## HOVEDPUNKTER

**Norge vil i sin styreperiode i UNAIDS programstyre særlig legge vekt på følgende:**

* UNAIDS skal bidra til at målet om 15 millioner mennesker på behandling, halvering av seksuell smitte og kraftig reduksjon av mor-barn smitte innen 2015 oppfylles.
  + Sikre at alle grupper får medisinene de har behov for (barn, pasienter med tuberkulose-koinfeksjon, utsatte grupper, etc)
  + Integrere satsing på tidligere testing, behandling og primærforebygging for å oppnå maksimale synergieffekter.
* UNAIDS skal bidra til å mobilisere for og sikre effektiv utnyttelse av ressurser for å understøtte bærekraftig finansiering av hivfeltet. Dette inngår i en bredere mobilisering globalt og nasjonalt for å sikre finansiering av helsetiltak.
* UNAIDS skal ta ledelsen i globalt påvirkningsarbeid for hele bredden av hivfeltet, ikke bare det som gjøres av UNAIDS-medeierne direkte
  + Arbeide for bedre arbeidsdeling, samarbeid og koordinering med medeierorganisasjonene
* UNAIDS skal særlig prioritere å styrke rettighetsfokus i det globale hivarbeidet
  + Særlig vekt på nøkkelgrupper (menn som har sex med menn, narkotikabrukere, personer som selger sex, innsatte i fengsler)
  + Kjønns- og likestillingsaspekter
  + Stigma og diskriminering, inkludert diskriminering på arbeidsplassen
* Fokus på ungdom, som målgruppe og som aktør
  + Rett til seksualundervisning, og til ungdomsvennlige SRHR-tjenester
  + Tilrettelegging for deltakelse i politikkutforming og lederskap
* Forebygging og fokus på hva som øker utsatthet for smitte
* Oppfølging av integrerte programmer for eliminering av mor-barn smitte av hiv
* Fortsatt sterk rolle for sivilt samfunn, ikke minst organisasjoner av personer som lever med hiv

**I selve styrearbeidet vil Norge understreke følgende:**

* Følge med på og bidra til å videreutvikle samhandling og koordinering mellom de ulike medeierorganisasjonene, for å unngå rivalisering og kompetansestrid mellom de ulike delene av ”UNAIDS-familien”.
* Støtte at UNAIDS vil styrke regionalt arbeid og landfokus
* Unngå detaljstyring av sekretariatet i styrearbeidet, være opptatt av overordnede spørsmål
* Arbeide for at det sivile samfunns posisjon i styret ikke skal svekkes

## 1. Bakgrunn

UNAIDS ble opprettet ved en ECOSOC-resolusjon i 1994 (1994/24), som et program for å koordinere FNs aktiviteter relatert til hiv og aids. Fordi epidemiens årsaker og konsekvenser påvirkes av og påvirker så mange ulike sektorer, så man behovet for en koordinert tilnærming, hvor de ulike FN-organisasjonene fortsatt skulle ha ansvar for å håndtere hivspørsmål innen rammen av sine mandater, mens UNAIDS skulle sikre en koordinering og samhandling mellom de ulike multilaterale aktørene. Norge har støttet UNAIDS siden starten.

## 2. UNAIDS og styret (Programme Coordinating Board – PCB)

UNAIDS er organisert med et sekretariat (inkludert ansatte på utekontorer) og et program som omfatter hivinnsatsen til de ti medeierorganisasjonene (co-sponsors) UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO og Verdensbanken. UNWomen forventes å bli den ellevte medeierorganisasjonen. Det er utarbeidet en arbeidsdeling mellom medeierorganisasjonene og rammverket ”Unified Budget, Result and Accountability Framework” – UBRAF er et verktøy for ressurstildeling, koordinering og oppfølging av UNAIDS samlede virksomhet.

### 2.1. PCB – deltakelse, mandat og funksjon

PCB har til en hver tid 22 medlemsstater i styrestolene, flere land samarbeider om hver styreplass, i vedtektene står det at hvert land skal være medlem i tre år. I tillegg har medeierorganisasjonene rett til full deltakelse i møtene, men uten stemmerett. Fem representanter for sivilt samfunnsorganisasjoner (tre fra utviklingsland og to fra ”rike” land eller land i endring) deltar også, kandidater nomineres fra sivilt samfunn, men godkjennes av PCB. Disse representantene har i henhold til vedtektene (modus operandi) noe svakere rettigheter formelt i møtene enn medeierorganisasjonene *(“invited to participate in meetings of the PCB but without the right to take part in the formal decision-making process and without the right to vote”)*. Praksis har vært at disse organisasjonene har deltatt på linje med andre styremedlemmer, og i og med at man legger opp til konsensus i vedtakene, har dette med stemmerett ikke vært noe viktig punkt (Liste over medlemmer i PCB i Vedlegg 2).

Styret møtes to ganger i året, i juni og desember i Geneve. I tillegg til selve styremøtet, har man på hvert møte en tematisk sesjon, for å kunne gå i dybden på ulike temaer.

Norge sitter i en styregruppe sammen med Danmark og Finland, og denne styregruppen har besluttet at hvert land skal sitte to år hver i styrestolen. Styregruppen arbeider tett sammen med styregruppe som består av Sverige, Sveits, Østerrike og Island. Norge var styremedlem i 2007, og har tidligere vært medlem i 1997, 2001-2002. Den norske delegasjonen til PCB har tradisjonelt bestått av representant fra UD, Norad og delegasjonen i Geneve. I tillegg har man, fra og med 2009, invitert HivNorge til å sende en representant i tråd med styrevedtak i UNAIDS.

## 3. Globale målsettinger og UNAIDS strategiske innretning

UNAIDS’ strategiske innretningen er basert på følgende styringsdokumenter:

* Høynivåerklæringen fra 2011 med globale mål og forpliktelser[[1]](#footnote-1)
* UNAIDS strategy 2011-2015 ”Getting to Zero”
* Rammeverket for resultatmåling og samhandling (UBRAF)[[2]](#footnote-2),
* Investeringsrammeverk for hvordan oppnå mest resultater for investerte midler [[3]](#footnote-3)

Høynivåerklæringen fra 2011 har som målsetting at man fram til 2015 sikrer halvering av seksuelt overført hivsmitte, eliminering av overføring av smitte fra mor til barn, behandling til 15 milloner hivsmittede, slutt på stigmatisering og diskriminering og at finansieringsgapet lukkes. UNAIDS baserer sin strategi på disse målsettingene, og har formulert visjonen om ingen nysmitte, ingen aidsrelaterte dødsfall og ingen diskriminering[[4]](#footnote-4). Arbeidet konsentreres om forebygging, behandling og fremme av menneskerettigheter og likestilling. UNAIDS målsettinger er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

### 3.1 Norsk politikk

Norske styringsdokumenter:

* Stortingsmelding 11 (2011-2012) Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken
* ”Aksept og mestring” Nasjonal hivstrategi (2009-2014)
* Norsk hiv og aids politikk. Posisjonsnotat for utviklingssamarbeidet, november 2006

I **Stortingsmelding 11** er rettighetsperspektivet med vekt på kvinner, barn, ungdom og særlige utsatte grupper som seksuelle minoriteter og personer som bruker narkotika sentralt. Videre legges det vekt på at integrerte helsetjenester skal omfatte tjenester for hiv, og at integrering med andre reproduktive og seksuelle helsetjenester er spesielt viktig. Føringer i meldingen og de øvrige dokumentene er mer utførlig beskrevet i vedlegg 1.

I tillegg til disse dokumentene som handler om hiv, vil andre sentrale meldinger, handlingsplaner og strategier også være viktige, slik som Handlingsplanene for kvinner og likestilling, for bedrete levekår for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner, og posisjonsnotat om narkotikapolitikk. Handlingsplanen for Sikkerhetsrådets Resolusjon om kvinner, fred og sikkerhet er også relevant.

## 4. Sentrale saker og utfordringer for UNAIDS og PCB

### 4.1. En kontekst i endring

Hiv har tidligere vært høyt oppe på den globale politiske agendaen, men i de senere år ser man at den politiske interessen er mindre, og at den eksepsjonelle utfordringen hiv var, nå er endret. Samtidig vet man mye mer om hva som trengs for å gjøre epidemien til historie, bl.a. viser forskning at behandling også i stor grad virker forebyggende. Styrking av helsesystemer og integrering av hiv/aids i ordinære helsetjenester vil være viktig.

Det er fortsatt behov for global solidaritet og finansiering for å nå de ambisiøse målene i UNAIDS’ strategi og erklæringen fra FNs toppmøte om hiv i 2011, men nasjonale myndigheter må ta stadig større ansvar for å finansiere hivtiltak inkludert medisiner for sine egne innbyggere.

### 4.2. Vurdering av UNAIDS rolle / arbeidsdeling med andre organisasjoner

UNAIDS vil ha et hovedansvar i forhold til globalt påvirkningsarbeid og ha en og politisk pådriverrolle for å følge opp landenes forpliktelser etter Høynivåerklæringen fra FNs toppmøte i 2011. Det innebærer at UNAIDS strekker sitt mandat utover å håndtere egne og medeierorganisasjoners aktiviteter, til å bli en global vaktbikkje og pådriver for å sikre at hensynet til hiv ikke blir borte i de globale diskusjonene. Samtidig er det en sentral oppgave for UNAIDS å bidra med kompetanse og utviklingsarbeid for å dokumentere hva som er gode tilnærminger og løsninger. I dette ligger også vekt på å sikre mekanismer for overvåke at man bruker midler på en forsvarlig måte og når de mål som er satt.

UNAIDS har en arbeidsform som er inkluderende og rettighetsbasert, ikke minst når det gjelder å inkludere hivpositive og andre deler av sivilt samfunn i arbeidet. Dette ”varemerket” er det viktig at programmet fortsatt tar vare på og videreutvikler.

For å sikre best mulig koordinering og utnyttelse av ressursene til medeierorganisasjonene er det utarbeidet en arbeidsdeling basert på organisasjonenes mandat og fortrinn. F.eks. har WHO et hovedansvar for utvikling av normer og standarder for hiv-behandling, mens UNDP har et hovedansvar for arbeidet med lovigving for å hindre stigmatisering og diskriminering. Det er viktig at denne arbeidsdelingen er tydelig, og at UNAIDS’ sekretariat bidrar til at dette fungerer godt både globalt og på nasjonalt nivå. I tillegg til den arbeidsdelingen som er avtalt mellom medeierorganisasjonene i UNIADS, må det tilstrebes god koordinering, samarbeid og arbeidsdeling med andre relevante organisasjoner, spesielt Det globale fondet for bekjempelse av aids, tuberkulose og malaria. I forhold til Fondet vil UNAIDS i tillegg kunne bidra med faglig rådgivning, ikke minst på landnivå, både til utarbeidelse av landsøknader, implementering og overvåking av resultater (monitorering).

## 5. Norske posisjoner og prioriteringer for styreperioden i PCB

### 5.1. Norske sentrale posisjoner for hivarbeidet og arbeidet i UNAIDS

**Ansvarsdeling og bærekraft**

I følge WHO kommer 31 % av helseinvesteringer i Afrika fra internasjonale kilder, mens 63 % av aidsinvesteringene er utenlandske, og 84 % av utgiftene til ARV er dekket fra utenlandske kilder. Om lag 5 % av helsebudsjettene i afrikanske land går til aids, mens det anslås at 7 % av sykdomsbyrden i Afrika skyldes hiv.[[5]](#footnote-5) Norge støtter prinsippene om ansvarsdeling (shared responsbility) og vil bidra til dialog og tilnærminger for å sikre nasjonalt eierskap og redusert avhengighet av utenlandsk støtte til hivarbeidet. Vi vil også støtte UNAIDS i arbeidet med å sikre at giverland opprettholder sine bidrag som en del av den totale innsatsen for å støtte helsetiltak globalt.

Norge vil bidra til at UNAIDS fortsetter å jobbe for å finne nye kilder og nye mekanismer til finansiering, deriblant nye giverland med raskt voksende økonomier. Vi vil også legge vekt på at UNAIDS bidrar i arbeidet for effektivisering av den globale, nasjonale og lokale hiv-innsatsen

Via det regionale norsk-svenske rådgivningsteamet i Lusaka og i samarbeid med Sverige, kan vi få mer informasjon om det regionale arbeidet og utfordringene i Afrika bruke kunnskaper derfra mer inn i styrearbeidet. Det regionale teamet representerer også en mulighet til å støtte arbeidet til sentrale aktører i Afrika, og er slik sett en del av Norges bidrag til å oppnå målene i UNAIDS’ strategi.

**Forebygging**

I det senere har det blitt dokumentert at personer som går på behandling uten målbar virusmengde, er svært lite smittsomme, og at risiko for seksuell smitte kan reduseres med opptil 96 %. Det er dessuten veldokumentert at vellykket behandling gjennom svangerskap, fødsel og ammeperiode nesten eliminerer smitteoverføring fra mor til barn.

Det er likevel viktig å understreke at 30-40 % av smitte i generaliserte epidemier skjer i de første ukene en person er smittet, og før man kan vite at man er smittet. Strategien ”behandling som forebygging” må derfor integreres med primærforebyggende tiltak, og det er viktig å jobbe målrettet for at flere tester seg på et tidligere tidspunkt.

Forebygging og behandling må forsterke hverandre gjensidig, og må ses i et rettighetsperspektiv. Alle må få rett og tilgang til kunnskap og tjenester for seksuell og reproduktiv helse, til skadebegrensende tiltak for injiserende narkotikabrukere, og tilgang til behandling, både for hiv og for hivrelaterte sykdommer.

Forebygging må fortsatt prioriteres, og det langs flere linjer. Det utvikles flere og bedre biomedisinske hjelpemidler som er nyttige, slik som mannlig omskjæring, pre- og post profylaktisk behandling, kvinnekondomer og på sikt forhåpentligvis også mikrobisider. Det er viktig å sikre at gode og tilgjengelige hjelpemidler blir gjort tilgjengelige for de som trenger dem.

Det vil likevel være særlig viktig å arbeide for å få hensiktsmessig atferdsendring, både gjennom direkte motiverende tiltak, men også gjennom å se på sårbarhetsfaktorer som øker grupper og enkeltpersoners utsatthet for smitte, og arbeid for å sikre menneskers grunnleggende rettigheter.

Det må satses videre på forskning og utvikling av nye innovative metoder for testing, forebygging, behandling og oppfølging av pasienter, for å sikre jevn tilgang til gode medisinregimer, og særlig for å sikre medisiner for barn med hiv, og pasienter med tuberkulose-koinfeksjon, og andre utsatte grupper. Forholdet mellom malaria og hivinfeksjon bør også få mer oppmersomhet.

**Integrerte tjenester og SRHR**

Integrering av hiv i vanlige helsetjenester er særlig aktuelt når det gjelder ARV-behandling og oppfølging, samt for forebygging av hivsmitte fra mor til barn. Norge vil følge med i utrulling av planen for eliminering av **mor-barnsmitte**. I tillegg vil vi ha oppmerksomhet på integrering av tjenester for tuberkulose og hiv.

Etter hvert som hiv får mer og mer karakter av å være en kronisk sykdom, blir det viktig at arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer også tar opp i seg utfordringer med hivrelaterte sykdommer, og omvendt, at de som jobber med hiv, også integrerer et bredere perspektiv i sitt arbeid.

Arbeidet for bedre **medisinkombinasjoner og rimeligere ARV-medisiner** er viktig, og dette vil Norge støtte gjennom UNITAID, men også når det er relevant, via WHO, Det globale fondet og UNAIDS’ styrer. Vi vil arbeide for globalt og nasjonalt, langsiktig og forpliktende finansieringsansvar, med effektiv og transparent utnyttelse av midler, samt arbeid for reduksjon av medisinpriser.

**Helsearbeiderutfordringen** er Norge fortsatt engasjert i, dette er sjelden noe som tas opp i PCB, men er viktig arbeid i sammenheng med utfordringen om integrerte helsetjenester. Hivpositive pasienter rapporterer ofte om at de utsettes for stigma og diskriminering av helsepersonell, så kvaliteten på pasientbehandlingen er en viktig utfordring i dette arbeidet.

Det er fortsatt behov for å løfte fram betydning av bedre integrering mellom **hiv- og SRHR-tjenester,** og her må man se på både menns og kvinners behov for informasjon og tjenester, og til valgmuligheter. Hivpositive kvinner har ofte blitt fortalt at de ikke kan få andre prevensjonsmidler enn kondomer, dersom de ønsker andre metoder for å unngå graviditeter. Menn trekkes sjelden inn i forebygging av mor-barn-smitte, her er det god dokumentasjon på at det vil være en fordel. Ungdomsvennlige helsetjenester er også viktige tiltak.

**Økt politisering og rettighetsfokus**

Styrearbeidet i UNAIDS har i den senere tid blitt mer politisert, og det er bredere motstand bl.a. fra afrikanske land når det gjelder ulike sider av forebyggingsarbeidet og rettighetsperspektivene. Rettighetsfokus og deltakelse fra utsatte grupper og sivilt samfunn i den globale så vel som de lokale hivresponsen har vært et slags ”varemerke” for det globale hivarbeidet, og for UNAIDS. Dette blir utfordret fra land i sør, som ikke ønsker å gi grupper knyttet til uønsket atferd (salg av sex, homofili eller narkotikabruk) mulighet til å delta i strategiutforming. En del land argumenterer derfor for å svekke stemmene fra sivilt samfunn i styremøtene. Fra norsk side er det viktig å understreke det unike partnerskapet som er i hivarbeidet, og arbeide for at det anerkjennes, og kan fortsette.

**Stigmatisering og diskriminering** av hivpositive er fortsatt en utfordring både for forebygging og tilgang til behandling, og for hivpositives livskvalitet i det hele tatt. Man kobler ofte disse problemene til det generelt lave kunnskapsnivået om hiv i mange land, slik at folk har en overdreven frykt for hiv, som slår ut overfor personer som lever med hiv. I tillegg vil ulike deler av lovverket bidra til stigmatisering, slik som reiserestriksjoner, forbud mot homofili, strenge lover mot sexarbeid, narkotikabruk og overføring eller eksponering av hivsmitte. Norge vil være opptatt av at man både trenger mer kunnskap om hva som bidrar til diskriminering og stigmatisering, og å motvirke faktorer som blir et hinder for god respons på hivutfordringer.

**Arbeidsliv**

Forskning viser at diskriminering på arbeidsplassen har negativ innvirking på psykososial helse verden over. Bekjempelse av diskriminering på arbeidsplassen grunnet hiv og aids, i sammenheng med informasjon og tilgang til medisinsk behandling bygger opp under arbeidstakeres rettigheter, gir et tryggere arbeidsliv og bedre helse som igjen sikrer arbeidsgivere en mer stabil arbeidskraft. ILOs rekommendasjon 200 om hiv og aids fra 2010, som er vedtatt av arbeidslivets parter i FN, legger et viktig grunnlag for arbeidet med å bekjempe diskriminering på arbeidsplassen.

**Kjønnsaspekter**

UNAIDS’ ”Accelerated agenda for women and girls” arbeider for økt fokus på kvinners og jenters utfordringer og barrierer. Strategien for menn som har sex med menn ser særlig på disse gruppene. Fra UNAIDS sin side, er man opptatt av å se på hvem som er særlig utsatt og rette tjenester inn mot dem. ”Know your epidemic” er en viktig delstrategi for at landene skal forstå mer av de lokale smittemønstrene, men det er en stor utfordring at mange land, særlig i Afrika, ikke har data om hvordan hiv smitter mellom menn, i og med at homofili er forbudt.

I en rettighetsbasert tilnærming er det viktig å sikre forsyning og tilgang på produkter som kvinnekondomer og mikrobisider, som gir kvinner, ikke minst unge kvinner, bedre mulighet for kontroll over egen seksualitet og smittebeskyttelse. Kjønnsbasert vold er en utfordring hvor man både må jobbe med kvinner og menn for å forebygge og sikre tilgang til tjenester.

Norge vil være opptatt av at man både trenger bedre kunnskap om faktiske smittemønstre, og at innsatser må målrettes mot ulike grupper for å fungere i deres unike situasjon. En viktig gruppe som ofte glemmes, er (heterofile) menn. Det er behov for å sikre at menn blir inkludert i tiltak, ikke bare for å ”støtte kvinner”, men som en viktig målgruppe for endring.

**Ungdom**

Vi har nå større ungdomskull enn verden noen gang har hatt, og den globale finanskrisen gjør at svært mange ungdommer sliter med å få tilgang til utdanning eller arbeid. Dette er risikofaktorer for mange helseproblemer, ikke minst knyttet til rus og hiv.

Ungdom representerer samtidig et meget viktig potensial for endring og lederskap i en globalisert verden. Dette potensialet er det viktig å kunne utnytte, både som lederskap for andre ungdommer, og for den globale hivresponsen.

Ungdom spiller en viktig rolle i arbeid mot stigma og diskriminering, og som opinionsdannere. Ungdom må ha en reell deltakelse og medvirkning. Ungdom må ofte ha foreldres tillatelse til å benytte seg av helsetjenester, og er derfor også en sårbar gruppe. Norge vil jobbe for at ungdom defineres som prioritert aktør og målgruppe.

I tillegg er det svært viktig å sikre ungdom rett til relevante tjenester, slik som til en god undervisning om seksualitet og hivforebygging. Dette er kontroversielt, både arabiske og en rekke afrikanske land er tilbakeholdne med å støtte dette.

**Særlig utsatte grupper, ”nøkkelpopulasjoner.¨**

Hvem som er særlig utsatt vil variere, men i uttrykket ”key populations” har man definert inn tre grupper; menn som har sex med menn, personer som selger sex, og personer som injiserer narkotika. Disse gruppene er både sosialt marginalisert, men har også en atferd som gjør dem særlig utsatt for hivsmitte, og dermed er de også viktige å nå for å bremse spredning av hiv. I tillegg kan man legge til migranter i mange kontekster, innsatte (i fengsel eller ulike former for internering), ulike minoritetsgrupper og funksjonshemmede. I forhold til disse gruppene har Norge og Norges styregruppe tradisjonelt stått i fremste rekke for å sikre rettigheter og tilgang til både informasjon og tjenester i PCB , noe vi vil fortsette med.

Den sterkeste smitteøkningen av hiv globalt er knyttet til injiserende narkotikabrukere i Øst-Europa og Sentral-Asia, og i vesten er rusmiddelbruk (både alkohol og narkotika) en faktor i nysmitte blant menn som har sex med menn. Det er store utfordringer knyttet til hiv og fengsler, både til forebyggende og behandlende tiltak, slik som tilgang til kondomer, skadebegrensende tiltak og behandling av hiv, rus og tuberkulose.

### 5.2. Styrets funksjon og arbeid

***Globalt blikk på hivutfordringene***

PCB må ha et globalt blikk på utfordringene knyttet til hiv. Styret bør bidra til at UNAIDS kan ha en lederfunksjon til å analysere og utfordre de problemene man ser rundt i verden.

Dette innebærer bl.a. at Norge vil støtte en videreføring av den arbeidsformen styret nå har, med fokus på overordnede problemstillinger, og forsøke å unngå at styret bruker mye tid på å finjustere detaljerte vedtaksformuleringer. I en situasjon med sterkere politisering av debattene i styret, er det viktig å sikre at sekretariatets ledelse har rom til drive aktivt påvirkningsarbeid.

Investeringsrammeverket er et nyttig verktøy til å analysere hvordan man best bør investere i aidsfeltet, og dette kan utvikles videre.

**Medeierorganisasjonene og samlet respons**

Koordinering av arbeidet til hele UNAIDS-familien er fortsatt en sentral oppgave for sekretariatet og for PCB. I dette ligger oppfølging av UBRAF, og en bedre forståelse av hvordan hivarbeidet skjer i de ulike organisasjonene, ikke minst hvordan samarbeidet er mellom hivseksjonen og andre deler av organisasjonens arbeid. Av alle midler som medeierorganisasjonene bruker til hiv, er det bare en mindre del som rapporteres gjennom UBRAF. Som styremedlem vil det være nyttig å få en bedre forståelse av sammenhengen mellom de ulike finansieringsstrømmene og koordinering av de ulike tiltakene opp mot UNAIDS mandat. Det må sikres at man videreutvikler hensiktsmessige koordineringsmekanismer.

**Sivilt samfunn**

Norge vil fortsatt støtte at sivilt samfunn skal ha en tydelig rolle i styret. Norge har selv hatt representant fra HivNorge med i sin delegasjon. Norge vil vurdere å få utført en gjennomgang av erfaringene med sivilt samfunns deltakelse i styret for å lære hvordan dette kan fungere godt, og om formen man har på dette er god.

Kontakt og dialog med sivilsamfunnsgruppa i PCB er viktig og nyttig, samt å støtte opp om en fortsatt aktiv posisjon og deltakelse fra det sivile samfunn i styremøtene.

**Tematiske sesjoner**

Tema for juni 2012 er kombinasjonsforebygging og tema for desember er ikke-diskriminering. Temaer for møtene videre er ikke fastsatt. Det vil være naturlig at Norge engasjerer seg til å være med å forberede tema om ikke-diskriminering, det følger opp tidligere engasjement med kriminalisering og reiserestriksjoner, og vi har ikke meldt oss til å forberede sesjonen til junimøtet.

Vi vil også ha dialog med andre for å bidra med å foreslå temaer. Et tema som er nevnt, og som Norge bør støtte, er ungdom.

**Koordinering styregruppe og samarbeid med andre**

Det samarbeidet som har vært mellom landene i vår styregruppe, og med gruppen der Sverige og Sveits er ledende, vil fortsette. Vi vil også samarbeid med andre likesinnede, ikke minst Nederland og UK, og i en del sammenhenger USA. Norge vil være mer strategiske i å samarbeide med land fra andre regioner og legge vekt på Norge å ha en dialog med både afrikanske og latinamerikanske land.

Vi vil også søke god kontakt med Polen som styreleder i 2012 og India i 2013. Norge bør være aktiv i å fremme egnede kandidater til neste runde med valg til styreleder.

**Norsk delegasjon til PCB**

Den norske delegasjonen til PCB-møtene vil ledes av UD, i tillegg vil delegasjonen i Geneve og Norad være representert i PCB-delegasjonen. HivNorge vil fortsatt inviteres til å være med i delegasjonen. I tillegg kan det være ønskelig å trekke flere inn i forberedelsene, slik som HOD/Helsedirektoratet og andre aktuelle representanter fra sivilt samfunn, inkludert ungdomrepresentanter. Det vil være naturlig å holde det nasjonale Aidsrådet mer informert om styrearbeidet.

# Vedlegg 1

1. **Grunnlag for norsk politikk**

**Hovedlinjene** i norsk hivtenkning er todelt, som understreket i den politiske plattformen for Høynivåmøtet i 2011:

|  |
| --- |
| 1. Helsetjenester og folkehelse med basistjenester for testing, forebygging og behandling, som del av den vanlige helsesektoren 2. Rettighetsperspektiv; både når det gjelder likestillingsaspekter, og også for å sikre sårbare grupper tilgang til informasjon og tjenester som kan bidra til forebygging og gi mulighet til livskvalitet og overlevelse for de som er smittet   Fokus for norsk satsing er to hovedprioriteringer og et tverrgående gjennomgangstema:   * Stoppe (sterkt redusere) spredning av hiv * Investere i effektive førstelinjetjenester for behandling, i samarbeid med investeringer i å styrke helsesystem, inkludert med fokus på tilgang til helsepersonell * bedre levekår og livskvalitet for HIV positive, normalisere hiv og aids i samfunnet og bekjempe stigma og diskriminering |

I **Stortingsmeldingen[[6]](#footnote-6)** legger regjeringen vekt på at integrerte helsetjenester skal omfatte tjenester for hiv, og at integrering med andre reproduktive og seksuelle helsetjenester er spesielt viktig. Rettighetsperspektiv med vekt på kvinner, barn, ungdom og særlige utsatte grupper står sentralt, spesielt seksuelle minoriteter og personer som bruker narkotika.

Regjeringen sier at den vil:

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

Den norske nasjonale hivstrategien **”Aksept og mestring”** (2009-2014) har et delmål som primært handler om internasjonalt arbeid, og hvor UD er det ansvarlige departementet for gjennomføringen. De strategiske prioriteringer under dette delmålet er:

* Videreutvikle et sterkt fokus på hiv og aids i den internasjonale utviklingspolitikken.
* Videreføre Norges tydelige stemme i internasjonale fora med hensyn til hiv og menneskerettigheter.
* Fokusere på rettigheter til utsatte grupper, og sikre en kobling mellom seksuelle og reproduktive rettigheter og hiv i det internasjonale arbeidet.
* Fortsette å bidra solidarisk til finansiering av den globale hivinnsatsen.
* Samle internasjonale erfaringer knyttet til effekten av ulike former for lovregulering og kriminalisering i forhold til hivsmitte.

Posisjonsnotatet for hiv og aids[[7]](#footnote-7) prioriterer syv områder for særlig innsats:

|  |
| --- |
| 1. Kvinner, kjønn og makt  2. Utsatte grupper (menn som har sex med menn, sexarbeidere, sprøytebrukere etc.)  3. Ungdom  4. Lovgivning med relevans for aidsområdet  5. Lokalsamfunn og lokaldemokrati i et aidsperspektiv  6. Helsepersonell og helsesystem  7. Forebygging av smitte fra mor til barn |

### Grunnlag for UNAIDS’ prioirteringer

I henhold til ECOSOC-resolusjon[[8]](#footnote-8) som vedtok UNAIDS opprettet, 1994/24, er UNAIDS’ formål følgende:

**I. OBJECTIVES**

3. The objectives of the programme are to:

(a) Provide global leadership in response to the epidemic;

(b) Achieve and promote global consensus on policy and programmatic approaches;

(c) Strengthen the capacity of the United Nations system to monitor trends and ensure that

appropriate and effective policies and strategies are implemented at the country level;

(d) Strengthen the capacity of national Governments to develop comprehensive national strategies

and implement effective HIV/AIDS activities at the country level;

(e) Promote broad-based political and social mobilization to prevent and respond to HIV/AIDS

within countries, ensuring that national responses involve a wide range of sectors and institutions;

(f) Advocate greater political commitment in responding to the epidemic at the global and country

levels, including the mobilization and allocation of adequate resources for HIV/AIDS-related

activities.

4. In fulfilling these objectives, the programme will collaborate with national Governments,

intergovernmental organizations, non-governmental organizations, groups of people living with

HIV/AIDS, and United Nations system organizations.

I PCB-møtet i juni 2010, fastsatte styret fornyet visjon og formål for UNAIDS[[9]](#footnote-9), som tar opp i seg nyere realiteter:

11.1. Endorses a new vision statement for UNAIDS of: “Zero new HIV infections. Zero discrimination. Zero AIDS-related deaths”;

11.2 Endorses a new UNAIDS new mission statement of:

“UNAIDS, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, is an innovative United Nations partnership that leads and inspires the world in achieving universal access to HIV prevention, treatment, care and support.

UNAIDS fulfills its mission by:

Uniting the efforts of United Nations System, civil society, national governments, the private sector, global institutions and people living with and most affected by HIV;

Speaking out in solidarity with the people most affected by HIV in defense of human dignity, human rights and gender equality;

Mobilizing political, technical, scientific and financial resources and holding ourselves and others accountable for results;

Empowering agents of change with strategic information and evidence to influence and ensure that resources are targeted where they deliver the greatest impact and bring about a prevention revolution; and

Supporting inclusive country leadership for sustainable responses that are integral to and integrated with national health and development efforts”;

De viktigste stikkordene for UNAIDS’ oppgave er koordinering, globalt lederskap/advocacy og fasilitering av gode partnerskap som bygger kapasitet og gir gode resultater. Den viktigste forskjellen i innhold mellom formulering fra 1994 og 2010 er et uttrykk for endringer fra å behandle hiv som noe eksepsjonelt som trengte en egen respons, til å si at fortsatt lederskap og inspirasjon trengs, men nå er det viktig å se hivrespons som en del av nasjonal utvikling og helsesystem.

UNAIDS’ strategi (2011-2015) har ti målsettinger for perioden fram til 2015, organisert i tre deler med hver sin visjon:

|  |
| --- |
| **GETTING TO ZERO**  **Revolutionize HIV prevention**  Vision: *To get to Zero New Infections*  Goals for 2015:   1. Sexual transmission of HIV reduced by half, including among young people, men who havesex with men and transmission in the context of sex work 2. Vertical transmission of HIV eliminated and AIDS-related maternal mortality reduced by half 3. All new HIV infections prevented among people who use drugs   **Catalyse the next phase of treatment, care and support**  Vision: *To get to Zero AIDS-related Deaths*  Goals for 2015:   1. Universal access to antiretroviral therapy for people living with HIV who are eligible for treatment 2. TB deaths among people living with HIV reduced by half 3. People living with HIV and households affected by HIV are addressed in all national social protection strategies and have access to essential care and support   **Advance human rights and gender equality for the HIV response**  Vision: *To get to Zero Discrimination*  Goals for 2015:   1. Countries with punitive laws and practices around HIV transmission, sex work, drug use or homosexuality that block effective responses reduced by half 2. HIV-related restrictions on entry, stay and residence eliminated in half of the countries that have such restrictions 3. HIV-specific needs of women and girls are addressed in at least half of all national HIV responses 4. Zero tolerance for gender-based violence |

1. **Programme Coordinating Board – Bureau.**

PCB har også et mindre ”arbeidsutvalg”, Bureau, med følgende mandat og sammensetning:

**Functions**

1. The Programme Coordinating Board (PCB) Bureau is intended to maximize the effectiveness and efficiency of the PCB. Specifically, the PCB Bureau has the responsibility for coordinating the PCB’s programme of work for the year, including:

i. Facilitating the smooth and efficient functioning of PCB sessions;

ii. Facilitating transparent decision-making at the PCB;

iii. Preparing the PCB agenda, and recommending the allocation of time to, and the order of, discussion items;

iv. Providing guidance on PCB documentation, as needed; and

v. Carrying out additional functions as directed by the PCB.

**Composition**

2. The PCB Bureau is comprised of representatives of the officers of the PCB (chairperson, vice-chairperson and rapporteur), the Chair of the Committee of Cosponsoring Organizations and the PCB NGO Delegation. They may be accompanied by advisers.

I 2012 er Polen styreleder, India er vara og USA er rapportør i Bureau

PCBs oppgave er i henhold til vedtektene:

The Programme Coordinating Board (PCB) acts as the governing body on all programmatic issues concerning policy, strategy, finance, monitoring and evaluation of UNAIDS.

**Vedlegg 2: PCB deltakere**

**JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS**

**Composition of the Programme Coordinating Board (PCB)**

**1 January 2012**

# Member States

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Bangladesh  2. Botswana  3. Brazil  4. Canada  5. China  6. Congo  7. Djibouti  8. Egypt  9. El Salvador  10. Germany  11. India | 12. Iran  13. Japan  14. Mexico  15. Norway  16. Poland  17. Portugal  18. Russian Federation  19. Sweden  20. Togo  21. United Kingdom  22. United States of America |

**Cosponsors**

1. UNHCR

2. UNICEF

3. WFP

4. UNDP

5. UNFPA

6. UNODC

7. ILO

8. UNESCO

9. WHO

10. The World Bank

**Representatives of NGOs/People living with HIV/AIDS**

1. **Africa:** AIDS and Rights Alliance of Southern Africa (ARASA) / Association de lutte contre le sida (ALCS)

2. **Asia/Pacific:** Asia Network of Positive People living with HIV/AIDS (APN+)

3. **Europe:** International AIDS Vaccine Initiative (IAVI) / International Network of People who Use Drugs (INPUD)

4. **Latin America/Caribbean:** Corporacion Kimirina / Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM)

5. **North America:** The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF) / International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)

1. A/RES/65/277 Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS [↑](#footnote-ref-1)
2. 2012 -2015 Unified Budget, Result and Accountability Framework [↑](#footnote-ref-2)
3. UNAIDS 2012-2015 Unified Budget, Results and Accountability Framework. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zero new infections, zero AIDS-related deaths, Zero discrimination [↑](#footnote-ref-4)
5. Informasjon hentet i dokumentet ”AIDS dependency Crisis. Sourcing African Solutions”. UNAIDS 2012 [↑](#footnote-ref-5)
6. Meld.st 11 (2011-2012) Global helse i utenriks- og utviklingspoltikken s 22 [↑](#footnote-ref-6)
7. Norsk hiv og aids politikk. Posisjonsnotat for utviklingssamarbeidet, november 2006 [↑](#footnote-ref-7)
8. 1994/24. Joint and co-sponsored United Nations programme on human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) [↑](#footnote-ref-8)
9. Decision point 11, 26th PCB, June 2010 [↑](#footnote-ref-9)