



Bulletin 121

Medicus Mundi Schweiz

Netzwerk Gesundheit für alle
Réseau Santé pour tous
Network Health for All



SEPTEMBER 2011

HIV, SEXUALITY AND YOUTH – LINKING HIV AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS

HIV, SEXUALITÄT UND JUGEND – DIE VERKNÜPFUNG VON HIV
UND REPRODUKTIVER GESUNDHEIT UND RECHTE

Reader of the aidsfocus.ch conference

IMPRESSUM

MEDICUS MUNDI SCHWEIZ
Netzwerk Gesundheit für alle
Réseau Santé pour tous
Network Health for All

Bulletin Nr. 121, September 2011
HIV, sexuality and youth – Linking HIV and reproductive health and rights

NETZWERK MEDICUS MUNDI SCHWEIZ
 Die gemeinsame und verbindende Vision der Mitglieder des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz ist Gesundheit für alle: ein grösstmögliches Mass an Gesundheit für alle Menschen, insbesondere auch für benachteiligte Bevölkerungen. Medicus Mundi Schweiz vernetzt die Organisationen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit, fördert den Austausch von Wissen und Erfahrungen, vermittelt ihnen Impulse für die Weiterentwicklung ihrer Tätigkeit und macht ihre Tätigkeit einem weiteren Publikum bekannt. Das Bulletin von Medicus Mundi Schweiz erscheint viermal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet und enthält aktuelle Hinweise und Informationen. Medicus Mundi Schweiz profitiert in seiner Arbeit von der langjährigen Partnerschaft mit der schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA, die auch die Herausgabe des vorliegenden Bulletins mit einem grosszügigen Beitrag unterstützt.

GESCHÄFTSSTELLE UND REDAKTIONSSSEKRETARIAT:
 Medicus Mundi Schweiz
 Netzwerk Gesundheit für alle
 Murbacherstrasse 34
 Postfach, CH-4013 Basel
 Tel (+41) 061 383 18 10
 info@medicusmundi.ch
 www.medicusmundi.ch

REDAKTIONSKOMMISSION:
 Martin Leschhorn Strebel, Helena Zweifel
LAYOUT: VischerVettiger Basel
PRODUKTION:
 Geschäftsstelle Medicus Mundi Schweiz,
 Martin Leschhorn Strebel
DRUCK: Südwestdruck Lörrach
AUFLAGE DIESER NUMMER: 1500 Ex.
ERSCHEINUNGSWEISE: Vier Nummern im Jahr
NÄCHSTE NUMMER: Gesundheitsversorgung in fragilen Staaten
REDAKTIONSSCHLUSS:
 23. September 2011
TITELBILD: Plakat AMMIE, Burkina Faso (zVg)

NETZWERK

Die 45 Mitgliedorganisationen von Medicus Mundi Schweiz:

Afro-European Medical and Research Network (AEMRN)
 Aids und Kind
 Aids-Hilfe Schweiz
 Association Solidarité avec les Villages du Bénin
 Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit
 Betlehem Mission Immensee
 Bündner Partnerschaft HAS Haiti
 Calcutta Project
 Christoffel Blindenmission (Schweiz)
 CO-OPERAID
 DM - Echange et Mission
 Enfants du Monde
 FAIRMED - Gesundheit für die Ärmsten
 Fondation Sociale Suisse du Nord Cameroun
 Fondation Suisse pour la Santé Mondiale
 Förderverein für Otorhinolaryngologie
 Freunde Behindertenintegration Kamerun
 Gemeinschaft der St. Anna-Schwwestern
 Graduate Institute of International and Development Studies - Global Health Programme
 GRUHU
 Handicap International (Schweiz)
 IAMANEH Schweiz
 INTERTEAM
 Jura-Afrique, Programme Santé
 Kinderhilfe Bethlehem
 Lungenliga Schweiz
 Médecins du Monde-Suisse
 medico international schweiz
 mediCuba-Suisse
 Mission 21
 Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung
 Pharmaciens sans Frontières Suisse
 Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie
 Schweizer Hilfsverein für das Albert Schweitzer-Spital Lambarene
 Schweizer Indianerhilfe
 Schweizerisches Korps für humanitäre Hilfe
 Schweizerisches Rotes Kreuz
 Schweizerische Stiftung für die sexuelle und reproduktive Gesundheit PLANEs
 Schweizerisches Tropen- und Public-Health Institut (Swiss TPH)
 Secours Dentaire International
 Service de médecine internationale et humanitaire (SMIH)
 SolidarMed
 Stiftung Terre des Hommes
 Support
 Verein Partnerschaft Kinderspitäler Biel-Haiti

INHALT

EDITORIAL

Helena Zweifel

4

FROM CONCEPT TO POLICY

SUSANNE ROHNER

Linking HIV and sexual and reproductive health and rights in Switzerland

6

KEVIN OSBORNE

Sexual and reproductive health and HIV linkages: Making the most of it

9

VENKATRAMAN CHANDRA-MOULI

“We need to meet the needs and fulfil the rights of adolescents”

14

HELENA ZWEIFEL

Das Momentum aufrecht erhalten

17

PODIUMSDISKUSSION

Taking the linking agenda forward

21

CHANCES AND CHALLENGES OF LINKING HIV AND SRHR (CASE STUDIES)

BEATRICE SAVADYE

“I was just waiting to raise enough money to go to a clinic outside”

29

BLAISE SEDOH

L’encadrement et la responsabilisation des jeunes

31

BEATE KIEFER

Von hilfsbedürftigen Müttern zu starken Frauen

35

SYBILLE N’ZEBU, MONIKA CHRISTOFORIKHADKA

Join in circuit on AIDS, love and sexuality

37

IRENE BUSH

“It’s all about choices”. Zimbabwe

43

KURT MADÖRIN

«Ich weiss jetzt, was ich will und was ich nicht will»

46

DEBATTE GAUDENZ SILBERSCHMIDT

50

MAGAZIN

56



Konferenzfotos: Daniel Rihs

RECHT AUF GESUNDHEIT: AUCH FÜR JUGENDLICHE

Wenn ein Mädchen zur Frau wird, ein Junge zum Mann, sind Antworten auf Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit sehr wichtig für das künftige Leben, insbesondere in Zeiten von HIV und Aids. Was geht in meinem Körper vor? Wie kann ich mich vor Aids schützen? Eine Schwangerschaft verhüten?



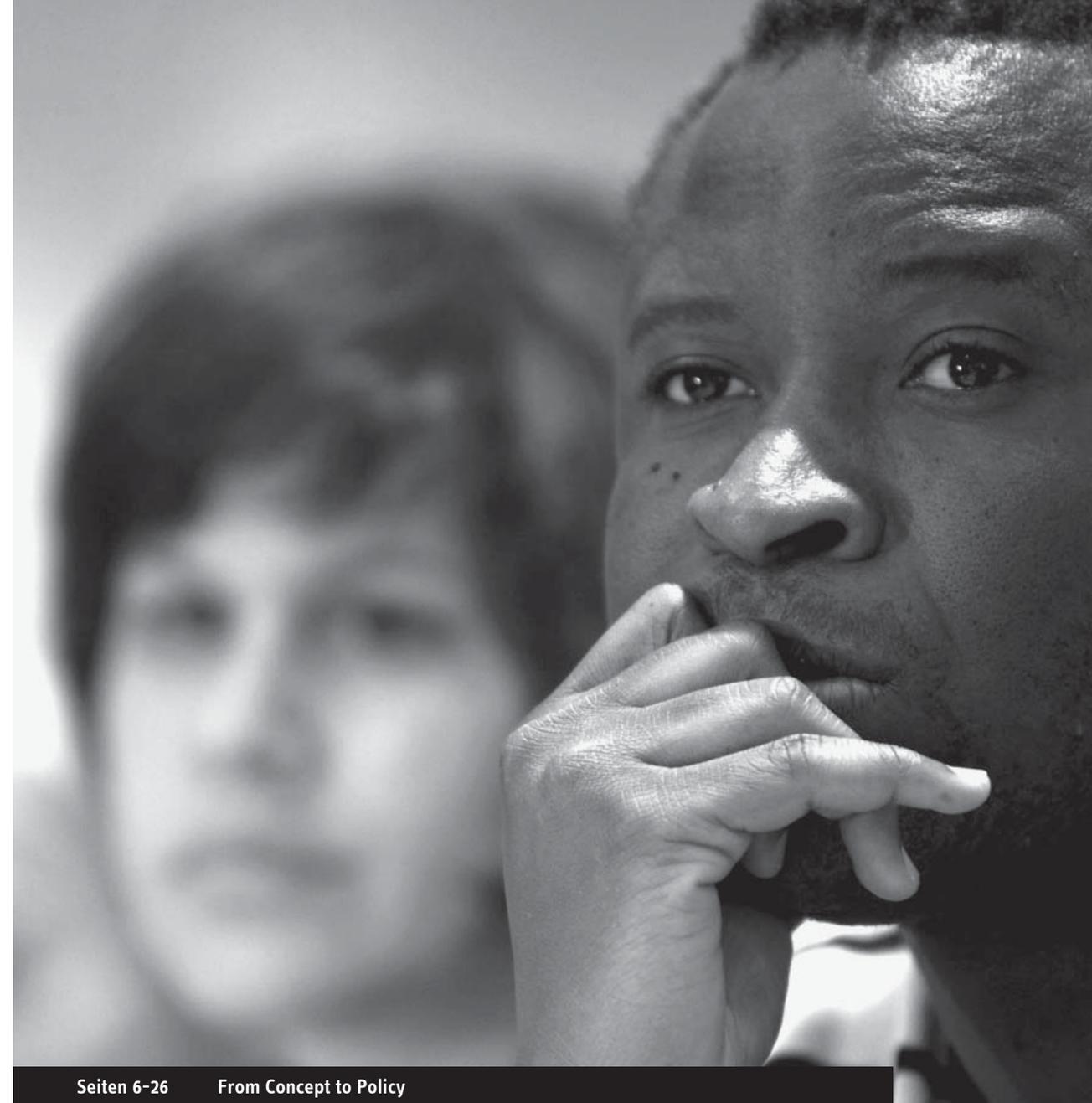
Die Chancen auf ein gesundes und selbstbestimmtes Leben sind jedoch sehr unterschiedlich für Jugendliche in der Schweiz und in Simbabwe oder Togo. In der Schweiz haben Jugendliche dank FreundInnen, Familie und vielfältiger Angebote gute Möglichkeiten, sich zur HIV-Prävention, Schwangerschaftsverhütung und weiteren gesundheitlichen Fragen zu informieren und beraten zu lassen, und, wenn notwendig, diese auch zu behandeln. Was für uns selbstverständlich ist, liegt für viele junge Frauen und Männer in Afrika ausser Reichweite.

Das Gesicht der Aidsepidemie wird immer jünger und zunehmend weiblich. Heute leben weltweit 5 Millionen junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren mit HIV, 3,2 Millionen oder 61 Prozent sind Mädchen und junge Frauen. Täglich infizieren sich 2500 Jugendliche neu mit dem Virus, wiederum mehrheitlich Frauen: Über 60 Prozent der neuinfizierten Jugendlichen sind Mädchen und junge Frauen, in Subsahara-Afrika sogar 72 Prozent. Hinzu kommen ungewollte Schwangerschaften, Abtreibungen, Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, sexuell übertragbare Krankheiten und sexuelle Gewalt, welche die Gesundheit von Frauen und Mädchen gefährden.

Die Schaffung jugendfreundlicher Angebote und die Verknüpfung von HIV mit sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten ist ein Muss, vor allem aus der Überzeugung heraus, dass alle Menschen ein Recht auf Gesundheit und umfassende Gesundheitsversorgung haben. Dazu gehört das Recht, selbst bestimmen zu können, wann und mit wem jemand Sex haben, heiraten und Kinder haben will oder nicht. Die Missachtung dieser Rechte ist eine der Grundursachen für die Verbreitung von HIV und sexueller übertragbarer Krankheiten und eine Hindernis auf dem Weg zum Ziel: Gesundheit für alle.

Helena Zweifel

Geschäftsführerin Medicus Mundi Schweiz
Koordinatorin aidsfocus.ch



Seiten 6-26

From Concept to Policy

“Linking SRH and HIV recognizes the vital role that sexuality plays in people’s lives, and the importance of empowering people to make informed choices about their sexual and reproductive health.” Kevin Osborne

LINKING SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS AND HIV IN SWITZERLAND

For quite a period of time, the linkages of sexual and reproductive health & HIV/Aids were not considered to be obvious and services were provided separately. What for example has maternal health, a public health issue that was for a long time neglected, to do with an infectious disease spreading worldwide?

By Susanne Rohner*

THE MAJORITY of HIV infections are sexually transmitted or associated with pregnancy, childbirth and breastfeeding. Moreover, poor sexual and reproductive health and HIV/Aids share at global level common root causes like poverty, gender inequality, gender-based violence, human rights violations, marginalization of vulnerable populations, stigma and discrimination. (Sexual and Reproductive Health & HIV/AIDS. A Framework for Priority Linkages, edited by IPPF, WHO, UNFPA and UNAIDS in October 2005) Nowadays, the importance of linking sexual and reproductive health & HIV/Aids is widely recognized. International organizations like the International Planned Parenthood Federation (IPPF), the World Health Organization (WHO), the United Nations Population Fund (UNFPA) and UNAIDS have developed comprehensive resource material on the topic. (www.srhivlinkages.org)

GREATER SUPPORT FOR DUAL PROTECTION

PLANeS, the Swiss Foundation for Sexual and Reproductive Health, who is accredited member of IPPF, is promoting the concept of linking sexual and reproductive health (SRH) & HIV in Switzerland. Also in Switzerland the linkage of SRH & HIV can result in benefits like improved access to HIV and SRH services, greater support for dual protection against unintent-

ed pregnancies and sexually transmitted infections (STI) including HIV, better understanding and protection of individual's rights and better anchorage of services in broader context of sexual and reproductive health and rights.

In Switzerland, approaches to improve SRH and to prevent and treat HIV/Aids have moved closer together in the past years, which is apparent both on program and on structure and service level. In December for example, a new National Programme for HIV and other Sexually Transmitted Infections 2011–2017 was launched with several interesting innovations: For the first time, the programme includes other Sexually Transmitted Infections in addition to HIV. Its vision innovatively refers to sexual rights and the promotion of sexual health in Switzerland. Moreover, PLANeS, as the umbrella organisation of the Swiss family planning centres and with expertise in sexual and reproductive health, is partner for the implementation of this HIV/STI programme. This new task has also reinforced the collaboration between PLANeS and the Swiss Aids Federation.



“The code of practices used by the professionals of the family planning centres as guideline for the counselling, is consistently integrating HIV/STI prevention into SRH services.”

COLLABORATION, INTEGRATION AND MERGERS

The family planning centres in the cantons are already offering integrated services which aim to prevent both unintended pregnancies and HIV and other STI. The code of practices used by the professionals of the family planning centres as guideline for the counselling, is consistently integrating HIV/STI prevention into SRH services. Based on the sexual rights, the overall goal is the promotion of sexual health and the prevention of both unintended pregnancies and STI including HIV. The new federal law on prevention and health promotion, on which the National Council and the Council of

States will vote, could provide a legal basis to better anchor sexual and reproductive health in Switzerland. That's why a broad alliance of public health organisations, including PLANeS, is supporting the law.

The canton of Valais can serve as an example of how the integration of services is working. In the Valais, the hospitals were assigned by the canton to offer HIV testing. In 2006 they established collaboration with the family planning centres and invited them to offer the rapid test combined with counselling for the general public. The collaboration showed several benefits like easy access to the already estab-

lished family planning centres at several locations throughout the canton. Moreover, a larger target group could be reached and HIV could be embedded in the broader SRH context.

The canton of Vaud even went further. At the beginning of 2011, the HIV/Aids services of the local aids organization and the family planning centres merged creating a new centre of competences for the prevention of HIV/STI. The new centre is part of Profa, the family planning association, which is offering a wide array of services in SRH. The centre is also responsible for the implementation of the new national programme of HIV and other STI in the canton of Vaud.

The examples in Switzerland demonstrate that SRH & HIV/Aids have to be linked and integrated at different levels. How far the linkage should go depends on the context. However, the linkage all-over has positive effects and sexual and reproductive health and rights can be reinforced.

PLANeS

Swiss foundation for sexual and reproductive health

PLANeS is the national umbrella organisation of the Swiss family planning centres. PLANeS is accredited member of the International Planned Parenthood Federation (IPPF), a global service provider and leading advocate of sexual and reproductive health and rights for all. PLANeS promotes comprehensive sexuality education in Switzerland. Moreover, PLANeS is active in the formation of professionals in SRHR. PLANeS also organizes the meetings of the parliamentary group CAIRE+. In this context, PLANeS closely cooperates with UNFPA and the European Parliamentary Forum. Furthermore, PLANeS is collaborating partner of Countdown 2015 Europe. www.plan-s.ch

* **SUSANNE ROHNER** is the Advocacy officer of PLANeS. Contact: susanne.rohner@plan-s.ch

MAKING THE MOST OF IT

HIV, AIDS, sex and reproduction are intimately connected and linking sexual and reproductive health (SRH) and HIV responses is a fast moving and dynamic field. HIV infection is the predominant sexual health issue facing the world today, especially as it is the leading cause of death in women of reproductive age.

By Kevin Osborne*

THE GLOBAL movement to consign HIV infections among children to the annals of history, prevent HIV infection among women of reproductive age and meet the unmet family planning needs of women living with HIV has the potential to significantly alter the maternal, newborn and child health landscape. (UNAIDS 2011)

It is becoming increasingly evident that a united sexual and reproductive health and HIV response offers one of the most effective routes to reaching the many people vulnerable to HIV infection or to those already living with HIV. It is also clear that the Millennium Development Goals will not be achieved without ensuring access to SRH services and an effective global response to the HIV epidemic. (WHO, UNFPA, UNAIDS and IPPF, 2005)

The “why” and the “what” of linkages has been defined. Yet, despite this rationale being clear, the potential benefits understood (WHO, UNFPA, UNAIDS and IPPF, 2005), and international consensus agreed about the need for linkages (IPPF, UCSF, UNAIDS, UNFPA & WHO, 2008) there is still a misunderstanding about exactly “how” SRH and HIV linkages should best be addressed and scaled up in different kinds of HIV scenarios.

MORE THAN THE INTEGRATION OF SERVICES

Linkages are more than just the integration of SRH and HIV services. Linkages are the bi-directional synergies in policies, programmes, services and advocacy between SRH and HIV. Linkages refer to a broader human rights based

approach, of which service integration is a subset. (Rapid Assessment Tool, 2008) Integration refers specifically to how different kinds of sexual and reproductive health (SRH) and HIV services or operational programmes can be joined together to ensure and perhaps maximize collective outcomes. (IAWG on SRH and HIV Linkages, 2011)

It is imperative that any linked responses favourably impact on both SRH and HIV outcomes. However, despite the promise of mutual gains, a linked response has not been the norm; but there are encouraging signs that this is changing.

POLICY: FOSTERING HUMAN RIGHTS

Policy level linkages between SRH and HIV are needed in order to address the structural determinants of HIV and SRH. (Adapted from UNAIDS, 2011) Otherwise gender inequality, poverty, stigma and discrimination and low levels of education, will continue to impede the gains on the both the SRH and HIV fronts. Linkages support the fundamental principle of national ownership that enables governments, in partnership with civil society, to examine their human rights laws and policies. These include those related to criminalization of HIV exposure and transmission; criminalization of practices and behaviours associated with key populations; access to SRH and HIV services including counselling and testing, rights-based family planning; gender-based violence; marriage, divorce and child custody, including, early and forced marriage; women’s

Peer-reviewed Studies / Promising Practices	HIV prevention, education & condoms ^(a)	HIV counselling & testing	Element 3 of PMTCT ^(b)	Clinical care for PLHIV	Psychosocial & other services for PLHIV
Family planning	54 / 27	6 / 18	2 / 8	1 / 6	6 / 7
Maternal & child health care	7 / 9	15 / 11	(c)	2 / 3	1 / 4
GBV prevention & management	4 / 10	1 / 2	1 / 2	1 / 1	0 / 1
STI prevention & management	129 / 25	9 / 12	1 / 4	4 / 4	5 / 4
Other SRH services	0 / 5	1 / 2	0 / 1	2 / 0	1 / 0

The numbers in each box of the matrix (above) represent the number of studies that met the inclusion criteria, categorized by linkage-type. The top row shows key HIV services while the first column shows key SRH services. This matrix show peer-reviewed studies in the top left-hand corner of each box, but also so called 'promising practices' in the bottom right-hand corner of each box. As several studies incorporated multiple linkages the number of linkages in the matrix exceeds the total number of studies.

Source: Sexual & Reproductive Health and HIV Linkages: Evidence Review & Recommendations, IPPF, UCSF, UNAIDS, UNFPA, WHO, 2008

- a) Not included in final analysis are studies integrating HIV prevention, education and condoms with SRH services (column one) as they have been reviewed elsewhere.
- b) Element three of PMTCT involves activities preventing HIV transmission from a woman living with HIV to her infant.
- c) Excluded from review are studies on element 3 of PMTCT not linked to other areas of SRH.

property and inheritance; female genital mutilation; and other punitive laws and policies that affect human rights.

In many countries people from marginalised and/or vulnerable groups are often at an increased risk of HIV infection. Legal systems should provide special protection for key populations (notably men who have sex with men; sex workers; people who use drugs and the transgender community), people living with HIV, and marginalised groups, as well as access to quality legal services so that human rights violations can be appropriately addressed.

SYSTEMS: STRENGTHENING COMPETENCY, CAPACITY AND COORDINATION

Linking SRH and HIV requires that the supportive systems on which health and other services depend are addressed. While there are a number of wider health systems considerations, in the

context of SRH and HIV linkages, the following systems should be assessed and strengthened (adapted from UNAIDS, 2011):

Partnerships – for situation analysis, planning, budgeting, resource mobilization, advocacy, implementation, monitoring and evaluation by development partners including civil society

Coordination mechanisms – for SRH and HIV joint planning, management and administration of linked advocacy and policies, and integrated services

Human resources and capacity building – joint SRH and HIV capacity building, including in-service training, of health providers and teachers; increase knowledge, skills and understanding of how to eliminate stigma and discrimination and gender inequality

Logistics and supplies systems – for ensuring SRH and HIV commodities security, preferably combined systems, including but not lim-

“Implementing the linkages agenda requires a paradigm shift in the way in which all relevant stakeholders–work in unison.”



ited to condoms for dual protection, lubricants, full range of contraceptives, STI drugs, post-exposure prophylaxis kits, delivery kits, “dignity” kits for humanitarian settings, HIV test kits, post-rape kits, antiretroviral drugs, drugs for opportunistic infections, anti-malarials, iron/folate, safe injecting equipment, methadone, etc.

Laboratories – for the combined needs of SRH and HIV including haemoglobin concentration, blood grouping and typing, STI diagnosis, HIV diagnosis (including rapid tests), CD4 count, HIV viral load, liver function tests, urinalysis, random blood sugar, pregnancy testing, diagnosis of cervical and other cancers etc.

SERVICES: BEYOND THE “LOW HANGING FRUIT”

For many the integration of SRH and HIV services appears to be the most easily understood component of the linkages agenda. Yet, at the services level SRH and HIV have only tended to be partially integrated within a few “easy to link” services such as integrating family planning services with HIV prevention education and con-

dom distribution. (IPPF, UCSF, UNAIDS, UNFPA & WHO, 2008) A 2008 systematic review by the Cochrane Collaboration HIV Review Group assessed the current evidence base for linkages. Of the 227 studies included in the review, only 58 looked at the integration of HIV services beyond HIV prevention, education and condom distribution. The matrix below clearly identifies the potential integration that can take place and the lack of research in certain integration fields.

ENABLERS AND DISABLERS: WALKING THE TALK

Implementing the linkages agenda requires a paradigm shift in the way in which all relevant stakeholders – including the donor community – work in unison. All too often the SRH and HIV fields have often been forced into territorialism and an unhealthy competition for scarce resources rather than actively encouraged to act on any of the natural synergies. Fully realizing the anticipated benefits inherent in linking the HIV and SRH responses requires a change in the stereotypical “business as usual” approach.



A Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages (2009) is highlighting the strengths and gaps in current national responses SRH and HIV linkages. The Tool, which has been implemented in 19 countries to date also enables countries to gain a “snap shot” of the current situation regarding SRH and HIV linkages, identify gaps and develop action plans.

The factors that promote linkages between SRH and HIV include: positive attitudes and good practices among providers and staff; an institutional commitment to ongoing capacity building; the active involvement of the community and government during planning and implementation; the addition of simple and easily applied services which add very limited costs to existing services; the development of a “stigma-free” environment in which services are provided; the involvement of male partners and the engagement of key populations.

Factors that impede or inhibit linkages include: a lack of commitment from stakeholders; non-sustainable funding to support increased work on linkages; clinics that are understaffed or which have a low morale and high staff turnover; lack of capacity development for staff and providers; inadequate infrastructure, equipment, and commodities; women who not sufficiently empowered to make SRH decisions; cultural and literacy issues; adverse social events including domestic violence incidence; poor programme management and supervision and stigmatizing attitudes that prevent a wide range of potential clients from utilizing services.

Determining the “optimal model” for integrating services depends on a variety of factors. To date, successful methods of service integration have captured the ground realities faced by a variety of service providers. From delivering all SRH and HIV services by one provider to providing selected high quality health and other services through innovative partnerships, the success of many integrated SRH and HIV services rests on the quality and effectiveness of referrals. (Chabikuli NO et al, 200) Facilitated referrals need to be strengthened to ensure that many of the opportunistic illnesses related to HIV are addressed, including tuberculosis, malaria and hepatitis; and SRH concerns such as infertility and cervical cancer are made priorities in HIV services.

Enhancing the efficiency of both SRH and HIV services is often highlighted by both policy-makers and programme specialists as one of the key anticipated benefits of integration. While care must be taken to not overload staff and other scarce resources; there are different areas of possible “value for money” gains that strengthened linkages could facilitate:

At the *governance level* (such as co-ordination of strategic and operation planning, and performance level) efficiency may be improved by sharing scarce resources, such as skilled planners and managers. Joint or co-ordinated planning and management may also improve allocative efficiency, as (or if) planners allocate their scarce resources across interventions taking into account the relative cost-effectiveness of services.

At the *financing level*, technical efficiency may improve by merging the costs of separate financing systems. Co-ordinated financing systems may also reduce perverse incentives that may be created by competing programmes, and thus impact efficiency.

At the *health management systems level*, improvements in technical efficiency through reductions in management systems costs may occur. This can include joint procurement, sharing of middle managers, joint training and supervision, sharing of information, education and communication materials, and joint management information systems.

At the *facility level*, reductions in facility costs resulting from joint utilization of fixed factors of production could be facilitated.

At for *patients*, integration can lead to reductions in patient/community level costs resulting from fewer visits to facilities, greater proximity of services; stigma reduction and reduced delays.

CONCLUSION: LOOKING AHEAD

Linking SRH and HIV recognizes the vital role that sexuality plays in people’s lives, and the importance of empowering people to make informed choices about their sexual and reproductive health. There is clear momentum behind efforts to mainstream HIV into sexual and reproductive health and rights responses, and there is a strong recognition that this programmatic integration is necessary both to achieve SRH goals and to meaningfully respond to the HIV epidemic. World leaders adopted a new Political Declaration on HIV/AIDS “Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS” at the recent UN High Level Meeting. The Declaration sets out the direction and commitments for the global response to HIV for the period up to 2015 and it clearly recognises the linkages between HIV and sexual and reproductive health in numerous key places. Despite a number of programmatic and policy challenges, progress on advancing the linkages agenda has significantly increased. Political will for linkages is increasing with national strategies to support SRH and HIV linkages being developed and funding available through some key funding mechanisms such as the Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria and PEPFAR.

THE ONGOING SRH AND HIV LINKAGES AGENDA MUST BE SUPPORTED BY:

1. encouraging, promoting and supporting the integration of SRH and HIV services through sustainable financing, harmonized policies and good practice;
2. promoting and fostering collaborative action research to address some of the key research gaps – especially those relating to costs and benefits of integrated services;
3. strengthening ties between key maternal and newborn health initiatives and relevant aspects of the HIV response notably around the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive;
4. maximizing the understanding and promotion of linkages in concentrated HIV epidemics to better address the SRH needs of key populations;

5. fostering and safeguarding a culture of human rights on which the success of linked HIV and SRH responses is built.

* **KEVIN OSBORNE** is the Senior HIV advisor at the International Planned Parenthood Federation (IPPF), London, United Kingdom. As a native South African with extensive and varied experience in the HIV field, the current focus of his technical skill and expertise is in integrating HIV more fully into the sexual and reproductive health agenda. Contact: osbornek@ippf.org, www.ippf.org

Resources

- The Inter-Agency Task Team On Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children (2007) Guidance for Global Scale Up of Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children
- UNAIDS (2011) Countdown to zero: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive
- WHO, UNFPA, UNAIDS and IPPF (2005). Sexual and Reproductive Health & HIV: A Framework for Priority Linkages
- IPPF, UCSF, UNAIDS, UNFPA & WHO (2008) Linkages: Evidence Review and Recommendations
- Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide. IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW, Young Positives, 2008
- IAWG on SRH and HIV Linkages (2011) Top Ten: Frequently Asked Questions. www.srh/hivlinkages.org
- IPPF, UCSF, UNAIDS, UNFPA & WHO (2008) Linkages: Evidence Review and Recommendations
- IPPF, UNFPA, WHO, UNAIDS, GNP+, ICW & Young Positives (2009) Rapid Assessment Tool for Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages: A Generic Guide
- Chabikuli NO, Awi DD, Chukwujekwu O, Abubakar Z, Gwarzo U, Ibrahim M, Merrigan M & Hamelmann C (2009) The use of routine monitoring and evaluation systems to assess a referral model of family planning and HIV service integration in Nigeria. AIDS. 23(Suppl 1), pp. S97-S103

“WE NEED TO MEET THE NEEDS AND FULFIL THE RIGHTS OF ADOLESCENTS”

There are 1.2 billion adolescents (10–19 years) in the world today. This is the largest number of adolescents in the history of mankind. Sexual and Reproductive Health programmes and HIV programmes do not effectively address adolescents.

By Venkatraman Chandra-Mouli*

AN ESTIMATED 6.1 million adolescent girls aged 15–19 years have unintended pregnancies every year. (DFID/USAID 2010) An estimated 569,000 women aged 10–24 years are infected with HIV every year (i.e. 64% of 890,000 young people are infected every year). (UNAIDS/WHO Report 2010) According to WHO’s multicountry study on women’s health and domestic violence against women (WHO’s multicountry study) millions of adolescent girls are coerced into having sex every year, with the risk of both sexually transmitted infections and unwanted pregnancy. An estimated 49 million young people living with HIV need information and services for a range of issues including pregnancy prevention and pregnancy care (including Prevention of Mother to Child Transmission PMTCT). (UNAIDS/WHO Report 2010)

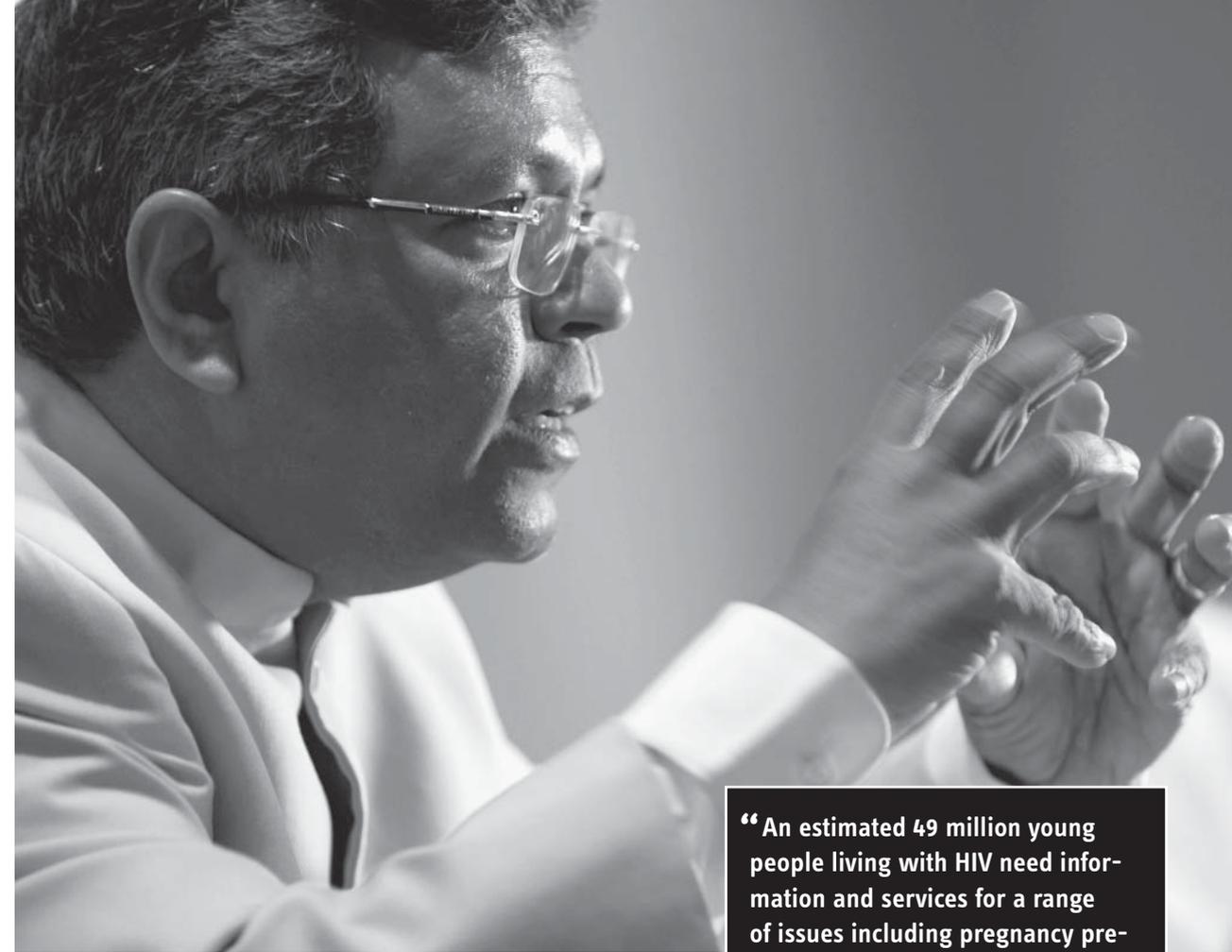
SOME LINKAGES

Given this, more effective and better linked HIV and Sexual and Reproductive Health (SRH) programmes would make good sense for the world’s adolescents. They would make good sense for those who manage and deliver programmes to adolescents too, whether this is school based sexuality education, community action to change social norms or health service provision to adolescents.

How effective and how linked are HIV and SRH programmes, from the adolescent health view point? Here is a rough scoring based on three recent surveys: WHO’s maternal, neonatal, child and adolescent health survey 2010, UNICEF’s most at risk adolescents - pilot policy and programme effort index, for the Middle East and North African region, 2010, and UNFPA’s Assessment of the State of SRH programming for young people in 20 countries, 2010.

- Epidemiology and programmatic data (2/10)
- Policies and strategies (5/10)
- Sexuality education (6/10)
- Health service provision (2–3/10)
- Structural interventions (Individual asset building, changing social norms, overcoming economic constraints) (0–1/10)

The key messages emerge from this are that there are more linkages than there were years ago and that there are more linkages in some areas than in others. Overall the situation is not satisfactory. Having said that, where there is a strong commitment to bringing these two streams of work together, and incentives provided for this, collaborative initiatives has been put in place and been sustained. One outstanding example of this is the Geracao Biz programme in Mozambique which addresses the



“An estimated 49 million young people living with HIV need information and services for a range of issues including pregnancy prevention and pregnancy care.”

sexual and reproductive health of young people in that country, in a holistic manner. (WHO/Pathfinder 2009)

Let us then move to a key question: Why are SRH and HIV programmes so weakly linked? There are three key reasons for this: separate funding streams; separate programmes; and separate measures of effectiveness.

RESPONDING TO THE NEEDS OF ADOLESCENTS

What are we in WHO doing to strengthen collaboration between HIV and SRH programmes?

1. Gathering, analysing and using strategic information: There is often a lack of accurate and up-to-date age disaggregated data on SRH and on HIV/AIDS which hinders well informed policy and strategy development.

We are addressing this problem by supporting countries to analyse existing data from an adolescent perspective in order to advocate for concerted and coordinated attention to SRH and HIV/AIDS in this age group.

2. Developing supportive policies and strategies based on strategic information and sound evidence: One of the key problems we observe is that while national SRH and HIV strategy documents generally contain broad statements about the need to work in collaboration with each other, they provide little practical guidance to implementers on how this is to be done. We are addressing this problem by using opportunities created by national SRH and HIV programme reviews and sub-national strategy development exercises to identify opportunities for

collaboration on a limited number of clearly defined issues of shared interest to both programmes.

3. Scaling up the provision of health services and commodities: Adolescents face many barriers in accessing the health services that they need to prevent HIV and unwanted pregnancy, and obtain care and support for pregnancy and HIV/AIDS. Although national SRH and HIV programmes in most countries recognize the need to provide such services, concerted action is often hindered by the lack of clear understanding on how to reach out to adolescents with the health information and services they need. There is often also discomfort about providing adolescents with such services, and where NGOs pick up the challenge their initiatives tend to be small in scale, limited in duration and patchy in quality, although there are some notable exceptions. We have been working to support ministries of health by convening consultative processes that bring together national SRH and HIV programmes in order to define the package of health services, the standards of quality for health service provision, criteria to achieve them, indicators to verify their achievement,

and actions to be taken by programme managers and health facility managers to scale up in a phased manner.

4. Engaging and strengthening other sectors: Other sectors, such as education, social welfare and youth, have important contributions to make that complement the health sector's response to SRH and HIV. Unfortunately there are both missed opportunities and needless duplication in the work of different sectors, and we are therefore supporting ministries of health to work with other sectors on specific activities that could contribute to the twin goals of preventing HIV/STIs and preventing too-early pregnancy in adolescents. (WHO. Strengthening the health sector's response to adolescent health. WHO. Adolescent Health 2009/V.Chandra-Mouli et al. 2010)

One new opportunity that we are exploring is to link male circumcision programmes which are being rolled out in many East and Southern African countries with sexuality education and gender sensitivity training.

To conclude, SRH and HIV programmes in many places do not effectively address adolescents and they are only weakly linked. There are initiatives under way to address both these challenges. We need to build on these experiences to meet the needs and fulfil the rights of adolescents.

*** DR VENKATRAMAN CHANDRA-MOULI** is the Coordinator of the Adolescent Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development, in the World Health Organization WHO in Geneva. Before joining WHO he worked in India, Zambia and Zimbabwe for 12 years, initially as a clinician and later as a public health worker. Contact: chandramouliv@who.int

Resources

DFID/USAID. Choices for women. planned pregnancy, safe births and healthy newborns. DFID. London.2010
UNAIDS/WHO Report of the global AIDS epidemic. WHO Geneva 2010

WHO, WHO's multicountry study on women's health and domestic violence against women http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/

UNAIDS/WHO. Report of the global AIDS epidemic.2010
WHO and Pathfinder. From inception to large scale. The Geracao Biz programme in Mozambique. WHO 2009

WHO. Strengthening the health sector's response to adolescent health. WHO. 2009

V.Chandra-Mouli, B Dick, O Lawe-Davies. Responding to the needs of adolescents. Bulletin of WHO. 2010, 88, 3

DAS MOMENTUM AUFRECHTERHALTEN

Ausgehend von internationalen Debatten und von konkreten Erfahrungen in Afrika und Zentralasien diskutierten die Teilnehmenden an der Fachtagung von aidsfocus.ch am 7. April 2011 Herausforderungen und Möglichkeiten der Verknüpfung von HIV und sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. Der Konsens: Jugendfreundliche Dienstleistungen, die Sexualaufklärung, HIV-Prävention, Verhütung und Beratung miteinander verknüpfen, sind im Kampf gegen Aids zentral und sollen in der Politik und Praxis der Entwicklungszusammenarbeit vermehrt gefördert werden.

Von Helena Zweifel*

THEMEN wie Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft oder Aidsprävention sind für junge Frauen tabu, erzählte Beatrice Savadye, eine moderne junge Frau aus Simbabwe, Kommunikations-Beauftragte der studentischen Aktionsgruppe zu reproduktiver Gesundheit SAY-WHAT. Junge Frauen sollten nicht über Sexualität oder Verhütung reden, so die gängige gesellschaftlich verankerte Meinung. Dies heisst keineswegs, dass Jugendliche nicht sexuell aktiv wären. Viele Studentinnen lassen sich auf sexuelle Beziehungen mit einem älteren Mann ein, um die Studiengebühren oder die Studentenbude zu bezahlen. In diesem Verhältnis können sie kaum auf die Verwendung eines Kondoms bestehen.

Junge Frauen fühlen sich mit diesen Sorgen alleingelassen, berichtete Beatrice weiter. Unverheiratete Frauen würden in Familienplanungskliniken schief angesehen und diskriminierend behandelt, da Familienplanung nur verheirateten Frauen zugestanden wird. Dasselbe geschieht an den Aids-Beratungsstellen. Viele Jugendliche könnten sich die Beratungs- und Behandlungskosten gar nicht leisten. Jugendfreundliche Beratungsstellen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit gibt es kaum.

Die HIV-Infektionsrate bei jungen Frauen ist erschreckend hoch und illegale Abtreibungen führen zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen und können tödlich enden.

Auch in den westafrikanischen Ländern Togo und Burkina Faso werden Mädchen und Jungen nicht richtig aufgeklärt, mit der Folge, dass viele Teenager bereits Mütter werden und sexuell übertragbare Krankheiten verbreitet sind. Im westafrikanischen Land Togo zum Beispiel ist etwa die Hälfte der Bevölkerung weniger als 15 Jahre alt. HIV und Aids, frühe Schwangerschaften (in Einzelfällen bereits mit neun Jahren) und deren Folgen, sexuelle Gewalt und schädliche Praktiken wie Mädchenbeschneidung gefährden die Gesundheit und das Leben insbesondere der jungen Frauen.

JUGENDFREUNDLICHE INITIATIVEN

Schweizer Hilfswerke unterstützen in den Ländern des Südens und Zentralasiens innovative und wirksame Initiativen und Modelle jugendfreundlicher Angebote zu HIV und sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. Sie nehmen sich der Fragen und Nöte der jungen Frauen und Männer an und unterstützen sie darin, ein selbstbestimmtes, gesundes Leben zu



führen. An der Fachtagung wurden einige erfolgreiche Projekte vorgestellt und Chancen und Herausforderungen diskutiert.

Ein Beispiel sind die jugendfreundlichen Zentren zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und HIV in Togo, die sog «Centres Conviviaux et d'Écoute de Jeunes». Diese Zentren bieten niedrigschwellige Angebote wie Sport, Informationen und Beratungen für und mit Jugendlichen. Die jungen Mädchen und Burschen bekommen zuverlässige Informationen zu Themen, welche sie verletzlich machen: HIV und Aids, sexuell übertragbare Krankheiten, ungewollte Schwangerschaften, Arbeitslosigkeit, Prostitution oder Schulabbruch. Blaise Sedoh, nationaler HIV-Koordinator des togolesischen Roten Kreuzes berichtet aus erster Hand, wie Jugendliche Jugendliche beraten. In Gruppendiskussionen lernen die Jugendlichen, offen miteinander zu reden und auch Tabuthemen anzusprechen. Sie diskutieren, was für sie «verantwortungsvolle Sexualität» ist. Viele Jugendliche wollen nach solchen Gesprächen ihren HIV-Status kennen und sich testen lassen – ein wichtiger Schritt beim Übernehmen von Selbstverantwortung und zum Schutz vor neuen Infektionen und damit zur Eindämmung der Epidemie.

Ein kleines, feines Projekt ist jenes von AMMIE (Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant) in Burkina Faso, einer Partnerorgani-

sation von IAMANEH Schweiz. Es richtet sich an junge, ledige Mütter, die vom Vater des Kindes verlassen und von ihrer Familien verstossen wurden. Beate Kiefer, Programmbeauftragte bei IAMANEH, erzählte, wie AMMIE die jungen Mütter informiert und sie zu Fragen der Verhütung, Prävention von HIV und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten, Ernährung und Kinderbetreuung berät. Zudem vergibt AMMIE Kleinkredite für eine Berufsausbildung oder die Eröffnung eines kleinen Ladens, damit die Frauen wirtschaftlich selbstständig werden. Gleichzeitig sucht AMMIE innerhalb den Familien zu vermitteln, um die jungen Mütter mit ihren Kindern wieder ins familiäre soziale Sicherungssystem zu integrieren. Wie in Togo werden auch hier die jungen Frauen ermutigt und darin gefördert, ihr Selbstwertgefühl zu entwickeln und für ihr eigenes Leben Verantwortung zu übernehmen. Die Kombination von umfassender Beratung zu gesundheitlichen Fragen, psychosozialer Unterstützung und finanzieller Hilfe sind für das Projekt Schlüsselfaktoren zum Erfolg.

An Frauen und Männer aller Altersklassen richtet sich der der Mitmach-Parcours zu Aids, Liebe und Sexualität, mit welchem das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) in der autonomen chinesischen Republik Tibet von Dorf zu Dorf zieht. «Hier wird kaum über HIV und Aids gesprochen», erzählt Sybille N'Zebo, «Kondome werden, wenn überhaupt, allenfalls im Rahmen der Familienplanung genutzt». Das Schweizerische Rote Kreuz ist die erste Nichtregierungsorganisation, die im Tibet einen integrierten Ansatz zu SRH und HIV umsetzt. Der Mitmach-Parcours besteht aus fünf Zelten, in denen Bilder und Spiele zum Mitmachen und Nachdenken über die verschiedenen Aspekte von HIV und reproduktiver Gesundheit anregen. Der abwechslungsreiche Mitmach-Parcours lockte junge und ältere Leute an, Frauen und Männer. Diese machten freudig mit, lösten Rätsel, beantworteten Fragen und diskutierten miteinander. Der spielerische Umgang mit den ernstesten Themen motivierte insbesondere die Jugendlichen zur persönlichen Auseinandersetzung. Monika Christofori konnte anhand einer externen Evaluation des Projekts aufzeigen wie sich die Kenntnisse zu HIV, Aids und sexuell übertragbaren Krankheiten der Beteiligten nachweislich verbessert hat.

Was auf lokaler Ebene erfolgreich funktioniert ist auch eine der Strategien, die auf dem Parkett globaler Konferenzen diskutiert wird.

Dafür gibt es viele Gründe. Mit der Verknüpfung von HIV- und Aidsprogrammen mit Programmen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit kann zum Beispiel die Nutzung bestehender Infrastruktur intensiviert und die Arbeit effektiver gestaltet werden. Wird alles «unter einem Dach» angeboten, ist es für Frauen und Männern mit gesundheitlichen Problemen eher möglich, diese Angebote zu nutzen. Umfassende Dienstleistungsangebote, die nicht das Schild «Aids» tragen, erleichtern Menschen mit HIV die Nutzung von auf sie zugeschnittenen Dienstleistungen. Marginalisierte Bevölkerungsgruppen wie Drogensüchtige, SexarbeiterInnen oder Männer, die Sex mit Männern haben, könnten mit integrierten Angeboten eher versorgt werden. Hinzu kommt der doppelte Schutz vor ungewollter Schwangerschaft und sexuell übertragbaren Infektionen, besonders wichtig für Jugendliche. Bereits das Aktionsprogramm der internationalen Bevölkerungskonferenz in Kairo von 1994 anerkennt die Bedeutung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte, den Zugang zu Familienplanung und Bildung und die Stärkung der Rolle der Frau als Voraussetzungen für eine nachhaltige Entwicklung.

Der HIV-Experte der International Planned Parenthood Federation (IPPF), Kevin Osborne, plädierte an der Fachtagung sehr lebhaft für die bessere Verknüpfung von HIV-Prävention, Behandlung und Pflege und Dienstleistungen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Nur so könnten die Millenniumsentwicklungsziele erreicht werden. «Verknüpfen ist mehr als SRH und HIV-Angebote zu integrieren», erläuterte Kevin Osborne: «Verknüpfen heisst, wechselseitige Synergien in der Politik, in Programmen, Dienstleistungen und in der Advocacy- Arbeit zu HIV und SRH zu schaffen. Er geht dabei um einen breiteren, auf Menschenrechten basierenden Ansatz».

Venkatraman Chandra-Mouli, Koordinator der Abteilung Gesundheit und Entwicklung von Adoleszenten bei der Weltgesundheitsor-

ganisation WHO, sprach von der Notwendigkeit, vermehrt auf die Gesundheits- und Informationsbedürfnisse von Jugendlichen und Adoleszenten einzugehen. Die wenigen Studien zum Thema haben gezeigt, dass effektive und besser verknüpfte Programme zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und zu HIV zu Win-Win-Situationen für die Jugendlichen als auch für die Wirksamkeit der Programme geführt haben. Beispiele dafür sind Sexualerziehung an Schulen, Aktionen zur Veränderung sozialer Normen auf Gemeindeebene oder umfassende Gesundheitsdienste.

Trotz internationaler Abkommen und erfolgreicher Modelle zur Verknüpfung von HIV-Programmen mit sexueller und reproduktiver Gesundheit werden in vielen Ländern diese Programme nach wie vor separat angeboten. Dies hat zum Teil mit der Politik internationaler Geldgeber zu tun, die vorzugsweise krankheitsspezifische Programme finanzieren, aber auch mit der Politik der Regierungen in Entwicklungs- und Transitionsländern: Aidsprogramme und Familienplanung gehören zu zwei unterschiedlichen Abteilungen oder Ministerien, die ihre Pfründe verteidigen. Im Kampf gegen Aids konnte in den letzten Jahren dank einer starken Aidsbewegung und der Popularität des Themas viel Geld mobilisiert werden, welches weiterhin notwendig sein wird um das Momentum der Prävention und der Behandlung HIV-positiver Menschen weltweit aufrechtzuerhalten. Die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte erhielt nie dieselbe Aufmerksamkeit und Dringlichkeit, die alarmierend hohe Müttersterblichkeit ist «bloss ein Frauenproblem».

STRATEGIE DER SCHWEIZ

In der Schweiz haben sich Ansätze und Massnahmen zur Aidsprävention und zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einander angenähert. Die im Dezember 2010 vom Bundesrat verabschiedete neue «Aidspolitik der Schweiz» umfasst sowohl Aids wie sexuell übertragbare Krankheiten. Dies hat, so Susanne Rohner, Kommunikationsbeauftragte bei der Schweizerischen Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit (PLANeS), zu einer engeren Zusammenarbeit ihrer Organisation mit der Aids-Hilfe Schweiz und gemeinsamen Projekten geführt. Die Familienplanungszentren der Kantone bieten bereits integrierte

*HELENA ZWEIFEL ist Geschäftsführerin des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz und koordiniert die Fachplattform aidsfocus.ch. Kontakt: hzweifel@medicusmundi.ch.

Dienstleistungsangebote zur Verhütung ungewollter Schwangerschaften und Prävention von HIV und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten an.

In der internationalen Zusammenarbeit der Schweiz fördert die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) seit einigen Jahren die Integration von HIV in Programme zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Wie diese Integration in der neuen Gesundheitspolitik aufgenommen werden soll, ist noch nicht bekannt.

DER WEG VORWÄRTS

Weshalb nicht zusammenführen, was zusammengehört? In den Arbeitsgruppen und an der Podiumsdiskussion diskutierten die TeilnehmerInnen mit den ReferentInnen über die Barrieren, Herausforderungen und Möglichkeiten einer besseren Verknüpfung. Es bestand Einigkeit darin, dass die weitere Verbreitung von Aids und sexuell übertragbaren Krankheiten, die hohe Müttersterblichkeit und Abtreibungsrate sich nur aufhalten lassen, wenn alle jungen Menschen Zugang zu entsprechenden Informationen und Dienstleistungen erhalten. Die Partnerorganisationen von aidsfocus.ch wollen in ihrer Arbeit bewusster und konsequenter Fragen und Programme von HIV und reproduktiver Gesundheit zusammenbringen. Die Fachplattform aidsfocus.ch wird auch künftig über den Zaun schauen und mit Organisationen ausserhalb der Aids-Community zusammenarbeiten. Die Fachtagung zur Verknüpfung von HIV mit SRH, welche aidsfocus.ch in enger Zusammenarbeit mit PLANES vorbereitet hat, ist ein Schritt in diese Richtung.

Für eine verstärkte Gesundheitszusammenarbeit mit breiterer Wirkung braucht es auch Geld und den politischen Willen. Die Schweiz hinkt punkto internationaler Gesundheitszusammenarbeit im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hinten nach. Mit nur 0.025 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BNE) für Gesundheitsförderung und medizinische Hilfe in den Ländern des Südens und Ostens steht die Schweiz gerade noch vor Italien an zweitletzter Stelle. Dies ist das traurige Fazit einer neuen, vom aidsfocus.ch vorgestellten Studie zur Entwicklungshilfe der Schweiz, welche auf einer Analyse der OECD Zahlen beruht. Das internationale Engagement der Schweiz in Sache Aids stagniert seit Jahren auf niedrigem Niveau bei ca. 36 Millionen Franken bzw. bei 0,006 Prozent des BNE.

Die Schweiz gibt somit gerade 2 Prozent der bereits bescheidenen staatlichen Entwicklungshilfe für Interventionen zur Prävention und Behandlung von HIV und zur Pflege und Unterstützung von Menschen, die mit HIV leben, aus. Zum internationalen Engagement der Schweiz für sexuelle und reproduktive Gesundheit liegen keine OECD-Zahlen vor – Indiz für die geringe Bedeutung, welche der reproduktiven Gesundheit und den Rechten von Frauen zugestanden wird.

In der abschliessenden Podiumsdiskussion verwies Nathalie Vesco, Verantwortliche für HIV und sexuelle und reproduktive Gesundheit bei der DEZA, auf die Schwierigkeiten einer quantitativen Bewertung des Engagements der DEZA für SRH und HIV. Wie lässt sich etwas der Policy Dialog im Rahmen von UNAIDS und die Stärkung von Gesundheitssystemen, welche eine grössere Wirkung haben als einzelne Programme, quantifizieren? Für die politische Arbeit im Parlament jedoch sind Fakten und Zahlen wichtig. Eine Parlamentarierin will wissen, wie viel für konkrete Programme zu reproduktiver Gesundheit mit staatlichen Geldern ausgegeben wird und mit welchem Effekt, betonte Nationalrätin Yvonne Gilly. Um wirksam zu sein müssen zudem die NGOs vermehrt mit einer Stimme sprechen.

Damit ist auch die Fachplattform aidsfocus.ch gefordert. Mit der Formulierung der neuen Botschaften 2013–2016 zur Entwicklungshilfe der Schweiz werden wichtige Weichen für die Ausrichtung der Entwicklungszusammenarbeit und -politik der nächsten Jahre gestellt. aidsfocus.ch wird sich zusammen mit dem Netzwerk Medicus Mundi Schweiz für ein verstärktes Engagement der Schweiz in der internationalen Gesundheitszusammenarbeit einsetzen, und namentlich für Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte und der Bekämpfung von HIV und Aids. Die Schweiz soll ihren finanziellen Beitrag an die Lösung der weltweiten Gesundheitsprobleme ihren Möglichkeiten und ihrer Verantwortung anpassen, konkret: ihren Beitrag erhöhen. Die von zahlreichen Hilfswerken geforderte Erhöhung der Entwicklungshilfe auf 0.7 Prozent gäbe den notwendigen Rahmen, um verstärkt in die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von Frauen zu investieren.

TAKING THE LINKING AGENDA FORWARD

Money and Switzerland's political will are also necessary in order to create youth-friendly services in the field of HIV and sexual and reproductive health that are accessible to all and affordable. Extracts from a panel discussion on the subject.

ACCORDING to Jeffrey Sachs, the UN special adviser on the Millennium Development Goals, most countries are not giving enough to reach the Millennium Development Goals (MDGs), particularly in terms of HIV and sexual and reproductive health. Eveline Herfkens, one of the founders of the millennium campaign, recently made quite a strong statement about Switzerland in particular not providing enough funding. How much is Switzerland actually spending on HIV and reproductive health?

HELENA ZWEIFEL: I can present you with some very new data, which the OECD released yesterday, collected and analysed by our expert Joachim Rüppel from the Medical Mission Institute in Würzburg. In 2010, Switzerland's official ODA amounted to 0.41% of gross national income (GNI). If we exclude spending within Switzerland for refugees and exclude debt relief, the real transfer was only 0.31% of GNI. Joachim Rüppel's task was to look at how much Switzerland spends internationally on health promotion, on HIV and on reproductive health. There is not much information on reproductive health in the OECD data, but he found quite a bit on HIV. This might be seen as an indicator of what seems to be important or not to the international community. In 2009, Switzerland's total contribution for international health was CHF 140 million, that is 0.025% of GNI, or 7.9% of total ODA. This contribution has been more or less stagnant in the last five years.

Comparing Switzerland's ODA disbursements for health promotion in relation to GNI with other European countries, we find Switzerland at the bottom. This year Italy is lower for the reason that Italy has not disbursed the money committed to the Global Fund so far. But when Italy pays – and it will – Switzerland will definitely be ranked last.

Concerning the HIV response, Joachim Rüppel looked into specific HIV interventions as well as sector-wide programmes and general budget support. He used a special key based on estimates used for other country analyses. In 2009, Switzerland spent USD 9.9 million for HIV in bilateral cooperation. Switzerland also contributes to the World Bank, the World Health Organisation, UNAIDS and other multilateral organisations. The contribution to the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria was USD 6.3 million in total, of which USD 3 million was on HIV. Which is very little. The result: Switzerland spent a total of CHF 36 million for the HIV response in 2009, that is a mere 0.006% of GNI.

This data shows that Switzerland's spending on international health cooperation and on HIV is stagnating at a low level. There is a need for Switzerland to raise its contribution on international health, on HIV and on reproductive health. Therefore, aidsfocus.ch and the Network Medicus Mundi Switzerland are advocating a rise in Switzerland's contribution in international cooperation to 0.7% of GNI, and a rise in its share in international health promotion, in the HIV response and in sexual and reproductive health and rights.

What can Switzerland do to raise its contribution, and how can it raise its effectiveness through linking sexual and reproductive health and HIV?

NATHALIE VESCO: If SDC spends – according to the figures of your study – roughly 25% of the total contribution for international health towards the control of HIV/AIDS, this represents a substantial part. Switzerland has international commitments to finance and contribute to UN organisations and international organisations, and it has bilateral commitments. Therefore, SDC, as approved by the Swiss parliament, has to allocate resources within a defined framework, which is not too flexible. In that sense, one of the challenges would be to look for more impact with the same amount of money.

We have been discussing all day about raising the effectiveness through linking sexual and reproductive health and HIV, and we were discussing in the working groups the role of the different actors. But the issue is not only financing, we also have to look into the way SDC actually works, the way we choose our partners and negotiate with them, and the way we can for example contribute through the policy dialogue with UNAIDS, or with global health initiatives such as GFATM, to reach most efficiently men, women, adolescents, the ones who are most in need. I think that for SDC, there is still space for improvement in communicating what we do, what we have reached, who are our partners...

The other point is, with a link to the data that Helena presented: How can we improve the synergies and complementarities between the actors present in this room? It is easy to show a specific contribution while co-financing aidsfocus or IPPF. There you can define exactly what goes for HIV/AIDS or what goes for the linkages of HIV and sexual and reproductive health. But what about the projects where we are working in Tajikistan or Moldova or in Tanzania? The sector-wide approach has been mentioned, but we also need to speak about health system strengthening. Our hypothesis is that for instance in Central Asia there are a lot of problems as mothers are dying because they do not have access to health care when they are pregnant or have complications during giving birth or after. Our focus is on training the medical staff in order to make sure that services re-

quired are available, that there is infrastructure and equipment. We might first need to finance or to contribute to the equipment or to the training. This is an important contribution for building linkages with sexual and reproductive health, even if it does not appear in the OECD data as prevention of HIV. But in the end, it is part of it. How do we quantify this?

This brings us back to the discussion we had during the day about the linkages which go beyond the vertical funding. SDC has for example strengthened, in its bilateral as well as multilateral engagement, the promotion of adolescent sexual and reproductive health services. Beside working with women and girls, SDC emphasized the need to include men and boys as agents of change in sexual and reproductive health. Evidence shows that this strategy can be effective in bringing down infection rates and can bring better health for poor and vulnerable populations.

YVONNE GILLI: I will try to speak with the voice of an average parliamentarian and not with my personal voice, because this would not be representative. For a parliamentarian it actually matters how much money we have spent on OECD activities and how effective this money is spent. It matters where we stand in comparison to others, and what impact this has for Switzerland. We do not want to lose in comparison to other countries, but like everybody else, we want to be influential in an integrated way.

We all have to be aware right now that we succeeded in increasing ODA recently to 0.5% of GNI. This is not corrected the way Helena said, but we are aware that all countries have the same problems concerning this sort of “cheating”. We have to be aware that we don’t have a majority in parliament for 0.5% of GNI for ODA. This is important to know because, and that is a question which got raised before, who is the decision maker? The fact that we did increase ODA was a simple deal in parliament, and the pressure group for this deal were the NGOs in the field of developmental cooperation. The pressure groups which we are counting on in parliament are the population and the pressure groups coming from ODA. We need to maintain all the efforts. We actually do need answers concerning how effective our money is invested and how our position is in comparison to other countries. On an international level, at least, I would like to have disaggregated

figures. I would like to know why SDC distributes the money the way it does and what actually is best practice. We do not have the figures from these organisations concerning sexual and reproductive health right now, and that makes it more difficult to work in parliament. What I also would like to have is more linkage and more awareness about the parliamentarians engaged in this work. There are quite a lot of different all-party groups, such as the group working with the Red Cross, the groups working on sexual and reproductive health and advisory groups on fighting HIV and AIDS. They have common fields, and if we do not speak with a united voice – a kind of umbrella voice from different NGOs – we will not be effective. There is too much fragmentation also within parliament, which makes it difficult to get majorities. Much is possible if you address the different party groups with an united voice and show in your field of work which money goes into sexual and reproductive health, what is best practice and where can you show a good effect. More cross-sectional work is important.

For the work in parliament, I need more information and at the same time I am overloaded with information. This is a question of using synergies. With every sort of information I get from NGOs I would like to get information on sexual and reproductive health as a cross-sectional topic. I need the information in an integrated way, and when we hear it all the time, it sort of it gets in my mind and it has consequences in shaping the parliamentarians’ mind and willingness to spend on ODA.

Let us discuss and crystallize the second issue that we have been working on today: what are the roles of the different stakeholders to take the agenda of linking sexual and reproductive health and HIV forward?

KEVIN OSBORNE: There are three things: Point one is that we must not fool ourselves and attempt to establish another “linkages” sector. Linkages is a modality, and if we accept that it is bi-directional, it means that the HIV community has to do work on sexual health and the sexual health community has to do work on HIV.

The second point: It is a moving field. There is a lot of good practice happening in the field on all levels – policy and programmes. On the global political level, people are talking about it, and on the ground level, people are

doing it. It seems to be at the country level a lot more work on integration is happening “de facto” on the operational level. Where are some of the current gaps? The first one is around policy: There is an absence of policy at the country level between the sexual and reproductive health units and the HIV units. Let us try and get those synergies. I think within the donor community there is a large political commitment to it. The question comes up now and I think we should have a donor conversation, or better “donor integration” among and between various donors. The donors, the foundations and the private sector should get together and say this is an important area and discuss how can we get together. There are all parts of different pieces of the same pie. The second gap is about what linkages looks like in different HIV contexts. What is happening at the moment is that people are focussing around issues of maternal health. But maybe linkages and maternal health do not really affect people who inject drugs; their “linkages” issue may be sexual rights.

The third point is that the SRH and HIV research communities should come out with a common agenda so that the research really takes us to new territories and addresses some of the current gaps (e.g. around cost effectiveness, linkages in concentrated epidemics, etc.). And in two years time when we meet again we could have a new conversation.

Let us move on to the third topic that we discussed, to the challenges and opportunities of linking HIV and sexual and reproductive health and creating youth-friendly services. Could you please crystallize the challenges and opportunities as you see it from your perspective?

BEATRICE SAVADYE: A first main challenge is donor conditions. Some donors are funding only HIV programmes and others are funding sexual and reproductive health. This creates parallel structures and promotes territorialism.

The other point is that this issue of parallel structures and policies affects communication. On the one hand we have the HIV policy and on the other hand the reproductive health policy. Actually it should be integrated into policies and strategies that promote the linkages of sexual and reproductive health and HIV.

A major factor is the need for advocating youth-friendly and integrated services. Many of the political leaders and policy makers are not aware of the issues that are affecting young people. The politicians really need to be sensitised on such issues and interact with each other. As mentioned before, the reproductive units and the HIV units should work together.

CHANDRA-MOULI: One message that I heard from several people is that we need constantly to be aware that adolescents and young people are a heterogeneous group. A boy of ten is very different from a young man of nineteen, a boy of fourteen is very different from a girl of the same age, and two boys of the same age growing up in different circumstances develop very differently. So they have very different needs and evolving needs – needs that can change from one day to the next.

People also reiterated the need to be aware of the cultural context. For example in Chad or in rural India, a girl who starts her menstrual periods is seen as an adult woman. She may be kept out of school and be asked to follow all the rules of an adult woman. So the cultural construct that we use in Switzerland cannot be used in rural India, although one can say urban areas of Delhi or Lagos are not so different from Geneva or London in some aspects.

I lived in Zambia for ten years and still feel a strong connection with that country. Listening to Beatrice today almost brought tears to my eyes to think about the challenges young people in Zambia face today. Putting myself in the shoes of a fourteen or fifteen year old girl in Zambia or Zimbabwe: my father is struggling to feed the family in a very difficult time; I have done well in school and am getting ready to go to university; my father says to me – I have supported you so far, now you have to take care of yourself. I have responsibilities with the younger children. So, these young people – who have been cared for through childhood illnesses, fed and nourished and educated – are left on their own at a crucial stage of their lives. They are not able to get contraception, including emergency contraception or a safe abortion. The result is a disaster, a tragedy for these young people, their families and society as a whole.

If there is one thing I would like to add to what Kevin said, it is that alongside efforts to strengthen HIV and SRH, we need concerted efforts to make existing HIV and SRH programmes more responsive to young people. Further, we need responsive programmes and ones that are both sustained and large in scale. Monica, Sybil and Beate described good programmes, but they all said that they were concerned about their sustainability. There are small – even micro-projects in many places, and they are often of a short time frame. They meet the needs of some adolescents, but we need to do better and we need to do more, much more.

Three pressing and largely neglected issues came up within the discussions. Firstly, unsafe abortion: 2.5 million adolescents are estimated to have unsafe abortions every year. Half of all maternal deaths in Africa are due to unsafe abortion. Secondly violence: Several people said when girls or young women are beaten or coerced into having sex, we don't know what to do. Thirdly, boys and young men: What are we doing to reach them and what approaches are we using. Three important and neglected issues.

I think we all heard the real need for adolescents to be on the public health agenda. Many of you are already addressing adolescents. If you are please step up your work. If you are not, please try to do something, however small, to meet the needs and fulfil the rights of adolescents in the communities you serve/work with.

HELENA ZWEIFEL: To take the linking agenda forward and advocate youth-friendly services in sexual and reproductive health and HIV for all, Switzerland has to do more. I agree with Yvonne Gilli that for lobbying and advocacy we need concrete data on how much Switzerland is spending internationally on sexual and reproductive health. We will have to conduct another study to fill the gap and share and discuss the results with SDC, interested parliamentarians and the wider network.

Another point that I picked up in the discussion is the fragmentation of voices, or rather, overcoming this fragmentation and to speak with one voice on HIV and SRHR linkages and promotion of health for all. This is what the aidsfocus.ch platform already is working on,

in close collaboration with the members of the Network Medicus Mundi Switzerland. It will intensify its efforts in this regard.

The next aidsfocus.ch conference will take place one year from now. An interesting topic, which was inspired by Chandra's remark, could be "Where are the boys and men in the AIDS response?", or "boys, men and sexual health". Some of our partners have experience in working with boys and men and would like to share them with us. The partner organisations of aidsfocus.ch will decide on next year's topic this fall.

DANKE!

Das Netzwerk Medicus Mundi Schweiz und aidsfocus.ch danken der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit, der AIDS-Hilfe Schweiz und PLANes für die Unterstützung der Fachtagung und des vorliegenden Readers.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Direktion für Entwicklung
und Zusammenarbeit DEZA



AIDS-HILFE SCHWEIZ
AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA
AIUTO AIDS SVIZZERO

PLANes
SCHWEIZERISCHE STIFTUNG FÜR SEXUELLE
UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

MATERNAL HEALTH AND ACCESS TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS

Ein Jahr nach dem Gipfel zu den Millennium-Entwicklungszielen: Wo stehen wir in Bezug auf das Millennium-Entwicklungsziel 5, Müttersterblichkeit und reproduktive Rechte? Welches sind die nationalen und internationalen Entwicklungen bezüglich Zugangs zu reproduktiver Gesundheit und ihrer Finanzierung? Welche politischen Forderungen können an AkteurInnen in der Schweiz und in Bezug auf die Entwicklungszusammenarbeit gestellt werden? Wie steht es um die sexuellen und reproduktiven Rechte in der Schweiz selbst, z.B. im Zusammenhang mit der Einführung der Fallpauschalenin der Geburtshilfe?

Wir laden Sie ein, diese und weitere Fragen mit schweizerischen und internationalen Experten und Expertinnen zu diskutieren. Die Veranstaltung wird vom Interdisziplinären Zentrum für Geschlechterforschung der Universität Bern IZFG in Zusammenarbeit mit der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA, Amnesty International, der Schweizerischen Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit PLANeS, der Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit und dem Schweizerischen Hebammenverband SHV durchgeführt.

REFERATE, WORKSHOPS UND PANELDISKUSSION MIT:

Vincent Fauveau

(Verantwortlicher des Berichts The State of World's Midwifery des United Nation Population Fond UNFPA)

Sabrina Schipani

(Hebamme, Mitglied Zentralvorstand Schweizerischer Hebammenverband SHV)

An Huybrechts

(Projektleiterin Countdown 2015 Europe, International Planned Parenthood Federation IPPF)

Marianne Haueter

(Hebamme, Prof. an der Berner Fachhochschule Gesundheit)

SYMPOSIUM

Donnerstag, 1. September 2011, 13.45–18.30 Uhr

A-122 Universität Bern
UniS, Schanzeneckstrasse 1, Bern
Die Tagungssprache ist Englisch.



Seiten 27-60

Chances and challenges of linking HIV and SRHR (Case studies)

“The prevention activities aim to sensitize people to integrate, take care and support HIV positive persons in the community.”

Monika Christofori-Khadka und Sybille N'Zebo



“I have realised that limited access to health care services is due to factors ranging from high user fees, stigma, limited youth friendly services, poor referral systems, lack of follow up care and other structural inhibitors such as the absence of linked services.”

“I WAS JUST WAITING TO RAISE ENOUGH MONEY TO GO TO A CLINIC OUTSIDE”

In response to the extraordinary range of sexual and reproductive health challenges facing many young people in Africa, various strategies and interventions have been put in place by different players in the health field yet all these efforts are still far from achieving universal access by young people.

By Beatrice Savadye*

YOUTH in Zimbabwe typical of countries in the African Continent decry limited youth friendly services at the point of health service provision. The SAYWHAT Research Report of 2009/2010 revealed absence of post abortion care services within colleges, limited HIV testing and counselling services, limited support for youth living with HIV and limited range of contraceptives with only the male condom being distributed mostly.

The Students And Youths Working on Reproductive Health Action Team (SAYWHAT) was founded by students with students for students in 2003 to address the sexual and reproductive health challenges in Zimbabwe’s tertiary institutions. It is a platform where students can discuss their SRH concerns and inform relevant advocacy issues. SAYWHAT focuses on reproductive health because students are sexually active and there is a high prevalence of unplanned pregnancies leading to unsafe abortions and of sexually transmitted infections (STIs) including HIV and AIDS.

LIMITED ACCESS TO HEALTH CARE SERVICES

Recently I had a first hand account with the challenges young people have in accessing quality health care services. I was diagnosed with a cyst. The whole process from the doctors’ consultation to referrals for an abdominal scan and a gynaecologist was not youth friend-

ly that I almost gave up on seeking the services I so much needed. Besides being a fully paid up member of a medical aid provider, I was requested to pay \$40 for my operation and incurred either out of pocket costs which are usually a barrier to youth accessing health care services.

Through my experience and the encounters of other young people I have realised that limited access to health care services is due to factors ranging from high user fees, stigma, limited youth friendly services, poor referral systems, lack of follow up care and other structural inhibitors such as the absence of linked services.

“I could not seek STI treatment at my college because Gogo (an old college nurse) tells other youth about my illness so I was just waiting till I could raise enough money to go to a clinic outside campus,” said one female student who received support from SAYWHAT under its Test and Treat Campaign.

It is due to these factors that most young people delay to seek treatment and at times find it difficult to disclose their HIV status to their partners making positive prevention difficult.

These challenges also exist at structural and policy level where policies are not interrelated to support of SRH and HIV linkages. For instance there is reflection of Lesbian, Gay, Transgender and Intersex (LGBTI) persons as

a priority area in the Zimbabwe National AIDS Strategic Plan 2 (ZNASP). Yet there are punitive laws and a hostile environment that makes it difficult for LGBTIs to access treatment.

According to the UNAIDS/WHO Report on the global AIDS epidemic (2010), 4.9 million young people aged 15-24 living with HIV need information and services for pregnancy prevention and pregnancy care (including Prevention Mother To Child Transmission PMTCT). According to the same report a further 569'000 women aged 10-24 are infected with HIV every year (i.e. 64% of 890,000 young people).

Most youth in tertiary institutions fall within this age range calling for the need to offer comprehensive health care services within colleges. In the absence of a tertiary education support grant system, integrated services and an effective medical aid system would be ideal in promoting access to health care services by youth.

ECONOMIC CHALLENGES, SUGAR DADDIES

Against common belief that, youth who afford to get in tertiary institution have some form of resources, most of them are self-supporting and less priority is given to them on both family and national level. These young people are regarded as mature and able to look after themselves in environment.

Most of the sexual and reproductive health challenges are deeply rooted in the economic hardships youth face. A culture of pioneering is observed within the student community with a lot of the young people shouldering responsibilities such as paying for their own food as parents fail to do so due to the paltry salaries they earn against the high tuition fees. "The course I am doing is very draining financially and at times young women are left with no option but to go out with sugar daddies who finance their studies", said one student during thematic group discussions on multiple concurrent partnerships.

The student community bring together youth from different backgrounds with various sexual and reproductive health challenges, with some being parents and some having their first sexual encounters when they enter colleges. With this diverse background, the college clinics need to offer comprehensive services ranging from wide range of contraception to HIV testing and counselling, psycho social support for youth living with HIV and other family planning services.

OVERCOMING TERRITORIALISM

Linked sexual and reproductive health (SRH), HIV and gender programmes have shown improved access to and uptake of SRH and key HIV services, better access by People Living with HIV (PLHIV) to SRH services tailored to their needs and improved quality of care. Linked services also helped to reduce HIV-related stigma and discrimination, and supported dual protection against unintended pregnancy and STI including HIV.

The government as the main duty bearer has a key role to play in addressing the challenges being faced by young people in Zimbabwe. There is need for health budgeting for youth as well as policies that are youth friendly.

Also donors have a role to play. Donor specific interests in HIV or SRH and conditionalities on use of funds for specific HIV or SRH interventions promote territorialism and inhibit SRH and HIV linkages at program implementation level.

L'ENCADREMENT ET LA RESPONSABILISATION DES JEUNES

Pour mieux répondre aux besoins des adolescents et jeunes, la Croix-Rouge Togolaise a créé 13 Centres Conviviaux et d'Ecoute de Jeunes en coopération avec l'UNFPA, la croix rouge Danoise et les départements d'état: le Ministère Santé, le Ministère de la Jeunesse, le Ministère de l'Action sociale, les structures décentralisées et les ONG locales. Ces centres intègrent la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et adolescents, le VIH et le SIDA et les droits.

Par Blaise Komlan Sedoh*

AU TOGO, environ la moitié de la population a moins de 15 ans. Le groupe des jeunes et des adolescents représente 30% de la population Togolaise, soit 1,2 millions. Au delà des risques de morbidité et ses conséquences de toute sorte au cours de la petite enfance, ce sont les dangers liés à l'apprentissage de la vie qui défient les jeunes et les adolescents.

L'analyse de la situation montre que les jeunes et adolescents ont besoin des cadres et structures communautaires pour leur bien-être sanitaire et moral puis pour leur épanouissement. Mais toutes les structures n'offrent pas les services adaptés aux besoins des jeunes et adolescents. L'évolution physique, psychologique et les changements qui leur sont liés nécessitent un accompagnement et un encadrement particulier. A défaut des personnes ressources qui savent les écouter et les comprendre, les jeunes et adolescents se confient entre eux souvent pour obtenir des conseils en ce qui concerne les besoins liés à leur évolution et à la leur sexualité. Malheureusement, ils se donnent souvent de faux conseils et lorsqu'ils se tournent vers les adultes ils ne sont pas écoutés.

La création de centre convivial des jeunes en Santé de Reproduction (SR) et VIH répond à ces besoins des adolescents et jeunes.

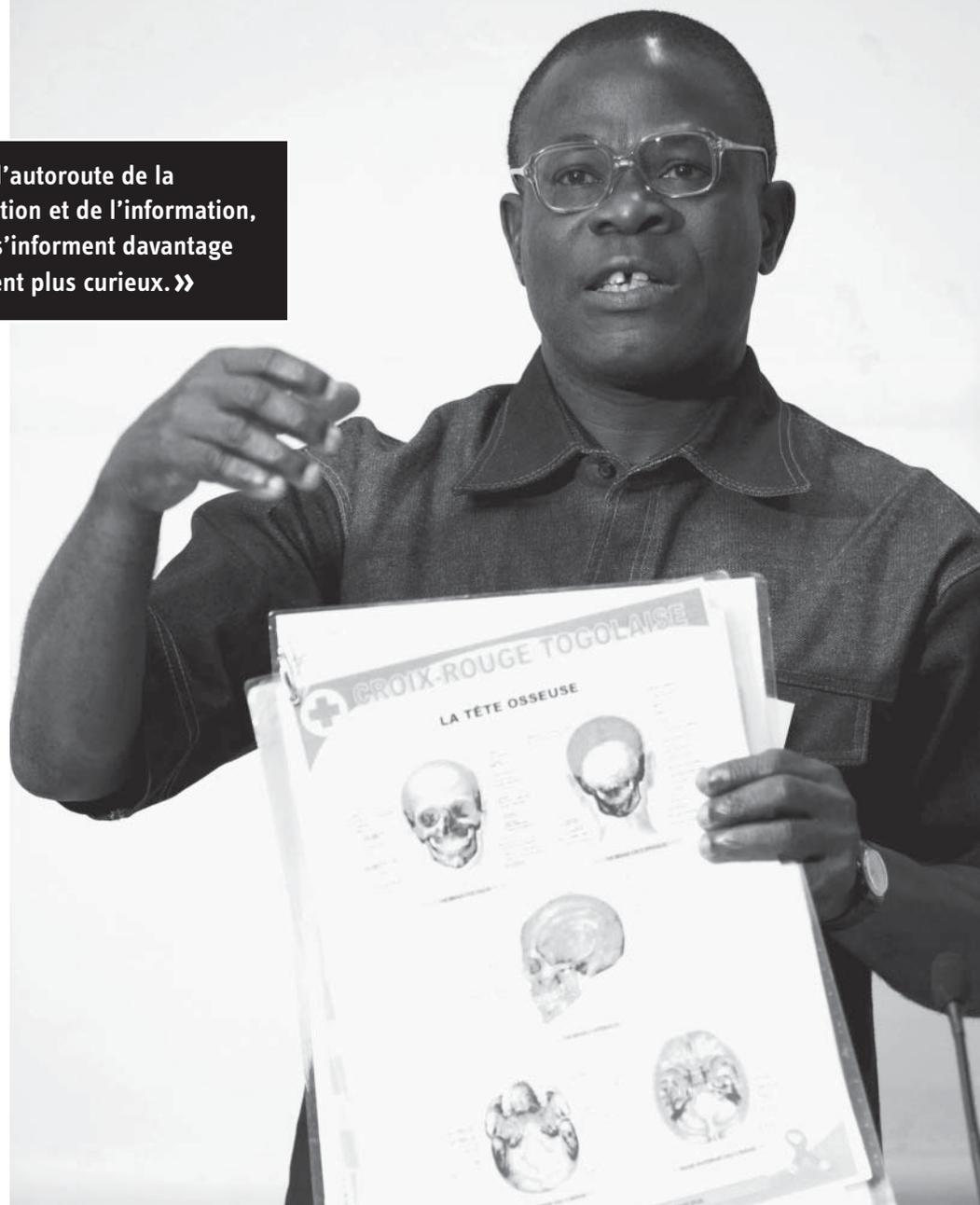
C'EST QUOI UN CENTRE CONVIVAL DE JEUNES ?

Le Centre Convivial et d'Ecoute des Jeunes (CCEJ) est une structure physique équipée de matériels de bureau, de supports éducationnels en matière de SR et VIH mais surtout de jeux de société et de jeux éducatifs. Ce cadre comporte également d'équipements audio, de télévision avec antenne parabolique. C'est donc une cadre convivial pour les jeunes avec un encadrement multi sectoriel et varié. Dans le centre cohabitent un personnel de santé, un cadre de jeunesse, des volontaires de la croix rouge, de «Peace corps» américains, des femmes leaders. Le centre facilite également la collaboration avec les acteurs de développement local, les ONG, les autorités et les parents d'élèves. Les centres de jeunes sont gérés par la Crx rouge togolaise grâce à l'appui financier de la CRD (2007) et avec l'UNFPA depuis 2009.

Les cibles prioritaires sont les adolescents et jeunes de 10-24 ans, Les jeunes adultes de 25 à 35 ans, filles et garçons. Environ 20 jeunes pairs fidèles qui sont modèles et qui sont fidèle

*BEATRICE SAVADYE is the Information and Advocacy Officer at The Students and Youths Working on reproductive Health Action Team (SAYWHAT). Contact: beatrice@saywhat.org.zw, www.saywhat.org.zw

« Car avec l'autoroute de la communication et de l'information, les jeunes s'informent davantage et deviennent plus curieux. »



au centre relais les informations et participent à l'encadrement de leurs pairs dans le centre et en dehors du centre, dans les écoles, les structures de formations professionnelles et ateliers. Les parents, enseignants, éducateurs, leaders des ONG, leaders des associations et communautaires sont également associés. La contribution des femmes surtout celles organisées au sein des clubs de mères s'avère efficace.

DES LIEUX D'ACCÈS FACILE À L'INFORMATION

Comment la notion de Santé de Reproduction (SR) en lien avec le VIH et les droits des jeunes et adolescents constituent sont pris en compte dans fonctionnement des centres? Les échecs scolaires, les grossesses précoces, les activités sexuelles précoces et leurs conséquences, le manque de communication entre adultes et les jeunes (les conflits intergénérationnels) la

délinquance et l'exposition à la prise des stupéfiants sont les menaces fréquentes dans nos communautés.

Pour résoudre ces problèmes liés souvent liés à une santé sexuelle mal gérée et mal vécue à l'exposition au VIH, aux IST, un centre convivial constitue une alternative dans l'encadrement, l'orientation des jeunes par les jeunes avec la contribution des différents acteurs intervenant dans le domaine.

Les centres sont donc des lieux d'accès facile à l'information. Les animateurs formés procèdent à l'organisation des séances d'échange entre les jeunes, aux conseils-dépistage VIH et les consultations médicales. Le personnel organise aussi des sessions de formations pour le renforcement de capacités des jeunes en SR pour la paire-éducation à travers les IEC/CCC (Information - Éducation - Communication/Communication pour le Changement de Comportement). Chaque centre convivial dispose des clubs antisida animés par les jeunes au sein de leur structure de formation (école et ateliers), périodiquement l'ensemble se retrouve dans des cadres d'échange, les pools de discussions entre adultes et jeunes. Enfin le personnel du centre et les pairs fidèles mobilisent les jeunes autour des problèmes spécifiques et procède aux visites à domicile pour l'accompagnement et le soutien des jeunes au besoin.

Mais le défi actuel est orienter de façon judicieuse les jeunes dans leur choix. Car avec l'autoroute de la communication et de l'information, les jeunes s'informent davantage et deviennent plus curieux.

* **BLAISE KOMLAN SÉDOH** est le coordinateur national du programme VIH et SIDA du Croix-Rouge Togolaise (CRT). De plus, il est personne Point focal pour le programme santé de la reproduction et VIH jeunes et femme avec l'UNFPA-Togo au sein de la CRT et Chair person de Red Cross/Red Crescent Aids Network - West Africa and Central Africa (RAN-WAC). Contact: btседoh@yahoo.fr/blaise.sedoh@gmail.com/btседoh@laposte.tg

LES RÉSULTATS ET LES LEÇONS APPRISSES À CE JOUR

Au plan institutionnel, tout le monde s'accorde à reconnaître que l'acquisition des compétences les jeunes, la présence plus accentuée et la responsabilisation des jeunes facilite la gestion de leurs besoins; les structures préfectorales de l'Etat (Direction Préfectoral Santé, Direction de l'action sociale, Inspection de la jeunesse) et au niveau central (Service National Santé des Jeunes et Adolescents et le Conseil National de Lutte contre le Sida) en collaboration avec (CRT) s'unissent pour développer les structures communautaires adaptées aux besoins des jeunes et adolescents.

Au plan de changement de comportement: On note une demande croissante de dépistage (750/CCEJ en 2010), le refus le mariage précoce et ou imposé, la réduction cas grossesses précoces (0 cas de grossesse à CCEJ Mango 2009/2010), les droits des enfants et des jeunes sont plus connus (parents). On note également une convivialité entre les jeunes des différents quartiers qui s'instaure et surtout les discussions des sujets tabous.

Enfin, les communautés commencent par se rendre compte des besoins réels des jeunes et s'y intéressent e certains jeunes ont des agendas de fréquentation du centre.

Il est nécessaire, qu'en terme d'approche de solutions pour les questions de la santé sexuelle et reproduction des jeunes, du VIH et du SIDA mais aussi des droits humains de tenir compte des préoccupations des populations dans l'acquisition des connaissances nouvelles ou de consolidation des anciennes. Il est utile d'engager la responsabilisation des jeunes dans la gestion communautaire et sur les principes «compétences et pratique des droits». La collaboration systématique avec les femmes et les groupements de femmes est d'une valeur ajoutée essentielle. Ainsi le renforcement de capacité et l'implication des femmes dans les interventions de communication pour le changement de communication, leur relation avec les centres conviviaux de jeunes renforce l'éducation de base des jeunes, le dialogue avec les hommes sur les notions de droits et sur les questions liées surtout à l'éducation de la jeune fille en matière de santé sexuelle.

VON HILFSBEDÜRFTIGEN MÜTTERN ZU STARKEN FRAUEN

In Burkina Faso gibt es keine Sexualaufklärung für Jungen und Mädchen, was zur Folge hat, dass es viele Teenager-Schwangerschaften gibt und Sexually transmitted infections weit verbreitet sind. IMANANEH's Partnerorganisation AMMIE engagiert sich für die Stärkung der jungen Frauen und Mädchen.

Von Beate Kiefer*

UNVERHEIRATETE, schwangere Mädchen werden von den Kindsvätern oft im Stich gelassen und von ihren Familien als Schande für die Familie angesehen und verstossen. Neben dem fehlenden Wissen zu Sexualität und Familienplanung ist das wirtschaftliche und soziale Umfeld der jungen Frauen, die meistens in grosser Armut leben, für die hohe Zahl der ledigen jungen Mütter verantwortlich.

AMMIE (Appui Moral, Matériel et Intellectuel à l'Enfant), die Partnerorganisation von IAMANEH Schweiz, befindet sich in Ouahigouya im Norden von Burkina Faso. Bekannt geworden ist AMMIE in der Region vor allem durch ihr Engagement für HIV/Aids Betroffene, für die sich die NGO schon seit Mitte der Neunziger Jahre einsetzt.

AMMIE fördert mit Unterstützung von IAMANEH Schweiz seit dem Jahre 2000 junge, ledige Mütter und deren Kinder, und setzt sich dafür ein, dass marginalisierte Jugendliche einen verantwortungsvollen Umgang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit ausüben. Das Projekt richtet sich an 80 junge, ledige Mütter, an 300 Mädchen, die Partner der Mädchen und Frauen, sowie an die breite Öffentlichkeit.

Ziele des Projekts sind die Stärkung von Frauen und Mädchen, Information über und Zugang zu sicheren und wirksamen Verhütungsmitteln, die Verhütung unerwünschter Schwangerschaften, sowie die Vorbeugung und Behandlung von sexuell übertragbaren Krankhei-

ten (STI) einschliesslich HIV/Aids. Zudem soll die Öffentlichkeit informiert und sensibilisiert werden, um Stigmatisierung und Diskriminierung entgegen zu wirken.

ZUSAMMENSPIEL PRÄVENTIVER UND KURATIVER MASSNAHMEN

Die Strategie basiert auf einem Zusammenspiel präventiver und kurativer Massnahmen sowie der Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit.

Bei der Prävention geht es in erster Linie darum, unerwünschte Schwangerschaften sowie die Ansteckung mit STI einschliesslich HIV/Aids vorzubeugen. Die Handlungsebenen der Prävention sowie der Bewusstseinsbildung umfassen Information und Sensibilisierung, den Zugang zu Verhütungsmitteln sowie die Persönlichkeitsbildung. Im Bereich der Information und Sensibilisierung wird über Themen, die in Familie oder Schule tabu sind, geredet: Sexualität, Verhütung, unerwünschte Schwangerschaften und ihre Folgen, STI und HIV/Aids, aber auch über Frühheirat, Beschneidung und Frauenrechte. Während sich die cause-rie (Diskussionsrunde) an eine Gruppe junger Mütter, Mädchen und/oder deren Partner wendet, wird durch Videoprojektionen, Theateraufführungen oder Radiosendungen die breite Öffentlichkeit angesprochen.

Die jungen ledigen Mütter bekommen durch das Projekt Zugang zu modernen Kontrazeptiva, diese werden kostenfrei angeboten, da

« Information und Sensibilisierung, der Zugang zu Verhütungsmitteln, Persönlichkeitsbildung durch Life Skills Training sowie ökonomisches Empowerment ergänzen sich. »



sonst die Ärmsten von der regelmässigen Nutzung ausgeschlossen würden. Das Projekt legt zudem Wert auf die Verwendung von Kondomen, da nur so der doppelte Schutz gegen STI einschliesslich HIV/Aids und eine unerwünschte Schwangerschaft gewährleistet ist. Fast alle der jungen, ledigen Mütter im Projekt nutzen Implantate kombiniert mit Kondomen zur Verhütung, während die meisten jungen Mädchen, die nur unregelmässig Geschlechtsverkehr haben, auf Kondome zurückgreifen.

Neben der sexuellen Aufklärung ist die Persönlichkeitsbildung ein Grundstein der Prävention von STI und von unerwünschten Schwangerschaften. Persönlichkeitsbildung trägt zur Vermeidung von Ausnutzung ungleicher Machtverhältnisse in sexuellen Beziehungen und zur Stärkung von Selbstbehauptung und Verhand-

lungsmacht der Mädchen und Frauen bei. Der so genannte Life Skills Ansatz, der Stärken und Fähigkeiten betont, statt Probleme in den Mittelpunkt zu stellen, wird hierzu verwendet. Die jungen, ledigen Mütter sollen dabei unterstützt werden, ihr Selbstwertgefühl und ihren Lebensmut zu entwickeln, ihr Leben aktiv und kreativ zu gestalten sowie schwierige Lebensphasen zu bewältigen. Zu den wichtigsten Life Skills gehören beispielsweise eine gute und ehrliche Selbstwahrnehmung, ein ehrlicher Umgang mit Gefühlen oder eine sozialverträgliche Selbstbehauptung.

Die Handlungsebenen der kurativen Massnahmen umfassen unter anderem das Testen auf und die Behandlung von STI. Die Behandlung von HIV-positiven Patientinnen mit anti-retroviralen Medikamenten (ARV) wird beglei-

tet von psychosozialer Unterstützung. Im letzten Jahr wurden 54 Mädchen und Frauen gegen STI behandelt, 53 Partner haben sich ebenfalls behandeln lassen. Zurzeit erhalten neun junge, ledige Mütter mit fortgeschrittener HIV-Infektion eine ARV-Therapie. Die Kinder der ledigen Mütter werden im Krankheitsfall medizinisch versorgt, und in Sachen Ernährung und Schulbildung unterstützt.

Durch Kleinkredite wird das wirtschaftliche Empowerment der jungen ledigen Mütter gefördert: Die Frauen können so durch Ausbildung und einem eigenen kleinen «business» zu einem Verdienst kommen. Dieses wirtschaftliche Empowerment begünstigt gleichzeitig ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft: ihr Beitrag zum Suppentopf wird von der Familie geschätzt, und trägt dazu bei, dass sie ihr Selbstbewusstsein zurückerlangen oder entwickeln.

Information und Sensibilisierung, der Zugang zu Verhütungsmitteln, Persönlichkeitsbildung durch Life Skills Training sowie ökonomisches Empowerment ergänzen sich, das Zusammenspiel dieser Massnahmen trägt zu einem allgemeinen Empowerment der jungen Frauen bei: Aus hilfsbedürftigen, demoralisierten jungen Frauen werden starke Frauen, die selbstverantwortlich und kompetent ihre Interessen vertreten.

MÄNNERARBEIT IST FRAUENFÖRDERUNG

Um nachhaltige Veränderungen zur Prävention von unerwünschten Schwangerschaften und STI zu erreichen ist es unerlässlich, Jungen und Männer in Projekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit einzubeziehen. Einerseits müssen diese ihre Verantwortung als Partner und Väter wahrnehmen, zum anderen müssen sie als Geschlechtspartner einbezogen werden. Das Projekt lädt Jungen und Männer zu Diskussionsrunden, beispielsweise über Verhütung und den Gebrauch von Kondomen, oder über IST ein. Die meisten Partner der Mädchen und Mütter sind mittlerweile bereit, sich zu-

sammen mit ihren Partnerinnen gegen IST behandeln zu lassen, eine Voraussetzung zur Vermeidung einer erneuten Ansteckung. Trotzdem bleibt das Einbeziehen von Männern eine Herausforderung. Für eine Frauenorganisation wie AMMIE ist es nicht selbstverständlich, Angebote für Männer zu schaffen, was sich in einer gewissen Zurückhaltung widerspiegelt, sich durch causeries, Radiosendungen oder Theateraufführungen mit einem männlichen Animatoren noch gezielter an Männer zu richten. In der Öffentlichkeit wird immer noch die Frau als verantwortlich für eine ungewollte Mutterschaft angesehen, die Übersetzung von Geschlechtskrankheit in moré ist übrigens auch «Krankheit der Frau».

VON HILFSBEDÜRFTIGEN MÜTTERN ZU STARKEN FRAUEN

Das Projekt hat sich im Laufe der letzten Jahre stark gewandelt. Zu Beginn des Projekts, im 2000, waren die jungen, ledigen Mütter passive Hilfspfängerinnen, der Schwerpunkt der Aktivitäten lag auf der Unterstützung der «armen, hilfsbedürftigen» Mütter. Ab 2004 wurden Kleinkredite zur Förderung der finanziellen Unabhängigkeit und somit ökonomisches Empowerment initiiert, und vermehrt auf Prävention gesetzt. Ab 2007 wurden auch marginalisierte Jugendliche sowie Junge und Männer in Projektaktivitäten einbezogen, das Augenmerk galt von da an auch der Öffentlichkeit. Das angestrebte empowerment wurde 2010 durch den Life Skills Ansatz erweitert, und die einkommensfördernden Aktivitäten teilweise als Gruppenaktivitäten organisiert.

Im Laufe der Jahre hat sich aber vor allem die Sichtweise geändert: früher wurden junge, ledige Mütter als passive Hilfspfängerinnen betrachtet, heute als Akteurinnen, die ihr Schicksal selbstverantwortlich in die Hand nehmen.

*BEATE KIEFER arbeitet seit 2009 als Programmverantwortliche bei IAMANEH Schweiz, wo sie die Projekte in Burkina Faso and Senegal betreute Kontakt: bkiefer@iamaneh.ch. www.iamaneh.ch

JOIN IN CIRCUIT ON AIDS, LOVE AND SEXUALITY

The news about HIV is still not spread to all corners of the globe. However, once the information reaches, the impact is immense. The evaluation of the 'Join in circuit' carried out with the rural population in Shigatse Prefecture of the Tibet Autonomous Region has shown impressive results in terms of knowledge increase.

By Monika Christofori-Khadka und Sybille N'Zebo*

ALONG TERM IMPACT

on behavior change will, among other factors, depend on the broadening of scope to merge family planning and disease control in order to bring sexual reproductive health and dual protection forward within the Chinese health policy.

Since 1986 the Swiss Red Cross (SRC) is engaged in the Shigatse Prefecture of the Tibet Autonomous Region (TAR) of the Peoples Republic of China providing different health care interventions to the rural and urban population. HIV prevention has been part of the project activities since 2002.

THE SITUATION OF SEXUAL REPRODUCTIVE HEALTH AND HIV/AIDS IN TIBET

Risk factors in the Tibet Autonomous Region (TAR) are many fold: a large migrant population within TAR and from "mainland" China induces prostitution. Polyandry is still practiced in more than one third of the families. Sex outside marriage is generally tolerated well in Tibetan society. Knowledge about HIV is very low and condoms not well known. Even though family planning is compulsory in China, the condom is not well promoted for family planning, let alone for protection of HIV. Sexually Transmitted Infections (STIs) are wide spread. Underreporting of STIs appears to be high since health workers at grass root level are not trained to sufficiently detect them.

Official data on HIV prevalence in TAR are not published. However, the HIV prevalence is estimated to be on a sharp increase. While 70 cases were reported by the local Center for Disease Control (CDC) during 1993–2008, the figure increased by 130 new cases in 2009–2010. In recent years the response to HIV has been much scaled up. The CDC carries out Voluntary Counseling and Testing (VCT) at Prefecture level with some person groups being compelled to go for VCT. Since 2010 anti-retroviral treatment is also supplied there. Rapid tests are done in the county. All persons living with HIV and AIDS are registered in a central database. Once their status is confirmed they are sent back to their place of home. Even though officially the names and data of the positive persons are not disclosed, their exclusion from the workplace and forced return to their homeland indicates the high level of stigmatization and discrimination in the country.

Within the Chinese health system, the CDC is mandated to work on communicable disease control including HIV and AIDS. The health system maintains a separate department for family planning. Both departments work completely independently due to the fact that the present national health policy does not foresee a link between Sexual Reproductive Health (SRH) and HIV/AIDS. The importance to collaborate or even merge both departments with the aim



“The fact that a high percentage of respondents was able to name and describe symptoms of different STIs is remarkable.”

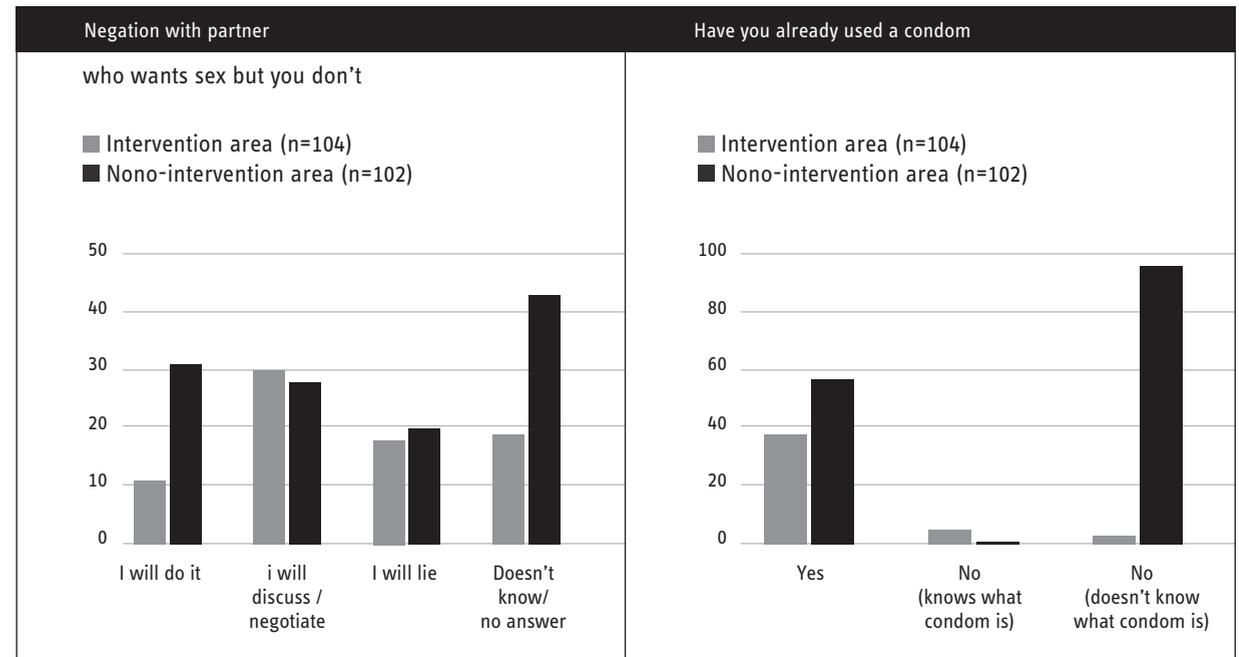
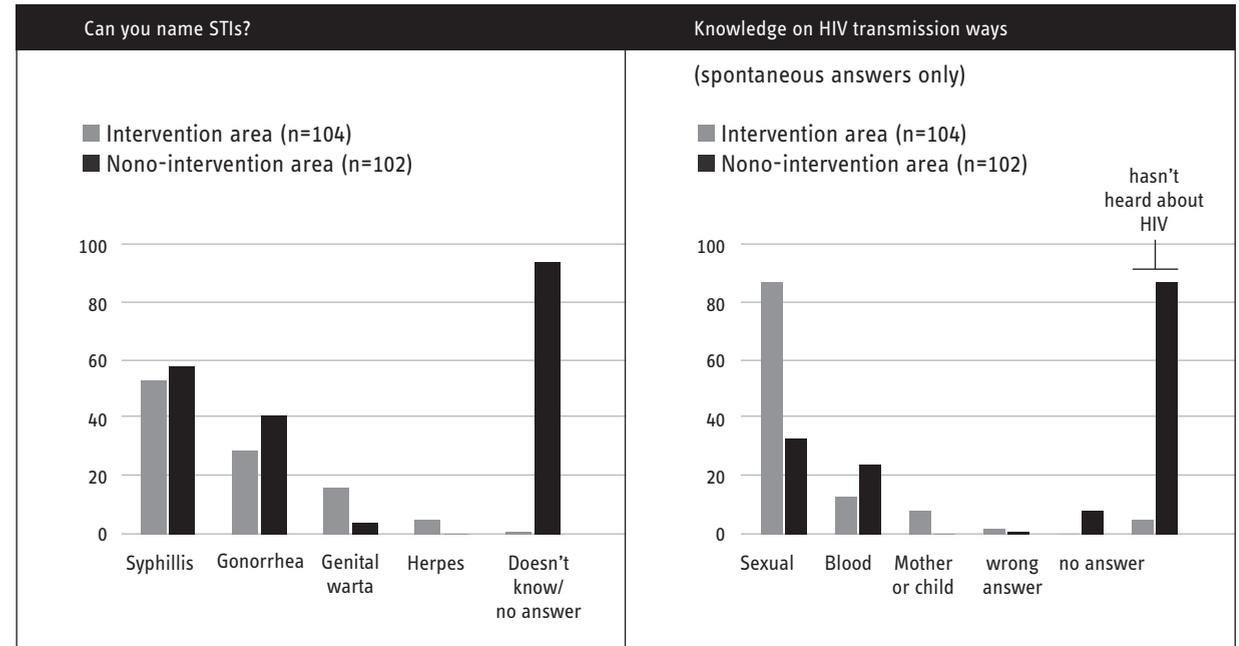
to have a better impact on sexual reproductive health, has not been realized yet. Since condoms are not promoted as important family planning device, the potential of condoms for dual protection is not tapped at all. On the contrary, the family planning department claims to always be short of condoms. This underlines the fact that an integrated approach has not yet been internalized at central level.

HIV PREVENTION AND JOIN IN CIRCUIT BY THE SRC

The SRC is the first NGO in TAR which implements an integrated approach of SRH and HIV/AIDS in all the HIV prevention activities. HIV prevention is tailored to the needs and scope of the different target groups. During peer education for vocational school students, information stands for the general public, the HIV Join in circuit or workshops and counseling for individual

bar girls, the SRC team always imparts knowledge on sexual reproductive health equally with knowledge on HIV and AIDS. In the HIV Join in circuit (developed by the BzGA Germany and first adapted to different cultural contexts by GIZ) these elements are attractively presented and locally conceptualized, creating a lively learning environment. Working with pictures and games enhances the participation of equally literate and illiterate participants. Likewise all information is given in Chinese and Tibetan language. The HIV Join in circuit has mostly been used by the project in rural areas as part of the Health Promotion component.

In the five tents of the HIV Join in circuit different topics related to SRH and HIV are discussed. In a community, each family is invited to send one male and one female representative as participants. Up to 75 people can participate at once. In groups of maximum 15 persons they



visit each tent for about 20 minutes. Each session is guided by a trained facilitator, who are staff of the SRC and the local Red Cross partner.

Tent transmission ways: “Be informed”. Participants learn about the transmission ways of the HI-virus. They discuss the different procedures according to risk.

Tent love and sexuality: “No taboo”. In a question-answer game participants are challenged about their views, perception and values related to love, sex and relationships. Stigma and discrimination are important topics that guide the discussion.

Tent family planning: “Plan your life”: The different family planning methods are introduced and participants have the chance to see them, feel them and be informed. For many this is the first time they hear that condoms are a family planning device.

Tent STI: “Everybody is at risk”: How can STIs be recognized? Signs and symptoms as well as how to get help is explained to avoid the consequences of untreated STIs.

Tent condom use: “Protect yourself”: For many participants this is the first time they see a condom and learn how to use it. The importance for dual protection is emphasized.

After the circuit, all participants get together to summarize the learning’s. Each participant receives various information leaflets, brochures and a packet of condoms and is requested to inform the remaining members of their household about SRH and HIV.

THE IMPACT OF THE HIV JOIN IN CIRCUIT IN REGARDS TO KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR

While the SRC team observed the enthusiasm and interest of the participants during the HIV Join in circuit since its initiation in 2008, the impact of the methodology and integrated approach in terms of knowledge, attitude and behavior change has never been measured. Thus the team conducted a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) survey in winter 2010/2011. 206 individual interviews were conducted with 104 respondents from rural areas in Namling county, an intervention area, where the HIV Join in circuit took place in 2009 and with 102 respondents from a non-intervention area (rural areas of Tingri county), where the HIV Join in circuit has never taken place. The two counties were purposefully chosen on the basis of similar socio-cultural

characteristics. Equal participation of male and female respondents was sought. Within the two groups, respondents were randomly selected. A questionnaire with 19 closed questions related to the 5 topics of the HIV market was administered. The questionnaires were filled in by the two enumerators. Generally the female enumerator questioned the female respondents, with a few exceptions.

Findings of the KAP survey: While in the intervention area all respondents stated to have heard about HIV, only 13% of respondents in the non-intervention area ever heard about it. Knowledge about ways of transmission as well as what a condom is also differed significantly between the groups. Similarly a high percentage of respondents in the intervention area could name different STIs. Only 16% reported not to know STIs. The knowledge level about family planning methods, particularly the temporary ones also show a large difference among intervention and non-intervention areas. While only 4% of respondents in the non-intervention area mention condom as a family planning device, almost 60% of respondents in the intervention area mention condom for dual protection. More than 90% of respondents have shared their learning’s from the HIV join in circuit with their partner.

In regards to attitude, only 31% of respondents in the intervention area stated to negotiate sex with their partner versus 20% in the non-intervention area. Among the interviewees who knew what a condom was, only 48% stated that man and woman can equally suggest the use of a condom. Mostly male dominance is observed in suggesting using condoms. 42% of the respondents in the intervention area are of the opinion that HIV positive persons need to be isolated and segregated versus 44% opting for integration. Interestingly more men propagate integration than women (59% versus 31%). 50% of respondents in the non-intervention area do not know what to do with HIV positive persons in the community.

At practise level, 38% of the respondents in the intervention area said that they have already used a condom, exclusively the condoms distributed by the SRC team after the Join in circuit. Only 1 respondent from the non intervention area stated to having ever used a condom. 85% of condom users used it with the regular, 18% with irregular partners.



“A further barrier is the availability of condoms for unmarried persons and youth through the public system.”

Conclusions of the KAP survey: Very important differences were observed in terms of significantly increased knowledge in the intervention area after the HIV Join in circuit. Interestingly the respondents from Namling immediately associated the tents with SRH and HIV giving an indication how the extraordinary methodology left long lasting memory in the people which also seemed to induce some behaviour change. The participants appreciated the HIV Join in circuit as the methodology is attractive and 97% found the messages easy

to comprehend. The fact that a high percentage of respondents was able to name and describe symptoms of different STIs is remarkable.

Behaviour has started to change with condom use inside and outside marriage. However, persons still seem to be not sufficiently empowered to negotiate sex. Discrimination and stigma towards HIV positive people seemed to rather have increased after the HIV Join in circuit in comparison to the indifferent respondents of the non-intervention areas. The SRC team particularly needs to address this in the future.

CAN THE SRC PROJECT INFLUENCE SRH RIGHTS IN TAR?

The family planning policy of the Government has been appreciated and welcomed in TAR. Families have recognised the economic value of a small family. In the past mainly long term temporary family planning methods were propagated. Recently the Government has announced further relaxation of the present one-child policy. The HIV Join in circuit explains all available methods to the participants and strongly emphasises the advantage for condoms in dual protection. The SRC hopes that through the newly acquired knowledge on family planning devices and the advantage of dual protection, participants can make an informed choice about their family planning method and feel empowered to take own decisions. With a higher demand in condoms the supply may increase. The absence of condom promotion as a family planning device, let alone for dual protection has severely limited the access to condoms. Persons living in rural areas and small towns wanting to protect themselves need to travel to the next bigger city to buy condoms in sex shops or pharmacies. Upon the request of the local xiang clinics the SRC donates some condoms, which are then given to the villagers. A further barrier is the availability of condoms for unmarried persons and youth through the public system. Since condom supply is steered through the department for family planning, only married persons have access to free condoms. Thus particularly young people are exposed to contract STIs and HIV.

The prevention activities aim to sensitize people to integrate, take care and support HIV positive persons in the community. The Government policy clearly spells out the social protec-

tion and rights for HIV positive persons. However, these rights are not yet put into practise. The SRC team endeavours to live and exemplify these rights in their work with risk groups and tries to counteract prejudice and stigma. If the social protection for HIV positive persons was guaranteed they could have positively been integrated in the HIV prevention work, helping to further break barriers. Examples of the SRC staff may gradually change peoples' behaviour. For sure the smile and care received will make a big difference in the life of an individual.

Even though the Chinese health policy does not foresee the integration of SRH and HIV/AIDS, the local Red Cross Government partners are gradually convinced about its benefits. They have shown strong interest in the Join-in-circuit and have replicated the circuit for their own use. Government staff has been trained to carry out the circuit, mainly at county level. Implementation however has still been limited. Furthermore the CDC and Department of family planning have both increased their collaboration with the SRC project as well as among each other. In a recent joint meeting between the SRC, the CDC and Family Planning department in Ngamring county, the Family Planning department has promised to increase the supply of condoms to rural health clinics. These first steps are very important and need to be nourished. In how far these positive examples from the grassroot level will gradually stimulate and induce a policy change at central level remains to be seen.

* **MONIKA CHRISTOFORI-KHADKA** is Programm Coordinator with the Swiss Red Cross, Switzerland where she manages the Swiss Red Cross country programs with special focus on Nepal, China/Tibet and Kyrgystan. Contact: monika.christofori-Khadka@redcross.ch

SYBILLE N'ZEBO worked as a Health Delegate of the Swiss Red Cross in the Health Projects in China/ Tibet Autonomous Region with special emphasis on HIV prevention and health promotion. Contact: sybille_n@hotmail.com

Zimbabwe

IT'S ALL ABOUT CHOICES!

The love and respect (OneLove) campaign is a regional and national campaign focusing on the reduction of multiple and concurrent sexual partnerships. Youth facilitators work with a peer-to-peer approach and through role models.

Interview with Mlungisi Nyathi by Irene Bush*

MLUNGISI NYATHI, 24, is working since a year as behavioural change officer with Midlands AIDS Service Organisation (MASO) in Zimbabwe. He is responsible for a HIV-prevention programme targeting youth in the Midlands province. Mlungisi was selected to participate in the regional Youth2Youth capacity building programme in solution focused counselling of terre des hommes schweiz. In March 2011 he absolved the 3rd and last module and successfully graduated as "Practitioner of the Solution Focused Approach" with 20 other youths from Southern Africa. Irene Bush had the opportunity to talk to Mlungisi after the graduation about his work.

Irene: Mlungisi, you hold the position of a behavioural change officer at the Midlands AIDS Service Organisation (MASO) and you've told me that you're training facilitators from the grass root level to cascade the love and respect sessions to the communities. What are the "love and respect sessions" you are talking about?

Mlungisi: The love and respect (OneLove) campaign is a regional and national campaign focusing on the reduction of multiple and concurrent sexual partnerships, which has been identified as the key driver of the HIV pandemic in southern Africa. In Zimbabwe it is being promoted in ten provinces of the country. MASO works in the Midlands province, which has 8 districts. I'm stationed in Gokwe South, which is 90% rural and 10% semi-urban. Personally, I'm working with the focus on young females and males between 15 and 24 years.

And how do you reach the youth in your district?

I train youth facilitators to conduct these social participatory focus group discussions. These youth facilitators invite youth in their communities to join the love and respect sessions. Because of this peer-to-peer approach and through role models the word to mouth propaganda works out very well. So for young people it is attractive to take part in these sessions. And of course it's also crucial to involve the leadership in order to create an enabling environment for open discussions and positive changes in the communities.

What may a youth participant expect from these sessions?

Basically we provide a floor for people to discuss. We give information on HIV and AIDS, on sexual and reproductive health and rights, on gender issues and encourage youth to make a personal risk assessment. People make their own choices. But in order to make a good choice you need to be well informed. To have the opportunity to reflect and exchange with others helps as well in this process.

Could you go a bit more in details about what's going on in these sessions?

Right, there are six meetings and each of the session has a specific topic. For example the first session is called "Let's take stock". We're looking at sexual and reproductive health and rights, the HI virus, cultural norms and we al-



so give information on the services for counselling, testing and care that are available in the district.

After giving these inputs we open the floor for discussion. It's very important to have separate gender groups. Women and men meet at different times. Because the ladies might not talk when men are present and also the men are more likely to open up when they're amongst themselves.

What other issues you talk about in these sessions?

In "Breaking the silence" we promote a more open communication between couples; we talk about and discuss equal gender rights that it's not up to one partner to decide for example. Other sessions deal with topics like love and faithfulness, promoting the reduction of the number of sexual partners and exploring ways on how one can make this possible. Discrimination and stigma of people living with HIV is another burning topic and of course all the cultural aspects are ever so important to cover, as the people are really concerned about them.

We all know that most of the time information and discussion isn't sufficient enough to change our behaviour. How do you deal with that?

You know what we have learned in the Youth2Youth program is very, very helpful for these sessions. We fuse the solution focused approach in all areas of our work. We take the specific manual for the love and respect sessions and facilitate them in a solution focused way, whereby the participants are always the experts of their own lives. We start for example by exploring resources and strengths of the participants which might be useful if they want to change their behaviour. We don't give any advice. All we do is to offer adequate information and give a platform for exchange.

The participants explore their own choices. The information and discussions in these sessions might help to evoke a rethinking of certain topics and some behaviour. Changing behaviour involves the way we think, talk and act. In this process we have helpful tools coming from the solution focused approach, like setting well formed goals, proceeding step by step, understanding relapse as part of the process and learn from it - to name just a few.

So you made real good use of the training you got in working in a solution focused way through the Youth2Youth programme, isn't it?

Definitely! I mean it's just a new mindset we've been exposed to. Instead of looking at everything what's wrong or lacking we learned how to focus on strengths and resources that are already there. And as minimal that they might be, it gives you base to work on. By being aware of these resources you might even increase them and go from there to head towards a good solution for your problem.

It sounds very convincing. Do you have already some results from these love and respect sessions? Would you say they are successful? And what tells you that they are successful?

Since we've started last April the number of visits in our offices for counselling has increased, as well as the number of people coming for HIV-testing. The use of condoms has also increased.

We've noticed too, that there is a growing number of leader speaking openly against stigma and discrimination of people living with HIV.

We've just had the 5th graduation for youth facilitators and the youth participants of the love and respect sessions have a higher self-esteem and are ever so motivated to stay involved even after completing all the sessions. Together with them we organise events like the community field days, youth tournaments and entertainment like drama, poetry and public speaking. So yes, I would say that we're moving in the right direction.

Thank you, Mlungisi for this interview.

* **IRENE BUSH** is in charge of the Desk for Psychosocial Support and Coordinator of the Youth2Youth Regional Programme Africa at terre des hommes schweiz. Contact: i.bush@terredeshommes.ch, www.terredeshommes.ch

«ICH WEISS JETZT, WAS ICH WILL UND WAS ICH NICHT WILL»

Kwa Wazee hat 2010 und 2011 im ländlichen Tanzania für 250 Mädchen und weibliche Jugendlichen Selbstverteidigungskurse durchgeführt – als Reaktion auf die vielen Vorfälle von sexueller Gewalt. Ein Erfahrungsbericht.

Von Kurt Madörin*

ALS F. in die zweite Klasse eintrat, wurde sie von ihren Eltern aus dem ländlichen B. in die 1500 km entfernte Hauptstadt Dar es Salaam zu ihrem Onkel geschickt. Sie sollte dort eine bessere Erziehung, bekommen, ihrer Tante etwas im Haushalt helfen und die eigene zehnköpfige Familie entlasten. Als F. in die sechste Klasse kam, wurde sie von ihrem Onkel so brutal vergewaltigt, dass sie medizinische Pflege brauchte. Sie wurde zurückgebracht und machte anschliessend einen Selbstmordversuch – zum Glück konnte sie rechtzeitig gerettet werden.

R. hatte ihre Mutter frühzeitig verloren. Als sie in die Schule kam, nahm sie eine Tante, die eine Bar führte, zu sich. R. musste als junges Mädchen in der Bar Gäste bedienen – sexuelle Übergriffe wurden toleriert. R. wurde mit Syphilis angesteckt – an den Folgen leidet die heute 17-Jährige immer noch, weil die Krankheit nicht behandelt worden ist.

S. wurde in der 6. Klasse beauftragt, die kleine Schulbibliothek in Stand zu halten. Ein Lehrer bot ihr zwei Franken, um mit ihr Sex zu haben. Sie lehnte empört ab. Er denunzierte sie darauf beim Rektor, dass die Bibliothek nicht in Ordnung sei. Der Rektor befahl ihr, am Samstag in der Bibliothek zu arbeiten. Der Lehrer benutzte diese Gelegenheit, in die Bibliothek zu kommen und sie zu vergewaltigen. All ihr Schreien nützte nichts. Als sie es der Lehrerin sagte, die für die Bibliothek zuständig war, befahl ihr diese, zu schweigen. Das hat sie dann die nächsten 4 Jahre gemacht!

Drei Geschichten, wie sie, oft zum ersten Mal, in der Runde von sechzig Mädchen erzählt werden und ein erschreckendes Zeugnis ablegen über das Ausmass der sexuellen Gewalt gegen Mädchen und über die Selbstverständlichkeit, mit der das von der Gesellschaft im ländlichen Tanzania hingenommen wird. Die Runde – das sind elf- bis achtzehnjährige Mädchen, die jeweils an einem zwölf-tägigen Selbstverteidigungskurs in Dörfern im Nordwesten Tanzania's teilnehmen.

EIN NEUER ANFANG

Die Idee für Selbstverteidigungskurse für Mädchen entstand 2002 aus einer Zusammenarbeit zwischen Kurt Madörin, dem Gründer der Waisenorganisation VSI in Tanzania, und Nathalie Ullmann von PALLAS. Die in einem Grundkurs ausgebildeten Trainerinnen führten in der Folge zwischen 2002 und 2004 eine Reihe von Trainings durch. 2010 nahm Kwa Wazee die Idee der Selbstverteidigung wieder auf – als Reaktion auf die vielen Vorfälle von sexueller Gewalt. Kwa Wazee arbeitet mit alten Menschen, die oft Grosskinder aufziehen, welche ihre Eltern wegen Aids verloren haben, und mit Menschen, die mit HIV leben (PLWHA) und ihren Kindern. TatuTano, die Organisation der Grosskinder und der Kinder, die mit HIV-infizierten Eltern leben, zählt um die 1'000 Kinder und Jugendliche.

Die Kurse sind aus verschiedenen Komponenten zusammengesetzt. Eine Komponente besteht im Erlernen und Beherrschen einer Reihe von Verteidigungstechniken – etwa, wie man sich aus Umklammerungen lösen kann, oder wie man sich am Boden befreien kann etc. Dazu gehört auch die Kenntnis der verwundbaren Stellen des männlichen Körpers, oder der Gebrauch der Stimme und der allgemeinen Körpersprache. Es ist immer wieder eindrücklich, wie sich die Stimme der Mädchen im Laufe der ersten Tage von einem meist verhaltenen und etwas kraftlosen «Hapana. Sitaki.» (Nein. Ich will nicht) in ein sehr bestimmtes und akustisch wirkungsvolles «Hapana» verwandelt. Wir haben auch beobachtet, wie das intensive zweiwöchige körperliche Training, zusammen mit der zunehmenden Beherrschung der Techniken, ein Vertrauen in die eigene Körperkraft schafft.

Dass das im Alltag wirkt, zeigt die Geschichte der körperlich ziemlich kleinen, feingliedrigeren und eher schüchternen vierzehnjährigen A.: A. sammelte Holz, als sich ein junger Mann näherte, der sie seit längerer Zeit verfolgte und belästigte. Sie schlug laut Alarm, worauf der Mann wegrannte.

«ICH UND MEIN KÖRPER»

Eine weitere Komponente, vermutlich ebenso wichtig für den Schutz der Mädchen, dreht sich um persönliche Einstellungen und kulturelle Leitbilder und sollte ihnen helfen, sich ein genaueres Bild ihrer Lebensumstände zu machen und sich eigene Positionen zu wichtigen Fragen zu erarbeiten. Zu diesem Zweck haben wir das ursprüngliche Manual von 2002 zu einem interaktiven Werkheft umgearbeitet und es von 15 auf 20 Module erweitert. Module wie «Ich und mein Körper – mein Körper gehört mir», «Wie sicher fühle ich mich in meiner Umgebung», «Verletzliche Teile meines Körpers» und vor allem das Modul über sexuelle Gewalt thematisieren die fragile Stellung von Mädchen und weiblichen Jugendlichen in der tanzanianischen Gesellschaft.

Einen wichtige Rolle wird dem Umgang mit den eigenen Gefühlen und dem Selbstwertgefühl zugeschrieben wie die folgenden Überschriften der Module zeigen: «Wir alle haben und brauchen Grenzen», «Selbstvertrauen», «Gefühle», «Meine innere Stimme», «Scham», «Angst», «Zorn». Eine weitere Gruppe im Werkheft soll den Teilnehmerinnen helfen, rea-

listisches Verhalten einzuüben und dabei die eigenen Stärken einzusetzen sowie das eigene Verhalten zu überprüfen: «Konzentriere Dich auf das was kannst – und nicht auf das was Du nicht kannst», «Dies erhöht meine Sicherheit» und «Selbstverteidigung beginnt lange vor einem Angriff».

ZEIT, UM VERTRAUEN ZU SCHAFFEN

Eine dritte Komponente ergibt sich aus der grossen Zahl (meist um die 60 Mädchen und Jugendliche) und die Dauer. Während die grosse Zahl sich auf die grosse Nachfrage zurückzuführen ist (manche weinen, wenn wir sie auf einen nächsten Kurs vertrösten müssen), ist die Dauer ein geplantes Strukturelement des Kurses. Die kontinuierlichen zwölf Tage bilden die Voraussetzung, das notwendige gegenseitiges Vertrauen unter den Teilnehmerinnen (und zwischen den Teilnehmerinnen und den Trainerinnen) zu schaffen, das es erlaubt, – oft zum ersten Mal – von traumatischen Erlebnissen zu sprechen.

Vielleicht ist hier eine Zwischenbemerkung angebracht: Wir leben in einem Umfeld, in dem es weit und breit keine geschulten Sozialarbeiterinnen, Psychologinnen etc. gibt. Dieser unumgängliche Mangel versuchen wir mit einem entsprechenden Setting teilweise auszugleichen, das das Entstehen eine «Selbsthilfegruppen-Wirkung» ermöglicht.

Wir haben in einem der Kurse, nachdem dem zwei Mädchen ihre Lebenssituation und Erlebnisse geschildert hatten (was etwa einen Drittel der Zuhörerinnen zum Weinen gebracht hat) gefragt, ob ihnen denn diese Erzählungen etwas «nützt» oder ob sie nicht eher belastend sind und wir vielleicht damit aufhören sollten. Alle jugendlichen Teilnehmerinnen waren sich einig, dass sie diese Möglichkeit auf keinen Fall missen möchten. Nach den Gründen gefragt, sagten sie, dass «es mir hilft und für mich wichtig ist, zu erfahren, dass andere ähnliche Erfahrungen wie ich gemacht haben», «dass ich von ihren Erfahrungen lernen kann», «dass ich ihnen vielleicht auch Ratschläge geben kann», oder halt einfach die Gelegenheit zu haben, das Mitgefühl ausdrücken, indem man «pole sana» sagt – es tut mir sehr leid für dich. Die grosse Zahl und die Dauer bindet die Mädchen auch zusammen – wir können beobachten, dass ein beträchtliche Zahl von Freundschaften entsteht sowie ein starkes Wir-Gefühl eines «Wir Mädchen».

RAUM FÜR FRAGEN, DIE NIE GESTELLT WERDEN DÜRFEN

Schliesslich gibt es noch eine Komponente von praktischer Lebenshilfe und Informationen, die die Sicherheit und die Handlungsfähigkeit der Mädchen und Jugendlichen erhöhen soll. Ein Modul beschäftigt sich mit sexueller Reproduktion und den Zusammenhang mit HIV und Aids. Das Modul schafft den Raum für Fragen, die nie gestellt werden konnten – diese Möglichkeit wird äusserst rege benutzt. Es wird auch ersichtlich, dass eine nicht kleine Zahl der Jugendlichen sexuelle Erfahrungen hat. Viele von ihnen äussern den Wunsch, einen HIV-Test zu machen, den wir organisieren helfen.

Zwei Module befassen sich mit der Rechtslage und den möglichen Vorgehensweisen bei sexuellen Übergriffen – die Module «Meine Rechte und wer in meiner Umgebung ist verpflichtet, sie zu verteidigen» und «Was tun bei sexueller Belästigung». Letzteres ist eine praktische Anleitung, um die Chancen für erfolgreiches Vorgehen bei Polizei oder Gemeindebehörden Verhandlungen zu erhöhen. Wir haben in diesem Zusammenhang auch einen Gemeindepräsidenten eingeladen, um den Mädchen Anweisungen zu geben über das beste Vorgehen.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt sind rund 250 Mädchen und weibliche Jugendliche ausgebildet worden – wenn es die Finanzen erlauben, werden wir weitere Kurse durchführen. Viele Teilnehmerinnen treffen sich ein- bis mehrmals pro Monat, um die Selbstverteidigungstechniken zu üben und Erfahrungen bezüglich sexueller Anmache und sexueller Gewalt auszutauschen. Wir streben eine grösstmögliche Zahl an – denn nur so entsteht in den Dörfern so etwas wie eine «pressure group» für ein verändertes Verhalten gegenüber der sexuellen Gewalt.

ERSTE ERFOLGE

Der folgende Fall von Kabare ist zwar noch ein Einzelfall, bezeugt aber einen Wandel in der Einstellung zur Straffreiheit von sexueller Gewalt. Oben wurde die Geschichte von A., die von einem jungen Mann wiederholt belästigt und bedroht worden war, erwähnt. Sie erzählte es, nach dem Kurs, ihrer Tante, die ihr daraufhin gebot, zu schweigen, weil der junge Mann in der Nachbarschaft wohnte. A. suchte darauf Hilfe bei der Selbstverteidigungsgruppe. Die Mädchen beschlossen, zum Gemeindepräsidenten zu gehen und die Geschichte vorzutragen. Er liess den Mann kommen, und gemein-

sam – Gemeindepräsident und die Mädchen – brachten sie ihn zur Polizei nach Nshamba. Die hielten ihn für einige Tage fest, liessen ihn aber dann wieder laufen und er kehrte zurück.

Die Selbstverteidigungsgruppe drohte, den Fall bis zum Distrikt zu bringen, worauf die Polizei ihn wieder verhaftete und für einen Monat einsperrte. Unterdessen hatte sich die Tante mit dem Clan des jungen Mannes zusammengesetzt. Der Clan garantierte für den jungen Mann, worauf er zurückkehren konnte. Leider hielt er sich nicht an die Abmachungen – er bedrohte mit dem Buschmesser die Mädchen und die Tante von A. – er sitzt jetzt wieder im Gefängnis.

Der Rektor der einen Primarschule in Kabare hat übrigens vorgeschlagen, Selbstverteidigungskurse für ALLE Mädchen in der Schule zu machen.

EIN «SICHERHEITSSPRUNG»

Im März/April haben wir 82 Mädchen gebeten, sich zu folgenden Fragen zu äussern:

1. Wie hat sich mein individuelles Sicherheitsgefühl durch den Kurs verändert (angegeben auf einer Skala von 1–10) und wie erkläre ich die Veränderungen?
2. Hat Gewalt zugenommen, ist sie gleich oder hat sie abgenommen in ausgewählten sensiblen Bereichen (wie Schule, Schulweg, Wasser holen, männliche Freunde, Feuerholz sammeln etc.)
3. Was sage ich meiner Freundin, warum sie einen Selbstverteidigungskurs machen soll?

Die Erhebung zeigt eine überwältigende Zunahme des individuellen Sicherheitsgefühls – auf der Skala von 1–10 von 2.4 auf 9.2, und eine Abnahme der Gewalt in allen Bereichen bei der zweiten Frage. Man kann natürlich einwenden, dass das individuelle Sicherheitsgefühl nicht eins zu eins der tatsächlichen Sicherheitslage entspricht. Dem ist allerdings beizufügen, dass die Befragten über einen Erfahrungsraum von sechs bis neun Monate nach dem Kurs verfügen, also eine gewisse Wirklichkeitserfahrung reflektiert worden ist. Zudem darf man der positive Wirkung des Thomas' Theorem vertrauen, das besagt «Was als Realität wahrgenommen wird, hat seine Konsequenzen in der Zukunft». Wenn Mädchen sich als selbstbestimmt wahrnehmen und über die Kenntnisse verfügen, ihre Selbstbestimmtheit zu verteidigen, kann man mit Fug und Recht annehmen,

dass dies seine Wirkung hat, wie wir etwa am Beispiel von Kabare zeigen konnten.

Die Genauigkeit, mit der die Befragten die Gründe für den Wandel anführten, lässt uns auch schliessen, dass dieser «Sicherheitsprung» mehr als Wunschdenken ist. Der Kern des Wandels sehen die Befragten eindeutig bei sich selber: «Ich fühle, dass ich mich jetzt selber verteidigen kann (69 Nennungen), «Ich weiss, dass mein Körper mir gehört» (62), «Ich weiss, wie gefährliche Situationen zu vermeiden sind» (61), «Ich habe mein Verhalten geändert» (55), «Meine Fähigkeit, mich zu verteidigen, hat zugenommen» (55), «Ich kann jetzt erklären, was ich will und was ich nicht will» (50). Erst nachher wird die unterstützende Rolle der Umgebung: BetreuerInnen, LehrerInnen, Polizei etc. erwähnt.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Frage, warum die Freundin einen Selbstverteidigungskurs besuchen sollte. Angeführt wird die Liste der Gründe mit der Ausbildung des Selbstvertrauens und der Fähigkeit zum Selbstschutz (55 Nennungen) und der Kenntnis der Selbstverteidigungstechniken (30). Weitere Gründe sind, dass über sexuelle Gewalt gesprochen wird und man sensibilisiert wird für ihre Formen und dass man den eigenen Körper zu respektieren lernt.

Zum Abschluss: Wir haben die Auswertung, unsere Erfahrung in den Kursen und das Werkheft versuchsweise durch die Brille des Evaluationsrasters für psychosoziale Veränderungen angeschaut. (Madörin/Clatcherty 2009) Darin sind die folgenden Indikatoren verwendet worden: Emotionales Selbstwahrnehmung, Unabhängigkeit, Selbstwert, soziales Netzwerk, Empathie, Flexibilität, Problemlösung, Befriedigung der Grundbedürfnisse, Normalisierung, Kenntnisse und emotionale Grundstimmung. Wir sind positiv überrascht gewesen auf wie vielen Ebenen unser Selbstverteidigungstraining Wirkungen hat respektive haben kann.

Und dies zum Allerletzten: Natürlich hat angesichts der existierenden sexuellen Gewalt gegen Mädchen Selbstverteidigung für Mädchen absolute Priorität. Dennoch stellt sich die Frage: Und die Knaben? Was wird getan, um ihnen ein anderes Rollenverständnis näher zu bringen, damit sie aktiv, und nicht nur reaktiv, ihren Beitrag an ein gewaltfreieres and respektvolleres Neben- und Miteinander leisten können. Einen Anfang haben wir mit den ge-

schlechtergemischten Gruppen und Diskussionen zu Geschlechterrollen und -stereotypen gemacht. Aber das genügt nicht. Zusammen mit PALLAS planen wir für 2012 ein Training zur Gewaltprävention für Knaben – als Ergänzung zur Selbstverteidigung der Mädchen.

* DR. KURT MADÖRIN ist Gründer der Waisenorganisation VSI (Humuliza) und Initiant des Grossmütter-Hilfswerks KwaWazee in Tanzania. Er lebt seit einigen Jahren in Tanzania und ist Berater für REPSSI (Regional Psychosocial Support Initiative for Children Affected by AIDS, poverty and conflict). Kontakt: kurt@repssi.org

Kwa Wazee unterstützt 900 Grossmütter und ihre Enkel mit einer monatlichen Rente und Kinderzulagen, die ihnen erlauben, ihre dringendsten Grundbedürfnisse besser abzudecken. Seit 2010 führt Kwa Wazee Selbstverteidigungskurse der Mädchen durch und plant Gewaltprävention für Knaben. www.kwa-wazee.ch

Resources

Das Werkbuch ist ein englischer Sprache und in Kiswahili als elektronische Kopie erhältlich. Kontakt: kurt@repssi.org
Madörin/Clatcherty, "Are we making a difference?", REPSSI 2009, S. 11
Das "Impact assessment of Self Defense - the Views of the Participants" ist elektronisch erhältlich bei kurt@repssi.org

Reform der Weltgesundheitsorganisation

GROSSES INTERESSE DER SCHWEIZ AN EINER GESTÄRKTEN WHO

Die Weltgesundheitsorganisation hat dieses Jahr einen umfassenden Reformprozess eingeleitet. Dies ist dringend notwendig, um den kommenden Herausforderungen der globalen Gesundheit gerecht zu werden, schreibt **GAUDENZ SILBERSCHMIDT***.



Die Weltgesundheitsorganisation WHO ist die Sonderorganisation der UNO für die Gesundheit und besteht heute aus der Weltgesundheitsversammlung der 193 Mitgliedsstaaten, dem Exekutivrat (34 auf drei Jahre gewählte Mitglieder, welche jeweils ihr Land vertreten) und dem von der Generaldirektorin Dr. Margaret Chan geleiteten Sekretariat mit rund 8000 Mitarbeitenden. Die WHO wurde vor 63 Jahren gegründet. Der Gesundheitssektor hat sich seither national und global gewandelt. Die WHO braucht deshalb dringend eine tiefgreifende Reform. Doch was soll reformiert werden, und wohin soll diese Reform führen?

Eine reale Organisation kann den 1946 geschriebenen aber auch heute noch sehr modernen Verfassungstext der WHO (www.admin.ch/ch/d/sr/c0_810_1.htm) kaum je voll gerecht werden und die in Art. 2a der Verfassung beschriebene «leitende und koordinierende Rolle in der internationalen Gesundheit» nicht uneingeschränkt wahrnehmen.

Die WHO Generaldirektorin hat deshalb den Beginn einer umfassenden Reform vorgeschlagen, was von der Weltgesundheitsversammlung (WHA) im Mai 2011 unterstützt wurde. Dazu wird vom 1.-3. November 2011 in Genf eine Sondersitzung des Exekutivrates der WHO die zurzeit in einem konsultativen Prozess erarbeiteten Vorschläge zur Reform beraten. Ziel der Reform ist es, die WHO fürs 21. Jahrhundert zu rüsten angesichts einer immer verflochteneren Welt, in welcher der Gesundheitssektor nicht mehr in einer Sonderrolle verharren kann, die Zweiteilung der Welt in Industrie- und Entwicklungsländer nicht mehr der Realität entspricht und die Mehrzahl der Armen in Schwellenländern leben, in denen der Aufbau eines alle EinwohnerInnen erreichenden Gesundheitssystems primär mit inländischen Quellen finanziert werden kann.

Folgende Herausforderungen in Bezug auf die Reform sind zu nennen: Finanzierung und Priorisierung der Arbeit der WHO, Einbezug der Stakeholder der globalen Gesundheit und Managementreformen.

FINANZIERUNG UND PRIORISIERUNG DER ARBEIT DER WHO

Die WHO war bei ihrer Gründung die wichtigste und praktisch einzige internationale Gesundheitsorganisation. Unterdessen bestehen viele andere öffentliche und private Organisationen, teils mit grösserem Budget, wie der Globale Fonds gegen AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) oder die Bill und Melinda Gates Stiftung. Zudem haben die Investitionen der Industrieländer in die Entwicklungszusammenarbeit zu Gesundheit massiv zugenommen und spielen sowohl die Nichtregierungsorganisationen NGOs wie auch die Privatindustrie eine immer grössere Rolle. Während noch 1990 das WHO Budget rund einen Viertel der globalen Entwicklungsgelder in Gesundheit ausmachte, sind es heute noch gut 10%. Über Dreiviertel davon sind zudem nicht durch die regulären Mitgliederbeiträge, sondern über häufig sehr spezifisch gesprochene Projektunterstützungen finanziert. Die WHO muss auf eine bessere finanzielle Basis gestellt werden. Dazu müssen die Mitgliedsstaaten und andere Geldgeber wissen, wo die Prioritäten der Organisation liegen. Aus meiner Sicht muss sich die WHO überlegen, welche Tätigkeiten nur von ihr ausgeführt werden können und welche Aufgaben besser von anderen Akteuren erfüllt werden sollten.

Gleichzeitig sollte bei der Priorisierung der Arbeit der WHO eine Balance gefunden werden zwischen einer klaren Ausrichtung der Arbeit auf die Ärmsten dieser Welt (unabhängig davon, ob sie in armen Ländern oder aufkommenden Schwellenländern leben) und der technisch-normativen Arbeit – z.B. bezüglich Kontrolle von Infektionskrankheiten –, welche für alle Menschen der Welt relevant ist.

Die Priorisierung stellt auch eine Herausforderung für die WHO-Mitgliedstaaten dar. In den letzten zehn Jahren hat die Weltgesundheitsversammlung durchschnittlich 25 Resolutionen pro Jahr verabschiedet. Da erstaunt es kaum, dass viele dieser Resolutionen kaum umgesetzt wurden. Andere Übereinkommen hingegen, wie die Tabakrahenkonvention FCTC oder die internationalen Gesundheitsvorschriften, haben für die globale Gesundheit deutliche Fortschritte gebracht. Auch die WHA und das Executive Board müssen lernen, klare Prioritäten zu setzen, und dazu die Regeln ihrer Arbeit anpassen.

EINBEZUG DER STAKEHOLDER DER GLOBALEN GESUNDHEIT

Die WHO kann nicht wie früher Ärzte eine Therapie verschreiben und von oben bestimmen, was gilt, sondern sie muss eine Plattform der Koordination aller Akteure werden. Dies ist aber schwierig, wenn an der WHA einzig die 193 Mitgliedsstaaten das Sagen haben ohne Miteinbezug anderer Akteure. Dr. Chan schlägt deshalb die Schaffung eines Weltgesundheitsforums vor, zu welchem die wesentlichen, im Gesundheitssektor tätigen Stakeholder eingeladen sind. Dieses Forum sollte die Meinungsbildung für wesentliche Entscheidungen der globalen Gesundheit beeinflussen können, darf aber nicht die Souveränität der Entscheidungen der Mitgliedsstaaten an der WHA in Frage stellen. Aus meiner Sicht sollte dies nicht eine grosse, zwingend von der WHO organisierte Konferenz werden. Wenn die Generaldirektorin es schafft, einen echten Dialog zwischen den verschiedenen Stakeholdern zu schaffen, würde ich dies sehr begrüssen. Einige NGOs kritisieren den Vorschlag eines Weltgesundheitsforums, da auch die Industrie daran teilnehmen sollte. Ich teile diese Kritik nicht, da die Industrie ihre Anliegen auch einbringen soll und mögliche Interessenskonflikte vor allem mit Transparenz betreffend der Interessensbindungen angegangen werden sollten.

MANAGEMENTREFORMEN

Um glaubwürdig die Führungsrolle in globalen Gesundheitsfragen wahrnehmen zu können, braucht die WHO einen transparenten Budgetprozess, ein modernes Management und eine zukunftsorientierte Personalpolitik. Historisch gesehen war die WHO eine rein technische Organisation, welche Personal mit fachlichem Know-how im Bereich Gesundheit rekrutierte. Nun ist die Welt aber komplexer geworden, so dass die WHO auch Mitarbeitende mit Kenntnissen in verschiedensten Gebieten wie Kommunikation, Ökonomie, Recht, Diplomatie und vielem mehr braucht.

ROLLE DER SCHWEIZ

Die Schweiz hat ein grosses Interesse an einer gestärkten WHO. Als relativ kleines und neutrales Land ist sie auf ein gut funktionierendes multilaterales System angewiesen. Die Schweiz ist Sitzstaat der WHO und vieler anderer Hauptakteure der globalen Gesundheit. Wesentliche Wirtschaftszweige, wie Pharma- und Lebensmittelindustrie, beeinflussen die globale Gesundheit. Zudem soll die Schweiz ihrer humanitären Tradition treu bleiben. Als erstes Land haben wir seit 2006 eine explizit ausformulierte Gesundheitsaussenpolitik (GAP, www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11523/), welche gegenwärtig revidiert wird und zu der diesen Herbst eine Konsultation für alle interessierten Akteure geplant ist. Durch ihre politische Konsenskultur und spezifisch durch die GAP hat die Schweiz grosse Erfahrung im Suchen nach Kohärenz der verschiedenen Politikbereiche. Auch die WHO und andere Akteure der globalen Gesundheit brauchen in Zukunft kohärentere Politiken, um dem in der WHO Verfassung festgelegten Ziel des bestmöglichen Gesundheitszustands aller Menschen einen wesentlichen Schritt näher zu kommen. Dafür setzt sich die Schweiz im Rahmen ihrer Mitgliedschaft im WHO Exekutivrat ein.

* **DR. GAUDENZ SILBERSCHMIDT** ist Vizedirektor des BAG, wo er als Botschafter die Abteilung Internationales leitet. Er vertritt seit diesem Mai die Schweiz im Exekutivrat der WHO.

Quellen zum Reformprozess der WHO

Beginn des Reformprozesses: http://www.who.int/dg/future_financing/en/

Beschluss der WHA: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R2-en.pdf

Gaudenz Silberschmidt: How to set priorities for the World Health Organization Global Health

Programme Working Paper N° 6, Geneva 2011. <http://bit.ly/j3CeJU> (pdf)

Quellensammlung von Medicus Mundi International: www.bit.ly/whoreform

MAGAZIN

BETHLEHEM MISSION

DAS LEBEN IST EINFACH NUR HART

BETHLEHEM MISSION IMMENSEE: ENGAGEMENT FÜR GESUNDHEITSPROJEKTE IN AFRIKA

Von Elisabeth Gebistorf Käch

Die neue MMS-Mitgliedorganisation Bethlehem Mission Immensee (BMI) vermittelt Fachpersonen, die ihr Know-how drei Jahre lang ohne Entlohnung in Projekte in Lateinamerika, Afrika und Asien einbringen. Partnerorganisationen der BMI in 11 verschiedenen Ländern profitieren davon. Insbesondere in Sambia, Kenia und Simbabwe sind Gesundheitsfachleute tätig.

Fünf engagierte Fachfrauen arbeiten derzeit im Auftrag der BMI in afrikanischen Gesundheitsprojekten: Regina Jesse, Fachfrau für Palliative Pflege, begleitet im sambischen Kabwe todkranke Menschen. Gemeinsam mit Freiwilligen des Home Based Care-Teams – vergleichbar mit unserer Spitex – fährt sie in die Dörfer, ermutigt Menschen, die mit dem HI-Virus leben, pflegt und begleitet sie und ihre Angehörigen. Auch Renate Gisler engagiert sich für die Home Based Care (HBC) in Sambia: Die Pflegefachfrau Onkologie koordiniert die HBC für HIV- und Aids-Patienten in Moomba. Christine Seelhofer, auch sie Pflegefachfrau, unterstützt im St. Luke Mission Hospital in Mpanshya, Sambia, ein Team, das unterernährte Kinder systematisch erfasst und behandelt. Zudem koordiniert und vernetzt sie regionale Dienstleister im Ernährungsbereich. Am Silveira Hospital in Simbabwe ist die Homöo-

pathin Yvonne Heinzer tätig: In Absprache mit Ärzten der klassischen Schulmedizin behandelt sie Kranke homöopathisch und baut eine Sprechstunde dafür auf.

EIN HARTER ABER WIRKUNGSVOLLER ALLTAG

Katrin Heeskens schliesslich ist Pflegefachfrau und Gesundheitswissenschaftlerin. Seit bald drei Jahren arbeitet sie beim Apostolischen Vikariat Isiolo in Kenia, einer der BMI-Partnerorganisationen. Sie koordiniert die diözesanen Gesundheitseinrichtungen und besucht dazu regelmässig entlegene Aussenstationen. Katrin Heeskens arbeitet mit staatlichen und kirchlichen Organisationen zusammen und vernetzt sie – ein wirkungsvoller Ansatz, der wesentlich zur Verbesserung der gesamten Infrastruktur in Isiolo beiträgt.

Katrin Heeskens erzählt: «Isiolo liegt im Norden Kenias, ein paar Autostunden von Nairobi entfernt. Fährt man von Isiolo aus nochmals 1,5 Stunden weiter, ticken die Welt, die Zeit und die Traditionen noch anders als in unserem Alltag». Eben ist sie von einem aufwühlenden Besuch aus Donyo Lengala, einem kleinen Dorf im Samburu-Land, zurückgekehrt. Donyo Lengala ist vom Team des Gesundheitspostens bisher noch nicht besucht worden. Sie erzählt weiter: «Kürzlich kontaktierte mich Alex Rukunga, der frühere Lehrer unserer Tochter. Er bat mich um Unterstützung für die Bevölkerung, da eine medizinische Grundversorgung und Impfungen fehlen und vor allem Frauen Informationen zum Thema Gesundheit benötigten.»



181 KRANKE AN EINEM TAG BEHANDELT

Als die mobile Klinik in Donyo Lengala vorfuhr, nutzten viele Menschen die Gelegenheit für eine Gesundheitsberatung. «Ihr Gesundheitszustand war oft sehr schlecht. Wir waren ein Team von 5 Personen, 181 Kranke sahen und behandelten wir an diesem einen Tag», fährt Katrin Heeskens fort. «Die Samburu-Familien sind gross mit vielen kleinen Kindern. Es gibt keinen Zu-

gang zur Familienplanung. Krankheiten und Dürre, doch auch viele tödlich verlaufende Geburtskomplikationen sind an der Tagesordnung. Mein Job während den Klinikstunden war das Wiegen und Messen des Ernährungszustandes anhand «MUAC»: Bei Kindern zwischen 6 Monaten und 5 Jahren messen wir den Oberarmumfang, so finden wir heraus, welche Kinder die Nahrung am dringendsten benötigen. Während

dieser Arbeit konnte ich einige Gespräche führen, denn der Haupt Chief – er hat 3 Frauen und 12 Kinder – spricht als Einziger Kiswahili, das der Lehrer Alex Rukunga für mich übersetzte. Nach und nach wurde unser Gespräch immer offener. Wir tauschten uns auch länger über die weibliche Genitalbeschneidung aus, die hier immer noch gang und gäbe ist. – Abends, als wir nach 13 Stunden Arbeit wieder zuhause ankamen, waren wir alle todmüde!»

EINFACHSTE VERHÄLTNISSE

Alex Rukunga war von der Regierung für drei Jahre in dieses Dorf versetzt worden und sah sich mit einfachsten Verhältnissen konfrontiert. Er selber schläft und wohnt im Raum neben dem Klassenzimmer auf dem Boden, Wasser muss 8 km entfernt geholt werden. Die Kinder bringen morgens Wasserkanister in die Schule mit, damit ihre zwei Lehrer Wasser haben und die Schulköche den Mais für ungefähr 100 Schülerinnen und Schüler kochen können.

Kommunizieren kann der Lehrer in Donyo Lengala nur mit Händen und Füssen: Kaum jemand spricht die Amtssprache Kiswahili, geschweige denn Englisch. Alex Rukunga spricht diese beiden Sprachen. Die meisten Menschen in Donyo Lengala jedoch verständigen sich in Kisamburu, einer eigenständigen Sprache ohne Bezug zur Amtssprache.

Der Besuch in Donyo Lengala hat Katrin Heeskens sehr betroffen gemacht: «Das Leben im Samburu-Land ist einfach nur hart, vor allem für die Frauen und Kinder. Es ist trocken, trocken und nochmals trocken. Als einzige Hütte steht seit erst zwei Jahren die Schule. Die mangelnden Sprachkenntnisse bei Leuten sind ein unüberwindliches Hindernis bei ihrer Suche nach bezahlter Arbeit. Vom übrig gebliebenen Vieh – bei der Dürre 2009 sind fast alle Tiere umgekommen – können sie kaum leben. Sie überleben vor allem durch die Nahrungsmittelhilfe der Regierung: Maiskörner und rote Bohnen. Seit Monaten sind aber keine Bohnen (die das benötigte Eiweiss enthalten) mehr da und so werden ein Mal täglich gekochte Maiskörner gegessen. Nichts Frisches in Sicht, kaum Milch und Fleisch. Die Auswirkungen der Dürre 2009 sind noch deutlich spürbar und es scheint, dass der Norden Kenias auf die grösste Katastrophe seit 60 Jahren zusteuert.

WELTWEIT TÄTIG

Die Bethlehem Mission Immensee mit Sitz in Immensee SZ engagiert sich weltweit für Benachteiligte. Sie setzt dabei auf eine soziale und nachhaltige Entwicklung. Fachpersonen arbeiten partnerschaftlich mit den Menschen in den Einsatzgebieten zusammen, leben an ihrer Seite und pflegen interkulturellen Austausch im Alltag.

Mehr als 75 freiwillige Fachpersonen sind in Ländern Lateinamerikas, Afrikas und Asiens in der Pastoral-, Bildungs- und Entwicklungsarbeit tätig. Schwerpunktländer sind Kolumbien, Ecuador, Peru, Bolivien, Sambia, Simbabwe, Kenia, Taiwan und die Philippinen.

Durch Bildungs- und Informationsarbeit in der Schweiz regt die Bethlehem Mission Immensee zu solidarischem Denken und Handeln an. Sie ist Trägerin des Bildungszentrums RomeroHaus in Luzern und Herausgeberin der Zeitschrift «WENDEKREIS».

Bethlehem Mission Immensee,
Bethlehemweg 10, Postfach 62, CH-6405 Immensee
Tel. +41 41 854 11 00, Fax +41 41 854 14 00,
E-Mail: info@bethlehem-mission.ch
Internet: www.bethlehem-mission.ch,
Post-Konto 60-394-4

SUPPORT: VEREIN ZUR UNTERSTÜTZUNG GEMEINNÜTZIGER
GESUNDHEITSINSTITUTIONEN UND - PROJEKTE IN WESTAFRIKARBEIT

ZUSAMMENARBEIT AUF AUGENHÖHE

Von Vincent da Silva*

«Hilfe – immer? Keine Hilfe?
Hilfe zur Selbsthilfe hilft!»,

so lautete das Ergebnis einer Auseinandersetzung mit der Thematik, die der Gründung des gemeinnützigen Vereins Support 2007 lange vorausging. InitiantInnen waren eine Handvoll Leute, welche bereits einige Jahre nicht-staatliche medizinische Nonprofit-Institutionen unterstützten. Seit diesem Frühling ist Support Mitglied im Netzwerk Medicus Mundi Schweiz

Mittlerweile besteht der Kern von SUPPORT aus einem kleinen, interdisziplinären Team engagierter Leute in der Schweiz, in Österreich und Deutschland, denen die Gesundheit von notleidenden Menschen in fernerer Regionen Afrikas nicht gleichgültig ist, und die davon überzeugt sind, dass überlegte Hilfe zur Selbsthilfe langfristig hilft. Viele weitere bereitwillige Kräfte stehen der Organisation immer wieder zur Seite. Formell besteht der Verein Support derzeit aus rund 90 unterschiedlich aktiven Mitgliedern sowie dem fünfköpfigen ehrenamtlichen Vorstand.

ZWECKAUSRICHTUNG DES VEREINS

SUPPORT will mit einer gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit einen Beitrag leisten zur nachhaltigen Verbesserung der Gesund-

heit von benachteiligten Bevölkerungskreisen Westafrikas, welche kaum Zugang zu ausreichender medizinischer Versorgung haben.

UNSERE ZIELE – WAS WILL SUPPORT?

Konkret steht die Stärkung von nicht-profitorientierten medizinischen Institutionen und von Gesundheitsprojekten im Zentrum unserer partnerschaftlich ausgerichteten Projektarbeit.

Auf den jeweiligen Bedarf abgestimmte Hilfe zur Selbsthilfe ist dabei der zentrale Gedanke, welcher unsere medizinische Unterstützungsarbeit leitet. Support unterstützt jeweils gemeinnützige Gesundheitsinterventionen, die im örtlichen Gesundheitswesen initiiert und eigenverantwortlich getragen werden. Damit soll eine sozial ausgleichende und gleichzeitig nachhaltige medizinische Entwicklung in Westafrika gefördert werden. Ethnisch, politisch und religiös sind wir unabhängig und neutral.

DAS AKTUELLE PROJEKT – WEN UNTERSTÜTZT SUPPORT KONKRET?

In unserem derzeitigen Unterstützungsprojekt arbeiten wir mit dem Missionsspital Sacred Heart Hospital (SHH) in Abeokuta, Südwestnigeria, zusammen.

Seit 1895 engagiert sich das SHH für eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Region. Das Missionsspital nimmt sich insbesondere auch jener Menschen an, die kaum über finanzielle Mittel verfügen und trifft Vorkehrungen für die medizinische Basisversorgung in entlegenen Gebieten mittels mobiler Kliniken.





Aktuell unterstützen wir das SHH beim Ausbau seiner medizintechnischen Infrastruktur v.a. zur Bekämpfung der Kinder- und Wochenbettsterblichkeit – hier besteht grosser Handlungsbedarf.

HILFE AN ZIELINSTITUTIONEN IN FORM VON
Bisherige Unterstützung:

- a) Beschaffung und Versand von dringend benötigten medizinischen Geräten/Instrumenten und Hilfsmitteln (vor allem gebrauchte in gutem Zustand)
- b) Organisation fachmännischer Unterstützung in Planung, Auf- und Ausbau des Technischen Dienstes und die Weiterbildung des Personals vor Ort

Zukünftige Unterstützung:

- c) Rekrutierung von medizinischen Fachpersonen zur periodischen Beratung und Weiterbildung des medizinischen und technischen Personals vor Ort
- d) Punktuelle kurze(Ferien-)Einsätze von medizinischen Fachpersonen – auch im Rahmen eines Nord-Südaustausches

LOKALE BEDARFSBESTIMMUNG – EIGENINITIATIVE – PARTNERSCHAFT

Die konkreten Probleme benannte das SHH selbst. Erst danach wurde gemeinsam ein von beiden Seiten als realistisch betrachtetes und realisierbares Projekt ausgearbeitet.

EIGENVERANTWORTUNG – HILFE ZUR SELBST-HILFE – NACHHALTIGKEIT

Die medizinischen Gerätschaften werden nicht nur dringend gebraucht; sie werden vom SHH vor allem auch als eine Startgrundlage verstanden, um damit aus eigener Kraft ihre Angebote im örtlichen Gesundheitswesen weiter verbessern und langfristig entwickeln zu können. Mit diesem Unterstützungsmodell will SUPPORT die Entwicklung von Wissen, Kompetenzen und weiteren Kapazitäten fördern helfen.

WAS HAT SUPPORT ERREICHT?

Dank der nun verbesserten Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsüberwachung konnte im SSH u.a. die Wochenbettsterblichkeit in den letzten 4 Jahren um mehr als 55% gesenkt werden.

GEDANKEN ZUR STRATEGIE VON SUPPORT

Die kontroverse Grundproblematik der Nachhaltigkeit gesundheitlicher Entwicklungshilfe wird im Verein in jeder Phase unserer Projektarbeit immer wieder thematisiert. Sind unsere Bemühungen Symptom- oder Ursachenbekämpfung bzw. Problemlösung?

Support vertritt die Haltung einerseits einer gemeinsamen Problemsichtung und -lösung durch Betroffene und Helfende – Partnerschaft auf gleicher Augenhöhe – und andererseits der Förderung von Selbsthilfe. Damit kann langfristig eine Verbesserung im Angebot der Gesundheitsdienste und ein Empowerment von Benutzern der Gesundheitsdienste (Stärkung der Nachfrage) erreicht werden.

WIE WEITER?

Als junger Verein zielt Support weiter daraufhin, sich neben bzw. über Direkthilfe hinaus, auf langfristige und selbsttragende Problemlösungen auszurichten. Support will durch Mitwirkung und Kooperation im Netzwerk der in der Gesundheitszusammenarbeit engagierten Organisationen selber mehr über Entwicklungszusammenarbeit lernen und sich weiterentwickeln.

* VINCENT DA SILVA, MD. ist Präsident des Vereins Support, Postfach 146, CH-5015 Erlinsbach.
Kontakt: vincedasilva@med-support.ch. Web: <http://www.med-support.ch>

GESUNDHEIT – EIN MENSCHENRECHT LA SANTÉ – UN DROIT HUMAIN

10. SYMPOSIUM DER SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITZUSAMMENARBEIT BASEL, 8. NOVEMBER 2011

GESUNDHEIT IST EIN MENSCHENRECHT:

Das ist der oft vergessene Kern der internationalen Gesundheitspolitik und der Gesundheitszusammenarbeit. Doch noch immer sterben jedes Jahr in den Entwicklungsländern Millionen Menschen an leicht vermeidbaren Krankheiten. Das Menschenrecht Gesundheit wird ganz grundsätzlich verletzt. Das vom Schweizerischen Roten Kreuz und dem Netzwerk MMS organisierte Symposium diskutiert unter anderem, wie das Recht auf Gesundheit global und in der schweizerischen Gesundheitszusammenarbeit gestärkt werden kann.

www.medicusmundi.ch/mms/services/events/Symposium2011



LA SANTÉ EST UN DROIT HUMAIN:

C'est le fondement souvent oublié de la coopération et de la politique mondiale en matière de santé. Des millions de personnes dans les pays en voie de développement continuent pourtant, chaque année, de mourir de maladies qui pourraient être facilement évitées. Le droit fondamental de l'être humain à la santé est ainsi fondamentalement violé. La situation est pire encore pour les femmes, les minorités et les personnes marginalisées qui n'ont qu'un accès très limité aux soins en raison du mauvais fonctionnement du système de santé. Le Symposium, qui est organisé par le Croix Rouge Suisse et le Réseau Medicus Mundi Suisse, débat comment le droit à la santé pourrait être renforcé dans la santé extérieure de la Suisse et dans la santé globale.

www.medicusmundi.ch/mms-fr/services/events/Symposium2011