

Abstract

The maternal health initiative: A global perspective

At the turn of the millennium, eight overriding goals for global development were adopted to be reached by 2015. One of these was a 75 % reduction in mortality of women in relation to pregnancy, delivery and abortion, and is the goal that shows least progress. 99 % of deaths in these areas occur in poor countries, and particularly where there is gross social inequity. Despite increasing political will at global level and among state leaders in recent years, as well as acknowledgement of maternal health as a Human Right, the priority given to this issue is still too low. The article discusses the different reasons, and examines why the global initiative for safe motherhood has made such little progress during its 20-year-long existence. To examine generation of political priority for global initiatives, a framework is used that encompasses the political context, degree of agreement and cooperation among the actors, ideas and their presentation, and how the effect of the efforts can be measured. Based on this, conclusions are drawn on how rationality meets power at different levels, and on how women are losing out.

Key words: **Maternal mortality** | **millennium development goal 5** | **political will** | **safe motherhood** | **global initiatives**

Sammendrag

Ved tusenårsskiftet ble det utformet åtte overordnede utviklingsmål verden skal strekke seg etter å nå innen 2015. Ett av disse er en 75 % reduksjon i forekomsten av dødsfall hos kvinner i forbindelse med graviditet, fødsel eller abort, såkalt mødre-dødelighet. Dette målet er det av tusenårsmålene med minst fremgang. 99 % av dødsfallene skjer i fattige land, og særlig der den sosiale urettferdigheten er stor. Til tross for de siste årenes økende politiske støtte på globalt nivå og hos en rekke statsledere, samt at mødre-helse er anerkjent som en menneskerettighet, er det vanskelig å få gjennomslag for prioritering der det trengs. Artikkelen drøfter ulike årsaker og bakgrunnen for at det globale initiativet rundt mødre-helse har oppnådd liten fremgang de drøye tjue årene det har eksistert. Det benyttes et rammeverk som undersøker hva som skal til for at globale initiativer oppnår politisk prioritet. Dette omfatter den politiske konteksten, grad av enighet og samarbeid mellom aktørene, ideer og presentasjon av disse, og hvordan virkningene av innsatsen kan måles.

Ut fra dette trekkes det slutninger om hvordan rasjonalitet møter maktapparat på ulike nivåer, og kvinner taper.

Nøkkelord: **mødre-dødelighet** | **tusenårs-mål 5** | **politisk vilje** | **mødre-helse** | **globale initiativer**

Mødrehelseinitiativet: Et globalt perspektiv

BERIT AUSTVEG
Statens helsetilsyn

MARTE CHRISTENSEN
Frilansjournalist



Det er i år ti år siden mødrehelse ble fremmet som ett av FNs tusenårsmål. Tusenårsmål 5 er å redusere mødredødeligheten med tre fjerdedeler fra 1990-nivå innen 2015.¹ Et mødredødsfall er definert som dødsfall hos en kvinne som enten er gravid, eller der graviditeten var avsluttet 42 dager før dødsfallet, og der dødsårsaken har sammenheng med graviditeten og med hvordan den blir behandlet og håndtert. Det er altså ikke det å være mor det dreier seg om, men svangerskapet og dets utkomme, enten fødsel eller abort. Til tross for at det er enighet om dette tusenårsmålet, viser mødredødelighetsstatistikken nærmest ingen reduksjon de siste tjue årene, og tusenårsmål 5 er det tusenårsmålet som er lengst fra å bli oppnådd. Hvert år dør over en halv million kvinner som følge av komplikasjoner knyttet til graviditet (WHO 2007a), det vil si mer enn fem millioner kvinner siden tusenårsmålet ble laget. WHO har anslått at 15 % av fødende får potensielt livstruende komplikasjoner. Selv god svangerskapsomsorg kan i liten grad forutsi hvem som får slike komplikasjoner. Det trengs relativt velfungerende helsetjenester som er tilgjengelige og akseptable for alle kvinner, slik at de som utvikler komplikasjoner raskt kan få hjelp. I tillegg må det være tilgjengelige tjenester for kvinner som utvikler komplikasjoner etter abort. Slike komplikasjoner er vanlige der abortlovgivningen er restriktiv.

Mødredødelighetsinitiativet vokste frem som en global bevegelse på slutten av 1980-tallet, og har siden arbeidet for å spre budskapet om de høye mødredødelighetstallene og utarbeide strategier for å redusere dem. Helsetjenesteintervensjonene som er nødvendige for å dramatisk forbedre situasjonen er velkjente når det gjelder det rent medisinske. Det som det fortsatt er noe diskusjon om er hva som er den beste måten å organisere

1. Begrepene «mødrehelse» og «mødredødelighet» er problematiske. Mange av kvinnene som dør blir ikke mødre. Dødsfallenes årsak er heller ikke at de er mødre, men at svangerskapene forsvømmes av samfunnet. Når vi likevel bruker begrepene her, er det fordi de er etablerte uttrykk.

graviditetsomsorgen på. Det kan være rasjonelt å tenke at alle kvinner bør føde i en institusjon. Men det er slett ikke alltid mulig, og det er ikke sikkert at det alltid er det beste. Mødredødeligheten er høyere på landsbygda enn i byene, og blant fattige, unge og marginaliserte kvinner. Formell og uformell betaling, og med relativt høye utlegg i de tilfellene der det skjer komplikasjoner, er en viktig hindring for å få de nødvendige tjenestene (Sundby 2009).

I tillegg til det som må skje innen helsesektoren, må kvinners stilling styrkes. De må kjenne til og være i stand til å kreve de nødvendige helse-tjenestene, og beslutningstakere på alle nivåer må prioritere at kvinner får tjenestene. På mikronivå er kvinners utdanningsnivå og deres mulighet til å disponere tid og penger til egen nytte sentralt for om de får nødvendig hjelp eller ikke.

Vi fokuserer i denne artikkelen på den politiske viljen på det globale planet, og drøfter noen forhold som innvirker på om denne viljen settes ut i livet slik at kvinnene til syvende og sist får de tjenestene de trenger for å overleve sine svangerskap. Med utgangspunkt i det teoretiske rammeverket til Shiffman og Smith (2007) undersøker vi hvordan ulike elementer påvirker den politiske viljen globale initiativer oppnår, i dette tilfellet mødre helseinitiativet.

Verdenssamfunnets politiske vilje og oppmerksomhet kan bidra til å løse problemet, både gjennom økonomiske bevilgninger og føringer, og gjennom holdningsskapende arbeid. Problemet med mødre dødeligheten er at det er verdens minst mektige som rammes, fattige kvinner i land der kvinner har lav status og gis liten prioritet. De har selv liten mulighet til å hevde sin sak. De utgjør ingen sikkerhetsmessig risiko, og det har ikke vært vanlig at politikere i internasjonale fora har talt deres sak. I de senere årene har dette endret seg. Det er et særskilt tusenårs mål som handler om mødre helse, og sentrale statsledere har inngått samarbeid som kan vise seg å bli effektivt. Hvis det hadde vært nok med politiske vilje på globalt nivå, hadde situasjonen sett lys ut. Men i oversettelsen til praktisk virkelighet, når ideelle målsettinger møter realpolitikken og prioriteringene på ulike nivåer, kan mye gå galt. Før vi går i gang med analysen, følger en kort introduksjon til mødre helseinitiativets historie og begrepene vi bruker i denne artikkelen.

Initiativets historie

I 1987 ble den første globale konferansen om mødre helse arrangert i Kenyas hovedstad Nairobi, og i kjølvannet av denne ble Safe Motherhood Initiative (SMI) opprettet. Bak konferansen sto Verdens helseorganisasjon (WHO), Verdensbanken og FNs befolkningsfond. Senere samme

år ble The SMI Inter-Agency Group (IAG) opprettet, og i tillegg til de opprinnelige støttespillerne var nå også FNs utviklingsprogram (UNDP), FNs barnefond (UNICEF), International Planned Parenthood Federation (IPPF)² og Population Council³ med (AbouZahr 2003: 16).⁴ Family Care International (FCI) fungerte som sekretariat frem til 2004, da Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health ble etablert. Året etter ble også barnehelse en del av denne koalisjonen, og navnet endret til The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, PMNCH (FCI 2007).

På 1990-tallet ble det arrangert flere konferanser hvor mødrehelse var tema eller inngikk som ett av temaene.⁵ At reduksjon av mødredødelighet ble tatt med som ett av tusenårsmålene i år 2000, viser at det sees på som sentralt for å bekjempe fattigdom og oppnå utvikling.

With the MDGs now widely accepted as the framework for assessing progress on overall health and development at the national and international levels, safe motherhood can figure more prominently in country programs and in development agencies' priorities (FCI 2007: 11).

Selv om tusenårsmål 5 om reduksjon av mødredødeligheten er det tusenårsmålet som har oppnådd aller minst fremgang (UNICEF 2008), har likevel det politiske engasjementet rundt saksfeltet økt betraktelig på det globale plan de siste årene. I 2007 ble mødrehelsebevegelsens 20-årsjubileum markert med konferansen Women Deliver i London (Women Deliver 2008). Rundt 2000 deltakere fra mer enn 75 land var til stede, blant andre helseministere, utviklingsbyråkrater, FN-topper og ledere fra andre multilaterale organisasjoner, helsearbeidere, økonomer og representanter for frivillige organisasjoner. 2007 var også starten på The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals (GCHMDGs), som arbeider for høyere politisk prioritering med satsing på tusenårsmål 4, 5 og 6 frem mot 2015.

-
2. IPPF er en føderasjon av verdens familieplanleggingsforeninger.
 3. Population Council er en frivillig organisasjon med lang tradisjon for forskning og politisk påvirkning innen reproduktiv helse.
 4. I 2000 ble også The International Confederation of Midwives (ICM), Føderasjonen av foreninger for gynekologer og fødselshjelpsleger (FIGO), The Regional Prevention of Maternal Mortality Network (Afrika) og The Safe Motherhood Network of Nepal med i IAG.
 5. Ved The International Conference on Population and Development (ICDP) i Kairo i 1994 og The Fourth Conference for Women (FWCW) i Beijing i 1995, ble representanter for FNs medlemsstater enige om handlingsplaner for henholdsvis befolkning og reproduktiv helse, og for kvinnespørsmål mer generelt. Det ble formulert helt konkrete mål.

Forskningen rundt mødrehelse

Det er publisert en rekke artikler, bøker og rapporter om mødrehelse, og om hva som skal til for å redusere mødredødeligheten. De fleste er skrevet av folk innen helsesektoren. Medisinske forklaringer, med diskusjon av effekten av ulike medisinske og praktiske løsninger, står gjerne sentralt. Det er nå nokså bred enighet om hvilke tiltak som er mest effektive. Kvinner som føder bør ha en kvalifisert fødselshjelper, som raskt og effektivt kan henvise til et nokså høyteknologisk nivå med kompetente fødselshjelpere hvis det skulle tilkomme komplikasjoner. Der det foretas mange farlige aborter, enten fordi abortlovgivningen er streng eller helsetjenesten ikke prioriterer aborttjenester, oppstår det komplikasjoner. Abortdødsfall omfattes av mødredødelighet, og for å redusere disse trengs bedre behandling av abortkomplikasjoner på kort sikt, og reduksjon av farlige aborter på lengre sikt.

I praksis er det mye som skorter, som at det ikke finnes nok sykehus eller nok jordmødre, at helsetjenestene ikke holder kvalitetsmessige mål og at veiene som knytter folk på landsbygda til sykehusene er elendige. I tillegg er det en rekke underliggende forhold som er av betydning. Det kan være kulturelle tradisjoner, som barnebruder (fordi det ofte fører til svangerskap i ung alder, noe som kan være svært belastende og ødeleggende for en ikke ferdig utviklet kvinnekropp) – forhold som øker risikoen for at noe skal gå galt med kvinnene under svangerskapet og fødselen.

Ikke uventet viser forskningen at det som skal til for å bedre mødrehelse er et komplekst samspill av mange forhold på ulike nivåer. Historien om mødredødelighet i Norge er faktisk en suksesshistorie som bare andre nordiske land og Nederland kan oppvise maken til. Den har derfor vært gjenstand for noe oppmerksomhet fra internasjonale forskere (Loudon 1992). Norden og Nederland opplevde en tidlig reduksjon i mødredødeligheten, sammenliknet med Storbritannia, Belgia, Frankrike, New Zealand, Australia og USA. I Norge var tidlig satsing på jordmødre et sentralt element; fra 1810 var det faktisk forbudt å føde uten jordmor til stede, og det til tross for at det ikke var nok jordmødre i landet. Da sykehusene etter hvert ble utbygd, var fødselsomsorg en bærebjelke i disse tjenestene. Kombinasjonen av dyktige og karismatiske fagfolk, fremsynte politikere og modige representanter for frivillige organisasjoner ser ut til samlet å ha vært årsak til at resultatet ble så bra sammenliknet med mange andre land (Austveg 2006). Det ligger mye slit og mange modige politiske avgjørelser bak, og det skjedde på en tid da Norge var et svært fattig land.

De senere årene har noen utviklingsland klart å redusere mødredødelighet raskere enn andre. Sri Lanka og Malaysia er blant disse (Pathmanathan et al. 2003). Senere har land som Bolivia, Egypt og Honduras også klart å redusere mødredødelighet. Bedre kvalitet på tjenesten og fjerning

av økonomiske barrierer har vist seg å være viktig. I tillegg har det vært nødvendig å heve kvinners status.

Mødredødelighet har vist seg å være en sensitiv indikator på sosial rettferdighet i et samfunn. Lav dødelighet får en i samfunn med rask tilgjengelighet til helsetjenester, uavhengig av kjønn og sosial status (Austveg 2006). I praksis betyr det tilstedeværelse av offentlig finansierte helsetjenester der folk bor og oppholder seg, med god primærhelsetjeneste og rask henvisningsmulighet der det oppstår behov for mer kompliserte tjenester. Fordi graviditetskomplikasjoner kan oppstå på de mest ubekvemme tidspunktene, må tilbudet forankres i det generelle helsevesenet, der graviditetsomsorg må ha høy prioritet. Det betyr altså at det offentlige må ta ansvar for å skaffe hjelp til de kvinnene som trenger det, og helsetjenesten må holde en generelt god standard (Austveg 2009).

Begreper, teori og metode

Globale initiativer, mødredødelighet og politisk vilje

Det er gjort omfattende forskning om internasjonalt samarbeid. Politisk handlingsvilje for globale helseinitiativer har imidlertid vært lite utforsket. Som en kontrast kan nevnes at det er skrevet mye om hva som skal til for at globale initiativer innen for eksempel miljø og menneskerettigheter lykkes (se for eksempel Barrett 2007; Shiffman & Smith 2007; Finnemore & Sikkink 1998, 2001; Haas 1992; Keck & Sikkink 1998; Risse & Sikkink 1999). I denne artikkelen trekker vi paralleller til det internasjonale klimasamarbeidet, for å illustrere ulike sider av teoriene om hvordan politisk handlingsvilje for globale initiativer oppstår. Shiffman og Smith (2007: 1370) definerer et *globalt initiativ* som en organisert innsats for å knytte sammen folk og organisasjoner på tvers av nasjonale grenser, med den hensikt å fremme et saksfelt av internasjonal betydning, slik som utfordringene rundt klimaendringene eller menneskerettigheter. Det er denne definisjonen av globale initiativer vi legger til grunn.⁶ Det som i 1987 startet som Safe Motherhood Initiative, har utviklet seg og som nevnt blitt en del av i det som i dag heter PMNCH. Når vi i denne artikkelen snakker om det globale initiativet rundt mødrehelse, bruker vi betegnelsen mødrehelseinitiativet.

6. I litteraturen som omhandler fenomenet brukes også andre begreper om det vi her kaller «globale initiativer», eksempelvis i Keck og Sikkink (1998: 2): «*A transnational advocacy network includes those relevant actors working internationally on an issue, who are bound together by shared values, a common discourse, and dense exchanges of information services.*» I denne artikkelen har vi imidlertid valgt å holde oss til begrepet globale initiativer.

Den nyeste mødredødelighetsstatistikken er fra 2005 (WHO 2007a). Mødredødelighet kan bare måles retrospektivt, fordi utvalgsundersøkelser der informantene blir spurt om mødredødsfall de kjenner til de siste årene er en sentral metode. Det fører til at det er umulig å måle utfallet av de siste årenes politiske fremstøt ved hjelp av den eksisterende statistikken. Først om noen år vil vi derfor vite om perioden vi nå er inne i, har ført til reduksjon i dødelighet. Når vi vurderer mødre helseinitiativets fremskritt de siste årene, vil vi derfor heller se på graden av politisk vilje, som definert av Shiffman og Smith (2007: 1370): Politisk vilje er oppnådd når internasjonale og nasjonale politiske ledere uttrykker vedvarende bekymring for saksfeltet, når organisasjonene og de politiske organene de leder, utvikler strategier for å løse problemet og bevilger ressurser som står i forhold til problemets størrelse.

Shiffman og Smith som rammeverk

Forskjellige teoretikere innen faget internasjonale relasjoner har de siste tiårene lagt vekt på hvordan ideer og utvikling av internasjonale normer påvirker stater og politikere i deres beslutningsprosesser og handlingsvalg. Denne sosialkonstruktivistiske tilnæringsmåten står på mange måter i kontrast til et rent rasjonalistisk/materialistisk syn om at faktiske økonomiske og militære forhold og interesser bestemmer politikernes veivalg og prioriteringer. I denne artikkelen kan det imidlertid være fruktbart å innta begge disse perspektivene. Dette er en av grunnene til at vi har valgt å strukturere vår analyse etter Shiffman og Smiths teoretiske rammeverk for globale initiativer (Shiffman 2007; Shiffman & Smith 2007). De stiller opp fire kriterier de mener er avgjørende for å skape politisk vilje. Det er: 1) den politiske konteksten initiativet opererer i, 2) graden av enighet og samarbeid blant ulike aktører, 3) ideene bak initiativet og hvordan budskapet presenteres, og 4) hvordan initiativets virkninger kan måles.

Shiffman og Smith (2007) knytter sitt teoretiske rammeverk direkte opp mot nettopp mødre helse. Vi støtter oss delvis til deres arbeid. I tillegg tar vi opp essensielle momenter som de utelater fra sin analyse. Dette gjelder blant annet hvordan initiativet i stadig større grad bruker ideene om at investeringer i kvinners helse lønner seg, og hvordan et kjønnsperspektiv kan forklare mye av den manglende politiske viljen.

Feministisk teori

I begrepet «mødre helse» inngår også abortomsorg. Fra feministisk hold har det vært insistert på at abortene skal være med, og tusenårs mål 5 omfatter også en reduksjon av abortdødsfall. Argumentet er at det er kvin-

ners evne til å bli gravide som er årsak til sykkelighet og dødelighet om de helsemessige aspektene neglisjeres. Det gjelder både når de velger å bli mødre og når de velger bort moderskapet ved å ta abort. Fødselsomsorg og abortomsorg utøves av de samme yrkesgruppene, og i forhold til organiseringen av tjenester er det rasjonelt å se dem i sammenheng. Men politisk er abortomsorg mye mer kontroversielt enn fødselsomsorg. Det er også fra feministisk hold at kritikken mot moderskapsretorikken har kommet, både fordi den er ulogisk og fordi den ikke har vist seg å være nyttig (Rance 1999; Austveg 2006).

Samtidig med at de første statistiske undersøkelsene om den høye mødredødeligheten ble kjent på 1980-tallet, gjorde feministisk teori sitt inntog i fag knyttet til internasjonale relasjoner. Denne første bølgen feministisk teori fokuserte blant annet på hvordan borgeres rettigheter, som stemmerett og eiendomsrett, springer ut fra et mannsperspektiv (Owens & Smith 2005). Man kan spørre seg om ikke trygg fødsel, og også rett til å slippe farlige aborter, hadde vært oppfattet som allmenne rettigheter, hvis menn hadde blitt gravide. Et utelukkende liberalfeministisk perspektiv blir riktignok utilstrekkelig når vi vet at 99 prosent av mødredødeligheten skjer i fattige land (WHO 2007a: 1), og er høyest der den sosiale ulikheten er stor. Mødredødelighet er med andre ord i høyeste grad også et fattigdomsproblem og et spørsmål om sosial rettferdighet mer generelt. Når vi i denne artikkelen benytter et kjønnsperspektiv, er det derfor delvis inspirert av postkolonial feminisme, som ser på samspillet mellom kjønn, rase og klasse på et globalt nivå, og kritiserer liberale feminister for å ha oversett interessene til kvinnene i den fattige delen av verden (Owens & Smith 2005). Vi går ikke inn i denne feminismedebatten her, men bruker den som en bakgrunn til å forstå hvorfor det har vist seg vanskelig å vekke politisk vilje for å redusere mødredødeligheten som rammer nettopp verdens fattige kvinner.

Kostnad–nytte-argumentet

Globale forhandlinger blant FNs medlemsland gir viktige politiske føringer for det globale samfunnet og for enkeltstater. Ved forhandlingene i 1999 om fortsatt implementering av handlingsprogrammet fra Kairokonferansen, ble det bestemt at samfunnskostnadene av mødredødeligheten skulle kalkuleres. For å se hvordan kostnad–nytte-argumentasjonen bak mødrehelseinitiativet for øvrig har utviklet og styrket seg, har vi valgt å studere rapporter og materiale publisert i forbindelse med tre sentrale begivenheter i initiativets historie som fant sted med ti års mellomrom: 1) Den første konferansen om Safe Motherhood, som ble holdt i Nairobi i 1987. 2) Initiativets tiårsjubileum, som ble markert i 1997/98. Dette besto av

flere aktiviteter, blant annet en faglig konsultasjon i Sri Lankas hovedstad Colombo i 1997 og Verdens Helse­dag i april 1998. 3) Konferansen Women Deliver, som fant sted i London i 2007 og markerte initiativets tju­årsjubileum. Ved å velge materiale fra disse sentrale hendelsene i initiativets historie, begrenser vi vårt kildeomfang samtidig som vi får tidsspennet vi trenger for å kunne analysere endring over tid. Rapportene fra Nairobi (Starrs 1987), Colombo (Starrs 1998), samt materiale publisert av WHO i forbindelse med Verdens helse­dag i 1998 (WHO 1998) og hjemmesiden til Women Deliver (www.womendeliver.org) er utformet av sentrale personer bak mødre­helse­initiativet, og gir således et grunnlag for å analysere hvordan deres kostnad–nytte–argumentasjon har utviklet seg.

En analyse av mødre­helse­initiativet

Den politiske konteksten

Policy-muligheter og rasjonalitetens begrensninger

Av og til åpner det seg muligheter i den politiske konteksten som gjør at et initiativ har større sjanse for å få oppmerksomhet fra verdens politiske ledere (Shiffman & Smith 2007). Eksempelvis har dette skjedd i klimaspørsmålet de siste årene i forbindelse med at vi har opplevd en rekke klimarelaterte naturkatastrofer som har ført til store skader og tap av menneskeliv. Blant annet kraftige orkaner i USA og flom i Europa har ført til oppmerksomhet rundt klimaspørsmålet både fra medier, opinionen og politikere. Shiffman og Smith har på mange måter rett når de hevder at mødre­helse­initiativet opplevde en slik mulighet da mødre­helse ble inkludert som ett av FNs tusenårs­mål i år 2000: Med dette ble mødre­dødelig­heten anerkjent som et kollektivt problem som verden må løse i fellesskap. Det gir imidlertid et galt inntrykk å fremstille dette policyvinduet som en del av den politiske konteksten som aktørene bak initiativet har liten innflytelse over. Tusenårs­mål 5 er i høyeste grad et resultat av lang tids lobby og påvirkning fra aktører involvert i mødre­helse­initiativet. Således åpner ikke dette bare for økt politisk handlingsvilje, men er i seg selv et bevis på at initiativet har lyktes med å sette mødre­dødelig­het på den politiske dagsordenen. Det er imidlertid grunn til å sette spørsmål­tegn ved hvor stor betydning denne luken, og den økte politiske viljen på globalt plan, har hatt på lokalt plan, når en halv million kvinner årlig fremdeles dør av komplikasjoner relatert til svangerskap, fødsel og abort. På den annen side vil bare fremtidig statistikk gi oss svar på utviklingen de siste årene.

Shiffman og Smith tar opp hvordan den globale strukturen med normer og institusjoner som eksisterer rundt et initiativ legger grunnlag for effektiv, kollektiv handling. De fremhever den fragmenterte strukturen i

det globale helsesamarbeidet som ugunstig for mødrehelseinitiativet. De legger også vekt på at de mektigste politiske aktørene har uteblitt fra de mange konferansene hvor mødredødelighet har vært tema eller inngått som tema, siden initiativets første konferanse i 1987 (Shiffman & Smith 2007: 1370–79).

Likevel vil vi hevde at det er grunn til optimisme når man ser utviklingen rundt mødrehelseinitiativet de siste par årene. Verdenssamfunnets engasjement i dette spørsmålet synes vekket til live gjennom politiske initiativer fra blant andre statsminister Gordon Brown og statsminister Jens Stoltenberg. De to er ledende i Global Campaign for the Health Millennium Development Goals, og de har fått med seg en rekke andre stats- og regjeringssjefer. I forbindelse med lanseringen av kampanjen i september 2007, kunngjorde den norske regjering at den ville gi en milliard dollar over de neste ti årene til arbeidet med å redusere barne- og mødredødeligheten. Samtidig bevilget Nederland 125 millioner dollar og britene over 200 millioner dollar til helsetiltak for kvinner, mødre og nyfødte (WHO 2007b). Kampanjen består av flere initiativer, blant annet International Health Partnership (IHP), som jobber for bedre å samordne og effektivisere støtten til ulike land gjennom nasjonale helseplaner (GCHMDG 2007).

Policyvinduet som åpnet seg da mødrehelse ble ett av tusenårsmålene, har bidratt til økt politisk vilje for mødrehelseinitiativet; om ikke umiddelbart etter 2000, så i alle fall de siste årene. Den politiske viljen hos Stoltenberg og Brown har allerede smittet over på mange mektige statsledere. Noen vil nok være uenig i graden av handlingsviljen disse politikerne har vist det siste året, og hevde at fraværet av verten selv, statsminister Gordon Brown, under mødrehelseinitiativets tjuetårsmarkering, illustrerer at initiativet stadig mangler politisk tyngde. Brown prioriterte et EU-møte i Lisboa fremfor Women Deliver-konferansen i London i 2007 (Nikolaisen 2007a).

Mødrehelse er altså et tema med mange aspekter og mange nivåer. Siden «alt henger sammen med alt», blir det viktig for mødrehelseinitiativet å definere et knippe av de viktigste anliggender som mødrehelse må sees i forhold til. Da FNs medlemsland i 1994 forhandlet frem en verdensomspennende handlingsplan der mødrehelse inngikk som sentralt element, var det innenfor et knippe av anliggender som ble kalt *reproduktiv helse* (Austveg 2006). Reproductiv helse omfatter helseaspekter knyttet til seksualitet og reproduksjon. Det omfatter både typer av tjenester (familieplanlegging, råd og veiledning knyttet til seksualitet, forebygging og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner, omsorg for ufruktbare i tillegg til graviditetsomsorg, fødselsomsorg og abortomsorg), og kvalitet i tjenestene (empati, lydhørhet etc.). Begrepet reproductiv helse ble raskt svært kontroversielt, særlig ledet an av USA under styret til president George W. Bush. Da tusenårsmålene ble formulert, var mødredødelighet det som

kom med. Mens det ble hevdet at reproduktiv helse var en eufemisme for å «fremme abort», var i virkeligheten abortomsorg inkludert i målet for å redusere mødredødelighet. I praksis ble imidlertid fokuset for tusenårs mål 5 snevret inn til å omfatte graviditet og fødsel. Det var derfor viktig at tusenårs mål 5, bedring av mødre helse, i 2005 ble utvidet med et mål om å sikre tilgang til reproduktive helsetjenester til alle i år 2015.

Når globale planer forhandles, kan det bli en viss konkurranse i å vise god vilje, og når statsledere skal vise at de ønsker fremgang, kan formuleringene også bli svært optimistiske. Globale målsettinger har derfor en tendens til å bli svært ideelle. Organisasjonsteoretikere har sett på hvordan det går når de store idealene møter hverdagens realiteter. Catherine Weaver har analysert Verdensbanken, og funnet at det er store forskjeller mellom det som sies og det som gjøres, og hun kaller det for hykleri (Weaver 2008). Hun ser på det såkalte hykleriet som en måte å håndtere motstridende krav, og hun hevder at det er omtrent umulig å unngå. Den danske forskeren Bent Flyvbjerg er også en interessant kilde (Flyvbjerg 1998). Han bruker byplanlegging i Aalborg både som eksempel og som metafor på hvordan det kan gå når en stor, omfattende plan, som er utformet på god, faglig grunn og etter alle kunstens regler på skikkelig demokratisk vis, skal settes ut i livet. Han har en rekke teser om hvordan det går når rasjonalitet møter makt. Han hevder at makten definerer og skaper konkrete fysiske, økonomiske, økologiske og sosiale realiteter. Og han siterer Kant, som sier: «The possession of power unavoidably spoils free use of reason.»

At maktens rasjonalitet har dypere historiske røtter enn rasjonalitetens makt, er en annen av Flyvbjergs teser. Samtidig vil vi i modernitetens tidsalder tro på logikk og på logiske sammenhenger. I praksis byttes rasjonalitet ut med rasjonalisering, og den store, vakre, gode planen stykkes opp i mindre deler som hver inngår i en maktkamp der faglighet og demokrati taper mot andre krefter. Alt i alt gir dette et ganske pessimistisk bilde av mulighetene til å høste av den globale vilje for å få til endring på et område som er så komplekst som mødre helse, og som involverer så mange samsfunnssektorer og så mange lag i kultur, verdier og tenkesett.

Holdninger og mannsdominans

I dette avsnittet vil vi ta opp sider ved den politiske konteksten rundt mødre helseinitiativet som Shiffman og Smith (2007) ikke kommer inn på, men som i høyeste grad påvirker den politiske viljen rundt initiativet og derfor er verdt å se nærmere på: holdninger til kvinner og reproduktiv helse. På det globale planet snakkes det vakkert og ideelt om likestilling mellom kjønnene og om kvinners rettigheter. Men når det er snakk om konkrete rettigheter på nasjonalt eller lokalt nivå, taper ofte kvinner og kvinners helse når det gjelder prioriteringer av knappe ressurser. Det hersker liten tvil om at holdninger om at kvinner er underordnet menn, har bidratt og fremdeles

bidrar til at mødrehelse ikke blir prioritert på ulike nivåer. Endrede holdninger til kvinner, i tillegg til at det var bekymring for høy spedbarnsdødelighet, var en viktig årsak til at jordmortjeneste og fødselsomsorg ble høyt prioritert i Norge for to hundre år siden. Kvinnebevegelsen i Norge har vært svært viktig for å skaffe kvinner innflytelse i Norge, alt fra stemmerett til prevensjon, trygg abort og god fødselsomsorg (Austveg 2006: 85). Kvinneorganisasjoner i utviklingsland der mødredødeligheten er høy har svært ulik modenhetsgrad og dermed ulike påvirkningsmuligheter.

For å belyse hvordan mannsdominansen på ulike plan i samfunnet kan være med å påvirke graden av politisk vilje mødrehelseinitiativet oppnår, vil vi kort peke på en av de fire påvirkningskanalene i offentlig politikk, nemlig mediekanalen.⁷ I et samfunn der media ofte setter dagsordenen, kan deknningen av mødrehelse være avgjørende for politikeres handling. Ved sin kanalvokterfunksjon har mediene betydelig innflytelse over *befolkningens dagsorden*: hvilke spørsmål og saker befolkningen skal være opptatt av, og dermed også hva den ikke skal være opptatt av. Mediene tvinger med dette både publikum, politikere og andre samfunnsaktører til å forholde seg til visse journalistisk utvalgte saker eller emner (Maktutredningen 2004–2005: 126).

Forskning har pekt på at de vestlige mediene er mannsdominert i eierskap og ledelse. Kanskje kan dette bidra til at spørsmål knyttet til fattige kvinners reproduktive helse ikke har blitt sett på som relevant i vestlige medier: «I den grad mediene fortsatt i overveiende grad blir ledet av menn, vil mediene lettere bli bastioner for en mannsdominert måte å sette dagsorden på» (Eide 2001: 331). I en verden der mediene har stor politisk definisjonsmakt, kan menn som dørvoktere i mediene indirekte ha konsekvenser for bevilgningene til mødrehelsetiltak. Dette kan bli særlig sårbart på et område som er så mangefasettert som kvinners seksuelle og reproduktive helse. Ordvalg, vinkling og fremstillingsmåter blir viktig i så kompliserte spørsmål, der sex og død inngår som sentrale ingredienser.

Vi støter på flere globale holdningsutfordringer når vi ser på hva som blir gjort for å redusere mødredødeligheten i verden. Holdningen til illegale og usikre aborter er enda et eksempel, disse er årsak til 13 prosent av mødredødeligheten globalt. Dette er et følsomt tema i mange miljøer, blant annet i den katolske kirke der læren sier at liv skal respekteres og beskyttes allerede fra unnfangelsen (Vatikanet 1997). I bistandspolitikken har holdningen til abort lagt begrensninger på en del aktører. Dette er særlig tydelig for USAs vedkommende, og reflekterer at abort er et svært sentralt og sensitivt tema i amerikansk opinion. Det er spesielt i de republikanske administrasjonene at begrensningene har kommet til syne, gjennom det

7. De øvrige innflytelseskkanalene i offentlig politikk som ofte refereres til i statsvitenskapelig sammenheng er aksjonskanalen, valgkanalen og organisasjonskanalen.

som gjerne har blitt kalt «the Gag Rule», offisielt «Mexico City Policy». Dette vedtaket ble innført av president Ronald Reagan i 1984, og selv om Bill Clinton fjernet det da han kom til makten, har det blitt fulgt av de to republikanske presidentene siden. «Gag rule» innebar at alle organisasjoner som mottok støtte fra amerikanske myndigheter, måtte skrive under på at de ikke informerte om eller gjennomførte aborter, ikke engang med egne midler (USAID 2001). FNs befolkningsfond har vært strøket fra USAs bistandsbudsjetter i disse periodene. Denne politikken blir av mange forklart med den sterke innflytelsen den kristenkonserverve fløyen i det republikanske partiet har innen utviklingspolitikken (Nikolaisen 2007b). Noe av det første Barack Obama gjorde som nyvalgt president i USA, var imidlertid å fjerne «the Gag Rule». Senere ble også støtten til FNs befolkningsfond gjeninnført. Det finnes imidlertid fortsatt begrensninger i hva amerikansk utviklingshjelp kan støtte i forhold til abort, som er et ytterst politisert tema i landet. Helms Amendment har fortsatt lovstatus, og sier: «No foreign assistance funds may be used to pay for abortion as a method of family planning or to motivate or coerce any person to practice abortion» (USAID 2009).

Selv om amerikanske bistandsmidler fortsatt ikke kan brukes til å utføre aborter, er USA like fullt en stor giver til familieplanlegging og til å gi livreddende behandling ved abortkomplikasjoner.

Aktørene bak mødrehelseinitiativet

Grad av samstemmighet blant aktørene

Aktørene bak et globalt initiativ kan komme fra ulike hold. Frivillige organisasjoner, regjeringsmedlemmer og andre politikere, bistandsbyråkrater, medlemmer av ulike FN-organisasjoner og andre internasjonale organisasjoner samt akademikere, er deler av mødrehelseinitiativet. Dersom det er stor grad av samarbeid og enighet blant aktørene om hva som skal til for å løse problemet, vil det være større sjanse for at initiativet får slagkraft (Shiffman & Smith 2007). Det internasjonale klimasamarbeidet er et eksempel på dette. Etter at FNs klimapanel, som består av en bred sammensetning av verdens klimaforskere, i 2007 la frem rapportene som slo fast at deler av klimaendringene med stor sannsynlighet er menneskeskapte, så vi en ny vilje til handling på klimatoppmøtet i Bali senere samme år. Aktørene blir mektigere og vekker mer troverdighet hos politikere når de står samlet.

På slutten av 1980-tallet var det uenighet rundt hva som skulle til for å redusere mødredødeligheten. Risikovurdering i svangerskapet og opplæring av tradisjonelle fødselshjelpere ble ofte trukket frem som effektive virkemidler. Dette gikk man bort fra på 1990-tallet, da det ble kjent at det er

lav forutsigbarhet for hvilke gravide som utvikler alvorlige komplikasjoner. I dag er det bred enighet om at innsatsen må konsentreres om muligheten for alle til å få profesjonell assistanse fra jordmødre under og etter fødsel og tilgang til ytterligere fødselshjelp i tilfelle komplikasjoner, samt tilgang til familieplanlegging (Starrs 1998; GCHMDG 2007: 11; Shiffman 2007: 1373). I forhold til mødrehelseinitiativets tidlige fase, må det derfor kunne sies at initiativet er styrket ved en bredere og mer samstemt kunnskap om hva som skal til for å løse problemet. Selv om dette ikke førte til noen umiddelbar oppmerksomhet rettet mot mødrehelse, er det mulig at det har bidratt til å vekke den politiske viljen vi har sett på globalt nivå de siste årene.

Samarbeidet: Om effektivitet i institusjonene og organisasjonene

Det å bygge opp en institusjon som effektivt kan koordinere arbeidet til de ulike aktørene innen mødrehelseinitiativet, bød på utfordringer. IAG var en liten gruppe som ifølge en av grunnleggerne ønsket å forbli liten fordi man mente det gjorde det lettere å koordinere og lede arbeidet. De var redde for å bli for store fordi det kunne gjøre det vanskelig å håndtere sensitive spørsmål som abort (Shiffman & Smith 2007: 1374). USAID og Verdens helseorganisasjon tok imidlertid initiativ til det de mente ville bli en revitalisering av mødrehelseinitiativet, og samlet det som tidligere var Safe Motherhood, IAG og andre aktører i en større koalisjon. Denne fikk i 2005 navnet Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, PMNCH (PMNCH 2008). Det er likevel ikke sikkert at dette har styrket mødrehelseinitiativet, da arbeidet med mødrehelse har hatt en tendens til å komme i skyggen når det sees i forbindelse med problemet med barnedødelighet. Dette ble tatt opp allerede i 1985, i artikkelen «Where is the M in MCH?»⁸ (Maine & Rosenfield 1985). Tiltakene som skal til for å redusere henholdsvis barne- og mødredødeligheten i verden, er dessuten ulike i sin natur. At mødre- og barnedødelighet unektelig henger sammen, er likevel et argument for å behandle det som ett saksfelt. Da er det imidlertid viktig å huske at det i tillegg til strategier for å bedre barns og mødres helse generelt, er behov for spesifikk satsing og en separat strategi for å nå tusenårs mål 5 om å redusere mødredødeligheten. Nylig opprettede Global Campaign for the Health Millennium Development Goals har potensial til å bidra til dette, og er forhåpentlig en styrke for initiativet.

Et annet problem som Shiffman og Smith (2007: 1374) fremhever, er at ingen av FN-organene har mødrehelse som sitt helt spesifikke spesialområde, slik man finner innen andre helsefelt. Reduksjon av barnedødelighet er et særskilt UNICEF-anliggende. Familieplanlegging har tradisjonelt vært UNFPA sitt felt, men mandatet ble utvidet i 1994 til å omfatte

8. MCH = Mother and Child Health.

reproduktiv helse, som inkluderer mødrehelse. Både UNICEF, UNFPA, WHO og UNDP har vært involvert i mødrehelseaktiviteter som ofte har blitt gjennomført uavhengig av hverandre (ofte med ulike tilnærminger), og de har konkurrert om ressurser fra de samme givene til dette arbeidet. At mange organer tar litt ansvar, kan føre til at ingen tar det helt og fullt. En stor, internasjonal organisasjon som kjempet utelukkende for mødrehelse, hadde muligens styrket initiativet. På den annen side kan mødrehelse aldri behandles vertikalt, men må integreres i generelle helsetjenester. At flere FN-organer har vært engasjert fra ulike hold, kan derfor også sees som en styrke for initiativet. I dag har de store organisasjonene som WHO og UNFPA mødrehelse som ett av mange arbeidsområder.

Det sivile samfunn

Det er klart at press fra opinionen påvirker politisk vilje. Shiffman og Smith (2007: 1371) nevner eksempelvis hvordan press fra grasrotorganisasjoner og aidsaktivister har ført til økt bistand til å bekjempe denne sykdommen i utviklingsland. Press fra grasrotorganisasjoner kan spre kunnskap, og på denne måten skape engasjement for å løse et problem.

I mange land finnes det organisasjoner som jobber både med kunnskapsinnhenting om mødrehelse, påvirkning av politikere og med å yte helsetjenester til kvinner. På den måten er de både med på å avhjelpe de problemene som finnes, og å endre politikken. Fokus for disse organisasjonene i imidlertid ofte begrenset til ett område eller ett land. Det er ikke å vente at organisasjoner i land med store problemer skal ha overskudd til å ta innover seg det andre strir med. Men vi synes det er beklagelig at ikke kvinnebevegelsen i den rike delen av verden i større grad har grepet fatt i denne utfordringen. En forklaringsfaktor som ofte fremheves er at kvinnebevegelsen har hatt problemer med å omfavne selve begrepet Safe Motherhood. Mange kvinneorganisasjoner i industrialiserte land har ganske store interne stridigheter om det de mener er å se kvinnen kun som mor (Norad 2007; Shiffman & Smith 2007: 1375). Også det globale mødrehelseinitiativet og mange organisasjoner som arbeider for kvinners rettigheter illustrerer dette dilemmaet. Det fremholdes ofte at den beste utviklingshjelp er å gi hjelp til kvinner fordi det kommer familien og lokalsamfunnet til gode, og at den beste måten å hjelpe barn på er å gi omsorg for mor. Samtidig fremholdes kvinnens egen rett til liv og helse. Ofte er interessene sammenfallende, men noen ganger er de det ikke.

En annen årsak er unektelig at problemet med mødredødelighet oppleves fjernt fra vestlige kvinners hverdag. Hvis man ser på verdens regioner, er mødredødeligheten høyest for kvinner i Afrika sør for Sahara. Der dør i gjennomsnitt 900 kvinner per 100 000 levendefødte barn. Dette står i

skarp kontrast til tallene fra de utviklede landene,⁹ hvor gjennomsnittet er ni kvinner per 100 000 levendefødte barn (WHO 2007a: 17). I de landene der hvert svangerskap er farlig, gjennomgår i tillegg kvinner et høyt antall svangerskap, og ulikhetene i livsløpsrisikoen mellom rike og fattige land blir derfor grotesk. Irland er det landet i verden der kvinner har lavest livsløpsrisiko, én av 47 600. Sierra Leone og Somalia er de landene med høyest risiko, med én av åtte (WHO 2007a). At disse tallene faktisk har vært dårlig kjent, kan også være en grunn til det lave engasjementet fra det sivile samfunn.

Det sies også ofte kvinner ikke «skal dø for å gi liv». Dette er et retorisk grep som kan virke besnærende, men som er problematisk. En dikotomi som går på liv og død er svært kraftig retorikk. Dessuten vil mange av de kvinnene som dør ikke gi liv, fordi fosteret eller barnet også vil dø. Fra kvinneorganisasjoner har uttrykket blitt kritisert, siden det kan gi inntrykk av at kvinnes liv må reddes som et middel til å redde barna. På den måten reduseres kvinnen til et hylster, en container, og på den måten får hun verdi, ikke på grunn av seg selv.

Abort som årsak til mødre dødelighet er kontroversielt også kvinneorganisasjonene imellom. Det gjelder både ideologisk, moralsk og strategisk. Hvordan en nærmer seg et såpass kontroversielt tema som abort vil måtte være kontekstavhengig, og det kan derfor være vanskelig å enes globalt. Det kan også være uenighet om hvorvidt en strategisk skal inkludere aborttjenester når det er snakk om rett til fødselstjenester, fordi kontroversene knyttet til abort dermed kan hindre at kvinner får gode fødselstjenester.

Ideene bak mødrehelseinitiativet

Alle saksfelt kan fremstilles på ulike måter. Klimaendringene kan for eksempel sees som et utviklingsproblem (fordi de rammer utviklingsland som ikke har ressurser til å gjøre forebyggende tiltak hardest), et sikkerhetsproblem (knappe ressurser kan føre til konflikter om for eksempel vann) eller et humanitært problem (i form av for eksempel klimaflyktninger eller mangel på rent vann). Noen måter å se problemet kan ha bredere appell enn andre, og ulike fremstillinger kan appellere til forskjellige mottakere. Vi undersøker her hvordan mødrehelseinitiativet presenterer sitt budskap for å vekke politisk oppmerksomhet.

9. De utviklede landene defineres her til å være Albania, Australia, Østerrike, Belgia, Bosnia og Herzegovina, Bulgaria, Canada, Kroatia, Tsjekkia, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Tyskland, Hellas, Ungarn, Island, Irland, Italia, Japan, Latvia, Litauen, Luxembourg, Malta, Nederland, New Zealand, Norge, Polen, Portugal, Romania, Serbia og Montenegro, Slovakia, Slovenia, Spania, Sverige, Sveits, den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia, Storbritannia og USA (WHO 2007a).

Idealistisk argumentasjon

Det humanitære aspektet har hele tiden vært viktig for mødrehelseinitiativet. Det har siden den første konferansen i 1987 vært fokus på urettferdigheten ved hvordan mødredødeligheten rammer de aller svakeste i verden:

Maternal mortality is a neglected tragedy, and it has been neglected because those who suffer it are neglected people, with the least power and influence over how national resources shall be spent; they are the poor, the rural peasants, and above all, women (daværende generaldirektør i WHO, Halfdan Mahler, på åpningstalen til Nairobi-konferansen i 1987, gjengitt i Starrs 1987: 4).

Dette er et sterkt argument, men nettopp det faktum at disse kvinnene har så lav status, har bidratt til at de i stor grad skulle bli oversett i tjuen år til.

Aktørene bak initiativet har også forsøkt å fokusere på dødstillene, og at de kunne vært kraftig redusert hvis kvinnene hadde fått medisinsk bistand under svangerskap, fødsel og abort. Heller ikke dette har vekket den store politiske oppmerksomheten. Det siste året har imidlertid de høye dødstillene oftere blitt referert, blant annet her i Norge, hvor statsminister Jens Stoltenberg har et personlig engasjement. Han er med jevne mellomrom ute i mediene og påpeker det meningsløse og urettferdige ved at det skjer et mødredødsfall hvert minutt, og at det ikke har vært noen bedring de siste tiårene. Dette budskapet ble iherdig forsøkt formidlet i forbindelse med initiativets tjuenårsmarkering under konferansen Women Deliver i London i 2007, og går igjen i så å si alle artikler som publiseres om mødredødelighet.

Menneskerettighetsargumentasjon

Det blir i flere sammenhenger fremhevet hvordan systematisk vektlegging av menneskerettighetene er en effektiv strategi for å redusere mødredødeligheten i verden (se for eksempel DFID 2005a; DFID 2005b; UN 2005: 29–35). En slik rettighetsbasert tilnærming til problemet hevdes å kunne avdekke maktstrukturene som ligger bak de høye dødstillene. Holdningsarbeid for å heve kvinners status og de systematiske bruddene på deres menneskerettigheter, er en viktig strategi for å redusere mødredødeligheten (DFID 2005a: 2–4).

Selv om det ikke finnes en menneskerettighet som eksklusivt uttrykker kvinners rett til ikke å dø en unødvendig død som konsekvens av manglende hjelp fra helsepersonale under svangerskap, eksisterer det flere menneskerettigheter som er relevante for mødrehelse. Artikkel 10(2) i konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter lyder:

Special protection should be accorded to mothers during reasonable period before and after childbirth. During such period working mothers should be accorded paid leave or leave with adequate social security benefits (UN 1966a: 365).

Artikkel 12 i konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter som omhandler spesifikt retten til den høyest oppnåelige helsetilstand både i fysisk og psykisk henseende (ibid.) og retten til liv (UN 1966b: 370), som er hjemlet i konvensjonen om politiske og sivile rettigheter, er blant flere andre rettigheter som er relevante i forbindelse med kvinner og graviditet. I 2000 kom en General Comment om artikkel 12. I denne utdypningen sies det at retten til helse prinsipielt omfatter to forhold. Det ene er tilgang til helsetjenester, som betyr at helsetjenestene skal være til stede, og på en slik måte at de som trenger dem skal kunne få dem. Det andre omhandler underliggende forhold for helsen. Denne presiseringen er svært anvendelig og relevant for svangerskapsomsorg, der tilgjengelighet til helsetjenester er så sentralt, samt at kvinners status, utdanning og økonomi spiller en så stor rolle. Også prinsippet om ikke-diskriminering mellom kvinner og menn er relevant, fordi svangerskapskomplikasjoner kun rammer kvinner og disse da trenger særskilte helsetjenester for å overleve. Siden Kairokonferansen i 1994 har det vært en økende bevissthet rundt hvordan menneskerettighetene kan brukes for å fremme mødrehelseinitiativet. De siste årene har dette blitt uttrykt blant annet i strategirapporter fra de britiske bistandsmyndighetene DFID (2005a, 2005b), og ved at menneskerettighetsorganisasjonen Amnesty International i 2009 startet en kampanje om nettopp mødrehelse. De hadde på forhånd hatt en lang prosess internt i organisasjonen der de tok opp abortskader hos kvinner som menneskerettighetsproblem.

Kostnad–nytte–argumentasjon

En merkbar endring i mødrehelseinitiativets budskapsformidling ligger i hvordan aktørene benytter seg av det økonomiske argumentet. Riktignok har kostnad–nytte–argumentasjon blitt anvendt siden starten. I rapporten fra den første mødrehelsekonferansen heter det:

[...] saving women's lives is a practical goal as well as a humanitarian one. Women's contributions and productivity are visible not only in the infants they nurture, but in the food they grow, harvest, and cook; in the variety of goods they produce and market; in the teaching and care of their children; in the many tasks they perform every day to serve their families and communities. The death of an infant's mother results not only in the loss of a woman in the prime of her life, but also in the loss of her economic productivity, usually the death of her infant, and in some cases the disintegration of her family (Starrs 1987: 5).

Ved sammenlikning av materiale produsert av mødrehelseinitiativet i forbindelse med de tre merkeårene 1987, 1997/98 og 2007, ser vi imidlertid en klar utvikling i bruken av dette argumentet. Ved initiativets tiårsmarkering i Colombo på Sri Lanka i 1997 ble det økonomiske argumentet trukket frem som ett av ti nøkkelpunkter i en handlingsplan, og lønnsomheten ikke bare for familiene, men også som en effektiv helseinvestering ble fremhevet. Starrs (1998) skriver i rapporten fra konferansen:

Safe Motherhood is a vital social and economic investment: Ms Anne Tinker from the World Bank presented the economic arguments for investing in maternal health, given the vital role women play in society. She also argued that safe motherhood interventions are among the most cost-effective in the health sector, and that investing in these interventions is therefore an economically sound decision as well as a moral imperative.

Det er likevel først de siste årene at initiativet har blitt frontet med det økonomiske argumentet: Konferansen i London i 2007 med det tvetydige navnet Women Deliver hadde slagordet «Invest in Women – it pays!» (Women Deliver 2008). Dette står i kontrast til det mer idealistiske og følelsesladde slagordet fra Verdens Helsedag i 1998: «Pregnancy is special – Let's make it safe» (WHO 1998: 1). Det er også først etter tusenårsskiftet at man har fått rapporter med beregninger over hvor mye samfunnet taper på den høye mødredødeligheten: Ifølge USAID koster disse kvinnenes død over 15 milliarder dollar hvert år i tapt produktivitet (Gill et al. 2007: 1353). Det er rimelig å anta at denne økte kunnskapen og bevisstheten om at det lønner seg å redusere mødredødeligheten, samt at mødrehelseinitiativet bruker dette bevisst for å skape politisk vilje, er effektivt. Scott Barretts teori om internasjonale miljøavtaler underbygger dette synspunktet. Han peker på det avgjørende ved at de ulike aktørene som er del av en miljøavtale, har en egenmotivasjon til å delta. Barrett mener det er nødvendig å skape en motivasjon hos alle land for å komme til forhandlingsbordet, og at oppfølging av avtalen må være til fordel for alle parter. Hvis landene kun er påført forpliktelser, uten å se hvorfor de skulle tjene på å holde disse, vil de kun gå med på avtaler de ville gjennomført uansett (Barrett 2003: 33). På samme måte kan det at det faktisk lønner seg å investere i kvinners helse, gi politikere den ekstra motivasjonen de trenger for å hjelpe disse kvinnene. Dette kan spesielt være en motivasjonsfaktor for politikere i land med høy mødredødelighet og lite ressurser, men også for vestlige politikere, fordi vi lever i en stadig mer globalisert og økonomisk sammenvevd verden.

Det økonomiske argumentet er ikke den eneste grunnen til at mødredødelighetsinitiativet har oppnådd økt politisk vilje de siste årene, det er et komplekst og sammensatt årsaksbilde. Men økonomiske argumenter har utvilsomt bidratt til å vekke politisk vilje fra andre enn helseministere.

Helseministere vil uansett være opptatt av viktige helsetiltak, mens det vil være lettere å nå for eksempel finansministere ved å bruke deres «språk» og argumentasjon.

Fokus på politisk vilje på globalt nivå

Nettopp viktigheten av å nå mektige politikere er en annen idé som virkelig har festet seg hos aktørene bak mødrehelseinitiativet. WHO's generaldirektør Margareth Chans utsagn på Women Deliver-konferansen illustrerer dette:

Jeg forsøker alltid å møte den høyeste representanten for de landene jeg reiser til. Som dere vet er ikke helseministeren en veldig mektig minister. Jeg vil snakke med statsministere og finansministere (gjengitt i Nikolaisen 2007a).

Aktørene bak initiativet ser ut til å fokusere stadig mer på at oppmerksomhet fra toppolitikere kan bidra til at verden nærmer seg tusenårsmål 5 i et raskere tempo enn det som har vært tilfellet frem til nå. Blant annet har The Global Campaign on the Health Millennium Development Goals opprettet Network of Global Leaders for å fremskaffe lederskapet som er nødvendig for å skape handling. Tolv ledere fra Nord og Sør var i 2009 en del av dette nettverket (GCHMDG 2009: 7).

Mødrehelseinitiativet utvikler i tillegg stadig strategier for å øke presedekningen, noe som både direkte og indirekte kan påvirke den politiske viljen.¹⁰ Under et kurs for aktører i PMNCH i oktober 2007 ble det lagt vekt på at man måtte knytte nærmere bånd til mediene, slik at disse kan fungere som en pressgruppe i den gode saks tjeneste. Ved å drive en aktiv mediestrategi der journalister inviteres til å se kvinnes situasjon på nært hold, kan man rekruttere mediefolk til å bli «partnere» (PMNCH 2007). I forbindelse med Women Deliver-konferansen ble ulike kvinners personlige historier lagt ut på konferansens nettside, til bruk for pressen (Women Deliver 2007).

Hvordan initiativets virkninger kan måles

For å kunne påstå at innsats har virkning, er det nødvendig med gode målesystemer. Troverdige målemetoder som viser hvor stort et problem er, kan inspirere politikere til handling fordi det da vil være mulig å måle fremskritt. Dermed får man resultater å vise til, og demonstrerer pålitelighet og handlekraft overfor potensielle velgere. Problemets størrelse sam-

10. Den indirekte påvirkningen kan skje gjennom at det sivile samfunnet blir seg bevisst problemet, og i neste omgang påvirker politikere.

menliknet med andre problemer, for eksempel målt i antall dødsfall, påvirker også den politiske viljen. Og endelig er kunnskapen som foreligger om hvordan man løser problemet, avgjørende. Dersom man vet hva som skal til, og dette i tillegg kan gjennomføres på en kostnadseffektiv måte, vil det være lettere å skape politisk vilje for initiativet (Shiffman & Smith 2007: 1376–77).

Mødredødelighetsstatistikken

Usikre data, med store konfidensintervaller, har gjort det vanskelig å måle endringene i forbindelse med tusenårsmål 5. Det gjelder særlig for utviklingsland, der systemet for registrering av informasjon om dødsfall og dødsårsaker er utilstrekkelig og selv antall fødsler ikke registreres nøyaktig. Det kan også være vanskelig å skille mellom mødredødelighet og dødsfall som følger av andre årsaker. Der data blir samlet inn ved hjelp av spørreundersøkelser, kan tallene bli misvisende på grunn av tabuer knyttet til kvinnelig seksualitet og illegale aborter (Austveg 2006: 69). Imidlertid har WHO, UNICEF og UNFPA laget globale anslag fra 1990, 1995, 2000 og 2005 (til den siste rapporten bidro også Verdensbanken). Metodene har utviklet seg mellom hver av undersøkelsene, og man bør derfor være varsom med å slå fast endring over tid på bakgrunn av dem. I 2005-rapporten er det imidlertid gjort forsøk på å sammenlikne mødredødeligheten i 1990 og 2005, blant annet ved å bruke de nye metodene fra 2005 til å ombelegne 1990-tallene. Resultatet forteller at mødredødeligheten i gjennomsnitt har gått ned med mindre enn én prosent årlig mellom 1990 og 2005. Nedgangen har i så måte vært mye lavere enn de 5,5 prosentene i året som er nødvendig for å nå tusenårsmål 5. Skal dette målet nås, må nedgangen i dødstallene være betydelig raskere frem mot 2015, særlig i Afrika sør for Sahara, hvor den årlige nedgangen så langt har vært på rundt 0,1 prosent (WHO 2007a: 15–18).

Det er en utfordring for mødrehelseinitiativet at statistikken er mangelfull og vanskelig å utarbeide. Forfatterne av 2005-statistikken hevder imidlertid at tallene uansett viser at mødredødelighetsproblemet er enormt, og derfor burde dra oppmerksomhet både mot behovet for handling for å redusere disse tallene og mot behovet for økt innsats for å utvikle mer pålitelig statistikk på området (WHO 2007a: 19).

Avslutning og konklusjon

Mødrehelse utfordrer vår evne til solidaritet og rettferdighetstenking. Det er egennytte å kontrollere smitte, enten det er hiv, malaria eller influensa. Men graviditet smitter ikke. Høy mødredødelighet truer heller ikke fred og stabilitet i verden. Det gir «bare» en ufattelig mengde smerte, lidelse

og angst for dem det gjelder, enten de faktisk skades eller de frykter at de vil bli det.

Politisk vilje er viktig på grunn av den økonomiske bistanden vestlige politikere kan yte gjennom sine utviklingsbudsjetter og de politiske omprioriteringer ledere i land med høy mødredødelighet kan gjøre. Ut over de økonomiske ressursene til praktiske forbedringer i helsesektoren, kan politisk vilje både i fattige og rike land også bidra til nødvendige holdningsendringer, for eksempel knyttet til menneskerettigheter.

Faktorene i rammeverket til Shiffman og Smith garanterer ikke politisk vilje. Forskning har imidlertid vist at globale initiativ har større sjanse for å lykkes dersom aktørene står samlet, har en god ledelse, sterke institusjoner rundt seg og grasrotorganisasjoner som taler deres sak. Videre øker sjansene for å skape politisk vilje dersom ideene til initiativtakerne og deres budskap presenteres på en måte som appellerer til politikere, dersom den politiske konteksten åpner for interesse for nettopp dette saksfeltet og det allerede finnes globale normer og institusjoner som danner en plattform for effektivt samarbeid. I tillegg vil saksfeltets karakter være av betydning. Problemets omfang, i hvilken grad det lar seg måle og hvorvidt det finnes kjente og effektive måter å løse det, vil kunne påvirke den politiske viljen til å støtte globale initiativer.

Som vi har sett har mødrehelseinitiativet møtt utfordringer på flere av de overnevnte punktene. Globale allokeringer og bistandsbudsjetter har bare liten innflytelse på hva slags tjenester som til syvende og sist ytes, og på de faktorene som ligger til grunn for høy mødredødelighet. Når de ideelle målsettingene skal oversettes til handling på nasjonalt eller lokalt nivå, og konkurrerer om ressurser og kolliderer med tradisjoner og kultur, oppstår det små og store maktkamper. Dette forsterkes av at de som rammes er fattige kvinner i land med stor sosial urettferdighet. Disse kvinnene har ikke selv hatt ressurser til å mobilisere for å få politisk innflytelse lokalt og nasjonalt. Vi har videre hevdet at internasjonale grasrotorganisasjoner, som kvinnebevegelsen, i liten grad har talt deres sak. Det har skjedd lite, til tross for at vi vet hva som skal til for å løse problemene. Mens det ofte rettes fokus mot hvordan kvinner er undertrykte i diverse kulturer i verden, vil vi her benytte muligheten til å påpeke hvordan mødrehelse lenge har blitt oversett av verdens mektigste politikere.

De siste årenes økte oppmerksomhet rundt mødrehelseinitiativet fra mektige politikere gir imidlertid grunn til en viss optimisme. Fokus på kvinnens egen verdi og betydning for samfunnet forklarer noe av den økte interessen. Ideer om kvinners rettigheter og økonomiske betydning for familien, nasjonen og kanskje også det globale markedet, har ført til voksende politisk engasjement i sør og nord. Men fremdeles finnes mange hindringer, og til tross for økt politisk vilje vil vi være varsomme med å slå fast at dette automatisk vil føre til bedre kår for verdens kvinner. For å

trekke en siste parallell til miljøsakene, så opplevde vi en voldsom politisk vilje for miljøtiltak på slutten av 1980-tallet. Også denne miljøbølgen kan forklares med flere forhold. Verden opplevde miljøkatastrofer som atomkraftulykken i Tsjernobyl i 1986, og en økt bevissthet hos både vanlige folk og politikere rundt de ødeleggende konsekvensene av sur nedbør, hull i ozonlaget og økt drivhuseffekt. Rapporten «Vår felles fremtid» fra Verdenskommisjonen for miljø og utvikling, ledet av Gro Harlem Brundtland i regi av FN, ble offentliggjort i 1987. Med dette ble begrepet *bærekraftig utvikling* lansert, og rapporten kom med en rekke anbefalinger om tiltak vår generasjon kan gjøre for at kommende generasjoner skal overta en klode som ikke er mer oppbrukt og forurenset enn den vi har i dag. På nasjonalt plan i Norge så vi den økte politiske viljen ved stortingsvalget i 1989 da partier fra høyre til venstre overbød hverandre i gode miljøløfter. Men miljøbølgen roet seg i tjuen år, før den kom på høyden igjen med lanseringen av rapportene fra FNs klimapanel i 2007. Igjen er et økende antall politikere på banen med mange av de samme miljøtiltakene som ble foreslått i 1987.

Dette illustrerer at politisk vilje ikke er noen garanti for at et initiativ skal lykkes. Politisk vilje kan være forbigående, og problemet kan være krevende å løse tross politisk vilje. En løsning krever også politisk vilje på alle nivåer, både det globale, det nasjonale og det lokale. Det faktum at reduksjon av mørdredødeligheten er ett av tusenårsmålene gjør det likevel lite sannsynlig at oppmerksomheten rundt temaet vil avta med det første. I tillegg er kunnskapen om hva som skal til for å redusere mørdredødeligheten mer samstemt enn tidligere, og kan føre til flere vellykkede tiltak og suksesshistorier. Muligheten til å legge press på politikerne vil imidlertid øke dersom initiativet lykkes i å etablere en folkelig bevissthet om urettferdigheten ved den høye mørdredødeligheten, og det bør også arbeides for å etablere en menneskerettighetsoppfatning om at ingen kvinner skal dø en unødvendig død som følge av svangerskap. Initiativets økte fokus på den økonomiske gevinsten ved å redusere mørdredødeligheten er allerede i ferd med å skape økt politisk handlingsvilje, og dette bør initiativet utnytte videre. Hvis den politiske muligheten vi nå har – med tusenårsmål 5 og engasjerte statsledere i flere land – benyttes fullt ut, kan mørdredødeligheten oppnå fremskritt frem mot 2015, i motsetning til hva som har vært tilfellet de siste tjue årene.

Litteratur

AbouZahr, Carla (2001) «Cautious champions: International agency effort to get safe motherhood onto the agenda» i Vincent De Brouwere & Wim Van Lerberghe (red.) *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence*. Antwerpen: ITG Press (387–414).

- AbouZahr, Carla (2003) «Safe Motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002», *British Medical Bulletin* 67: 13–25.
- Austveg, Berit (2006) *Kvinnens helse på spill. Et historisk og globalt perspektiv på fødsel og abort*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Austveg, Berit (2009) «Norsk støtte til helsesektoren i Tanzania», *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 129: 2397–400.
- Barrett, Scott (2003) *Environment and Statecraft. The Strategy of Environmental Treaty-Making*. Oxford: Oxford University Press.
- Barrett, Scott (2007) *Why Cooperate?*. Oxford: Oxford University Press.
- DFID (2005a) *Developing a Human Rights-Based Approach to Addressing Maternal Mortality*. London: DFID.
- DFID (2005b) *How to reduce maternal deaths: rights and responsibilities*. London: DFID.
- Eide, Elisabeth (2001) «Mannsbastioner med iboende treghet» i Martin Eide (red.) *Til dagsorden! Journalistikk, makt og demokrati*. Oslo: Gyldendal Akademisk (329–353).
- Family Care International (FCI) (2007) *Safe Motherhood. A Review. Safe Motherhood Initiative 1987–2000*. New York: Family Care International.
- Finnemore, Martha & Kathryn Sikkink (1998) «International Norm Dynamics and Political Change», *International Organization* 52: 887–917.
- Finnemore, Martha & Kathryn Sikkink (2001) «Taking Stock: The Constructivist Research Program in International Relations and Comparative Politics», *Annual Review of Political Science* 4: 391–416.
- Flyvbjerg, Bent (1998) *Rationality and Power. Democracy in Practice*. Chicago: Chicago University Press.
- Gill, Kirrin, Rohini Pande & Anju Malhotra (2007) «Women deliver for development», *The Lancet* 370: 1347–57.
- Haas, Peter M. (1992) «Introduction: epistemic communities and international policy coordination», *International Organization* 46: 1–35.
- The Global Campaign for the Health Millennium Goals (GCHMDG) (2007) 4,5,6. Oslo: GCHMDG.
- The Global Campaign for the Health Millennium Goals (GCHMDG) (2009) 4,5,6. Oslo: GCHMDG.
- Keck, Margaret E. & Kathryn Sikkink (1998) *Activists Beyond Borders. Advocacy Networks in International Politics*. Ithaca og London: Cornell University Press.
- Loudon, I. (1992) *Death in Childbirth. An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800–1950*. London: Oxford University Press.
- Maine, Deborah & Allan Rosenfield (1985) «Maternal mortality – a neglected tragedy. Where is the M in MCH?», *The Lancet* 2: 83–85.
- Maktutredningen (2004–2005) Melding til Stortinget 17: *Makt og demokrati*. Oslo: Statsministerens kontor.
- Nikolaisen, Per-Ivar (2007a) «Brown prioriterte ikke kvinnehelse». *Bistandsaktuell*. Tilgjengelig på <http://www.bistandsaktuelt.no/Les.asp?ID=664>. Lesedato 12.01.2008.
- Nikolaisen, Per-Ivar (2007b) «Bakgårdsaborter tar livet av fattige kvinner». *Bistandsaktuelt*, 9: 12–13.
- Norad (2007) «Behov for folkelig mobilisering for å redde kvinne- og barneliv». Tilgjengelig på <http://www.norad.no/Om+Norad/Nyhetsarkiv/Nyhetsseite?key=109078>. Lesedato 15.12.2009.

- Owens, Patricia & Steve Smith (2005) «Alternative approaches to international theory» i John Baylis & Steve Smith (red.) *The Globalization of World Politics. An introduction to international relations*. New York: Oxford University Press (271–293).
- Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, PMNCH (2007) «Workshop: How to change the world for women and children». Tilgjengelig på <http://www.who.int/pmnch/events/2007/womendeliver/en/index4.html>. Lesedato 15.12.2009.
- Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health, PMNCH (2008). Tilgjengelig på <http://www.who.int/pmnch/about/en/>. Lesedato 15.12.2009.
- Pathmanathan, Indra et al. (2003) *Investing in Maternal Health. Learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington D.C: The World Bank.
- Rance, Susanna (1999) «Safe Motherhood, Unsafe Abortion in Bolivia» i Marge Berer & T.K. Sundari Ravidran (red.) *Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues*. Oxford: Reproductive Health Matters (73–84).
- Risse, Thomas & Kathryn Sikkink (1999) «The socialization of international human rights norms into domestic practices: introduction» i Thomas Risse, Stephen C. Ropp & Kathryn Sikkink (red.) *The Power of Human Rights. International Norms and Domestic Change*. Cambridge: Cambridge University Press (1–38).
- Shiffman, Jeremy (2007) «Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries», *American Journal of Public Health* (97): 796–803.
- Shiffman, Jeremy & Stephanie Smith (2007) «Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality», *The Lancet* 370: 1370–79.
- Starrs, Ann (1987) *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths. A Report on the International Safe Motherhood Conference Nairobi Kenya February 1987*. Washington DC: World Bank.
- Starrs, Ann, on behalf of the Safe Motherhood Inter-Agency Group (1998) *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. New York: Family Care International.
- Sundby, Johanne (2009) «Tusenårssmål 5 – reduksjon av mødredødelighet», *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 129: 2394–6.
- UN (1966a) «Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter» i Buflod, Sannes & Aasebø (red.) *Folkerettslig tekstsamling 1893–2005*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag 2006 (263–368).
- UN (1966b) «Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter» i Buflod, Sannes & Aasebø (red.) *Folkerettslig tekstsamling 1893–2005*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag 2006 (369–379).
- UN (2005) UN Millennium Project. Task Force on Child Health and Maternal Health. *Child Health and Maternal Health. Who's got the power? Transforming health system for women and children*. London: Earthscan.
- UNICEF (2008) «Kvinneres rettigheter må prioriteres – mødredødeligheten er altfor høy». Tilgjengelig på <http://www.unicef.no/page?id=120&key=3925>. Lesedato 15.12.2009.
- USAID (2001) «Restoration of the Mexico City Policy, Memorandum for the Administrator of the United States Agency for International Development», January

- 22, 2001. Tilgjengelig på http://www.usaid.gov/bush_pro-new.html. Lesedato 15.12.2009.
- USAID (2009) *USAID's Family Planning Guiding Principles and U.S. Legislative and Policy Requirement*. (Updated June 02, 2009) Tilgjengelig på http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/restrictions.html. Lesedato 06.11.09.
- Vatikanet (1997) «Catechism of the Catholic Church». Tilgjengelig på http://www.vatican.va/archive/ENG0015/_P7Z.HTM. Lesedato 15.12.2009.
- Weaver, Catherine (2008) *Hypocrisy Trap: The World Bank and the Poverty Reform*. Princeton: Princeton University Press.
- WHO (1998) World Health Day. Safe Motherhood. 7 April 1998. Geneva: WHO.
- WHO (2005) World Health Report. Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO.
- WHO (2007a) *Maternal Mortality in 2005*. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2007b) «Global drive to achieve health MDGs goes up a gear», 28.09.2007. Tilgjengelig på http://www.who.int/child_adolescent_health/news/2007/28_09/en/index.html. Lesedato 15.12.2009.
- Women Deliver (2007) «Personal Stories». Tilgjengelig på http://2007.womendeliver.org/press/Hot_Topics.htm. Lesedato 15.12.2009.
- Women Deliver (2008) 2007 Conference Tilgjengelig på www.womendeliver.org/conference/2007-conference. Lesedato 15.01.2008.