skolegang og yrkesvalg hemmes av tidlig ekteskap, tidlig svangerskap, tradisjonelle krav om å bidra hjemme og vold i nærmiljø eller som følge av konflikt. Ifølge UNAIDS står for eksempel unge mennesker (i alderen 15-24 år) for 41 prosent av nye hiv-infeksjoner blant alle over 15 år. Kvinner utgjør over 60 prosent av alle unge som lever med hiv. Dette har direkte konsekvenser ikke bare for jentene det gjelder, men også for deres barn. Det finnes omfattende dokumentasjon som belegger at mors alder, utdanningsnivå og helse og ernæringstilstand har avgjørende betydning for barnas helse og utvikling.

En særlig utfordring er knyttet til seksuell og reproduktiv helse. I mange land har ungdom ikke tilgang til seksualundervisning, hiv-testing og prevensjonsmidler på grunn av kulturelle normer,

stigma eller lovgivning. Frivillige organisasjoner spiller her en helt avgjørende rolle, men gitt at kun en tredjedel av ungdom ifølge UNAIDS har god nok kunnskap om hvordan hiv overføres, er det behov for styrket innsats. Det er viktig å få økt forståelse for at mer informasjon og tjenester for ungdom ikke leder til et mer aktivt seksualliv og større risikoatferd, men til færre uønskede svangerskap, mindre hivsmitte og bedre helse.

Regjeringen vil:

- Støtte forebygging av barneekteskap og tenåringsgraviditeter
- Prioritere vaksinasjonsprogrammer for å forebygge sykdom, redde liv og redusere barnedødelighet
- Være en pådriver for at ungdom deltar i internasjonale dialog- og beslutningsprosesser som berører deres helse
- Se ernæring og helse i sammenheng, og styrke arbeidet med dette
- Arbeide for større aksept i det internasjonale samfunn for nødvendigheten og nytteeffekten av seksualopplysning for ungdom som et forebyggende tiltak mot spredningen av hiv og aids

4.2 Redusere sykdomsbyrden med vekt på forebygging

4.2.1 Vaksinasjon

Barnevaksinasjonsprogrammer finnes nå i alle land og har ført til en betydelig nedgang i dødeligheten. Likevel dør 1,7 millioner barn hvert år av sykdommer som kan forebygges ved vaksiner. Vaksinasjon er derfor en sentral strategi for å nå tusenårsmål 4 om redusert barnedødelighet.

Den globale vaksinealliansen GAVI ble lansert i 2000 som et partnerskap mellom offentlig og privat sektor for å øke tilgangen på vaksiner i fattige land og bidra til rutinevaksiner. WHO, UNICEF og Verdensbanken er kjernepartnere, og viktige for resultatoppnåelse. Norge var en av initiativtakerne til alliansen som er én av de viktigste kanalene for regjeringens satsing på global helse.

GAVI har i strategien 2011-2015 satt seg som mål å bidra til å vaksinere 250 millioner barn og dermed forebygge 3,9 millioner dødsfall innen 2015. Strategien inkluderer introduksjon av nye vaksiner som blant andre vaksine mot diaré for barn og mot livmorhalskreft for jenter og kvinner. Regjeringen besluttet i 2011 å øke støtten til GAVI slik at den når et nivå på 1 milliard kroner årlig fra 2015. Et viktig aspekt ved GAVIs innsats er at den også favner tiltak for å bygge opp lokale og nasjonale helsesystemer. Denne erfaringen viser at målrettede tiltak kan innrettes slik at de også bidrar til å utvikle helsetjenester generelt.

Tilgangen på effektive vaksiner til overkommelige priser i fattige land er en prioritet for regjeringen. Dette er et komplekst område som ikke minst har sammenheng med helsesystemstyrkingen, jfr. kapittel 4.2.3 og patentrettigheter og handelsavtaler generelt, jfr. kapittel 4.3.3.



Figur 4.4

Tor Aasgaard Borgersen/Statsministerens kontor

Regjeringen har gjennom støtten til helseforskning og satsingen på innovative finansieringsmekanismer, bidratt til å fremheve markedspotensialet i utviklingsland for utvikling av vaksiner mot eksempelvis hiv og malaria. Støtte gis til ordninger som er rettet både mot å bidra til forutsigbar etterspørsel basert på behovet i utviklingsland for å sikre god folkehelse, og å stimulere til forskning og utvikling av effektive vaksiner til overkommelig pris. Behovet for offentlig initiert forskning myntet på behovene i utviklingsland er stort, ikke minst i utviklingsland der middelklassen er i rask fremvekst. Legemiddelindustrien er et viktig supplement til dette, og bør derfor få insentiver til å utvide markedsbegrepet og øke risikoviljen. Det er også en målsetting å styrke produksjonen av vaksiner i utviklingsland, blant annet gjennom samarbeid med norske forskningsmiljøer.

GAVI har en prisdifferensieringspolitikk som sørger for lavere priser til de fattigste landene. Regjeringen mener det er rom for, og vil bidra til, å drive vaksineprisene ytterligere ned. Videreføring og oppfølging av innsatser for dette, blant annet i arbeidet med GAVIs nye strategiprosess, vil bli tillagt stor vekt.

Regjeringen vil:

- Videreføre politisk, faglig og økonomisk støtte til GAVI for å bidra til innføring av nye, effektive vaksiner, styrking av helsesystemer og priskonkurransen på vaksinemarkedet som gagnar utviklingslandene
- Bidra til utviklingen av nye mekanismer og ny kunnskap for å bedre tilgangen til vaksiner for fattige land, inkludert gjennom forskningssamarbeid
- Videreføre innsatsen for å bekjempe polio og meslinger gjennom pådriverarbeid og økonomisk støtte med vekt på land med høyest sykdomsbyrde
- Arbeide koordinert gjennom relevante mekanismer for å bedre tilgang til vaksiner og styrke produksjonskapasiteten i utviklingsland

4.2.2 Smittsomme sykdommer – aids, tuberkulose og malaria

Aids, tuberkulose og malaria – sykdommer som inngår i tusenårsmål 6 – er blant de ti ledende dødsårsakene i lavinntektsland og en prioritet for regjeringens innsats mot smittsomme sykdommer. Aids og tuberkulose er blant de viktigste dødsårsakene blant kvinner i fruktbar alder i lavinntektsland, og mange rammes av begge sykdommene samtidig.

Det globale fondet er den viktigste kanalen for norsk støtte til tusenårsmål 6, med 450 mill. kroner årlig i perioden 2011-2013. Støtten til den internasjonale legemiddelinnkjøpsordningen, UNITAID, er også en del av denne satsingen. UNITAID er en innovativ finansieringsordning der formålet er å mobilisere midler fra en langt bredere giverbasis enn Europa og Nord-Amerika ved innføring av nasjonal avgift på innenlandsflyvninger. Fattige land har også en høy sykdomsbyrde fra andre infeksjonssykdommer. Mange av disse sykdommene kan både forebygges og behandles med enkle midler, eksempelvis diaré hos barn under 5 år. Dette er ett av de viktigste innsatsområdene for UNICEF, med blant annet betydelig norsk støtte.

Hiv og aids

30 års innsats innen hiv og aids ble markert under FNs høynivåmøte i juni 2011. De siste årene har det vært en nedgang i antall nysmittede på verdensbasis, ikke minst grunnet Det globale fondet, som står for over en tredjedel av støtten globalt til hiv og aids. Mange land rapporterte under høynivåmøtet gode resultater innen både forebygging og behandling, men fortsatt er det slik at for hver person som begynner med hiv-medisiner smittes to nye. Dette, sammen med en strammere budsjettssituasjon i mange tradisjonelt sterke giverland, gjør det maktpåliggende å opprettholde det politiske fokuset på hiv og aids-problematikken. Erklæringen fra høynivåmøtet inneholdt oppdaterte mål for 2015, slik som å halvere antall nysmittede gjennom sprøytodeling og seksuell overføring, i tillegg til å eliminere smitte fra mor til barn. I tillegg har erklæringen som mål at femten millioner mennesker skal ha tilgang til hiv-behandling innen utgangen av 2015, det vil si en økning på seks millioner mennesker fra i dag.

Norge har i 2011 vært aktivt engasjert i globalt hiv-arbeid i 25 år, gjennom støtte til multilaterale organisasjoner, støtte til nasjonal respons og gjennom frivillige organisasjoner, i tillegg til å være aktive i globalt aidsdiplomati for å utvikle god global respons. Regjeringen vektlegger betydningen av integrerte helsetjenester, heriblant tjenester for hiv og aids. Integrering med andre reproduktive og seksuelle helsetjenester er spesielt viktig.

Rettighetsperspektivet står sentralt i regjeringens hiv-politikk. Særlig vektlegges kvinner, barn, ungdom og særlig sårbare gruppers tilgang til relevante tjenester og informasjon. Unge mennesker skal ha en aktiv rolle i å utvikle respons på epidemien.

Sprøyteinjiserende narkotikamisbrukere inngår i gruppen mest utsatte og utgjør i mange land en stor andel av nysmittede som ikke nødvendigvis prioriteres høyt av nasjonale helsesystemer, og som det medfører særlige utfordringer å nå. FNs kontor for narkotika og kriminalitet, UNODC, har ansvar for hiv-relatert arbeid for personer som bruker narkotika, spesielt injiserende narkotikabrukere, og innsatte. Norge støtter UNODCs skadebegrensende arbeid for narkotikabrukere, blant annet med tilgang til rene sprøyter og legemiddelassistert behandling.

Regjeringen vil arbeide for rettighetene til seksuelle minoriteter; homofile, lesbiske og transpersoner. Det er dokumentert at diskriminerte befolkningsgrupper har økt sårbarhet for og større forekomst av smittsomme sykdommer. For disse gruppene er lovgivning og intoleranse ofte en barriere for tilgang til forebygging og behandling. Dette er ikke bare et spørsmål om lik tilgang til helsetjenester, men også om effektiv smittebekjemping. Ved at behandling av hiv blir startet tidligere, slik WHO anbefaler, reduseres faren for smittespredning, slik at behandling også bidrar til forebygging.

I tillegg til Det globale fondet, kanaliserte regjeringen sin hiv-innsats gjennom multilaterale partnere, frivillige organisasjoner og bilateral bistand. Norge vil fortsatt være aktivt involvert i styrene for UNAIDS og UNITAID. Det svensk-norske rådgivningsteamet for hiv i Afrika basert i Lusaka, Zambia representerer en koordinert tilnærming til hiv og aids på regionalt nivå.

Tuberkulose

En tredjedel av verdens befolkning er smittet av tuberkulose mens 5-10 prosent av smittede utvikler sykdom i løpet av livet. Forekomsten av tuberkulose er på nedtur etter å ha nådd et høydepunkt i 2004, men nedgangen går fortsatt for sakte. De fleste tilfeller forekommer i sørøstlige Asia og Afrika. I Afrika er hiv en viktig årsak til tuberkulosebyrden. I Russland, SUS-landene og Øst- og Sentraleuropa er det multiresistent tuberkulose som er den store utfordringen.

Det har vært en stor økning i antall behandlede, og av de 22 landene med høyest forekomst av tuberkulose er over halvparten på rett vei for å nå tusenårs målet. Det globale fondet er den klart største finansielle aktøren i arbeidet mot tuberkulose, og er også den prioriterte norske kanalen. Regjeringen støtter opp om WHO's tuberkulosestrategi gjennom tilleggsmidler til WHO. Norske fagmiljøer er involvert i ulike aspekter ved

tuberkuloseforskning, og også flere norske frivillige organisasjoner er aktive på feltet.

Malaria

Malaria er påvist i 109 land mens 35 land, hovedsaklig i Afrika sør for Sahara, har mer enn 85 prosent av sykdomsbyrden. Malaria forårsaker nesten 900 000 dødsfall årlig hvorav fire av fem er barn under fem år. Sykdommen bekjempes ved en kombinasjon av myggnett, innendørs spraying og medisiner.

I løpet av de 5 siste årene har 34 land greid å redusere antall tilfeller betraktelig. Over 600 000 barn har blitt reddet fra å dø av malaria. Dette har sammenheng med en sterk økning i tilgjengelige midler for å bekjempe malaria gjennom det globale partnerskapet «Roll Back Malaria» og Det globale fondet, kombinert med tilgang på mer effektive medisiner og masseutdeling av myggnett. Roll Back Malaria partnerskapet bidrar til bedre og mer koordinert innsats mot malaria og har i dag mer enn fem hundre partnere. Regjeringen vil videreføre støtten til malariabekjempelse, primært gjennom Det globale fondet og UNITAID.

Regjeringen vil:

- Bidra til nedkjempingen av hiv globalt
- Styrke innsats og forskning knyttet til smittsomme sykdommer i utviklingsland med vekt på å bygge landenes kapasitet og kompetanse, herunder styrke nasjonale helsesystemers evne til å drive forebyggende arbeid
- Videreutvikle brede partnerskap mellom multilaterale organisasjoner, nasjonale institusjoner, privat sektor og sivilt samfunn mot smittsomme sykdommer. Dette inkluderer sykdomsberørtes egne organisasjoner og tverrsektorale innsatser, ikke minst koblingen mellom hiv og tuberkulose.
- Bidra til bedre levekår og livskvalitet for hiv-positive og normalisering av hiv-positives samfunnsstatus
- Videreføre prioritering av hiv og aids med vekt på rettighetsperspektivet og å forebygge og tilnærmet eliminere smitte fra mor til barn
- Fremme utsatte gruppers rettigheter, inkludert avkriminalisering av homofili, kobling mellom seksuelle og reproduktive rettigheter og hiv og bidra til at hiv-smitte blant sprøyteinjiserende narkotikamisbrukere får det nødvendige fokus i nasjonale helsesystemer

Boks 4.5 Vaksiner og legemidler mot smittsomme sykdommer

Bekjempelse av smittsomme sykdommer fordrer både behandling og forebygging. En god vaksine er det mest effektive forebyggende tiltak mot en rekke infeksjonssykdommer. Det har vært store utfordringer knyttet til å utvikle vaksiner mot flere av de høyest prioriterte smittsomme sykdommene, som malaria, tuberkulose og hiv. Tilsvarende har man kun et begrenset repertoar av medisiner mot mange av de vanligste infeksjonssykdommene. Utstrakt bruk av antibiotika og virusbekjempende medikamenter har ført til et økende problem med utvikling av resistens hos både bakterier og virus.

Utviklingen av en hiv-vaksine er et stort løft, og store ressurser har vært investert over flere tiår. Produktutvikling er både kunnskaps- og ressurskrevende, og erfaringsmessig tar det lang tid å utvikle et vellykket produkt. Dette er derfor meget risikofylte investeringer. Manglende investeringer fra både offentlig og privat sektor har redusert utviklingstempoet. Tusenårsårmålene har imidlertid endret situasjonen dra-

matisk de siste ti årene, med styrket fokus og finansiering av produktutvikling.

Norge deltar i et felles forskningsinitiativ i regi av EU for å teste ut nye vaksiner og behandling mot hiv og aids, malaria og tuberkulose på pasienter gjennom kliniske studier i Afrika sør for Sahara (EDCTP).

Utfordringene innefor produktutvikling er tverrfaglige, og så store at ingen aktører klarer oppgaven alene. For å møte utfordringene og akselerere utviklingen har man forsøkt å styrke samhandling gjennom partnerskap mellom offentlig og privat sektor. Produktutviklingspartnerskap (PDP) er ikke-kommersielle organisasjoner og partnerskap som utvikler ny teknologi rettet mot helsebehov i fattige land gjennom å koordinere og styre tverrfaglige ressurser og partnerskap fra forskning og utvikling til produktet er på markedet.

Behovet for utvikling av nye produkter er fortsatt stort, og krever langsiktig investering.

4.2.3 Helsesystem

«Helsesystem» omfatter alle de aktivitetene i et land som har som formål å fremme, gjenopprette og opprettholde helse, inkludert politikktutforming, administrasjon, organisering, finansiering og kapasitet til tjenestelevering. utfordringer knyttet til å forbedre helsesystemer gjør seg gjeldende i alle land. I mange av de fattigste landene har ressursknapphet, ofte kombinert med manglende politisk prioritering, styresettproblemer og uhensiktsmessig organisering, negative konsekvenser for helsesituasjonen. Dette gjenspeiles blant annet i forhold som svak mødre helse, stor ulikhet i tilgang til helsetjenester, høy barnedødelighet og mangelfull vaksinasjonsdekning.

En sentral forutsetning for å styrke helsesystemer er nasjonale myndigheters ansvar for å sørge for en politikk som fremmer helse og utjevner helseforskjeller i befolkningen, herunder tilby universell tilgang til helsetjenester. Med dette som utgangspunkt vil ikke enkelttiltak alene være løsningen, men langsiktig, samordnet og systematisk innsats på flere politikkområder. Arbeidet med de mer umiddelbare påvirkningsfaktorene som helseatferd og bruk av helsetjenester, må støttes opp

av forhold som en velfungerende fordelingspolitikk, gode oppvekstvilkår og sunne arbeids- og bomiljø. Dette krever at helsesektoren er i stand til å arbeide og påvirke tverrsektorielt, og at andre sektorer ansvarliggjøres i forhold til befolkningens helse.

For å bygge og opprettholde et slikt nasjonalt helsesystem, kreves det at et land har en velfungerende utdannings- og forskningssektor med kapasitet til å utdanne helsepersonell på alle nivåer og til å produsere helsekunnskap ut fra nasjonale behov i vid forstand.

Helsesystemsspørsmål berører direkte målsettingen om en integrert tilnærming til helseproblemer. Fra et utviklingsperspektiv innebærer det et behov for å satse på oppbygging av kapasitet til å levere et bredt spekter av tjenester, noe som krever investeringer i effektive nasjonale helsesystemer. Dette inkluderer grunnleggende faktorer som infrastruktur, organisering, finansieringssystem, helsepersonell, tilgang til medisiner og utstyr, helseovervåkings- og informasjonssystemer og godt styresett, som til sammen legger grunnlaget for effektiv, universell levering av et bredt spekter av helsetjenester.



Figur 4.5
UNICEF

Siden 2000 har hele 27 lavinntektsland tatt steget over i kategorien mellominntektsland. Den største andelen av svært fattige mennesker bor ikke i de fattigste landene, men i mellominntektsland. Fattige som lever i disse landene har ikke fått ta del i den økonomiske veksten på lik linje med øvrig befolkning. Videre er det bekymringsfullt at den økonomiske veksten ikke følges av tilsvarende økning i nasjonale helsebudsjetter. Svake helsesystemer og lik tilgang til helsetjenester er ikke lenger bare et spørsmål om fordeling mellom land, men i økende grad et spørsmål om fordeling internt i land.

Hensynet til sårbare og marginaliserte gruppers helse, herunder urfolk og marginaliserte minoriteter, migranter og hjemløse, er særlig viktig å ivareta i den allmenne innretningen av helsesystem i alle land. Det samme gjelder hensynet til personer med funksjonsnedsettelse, i særlig grad kvinner og barn, som ofte faller utenfor det globale helsearbeidet.

Helsesystemproblematikken bringer i særlig grad frem utfordringene knyttet til godt styresett, som har en stor effekt på alle komponenter et helsesystem består av. Disse sammenhengene må ivaretas og reflekteres i enhver effektiv helsesystemsatsing. Et aspekt av dette er sikringen av at norske midler brukes i henhold til prinsippet om nulltoleranse for økonomiske misligheter.

Boks 4.6 Godt styresett

Godt styresett innebærer velfungerende politiske, administrative og tjenesteytende institusjoner, og inkluderer folkelig deltagelse i beslutningsprosesser, demokrati, rettsstatsprinsippet og transparente institusjoner. Nasjonale helsesystemer må ha legitimitet og troverdighet i befolkningen. Godt styresett er en forutsetning for dette. God folkehelse fordrer politisk forståelse av befolkningens behov, og kapasitet til å omsette denne forståelsen i politiske beslutninger på tvers av sektordepartementer og med oppslutning fra regionale og lokale myndigheter. Ikke minst i forebyggende arbeid er gjensidig tillit sentralt. Tilgang til helsetjenester for sårbare og utsatte grupper kan ikke sikres gjennom internasjonale standarder alene, men fordrer også at disse gruppens interesser og rettigheter kan fremmes politisk på nasjonalt og lokalt nivå. Det forutsetter sivile rettigheter og en fungerende demokratisk offentlighet.

Regjeringen vil fortsatt prioritere å bidra til styrkingen av nasjonale helsesystemer med spesiell vekt på forebygging, primærhelsetjeneste og kvinners og barns helse, særlig gjennom Verdensbanken, GAVI, Det globale fondet og WHO. Norge spiller dessuten en aktiv rolle i global samordning av alle disse institusjonenes ordninger for helsesystemstyrking gjennom etableringen av en felles plattform for helsesystemfinansiering for de fattigste landene. I tillegg til sektorinnsatsen, vil virkemidlene inkludere støtte til styrking av WHO sin innsats innen normativt og rådgivende arbeid på landnivå.

Helsesystem er ett av de prioriterte områdene i Forskningsrådets globale helsesatsing 2011-2020. Norske kompetansemiljøer gjør seg bemerket på området helsestatistikk og informasjonssystemer.

I Utenriksdepartementets arbeid for å utvikle en strategi for samarbeidet med mellominntektsland, vil det innen global helse særlig fokuseres på at nasjonale myndigheter ivaretar sitt ansvar for robuste og allmenne helsesystemer der helsetjenester gjøres tilgjengelig for alle.

Helseutfordringene vil bli påvirket av mer allmenne utviklingstrekk som befolkningsvekst, økonomiske endringer, nye politiske maktfaktorer, økende energibehov, knappe naturressurser og klimaendringer i løpet av de neste ti årene. Det er viktig at helsesystemer også er i stand til å møte nye lokale og globale helseutfordringer som medfører endringer i sykdomsbildet. Dette inkluderer forebygging og behandling av ikke-smittsomme sykdommer, samt tilpasningsbehov som følge av klimaendringer og økt urbanisering. Økt omfang og frekvens av vær-relaterte katastrofer, infeksjonssykdommer i kjølevannet av disse og underernæring som følge av endringer i matproduksjonsmønstre kan bli ytterligere belastninger på helsesystemene.

Regjeringen vil:

- Videreføre politisk mobilisering for styrking av nasjonalt lederskap for og offentlig styring av nasjonale helsesystemer
- Bidra til gode offentlige helsesystemer som sikrer tilgang til primærhelsetjenester, spesielt for kvinner, barn og sårbare grupper i de fattigste landene, blant annet ved å arbeide for at de store multilaterale organisasjonenes innsats speiler denne prioriteringen
- Videreføre arbeidet gjennom WHO og Verdensbanken for utvikling av bærekraftige nasjonale helsefinansieringsordninger i utviklingsland som sikrer robuste helsesystem og allmenn tilgang til helsetjenester

- Prioritere forebygging i vår globale helseinnsats av både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer, og bidra til at helsesystemene innrettes slik at de klarer å ta høyde for sammensatte helseutfordringer.
- Bidra til å styrke helsesystemer gjennom blant annet etablering og bruk av bedre helseinformasjonssystemer og –registre, bruk av ny teknologi og innovative løsninger, helsesystemforskning og innsamling av kjønnsesifikke data
- Være en pådriver for at de store fondene investerer enda mer i generell styrking av helsesystemer
- Videreføre satsingen på helsesystem- og implementeringsforskning
- Videreføre arbeidet for å styrke godt styresett, med vekt på demokratibyggning, institusjonell utvikling og rettstatsprinsipper
- Videreføre innsatsen mot korrupsjon som en allmenn prioritering i norsk utenriks- og utviklingspolitikk, med målrettede tiltak også på helseområdet
- Ivareta at norske midler forvaltes i overensstemmelse med prinsippet om nulltoleranse for økonomiske misligheter

4.2.4 Helsepersonell

Verden står overfor en betydelig mangel på helsepersonell hvor flere land har problemer med å dekke nåværende og anslåtte behov for helsepersonell. Utfordringen er desidert størst i utviklingsland. WHO anslår at det globalt mangler nesten 4,3 millioner helsearbeidere. Mangelen er størst i fattige land. Selv om behovene for helsetjenester varierer mellom land, så opplever de aller fleste land utfordringer i forhold til å dekke nåværende og forventet fremtidig behov for helsepersonell. Vi ser i økende grad at utdanningskapasiteten til mange land ikke samsvarer med eget nåværende eller forventet fremtidig behov for helsepersonell. I tillegg har flere land, spesielt utviklingsland, helsesystemer med manglende evne til å absorbere og effektivt utnytte det personellet som finnes eller som blir utdannet. Utfordringene og problemene som land møter er forskjellige og varierer ut i fra lokalisering og utviklingsnivå, men for flere er situasjonen alvorlig og kan true lands evne til å tilby sine innbyggere grunnleggende helsetjenester. Samtidig migrerer mange helsearbeidere for å arbeide i rikere land med bedre arbeidsvilkår. Denne situasjonen gjør det berettiget å snakke om en global helsepersonellkrise.

Mesteparten av verdens helsepersonell befinner seg i urbane strøk, mens om lag halvpar-

Boks 4.7 Helsepersonellgapet globalt

Ifølge WHO er det behov for om lag 2,5 helsepersonell (leger, sykepleiere og jordmødre) per 1000 innbyggere for å sikre befolkningen et minimumsnivå av nødvendige helsetjenester. 57 land faller under denne terskelen og anses følgelig å lide under en kritisk mangel på helsepersonell. Bare i disse landene anslår WHO et behov for 2,4 millioner helsepersonell. Den globale helsepersonellmangelen anslås til nesten 4,3 millioner. Spesielt i Afrika sør for Sahara er utfordringene store, blant annet som en følge av høy sykdomsbyrde, lav utdanningskapasitet og migrasjon.

Helsepersonellressursene er svært ulikt fordelt relativt til sykdomsbyrden. For eksempel har Afrika 24 prosent av den globale sykdomsbyrden, men kun tre prosent av den globale beholdningen av helsepersonell og kun om lag én prosent av verdens finansielle ressurser allokert til helse (inkludert bistand og lån).

ten av verdens befolkning bor i utkantstrøk. Lik tilgang til tjenester lar seg ikke realisere så lenge personellressursfordelingen er preget av disse geografiske ulikhetene. Regjeringen legger derfor til grunn at oppfyllelse av retten til helse for enkeltindivider forutsetter en jevnere og mer rettferdig fordeling av helsepersonell.

Helsepersonellkrisen er et globalt problem og krever derfor globale og helhetlige løsninger. Godt samarbeid og informasjonsutveksling på tvers av landegrensene for å finne helhetlige løsninger etterstrebes. Den globale helsepersonellmangelen medfører et stort behov for å øke kapasiteten for utdanning globalt, samtidig som kvaliteten på utdanningen må ivaretas. Kunnskap hos helsepersonell i jobb må vedlikeholdes og videreutvikles for å kunne bedre tjenesteleveringen. Det er også viktig at arbeidsfordelingen mellom ulike typer helsearbeidere er best mulig tilpasset behov og kapasitet, og at helseutdanningssystemet spiller dette. Som en knapp ressurs må helsepersonell også brukes så effektivt som mulig, noe som stiller krav til kvalitet og evne til innovasjon i helsesystemene.

Aktiv rekruttering fra andre land bidrar til å tappe de fattigste landene for helsepersonell. Medlemslandene i WHO vedtok i 2010 frivillige ret-

ningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell, der høyinntektsland blant annet blir oppfordret til å motvirke aktiv rekruttering fra land med kritisk mangel på helsepersonell. Arbeidet med retningslinjene følges opp i WHO og i Norge. Regjeringen har lagt til grunn at de internasjonale retningslinjene skal innføres i helse- og omsorgstjenesten i 2011. Norge skal avstå fra aktiv og systematisk rekruttering fra fattige land som selv har mangel på helsepersonell.

Dette innebærer å vektlegge forebygging av migrasjon fra fattige til rikere land, men også lokal migrasjon mellom landsbygda og urbane strøk, der hvor dette har negative konsekvenser for helse-systemene. Samtidig må helsearbeidere ha samme rett til å flytte som andre. Innsatsen for å unngå negative effekter av migrasjon består blant annet i å bedre helsearbeideres arbeids- og leveforhold der de befinner seg for også å hindre avgang fra sektoren, og bistå med økt utdanning/produksjon av helsepersonell hvor kvalitet på utdanning og yrkesutøvelse vektlegges. Dels støtter Norge selv arbeid for at de fattigste landene med stor sykdomsbyrde kan ivareta helse-systemkomponenter som personell, blant annet gjennom Fredskorpsets ordning for helsepersonellutveksling, og dels koordinerer og investerer vi komplementært til annen internasjonal innsats som fremmer helsepersonelløsninger.

Regjeringen vil:

- Videreutvikle en helhetlig tilnærming til helsepersonellkrisen som søker å ivareta både innenriks- og utenrikspolitiske hensyn vedrørende rekruttering, forebygging av negative konsekvenser ved migrasjon og helsepersonellutdanning
- Aktivt bidra til gjennomføringen av WHO's retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell
- Bidra til å lette helsepersonellkrisen i fattige land, gjennom å støtte økning i antallet utdannede helsepersonell, bedre arbeids- og levevilkår for helsepersonell og bidra til innovative løsninger på helsepersonellutfordringene, herunder arbeidsfordeling mellom ulike typer helsearbeidere

4.2.5 Dobbel sykdomsbyrde – ikke-smittsomme sykdommer (NCD)

Ikke-smittsomme sykdommer, herunder hjerte- og karsykdommer, kreft, kroniske luftveissykdommer, diabetes og psykiske lidelser, utgjør størstedelen av global dødelighet. I lavinntekts-

land står imidlertid andre faktorer, som smittsomme sykdommer, komplikasjoner i forbindelse med fødsel og underernæring, fortsatt for størsteparten av tapte leveår, men ikke-smittsomme sykdommer utgjør også her et voksende problem. I de deler av verden hvor infeksjonssykdommene fortsatt dominerer, utgjør veksten i ikke-smittsomme sykdommer en utfordring i form av et tillegg til den eksisterende sykdomsbyrden. Begge må håndteres av ofte svakt utviklede helsesystemer med begrenset kapasitet, og kalles derfor gjerne «den doble sykdomsbyrden».

Et av WHO's 13 innsatsområder er å «forebygge og redusere funksjonshemming og tidlig død ved kroniske ikke-smittsomme sykdommer, mentale lidelser, vold og ulykker samt synssvekkelser». En stor del av dette arbeidet skjer i utviklingsland.

Det er derfor behov for en målrettet global innsats på dette området. Norge har gode erfaringer fra blant annet tobakksforebyggende og alkoholforebyggende arbeid, forankret i en kunnskapsbasert tilnærming.

Usunt kosthold, tobakkbruk, skadelig alkoholbruk og fysisk inaktivitet utgjør viktige risikofaktorer for å utvikle ikke-smittsomme sykdommer. Tobakk-, alkohol-, drikkevarer- og matprodusenter har en åpenbar interesse av at det ikke innføres reguleringer som i for sterk grad vil svekke deres inntektsgrunnlag. Norge vil at denne potensielle interessekonflikten mellom næringsinteresser og helse skal komme tydelig frem der hvor det er hensiktsmessig. Dette innebærer blant annet at private aktører i noen sammenhenger bør få innskrenket sin mulighet til å innvirke på utvikling av helsepolitikk. WHO ekskluderer tobakksindustrien fra enhver form for samarbeid. Norge støtter en slik linje.

Psykiske lidelser er på tredjeplass i WHO's rangering av global sykdomsbyrde. Personer og familier med psykiske lidelser utsettes i mange land for systematisk diskriminering, hvor de fratras grunnleggende rettigheter som utdanning, arbeid og bolig. Regjeringen vil arbeide for større åpenhet om psykiske lidelser internasjonalt.

Reduksjon og forebygging av ikke-smittsomme sykdommer er et viktig innsatsområde for WHO. Organisasjonen har utarbeidet en rekke strategier, handlingsplaner og virkemidler for forebygging og kontroll. Utfordringen ligger nå først og fremst i å få land til å prioritere forebygging av ikke-smittsomme sykdommer høyere på sin nasjonale politiske dagsorden, gjennom blant annet å slutte seg til og gjennomføre rammekonvensjonen for tobakkskontroll, den globale alko-

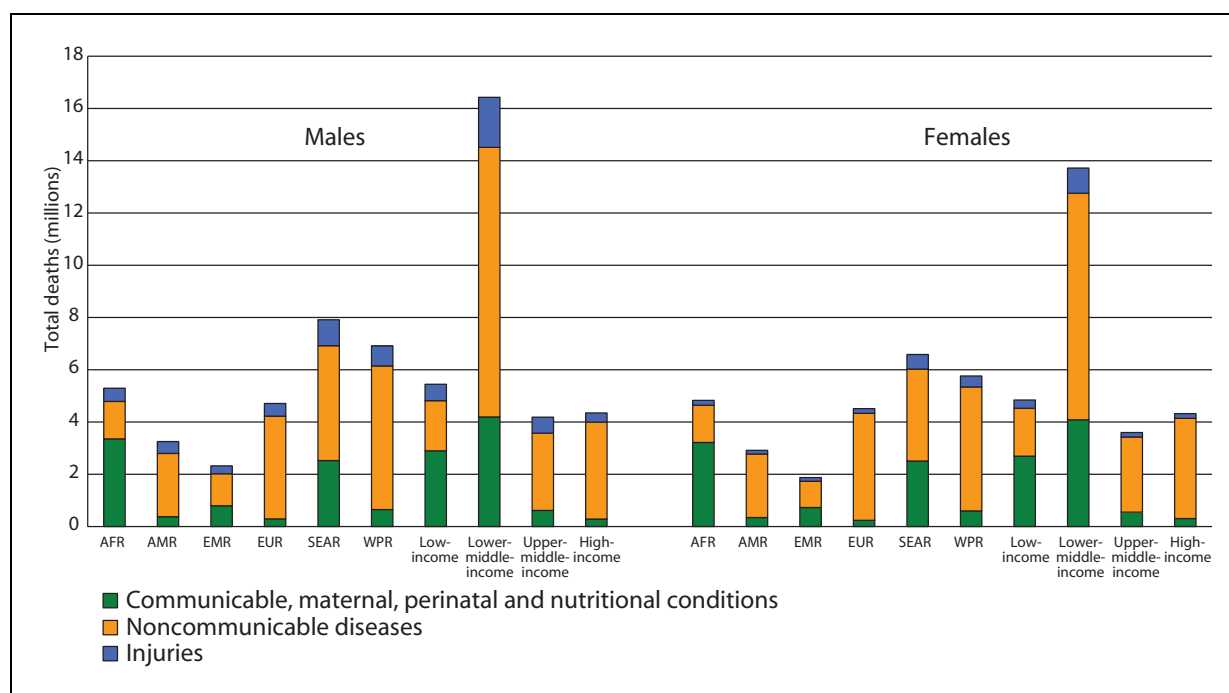
Boks 4.8 Fakta om ikke-smittsomme sykdommer globalt

I følge WHO's *Global Status Report on Non-Communicable Diseases* (NCDs) utgjør ikke-smittsomme sykdommer den ledende dødsårsak globalt. Av totale antall dødsfall i 2008, skyldtes 63 prosent ikke-smittsomme sykdommer, hovedsaklig hjerte- og karsykdommer, kreft og kroniske luftveissykdommer.

Nesten 80 prosent av dødsfallene skjedde i lav- og mellominntektsland. Disse landene er også fortsatt hardt rammet av smittsomme syk-

dommer. Kombinasjonen av smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer utgjør dermed en dobbel sykdomsbyrde i disse landene.

I den afrikanske regionen er det fortsatt flere dødsfall av smittsomme sykdommer enn av ikke-smittsomme sykdommer, men også i denne regionen er forekomsten av dødsfall som følge av ikke-smittsomme sykdommer raskt økende, og det anslås at ikke-smittsomme sykdommer vil være den vanligste dødsårsak i 2030.



Figur 4.6 Total deaths by broad cause group, by WHO Region, World Bank Income Group and by sex, 2008.

Kilde: WHO: Global status report on noncommunicable diseases 2010

holstrategien og den globale strategien for kosthold og fysisk aktivitet.

Tobakksbruk er den viktigste enkeltårsaken til sykdom og død som kan forebygges. WHO's rammekonvensjon for tobakkskontroll (Framework Convention on Tobacco Control – FCTC), som Norge er forpliktet av, etablerer et juridisk grunnlag for å gjennomføre effektive tobakkskontrolltiltak.

Overvektsepidemien er én av hovedårsakene til at ikke-smittsomme sykdommer har stor oppmerksomhet globalt. Norge deltar aktivt i WHO's arbeid på dette området og var forslagsstiller til WHO's anbefalinger av 2010 om å redusere markedsføringen av usunn mat og drikke til barn.

Norge har også vært delaktig i utarbeidelsen av WHO's globale alkoholstrategi av 2010, og vil videreføre sitt engasjement på dette området.

Den utviklingen som skjer på andre politikk-områder, slik som handelsavtaler og skatte- og avgiftspolitik, påvirker i stor grad nasjonal tobakks-, alkohol- og ernæringspolitikk. Dette understreker behovet for å integrere helsepolitiske hensyn også i andre politikkområder og støtte nasjonale helsemyndigheter slik at de har evne til å arbeide og påvirke tverrsektorielt i sine respektive land. Utvikling av effektivt regionalt samarbeid er også her et viktig trinn på veien mot globale løsninger.

Boks 4.9 Tobakkskonvensjonen

- WHO's Rammekonvensjon for tobakkskontroll (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) er en kunnskapsbasert internasjonal, juridisk bindende avtale.
- Konvensjonen er verdens første folkehelsekonvensjon, og trådte i kraft i februar 2005.
- Gro Harlem Brundtland tok initiativ til etableringen av konvensjonen i 1999, og den var en merkesak under hele hennes funksjonsperiode som generaldirektør for WHO.
- Konvensjonen har pr. september 2011 174 parter, og Norge var det første landet som undertegnet og ratifiserte konvensjonen.
- Til tross for at svært mange land har ratifisert konvensjonen er det nødvendig å fokusere sterkere på å få landene til å gjennomføre tiltakene de har forpliktet seg til. Det er blant annet et potensial for sterkere å vektlegge beskatning av tobakksprodukter som virkemiddel for å redusere forbruket av tobakk. Dette vil samtidig gi økte skatteinntekter til landenes myndigheter, som kan benyttes til å gjennomføre tiltak som bedrer folkehelsen.
- Tempoet i gjennomføringen trues nå også av tunge aktører innen tobaksindustrien, som har trukket Norge og flere andre lands myndigheter for retten med utgangspunkt i internasjonale handelsavtaler.

Den samlede globale innsatsen for å fremme helse må ta hensyn til endringene i sykdomsbildet. Arbeidet for å motvirke ikke-smittsomme sykdommer må videreføres innenfor relevante arenaer som WHO. Ikke-smittsomme sykdommer er et viktig nasjonalt anliggende for Norge. Det er derfor viktig at globale og nasjonale tiltak for å motvirke utviklingen innrettes slik at de støtter opp om hverandre.

FN holdt i september 2011 et toppmøte om ikke-smittsomme sykdommer, med utgangspunkt i at det utfordrer helse, lands økonomier og sosial utvikling. Det viktigste utfallet av møtet var at problematikken ble anerkjent som noe som også angår og krever innsats fra sektorene utenfor helse. Slutterklæringen sier blant annet at WHO i samarbeid med medlemsland skal utarbeide frivillige globale mål og etablere et rammeverk for

overvåkning av arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer.

Forebygging på befolkningsnivå er et kostnads-effektivt virkemiddel mot utviklingen i ikke-smittsomme sykdommer. Helse-systemer må kunne betjene en befolkning med sammensatte problemer. Forebygging og behandling av ikke-smittsomme sykdommer fordrer andre systemer og tjenester enn de som dekker underernæring og infeksjonssykdommer. En må derfor ta høyde for endringen i sykdomsbilde når man utformer og bidrar til å styrke helse-systemer. Innsamling og systematisering av nasjonale data om risikofaktorer og sykdomsbyrde vil være en naturlig del av dette.

Regjeringen vil:

- Følge opp WHO's retningslinjer for å redusere markedsføring av usunn mat og drikke til barn og unge internasjonalt
- Arbeide for å finne løsninger for å bygge ut forebyggingskapasiteten i lav- og mellominntektsland. Dette krever i første rekke nasjonal innsats, men også faglig bistand blant annet fra WHO og andre FN-organisasjoner
- Bidra til at ikke-smittsomme sykdommer integreres i arbeidet med styrking av helse-systemer
- Oppfordre andre land til å bygge opp en helhetlig folkehelsepolitikk basert på prinsippet om «health in all policies» (helse i alt vi gjør)
- Bidra til at kunnskapsgrunnlaget blir øket gjennom mer forskning og bedre systemer for overvåkning av ikke-smittsomme sykdommer og risikofaktorer i lav- og mellominntektsland
- Oppfordre land til å ratifisere og øke tempoet i gjennomføringen av tobakkskonvensjonen
- Arbeide for at utfordringene med ikke-smittsomme sykdommer også møtes gjennom regionale fora
- Bidra til økt kunnskap og åpenhet om psykisk helse og psykiske lidelser.
- Oppfordre land til å følge opp forpliktelsene for å møte utfordringene innen ikke-smittsomme sykdommer, som vedtatt under FN's høynivå-møte i New York 19.-20 september 2011.

4.3 Fremme menneskelig sikkerhet gjennom helse

4.3.1 Helseutfordringer som følge av klimaendringer

Alle befolkningsgrupper berøres av klimaendringene, men de fattigste rammes hardest og står svakest rustet til å møte utfordringene. Klimaend-



Figur 4.7

Steve McCurry/Magnum Photos/All Over

ringer kan underminere oppnåelsen av de helse-relaterte tusenårsmålene, og vil utgjøre en hard tilleggsbelastning for helsesystemer som allerede lider under utilstrekkelige ressurser.

Det er behov for mer kunnskap om klimaendringer og helsekonsekvenser. I den forbindelse vil viktig lærdom bli tilgjengelig fra WHO og UNDP sitt prosjekt om helse og klimatilpasning finansiert gjennom Global Environment Facility (GEF), der en rekke pilotprosjekter skal bidra til å øke kapasiteten til nasjonale helsesystemer innenfor klimatilpasning. Konsekvensene for mat- og vannforsyning og økt risiko for utbredelse av smittsomme sykdommer hører til de mest forutsigbare effektene av klimaendringer. Det internasjonale klimapanelet har beregnet at en temperaturøkning på 2,5 grader Celsius gjennom det neste hundreåret vil ha dramatiske konsekvenser. Mangel på drikkevann og vann generelt, risiko for sultkatastrofer og spredning av infeksjonssykdommer som malaria og dengue-feber vil øke. Robust klimatilpasning fordrer med andre ord investeringer i helsesystemer, med vekt på forebygging. Det er viktig å understreke at helseeffektene av klimaendringer kommer på toppen av allerede eksisterende

utfordringer, og vil ramme hardest noen av de områdene hvor problemene allerede er størst.

Helse har på sin side en klar sammenheng med utviklingen av det globale befolkningstallet. Det er solid belagt at lav barnedødelighet i en befolkning fører til reduserte fødselstall. Styrket reproduktiv helse er derfor en viktig forutsetning for å håndtere global befolkningsutvikling

Vann, sanitære forhold og hygiene

Over halvparten av verdens sykesenger er ifølge UNDP belagt av mennesker som lider av sykdommer knyttet til forurenset vann og mangelfulle sanitære forhold. Da vil en seksdobling av risikoen for mangel på drikkevann potensielt få enorme helsemessige, sosiale og økonomiske konsekvenser. Diaré tar livet av 4500 barn hver dag og dreper flere barn enn aids, malaria og meslinger til sammen. Nesten alle diarédødsfall (88 prosent) skyldes forurenset vann, utilstrekkelige sanitærforhold og dårlig hygiene. Sanitærforhold er også på andre måter en betydningsfull helsefaktor, for eksempel i form av dårlig inneklimate som følge av røykfulle varmekilder.

FNs tusenårsmål 7(c) har som mål å halvere andelen mennesker uten tilgang til rent drikkevann og sanitærforhold. I dag har en fjerdedel av befolkningen i fattige land ikke tilgang til rent drikkevann, og nesten halvparten har ikke sanitærfasiliteter. WHO og FNs barnefond UNICEF har beregnet at den økonomiske gevinsten av tiltak rettet mot drikkevann, sanitære forhold og hygiene er åtte ganger større enn investeringskostnadene. Retten til tilgang på rent drikkevann og sanitære forhold ble vedtatt av FNs menneskerettighetsråd i 2010 gjennom en resolusjon som kobler vann og sanitære forhold til retten for enhver til å ha en tilfredsstillende levestandard.

WHO og UNICEFs overvåkningsprogram for vann og sanitærforhold viser at utviklingen går i riktig retning for tusenårsmål 7 når det gjelder drikkevann. Det er imidlertid store regionale og lokale forskjeller. I Afrika sør for Sahara har over halvparten av befolkningen ikke tilgang til tilfredsstillende drikkevannskilde.

På verdensbasis er vann det næringsmiddelet som flest mennesker blir syke av, og i verste fall dør av. En bedring i vannforsynings situasjonen bredt forstått vil ha viktige helsemessige konsekvenser. Sammenhengen mellom drikkevann, sanitære forhold og hygiene og helse vil bli løftet i regjeringens arbeid innen global helse. Også her er det viktig å søke nye allianser for å styrke den globale innsatsen.

Matsikkerhet

Globale trender som befolkningsvekst, endrede forbruksmønstre og bruksområder (biodrivstoff) og høyere energipriser setter stadig tøffere krav til verdens matvareproduksjon. Samtidig trues matproduksjonen av overutnyttelse av naturressurser, klimaendringer, og forurensning fra miljøgifter, blant annet gjennom bruk av plantevernmidler.

Dette skjer samtidig som det i dag produseres nok mat i verden til å fø hele verdens befolkning. At mange lider av underernæring er derfor ikke bare et spørsmål om produksjon, men har også å gjøre med sosiale, politiske og økonomiske forhold, som hindrer at maten blir rettferdig fordelt. Det skyldes blant annet grove ulikheter i kjøpekraft, en generell nedprioritering av investeringer i sektoren, og en fortsatt marginalisering av småbøndene og deres situasjon. Truslene mot matsikkerhet er følgelig sammensatte og knyttet til en rekke andre politikkområder.

Tilgang til nok, trygg og ernæringsmessig riktig mat er en menneskerettighet ifølge den inter-

nasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, jfr. konvensjonens § 11. Under FNs mat-toppmøte i 1996 ble matsikkerhet i bred forstand definert som «når alle mennesker til enhver tid har fysisk og økonomisk tilgang til nok og trygg mat, for et fullgodt kosthold som møter deres ernæringsmessige behov og matvarepreferanser som grunnlag for et aktivt liv med god helse». Matsikkerhet inkluderer dermed også behovet for å sikre et sunt og balansert kosthold som et viktig forebyggende helsetiltak. Matsikkerhet krever også en innsats for helsemessig trygg mat, både nasjonalt og i forbindelse med internasjonal handel.

Matforsynings situasjonen og landbruksspørsmål har fått styrket politisk aktualitet som en følge av den kraftige prisøkningen på matvarer globalt. Nesten en milliard mennesker sulter og lider av underernæring. Befolkningsvekst, energiprisutviklingen og andre påvirkningsfaktorer utgjør betydelige tilleggsutfordringer for å nå tusenårsmål 1 om halvering av antall mennesker rammet av sult innen 2015. En stor andel av det globale potensialet for matproduksjon går i dag tapt på grunn av dårlige håndterings- og lagringsforhold, planteskadegjørere og dyresykdommer. Bedring av hygieneforholdene og plante- og dyrehelsen globalt vil dermed ha stor betydning for å kunne forsyne verden med nok og trygg mat.

Regjeringen vil øke landbruksbistanden og støtter opp under internasjonale og regionale prosesser for landbruksutvikling og matsikkerhet, jfr. Stortingsmelding nr. 13 (2008-2009) *Klima, konflikt og kapital* og Stortingsmelding nr. 14 (2010-2011) *Mot en grønnere utvikling*.

Norsk utenrikspolitikk skal bidra til å ivareta matsikkerhet mellom og innenfor land. Stater har plikt til å arbeide for at alle innbyggere kan brødfø seg selv. Der inntekter og mattilgang svikter må det finnes offentlige sosiale sikkerhetsmekanismer.

Regjeringen vil:

- Integrere matsikkerhet og klimatilpasning som en del av det globale helsefremmende arbeidet
- Vektlegge forebygging av helseutfordringer knyttet til miljø, urbanisering og klima i utviklingsland ved å bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for og forskning på slike utfordringer med sikte på å bygge kompetanse og kapasitet i fattige og utsatte land
- Være en pådriver gjennom WHO og andre partnere for å styrke fokus på underliggende faktorer for helse, som rent drikkevann, sani-

tære forhold, hygiene, ernæring og matsikkerhet

- Bidra til å styrke innsatsen for vann, hygiene og sanitære forhold gjennom:
 - *Forebyggende* arbeid på husholdsnivå, med særlig vekt på hygiene,
 - *Integrering* av drikkevann, sanitærforhold og hygiene i andre sektorer, eksempelvis skoler og helseinstitusjoner,
 - *Integrering* av prinsippet om retten til vann i nasjonale lovverk, og nasjonale politikeres ansvar for å prioritere disse tema

4.3.2 Smittevern og pandemier – forebygging og håndtering

I Stortingsmelding nr 13 (2009-2010) *Klima, konflikt og kapital* nevnes fravær av smittsomme, epidemiske sykdommer som eksempel på viktige globale fellesgoder som har betydning for alle land, og som må sikres i fellesskap gjennom global dugnad. Effektiv global pandemisk influensaberedskap og -respons står sentralt i regjeringens arbeid.

Verdens helseforsamling vedtok i 2005 det internasjonale reglementet for sykdomsovervåking og varsling av sykdomsutbrudd (IHR 2005). Den såkalte svineinfluensapandemien (H1N1) i 2009 ble den første alvorlige prøven for regelverket. Gjennomgangen foretatt av en uavhengig komité i etterkant, viser at regelverket i hovedsak fungerte godt under pandemien, men at verden ikke har tilstrekkelig beredskap til å respondere effektivt på en alvorlig pandemi eller tilsvarende helsekrise med grenseoverskridende konsekvenser.

Verdens helseforsamling vedtok i 2011 et globalt rammeverk for beredskap og respons under ledelse av WHO ved fremtidig pandemisk influensa. Dette imøtekommer det forbedringspotensialet som gjennomgangen av H1N1 pandemien påpeker. Vedtaket er historisk og betydningsfullt for global helsesikkerhet, internasjonal solidaritet og for WHO som organisasjon. Norge hadde som leder av prosessen sammen med Mexico en fremskutt rolle i de krevende, internasjonale forhandlingene om rammeverket og var gjennom grundig diplomatisk arbeid medvirkende til at man kom til enighet.

Det globale rammeverket under ledelse av WHO har som målsetting å sikre et rettferdig, transparent, likeverdig og effektivt system for deling av influensavirus med pandemisk potensial og for deling av goder, som for eksempel vaksiner. Det skal gi økt global vaksineproduksjon med

Boks 4.10 Evaluering av håndteringen av H1N1-pandemien i 2010

En uavhengig ekspertkomité fikk i 2010 i oppgave å evaluere hvordan IHR-regelverket fungerte under pandemien, hvordan WHO og medlemslandene håndterte pandemien og å foreslå konkrete forbedringspunkter for å styrke beredskapen på bakgrunn av erfaringene fra pandemien.

Rapporten konkluderte med at IHR-regelverket har bidratt til å gjøre verden bedre forberedt på å møte kriser. Kapasiteten på landnivå for å ivareta kravene i regelverket til å oppdage, fastslå og rapportere smittsomme sykdommer av betydning for internasjonal folkehelse er imidlertid fortsatt mangelfulle. Rapporten anbefaler blant annet å styrke gjennomføringen av IHR-regelverket og tiltak som skal sikre at landene etterlever regelverkets bestemmelser om vitenskapelig baserte tiltak i en krisesituasjon.

Ekspertkomiteens rapport fastslo videre at WHO utviste lederskap og håndterte en rekke sider av pandemien på en god måte.

Komiteen konkluderte med at verden pr i dag ikke er godt nok forberedt til å møte en alvorlig pandemi eller andre akutte, globale, omfattende trusler mot folkehelsen.

vekt på å etablere produksjon i regioner som i dag ikke har slik kapasitet, styrket laboratoriekapasitet og bedre tilgang for fattige land til vaksiner og behandling. Land der utbrudd skjer skal prioriteres. Industriens rolle og ansvar er konkretisert og formalisert, blant annet ved at den bidrar både økonomisk og med produkter, og ved at dette skjer på et juridisk bindende grunnlag.

WHO har etablert et program som stimulerer teknologi- og kunnskapsoverføring til utviklingsland, blant annet ved at eiere av patenter avstår fra å hevde rettigheter etter disse for å åpne for produksjon i og av utviklingsland. Det er behov for å øke omfanget av dette, spesielt ved en pandemisituasjon. Vaksineprodusenter skal som del av sin kontrakt under rammeverket, indikere hvorvidt de vil selge sine patenterrettigheter til overkommelige priser og avstå totalt fra å hevde rettighetene ved en pandemi med sikte på å åpne for produksjon i utviklingsland.

Rammeverket stadfester at alle land har selvstendig råderett over bruken av egne biologiske ressurser. Rammeverket skal gjennomføres i tråd med nasjonal lovgivning og internasjonalt regelverk. Fra norsk side er det lagt til grunn at dette er i tråd med målsettingen i Nagoya-protokollen om tilgang til genetiske ressurser. Protokollen er forankret i Konvensjonen om biologisk mangfold.

Tall fra WHO viser også at omkring 75 % av de nye infeksjonssykdommene eller kjente infeksjoner som har vært i kraftig fremvekst hos mennesker de siste 30 årene, er forårsaket av smittestoffer som kommer fra dyr. Spredning av ulike alvorlige influensavirus de senere årene er et framtrekkende eksempel på hvordan dyrehelse og folkehelse er tett sammenvevd. utfordringene er spesielt store i land med høy folketetthet og nær kontakt mellom folk og dyr. Ved å benytte begrepet *èn verden – èn helse* slår de store organisasjonene WHO, UNICEF, FAO og OIE (verdens dyrehelseorganisasjon) fast at forståelsen for sammenhengen mellom folkehelse, husdyrhelse og helse hos ville dyr må økes for å kunne møte alvorlige helsemessige utfordringer i det 21. århundre.

Et effektivt samarbeid mellom FAO, WHO og OIE ble konsolidert gjennom den globale beredskapen mot fugleinfluensa av typen H5N1 i perioden 2004-2007. Dette arbeidet har gitt et administrativt og faglig verktøy for en verdensomspennende innsats mot dyresykdommer som kan true folkehelsen. Norge har bidratt til dette arbeidet blant annet som betydelig bidragsyter til særskilte prosjekter i de multilaterale organisasjonene. OIE har gitt uttrykk for at de nye farene på dyrehelseområdet best kan møtes gjennom et felles harmonisert og koordinert helsestyre på globalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Svineinfluensapandemien er et eksempel på en alvorlig smittsom sykdom som overføres mellom dyr og mennesker (zoonose). Et av de viktigste forebyggende tiltak mot slike alvorlige zoonoser er å sikre en god dyrehelse, øke forståelsen for sammenhengen mellom folkehelse og dyrehelse og styrke samarbeidet mellom leger, veterinærer og viltfaglig kompetanse.

Regjeringen vil:

- Støtte WHO's innsats for gjennomføring og oppfølging av det internasjonale helsereglementet (IHR 2005), og revidere nasjonale og internasjonale planer som følge av gjennomgangen etter H1N1-pandemien.
- Støtte WHO's arbeid med og være en pådriver for å gjennomføre det globale rammeverket for beredskap og respons ved pandemisk influensa

- Bidra til å øke forståelsen for sammenhengen mellom folkehelse, husdyrhelse og helse hos ville dyr (*èn verden – èn helse*)
- Bidra til styrket samarbeid internasjonalt for å sikre utviklingsland tilgang på effektive medisiner og vaksiner til overkommelige priser

4.3.3 Tilgang til legemidler

Sykdomsbyrden er størst og helsesystemer dårligst utbygd i utviklingslandene. Utviklingsland har i langt mindre grad enn utviklede land kunnet nyttiggjøre seg nyvinningene innen legemidler og teknologi for diagnostisering.

WHO legger til grunn at tilgangen til legemidler påvirkes av fire faktorer; (i) pris, herunder patenter, (ii) rasjonell utvelgelse av legemidler; (iii) bærekraftig finansiering; og (iv) helsesystemenes evne til å fordele og administrere legemidler. Selv om legemidler i prinsippet er gratis i mange utviklingsland, gjør mangelfulle helsetjenester at tilgangen i praksis er begrenset. Dette presser folk over i det private markedet hvor tilgangen ofte er langt svakere, prisene høyere og kvaliteten dårligere. Det er mangler i forhold til alle de tidligere nevnte fire faktorene, ikke minst i reguleringene som sørger for pålitelighet og stabilitet i forsyningskjeden. Derfor er helsesystemperspektivet viktig (jfr. kapittel 4.2.3).

Mange utviklingsland strever av ulike årsaker med å etablere en tilstrekkelig nasjonal finansierings- og kompetansebase for innkjøp og betaling av legemidler. Dette må besørges ved skatte- eller andre inntekter. Videre er infrastruktur for rasjonell fordeling og bruk i eget helsesystem en utfordring. På institusjonssiden er legemiddelmyndigheter ofte et svakt punkt. Disse er viktige for å sørge for kontroll av kvalitet på og utstedelse av nasjonal lisens og markedsføringstillatelse, kontroll og regulering av utsalgssteder og iverksettelse av sanksjonsmekanismer når regelverk ikke blir fulgt. utfordringene knyttet til tilgang til legemidler kan derfor ikke løses av nasjonale helsemyndigheter alene. Finans-, justis- og utdanningssektoren må også involveres og ansvarliggjøres.

Prisnivå, manglende tilpasning til sykdomsbildet, mangelfull kunnskap og transparens og svak planlegging er utbredte problemer. På dette området spiller WHO en viktig rådgivende rolle i å bistå med valg av kostnadseffektive medisiner. For å lette lands arbeid med tilgang til legemidler generelt, etablerte WHO i 2001 en modell-liste over medisiner, den såkalte *Essential Medicines List*. Formålet med listen er å opplyse om viktige og kostnadseffektive legemidler land bør gå til



Figur 4.8

John Vink/Magnum Photos/All Over

innkjøp av for å kunne bekjempe hoveddelen av sin sykdomsbyrde. Kun 5-10 prosent av legemidlene på listen er til enhver tid underlagt patenter. De øvrige er generiske legemidler hvor patentering ikke lengre utgjør en faktor som kostnadsdriver. Patentrettigheter, også på legemidler, er regulert i avtalen om «Trade Related Intellectual Property Rights» (TRIPS-avtalen), som er en del av regelverket i WTO.

På internasjonalt nivå er samarbeid for å finne løsninger som gir utvikling av og tilgang til effektive og rimelige legemidler sentralt. Det er viktig at dette samarbeidet rommer alle parter, det vil si nasjonalstater, legemiddelprodusenter, WHO, siviltsamfunn og akademia. (jfr. også kapittel 5.1 og kapittel 5.2).

Norge spiller en aktiv rolle på flere arenaer for å øke tilgangen til legemidler og teknologi for diagnostisering. Regjeringen legger til grunn at WTO-avtaleverket ikke skal praktiseres på en måte som fratrar fattige land styringsrett og virkemidler som har vært viktige for å utvikle vårt eget samfunn til et velferdssamfunn. Norge skal ikke fremme krav overfor fattige land som kan innebære en svekkelse av mulighetene til å utvikle sterke

offentlige tjenester innen helse og utdanning. Norge har lagt stor vekt på at TRIPS-avtalen ikke skal stå i veien for tiltak for å beskytte folkehelsen, samtidig som det må tas hensyn til at patentsystemet er viktig for utviklingen av nye legemidler. Med dette utgangspunktet var Norge blant pådriverne bak Ministererklæringen om TRIPS og folkehelse fra 2001 («Doha-vedtaket»), og i arbeidet med å finne en løsning på forbudet mot eksport av tvangslisenserte legemidler (generisk produksjon av legemidler (såkalte kopilegemidler) mot patentinnehaverens vilje). Doha-vedtaket fra 2001 slår fast at handelsregler, inkludert patentregler, ikke skal stå i veien for folkehelsehensyn, og at land skal kunne utnytte fleksibiliteter som ligger i TRIPS-avtalen for å sikre seg tilgang til legemidler.

I mai 2004 ble Norge det første landet som gjennomførte en lovendring som legger til rette for å utnytte fleksibiliteten som ligger i TRIPS-avtalen. Siden Norge har liten produksjon og eksport av legemidler, har den norske lovendringen i seg selv liten betydning for å styrke utviklingslandenes tilgang til legemidler. Lovendringen er likevel en bekreftelse på og oppfølging av nor-

ske posisjoner i de internasjonale forhandlingene og prosessene om tilgang til legemidler og patentrettigheter. Ved etableringen av legemiddelinnkjøpsordningen UNITAID i 2006, som Norge bidro til, ble det i mandatet for ordningen presisert at den som prinsipp skulle støtte landenes utnyttelse av fleksibiliteten innenfor TRIPS-avtalen og Doha-vedtaket. Sentrale legemiddelproducentland som Storbritannia, Brasil og Frankrike har sluttet seg til dette prinsippet som partnere til ordningen.

Effektiv behandling av hiv og aids har vært tilgjengelig siden slutten av 1990-tallet og det utvikles stadig mer effektive medisiner. Den høye prisen på aidsmedisiner gjorde at utviklingsland ikke hadde råd til eller prioriterte å gi tilgang til disse. Én av løsningene er etableringen av store, globale finansieringsordninger for utviklingslands tilgang til effektive medisiner der alle involverte aktører – stater, FN-systemet, privat sektor, sivilt samfunn og akademia – inngår som partnere. Det globale fondet og GAVI er flaggskipene i denne sammenheng. I tillegg er innkjøpsordningen UNITAID viktig. Innenfor rammen av patentsystemet blir det viktig å videreføre arbeidet med nye samarbeidsformer og styrket tilgang, som for eksempel *Medicines Patent Pool*, som ble etablert i 2010 under UNITAID. Ordningen innebærer at patentene stilles til disposisjon av innehaverne og legges i en «pott» som produsenter i utviklingsland kan benytte seg av til legemiddelproduksjon mot å betale en avgift og en andel av inntekten fra produktet.

Utvikling av legemidler for sykdommer som er mest utbredt i fattige land begrenses av at markedene ofte mangler kjøpekraft og er for små til å gjøre forskning og utvikling lønnsomt. WHO etablerte i 2006 en arbeidsgruppe for forskning, utvikling og tilgang på legemidler for utviklingsland som resulterte i en global strategi og handlingsplan, vedtatt av Verdens helseforsamling i 2008. Norge har videreført sitt engasjement i dette arbeidet ved å lede den pågående arbeidsgruppen som skal ta stilling til utvelgelse av konkrete prosjekter for forskning og utvikling.

Innenfor et G8-initiativ har Norge sammen med Canada, Italia, Russland, Storbritannia og Gates Foundation etablert en innovativ pilotordning for å bidra til utvikling og produksjon av en vaksine mot lunge- og hjernehinnebetennelse. Ordningen har bidratt til å mobilisere Russland som en bidragsyter. Forankringen i G8 illustrerer viktigheten av å sikre politisk lederskap på høyt nivå (jfr. kapittel 5.2).

Regjeringen vil:

- Prioritere arbeidet med å styrke legemiddeltilgangen for utviklingsland gjennom satsing på integrerte helsetjenester og støtte til internasjonale initiativer og prosesser for å skape markeder i utviklingsland
- Videreføre støtte til forskning på og utvikling av legemidler for utviklingsland, med vekt på å bygge ut og styrke produksjonskapasiteten i disse landene
- Bidra til innovative ordninger for å styrke utviklingslands tilgang til effektive og tilgjengelige legemidler innenfor rammene av patentsystemet, inkludert brede partnerskap med stater, sivilt samfunn, akademia og legemiddelprodusenter
- Arbeide for prisreduksjon og globale innkjøpsordninger som gir bedre tilgang til legemidler for blant annet kvinner og barn

4.3.4 Seksualisert vold under og etter konflikt

De sivile lidelsene i moderne væpnede konflikter er enorme. Kvinner og barn er spesielt utsatt for seksualisert vold i slike situasjoner. I en rekke konflikter de siste tiårene har voldtekter og annen seksualisert vold blitt brukt systematisk som en



Figur 4.9

Jim Goldberg/Magnum Photos/All Over

del av krigføringen. Men seksualisert vold er også i mange tilfeller vilkårlig og opportunistisk, og en konsekvens av manglende lov og orden i konflikt- og krisesituasjoner. Langvarig voldelig konflikt fører til generelt økt brutalitet i et samfunn, og setter særlig kvinner og barn i utsatte situasjoner.

Uavhengig av motivasjon fører utbredt seksualisert vold til store helsemessige skadevirkninger for de samfunn som utsettes for den, og gjennom migrasjon berøres også andre samfunn direkte.

Bruk av seksualisert vold i konflikt er forbudt i henhold til internasjonal lov. Alle parter i en konflikt er forpliktet til å etterleve disse reglene, både statlige og ikke-statlige væpnede grupper. Internasjonale normer og rettspraksis er skjerpet de seneste årene. FNs sikkerhetsråd har slått fast at seksualisert vold kan defineres som en selvstendig krigsforbrytelse, en forbrytelse mot menneskeheten og som et ledd i folkemord.

Norge har arbeidet for at seksualisert vold behandles på lik linje med andre trusler mot internasjonal fred og sikkerhet, og at kvinners erfaringer i krig og konflikt gis prioritet. Norge er sterkt engasjert i oppfølgingen av FNs Sikkerhetsråds resolusjoner om kvinner, fred og konflikt (SR 1325, 1820, 1888, 1889, 1960). Regjeringen har de seneste årene styrket innsatsen for å forebygge og beskytte mot seksualisert vold, øke antallet straffeforfølgelser og bedre rehabiliteringstilbudene til overlevende.

Helsesektoren spiller en viktig rolle når det gjelder såvel forebygging som behandling og rehabilitering. Overlevende har behov for både medisinsk, psykososial og økonomisk rehabilitering, og tilbudene er avgjørende for å sikre best mulig reintegrering og å redusere stigmatiseringen av ofre for seksualisert vold. Forebygging av og respons på seksualisert vold må være integrert i en enhver plan for bedring av reproduktiv og seksuell helse i krisesituasjoner. Helsesektoren spiller også en sentral rolle i å dokumentere forekomsten og omfanget av seksualisert vold, og i å samle bevis som kan brukes under rettslig forfølgning av voldsutøvere og deres ledere. Forebyggende tiltak må blant annet rettes mot menn og deres syn på maskulinitet. Det er videre behov for å forbedre datagrunnlaget og for å sikre økt politisk vilje til å iverksette effektive tiltak mot straffefrihet, særlig i land hvor konfliktrelatert seksualisert vold er utbredt. Helseaspektet ved konflikt-håndtering er i økende grad anerkjent, for eksempel gjennom sikkerhetsrådsresolusjon 1983 (av juni 2011), som understreker betydningen av å inkludere hiv-tiltak i gjennomføringen av fredsbevarende operasjoner.

Regjeringen vil:

- Arbeide for at innsats mot seksualisert vold i konflikt og bedre tjenester for ofre integreres i den globale strategien for kvinners og barns helse, og for at innsatsen blir bedre koordinert.
- Arbeide for at multilaterale og globale ordninger innen helse gjennomfører og støtter tiltak for å forebygge og beskytte mot seksualisert vold i konflikt og postkonflikt
- Bidra til at multilaterale og globale ordninger innen helse tar opp konfliktrelatert seksualisert vold i dialogen og samarbeidet med nasjonale myndigheter, med sikte på å bidra til sterkere politiske forpliktelser til forebygging, behandling og rehabilitering.
- Støtte innsats for å bedre tilgang til reproduktive helsetjenester, inkludert trygg abort og tjenester for ungdom, under og etter konflikt- og krisesituasjoner.

4.3.5 Helse – utenrikspolitikk og internasjonalt samarbeid

Utenrikspolitikken må inkludere helsespørsmål og helsepolitikk må ha en utenrikspolitisk dimensjon. Koblingen mellom helse og sikkerhet har blitt sterkere anerkjent internasjonalt (for eksempel sto hiv og aids på sikkerhetsrådets agenda allerede i 2000), men fortsatt gjenstår mange utfordringer.

En effektiv global helsepolitikk må forholde seg til et bredt spekter av aktører og om nødvendig søke nye samarbeidsformer. I 2006 tok Norge og Frankrike initiativ til å opprette et samarbeid om «Utenrikspolitikk og global helse», nettopp for å sette fokus på sammenhengene mellom disse områdene. Initiativet består av utenriksministrene fra 7 land: Brasil, Frankrike, Indonesia, Norge, Senegal, Sør-Afrika og Thailand.

Nettverket er godt etablert og velkjent ikke bare i helsemiljøet, men også i det større politiske landskapet. Initiativet har vist seg som et viktig, utradisjonelt og effektivt nettverk for å sette agenda og fremme dialog i møtet mellom utenrikspolitikk og helse, primært gjennom multilaterale prosesser og arenaer i Genève, og gjennom regelmessig rapportering og debatt i FNs generalforsamling i New York. Nettverket gir rom for dialog på tvers av regioner og posisjoner.

Arbeidet for å fremme global helse gjennom utenrikspolitikken strekker seg også utover de spesifikke helseorienterte fora. Andre internasjonale

prosesser rommer ofte store konsekvenser også på helseområdet. Våre posisjoner i internasjonale fora innen for eksempel handel, menneskerettigheter, fred og sikkerhet har ofte betydelig innvirkning på helse. Norge er ikke blant de største internasjonale aktørene, men våre standpunkter, ressurser og vilje til å bidra gjør at vi ofte blir lyttet til. Det gjelder for eksempel i forhandlinger om retten til å produsere billige medisiner på lisens så vel som standpunkter vi inntar i WTO og i samarbeid for å fremme globale konvensjoner som sikrer innbyggere i alle land grunnleggende rettigheter.

Landminekonvensjonen (1999) og Klasevåpenkonvensjonen (2008), hvor Norge spilte en svært aktiv rolle, har fått store konsekvenser for sivilbefolkningens helsesituasjon under og etter væpnede konflikter. FNs Sikkerhetsråd har vedtatt to resolusjoner om hiv og aids og sikkerhet (resolusjon 1308 i 2000 og resolusjon 1983 i 2011). Disse sier at hiv og aids er en sikkerhetstrussel i det pandemien dreper produktive samfunnsmedlemmer og dermed kan destabilisere samfunn. De legger spesiell vekt på rollen til uniformerte styrker og betydningen av hiv-forebyggig og behandling for disse, og at det må arbeides for at fredsbevarende styrker ikke blir en faktor i spredning av hivsmitte i samfunnene de opererer i. Helseinnsats i forbindelse med kriser og konflikter er i stor grad en del av den humanitære innsatsen, som er gjenstand for Stortingsmelding 40 (2008-2009) «*Norsk humanitær politikk*». Internasjonale prosesser som i en eller annen forstand søker å fremme økonomisk eller sosial utvikling, må forholde seg til helse som en grunnleggende faktor i dette bildet. Mange av de viktigste forebyggende tiltak rettet mot klimaendringer er helsemessige, og mange av de største konsekvensene inntreffer på helseområdet. Det er et behov for å styrke forståelsen og anerkjennelsen av disse sammenhengene hos politiske beslutningstakere globalt.

Norges internasjonale helsefaglige samarbeid er en del av regjeringens globale helsepolitikk, og har en særlig viktig funksjon i å sikre forbindelseslinjene mellom globale tiltak og norsk folkehelse.

Samarbeidet preges av et mangfold av arenaer. Det er en tendens at internasjonale regler og retningslinjer blir mer forpliktende. Norges forpliktelser etter internasjonale avtaler om handel med produkter og tjenester berører også vår nasjonale helsepolitikk. EUs regelverk om markedsføring, distribusjon og standarder for mat- og drikkevarer og legemidler er bindende for Norge gjennom EØS-avtalen. Tilsvarende gjelder for migranters helse og rett til helsetjenester, samt direktivet om

kvalitets- og sikkerhetsstandarder for menneskelige organer til transplantasjon (Organdirektivet) som ble vedtatt sommeren 2010. Nytt EU-direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helse tjenester vil også berøre Norge. Gjennom EØS-finansieringsordningene er et omfattende forsknings- og helseetatsamarbeid med mange EU-land i Sentral- og utvalgte land i Sør-Europa under utvikling. Gjennom Verdens handelsorganisasjon (WTO) er Norge forpliktet på flere områder som angår helse, blant annet gjennom regler for patenter og handel med varer og tjenester. Norge deltar blant annet aktivt i Codex Alimentarius-kommisjonen, som utarbeider internasjonale standarder for matvarer.

FN med WHO utgjør en viktig helsepolitisk arena. Norge har forpliktet seg til to rettslig bindende avtaler under Verdens helseorganisasjon, Tobakkskonvensjonen (FCTC) og Internasjonalt helsereglement (IHR, 2005). Norge er tilsluttet WHO og FNs økonomiske kommisjon for Europa (UNECE)s «Protokoll om vann og helse» av 1999. Protokollens formål er i hovedsak å fremme helse gjennom forbedret vannforvaltning inkludert beskyttelse av økosystemer og reduksjon i vannrelaterte sykdommer. Norge ble på partsmøtet i november 2010 valgt til å lede byrået for protokollen den kommende 3-årsperioden. På narkotikaområdet er Norge tilknyttet FNs kontor for bekjempelse av narkotika og kriminalitet (UNODC).

Det nordiske helse- og mattrygghetssamarbeidet er en viktig arena for samarbeid mellom naboland, blant annet om helsetjenester, mattrygghet, beredskap, krisehåndtering og grensekontroll. Den nordiske arenaen er en vesentlig plattform for samarbeidet inn mot EU og WHO, og er også et eksempel på hvordan regionale samarbeidskanaler kan være et verdifullt supplement til de globale.

Antibiotikaresistens er i dag et raskt voksende problem og utgjør en alvorlig trussel mot global helse. Samtidig er det en nedgang i utviklingen av nye antimikrobielle legemiddel. Vi står derfor foran en mulig framtid uten effektive antibiotika og et mulig scenario der infeksjoner som i dag regnes som ufarlige, igjen kan bli et alvorlig helseproblem og en viktig dødsårsak. De nordiske land har en felles holdning om å ha en restriktiv antibiotikapolitikk og vil gjennom et samarbeid i regi av Nordisk Ministerråd arbeide for å redusere utviklingen av antibiotikaresistens globalt. Også i EU er temaet satt høyt på dagsorden med målsetting om å bremse utviklingen.

Norge har en bilateral helsesamarbeidsavtale med Russland og spiller en aktiv rolle i det regionale helsesamarbeidet i nordområdene. Dette foregår først og fremst gjennom Den nordlige dimensjons partnerskap for helse og livskvalitet (NDPHS) og Barents helse- og sosialsamarbeid. Partnerskapet arbeider for å bedre situasjonen i regionen ved å bekjempe smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer og fremme en sunn livsstil. Norge og Russland samarbeider spesielt om tiltak mot skadelig bruk av alkohol. Innenfor Barentssamarbeidet legges det særlig vekt på hiv og aids og tuberkulose. Situasjonen for disse sykdommene er fremdeles bekymringsfull i deler av regionen. Norge har også en bilateral helseavtale med Kina. Helseavtalen følges opp av en flerårig handlingsplan med særlig oppmerksomhet på folkehelse og forebygging, helsesystemutvikling, primærhelsetjeneste, infeksjonssykdommer (forebygging og kontroll) og global helse.

Regjeringen vil:

- Integrere et globalt helseperspektiv i utenrikspolitikken generelt
- Aktivt følge opp de prioriteringene som ligger til grunn for 7-landsgruppens arbeid:
 - *synliggjøre* helsevirkninger av utenrikspolitikken, og levere bedre og nødvendige bidrag for å fremme folkehelse og helsesikkerhet nasjonalt og globalt
 - *skape gjennomslag* for politikk som fremmer folkehelse og helsesikkerhet i konkrete saker på ulike internasjonale helse- og utenrikspolitiske arenaer.
 - *bygge allianser og tillit* gjennom et samarbeid om helse som kan skape ringvirkninger i forhold til bredere utenrikspolitiske mål
- Bidra til å løfte frem sammenhengene mellom helse og velstand, sosial utvikling og trygghet
- Arbeide for bedre sammenheng og koordinering i norsk internasjonalt helsesamarbeid
- Bidra i arbeidet med en felles europeisk antibiotikapolitikk for å redusere utviklingen av antibiotikaresistens globalt

5 Tilnærminger og sammenhenger



Figur 5.1

Martine Franck/Magnum Photos/All Over

5.1 Kunnskapsbasert politikk

Et solid kunnskapsgrunnlag og gode analyser er en forutsetning for å kunne treffe gode valg rundt nytenkning og risikovillighet, og for å formulere de rette målsettingene og de rette kriteriene for resultater.

To fundamentale forutsetninger for å understøtte resultatorientering er systematisk bruk av forskningsbasert kunnskap om nytten av tiltakene som iverksettes (for eksempel hvilke kliniske programmer eller gjennomføringstiltak som er mest effektive, hvem insentiver bør rettes mot for å oppnå best virkning), og å kunne ha løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og helsetjenestens ytelser gjennom gode helseregistre og

informasjonssystemer. Mer generelt er det viktig at den globale politiske og faglige debatten om helsespørsmål finner sted på grunnlag av nødvendig og tilstrekkelig kunnskap.

Samlet kan dette omtales som kunnskapsbasert politikkutforming. En vellykket strategisk tilnærming til global helse innebærer å velge klokt blant de mange og svært ulike kanaler man har for å oppnå resultater for et sett av prioriteringer som spenner fra det konkrete (for eksempel tusenårsmålenes måltall) til det avgjort brede og langsiktige (for eksempel WHO's normative arbeid). Dette fordrer kunnskapsbasert politikkutforming. Denne tilnærmingen er fundamental for regjeringens globale helsepolitikk.

Her gjør det seg gjeldende flere utfordringer. For det første må det produseres kunnskap som gir svar på de spørsmålene de politiske beslutningstagerne befatter seg med. For det andre må politiske beslutningstakere og institusjoner nyttiggjøre seg denne kunnskapen. For det tredje er det slik at det er mer krevende å kunnskapsbelegge nye innovative løsninger enn gamle og velprøvede – og også en utfordring å ta bort etablerte tjenestetilbud som ikke har dokumentert effekt. For det fjerde er det ingen selvfølge at kunnskap og forskning legges til grunn av alle aktører når løsninger diskuteres.

Politikk og kunnskap

Det sistnevnte poenget understreker at kunnskapsbasert politikk på mange måter er tett knyttet til politisk mobilisering for helse. Mange av de beste argumentene for likestilling og lik tilgang til helsetjenester for sårbare og diskriminerte grupper er helsefaglige, selv om begrunnelsen for norske posisjoner på dette området dypst sett er etiske. Samtidig skal forskningen ha den funksjon at den klargjør dilemmaene og motsetningene i politikken, og i prinsippet og verdivalgenes møte med virkeligheten. Det vil alltid være enklere å finne gode argumenter, også internasjonalt, for politikk som har en solid kunnskapsbasis. Ikke minst er internasjonal aksept av forskningskunnskap som basis for helsepolitikk i seg selv konsensusbyggende fordi det gir en felles plattform for løsninger som ofte gjelder uavhengig av regionale, ideologiske og religiøse forskjeller.

Innovasjon stiller særlig store krav til kunnskapsbasert politikktutforming. Det ligger i sakens natur at nye og uprøvede løsninger er vanskeligere å kunnskapsbelegge. Slike løsninger innebærer altså i utgangspunktet en øket risiko. Samtidig må vi våge å gå nye veier for å få mer ut av ressursene og for å engasjere andre og flere givere og aktører. Aktiv bruk av oppdatert og relevant kunnskap er den kritiske broen som tillater beslutningstakere å redusere risikoen for feiltagelser. Samtidig gir det grunnlag for å identifisere nye løsninger som gir de beste forutsetningene for forbedrede resultater. Regjeringen vil videreføre satsingen på global helseforskning og innovasjon, og vektlegge bruken av oppdaterte forskningsresultater i sin politikktutforming.

Målstyring er et godt eksempel på et kunnskapsfelt som krever nær dialog mellom forskningsmiljøer og beslutningstakere, og hvor kunnskapsbasert politikktutforming er tvingende nødvendig. Tilnærmingen forutsetter bruk av måltall

som er både relevante og pålitelige. Systematisk bruk av forskningsbasert kunnskap og gode informasjons- og gjennomføringssystemer er avgjørende som premissgivere til politiske beslutningsprosesser, og er en integrert del av godt styresett.

Risikovilje når det gjelder løsninger og samarbeidsformer er en sentral del av regjeringens tilnærming fordi det er en nødvendig forutsetning for innovasjon og nyskaping. Men også risiko skal være kunnskapsbelagt: Så langt som mulig skal faktorene som påvirker risikobildet være identifisert, analysert, vurdert, behandlet og fulgt opp slik at risikoen knyttet til måloppnåelse er innenfor akseptert nivå. Forskning gir kapasitet til å strekke kunnskap lenger enn den direkte erfaring løper.

Det globale sykdomsbildet er i endring, og vil gjennomgå betydelig utvikling det neste tiåret. Effektive løsninger krever evne til å gjenkjenne og definere utviklingstrekk på et tidlig stadium – ikke minst for en tilnærming som vektlegger forebyggende arbeid. Også dette stiller store krav til kunnskapsbasert politikk.

Kunnskapsproduksjon

Regjeringen bidrar til kunnskapsproduksjon på det globale helseområdet gjennom å finansiere og aktivt støtte opp om forskning, kunnskapsforvaltning og spredning av forskningsbasert kunnskap og beste praksis. Det arbeides systematisk med å etablere gode systemer for kunnskapshåndtering og kunnskapsspredning både nasjonalt og internasjonalt gjennom EU og WHO. En utfordring er å sikre mer og relevant kunnskapsproduksjon rettet mot behovene i de fattigste landene.

Helseforvaltningens kunnskapsorganisasjoner og ulike norske fagmiljøer har en solid posisjon som samarbeidspartner for WHO og andre aktører. Blant annet har WHO sju norske samarbeidssentre i sitt kompetansesenternetverk: Folkehelseinstituttet, Nasjonalt senter for telemedisin i Helse Nord regionale helseforetak (Tromsø), Statens arbeidsmiljøinstitutt, Universitetet i Bergen, Universitetet i Tromsø, Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø) og St Olavs hospital (Trondheim).

Norges forskningsråds satsing på global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) er en grunnpilar i norsk kunnskapsproduksjon innenfor global helse. Programmet har vært vellykket med hensyn til å styrke norsk forskning og forskningskapasitet på området. Satsingen på global helseforskning i forskningsrådet er forlenget (2012–2020) og vil bli tematisk utvidet, med vekt på hel-

Boks 5.1 Engasjement for global helseforskning

Global helseforskning er et politisk prioritert område og omtales i Stortingsmeldingene 30 (2008-2009) *Klima for forskning*; 15 (2008-2009) *Interesser, ansvar og muligheter*, der det legges vekt på helse og kunnskap som et globalt fellesgode og 13 (2008-2009) *Klima, konflikt og kapital* der kapasitetsutvikling i Sør vektlegges. Å fremme global helseforskning som grunnlag for kunnskapsbasert politikk er én av fem prioriteringer i den norske WHO-strategien for 2010-2013.

Hovedmålet med norske investeringer i global helseforskning er å fremskaffe ny kunnskap som vil kunne bidra til å bedre helsetilstanden og levevilkårene i utviklingsland. Satsingene støtter i tillegg opp om kapasitetsutvikling i disse landene, der sterke forsknings- og høyere-utdanningsinstitusjoner er sentrale for innovasjon, utvidelse av effektive helsetjenester og utvikling av nasjonalt lederskap. Norske fagmiljøer og institusjoner er internasjonalt anerkjente på områder som helsestatistikk og tuberkuloseforskning, og deres deltagelse og nettverksbygging bidrar til å internasjonalisere norsk forskning og høyere utdanning.

Norsk støtte til global helseforskning kanaliseres i all hovedsak på følgende måter:

- Som tilskudd fra UD og Norad til internasjonale institusjoner – slik som til WHO's spesialprogrammer for neglisjerte tropiske infeksjonssykdommer (TDR) og reproduktiv helse (HRP), til offentlig-privat samarbeid innen produktutvikling som utvikler vaksiner mot hiv og mikrobiocider (IAVI, IPM), og til institusjoner som bidrar til å styrke produksjon og bruk av forskningsbasert kunnskap som analyse og beslutningsgrunnlag innen global helse (WHO, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten).
- Gjennom utlysninger i GLOBVAC-programmet i Norges forskningsråd, med norske fagmiljøer som avtalepartner, ofte i samarbeid med internasjonale og sør-baserte partnere.

- Gjennom utlysninger i regi av Senter for internasjonalisering av høyere utdanning (SIU), med norske universitets- og høyere utdanningsinstitusjoner som avtalepartner og i samarbeid med sør-baserte institusjoner. Samarbeidsprogrammene NUFU og NOMA ble evaluert i 2009 med gode resultater og et nytt program for støtte til forskning og høyere utdanning i utviklingsland (NORHED) starter opp i 2012.
- Gjennom norsk deltakelse i EUs 7. ramme-program for helseforskning, der global helseforskning er et prioritert område. Rammeprogrammet støtter også et felles forskningsinitiativ for kliniske studier på hiv, malaria og tuberkulose i Afrika sør for Sahara, der Norge deltar.

Forskningsrådets program for global helse- og vaksinasjonsforskning (GLOBVAC) ble opprettet i 2006 og spiller en sentral rolle i regjeringens satsing for å bedre kvinners og barns helse. Programmet har hatt to delprogram for henholdsvis global helseforskning og vaksinasjonsforskning. I perioden 2003-2011 har over 57 forskningsprosjekter fått støtte på til sammen 400 millioner kroner. Programmet har bidratt til grunnleggende forskningsprosjekter for utvikling av nye og forbedrede vaksiner, til klinisk utprøving av vaksiner samt til helsesystemforskning. GLOBVAC ble evaluert med meget positive resultater i 2009. På bakgrunn av dette viderefører regjeringen satsingen opp mot 2020 med vekt på vaksinasjon, helsesystem- og implementeringsforskning samt innovasjon.

Norske forsknings- og utdanningsinstitusjoner har de siste årene økt sitt engasjement for global helse blant annet gjennom Norsk forum for global helseforskning, et nettverk av forskere og forskningsinstitusjoner. Forumet er en viktig aktør med hensyn til å arrangere årlige konferanser samt å stimulere til økt internasjonalisering og nettverksbygging. Over 370 forskere er medlem av nettverket.

sesystem- og implementeringsforskning samt innovasjon i tillegg til vaksinasjonsforskning. Både implementeringsforskning og forskningsbasert oppfølging av tiltak over tid er viktige instrumen-

ter for å ivareta gjennomføring og bruk av ny kunnskap.

Svak eller manglende helsestatistikk er et problem for myndigheters evne til å overvåke helsesituasjonen, spesielt i utviklingsland. Videre er

dette en begrensning for internasjonale organisasjoner og andre samarbeidspartners evne til å gi gode og relevante faglige råd og finansiell støtte. Norsk kompetanse er etterspurt internasjonalt, blant annet av USA og India. Det er flere internasjonale initiativ for styrking av helsestatistikk og informasjonssystemer, for eksempel det globale Health Metrics Network. Ny teknologi slik som bruken av mobiltelefoner åpner for nye løsninger. Flere norske fagmiljøer bidrar internasjonalt gjennom universitetsbaserte nettverk i Asia og Afrika. Norge bidrar til styrking av helseinformasjonssystemer i en rekke land, deriblant Mosambik, Tanzania, Malawi og India.

5.2 Konsensusbygging og mobilisering

Det er avgjørende å mobilisere bred politisk støtte internasjonalt til felles målsettinger. Norge skal være en aktiv pådriver for ansvarliggjøring internasjonalt og for å mobilisere en sterk og bred global konsensus om samarbeid for å møte nasjonale behov. Møteplasser for statsledere og FN-systemet, inkludert WHO, er de viktigste arenaer for dette.

Ivaretagelsen av retten til helse på alle nivåer er avhengig av politisk vilje. Det globale helsearbeidet fordrer derfor politisk mobilisering og prioritering. Globale helsespørsmål er per definisjon grenseoverskridende, og helse er et globalt fellesgode. For å møte utfordringene og oppnå resultater må man derfor mobilisere politisk vilje på internasjonalt nivå.

Effektiv oppfølging av grenseoverskridende helseutfordringer fordrer enighet om tilnærming. Helsespørsmål berører problemstillinger det er krevende å oppnå enighet om, og hvor grunnleggende menneskerettigheter kan støte mot religiøse og kulturelle normer. Også i en mer praktisk forstand må det være sammenheng i arbeidsmåter og tilnærminger dersom mål skal kunne nås. Fremfor alt er evnen til å enes om og gjennomføre globale målsettinger viktig, noe for eksempel FNs tusenårsmål og den påfølgende prosessen har vist. Et annet eksempel er pandemiberedskap og respons. Det er her global helsepolitikk har sin største merverdi som et supplement til nasjonalt og mellomstatlig helsesamarbeid.

De sentrale premissene for norsk global helsepolitikk er enkeltindividets rett til helse slik den er nedfelt i menneskerettighetene, og prinsippet om tilgang til helsetjenester for alle. Selv om dette er internasjonalt anerkjente prinsipper er de i prak-

sis ofte kontroversielle når de skal omsettes i nasjonal og lokal politikk. Dette gjelder ikke minst kvinners og utsatte gruppers rettigheter som det stadig er en kamp å verge og få omsatt i konkret handling. Dette er en politisk kamp som i stor grad føres i globale fora, og parallelt på lokalt nivå av eksempelvis sivilt samfunn og frivillige organisasjoner. Bevegelsen for ikke-diskriminering og avkriminalisering av utsatte grupper som homofile, når det gjelder forebygging og behandling av hiv og aids, er ett eksempel på hvordan politisk mobilisering på globalt nivå og frivillige organisasjoners aktivisme på lokalt og regionalt nivå kan virke sammen.

Ressursmobilisering er ytterligere en grunn til å vektlegge det politiske arbeidet globalt. En oppnåelse av målet om 0,7 prosent av BNI i bistand fra de rike landene, og allokering av 15 prosent av nasjonalbudsjettet til helse i fattige land er anslått å ville føre til en dobling av innsatsen til helse globalt per innbygger, fra USD 25 til USD 50. Det gjenstår imidlertid mye før dette nivået er nådd. Å sikre tilstrekkelig og langsiktig finansiering er avgjørende for å nå tusenårsmålene på helseområdet, og for videre fremgang etter 2015. Finansiering av global helse er under press som en følge av finans- og økonomikrisen 2009-2011. Effekten av den globale finanskrisen viser behovet for ytterligere å effektivisere innsatsen, fremme innovativ finansiering, forutsigbarhet og flere inntektskilder, stimulere til økte budsjetter for helse i utviklingsland, og styrke innsatsen mot korrupsjon også i helsesektoren. Innovative finansieringsmodeller for å mobilisere ressurser og nye samarbeidsformer mellom offentlig og privat sektor har bidratt markert til den politiske mobiliseringen for global helse.

G8-landene forpliktet seg i 2010 til å bidra med minst 5 milliarder USD i femårsperioden 2010-2014 til kvinne- og barnehelse. Medlemslandene i Den afrikanske unionen har forpliktet seg til at de innen 2015 skal benytte minst 15 % av statsbudsjettet til helseformål. Den hittil mest omfattende markeringen av og mobiliseringen for kvinne- og barnehelse fant sted i september 2010, da statsledere, privat sektor, sivilt samfunn og FN-systemet med generalsekretær Ban Ki-Moon i spissen sluttet opp om Den globale strategien for kvinners og barns helse.

Norge vil aktivt fremme helsespørsmål og søke allierte i internasjonale fora. FNs toppmøter, som samler et stort antall stats- og regjeringssjefer, er et viktig forum som legger føringer for resten av FN-systemet. G8 og G20-møtene, som også samler finansministre, kan også bidra. Uten-

rikspolitik- og global helseinitiativet bidrar til å bygge allianser på tvers av etablerte grupper. Videre vil WHO og Helseforsamlingen være sentrale organer. EU og andre regionale fora vil også være viktige arenaer.

Politisk mobilisering er ikke bare et spørsmål om internasjonal samhandling, men også om enkeltlands nasjonale politikk. Internasjonale målsettinger er i betydelig grad avhengig av faktorer som er et nasjonalt ansvar. Våre bilaterale relasjoner med andre land er derfor viktige arenaer for politisk mobilisering – både i form av å samle støtte til norske posisjoner i globale fora, og å bidra til at globale målsettinger blir reflektert i staters nasjonale politikk. Ansvarliggjøring er i denne forbindelse en sentral målsetting. Godt styresett er et godt eksempel på et område som særlig på landnivå henger tett sammen med løsningen av helseproblemer, og hvor ansvarliggjøring er en nøkkelutfordring. Svake institusjoner og mangelfullt forankrede beslutningsprosesser fører til tjenester av lav kvalitet og lav kostnadseffektivitet. Korrupsjon er et utbredt problem, som har en dobbel negativ effekt i at den både virker vridende og hemmende på beslutningsprosesser og stjeler knappe ressurser. Utfordringene gjør seg gjeldende i alle verdensdeler, og er ikke bare til stede i utviklingssamarbeidet. Å arbeide for ansvarliggjøring på styresettområdet betyr innsats for utbredelse av internasjonale normer og forpliktelser, aktiv påvirkingsdialog med nasjonale myndigheter og ikke minst høye standarder i bruken av norske midler.

Mangfoldet av arenaer og alliansepartnere byr på både muligheter og utfordringer for konsensusbygging og mobilisering. De fleste land forholder seg for eksempel til organisasjonene i FN-systemet enkeltvis, ikke samlet. Forankringen på det nasjonale plan følger ofte faglige sektorlinjer, og ansvaret for FN-systemet er desentralisert til relevante nasjonale fagmyndigheter. Konsistens og forutsigbarhet i politiske føringer blir dermed krevende. Dette kan være en utfordring også for intra- og interdepartemental koordinering – ulike departementer følger opp ulike aspekter av relaterte sakskomplekser i multilaterale fora. Tilnærmingen i så måte er tema for årlig rapportering til Stortinget om Samstemt politikk, jfr. Utenriksdepartementets Prop. 1 S.

5.3 Nytenkning, resultatorientering og forutsigbarhet

Innen utenriks- og utviklingspolitikken legges det vekt på å identifisere nisjer hvor vi har muligheten

til å gjøre en forskjell, og hvor norske midler og norsk innsats i størst mulig grad kan yte et positivt bidrag. Norge skal i det globale helsesamarbeidet være en pådriver for kontinuerlig vurdering av effektive måter å organisere samarbeidet på og for utvikling av nye virkemidler – også der hvor det krever risikovillighet å gå nye veier. Drivkraften er resultater. Nytenkning og risikovilje er føringer ikke minst innen etablerte ordninger og organisasjoner. Dette er helt nødvendig om Norge skal være en forutsigbar og troverdig deleier og bidragsyter som gjennom ledelse og dialog også tar ansvar når det er behov for endringer i etablerte samarbeidsfora.

Nytenkning og resultatorientering

Verdens helseorganisasjon anslår at så mye som 20-40 prosent av verdens helseforbruk forspilles som følge av ineffektiv ressursbruk. Mer helse for pengene er derfor en viktig målsetting i en situasjon hvor ressursmangel er en betydelig flaskehals for global utvikling på helseområdet.

Erfaringene fra de siste tiårenes globale helsearbeid viser at gode resultater krever evne og vilje til å prøve nye samarbeidsformer. Global helse er ett av de områder som har vært mest preget av innovasjon det siste tiåret. Blant annet har involvering og ansvarliggjøring av ikke-statlige aktører kommet langt, og ressursmobilisering utover bistand er utbredt.

Nytenkning og risikovilje omfatter politisk vilje til å evaluere, videreutvikle og teste ut eksisterende og nye finansieringsmekanismer og organisasjonsmodeller. Norge har utvist evne og vilje til nytenkning og risikovilje ved å bidra til etableringen av nye, resultatbaserte ordninger som GAVI med eiere fra et bredere spekter enn stater. Et annet eksempel er etableringen av legemiddelinnkjøpsordningen UNITAID, basert på en innovativ finansieringsmodell som trekker på både nasjonale avgifter og ordinær bistand.

De begrensningene FN-systemet har, blant annet når det gjelder å inkludere andre parter enn medlemsstater i sine styrende organer, har vært en medvirkende årsak til opprettelsen av nye finansielle mekanismer med smalere, målrettede mandater mot smittsomme sykdommer, slik som GAVI for vaksiner, Det globale fondet og UNITAID. Disse mekanismene er etablert under forutsetning av at de baserer seg på FN's normative roller og funksjoner og kan vise til gode og målbare resultater helt ned på individnivå med hensyn til antall vaksinasjoner, levering av medisiner og behandling av hiv og aids, malaria og tuberkulose.

De har også vært i forkant i utviklingen av nye resultatbaserte tilnæringer for finansiering, og har derfor blitt attraktive som kanaler for resultatorientert bistand.

De siste ti årene har man sett økt vilje til private investeringer rettet mot sykdommer som særlig rammer de fattigste land, ikke minst fra Gates-stiftelsen. Legemiddelindustrien og vaksineprodusenter har økt sitt engasjement gjennom ulike ordninger. Den sør-baserte legemiddelindustrien er i framvekst og nye samarbeidsmodeller innen forskning, utvikling og innkjøp av medisiner og vaksiner er under sterk utvikling og viser resultater blant annet i form av raskere tilgjengelige produkter for utviklingsland og prisreduksjoner grunnet større og bredere konkurranse. Arbeidet er basert på kompetansen, troverdigheten og erfaringene til FN-systemet med WHO og UNICEF i spissen. Videre spiller Verdensbanken med sin finanskompetanse og landerfaring en viktig rolle som brobygger og garantist for at midlene forvaltes effektivt og forsvarlig.

Teknologiske fremskritt er en grunnleggende utviklingsfaktor, innen helsetjenester som på alle andre områder. Økt bruk av teknologi som mobiltelefoni og informasjonsteknologi gir grunnlag for økt tilgang til nødvendige helsetjenester og mer kostnadseffektiv bruk av helsepersonell der dette er et knapphetsgode.

Norge spiller en aktiv rolle i, og er pådriver for global samordning gjennom etableringen av en felles plattform for helsesystemfinansiering for lavinntektsland, der spesielt GAVI, Det globale fondet og Verdensbanken er sentrale partnere.

Langsiktig finansiering av nasjonale helsesystemer er viktig for å sikre tilgang til helsetjenester. Verdensbankens utlånsmekanisme for de fattigste landene, IDA, er et eksempel på denne typen langsiktighet. Utvikling og finansiering av kunnskapsbaserte og lokalt tilpassede modeller for helsefinansiering er avgjørende for mer bærekraftige helsetjenester i alle land.

Resultatbasert finansiering er et eksempel på mer innovativ satsing for å bedre tilgang og kvalitet på tjenestene. Norge støtter sammen med Storbritannia et eget fond i Verdensbanken for å teste ut, evaluere og videreutvikle modeller for resultatbasert finansiering både på tilbuds- og etterspørselssiden, med vekt på tilgang til og bruk av tjenester for kvinner, barn og sårbare grupper. Målsettingen er blant annet at aktiviteter finansiert av Det globale fondet vil bidra til økt kunnskap om muligheter og begrensninger, samt positive så vel som negative virkninger av ulike former for resultatbasert finansiering. Samarbeidet med Verdens-

banken, inkludert støtte til flergiverfondet, vil fortsette.

Innovasjon i helsetjenesten impliserer også vilighet til å innføre nye tiltak før de er fullt ut etterprøvd, der hvor dette er berettiget. Men det er også viktig at innovasjon er forankret i gode helsetilbudsvurderinger. For eksempel kan ny teknologi gi kostnadseffektiv effekt forutsatt at gode og realistiske vurderinger ligger bak anskaffelser, og at det er samsvar mellom utstyr og kompetanse, gjennomføringsskapasitet og behov. Ineffektiv bruk av ny teknologi eller bruk av lite hensiktsmessig teknologi kan i verste fall medføre en belastning på helsesystemenes effektivitet. Et sentralt aspekt i den praktiske gjennomføringen av innovasjon er derfor behovet for å håndtere risiko og systematisk bygge kunnskapsgrunnlaget i tilslutning til selve innføringen gjennom følgeforskning og dokumentasjon av effekt/nytte, eventuelle bivirkninger og kostnader. Dette understreker den grunnleggende sammenhengen mellom teknologisk og organisatorisk innovasjon, og betydningen av kunnskapsbaserte og helhetlige beslutningsprosesser (jfr. kapittel 5.1).

Det legges stor vekt på å sikre integritet i bruken av norske midler. Internasjonale organisasjoner og ordninger som forvalter norske midler, forventes å ha gode forebyggende tiltak, kontrollrutiner og reaksjoner som tilfredsstillende kravet om nulltoleranse for økonomiske misligheter og å kunne dokumentere dette. Dersom forvaltningen ikke er tilfredsstillende, tar vi fra norsk side dette opp på formålstjenelig vis på systemnivå, eller direkte knyttet til håndtering av enkeltsaker hvor norske midler er berørt.

Forutsigbarhet og troverdighet

Det er ingen motsetning mellom å arbeide i fleksible og utradisjonelle grupperinger med sektorspesifikke målsettinger som for eksempel GAVI, og å være en forutsigbar langsiktig partner og bidragsyter til FN-systemet med normative og mer allmenne målsettinger som ikke er like enkle å resultatmåle direkte, og som krever andre tilnæringer. Troverdighet, faglighet og forutsigbarhet handler om langsiktighet – politisk, faglig og finansielt – ikke minst i forhold til FN. Målrrettet inkluderer også en villighet til å forfølge langsiktige målsettinger som gir resultater.

Norges engasjement skal være forankret i konsistent og langsiktig fremme av grunnleggende rettigheter som gir gjenkjennelige og troverdige norske posisjoner over tid. Retten til helse er en grunnleggende individuell rettighet, og et

mål i seg selv. I denne forstand er Norges identitet som en troverdig og forutsigbar aktør i global helsepolitikk først og fremst knyttet til en rettighetsbasert innfallsvinkel til globale helsespørsmål.

Innenfor det globale helsearbeidet gjør rettighetsperspektivet seg også gjeldende som en forutsetning for resultater på andre områder. Innsatsen for å styrke kvinners stilling er et godt eksempel i så måte, som både en målsetting og et virkemiddel. Kvinners underprivilegerte stilling i mange samfunn er ett av de største hindre for oppnåelse av tusenårsmålene generelt og i særdeleshet når det gjelder reduksjon av mødre- og barnedødelighet. Investeringer i kvinners helse og utdanning

og styrking av kvinners innflytelse politisk og økonomisk er en sentral «gjennombruddsstrategi» for tusenårsmålene og kommer i tillegg til de rent helsemessige målsettingene relatert til kvinner og mødre.

Globale helseutfordringer er i sin natur grensoverskridende, og løsninger fordrer følgelig felles forståelse av grunnleggende standarder for tjenestelevering på individnivå, uavhengig av statstilhørighet, etnisitet og andre skillelinjer. Særlig gjelder dette prinsippet om lik tilgang til helsetjenester, som er avgjørende for å sikre at helsesystemene innrettes slik at de når alle grupper.

6 Fremtidsperspektiv



Figur 6.1

Alex Webb/Magnum Photos/All Over

Helse er et globalt fellesgode, og nasjonal folkehelse kan ikke sikres av stater alene. Nødvendigheten av regionalt og internasjonalt samarbeid for å sikre nasjonal folkehelse følger av dette. Samhandling på et felt som spenner fra å tilby adekvate helsetjenester til egen befolkning til helsefaglig samarbeid i Norden via tunge internasjonale politiske prosesser til store vaksinasjonsprogrammer i verdens fattigste og minst utviklede områder er ikke enkelt. Tilnæringer og innsatser må tilpasses konteksten de skal gi resultater i, eksempelvis sykdomsbildet og –byrden, ressurser som helsepersonell, budsjettmidler og legemidler samt den politiske og lokale situasjonen. Ytterligere en utfordring er spredningen av det globale helsearbeidet på flere ulike institusjoner, nasjonalt så vel som internasjonalt.

Dette peker mot en sentral utfordring for oppfølging av denne meldingen: Å videreutvikle en samstemt norsk global helsepolitikk. Utformingen og gjennomføringen av norsk global helsepolitikk involverer på ulikt vis et stort antall aktører i statsforvaltningen, særlig UD, HOD og deres underliggende etater. Samfunnslivet forøvrig, som frivillige organisasjoner, forskningsmiljøer og næringsliv, er også involvert. Prinsipper, føringer, tilnæringer, prioriteringer og ressursbruk, herunder risikohåndtering og styring, må ses i sammenheng. Helhetlig politikk må utvikles og følges opp med referanse til den fulle bredden av utfordringer og virkemidler. Regjeringens politiske engasjement for global helse samt rapporten om samstemt politikk i Prop. S 1 (2010-2011) for Utenriksdepartementet utgjør et solid fundament for å

arbeide videre med å styrke samhandlingen mellom nasjonale og internasjonale innsatser. Regjeringen vil følge dette opp aktivt, blant annet i arbeidet med Stortingsproposisjon nr. 1.

Oppgaven å gi retning til og fatte prioriteringer for norsk global helsepolitikk etter 2020 hører fremtiden til, men konturene av et endret bilde av utfordringer er allerede synlige. Økende problemer globalt med livsstils- og andre ikke-smittsomme sykdommer er allerede påpekt. En større andel av verdens fattigste kommer til å bo i mellominntektsland, noe som gjør at fattigdomsreduksjon i mindre grad kan innrettes mot fattige *land* og i større grad må rettes inn mot fattige *grupper*. Velstandsøkning i lav- og mellominntektsland vil ha konsekvenser for oppgavedeling, for nasjonalt ansvar og for innrettingen av bistand internasjo-

nalt. Trusselen fra pandemier og klimaendringer legger ytterligere usikkerhet til den som alltid eksisterer som en konsekvens av politisk ustabilitet og svake stater. Urbanisering og andre endringer i levesett og bosettingsmønstre får også helsemessige konsekvenser. Kapasitet til å håndtere endringer er derfor en kritisk suksessfaktor for både å ivareta nasjonal folkehelse og å sikre helse for alle.

Utenriksdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Utenriksdepartementet av 3. februar 2012 om Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken blir sendt Stortinget

Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Omslagsbilde: Alex Webb/Magnum Photos/All Over

Trykk: 07 Oslo AS – 02/2012

