

Special millenniemålen för hälsa

FN:s hälsomål svåra att nå

TOBIAS ALFVÉN, leg läkare, med dr, rådgivare, UNAIDS (FN:s program för HIV/aids), Genève

tobias.alfven@ki.se

ANNA MIA EKSTRÖM, docent, **ANNA THORSON**, docent, Karolinska institutet; båda specialistläkare i infektions-

medicin, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

VINOD DIWAN, professor, direktör, Centret för global hälsa, Karolinska institutet, Stockholm; samtliga avdelningen för global hälsa (IHCAR), institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Bara tre år återstår till dess att millenniemålen för global utveckling ska vara uppfyllda. Millenniemålen diskuteras ofta i bistånds- och utrikespolitiska sammanhang, men i den svenska medicinska debatten har det varit ganska tyst trots att de spelar en viktig roll för hälsoutvecklingen i stora delar av världen. Vi kommer därför i denna och tre följande artiklar att beskriva de hälsorelaterade millenniemålen, visa vilken roll de spelar för global hälsa, redovisa utvecklingen för de olika målen samt diskutera svårigheterna med dem.

Kofi Annan, som år 2000 var FN:s generalsekreterare, utnyttjade magin kring millennieskiftet och samlade världens ledare till en diskussion om jordens framtid. Konferensen samlade representanter från 189 länder och avslutades med att man skrev under »millenniedeklarationen«, en plan för världens utveckling med fokus på de allra fattigaste [1]. För första gången fanns en internationellt överenskommen dagordning för global utveckling.

För att förverkliga deklarationens intentioner utformades åtta millenniemål (Fakta 1). Dessa är mätbara och tidsbundna och har som definitivt slutdatum år 2015. Under målen finns arton delmål och ett antal indikatorer för att mäta vilka framsteg som görs [2]. När Kofi Annan tillfrågades om vad hans viktigaste insats var under de 10 åren som FN:s generalsekreterare nämnde han just millenniemålen.

Arbetet med millenniemålen är direkt underställt FN:s generalsekreterare och fokuserar på att följa hur arbetet med målen fortskrider, samt på kampanjarbete riktat till alla länder för att öka kunskapen om målen och skapa en opinion för målens förverkligande.

Mål för mänsklig utveckling

Globala utfästelser om att minska mänskligt lidande och fattigdom har avgivits tidigare, redan i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna från 1948 [3].

Under de följande decennierna ordnades många konferenser. I högstämda deklarationer och högt ställda mål utlovades till exempel utbildning, hälsa, konfliktlösningar och bättre miljö.

Fram till 1990 saknades dock mekanismer för uppföljning av och konkret ansvar för utfästelser som dessa [4]. I FN:s World summit for children 1990 ändrades detta, och tydliga mål om mödra-, spädbarns- och barnadödlighet formulerades. Konferensens resultat skulle också visa sig bli mer än bara vackra ord. UNICEF:s dåvarande verkställande direktör såg till att målen verkligen resulterade i förändring. Genom att regelbundet fråga världens ledare hur det gick, om framsteg gjordes och var problem och möjliga lösningar fanns kunde han tillsammans med kollegor från UNICEF och frivillig-

FAKTA 1. FN:s millenniemål till 2015

- | | |
|---|--|
| 1. Fattigdom och hunger ska halveras. | 6. Spridningen av HIV/aids, tuberkulos, malaria och andra sjukdomar ska hejdas. |
| 2. Alla barn ska gå i grundskola. | 7. En miljömässigt hållbar utveckling ska säkerställas. |
| 3. Jämställdheten ska öka och kvinnors ställning stärkas. | 8. Globalt samarbete ska främjas genom ökat bistånd, rättvisa handelsregler och lättade skuldbördor i utvecklingsländerna. |
| 4. Barnadödligheten ska minska med 2/3. | |
| 5. Mödradödligheten ska minska med 3/4. | |

organisationer upprätthålla intresset kring dessa frågor. System började utformas för att regelbundet samla in och publicera sammanställd information, och på så sätt följa upp och ge ökad möjlighet att påverka utvecklingen.

Erfarenheterna från UNICEF:s arbete med World summit for children visade vikten av tydliga mål och system för uppföljning om man vill åstadkomma förändring. Under de kommande tio åren höll FN flera stora konferenser över hela världen. Alla konferenser fastställde egna mål, men ingen hade överblick över hur alla dessa frågor hängde samman och om alla mål faktiskt uppnåddes. Globala utvecklings- och biståndsfrågor stod inte särskilt högt upp på den politiska agendan i slutet av 1990-talet. Biståndsbudgetarna hade minskat successivt i de flesta av världens rika länder efter kalla krigets slut. FN behövde hitta nya angreppssätt för att lyfta upp globala fattigdomsfrågor på den politiska agendan.

Millenniedeklarationen blev svaret, och nu drygt tio år efter att världens ledare enades om målen står det klart att dessa frågor har fått bättre politisk genomslagskraft [4]. Allt kan inte tillskrivas millenniedeklarationen, men att världens länder kunde enas kring tydligt uppställda mål med en tidsram har kraftigt underlättat arbetet.

Tre av åtta millenniemål direkt relaterade till hälsa

Tre av de åtta millenniemålen är direkt relaterade till hälsa: barnadödlighet (mål 4), mödradödlighet (mål 5) och HIV/aids, malaria, tuberkulos och andra infektionssjukdomar (mål 6). Flera av de andra målen har delmål relaterade till hälsa och de flesta av de åtta millenniemålen är på något sätt relaterade till hälsa.

För att förbättra hälsosituationen i ett land räcker det inte med att satsa på till exempel förbättrad sjukvård och vaccinationer. Hälsoläget både för den enskilde och samhället är starkt kopplat till ekonomi och ekologi. Figur 1 beskriver den starka korrelationen mellan ekonomisk utveckling och barnadödlighet. Försämrad miljö, som klimatförändringar, kan bland annat leda till sämre skördar och ökad undernäring bland utsatta grupper [5]. Ett av de uttalade målen med millenniedeklarationen var därför att tydligt visa att global utveckling kräver en helhetssyn.

Forskning har under senare år även visat på den ekonomiska och politiska vikten av att investera i bättre hälsa. En tredjedel av den ekonomiska tillväxten i de så kallade tigerekonomierna i

SAMMANFATTAT

Millenniemålen är åtta mätbara och tidsbundna mål med slutdatum 2015 för att minska fattigdom och skapa förutsättningar för en hållbar global utveckling.

Millenniemålen skapades för att följa upp implementeringen av FN:s Millenniedeklaration som antogs år 2000. Tre av de åtta

målen är relaterade till hälsa. **Millenniedeklarationen** och millenniemålen har lett till ett förnyat fokus på globala frågor i många länder.

Majoriteten av världens länder gör framsteg inom de flesta av de hälsorelaterade millenniemålen, men det går för långsamt.

östra Asien under perioden 1965–1990 anses kunna förklaras med minskad barnadödlighet [6]. De globala ekonomiska konsekvenserna av mödra- och barnadödlighet i form av förlorad produktion har uppskattats till 15 miljarder dollar per år [7]. Att förbättra barns och kvinnors hälsa ger även social och politisk avkastning. En studie har visat att av 75 undersökta faktorer var barnadödlighet, demokratisk status och öppen handel de tre faktorer som var starkast associerade med om ett land var politiskt stabilt, i kris eller i konflikt åren 1957–1997 [6].

Svårigheter att mäta millenniemålen

För att avgöra om de insatser som görs för att förbättra hälsan har någon effekt på de hälsorelaterade millenniemålen måste vi kunna mäta detta på ett tillförlitligt sätt. I nästan alla världens länder finns något slags folkbokföringsystem där födsel, dödsfall och migration registreras. I Sverige är det enkelt att räkna ut både barna- och mödradödlighet då det i stort sett är omöjligt att undvika att registreras både vid födsel och död. För cirka 80 procent av världens befolkning är dock dessa system inte kompletta och i många fall mycket bristfälliga [8].

På grund av svagheterna i folkbokföringen och andra system för hälsoinformation i många av världens länder används i stället andra metoder för sjukdomsstatistik och monitorering av de hälsorelaterade millenniemålen. Vanligast är att använda data från demografiska hälsoundersökningar [9] eller UNICEF-ledda enkätundersökningar [10] eller liknade. I dessa kartläggningar intervjuas en kvinna i varje hushåll i ett slumpvis valt representativt urval av landets hushåll. Kvinnorna får svara på frågor om födsel, dödsfall, sjukdomsepisoder och liknande hos familjemedlemmarna. Utifrån svaren kan man sedan uppskatta till exempel barna- och mödradödligheten i ett land. Dessa undersökningar utförs vart tredje till femte år i en stor del av världens låginkomstländer och även i många medelinkomstländer. De metodologiska problemen med hälsostatistik är dock flera, till exempel:

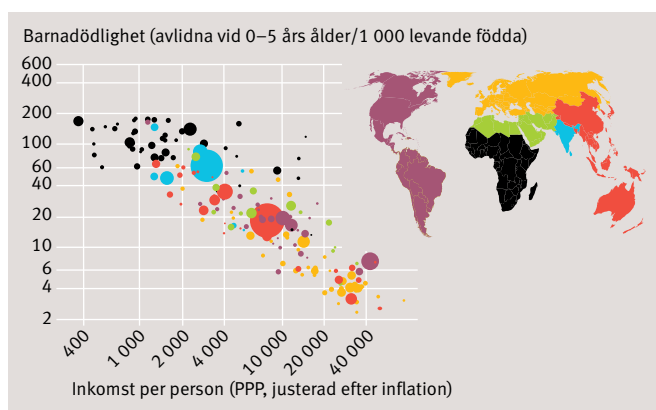
- Morbiditet och mortalitet kan vara säsongsberoende eller uppvisa årsvisa variationer.
- Mödradödligheten, som jämfört med barnadödligheten är låg, kräver mycket stora studiepopulationer för att kunna uppskattas med god precision. Precisionen är sällan så god att det går att följa trender över tid ens på landsnivå.
- Insamlandet och analyserandet av dessa data tar ofta mer än ett år, vilket gör att aktuell statistik ofta är några år gammal.

Även andra problem finns då man försöker jämföra data från olika länder. I vissa delar av Vietnam ses till exempel barnet inte som en individ under den första månaden efter födseln, vilket leder till underrapportering av den neonatala mortaliteten [11]. Statistiken blir dock generellt allt bättre, och därmed är det lättare att följa hälsoläget i de flesta av världens länder [12]. När världens ledare skrev under millenniedeklarationen lovade de att rapportera utvecklingen till FN varje år. FN:s generalsekreterare har delegerat ansvaret för att samla in dessa data från världens länder till FN:s olika organisationer, till exempel UNICEF vad gäller barnadödligheten och UNAIDS vad gäller de HIV-relaterade målen under millenniemål 6. Dessa data sammanställs sedan årligen i så kallade millenniemålsrapporter [13].

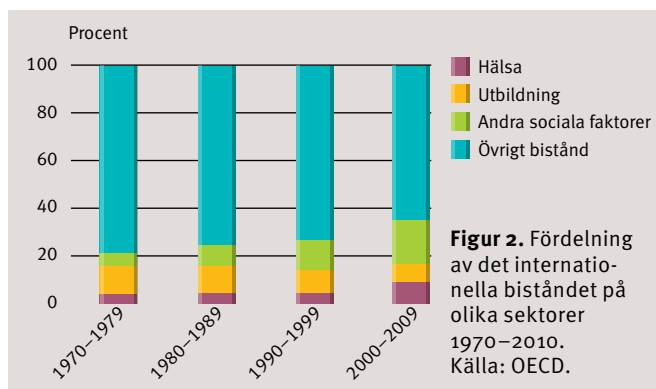
Målen inledningen till ett fokus på globala frågor

Millenniedeklarationen och millenniemålen blev inledning till ett fokus på globala frågor i många länder. Utvecklings-samarbete hade under 1980- och 1990-talen hamnat långt ned på agendan, men fick nu mer plats. En viktig skillnad var fokus på nyckelfrågor, varav hälsa och social utveckling fick större plats än tidigare (Figur 2).

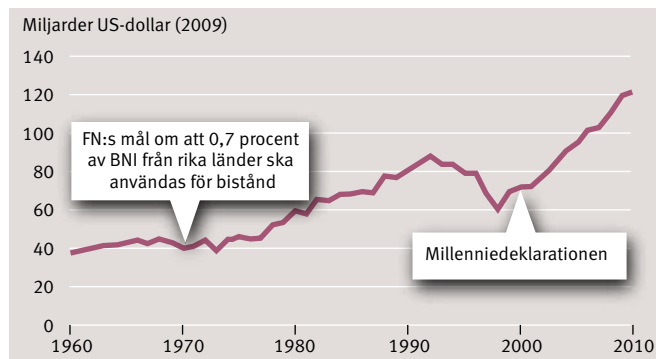
Den globala fonden för aids, malaria och tuberkulos grundades år 2001. Tillsammans med stöd från enskilda länder,



Figur 1. Sambandet mellan ekonomisk utveckling och barnadödlighet. Källa: <http://www.gapminder.org>



Figur 2. Fördelning av det internationella biståndet på olika sektorer 1970–2010. Källa: OECD.



Figur 3. Internationellt bistånd 1960–2010 (US-dollar 2009). Källa: OECD.

FN, privata givare som Bill & Melinda Gates Foundation och frivilligorganisationer har detta lett till utökade resurser för utvecklingsrelaterat hälsoarbete i många länder (Figur 2, 3).

Tydliga mål och indikatorer har lett till fler investeringar i informationssystem som tillåter bättre uppföljning och utvärdering. Dessa investeringar har gett resultat. De första åren saknades information för ett flertal av millennieindikatorerna i många länder. Nu finns data för de flesta, även om vissa metodologiska problem kvarstår. Den förbättrade informationen har lett till större möjligheter att utkräva ansvar på såväl landsnivå som på regional och global nivå.

Det finns dock kritik mot millenniemålen. Är de överdrivet optimistiska? Sverige har i stort sett aldrig hållt takten, vare sig beträffande de hälsorelaterade målen eller de övriga. Vad händer efter 2015? Kan det bli ett bakslag? Kritik har också riktats mot att flera av målen, till exempel mödradödlighet, är så svåra att mäta på ett tillförlitligt sätt i låginkomstländer att det är meningslöst att ens försöka [14].

Tanken med millenniedeklarationen var att ta ett helhets-

grepp på global utveckling. Millenniemålen för hälsa är dock i hög grad enskilda mål för enskilda sjukdomar och hälsoproblem. Hälsosystem, som är av stor vikt för alla hälsorelaterade millenniemål, har inga egna indikatorer. Oron är att detta leder till ännu fler vertikala hälsoprogram i stället för systemarbete där hälsointerventionen integreras i och bidrar till att stärka hälso- och sjukvården överlag.

Vidare har det riktats kritik mot att målen inte tillräckligt tydligt lyfta fram mänskliga rättigheter och skillnader mellan olika grupper i samhället. Målen följs i de flesta fall på nationell nivå, vilket kan maskera stora skillnader mellan män och kvinnor, olika regioner eller socioekonomiska grupper [15].

Världens länder gör framsteg, men inte tillräckligt snabbt

Majoriteten av världens länder gör framsteg på de flesta av de områden som täcks in under de hälsorelaterade millenniemålen. Takten är dock inte tillräckligt snabb, och för att nå målen till 2015 krävs det att alla länder fullföljer sin del av avtalet. Låg- och medelinkomstländerna har lovat att förbättra sitt ledarskap, bekämpa korrupktion och investera i utbildning och hälsa för sin befolkning. Höginkomstländerna har lovat att stödja dem genom mer och effektivare bistånd, skuldavskrivning, rättvisare handelsregler och ett större teknikutbyte. FN:s generalsekreterare har sagt: »Vi kan nå millenniemålen om vi agerar nu. Men det kräver sunt ledarskap, ökade investeringar i offentlig verksamhet, ekonomisk tillväxt, ökad produktionskapacitet och fler värdiga arbeten« [13].

Ett av Sveriges svar på millenniedeklarationen och millenniemålen är den politik för global utveckling som antogs av riksdagen i december 2003 [16]. Tidigare hade utvecklingspolitiken till allra största delen hanterats av Utrikesdepartementet

»Sverige är ett av få länder i världen som lever upp till löftet att använda minst 0,7 procent av bruttonationalinkomsten (BNI) till bistånd.«

och Sida. Med denna nya inriktning ville man på ett tydligare sätt visa att stora delar av samhället, inklusive andra departement och myndigheter, näringsliv, organisationer och enskilda, kan spela en viktig roll i globalt utvecklingsarbete. Till exempel skulle handelspolitik inte längre bara vara ett redskap för bättre handelsvillkor för svenska företag utan också tillgodose aspekter som global utveckling och miljö.

Sverige är ett av få länder i världen som lever upp till löftet att använda minst 0,7 procent av bruttonationalinkomsten (BNI) till bistånd. Under 2011 var biståndsbudgeten i Sverige 35 miljarder kronor, en procent av Sveriges BNI [17]. Ungefär hälften av detta bistånd kanaliseras via FN och resten via bilaterala samarbeten. Det är dock tydligt att bistånd endast kan vara en liten del av de investeringar som krävs för att uppnå de hälsorelaterade millenniemålen. I de flesta länder i världen måste största delen av resurserna komma i form av ökade satsningar nationellt. Afrikas ledare fastslog i Abuja-deklarationen 2001 att länderna i Afrika skulle satsa minst 15 procent av sin BNP på hälso- och sjukvård, något som endast Botswana, Djibouti och Rwanda hade uppnått 2010 [18].

I de tre följande artiklarna i detta nummer av Läkartidningen beskrivs de tre millenniemålen för hälsa vidare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- 55/2. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly. New York: FN:s generalförsamling; 2000.
- Millennium Development Goals. New York: FN; 2000.
- FN:s deklARATION för mänskliga rättigheter. New York: FN; 1948.
- Hulme, D. Governing global poverty? Global ambivalence and the millennium development goals. Manchester: Brooks World Poverty Institute and Institute for development policy and management University of Manchester; 2009.
- McMichael A, Woodruff R, Hales S. Climate change and human health: present and future risks. Lancet. 2006;367(9513):859-69.
- Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Chaired by Jeffrey D. Sachs. December 2001. WHO: Genève; 2011.
- Investing in maternal, newborn and child health: The case for Asia and the Pacific. Geneva: PMNCH, WHO; 2009.
- Murray CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997;349(9061):1269-76.
- The Demographic and Health Surveys (DHS). <http://www.measurereads.com>
- Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html
- Huy TQ. Mortality in rural Vietnam - Validity of routine reporting and experiences from a surveillance system [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2007.
- Murray C, Laakso T, Shibuya K, et al. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. Lancet. 2007 Sep 22;370(9592):1040-54.
- The Millennium Development Goals Report 2010. New York: FN; 2010.
- Attaran A. An immeasurable crisis? A criticism of the millennium development goals and why they cannot be measured. PLoS Med. 2005;2(10):e318.
- Thomsen S, Hoa D, Målqvist M, et al. Promoting equity to achieve maternal and child health. Reprod Health Matters. 2011;19(38):176-82.
- Gemensamt ansvar: Sveriges politik för global utveckling. PROP 2002/03:122. Stockholm: Utrikesdepartementet; 2003.
- Detta är svenskt bistånd. Stockholm: Sida; 2012.
- Global Fund Observer (GFO) Issue 128: 14 July 2010. Nairobi: Aidspan; 2012.

Söker du läkare?

Annonsera i Läkartidningen

Vi har 77 procents räckvidd i läkarkåren

Orvesto Näringsliv 2012

Utmanande saklig

Läkartidningen