

Workshops: Symposium Maternal Health and Access to Sexual and Reproductive Rights  
1. September 2011, an der UniS in Bern

## **Report on the workshop 1: Achieving MDG5 and improving Maternal Health**

With Vincent Fauveau, responsible of the report "The state of World's Midwifery" UNFPA  
Workshop moderation: Ans van Luyben

Rapporteuse: Sibylle Bihl, PLANeS, Foundation for sexual and reproductive health

### **Questions to be answered during the discussion:**

What is needed to achieve MDG5?

Do we have good examples to look at?

What kind of projects is the SDC (Swiss Agency for Development and Corporation) doing?  
(could not be answered, as nobody from SDC participated in this workshop)

### **Inputs from Vincent Fauveau:**

In most of the countries, a health system reform is needed. This can serve as an entry point to improve maternal health. If a good health system is in place, it can respond to emergencies and does touch the rest of health services, including maternal health as well as the prevention of maternal death and obstetric care. The training of midwives can be a crucial point in the quality of services.

Historic evidence of countries like Sweden show that the creation of an association of midwives in the 17<sup>th</sup> century has led to significant decline of maternal death. So called developing countries of nowadays could take this as an example. In fact, countries as Sri Lanka, Malaysia, Thailand, Jordan and Russia invest in midwifery and are getting positive results in view of improvement of maternal health. But investing in midwifery should not go alone as it needs equipment and a functioning health care system with e.g. well equipped health centers in reaching distance for the population.

The presented bold steps (from his presentation) should be considered at best all together to get improvement and results.

### **Main discussion points**

- Should we go on with strengthening traditional birth attendants (tba's) or with training of skilled birth attendants (sba's) as for example midwives?

The training of tba's came up 20 years ago as an initiative of the World Health Organization (WHO) to assist women during delivery by respecting the local culture. In many regions of the world, births were in hands of the tba's for centuries. Findings have showed that the services of tba's have a positive effect for pregnant woman on the emotional level, but it did not decline mother mortality rate as expected and did not help to achieve MDG5.

That's why the WHO has introduced the skilled birth attendance: technical education of midwives who are ready to react to complications during delivery and to provide basic emergency care. In this system, the tba's should still play a role, but as supportive assistance to the woman. So the technical training should go fully to the skilled birth attendants and the mother is taken care both by tba's and sba's.

India for example pays tba's as soon as they bring a woman to the health center, as acknowledgment of their services – this would function well and support the partnership between tba's and sba's if there would be less corruption.

- Would it be better to train nurse-midwives or specialized midwives?

The midwifery associations are lobbying for a separate training, the nurses for a combination of nursery and midwifery. The system varies from country to country.

Vincent Fauveau made the experience that countries with nurse-midwives are unable to tell where exactly nurse-midwives work and if they actually do work as midwives. So it is more difficult to monitoring the quality and spread of midwifery than if the country has specialized midwives.

As a long-term strategy, he would promote specialized health workers as they provide a good care for the women and it pushes the government to invest in education of health workers and a functioning health system without excuse.

### **In conclusion:**

A good health system is the key and very important for improving maternal health in all the countries. For achieving that, it would be useful to invest in trainings for skilled birth attendants and to push the governments for implementing health system reforms.

## **Workshop 2:**

# **Universal Access to Reproductive Health: How to respond to the unmet need for Family Planning**

With An Huybrechts, IPPF, project coordinator Countdown 2015 Europe  
Workshop moderation: Susanne Rohner, PLANeS

### **Questions to be answered during the discussion:**

1. What is the national and the international situation / development regarding access to reproductive health and how is it organized and financed?
2. Based on this situation regarding access to reproductive health: What political demands to improve access to reproductive health in the national context and in the international context in view of development cooperation can we formulate?
3. Access to reproductive health: Let's discuss on national specific political events concerning access to reproductive health. What strategies can be developed to respond to these events and to improve access. Whom do we have to target?

### **Inputs Summary of the talk of An Huybrechts:**

1. There is **EVIDENCE** that more has to be invested to address the unmet need in family planning:
  - 818 million women in developing countries want to avoid pregnancy but are not using modern contraceptives
  - 1,5 billion adolescents are now entering their sexual and reproductive years – the largest number ever

2. There are also **BENEFITS** of meeting the unmet need:

Investment in family planning would contribute to each of the MDGs and it would make a difference. If a women is able to decide if an when she wants to have childrens, means empowerment of women, better chances for better education,...

### 3. How to **RESPOND** to the unmet need in family planning?

Increase funding of donor countries

Make sure that a full range of modern contraceptives are available and affordable

Focus on populations with greatest need

Increase political commitment

Promote gender equality and promote male involvement

Ensure education.

#### **Main discussion points**

Commitment of Switzerland in Reproductive Health and Family Planning: Reproductive Health one of the focus in the area health of the SDC. However, tracking of the money spent for reproductive health is difficult. No specific budget lines.

Switzerland has spent in 2010 0,41 % of its GNI for official development aid assistance. This is an average place in the ranking of OECD. Increase necessary.

Access to reproductive health on national level: Questions of access to contraceptives of groups like young people. Question of reproductive health of migrants: Statistics demonstrate for example less access to contraceptives, more abortions. This means that more has to be done to guarantee that vulnerable groups have access to services and contraceptives.

## **Protokoll Workshop 3: Rolle internationaler Hilfsorganisationen in der Verbesserung der Müttergesundheit in Afrika**

Moderation: Andreas Loebell, DEZA

Teilnehmerinnen: Sabrina Schipani, Regionalspital Uster; Elisabeth Gebistorf, Bethlehem Mission Immensee; Emanielle Privat, Médecins sans Frontières; Ursina Huber, Hebamme in Ausbildung; Annette Dietschy, Soziologin; Annemarie Sancar, DEZA; Milena Mihajlovic, DEZA.

Nach einer Vorstellungsrunde beginnen wir mit der Diskussion der Frage: ‚Was funktioniert und was funktioniert nicht in Bezug auf die Müttersterblichkeit in fragilen Kontexten?‘ Auf ihre Erfahrungen der Demokratischen Republik Kongo (DRC) zurückgreifend, weist Frau Sabrina Schipani auf folgende Faktoren hin: es hat sich als wichtig erwiesen, an der Basis anzufangen und die Frauen separat, auf individueller Ebene abzuholen und auf sie einzugehen sowie adäquate Lösungen zu finden. Ein Problem sei der Analphabetismus bzw. Mangel an Bildung gewesen. Der Einbezug der Männer bzw. Familien der betroffenen Frauen sei wichtig gewesen. Aufgrund ihrer Erfahrungen in Äthiopien weist Ursina Huber auf die Ethnizität bzw. Religion bzw. der damit verbundenen Politisierung der Kinderfrage als Hindernis hin, um über Geburtenkontrolle zu sprechen. Das Thema Religion wird daraufhin aufgegriffen und vertieft.

Die katholische Kirche spielt in vielen Gebieten eine wichtige und zurzeit eher konservative Rolle. Es stellt sich daher die Frage, ob an Partnerorganisationen bestimmte Fragen gestellt werden sollen. Religiöse Schlüsselpersonen müssten einbezogen werden, Veränderungen bräuchten viel Zeit und seien nicht messbar. Es stelle sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob es nicht riskant sei, wenn das Thema Müttersterblichkeit isoliert angeschaut und auf die ‚unmet needs for family planning‘ reduziert werde. Die Entwicklungszusammenarbeit

müsse alle Bereiche unterstützen, so dass die Menschen ihre Probleme selber lösen können. Die ‚donor-driven attitude‘ sei ohnehin problematisch, es sei wichtig, mit der Basisgemeinschaft individuell zu arbeiten. Das Empowerment komme auch nicht in erster Linie von aussen – Frauen wollen häufig nach einer gewissen Zeit keine Kinder mehr, es ist wichtig, sie in ihren Anliegen zu unterstützen. Wichtig sei es, Wissen zu bringen bzw. dazu beizutragen, dass dieses weiter gegeben werden könne. Allerdings müssen wir auch vorsichtig sein, wie wir mit Wissen umgehen, bzw. welches Wissen wir bringen, da in Partnerländern auch Wissen (z.B. traditionelles Wissen) vorhanden sei.

Es braucht soziale Räume, wo Austausch möglich ist. Viele Entwicklungsprogramme richten sich an Männer, es besteht wenig Raum für Anliegen von Frauen, Austausch und Treffen unter Frauen. Wir wissen zu wenig über abgelegene Gebiete und die Situation der Frauen dort. Es mangelt an professioneller Geburtshilfe bzw. Frauen müssen aufgrund ihrer spezifischen Lebenssituation (z.B. in der DRC, wo sie immer wieder in Nachbardörfer flüchten müssen) ohne professionelle Hilfe gebären. In Äthiopien sind die traditionellen Hebammen gleichzeitig Beschneiderinnen – die Unterstützung gestaltet sich hier für die Entwicklungszusammenarbeit schwierig – sollen sie ersetzt oder umgeschult werden? Es stellt sich das Problem der Akzeptanz: in Mozambique können Angestellte des öffentlichen Gesundheitswesens in den Dörfern nur wirksam tätig sein, wenn sie dort Akzeptanz finden (z.B. durch den Einbezug traditioneller Hebammen). In den Besetzten Palästinensischen Gebieten wurde ein durchdachtes System errichtet: junge Frauen werden ausgebildet und verpflichtet, nach der Ausbildung in ihre Gemeinden zurückzukehren, was funktioniert. Der Dezentralisierungs-Ansatz in der Entwicklungszusammenarbeit ist nicht unproblematisch. Wenn Gemeinden die gesamte Gesundheits-Infrastruktur mit Personal, etc. bezahlen müssen, obwohl sie häufig nicht über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen, sind Verbesserungen schwierig. Hier sind Ansätze wie Gender Responsive Budgeting oder Community / participatory Planning and Budgeting wichtig.

Hier kommen auch Probleme der Ausbeutung zum Tragen. Die DRC hätte die Ressourcen, um ein gut funktionierendes Gesundheitssystem aufzubauen, wenn diese Ressourcen nicht von westlichen Akteuren abgezogen würden. Die Menschen in der DRC wissen zwar, was vor sich geht, aufgrund des Mangels an Stabilität können sie sich jedoch nicht wehren. Die Gesundheitskosten sind hoch, die Menschen verdienen wenig, die Frauen haben einen tiefen Status und keine Priorität, wenn ein Mann US\$ 100.00 verdient, ist er nicht bereit, Gesundheitskosten für seine Frau zu bezahlen sondern wird eher in Güter, von denen er sich ökonomischen Fortschritt verspricht, z.B. in einen Lastwagen, investieren. Auch für die Entwicklungszusammenarbeit stellt die Ökonomisierung ein Problem dar: sollte sie nicht auch aktiv werden, wenn keine Rentabilität im gängigen Sinne erreicht werden kann? Welche Rolle kommt dem Staat zu und wenn er das Gesundheitsangebot nicht gendergerecht leisten kann, sollte es die internationale Gemeinde sein, die in einer Form der Subvention (Budgethilfe) dafür schaut, dass Frauengesundheit auch da sichergestellt ist wo keine direkt rentablen Investitionen gemacht werden.

Im Rahmen der Schlussdiskussion über die Frage, was die Schweiz tun kann, wurden folgende Vorschläge gemacht:

- Know-how bringen und multiplizieren
- Mehr personelle Ressourcen und Ausbildung von Gesundheitspersonal
- Paradigmenwechsel nötig
- Über 2015 hinausschauen

- Eher traditionelles als nur modernes Wissen aus der Schweiz mitbringen sowie Menschen darin unterstützen, ihr traditionelles Wissen zu stärken
- Wissen muss adaptiert werden
- Es braucht mehr Aufmerksamkeit dafür, was wirklich Verbesserungen für die Gesundheit bringt
- Auf der politischen Ebene braucht es Verantwortung und klare Signale dafür, welche Güter bezogen werden; auch unser Konsum sollte kritischer werden; der Zusammenhang zwischen Handel, Ernährungssicherheit und Gesundheit sollte aufgezeigt werden
- GenderBudgeting Initiativen im Bereich Gesundheit unterstützen, umfassende Erhebungen finanzieren, Budgethilfe mit Gender-Responsive Kriterien...

Milena Mihajlovic, 5. September 2011