

Elucidation of Consequences of Safety Net Programs and Food Security for People Living with HIV/AIDS in Ethiopia



Integrated Food
Studies
Aalborg University
Copenhagen



Randl Carstensen

Title: Elucidation of Consequences of Safety Net Programs and Food Security for People Living with HIV/AIDS in Ethiopia

Supervisor: Thorkild Nielsen

Report size: 30 ECTS

Characters (with spaces): 139.652

No. of pages: 65

Appendix: 5

Handed in: The 1st of September 2014

Randi Carstensen

Abstract

Introduction: The Federal Democratic Republic of Ethiopia (Ethiopia) is the third most populous country in Africa (WHO 2013b) with a population of 91.729.000 million in 2012 (WHO d). At the same time it is one of the least-developed countries in the world (Gelan 2007). HIV/AIDS is a major public health problem in Ethiopia, and it's a top priority on the government's health agenda despite a decline in adult HIV cases, particularly in urban settings, from 2001-2009 (WHO 2013b). In 2012 the number of people living with HIV in Ethiopia was 760.000 (690.000-840.000) (WHO g).

Nutrition is essential (UNAIDS) to improve the effectiveness of HIV treatment and to keep people (WFP) affected by HIV/AIDS (UNAIDS) healthier for longer (WFP). Therefore, it is fundamental to focus on resources for nutrition as part of a comprehensive treatment for countries greatly affected by the disease (World Health Organization 2003). Often the problem is not just availability of food, but also accessibility. If a person living with HIV/AIDS loses their job because of stigmatization or because they are suffering from wasting and are not able to work, it means that the entire family loses an income and consequently might not have the means to buy food. This is why safety net programs should be a part of the HIV/AIDS treatment. Safety net programs are transfers that come as food aid, vouchers or cash to improve accessibility of food. The safety net program aims to help people out of poverty and create a sustainable livelihood with the food-for-work program, which contributes to economic development in local communities (Frega et al. 2010).

Methods: To gain more knowledge of safety net programs, how they can improve the food security and what the health consequences are for people living with HIV/AIDS in Ethiopia, five interviews have been conducted. After conducting the five interviews they were transcribed and transferred into NVivo10 and divided into notes and sub note. Based on the interviews and by the use of Adele Clarke's situational maps and analysis theory, Situational maps were created

Results: The interviews clearly demonstrate that stigmatization of people living with HIV/AIDS is a major problem in Ethiopia. Because of this stigmatization people living with the disease might not disclose their HIV status. An indirect consequence for people living with HIV is that they can lose their job because of their HIV status and thereby lose their income, which in turn affects not just

the individual but entire families when the main provider is ill. There are areas in Ethiopia where it is not the availability of food that is the problem causing undernutrition but it is the accessibility that is the problem. Even if food is available, people do not have the means to buy it as many have lost their income due to stigmatization. Because access to food is very limited or not available, people's energy requirements might not be met and they suffer from wasting as a result. The food security level has to be raised for the whole family and the Safety net programs might be a possible solution to the food insecurity problem in Ethiopia.

Conclusion: Safety net programs with transfers that come as food aid, vouchers or cash might be a good tool to improve the food security situation for people living with HIV/AIDS in Ethiopia because they focus on the whole family. It is important that people with HIV/AIDS get proper nutrition to prevent them from suffering from wasting. The health consequences of suffering from wasting is that it can lead to a loss of lean tissue mass including a decrease in the muscle mass, which thereby decreases the functional performance. Food security can influence malnutrition if there is no availability of food or if people do not have access to the available food. If the food security level for families in general is being raised it might also improve the living standard for people with HIV/AIDS.

Table of Contents

List of Abbreviations.....	8
Introduction.....	9
Problem statement.....	11
Background.....	12
HIV/AIDS.....	13
Ethiopia.....	13
Food for Work.....	14
PSNP.....	15
Growth and Transformation Plan (GTP).....	17
Food security and the consequences of malnutrition.....	17
Wasting and Nutrition Recommendation for People Living with HIV/AIDS.....	21
Theoretical framework.....	23
Adele Clarke - situational maps and analysis.....	23
Hermeneutics.....	24
Social Constructivism.....	25
Method.....	25
My pre-understanding.....	25
Creation of the maps.....	26
The design of the five interviews.....	27
How to read the maps.....	30
Results, analysis and discussion.....	32
Note from NVivo: Culture and HIV/AIDS.....	33
Food Culture.....	35
Note from NVivo: Cooperation.....	38
Note from NVivo: Communication.....	40

Education and Storytelling	43
Note from NVivo: Food Aid versus Cash Transfer	46
PSNP and Advantages/Disadvantages.....	48
Note from NVivo: Food Security + Sub note from NVivo: Nutrition Security.....	51
Note from NVivo: Nutrition and ART + Sub note from NVivo: Food as Medicine.....	54
Note from NVivo: Recommendation.....	57
Malnutrition.....	59
Note from NVivo: Future + Sub note from NVivo: Research.....	62
Note from NVivo: International society	64
Key findings	66
Discussion	67
Theory and Method.....	70
BIAS.....	71
Conclusion	72
Acknowledgment.....	73
References.....	74
Appendix.....	79
Appendix 1 Interview guides	79
Interview guide WFP	79
Interview guide Danida.....	81
Interview guide Mette Frahm Olsen	84
Interview guide FKN	88
Interview guide Søren Brix Christensen	91
Appendix 2: Transcription of interviews.....	93
Interview with World Food Program.....	93
Interview with Danida	97

Interview med: Mette Frahm Olsen, Institut for Idræt og Ernæring, KU (M)	102
Interview med: Mette Lund Sørensen Senior Adviser in Right to Food Folkekirkens Nødhjælp, FKN (F)	117
Interview med: Søren Brix Christensen (S).....	131
Appendix 3: Maps created before the interviews.....	136
Appendix 4: Maps created after the interviews.....	140
Appendix 5: Notes from NVivo	160
Culture and HIV/AIDS	160
Food Culture	173
Cooperation.....	182
Communication	190
Education.....	198
Storytelling.....	201
Food aid v. Cash transfer.....	202
PSNP.....	208
PSNP Advantages.....	211
PSNP Disadvantages	212
Food Security.....	213
Nutrition Security	225
Nutrition and ART.....	227
Food as Medicine.....	237
Recommendations.....	243
Malnutrition.....	253
Future	262
Research	272
International Society	273

List of Abbreviations

AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome

HIV: Human immunodeficiency virus

PLWHA: People living with HIV/AIDS

CD4: Main targets cells for HIV. Their number decreases during HIV infection

ART: Antiretroviral treatment

ARV: Antiretroviral drug

RDA: Recommended daily allowance

PEM: protein-energy malnutrition

NGO: Nongovernmental organization

PSNP: Productive Safety Net Programme

MLDP: Meket Livelihood Development Project"

GTP: Growth and Transformation Plan

FFW: Food for Work

WHO: World Health Organization

UN: United Nation

NGO: nongovernmental organizations

FKN: Folkekirkens Nødhjælp

BMI: Body Mass Index

IFAD: International Fund for Agricultural Development

MSF: Doctors without Borders

Introduction

Governance in a health system of a country is one of the least well-understood aspects of the health system. Governance of a country is the overall key to economic growth, social development and overall development. Governance is defined by United Nations Development Programme (UNDP) as *"the exercise of political, economic and administrative authority in the management of a country's affairs at all levels"* (Siddiqi et al. 2009, 14). Governance of a country's health system is concerned about the actions and means society adopts when organizing itself and promoting and protecting the health of the population (Siddiqi et al. 2009). Governance in a health system also involves operating with multi-level governance (Bache 2004, 3) embracing health systems and organizations (Siddiqi et al. 2009) from governments to NGOs at various levels (Bache 2004, 3). Global health governance can influence a country's health system through the complexity of international actors and institutions. In many developing countries, however, the ministry of health is the main provider of health services even though the private health systems are growing. Thus the ministry of health is often providing services such as clean water, environmental sanitation and food and nutrition but in practice it ends up in the day-to-day service demands. If the ministry of health only carries out health care interventions, who is then responsible for the overall health of a population (Siddiqi et al. 2009)?

Several countries have a form of safety net targeting vulnerable groups, not just people with HIV/AIDS. It is often a combination of government schemes, foreign donor-assisted safety nets, programs managed by nongovernmental organizations, and community networks (Frega et al. 2010). Safety net programs are transfers that come as food aid, vouchers or cash. The safety net program aims to move people from poverty and create a sustainable livelihood by trying to lift people out of long-term poverty with the food-for-work program, which contributes to economic development in local communities (Frega et al. 2010).

It is important to see HIV epidemics in sub-Saharan Africa as closely related to food insecurity and malnutrition (Olsen et al. 2013)., Although there is no consistent coherence with the prevalence of HIV and food security, food insecurity can play an important role in transmission of HIV. People can be driven into high-risk behavior when they try to sustain their livelihood due to food insecurity. High-risk behavior involves unprotected sex. HIV-infection, morbidity and mortality can

have consequences for food security at the individual level, as well as household level and community level (Frega et al. 2010). Thus the importance of integrating food security into HIV/AIDS programs in resource-limited settings has been recognized, and a guide has been developed for programming work by United Nation (UN) agencies such as World Food Programme (WFP), nongovernmental organizations (NGO) and governments (Frega et al. 2010).

A person's food utilization can be affected by HIV when the body's total energy requirement increases and food intake is reduced as a consequence of appetite loss. Food utilization depends on a balanced diet, clean water, sanitation and health. In food insecure settings people might have trouble with achieving the basic nutritional needs, which leads to weakening of the immune system and reduces the activity level of the body and worsens the food security status of the household due to lack of ability to generate income (Frega et al. 2010). As HIV is progressing, symptoms like anorexia, painful swallowing caused by oral fungus and diarrhea undermine the overall health and nutrition status. Optimal nutrition is linked to a slower disease progression and reversion of weight loss. In most low-income countries people with HIV do not know their status before the symptomatic stage of the disease and at this stage they are often malnourished (Frega et al. 2010). The impact HIV/AIDS has on agricultural societies with generalized epidemics, is that the morbidity and mortality rate are high in what would be the productive working force in agriculture, which can affect the food security (Frega et al. 2010).

Over the past decades the access to Antiretroviral Treatment (ART) in sub-Saharan Africa has progressed but the mortality rate is still remarkably high particularly in the first few months of treatment (Olsen et al. 2014). Therefore, in African countries nutritional support is becoming an integrated part of ART due to poor nutritional status when starting ART (Olsen et al. 2013, Olsen et al. 2014). Mortality for HIV patients has been associated with loss of lean body mass, which results in functional limitations that can have devastating consequences for not only the patient but also for the family. With the loss of lean body mass it can be difficult to maintain work capacity and an acceptable level of activity necessary to retain everyday functions (Olsen et al. 2014). For achieving full benefits of ART a sufficient food intake, absorption and general nutritional status are essential. Good nutrition can reduce side effects from the medication and lower complications from infections (Frega et al. 2010).

This thesis elucidates how such safety net programs as multi-level health care interventions work for establishing food security to remedy malnutrition in Ethiopia and particularly how such programs can affect positively people living with HIV/AIDS. The thesis uses secondary data in form of literature from reliable sources and primary data in form of five qualitative interviews, one with a university researcher from University of Copenhagen, one with an MD from Doctors without Borders, one with a Senior adviser in “Right to Food” from Folkekirkens Nødhjælp, one from the Programme Office Danida in Ethiopia, and a Team Leader of World Food Programme Nutritionists in Ethiopia. The thesis applies a Social Constructivist approach and Adele Clarke’s theory and method using Situational Mapping for research design as a means to coherently analyze and elucidate complex and instabilities of social life. Situational mapping is first applied to information from selected literature and the present researcher’s pre-understanding. Situational mapping is then applied to information collected from the five qualitative interviews and entered into the IT programme NVivo for categorization. New situational maps are created on the basis of the categorized information from the five qualitative interviews. These new maps reveal new knowledge on the subject, which is analyzed for similarities and discrepancies from the first situational maps of pre-understanding of the subject. This new knowledge is discussed and conclusions are formed.

Problem statement

How can safety net programs with transfers that come as food aid, vouchers or cash improve the food security situation for people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

- **What are the health consequences of malnutrition for people living with HIV/AIDS with regard to undernutrition, wasting and stunting, and how can food security and nutrition security influence malnutrition?**
- **How can future plans for food security in Ethiopia improve the standard of living in general and for people with HIV/AIDS?**

Background

This section presents information from literature of reliable sources. It also constitutes the secondary data for the first situational mapping.

An estimate done by Food and Agriculture Organisation (FAO) in 2011-13 indicates that, globally, 842 million people, 12 % of the global population, were unable to meet their dietary energy requirements. This means that one in eight people in the world is expected to have suffered from chronic hunger and food insecurity. 827 million of the 842 million people suffering from hunger in 2011-13 were living in developing regions where the prevalence of undernourishment was estimated to 14.3 % (FAO Rome 2013). In 2011 The Horn of Africa, Somalia, Ethiopia, Djibouti, Kenya and Uganda, were badly affected by drought and the level of food insecurity was high. Food Security in the Horn of Africa has improved since 2011 due to humanitarian assistance and increased precipitation. However, in some areas there is still food insecurity and nutritional concerns due to drought (European Commission – Humanitarian Aid and Civil Protection 2014). In the North Eastern part of the Horn of Africa Ethiopia is located bordering Kenya, Djibouti, Eritrea, Sudan and Somalia. Ethiopia is politically stable but the geopolitical situation in the Horn of Africa is fragile. The highlands of Ethiopia are found in the northern and central parts of the country and around 40 % of the highland is densely populated. The country has a variable climate with a cool temperature from near freezing point to 16°C above 2400m and temperatures significantly warmer at 1500m ranging from 27°C to 40°C. In the lowland there is potential for different kinds of agriculture, population settlement and livelihood patterns (Ethiopia Central Statistical Agency. World Food Programme 2014). Ethiopia is regularly exposed to droughts, floods, landslides, epidemics and earthquakes that affect around 12 million people. This has several negative consequences for the population who can be forced to move, destruction of livelihood, extreme poverty and extreme food insecurity (European Commission - Humanitarian Aid and Civil Protection 2014). Ethiopia has a high level of food insecurity and one of the world's highest prevalence of undernutrition. Food insecurity and malnutrition might increase people's risk of contracting HIV by forcing them to high-risk behavior to purchase food (The Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health 2008).

HIV/AIDS

HIV is a major global health issue as approximately 32.2-38.8 million people were living with HIV in 2012. In Sub-Saharan Africa about 1 in every 20 adults is living with HIV. HIV stands for Human Immunodeficiency Virus. The HIV virus attacks the immune system and gradually breaks it down leading to Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) as the virus progresses (Médecins Sans Frontières (MSF) 2014). It can take from 2-15 years to develop AIDS. - "*AIDS is defined by the development of certain cancers, infection, or other severe clinical manifestations*"- (WHO 2013a). The HIV virus destroys and impairs the immune cells. A person with immunodeficiency has an increased susceptibility for infections and diseases while a person with a healthy immune system can fight them off (WHO 2013b, WHO 2013a). Testing for HIV is usually done through blood tests, if tested HIV positive one can be treated with antiretroviral drug (ARV). This treatment can control the virus and make it possible for the infected people to live a healthy life. More than 9.7 million people were receiving antiretroviral therapy (ART) in the low- and middle-income countries in 2012 (WHO 2013a). The livelihood of households with HIV infected people are jeopardized by a reduction in working capacity and productivity (UNAIDS). HIV/AIDS is a major public health problem in Ethiopia and it has a top priority on the government's health agenda even though there has been a decline from 2001-2009 in adult HIV prevalence particularly in urban settings (WHO 2013b). In 2012 the number of people in Ethiopia living with HIV was 760.000 (690.000-840.000) (WHO g), of these 170.000 (140.000-200.000) were children under the age of 15 and 590.000 (540.000-660.000) were adults over the age of 15, 380.000 (340.000-420.000) of the adults were women (WHO f).

Ethiopia

The Federal Democratic Republic of Ethiopia (Ethiobar.net) is the third most populous country in Africa (WHO 2013b) with a population 91.729.000 million in 2012(WHO d) and it is one of the least-developed countries in the world (Gelan 2007). Ethiopia's history is different from other African countries due to the fact that it has never been a colony but it arose as a result of an empire expansion in the end of the 18th century and the beginning of the 19th century. The country has been through several civil wars and failed development policies (Gyldendal 2014). The population consists of diverse nationalities and ethnic groups and more than 80 different

languages are spoken (WHO 2013b). Ethiopia has three official languages Amharic, Tigrigna and Oromifa, but English is also widely spoken (Ethiobar.net). In 2008 the average life expectancy for both sexes was 58 years and the adult mortality rate (probability of dying between 15 and 60 years per 1000 population) was 307 (WHO e).

Ethiopia is highly dependent on agriculture despite that they are frequently affected by drought and have poor farming practices (WHO 2013b). In 2008 only 17 % of the population was living in urban areas (WHO e) this makes Ethiopia one of the least urbanized countries. An estimation in 2009-2010 showed that 29.2 % of the population were living below the poverty line (WHO 2013b), on \$ 1.25 per. day or less (FAO Rome 2013), this is a decline compared to in 1994/95 when the share was 49.5 % (WHO 2013b). From 1993 to 2003, 760.000 tons of food aid per year was donated to Ethiopia (Gelan 2007). The contents of food aid shipped to Ethiopia between 1992 and 1995 consisted of 93 % cereals and the largest share of that was wheat (80 %). The average Ethiopian diet consists of (around) 44 to 80 % cereals and the remaining proportion consists of root crops and livestock. Wheat only represents 6 % of the total food consumption in Ethiopia even though it is a bulk of food aid. This means that there are dissimilarities in the composition of the food aid packages and the consumption in Ethiopia. (Gelan 2007). Commodities of food aid are usually basic food items – *"sometimes just a quantity of the staple cereal (e.g. a 50 kg bag of maize or rice), sometimes equivalent to a standard food aid ration (e.g. 20 kg of maize, 4 kg of beans, 1 L of cooking oil) – but occasionally include other goods and services (e.g. groceries, school fees or a contribution towards health costs)"*- (Sabates-Wheeler, Devereux 2010, 1). In 1993 Ethiopia's health sector conducted a reform to improve the living standards of the population. The health strategy included education, poverty reduction and access to clean water and good sanitation. This was a major challenge due to the fact that around 80 % of diseases were related to personal and environmental hygiene, infectious diseases and malnutrition. The need for focusing on the aspect of educational development was high due to the fact that the rate of literacy among the public was only 36 % (WHO 2013b).

Food for Work

One of the most used food aid distribution programs in Ethiopia is the public works projects, Food for Work (FFW), which has been widely used since the 1960s. These are public working projects

where participants provide (Bezu, Holden 2008) 20 days of work (Holden, Barrett & Hagos 2006) in exchange for food aid. The FFW program provides temporary work for the participants in the PSNP program (Sabates-Wheeler, Devereux 2010). The government of Ethiopia has a policy of no able-bodied person gets food aid for free. 80 % of the food assistance resources are distributed through FFW projects (Bezu, Holden 2008). The aim of the project is to stimulate productivity, produce or maintain public goods and thus increase the income. Some of the most common projects are planting forest, roadwork and installations of watering systems. The government has especially focused the FFW in the northern Ethiopia because it is a chronically poor and food insecure region in an attempt to improve food security and promote a sustainable development in this area. For a FFW project to be successful local involvement and investments are important for identification of projects, implementation and maintenance. However, it is a demanding task to design and implement a FFW program (Holden, Barrett & Hagos 2006).

PSNP

In 2005 the Ethiopian Government with support from donors launched “Productive Safety Net Programme” (PSNP). PSNP was the largest social transfer program in Africa, outside South Africa, in 2006 reaching 11 % of the national population (8.3 million out of 71 million people). Big food donors like World Food Programme tested food aid versus cash transfers and Save the Children UK implemented the "Meket Livelihood Development Project" (MLDP) alongside the PSNP in 2005 and 2007. The MLDP paid the participant Birr 5 per day so they could buy 3 kg of staple grain for the price of Birr 1.7 per kg. The PSNP project was a response to the food insecurity that had dominated the country for decades. It was an attempt to break the dependence on food aid and support the establishment of food security (Sabates-Wheeler, Devereux 2010).

In the discussion of choosing food aid versus cash transfer during the 1990s, food aid was criticized for competing with local trade and production and for being too expensive to ship, store and distribute (Sabates-Wheeler, Devereux 2010). Cash transfer was perceived as very cost-efficient and appealing for agricultural production and market activity. It also allowed the receiver of cash transfer to decide between food and non-food needs. The down side of cash transfer is that it is more likely to be controlled by men, which means that it do not always benefit women and children. Whereas food aid more often is controlled by women and benefits children directly

(Sabates-Wheeler, Devereux 2010). Cash transfer is also vulnerable to price inflation in mid-2007 there was an acceleration in the food prices in Ethiopia which lowered the purchasing power. The prices of staple grain were three times higher in mid-2008 than they were when PSNP started in 2005 and the level of cash transfer was only increased by 33 %. Cash transfer must respond to price changes so it is not undermining the purchasing power (Sabates-Wheeler, Devereux 2010).

In the report "Development without Freedom: How Aid Underwrites Repression in Ethiopia" Human Rights Watch criticizes the PSNP for political discrimination (Human Rights Watch 2010). On October 3, 2009 an opposition farmer in Dessie said in an interview to Human Rights Watch - "*The safety net is used to buy loyalty to the ruling party. That is money that comes from abroad... Do those people who send the money know what it is being used for? Let them know that it is being used against democracy*"- (Human Rights Watch 2010, 40). The Ethiopian Human Rights Council official in Addis Ababa on September 8, 2009 stated that - "*The PSNP beneficiary list is a weapon, pure and simple*"- (Human Rights Watch 2010, 40). In 2009 a USAID fact-finding mission to seven woredas found that there was no evidence of political discrimination in the PSNP program. Cash transfer programs are famous for becoming a political tool. In Addis Ababa donors are aware that the PSNP program can be used to reinforce political control (Human Rights Watch 2010). In the north and south of Ethiopia where people were seeking access to the PSNP program chairmen, cell leaders and sometimes the Ministry of Agriculture decided who was qualified for the program. They told people that their political views disqualified them from the program or sometimes their names were deleted from the list when it returned from the woreda office. According to PSNP's project memo it should be decided on community meetings who should be on the list and when a person was on the list he/she should remain for a number of years. The local officials have the possibility to politicize who is participating in the PSNP by adding or restricting food aid to particular individuals even though the community is supposed to decide who the participants should be. (Human Rights Watch 2010). A former coordinator of the safety net program confirms the selection process for the list - "*The rule was that members of the safety net should be ruling party members.... The committee knows their members and they select those. I received the payroll list of people who should benefit. No GDP [an opposition party in SNNPR] members were on the program. The mass media is saying that the woreda people are helping people through safety net and that there is no hunger. But truly speaking the people are hungry*

and the safety net is full of manipulation"- (Human Rights Watch 2010, 42). In a report from "The Overseas Development Institute" research team conclude that political use of PSNP is local and not systematic. The report also stated the importance of transparency and effectiveness of PSNP so abuses can be identified and corrected (Human Rights Watch 2010).

Growth and Transformation Plan (GTP)

The most recent poverty reduction strategy in Ethiopia is a five year development plan called Growth and Transformation Plan (GTP) (WHO 2013b), for 2010/11-2014/15 (Engida et al. 2011). The aim of the plan is to ensure economic growth and address the determinants of health (WHO 2013b). The seven main points in GTP are: - *"(i) sustaining rapid and equitable economic growth; (ii) maintaining agriculture as a major source of economic growth; (iii) creating conditions for the industry to play a key role in the economy; (iv) enhancing expansion and quality of infrastructure development; (v) enhancing expansion and quality of social development; (vi) building capacity and deepening good governance; and (vii) promoting gender and youth empowerment and equity"- (WHO 2013b, 14). The GTP is also aiming at reduce the level of poverty so Ethiopia can become a middle-income economy by 2020-2023 by building economic growth that reaches broad. To achieve this goal an expansion of productivity growth and a big amount of financial resources coming from foreign loans and investment plus increased domestic savings are required (Engida et al. 2011). The poverty reduction plan also includes a National Nutrition Strategy in order to reduce malnutrition. The main focus of the National Nutrition Strategy is on children under two years, pregnant and lactating women, people living with HIV/AIDS and people in extreme food insecurity situations. The strategy has focus on education, micronutrient supplements, child growth monitoring, targeted supplementary feeding and on water, sanitation and hygiene (Ethiopia Central Statistical Agency. World Food Programme 2014).*

Food security and the consequences of malnutrition

Food Security is defined by Food and Agriculture (FAO) in the "Declaration of the World Summit on Food Security": -*"Food security exists when all people, at all times, have physical, social and economic access to sufficient, safe and nutritious food, which meets their dietary needs and food preferences for an active and healthy life"- (FAO 2009).*

Food supplies and food availability have improved in developing countries worldwide over the last two decades. This has had a positive effect on food security so the percentage of undernourishment has decreased. However, food availability is still uneven across regions in developing countries worldwide (FAO Rome 2013). Availability of food is determined by imports of food (import minus exports), food production, stocks of food and food aid within a country (Smith, El Obeid & Jensen 2000). Food access is the household's ability to get food. Food access is highly dependent on the ability to produce food and be a subsistence farmer or the ability to negotiate access to food with community members (Frega et al. 2010). Food utilization and food access are for people living with HIV/AIDS connected through the changes in metabolism and the impact of morbidity and mortality in a household due to food is one of the largest expenses of a household budget and generated income can be weakened by the nutritional situation (Frega et al. 2010).

Figure 1 below shows how food access on house hold level, food utilization on individual level and food availability on community level can influence food security. Food access on house hold level is refers to how the household are producing food or having physical access to markets. Food utilization on individual level is referring to the loss of appetite and the extended need of energy requirement which can lead to malnutrition. Food availability on community level can be affected if the mortality and morbidity rate are high among the people who would constitute the labor force in agriculture (Frega et al. 2010).

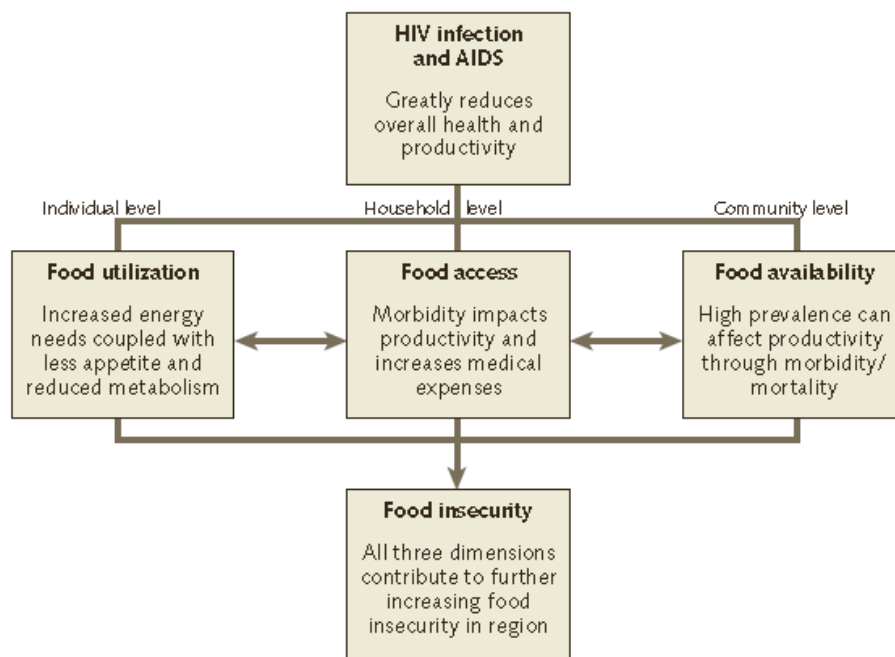


Figure 1: How HIV/AIDS can impact the three dimensions of food insecurity
(Frega et al. 2010)

Another problem is food utilization which is indicated by inadequate food intake and poor health. Food utilization has two dimensions: (1) anthropometric indicators and (2) food quality and preparation, health and hygiene.

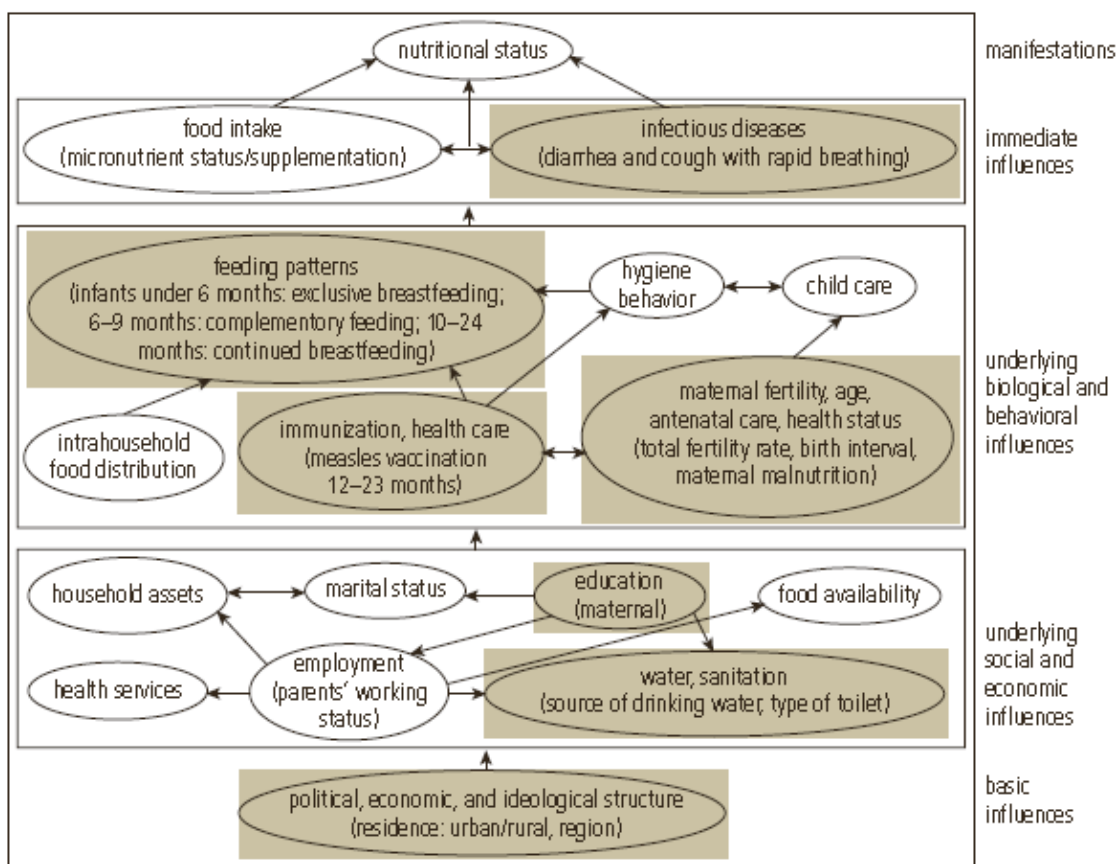
(1) Anthropometric indicators in children under the age of five are underweight, wasting and stunting, which show the existence of undernutrition. Underweight, being too thin for one's age (FAO Rome 2013), is often related to wasting and stunting. Underweight is also defined as deficiency of essential micronutrients also known as malnutrition (Black et al. 2008). Wasting, being too thin for one's height, can be caused by a short-term inadequacy of food intake (FAO Rome 2013). Wasting indicates acute protein-energy malnutrition (PEM) marasmus and kwashiorkor (Gibney, Michael J. et al. 2004, 179). Marasmus is extreme wasting; one suffering from marasmus appears to be just "skin and bones". When suffering from marasmus - "*There is marked reduction in fat and subcutaneous tissue, as well as atrophy of visceral tissues*" - (Gibney, Michael J. et al. 2004, 179). Marasmus also limits the physical activity and lowers metabolism and protein turnover in an attempt to maintain nutrients (Gibney, Michael J. et al. 2004, 179). People with marasmus are more susceptible to infections, have a greater mortality rate, and are more

likely to suffer from disability. -"*Kwashiorkor is the clinical constellation of edema and undernutrition*"- (Gibney, Michael J. et al. 2004, 179). Kwashiorkor is mainly seen in children under the age of 5 years and is mostly associated with anorexia, irritability and ulceration of the skin. In kwashiorkor the metabolic changes are more severe and therefore the mortality rate is higher than for marasmus (Gibney, Michael J. et al. 2004, 179). Stunting, being too short for one's age, (FAO Rome 2013) is a state of chronic malnourishment (Gibney, Michael J. et al. 2004, 179). Stunting can be caused by inadequacy in food intake, infections or acute undernutrition (FAO Rome 2013). In Ethiopia in 2011 29.2 % of the children were suffering from underweight (WHO c), 10.1 % were wasted (WHO a) and 44.2 % were stunted (WHO b). In most cases undernutrition starts during pregnancy and in the first five years of a child's life. The damages from malnutrition, during pregnancy and the first 24th months of age are irreversible (The World Bank 2012). In Ethiopia a lot of children are experiencing lifelong consequences of their malnourishment like increased risk of mortality and illness, lower achievement in school and loss of productivity (The World Bank 2012).

(2) Food utilizations second indicator is health and hygiene, food quality and preparation, this is influenced by the way food is handled, prepared and stored. To maintain a healthy body hygiene around food and access to clean water is important to prepare a clean and healthy meal. A good health helps the human body to absorb nutrients effectively (FAO Rome 2013).

Many people believe that malnutrition is due to the lack of food security but it is also affected by nutrition security. Nutrition security not only occurs when a household has access to food, but it is also affected by access to clean water, sanitation, hygiene and general health status. A data analysis from Ethiopia from 2005 indicates that when the welfare status in a household increases and the risk for food insecurity decreases, there is only a limited reduction in child wasting and no noticeable effect on child stunting. Interventions should not only be focused on income or food security they should also include nutrition security to reduce the risk of wasting and stunting (The World Bank 2012).

Figure 2 illustrates a multisectoral approach to address nutrition insecurity that can causes childhood malnutrition in Ethiopia.



Source: CSA, USAID, and ORC Macro 2001.

Figure 2: UNICEF Conceptual Framework for Causes of Childhood Malnutrition, Adapted for Ethiopia (The World Bank 2012, 11)

Wasting and Nutrition Recommendation for People Living with HIV/AIDS

Nutrition is essential (UNAIDS) to improve the effectiveness of HIV treatment and to keep people (WFP) affected by HIV/AIDS (UNAIDS) healthier for longer (WFP). Therefore, it is fundamental to focus on resources for nutrition as a part of a comprehensive treatment for countries greatly affected by the disease (World Health Organization 2003). Untreated HIV impairs a person's nutritional status by a negative effect on the immune system, nutrient intake and absorption. AIDS related diseases might be expedited by the lack of food security and poor nutrition (UNAIDS).

The daily energy requirement for adults and children infected with HIV increases with 10 % to maintain physical activity and body weight. The energy requirement changes during symptomatic HIV and subsequently AIDS; for adults the requirement is 20-30 % higher than normal intake of

HIV infected people to maintain their body weight. For children the requirement is 50-100 % higher than normal intake of HIV infected children (World Health Organization 2003, UNAIDS). The nutritional status of people living with HIV/AIDS also determines the incidence and severity of HIV-related infections such as tuberculosis and diarrhoea, which can lead to appetite loss, weight loss and wasting (World Health Organization 2003). Many HIV-infected people will experience wasting in form of loss of lean tissue mass that includes a decrease in skeletal muscle mass. HIV wasting also leads to a decrease in muscular strength and their by a decrease in functional performance. HIV/AIDS wasting is an involuntary weight loss greater than 10 % baseline body weight during 12 months or a 5 % weight loss during 6 months. HIV wasting has been associated with increased disease progression, increased morbidity and mortality. Around 20 % of HIV-infected people are suffering from wasting even with ART treatment. People with HIV also have a high frequency of gastrointestinal disorders which can include swallowing disorders, diarrhoea, oral disease, oral lesions and oral candidiasis. Besides this a dry mouth can be caused by medication, dehydration or infections. The most common side effects of HIV medications are diarrhoea, anorexia, vomiting and abdominal pain which affects the consumption of calories and nutrient absorption (Dudgeon et al. 2006). Official guidelines from WHO for macronutrients, protein and fat, are recommended for people living with HIV/AIDS due to the fact that the data collected on an increased protein and fat intake is insufficient. However there can be special advises when undergoing ART regarding the fat intake (World Health Organization 2003). To ensure the Recommended Daily Allowance (RDA) of micronutrient intake adults and children infected by HIV/AIDS are recommended to consume a healthy diet (World Health Organization 2003). The recommended daily intake of micronutrients from a healthy diet may not be sufficient but some studies raise concern about problems with micronutrient supplements e.g. vitamin A, zinc and iron that show an adverse outcome in HIV-infected populations (World Health Organization 2003). Micronutrients' role is well established in immune function and infectious diseases. However, it requires further investigation in the specific role and prevention of individual and multiple micronutrients. HIV-infected children 6-59-month is recommended a supplement of vitamin A every 4-6 month due to the fact that there has been shown a reduction in mortality and diarrhoea morbidity (World Health Organization 2003). New knowledge and scientific evidence for nutrition recommendation and implementation is needed based on the importance in improving

prevention and treatment of people living with HIV/AIDS (World Health Organization 2003). Nutritional interventions should be a part of HIV treatment due to the fact that the effectiveness of ART might be increased through diet and nutrition but more research is needed (World Health Organization 2003).

To improve diet, nutrition and health education, counseling should be a part of the treatment for people living with HIV/AIDS. Nutrition education and counseling should include support and dialogue about food and practice so the understanding will be utilized and the diet improved (The World Bank 2007). World Health Organization (WHO) has developed education material for overhead transparencies, facilitator's and participant's. The material contains overhead transparencies manual and a manual for facilitator's and participant's that provides practical knowledge about nutrition, care and support for people living with HIV/AIDS. It also provides knowledge about how to communicate, the importance of nutrition, with the help of storytelling and a guidance in how to choose the right food and safe preparation for people that are sick and have a poor appetite (WHO 2009b, WHO 2009c, WHO 2009a). Storytelling is a powerful way to pass on information's because it allows us to draw personal meaning and create knowledge. There are countless ways to tell a story and a successful story is authentic (it can still be fiction) and the story is relevant to the audience. Due to that we are familiar with story's it allows us to order the information easily and therefore it can be used to create instructions or guidelines that are easy to understand and remember (Shedroff 2001, 208).

Theoretical framework

Adele Clarke - situational maps and analysis

Adele Clarke's situational maps and analysis are based on the framework of grounded theory after the postmodern turn. Grounded theory studies social life based on qualitative research and analysis (Adele E. Clarke 2005, 31). Postmodern perspectives is about relations of knowledge in the place where the knowledge is produced (Adele E. Clarke 2005, 24-25) and it also focuses on the importance of non-human elements (Adele E. Clarke 2005, 34). The postmodern perspectives view all knowledge globally, socially and culturally, the key question of the postmodern turn is the

knowledge question concerning relations of knowledge's (Adele E. Clarke 2005, 24-25). Situational maps and analysis is based on basic grounded theory, supplemented with a situation-centered approach that not only is studying the action but includes an analysis of the full situation which includes discourses-story's, visual and historical (Adele E. Clarke 2005, 32). Adele Clarke's situational maps and analysis can be used in research projects based on interviews. Clarke's approach allows the researcher to draw together discourses, structures, text and context at a present moment to analyze the situation (Clarke 2003). The intention is to lay out all human and non-human elements as good as one can in the particular situation as broad as possible (Clarke 2003). The first situational map, the messy working version, is sometimes the most important one. It lays out all human and non-human elements of the subject, it is not necessarily intended to form the final analytic product but it opens up the data (Adele E. Clarke 2005, 125). When all actors, human and non-human, are laid out the relational analyses can begin by taking one element at a time and mapping the relations between each element and specifying the relations (Adele E. Clarke 2005, 129). The researcher is responsible for getting familiarized with the data through the interviews (Adele E. Clarke 2005, 130). The second stage of situational mapping is the ordered working map. In this map the data from the messy map is used and new categories are allowed to appear. The goal is to examine the data deeply, not to fill in blanks, and it is important to note that not everyone wants to do the ordered version (Adele E. Clarke 2005, 131). When analyzing the maps one element is centered and lines are drawn between it and the other elements on the map. Then the nature of the relationship between each element is described (Adele E. Clarke 2005, 144). Studying the discourses on a map is about studying constructions of meaning making. The construction of meaning making includes communication of meanings through discourses and thereby a construction of a possible "reality" (Adele E. Clarke 2005, 191).

Hermeneutics

In hermeneutics a person's pre-understanding is the understanding one has before the actual understanding (Birkler 2009, 96) An understanding is created by interactions between: the whole understanding and individual parts of the whole understanding of the subject one wants to gain knowledge of (Juul, S. Pedersen, K B. 2012, 145). When a researcher starts a research project he never meets the literature without a pre-understanding and he reads the literature from an

intuitive whole understanding. It is from this whole understanding he understands individual parts of the whole understanding and when looking deeper into their connections the whole understanding changes. The Hermeneutic circle is the interactions between the whole understanding and individual parts of the whole understanding. One cannot understand individual parts of the whole understanding without having some understanding of the whole understanding and conversely one cannot understand the whole understanding without having some understanding of parts of the individual whole understanding (Juul, S. Pedersen, K B. 2012, 111). Our pre-understanding it is created from the horizontal visual field that is visible from the certain point where we stand (Birkler 2009, 97).

Social Constructivism

According to the social constructivism paradigm generated knowledge is influenced by what is perceived as the "truth" (Juul, S. Pedersen, K B. 2012, 187). The "truth" is what one can gain sense of to understand the world around us. On micro level it is the people we are in contact with that help us to understand how to behave and certain phenomenon. On macro level it is school books and the media that is influencing our construction of the "truth" (Juul, S. Pedersen, K B. 2012, 202). Pre-understanding of the world is created by history, society, discourses, our biography, experience and values (Juul, S. Pedersen, K B. 2012, 188). Social constructivism theory is seen as the researcher's pre-understanding (Juul, S. Pedersen, K B. 2012, 221) and the knowledge he/she has about reality and the construction of reality, which we have constructed through e.g. learning, education, institutional norms or other interactions in the world that surrounds us (Juul, S. Pedersen, K B. 2012, 188).

Method

My pre-understanding

When starting study for the project and before having done any of the interviews the literature was met with a pre-understanding: My pre-understanding is affected by my voluntary work for MSF and their medical discourses of health and HIV/AIDS. My pre-understanding is that to raise the level of food security for people living with HIV/AIDS, it is the level of food security for the whole family that has to be raised because many people in Ethiopia are living under the poverty

line of \$ 1.25 a day. Because of the droughts and floods, it is hard for people in Ethiopia to grow vegetables and corn and to raise livestock, and transportation of food to the vulnerable areas is difficult because of bad road conditions and because of the security situation. There is no structure in the way health and food projects are handled in Ethiopia and there is still a lot of corruption so food aid is not for everybody. When people with HIV/AIDS are in an ART program I am not certain that they are getting any education in how important nutrition is for their treatment and their living conditions. I have heard that WFP is not making special food aid packages for HIV/AIDS patients even though WHO recommends a higher energy intake for this group of people.

Before the interviews I had a pre-understanding and while doing the interviews a new understanding occurred and the sharing of information leads to a new pre-understanding.. The secondary data in form of literature formed my pre-understanding and affected the questions for the interviews and therefore affected the discourses on the maps created after the interviews. Two of the interviews were done face to face and one was done through Skype, and between each of these interviews, a new pre-understanding occurred. When reading the last two interviews, that was answered in writing, a new pre-understanding occurred again.

Creation of the maps

Adele Clarke's theory of situational mapping and analysis is applied in this master thesis to map and analyze relevant actors, objects and discourses related to the problem statements. Situational mapping helps to open up the data and provide new knowledge on how the different actors are working with health- and food security issues for people living with HIV/AIDS in Ethiopia. To gain an overview and understanding of the current situation analyzed in this master thesis three messy maps were created based on the secondary data from the literature before doing the actual interviews. During the writing of the introduction and background I mapped what I found were the most important discourses, objects and actors that appeared in the literature. First the overall messy map "Malnutrition, Food Aid and Food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia" was created. Additionally to get a better overview of the situation two other messy maps "Nutrition recommendation HIV/AIDS" and "Governance, HIV/AIDS, Nutrition" were created. In order to read the map and get a full understanding of the whole project one has to commute

between the holistic understanding of the entire project; one overall map of the whole project "Malnutrition, Food Aid and Food Security for People Living with HIV/AIDS in Ethiopia" and the understanding of parts of the whole project; the maps "Nutrition recommendation HIV/AIDS" and "Governance HIV/AIDS Nutrition".

The design of the five interviews

Interviews are a way to obtain knowledge about peoples' opinions, attitudes and experiences (Brinkmann 2010, 29). The number of people being interviewed depends on resources and length of the study. In a student project the number of interviews is usually between 3 and 5 and in scientific studies around 10-20 (Brinkmann 2010, 32). Before an interview an interview guide is written to structure the interview more or less tightly (Kval 2007, 56). The guide contains the topics being covered and it can be carefully worded questions. The semi-structured interview includes the topics being covered with sub-questions (Kval 2007, 56-57).

In this project, I have chosen to do five interviews because it is a student project, the resources are limited and the time frame is tight. The people interviewed for this project were Mette Frahm Olsen Ph.D. student from University of Copenhagen, Søren Brix Christensen MD, who has worked with HIV/AIDS patients in Africa for Doctors without Borders (MSF), Mette Lund Sørensen Senior Adviser in "Right to Food" from Folkekirkens Nødhjælp, Nynne Solvej Warring, Programme Office Danida in Ethiopia and Dr. Meherete-Selassie Menbere, Team leader of World Food Program nutritionists in Ethiopia that helps people living with HIV fight the disease. Before each interview an interview guide was written. In the interview guide for Danida and WFP the choice of words was carefully selected and questions were specified due to the fact that both organizations wished to give written answer. The three other interviews were done through oral conversation and were semi-structured.

Mette Frahm Olsen Ph.D. student from University of Copenhagen was the first person being interviewed. Mette was chosen for the interview because she has done a PHD in "Nutritional supplementation of HIV patients" and her field research took place in Jimma, Ethiopia and Mette has been in Ethiopia several times and knows the country well. The interview took place at Cochrane Centeret, Tagensvej 22, 1st floor, in Copenhagen on the 19th of June 2014. The interview was semi-structured and clarification questions were asked as the interview went along. The

second person who was interviewed was Mette Lund Sørensen Senior Adviser in “Right to Food” from Folkekirkens Nødhjælp. First I wrote an e-mail to FKN to find out whom to interview, in the e-mail I specified the subject and that I was looking for a person with knowledge about my subject and I was contacted by Mette. Mette has knowledge about my subject, and through her work for FKN she has been to Ethiopia, so we setup a date for the interview. The Interview took place on the 24th of June 2014 at Nørregade 15, Copenhagen. The interview was semi-structured and clarification questions were asked as the interview went along. The third person who was interviewed was Søren Brix Christensen MD. Søren was chosen because he has a lot of experience in working with HIV/AIDS patient as at doctor, and he has worked with HIV/AIDS patients in Africa for Doctors without Borders (MSF). The interview took place via skype on the 26th of June 2014 and the interview was semi-structured and clarification questions were asked as the interview went along. The last two interviews with WFP and Danida were answered in writing. It was not possible for me to get an interview via skype with any of the organizations, to get any answers at all the only possibility was to get written answers and this is why I have decided to use the written answers in this thesis. Written answers do not fulfil the requirements for interviews because it is not possible to ask clarifying questions or questions that occur during the interview. To get as precise answers as possible the questions in the interview guide were specified and the choice of words was carefully selected. The answers from Danida and WFP are analyzed and discussed in the same way as the oral interviews. When planning the interview with WFP I first took contact to Anne Poulsen from WFP in Denmark and she then put me in contact with Dr. Meherete-Selassie Menbere, Team leader of World Food Program nutritionists in Ethiopia. Before I send my questions to Dr. Meherete-Selassie Menbere, I was told to delete the question about Human Rights Watch criticism of the PSNP program from the interview guide to WFP because they are a humanitarian organization and they do not have the mandate to comment on questions of political character. When planning the interview with Danida I first contacted Danida in Denmark, they gave me a telephone number and a contact person in their office in Ethiopia, I then called Danida in Ethiopia and was told to send an e-mail and then they would find the person who could answer my questions. I sent them an e-mail telling them about my thesis and with my questions and then I was contacted by Nynne Solvej Warring, Programme Office Danida in Ethiopia, who would answer my questions but only in writing. The three interviews that were conducted through

an oral conversation were transcribed by Conny Hanghøj, and when receiving the transcriptions they were checked by listening to the interviews and checking the written transcriptions. The transcriptions of the three interviews and the two that were answered in writing were put into the software program NVivo10 where I coded the interviews into notes and sub notes, also called child nodes in NVivo. NVivo10 is a platform for analyzing all form of unstructured data, in this thesis I have only used it for creating notes and sub notes. The headlines for the notes and sub notes were created on the background of the primary and secondary data and some notes were created during the coding. I went systematically through all five interviews and narrowed the notes and sub notes down to what was relevant for the subject and the problem statement. The quotes that are presented in the results have been analysed with the use of meaning condensation. After I created the notes and sub notes and started creating maps based on the notes and sub notes, I eliminated some of the notes that were no longer relevant for the subject and problem statement. I have translated the final results from Mette University of Copenhagen, Mette FKN and Søren Brix into English. The interviews from Danida and WFP were answered in English. After the five interviews new maps were created based on the findings in the interviews. All five interviews were divided into notes and sub note, each note was very carefully reviewed and a map was created based on each note and sub note where the most important discourses, objects and actors were mapped. The situational maps and analyses were used with the coded data from the five interviews. Clarke's situational maps support processes of revealing new knowledge and discovering new actors, objects and discourses. Based on the notes, sub notes and maps, quotes for the result section was chosen. In this thesis I have used interviews to obtain knowledge and expand the holistic view on my subject and problem statements from people that are working with nutrition and food programs and have knowledge and experience of working with people living with HIV/AIDS in Ethiopia and in other African countries. The primary data of this thesis is based on five semi-structured interviews, which is also why the social constructivist paradigm is applied to achieve knowledge through the primary data were discourses is established through the five interviews. According to social constructivism pre-understanding effects the discourses achieved from the five semi-structured interviews which is also why hermeneutic is applied and the researchers pre-understanding is laid out. Social constructivism says that there is not one true but what is perceived as the true depends on the perspective one sees it from. In this

project there is not one answer to the problem statement because there are many things that can influence the "right" answer which also can be affected by what point the actor is seeing it from. In a project like this there is a need for looking at several levels and the different actors, where all actors have their version of the truth. Social constructivism analysis identifies ways individuals interact in the creation of what they perceive as the truth. In an interview the interviewer can ask questions and clarification questions to get closer to the interviewees pre-understanding and there by what they perceive as the truth. This is how social constructivism is used in this thesis by, using Adel Clarke's situational mapping, and creating maps after the interviews, based on the answers from interviews. The different actors pre-understanding and their knowledge about reality and what is the "truth" is constructed by the things that surrounds them, the environment, the people, their education and the culture they are living in. Mette Frahm Olsen Ph.D. student from University of Copenhagen, is affected by the norms and the culture there is at University of Copenhagen. During her Ph.D. study in Ethiopia she had to consider the different food traditions of the different cultures in Ethiopia in form of what they eat during fast and if the people in her study share the supplement like they share food. Søren Brix Christensen MD, who has worked with HIV/AIDS patients in Africa for Doctors without Borders (MSF), is affected by the medical environment that surrounds him in his everyday work as a doctor. He is also affected by his past work experience in South Africa with HIV/AIDS patients. Mette Lund Sørensen Senior Adviser in "Right to Food" from Folkekirkens Nødhjælp, is affected by the working culture in FKN, the company's vision and mission and she is affected by the impressions she has from her visits to Ethiopia. Nynne Solvej Warring, Programme Office Danida in Ethiopia is affected by the Danida's political view, the working culture in Danida and her colleagues and because she is working in Ethiopia she is affected by the culture and traditions in Ethiopia. Dr. Meherete-Selassie Menbere, Team leader of World Food Program nutritionists in Ethiopia that helps people living with HIV fight the disease is affected by WFP's working culture in Ethiopia, her colleagues, the Ethiopian culture and traditions that surround her every day and the people with HIV/AIDS that she meets.

How to read the maps

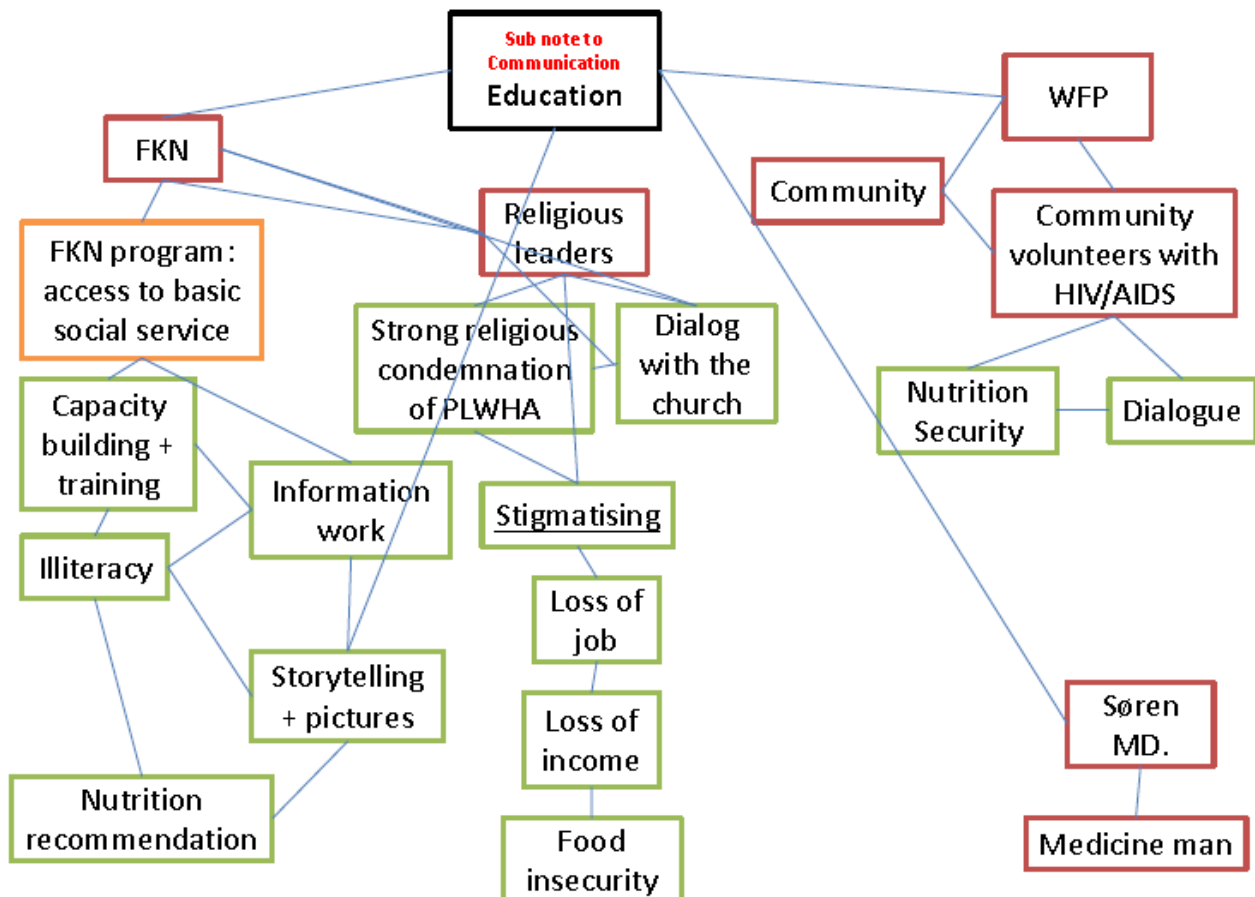
I will give an example on how to read the maps. I have chosen the map called "Education" which is a sub note to communication. First, one has to know that the red boxes are the actors, the orange

boxes are the objects and the green boxes are the discourses.

Starting on the left side of the map there is a line from education to FKN because FKN is doing educational work. Then there is a line from FKN to FKN program: access to basic social service which is FKN's program that contains the discourses capacity building + training and information work. FKN is using storytelling + pictures in their information and educational work that is what the lines between the discourses mean. There is a line from storytelling + pictures to illiteracy and nutrition recommendation because a lot of the people they are educating in nutrition recommendation are illiterate.

From FKN there is also a line to religious leaders whom they are in dialog with and are trying to educate in HIV/AIDS to bring down the strong religious condemnation of PLWHA. The discourse strong religious condemnation of PLWHA leads to the discourse stigmatising because people living with HIV/AIDS are stigmatized. Stigmatisation can lead to the discourse loss of job which leads to the discourse loss of income which leads to the discourse food insecurity because then there is no money to buy food for.

On the left side of the map there is a line from education to WFP because they do educational work. WFP does educational work in the communities and the people that are educating the people with HIV/AIDS are community volunteers with HIV/AIDS. Their education of the people living with HIV/AIDS is done through dialogue and they are educated in nutrition security which is why there is a line between these three boxes. There is also a line from education to Søren because he talks about the education of the medicine men. This map gives an overview of who the actors are, who and how the actors educate and what the consequences are of e.g. the discourse stigmatisation. This is also how the other maps should be read.



Results, analysis and discussion

This section presents selected responses of the respondents obtained from the primary data from the five interviews. These responses are analyzed and discussed in terms of similarities and discrepancies from the information from the secondary data. The responses are organized thematically in notes and sub notes. When reading the analysis and discussion the reader should be aware of that when a subject like e.g. stigmatization has been analyzed and discussed in the note culture and HIV/AIDS the subject is not going to be analyzed and discussed in other notes, not because it is less important in the other notes, but simply to make room for other subjects to be analyzed and discussed. This of course with the exception that the subject has another angle

that has to be analyzed and discussed.

Note from NVivo: Culture and HIV/AIDS.

WFP: What are the biggest challenges when doing a food security project in Ethiopia?

Stigma and discrimination deters PLHIV from engaging in different jobs as they are preserved as being sick all the time, less productive, transmit the virus etc.

Mette KU: When there is this taboo around HIV, is it not hard for the patient to convince people, if their families do not know they are HIV positive, that their food is a part of their medicine? How do they tell their family that my food is a part of my medicine so I can stay well?

.....[Stigmatization]But it is one of the biggest barriers we identified..... The patients did not want to bring something home that had anything to do with their HIV disease.....It is really something one has to take into account in programs like this, one should not put an AIDS logo on. One has to help the patient to be as discreet as possible

Are people who live in food insecure areas with HIV/AIDS more often undernourished than people without HIV/AIDS?

...the more indirect cause is that it is often the younger adults that get HIV and it is also they who earn the money for the household so when they are not capable of working or get sacked because of the stigmatization against HIV patients, they lose income and that affects the whole household and their own nutrition status.

Analysis: In four of the interviews the respondents mention stigmatization as one of the biggest challenges when working with HIV/AIDS patients in Ethiopia. Stigmatization has the effect that

people are in big risk of losing their job. Often it is the young adult who gets HIV and they are also the provider of the family so if they lose their job it does not only affect their own nutrition status but the whole household nutrition status. Because of stigmatization people do not want to bring home anything that can connect them to the disease, so it is really important that there is no AIDS logo on anything they have to bring home.

One the map created after the interviews the religious leaders became an actor due to their strong condemnation of people with HIV. In the maps created before the interviews there is no discourse with stigmatization there is only the discourse culture.

The medicine man did not have any leading roll when focusing on HIV but he is still mentioned in an interview and therefore still mapped as an actor on the map created after the interviews.

Discussion: Stigmatization was discovered on the new map created after the interviews to be one of the main barriers in all the interviews which this quote from the literature also confirms -" *However, stigma continues to be a main barrier to the willingness to take ART. Nondisclosure of HIV is often a necessary strategy to maintain social networks. The need for physical health must be balanced against the need for social inclusion, in settings where resources are scarce and formal social security is absent. If stigma is anticipated, HIV services that involve risk of disclosure are often avoided*" (Olsen et al. 2013).

Lack of knowledge in the society about how HIV/AIDS is transmitted and how it can be treated can lead to stigmatization of people infected with the virus. To break the stigmatization of people with HIV/AIDS in Ethiopia so they want to go into an ART program without being afraid that their HIV status is going to be disclosed it is important to do information work about HIV/AIDS, how it is transmitted and how it can be treated. It is also important to break the stigmatization so they do not lose their job due to their HIV status and thereby lose their income to provide for their family but also so they can maintain their social networks and take their medicine without being exposed to discrimination and left out of important decision making in the communities like who has the right to land.

One solution could be to make it a community problem, like they did in a HIV project in South Africa, so everybody gets involved and takes part in it. To overcome the stigmatization in South

Africa, Søren Brix said - *"It was presented on the community council anonymously as a 52 year old man with this and that, so the community council was a part of the decision making process. This so it could be lifted from being an individual problem to being a society problem"*.

The religious leaders were also discovered on the new map created after the interviews, to be a powerful actor which also can influence the stigmatization of people with HIV in the communities. This will be discussed further in the analysis and discussion note: Communication.

Food Culture

Sub note from NVivo to: Culture and HIV/AIDS

Mette KU: **If a mother has to think of her food as her medicine but only has a limited amount of food and seven hungry children then it might be the children who are fed first, and then there might not be that much left for her, so will she get the amount of food she needs to maintain quality of life?**

Yes, the advantage with the supplements is that one sees it as a part of the HIV treatment.....One could imagine that it is not the same mindset as one has about the food of the household. It is probably about raising the level for the whole family if it is possible. It is probably difficult to imagine that one has to reserve food.

What kind of problems are there when working with HIV/AIDS patients in Ethiopia?

.....And it is also about such things as fast for example, both the cultural and the religious practice around food, who it is shared with and what is eaten when. In Ethiopia a part of the population is Muslims and they have rules around Ramadan, and then there are the orthodox Christians, which is something about having a lot of fasting days, for example fasting every Wednesday and Friday and in some periods before for example Easter depending how orthodox one

is, then it can be almost half of the year one is fasting. To fast does not mean that one does not eat but it means that one does only eat after a certain time, and then one does not eat any animal products.

FKN

I assume that children come first when the family eats?

That can differentiate, because in some cultures children come last. The typical order is that the father eats first, then the boys eat and then the girls eat and in the end the mother eats. If there is anything left the chicken get it.

You are trying to grow quinoa in Ethiopia as something new. Quinoa is not typical African?

No, it comes from Central America. It is also important to say that it is a thing that is easy to communicate and that it is also a thing which I think can make a huge difference.....It is also very climate friendly because it can resist drought and it is salt tolerant and it can grow in high land, which is particular relevant for Ethiopia. It is easy for them to accept because one of their traditional crops is called teff, which has extremely small corns. Quinoa has a little bigger corn but people are used to handle the small seeds and it looks like something they are familiar with.

Analysis: When a HIV patient is given a nutrient supplement like RUSF they think of it as their medicine but it is more difficult to think food like vegetables or meat as part of the medicine because one does not share medicine but food is something you share. In the families there can also be an order of who eats first and who eats last, which can differentiate from family to family.

Some religions have fast, which can affect what kind of food one eats and what time of the day/night one eats.

As an experiment FKN is trying to grow quinoa in Ethiopia. One of the reasons quinoa was chosen was because it is similar to the traditional crop teff in corn size so people know how to handle the

corns and quinoa can stand the climate in Ethiopia.

On the maps before the interviews food culture was not mapped as a discourse, food appeared as culture, food security, nutrition security and malnutrition. On the new maps mad after the interviews food culture appears as a sub note and a map could be created on the background of the notes from NVivo.

Discussion: Food like meat and vegetables is not seen as medicine like a supplement is maybe because food is more seen like a family thing you share and you do not share medicine. So if the person with HIV needs to increase their food intake the solution might be to raise the food security level for the whole family and not just for the one person with HIV.

If a person with HIV/AIDS is fasting and not eating certain products it is important that he or she gets carbohydrates, protein and fat from other food items to cover their nutritional needs. Fasting is usually not for people who are sick so if the family and the community know a person's HIV status, the person does not have to fast. However, due to stigmatization not to participate in the fast can be difficult, as this might disclose their HIV status and that can have severe consequences for them on the social level as well as the working level. They are in great risk of losing their job and their income and thereby they cannot afford to buy food for the family and themselves. Their nutritional status will go down and then they might not be able to work because of wasting and the loss of muscle mass.

In Ethiopia it can be very difficult to grow crops due to the climate, and for a family not to be able to cultivate their land or only get a really small profit when harvesting can have severe consequences, because they will not have enough food to get through to the next harvest. Therefore, choosing a crop like quinoa for this project seems like a good solution because it can be grown in the high land and can be grown in very dry places. It is important that it is a crop similar to what the farmers are used to grow so they do not need to learn new growing methods and that it is close to what they usually eat so they actually will eat it. If this project succeeds it might be one of the solutions to provide people better food security.

When creating the notes food culture came up as a new sub note which led to opening up the data for discourses that are important to be aware of when investigating the subject food security

for people with HIV. Some of the new discourses that appeared are growing new crop, having cultural acceptable food aid, what people eat when fasting or just be aware of how stigmatization can influence the food culture.

Note from NVivo: Cooperation

WFP **When handing out food aid, does WFP have special food aid packets for people living with HIV/AIDS due to their higher energy requirement?**

Currently the government is providing plumpy nuts and supplementary plummy for PLHIV while WFP provides household food assistance.

Danida **What can influence a project like PSNP that will make the project a failure or success?**

.....One of the things that make the PSNP a well-functioning programme is that it is run by the Ethiopian government using government systems and with engagement and commitment from both government and development partners. It reaches all the way down to community level and engages the communities in programme decisions (e.g. on what type of public works to be done through the programme).

FKN **Do you also hand out food aid?**

Not directly, we are an organization that works through partner organizations which means that we have cooperation agreements with local organizations.....Emergency work often includes going into alliances with some of our sister organizations Norwegian Church Aid or Christian Aid or ICCO in Holland, and together we do joint efforts. And mainly we work with the same partner organizations.....And it is also important that, something like that [project work] is always in

a context, and that means that we always cooperate and plan in cooperation with the locals, the government to make sure that we do not interfere in a political conflict.

When working in Ethiopia do you cooperate with either the government or other NGO organizations and what requirements do you have to your cooperating partners?

...And then they go through different steps and the first step is to assess partner organizations. And that includes looking at their legitimacy, who their members or background group are, how they choose their board, if they have control of their finances, how the information flow is in the organization. A lot of things to see what type of organization it is, and if they have the technical capacity to work with these things, do they have any women employed, do they discriminate when they hire people and what is their recruitment policy.

Analysis: An important Cooperation partner is the government but at the same time cooperating with partner organizations at multiple levels is a priority for the different organizations. It is also important to have a detailed description of the partner organization and how they run the organization from board members to if they hire women.

On the maps created before the interviews actors like government, WFP, Danida, FKN, local community is mentioned but on the maps created after the interviews it is outlined how the different actors are working together.

Discussion: When launching a project like the PSNP it is important to cooperate on multiple levels so when the project is carried out in real life it is targeting the right people, which is why it is a good idea to include the FFW project in the PSNP. To do work that can benefit the whole community one must assume that the communities have the best knowledge of what kind of work that needs to be done e.g. road work or building water supplies for the citizens in the community.

In the new map some new cooperation partners occur like the sister organizations to FKN.

Depending on which organizations and what kind of project new actors will occur and others will sometimes disappear and sometimes just have a less active roll.

Note from NVivo: Communication

Søren **What problems did you run into when advising patients? Did they understand the importance of both taking the medicine and, when you advised them about nutrition, did they understand the importance of a proper nutrition?**

I think so. The way we approached it was, to get treatment you should come with a treatment assistant, which means your personal care taker, it could be your mom or husband or neighbor or... Your personal care taker that took part in the conversation and is there to remind you of the importance of nutrition and medicine. You must not lose your medicine, and your case will be brought up in the community council, so the council accepted that you now were on medicine, because it is not just a personal matter but a community matter.

FKN **How much educational work in nutrition do you do in Ethiopia?**

....it is something we talk about, that good nutrition is essential for the HIV medicine to work. HIV medicine, the treatment, is very widespread many places in Ethiopia, but it does not work if you do not get something decent to eat.

....We have a bit of a special role due to the fact that in especially many African countries, there is a very strong religious condemnation of people with HIV and a very moral crusade, Uganda is a terrible example. Where our role is to go into dialogue with the church, they listen a bit more to us because we have the church anchorage, and that is why we sometimes can move some of the very conservative church leaders to turn down the rhetoric to the HIV infected people

for example, and then get some of them to go into working, in another way with the HIV infected and accept them and integrate them.

You are trying to grow quinoa in Ethiopia as something new. Quinoa is not typical African?

No, it comes from Central America. It is also important to say that it is a thing that is easy to communicate and that it is also a thing which I think can make a huge difference.....It is also very climate friendly because it can resist drought and it is salt tolerant and it can grow in high land, which is particular relevant for Ethiopia. It is easy for them to accept because one of their traditional crops is called teff, which has extremely small corns. Quinoa has a little bigger corn but people are used to handle the small seeds and it looks like something they are familiar with.

Analysis: The patients understand the importance of good nutrition and taking their medicine, and to help them they have a personal care taker. If the community council is involved in accepting that a person is getting medicine for HIV it is moved from being a personal matter to a community matter. Nutrition is not the highest priority when communicating about HIV/AIDS but it is being communicated because of the importance of nutritional status for the effect of the medicine.

Because so many people listen to the religious leaders in the communities in many African countries it is important to communicate with the religious leaders to break the stigmatization of people with HIV/AIDS and it is easier to communicate with them when one has a more religious approach as FKN has.

FKN has started to grow quinoa in Ethiopia. Quinoa was chosen because it is easy to communicate because it has seeds that look like the crop they usually grow called teff and it can grow in the Ethiopian climate.

In the maps created before the interviews communication was mapped as storytelling and not communication in general as it is mapped after the interviews. After the interviews the map

elaborates on who is being communicated with, what subjects are being communicated and storytelling is now a sub note together with education as a sub note to communication.

Discussion: When including the whole community in peoples HIV status it might be possible to break down the stigmatization for people living with HIV. It is also important to communicate to the whole community about what HIV/AIDS is, how it is transmitted and that people should not lose their job because of their disease. This should be communicated to the community so they know that helping people who has HIV and fighting the disease is a community matter but information work is important to break down the stigmatization.

A personal care taker is also a good idea because the person with HIV has someone to talk to about the disease and the importance of taking the medicine and nutrition and the personal assistance might help the patient to not feel alone with the disease.

In Africa the religious leaders has a lot of power and therefore it is also important to go into dialogue with them about what HIV/AIDS is and how it is transmitting so hopefully it can bring down the stigmatization of people living with HIV/AIDS in the communities. It is really good that FKN knows that because they have the church angle the oddes to affect the religious leaders attitude towards people with HIV/AIDS is good.

When communicating about HIV/AIDS nutrition is not one of the highest priorities but is still included in the communication with people living with HIV because a good nutrition helps the medicine to work better. It is understandable that things like what is HIV/AIDS, why should I take this medicine and how is HIV transmitted is communicated first because this might break down some of the stigmatization but it is also important to communicate the importance of good nutritious meals. It can be difficult to communicate the importance of nutrition if the person is living in food insecurity and does not have access to food. So it is important that the food security programs and HIV programs work together.

When trying to convince a farmer to change crop one needs to have some good clear and not too technical arguments due to the wide spread illiteracy in the population. This can be a big change for the farmer and he/she might be nervous about how big a profit the new crop will give them, maybe the crop they have now does not give them enough food until the next harvest but they

know what profit they will get. The change to a new crop has to be communicated in a way so it does not look like here comes the white man and he of course knows better than the little black farmer. The farmer has to understand the benefits of a crop that can grow better in the climate in Ethiopia and give a higher profit so there will be enough food until the next harvest. When introducing a new crop it is important to communicate why changing from the familiar teff to quinoa. It is wise of them to choose a crop that looks like the crop they know so it is not too far away from their traditional food. This makes it easier to communicate the change. To see if quinoa is a part of the answer to the hunger problem or just part of the answer in Ethiopia will depend on the results FKN and University of Copenhagen will get in their research.

No matter what project one is doing it is always important to know who to communicate with and how to communicate, so the message is understood by the receiver of the message which the map created after the interviews outlines.

Education and Storytelling

Sub note from NVivo to: communication

WFP How is WFP involved in educational work regarding HIV/AIDS, health and nutrition in Ethiopia?

- *In the HIV program there are community volunteers who are PLHIV themselves who are trained on basic nutrition education. These people go from home to home counseling and educating PLHIV on basic nutrition, food hygiene and sanitation issues.*
- *Health educations are provided at health institutions when PLHIV are coming to collect their medications/ARV*
- *The volunteers also organize community dialogues where PLHIV and pregnant and lactating women living with HIV are coming together to receive health education on reproductive health, Family planning, Infant and young child feeding etc. This is also a forum for them to exchange their challenges*

Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication?

- *It is good if the story is of someone the clients really know.*
- *We are using cline discussion groups for the clients to tell their stories to each other and it really helped*

Søren

Did you include the medicine man in the village in any way?

No, now I am speaking mainly about South Africa but also in Malawi there has been some education for them but they were not assigned any medical role in the treatment.

FKN

How much education work in nutrition and health do you do in Ethiopia?

A lot of the people cannot read and write or have any basic understanding of how the body works. So you have to find possible ways of communicating so they can understand it. For example in Malawi they have made something smart, they created a plate and divided it in three, so there is carbohydrates, xxxsima that is something they eat, and there is something green and then there is beans or peanuts or protein. And that is how you are trying to show people that they need all three things.

Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication?

I do not know much about it. But we lean against the different countries and also to use materials, where something already is created. We had some ABC communication, where our partner had big aprons made with three pockets... It was Abstinence, Be faithfull

and Condoms. It was A, B and C. Then there were the three pockets and then the game was - it can be quiet difficult to discuss - and then some laminated cards with different persons on. A prostitute, a farmer, a school girl and others who were easy to recognize. Then you had to choose what strategy that was best for them.

Analysis: Counselling of people with HIV in basic nutrition, food hygiene and sanitation issues is done by people who have HIV themselves so the counseling gets very personal. Volunteers are organizing community dialogs so people with HIV can meet in a forum and exchange their challenges.

There has been some education of medicine men but they were not given any medical roll.

Education in nutrition is also done through pictures of a plate that shows what to eat and how much carbohydrate, greens and protein a meal should contain. Education can also be done through storytelling and it is good if the story is of someone the patient know or it can be the patients their own story.

In the maps before the interviews education and storytelling are mapped as two discourses and in the maps after the interviews it became more clear who to educate and by whom and how storytelling can be an education tool especially for people that are illiteracy.

Discussion: Small discussion groups can be a good way to do educational work because some people might feel more free to speak and not afraid to ask questions about their disease in this kind of setting, and the challenges they are faced with can be discussed without exposure to stigmatization.

The medicine man needs to be included in some way, he should not be given any medical role but should still feel included. Because through many generations people have believed in the medicine man so it can be difficult to convince them to go into treatment if the medicine man is saying something else.

Storytelling is a very effective way to communicate a message that can be difficult to talk about and it is also a good way to communicate when working with people that are illiterate. To make

the story more effective it is important that it is personal and you can identify yourself with it. The game with the apron and the pictures involves everybody in the story because they have to create the stories together for each person on the card and being actively involved in the story, makes it easier to remember the story. Storytelling is an old way of communicating and it can be easier for a person to remember a story than a text. It can also be easier to communicate a message through a story if people are illiterate because they have the pictures to tell them what they need to know.

The map created after the interviews reveals that education of the religious leaders can sometimes bring down the stigmatization of people with HIV. It also reveals how important it is to find out who to educate to obtain the desired effect in the whole community and that storytelling can be a good tool when educating people that are illiterate because with the use of pictures it is easier for them to remember.

Note from NVivo: Food Aid versus Cash Transfer

WFP **What advantages does a project like food aid versus cash transfer have?** (NB- the word food aid is changed to food assistance by WFP since 2008 as a lot of food assistance tools are incorporated)

- *It enabled clients to access fresh foods*
- *It enabled them access locally produced and different varieties of foods. E.g. Food aid provides grains of wheat/maize/sorghum as cereals but cash and voucher provides processed foods like pasta, rice etc*
- *In HIV programs the way food in kind provision is managed (having one store or warehouse where food distribution is done) subjects clients to stigma and discrimination while Cash and vouchers reduced this enormously*
- *Food can be accessed by clients without traveling very far as locally operating traders are involved to provide the food commodities*

FKN **I have read that some of the disadvantages with Cash transfer are that the money sometimes goes to the men, and then they are not going to the children and women, and they are using it on liquor and other things. Is that something you find as a problem?**

It depends on the context....first one can use the Voucher method.

And there is also a limit on how much one can say "now you have to do this" but in the long run it is about working with the understanding of gender and the understanding of why and how. A lot of men are also a bit tired of that it is the women that have to get the micro finances ... because men behave irresponsibly.

Danida **What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have?**

The inflationary effects have been examined a number of times in the PSNP, and to date, there has been no evidence that transfer of cash instead of food has had any significant effect on local inflation.

Analysis: Cash transfers and food vouchers give the receiver the possibility to access local fresh food, where the food aid consists of a fixed quantity of certain food items e.g. wheat, maize and vegetable oil that are pre-packaged. People do not have to travel as far with cash transfer or vouchers as they have to with food aid. The cash or vouchers can be used on the local market, whereas the food aid has to be picked up at big storage houses that often lie far away. If the cash transfer is not used on improving the livelihood for the whole family but is used on liquor or other things that do not benefit the family the voucher method can be used because the vouchers can be specified to certain items.

In the map before the interviews some of the actors and objects were laid out and very few of the discourses. The map after the interview revealed that FKN was an actor and they actually saw

themselves as one of the leading actors in food aid versus cash transfer. It also revealed the advantages and disadvantages with food aid, cash transfer and vouchers, and that inflation still was a discourse.

Discussion: On the maps before and after the interviews inflation was mapped as a discourse. According to Danida the PSNP cash transfers have no significant effect on local inflation but in the article "*Cash transfers and high food prices: Explaining outcomes on Ethiopia's Productive Safety Net Programme*" they state that the cash transfers might have had an influence on the inflation in mid-2007. Because of these contradictory statements it might be wise to follow the market development to avoid inflation if it is possible. If the food prices go up the amount of money in the cash transfers has to follow for people to still be able to buy food, but this might lead to an even bigger inflation. Logistic work was a discourse that appeared in the new map, the logistics are much easier with cash transfer and vouchers compared with food aid. The food aid has to be transported over a long distance often on bad roads and the receiver also often has to walk a long way to get to the food distribution place. Cash transfers gives the receiver the possibility to spend the money in the household where it is most needed and it supports the local market so the farmers can sell their produce. The option to provide food aid is important in areas where there is no availability of food. The safety net programs like food aid versus cash transfer can help people not to worry about food insecurity the next couple of years and give them the chance to focus on building a living and an income for themselves and their family.

PSNP and Advantages/Disadvantages

Sub note from NVivo to: Food Aid versus Cash transfer and PSNP

WFP **Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?**

The cash and voucher are newly introduced food transfer modalities 2ys or so and it is difficult to draw a conclusion from these very recent interventions were most of the period (6 months) were used to pilot.

Danida

In 2010, Danida donated 25 million DKK to the World Bank's PSNP project in Ethiopia. What is the status of the PSNP project right now?

PSNP is still in its implementation phase, which will end by the end of 2014. At the moment, the next phase of the programme is being designed in collaboration between development partners and the Ethiopian government. The next phase is expected to run from 2015-2020.

The PSNP is not a World Bank project; rather it is a government programme to which the World Bank and nine other donors including Denmark contribute the large majority of the funds.

In addition to the 25 million DKK committed in 2010, Denmark made another contribution to the PSNP in 2013, through the regional Danida programme 'Horn of Africa Productive Capacities and Resilience 2013-2015'. The programme has three components –the first component is support to the regional organisation IGAD, the second component is support to activities by FAO and NGOs in Somalia, and the last component is support to PSNP. The programme totals 200 million DKK across the three components, of which PSNP receives 83 million DKK. In the PSNP, beneficiaries work on public works a few days a month, six months a year, and in return they receive either food or cash. A public work could for instance be constructing a school, a road, water wells, or rehabilitation of land – projects that will benefit the local community.

Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?

In case of the PSNP, the answer is yes, the programme had a positive effect on the food security situation in Ethiopia by lowering the

number of months in a year that households do not have enough food. But bear in mind that the programme combines both cash and food transfers.

What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have?

In the case of PSNP, both cash transfers and food is used as a means of support to the programme beneficiaries.

One of the advantages of distributing cash instead of food is that there is often less delay with cash transfers compared to food, as it can 'move around' faster and does not need to be sourced from suppliers first, as food needs to be. Of course, cash can only be distributed where food is available to buy for the local population –if there is low availability of food locally, cash can be the preferred mode of transfer.

The inflationary effects have been examined a number of times in the PSNP, and to date, there has been no evidence that transfer of cash instead of food has had any significant effect on local inflation.

Analysis: The PSNP is still a fairly new project and both WFP and Danida are in the pilot phase of the project. The PSNP is a government project that cooperates with WFP, Danida, World Bank and other donors. Danida has contributed a large amount of money to Ethiopia and out of the 200 million DKK for the "Horn of Africa Productive Capacities and Resilience 2013-2015" the PSNP received 83 million DKK. Food for Work program is incorporated in the PSNP program, and one of the benefits for the communities of the PSNP program is that the jobs that people are working when receiving food aid or cash transfer contribute to the development of the local community. The PSNP program has lowered the number of months in a year that the families live in food insecurity. Another advantage is that the cash transfers can be moved around faster the food aid. Food aid has its advantages in areas where there is low or no availability of food.

In the maps created before the interview all the actors are laid out: the Ethiopian government, Danida, World Bank, WFP and the local community. In the maps created after the interviews it is specified that Danida still is supporting the project economically and that the project is in the introduction phase but soon will go into phase 2 in year 2015. The map also specified the advantages and disadvantages with the PSNP project, and that corruption is a discourse that has to be followed closely.

Discussion: The PSNP project might be on tool to overcome food insecurity, it is a big advantages if the money from the cash transfers is being spend on the local marked so more people can start a small shop and earn money to support their family. But the PSNP project does not say what happens when people are leaving the project. Do they then go back to food insecurity or have they been given some kind of education during the project in improving their farming skills or starting their own little business.

The PSNP program has been accused of corruption by the Human Rights Watch (Human Rights Watch 2010) due to the fact that the program was only for people of a certain political belief. Danida says that they have not found anything that indicates corruption - *"During our engagement with the PSNP, there have not been reported any detection of abuses or exclusion that we are aware of, despite monitoring missions from development partners. That being said, we continue to closely follow human rights issues in Ethiopia, and we use our engagements such as PSNP as a platform for continued dialogue with the government"* quote from the interview with Danida. Ethiopia is a country that has been accused of undermining their citizens with using food as a weapon as a way of controlling the country (Information 2008) so it is important that the PSNP project is followed closely to make sure that corruption does not happen. Because Denmark supports the PSNP project economically one sanction against corruption could be to stop the support to the project, but of cause depending on the details around the corruption case.

Note from NVivo: Food Security + Sub note from NVivo: Nutrition Security

Danida **Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?**

In case of the PSNP, the answer is yes, the programme had a positive

effect on the food security situation in Ethiopia by lowering the number of months in a year that households do not have enough food. But bear in mind that the programme combines both cash and food transfers.

Mette KU **If a person has some sequelae from stunting in the childhood and then also has HIV/AIDS and gets wasting and loses muscle mass. What does that do for the quality of life?**

.....One can say that the vulnerability that HIV gives in regard to nutrition, the worse the nutrition status the more vulnerable one is to the consequences of HIV.....HIV has the same physiological progression anywhere in the world, but you do not see these problems in our part of the world in the same way.

Is Ethiopia a country where it would be possible to grow enough food for the whole population?

I am not really familiar with it, it is not my area.

This problem is not that relevant in the area of Ethiopia where we have worked. It is for sure not the amount of produced food that is the problem it is the access for the individual or the family which is connected to poverty..... It is very lush and green in the south west Ethiopia, and still there is a large pediatric ward with acutely malnourished children. There is food available but it is not accessible for the families..... But if you can produce enough food for the whole country I cannot answer.

Søren **Does a problem like HIV and nutrition sometimes get undermined by other big problems in the developing countries like the problem with hunger?**

Yes....and we also see that undernutrition and food security are used

politically, partly by the politicians in power but also some of the undernutrition problems are caused by that there is enough food but the distribution or tax or something else does that it does not get out. So sometimes it can be a problem because food security also is a politically tool.

WFP **How is WFP involved in educational work regarding HIV/AIDS, health and nutrition in Ethiopia?**

- *In the HIV program there are community volunteers who are PLHIV themselves who are trained on basic nutrition education. These people go from home to home counseling and educating PLHIV on basic nutrition, food hygiene and sanitation issues.*
- *Health educations are provided at health institutions when PLHIV are coming to collect their medications/ARV*

Analysis: From the first three maps created before the interviews to the new Food security map created after the interviews some of the discourses have been elaborated on and some new discourses have been revealed. The discourses that have been elaborated are access, availability to food and the PSNP programme. The PSNP has lowered the number of months where households live in food insecurity and thereby had a positive effect on the chronically food insecure households in Ethiopia. In Ethiopia it is not always the availability of food that is the problem but it is the accessibility to food that is the problem. When the nutritional status for a person with HIV goes down, the consequences of HIV become more severe. WFP does nutrition security education for people living with HIV. The educational work is done by volunteers who themselves have HIV. Two of the discourses that have been revealed are that food security is sometimes used as a political tool so the food does not get out to the people who need it which then can cause undernutrition. Stigmatization also influences the food security for people with HIV/AIDS due to the loss of job.

Discussion: When people are living in a chronically food insecure household in an area where the food is available but not accessible, the PSNP could be a way of breaking the food insecurity by giving them a small amount of money to buy food for. One can only join the PSNP program for a

certain number of years so there is a need for a plan that can help people with not going back to living in food insecurity when they cannot be a part of the PSNP anymore. The map created after the interviews revealed that stigmatization also has an impact on the food security in the household when people are losing their jobs and thereby their income which can lead to not having access to the available food. Food aid is sometimes used as a political tool, the food aid is held back and this sometimes leads to large amounts of food rotting in storage houses. If the food is not distributed before it rots many people are in danger of suffering from malnutrition. Ethiopia has before been accused of using food as a weapon (Information 2008).

The maps created after the interviews reveal that people living with HIV are given some education in nutrition security due to the importance of keeping the body healthy and they are taught by other people that have HIV themselves so they can engage in a discussion about everyday problems living with HIV/AIDS and the nutritional issues. It is a good idea to have people with HIV/AIDS as teachers because they also become role models and can be seen as more trust worthy which can make it easier for people to open up in a discussion group.

Note from NVivo: Nutrition and ART + Sub note from NVivo: Food as Medicine

Danida **Does it mean that Danida does not see nutrition as part of HIV/AIDS treatment when the Danida report from 2005 “Strategy for Denmark’s Support to the International Fight against HIV/AIDS” has no mention thereof?**

At the time of designing the strategy, nutrition was not a high priority issue –strategies unfortunately cannot capture all important issues at once. However, this does not mean that nutrition cannot be integrated as an important part of Danida projects fighting HIV/AIDS. Do also note that the strategy does mention nutrition as part of the necessary care for children/orphans affected by HIV/AIDS.

It should furthermore be noted that organizations Danida work with, such as the WFP and IFAD, have nutrition as an integral part of their programme activities.

Mette KU

**How much focus is there on patients with HIV and nutrition today?
Does any of the programs in Ethiopia focus on the nutrition part of
HIV?**

Yes they do because it is a part of WHO's strategy. If you look in the national guideline it includes the nutritional aspect. And it is also my impression that it is being implemented.....And then there are the supplement programs....food by prescription where one is handing out plumpy nut which is a product for undernourished children.

**Do you think that nutrition is going to be an integrated part of
HIV/AIDS - ART treatment in the future?**

At the moment in Ethiopia they have it in their guideline, they had already started it when we started our project. And that is why we do not have the acutely undernourished people in our study.

...So as it is now, if one has a BMI, I think it is, under 18.5 then one should be offered a nutrition supplement.

...It is not something Ethiopia themselves could do. It is the US Aid that is financing it at the moment. So it has defiantly not found it's level yet I think, but in some areas there is a lot of focus on it. Were in other places it is getting totally ignored. So hopefully it is about using the resources that are available in a more strategic way.

You say that it can improve the treatment of HIV/AIDS for adults. Is that because the medicine is working better when they get the product or do they have a better recovery?

The assumption is that they lose weight as a consequence of the disease and it wasting on all the different types of tissue, muscle tissue, fat tissue and visceral tissue. And the weight gain that comes for most patients when they start on medicine, it takes a good

nutrition to reconstitute the tissues. One can say that some of the food programs just give something from the viewpoint that if you are undernourished then you need to get some energy, but that is to get people to gain weight, but if the nutrition is of a poor quality then it might just be fat people put on, and then it is not sure that you reconstitute the effects. It is both the immune system and the overall status it affects when one has lost weight.

Søren

Are people with HIV/AIDS more often undernourished than people without HIV/AIDS? Is that a very big problem?

Yes it is. Many of them are coming when they have an AIDS break out with tuberculosis, so often they are undernourished. At least in the beginning of the treatment. Many places are now starting treatment before their immune system gets bad, back then they only got treatment when their CD4 number was down to 200, now we might put them in treatment when it is 350 or 400 and not when their immune system is further down.

In my literature about HIV/Aids there is a lot about preventing HIV/AIDS and not so much with focus on treatment and nutrition?

That is because it took 7 years to get treatment equate with prevention. It took 7 years for Danida to be willing to give money to treatment and not just prevention. We were up against very powerful international lobbyism and a very powerful medicine lobby that did not want generic drugs on the market, but we should keep it here at home. It took between 7 to 10 years, so that is why the treatment is lagging behind.....Because the argument, I think, was that treatment was a part of the prevention. You cannot get prevention to work unless you also have treatment to give.

Analysis: From the first maps created before the interviews many of the actors were laid out. The

new maps elaborate on how they are working with nutrition and ART today and what problems there have been with prevention and treatment.

In 2005 when Danida's "Strategy for Denmark's Support to the International Fight against HIV/AIDS" was conducted, nutrition was not a high priority but they do cooperate with organizations that prioritize nutrition in their HIV/AIDS projects like WFP and IFAD (International Fund for Agricultural Development). It took Danida 7 years to equate treatment with prevention due to the medicine lobby that did not want generic drugs on the market. Today nutrition is a part of WHO's strategies and Ethiopia has written nutrition into their guidelines. Today treatment is started before the patients' immune system is getting to low. It is also stated by Mette Frahm Olsen that when a patient is putting on weight good quality nutrition is important so the patient put on the lost muscle mass and not just fat.

Discussion: In 2005 when Danida's "Strategy for Denmark's Support to the International Fight against HIV/AIDS" was conducted, nutrition was not a high priority. That could be because of the very powerful medicine lobby did not want generic drugs on the market due to a decrease in price on their medicine and it took 7 years just to equate treatment with prevention and this issue undermined the nutritional issue. The lack of focus on nutrition in the report from 2005 could also be because the medical treatment was still fairly new in 2005 and that the scientific research in interactions between HIV/AIDS and nutrition is a new field of research.

People with HIV/AIDS are more often undernourished than people without HIV/AIDS and when they put on weight it is important that they get quality nutrition so the lost tissue can be restituted and this is why it is important that people with HIV/AIDS have access to quality food and that they get education in nutrition and health.

Note from NVivo: Recommendation

WFP: **When handing out food aid, does WFP have special food aid packets for people living with HIV/AIDS due to their higher energy requirement?**

- *There was CSB and CSB+ when the food assistance was provided although plummy nuts are preferred for severe acute malnutrition cases*

- *Currently the government is providing plumpy nuts and supplementary plummy for PLHIV while WFP provides household food assistance.*
- *None malnourished pregnant and lactating women living with HIV are provided with food vouchers that enabled them access vegetables, milk or eggs.*

Mette KU

How do you afterwards get a patient to say my normal food, no matter if it is food aid or something else, is also my medicine? When one gets a nutrition product it is easy to say this is my medicine, but if we are talking about vegetables or meat?

Most countries [African] have some counseling, patient education where they get some guidance. It is an okay base line but it does not work if one is food insecure and does not have access to a nutritious diet..... So counseling I think is a part of it, but for most people it is the poverty barrier to get the food, so there of cause is something more to it.

FKN

Do you also hand out food aid?

.....In some cases one has to put together some packages, family packages, to people... There are some tables on the contents of the different types of food of calories, protein and micronutrients and all that, and then one has to combine it with what is possible to get locally.

You are trying to grow quinoa in Ethiopia as something new. Quinoa is not typical African?

...It is also important to say it is a thing that is easy to communicate.

But we selected it because of its nutritional qualities that are fantastic when looking at available protein and calories, and it contains the 4

micronutrients that poor people normally are missing.

Analysis: The map created after the interviews elaborated on how vouchers and food assistance (Aid) can be used as an attempted to live up to the recommendation. Vouchers can be specified to certain food items like vegetables, eggs and milk. Food aid can be specified so a person who has a higher energy intake like HIV/AIDS patients can get a CBS+ package and a person with a normal energy intake gets a CBS package. The map also elaborated on how poverty barrier and access to the food can prevent people from living up to the nutritional recommendation. When choosing a new crop to grow in Ethiopia one of the criteria for FKN was the nutritional qualities.

The map "Nutrition recommendation HIV/AIDS" that were created before the interviews mentions official recommendation as an object and does capture some discourses like appetite loss and food aid and the government as an actor.

Discussion: It can be difficult to live up to the official recommendation when living in a food insecure area or if one do not have access to food. Specified vouchers can be one way to make sure that people have the possibility to buy certain food items so their food intake can live up to the recommendation. Introducing a new crop like quinoa to a farmer can be difficult when the farmer does not know anything about this new crop. It is not only about communicating the nutritional values of quinoa, it is also about communicating how quinoa is similar to the crop teff that the farmer is used to grow, so he/she will know what to do with the seeds and so people will actually eat it.

Malnutrition

Sub note from NVivo to: Recommendation

Mette KU **You say that it [RUSF] can improve the treatment of HIV/AIDS for adults. Is that because the medicine is working better when they get the product or do they have a better recovery?**

The assumption is that they lose weight as a consequence of the disease and it reduces all the different types of tissue, muscle tissue, fat tissue and visceral tissue, and the weight gain that comes for most

patients when they start on medicine requires a good nutrition so they also restitutes these tissues. One can say some of the food programs just give something with the base line that if one is undernourished then they need to have some energy, that is to get people to gain weight, but if it is nutrition of a poor quality then it might just be fat one puts on, and then it is not for sure one restitutes the effects. It is both the immune system and the overall status it affects when one has lost weight.

How does one make sure that when they are done with the treatment that they do not go back to being undernourished and malnourished?

It is not a long term strategy, it is a strategy that is meant to frame a critical period in the beginning of a treatment. It is imagined that there is an increase in the need for nutrition right when starting treatment, due to the whole restitution and fighting the disease. So it is a very favorable time to get synergy between medicine and nutrition..... It is a target strategy for the use of supplement to frame the most critical phase, and there we have to join some programs of a whole other kind, that are focusing on the underlying problem. And that program is for the whole household and not just the patient.

Are people with HIV/AIDS more often undernourished than people without HIV/AIDS in food insecure areas?

Yes they are, that is for sure. And there are many reasons for that, there are both the direct causes...Undernutrition and food insecurity and HIV are parts of a vicious circle, they are mutually reinforcing. It is both about the direct consequences of HIV. One has identified the biggest cause for getting undernourished and that is that one loses appetite when one is HIV positive and then has a smaller intake even though one might have access to it, but there is also bad absorption

and a greater energy need and a need for nutrients and the effects of infections. Then there are the more indirect, that has to do with that it is often the younger adults that get HIV and they are the ones who earn money for the household, so when they either are not capable of working or they get sacked because there is a stigma against HIV patients. So they lose income and then it influences the whole household and also their own nutritional status. And yes, then undernutrition again can worsen the HIV process that makes it an evil circle.

If a person suffers from effects of stunting from childhood, and then also has HIV/AIDS and then gets wasting and loses muscle mass.

What does that do for the quality of life?

....As a starting point one does not know when a patient comes into any program, it is only at that time they are followed, so one does not have much data on how much weight they have lost as a consequence of the disease before they start..... One looks more at their current undernutritional situation when they start, how much of it is caused by long term food insecurity and poverty and how much is caused directly by weight loss during the illness, is not something that can be separated from each other. One can see that the more weight one puts on during phase 1 in the medical treatment, are the ones who also have the best treatment process and the highest survival rate. But one can of course imagine that the long term effects of - one can say that the whole vulnerability that HIV gives in relation to nutrition, the worse of one off in advance, the more vulnerable one is for the consequences of HIV.

Analysis: The map created before the interviews capture some of the discourses on the different types of malnutrition like wasting, stunting and appetite loss. On the map created after the interview appetite loss is mapped as a direct consequence of HIV. Appetite loss is one of the main

causes of undernourishment in HIV patients due to the higher energy need and the bad absorption which makes a person more vulnerable to infections. Wasting is not mapped as a discourse on the map created after the interview but it is mapped as a consequence of HIV: Loss of tissue. From these results it is clear that it is important to get quality nutrition when gaining weight again, so the different tissues can be restituted and so the weight gain will not consist of only fat.

Discussion: When people with HIV/AIDS are suffering from wasting it is good to give them a supplement so they get the right amount of energy, macro- and micronutrients so their tissues can reconstitute. Reconstitution of muscle strength is essential for the ability to go back to work, especially if the person has a physically demanding job. When a person has gained weight and has ended the treatment with supplements it is important to focus on the food situation for the household because if they are food insecure the risk of going back to suffering from wasting is high, so there needs to be some kind of help for the whole family. Food is something that is shared between all the family members so if the food intake has to be raised for the person with HIV/AIDS it has to be raised for the whole family. This could be where the PSNP project could help a family by giving them food aid or vouchers or cash transfer, so they will have access to food.

Note from NVivo: Future + Sub note from NVivo: Research

WFP **Do you think Ethiopia can reach their goal of becoming a middle-income country by the year of 2023? –**

The year put is 2025 on the Growth and transformation plan (EGTP 2011-2015). The evaluation of the achievements of these plan I think will define if the country is on the right track

Mette KU **Do you think there is a need for more investigation in the area of HIV/AIDS and nutrition?**

[Supplements]It is more expensive to use this protein, so that could one for sure look closer at. And there is the aspect of timing when one has to boost the nutritional status would be really relevant to look closer at.....So specific in relation to that strategy the need of this type of studies, and of course another type of studies with a

more long term effort, and it is also important to build a bridge between what to do after people - if one says, okay the strategy is just to boost their nutrition status, but how to make sure they are going to be followed up on over time, to make sure they do not just lose the effect afterwards, but ideal intergrate them into some more long term strategies. Yes there is for sure a need for more investigation.

What can the international society do to support the changes in Ethiopian with food security and HIV, how does the international society support the best way with this problem?

...For example there is a report who talks about, it is either American US Aid or UN Aid money, I think it is US Aid money that has begun unrolling these supplement programs. It is very resource consuming program that do not look like it is going to do much about the nutritional status for HIV patients. Ells it is not the optimal use of resources. So one can say that one thing is to say more resources, and it is for sure also relevant, but it is also something with target the resources and to evidence based interventions and then support it with research already done and there is a big need for more research and focus on it.

Analysis: In the maps created before the interviews there is not any objects or discourses with future, other that the PSNP that was mapped as a discourse to see if it could be part of the future solution. The map created after the interview comes up with some discourses like utilization of resources and the GTP on what could be done in the future so Ethiopia might reach their goal and become a middle income country by the year of 2025.

It is not yet to say if Ethiopia is going to reach their goal and becoming a middle income country by the year 2025, it depends on if the GTP is going to be a success. When supporting Ethiopia in the process to change it is important that the international organizations are targeting there resources and do evidence based interventions and support it with research. There is a need for more

research to know when a HIV patient's immune system needs a nutritional boost. There is also a need for research in the follow up on patients when they leave treatment to know if they go back to being undernourished or if they can maintain their weight.

Discussion: Ethiopia has made the GTP strategy plan to go from being a developing country to become a middle income country, in the litteratur by the year 2023 but according to Danida and WFP the year is 2025. If Ethiopia has to decrease the level of malnutrition for people with and without HIV it is important that the resources are targeting the right people. Plumpy nut is an expensive product so it is important that only the ones that really needs it gets it. Some of the money that are spend on plumpy nut could be spend on food security programs, which is also a focus point in the GTP, so patients returning from treatment will not go back to being undernourished again. Some of the money could maybe also be spend on some more research in how to design an intervention that could raise the level of food security.

Note from NVivo: International society

Mette KU **What can the international society do, to support the changes in Ethiopian with food security and HIV, how does the international society support the problem the best way?**

.....They have of cause a lot to do with what one puts focus on for example from WHO's pages or in general focus in HIV programs where the nutrition part has been very invisible, I would say, it comes very much on the agenda in the Ethiopian context, but it is of cause one of the tinges the international society can be a part of the guidance for focus like the national guidelines often is based on. And then one can say in a country like Ethiopian there is a lot of international donor assistance which also are the ones setting the agenda of what one is using the resources on.

FKN **What can the international society do to make changes in Ethiopian when talking about food security and HIV/AIDS, what can the international society do to help?**

.....what the international society do is supporting projects, and that is what we do to financing the processes and help people to get access to information and help them with organizing and all that.

Søren

In my literature about HIV/Aids there is a lot about preventing HIV/AIDS and not so much with focus on treatment and nutrition?

That is because it took 7 years to get treatment equate with prevention. It took 7 years for Danida to be willing to give money to treatment and not just prevention. We were up against very powerful international lobbyism and a very powerful medicine lobby that would not have generic drugs on the marked, but we should keep it here at home.

Analysis: The international society is the ones setting the agenda due to their economic support to Ethiopia. The international society is supporting projects that give the citizens access to information's. A very powerful international lobbyism and a very powerful medicine lobby were fighting against the production of generic drugs for many years, which people in the developing countries could afford to buy.

Maps created before interviews captured some of the leading actors e.g. WFP, WHO, UNAIDS and World Bank in the developing world. The map created after the interviews tells how the international society can do guidance for the international guidelines and that actors should target their resources more, international lobbying is a discourse and the international society is supporting Ethiopia economically.

Discussion: The international society has a lot of power due to the fact that they are supporting Ethiopia economically and that gives the international society influence on the agenda, otherwise the government knows that it could mean that they will not get the financial support they need. It is important that it is not just the international society's agenda, or the government agenda, but a combination of the two because one must assume that the government of a country must have the knowledge of what is most important to have on the agenda to raise the livelihood level for the whole population, but when supporting a country with a lot of money of cause the

international society should have a say. That is why it is important that the international society and the government is working together

The international lobbyism and a very powerful medicine lobby made it very difficult to get medicine for HIV patients into the developing world for a price that people could pay. This was very contradictory because on the one hand the international society invested a lot of money in the developing world to raise the livelihood level but on the other hand we did not want to sell them the medicine that they so urgently needed for a price they could pay. The medicine industry was not losing a lot of money on the medicine in the developing world because the consequence was that they did not get the medicine at all. This says something about how powerful the medicine industry is.

Key findings

This section provides the key findings from the maps created after the interviews, based on the interviews. The key findings are marked in bold writing.

An overall tendency from four of the interviews was **stigmatization**, which is why it is mapped as a discourse on almost all the maps. Because of the big stigmatization problem in Ethiopia people living with HIV/AIDS do not **disclose** their status. An **indirect consequence** for people living with HIV is that they can **lose their job** because of their HIV status and thereby lose their income which can be a big problem for the whole family if the person losing their job is the main provider of the family. This led to the next key findings which is **availability** and **access** to food. There are areas in Ethiopia where it is not the availability of food that is the problem causing undernutrition, but it is the accessibility that is the problem. The food are there but if people do not have any money to buy food they cannot meet their energy requirement and people living with HIV have a need for a **higher energy intake** which means that it might result in wasting. People living with HIV is often suffering from wasting which can be treated with the **use of supplements** e.g. RUSF or plumpy nut. Ethiopia has **national guidelines for HIV/AIDS and nutrition**. To make sure that people after end treatment for wasting is not going back to suffering from wasting again the food security level has to be **raised for the whole family**. Safety net programs is being used as a possible solution to the food insecurity problem this includes **Food aid, vouchers or cash transfer**. Cash transfers can

help a family get access to buy the available food, where vouchers can be limited to certain items so e.g. the farmer can be sure that if he brings his corn to the market he can sell it. Cash transfer and vouchers is also cheaper and has less **logistic work** than food aid. The food aid is preferred to use in areas where there is no availability to food. In the PSNP program the FFW program is included which means that they are **working on multiple levels**. The PSNP is designed to raise the food security level for the whole family.

Discussion

In the results from the interviews it becomes very clear that one of the biggest problems with HIV/AIDS in Ethiopia at the moment is stigmatization. Stigmatization for people living with HIV from their community can weaken their social network and lead to exclusion of community based safety nets. It can also lead to access to education and employment being denied (Frega et al. 2010). If a person with HIV/AIDS is denied access to employment or education it can lead to food insecurity. Food insecurity can lead to high risk behavior in form of unprotected sex and thereby food insecurity can increase the risk of contracting HIV (Frega et al. 2010). Safety net programs with transfers that come as food aid, vouchers or cash can reduce the likelihood of high risk behavior in form of unprotected sex (Frega et al. 2010). The safety nets might improve both the food security for people living with HIV/AIDS and their families and prevent people from getting HIV by decreasing the need of high risk behavior to earn money for food. Ethiopia has a high level of food insecurity and one of the world's highest prevalence of undernutrition. Therefore a lot of people might be at risk of contracting HIV, and the people living with HIV/AIDS are at risk of or might already be undernourished and therefore suffering from wasting or stunting. With the right treatment and proper nutrition people living with HIV reduce the chances of contracting AIDS related diseases. Food security for people living with HIV/AIDS is important because when the nutrition status is going down the consequences of HIV are going up. A direct consequence of HIV is appetite loss which can lead to weight loss which again can lead to undernutrition, wasting or stunting. An indirect consequence of HIV is loss of job which leads to loss of income which can lead to a family not having access to the available food, and then the whole family might suffer from malnutrition. To suffer from wasting is common for people with HIV/AIDS, which means a decrease in muscular strength. Therefore it can be difficult to keep a job because many of the jobs

poor people have in developing countries are very physically demanding jobs. A person's loss of productivity contributes to hunger and poverty for the family (Ivers et al. 2009). Therefore it is important that the safety net programs include the entire family. Malnutrition can also be caused by nutrition insecurity, which is not only caused by the lack of access to food but also but the access to clean water, sanitation and hygiene. This is why it is important that the ART treatment should include education in nutrition and nutrition security. If the people in the ART treatment are living in food insecurity it could be a good idea to refer them to a safety net program like e.g. the PSNP. It is important that safety net programs include entire families because the loss of job and income do not only affect the person with HIV/AIDS but the whole family. Since the PSNP is only in the introductory phase it is difficult to say if it is a good solution for families suffering from hunger and malnutrition. Cash transfers seems like a good solution in some areas where there is available food to buy and because each family can spend the money where it is needed. This can be useful in cases where the mother or father gets ill from HIV/AIDS; instead of pulling the children out of school so they can earn money for the family, the family might be able to afford the education for their children with a cash transfer. If too many children are taken out of school a whole generation might be lost and that can be very critical in Ethiopia's goal to become a middle income country by the year of 2025. The cash transfers from the safety net program might also create economic development for the local markets due to the fact that people who before did not have any money to spend on the local market will start spending money. It is important to be aware that putting more money into a market might cause inflation, so the market has to be monitored very closely. Danida states in the interview that there is currently no sign of inflation, but the article "*Cash transfers and high food prices: Explaining outcomes on Ethiopia's Productive Safety Net Programme*" (Sabates-Wheeler, Devereux 2010) states that cash transfers might have had an impact on the inflation in Ethiopia in mid- 2007. In some areas the voucher method might be a better tool then cash transfer. FKN said in the interview that the advantages with vouchers was that one could make agreements with the supplier, so the supplier could be sure of selling a certain amount of corn or other food items. If e.g. 400 people get a voucher for corn it is important to make sure that the local supplier can produce enough corn so all 400 people can get their corn. It is important to look at the area and see what and how much they are capable of providing themselves. Otherwise transportation for suppliers from other parts of the country who

are not be able to transport the food supplies themselves should be provided. Another solution could also be to educate local farmers in how to grow their land, so they would get a larger profit and maybe help them with a small amount of money to buy more seeds or some animals to improve their farming. Food aid/assistance is the best tool in areas where there is no food availability. In areas with no food availability there should be created a plan for how people can get availability and accessibility to buy food. It should of course be noted that this is not possible in all areas. The PSNP program includes the FFW program which provides food aid, vouchers or cash transfers in exchange for people having to work a certain amount of hours for the community. It is the community that decides what kind of work FFW should cover so it is also a way of developing the communities. This work can be a way of building e.g. water supplies or sanitation in a community or building roads so food can be transported in and out of the community. It should be jobs that can improve the community. When building water supplies and sanitation it can improve the nutrition security in a community. Programs like the PSNP might be able to help lifting families affected by HIV/AIDS and families not affected by HIV/AIDS from food insecurity to food security. Ethiopia has a goal to become a middle income country by the year 2025. Whether this goal can be reached depends on the success of the PSNP program and the GTP. The PSNP program has already been accused of corruption by the Human Rights Watch, but Danida states in the interview that they closely follow the human right dialog and there have not been any reported abuses, but they will continue to follow it closely. Ethiopia has before been accused of using food as a political tool (Information 2008). If the standard of living has to be improved in the future for people living with HIV/AIDS in Ethiopia it is important to keep on working on several levels. The government has to go in front and show the way which the Ethiopian government also is trying to do with the PSNP and the national guidelines for HIV/AIDS and nutrition. The PSNP is a program working on several levels: the government, community and household level. The PSNP is trying to have the flexibility to engage the different needs and demands people in the program might have by having cash transfer, vouchers and food aid. The big challenge with this kind of program is to control that the recourses are spent where they are needed the most. According to Mette Frahm Olsen Ph.D. student from University of Copenhagen the nutritional guidelines state that everyone with a BMI beneath 18.5 should be treated for malnutrition. However, the problem is that plumpy nuts were just given to everyone, and there was no structure in how much was given and to whom. To have

the right effect plumpy nuts need to be given in the right amount per day, no matter if you have HIV/AIDS or not. In Ethiopia today it is the US Aid that is donating the money for plumpy nut and the money could be used more effectively if the program was more structured. For people living with HIV/AIDS there is a need for further research in special supplements both in the composition of macro and micronutrients in the supplement and in the timing of giving the supplement when starting on ARV or in an ART treatment program. To improve the nutrition status for people living with HIV/AIDS in the future, in Ethiopia, it is important to look at what the food for the whole family consists of. FKN has just started an investigation on growing quinoa instead of their traditional teff. Quinoa should contain the four micronutrients that poor people are usually missing, and it still has a similar texture to the traditional teff. In Africa and also in Ethiopia roots and tubers are part of the everyday meal. The problem with this is that there is not much nutritional benefit from eating it. Roots and tubers demand less work, so it is an attractive crop if people living with HIV/AIDS are weakened (Haddad, Gillespie 2001). Roots and tubers are grown in hot and humid regions around the world and they contain 70-80 % water, 16-24 % starch and less than 4 % protein and lipids (Hoover 2001). Yam tubers have higher contents of protein than other roots and the protein also has a better amino acid balance compared to other roots like sweet potato and cassava (Wanasundera, Ravindran 1994). Future research in food security should also consist of investigation of growing good nutritional food that is culturally accepted and can grow in the Ethiopian climate.

Theory and Method

In this master thesis I found interviews as the best method to obtaining knowledge of the subject because I was not able to go to Ethiopia. Interviewing people in Denmark and Ethiopia that are working with HIV/AIDS, nutrition and food security projects in Ethiopia could get me closer to being able to answer my problem statement. If I had been able to go to Ethiopia the design mapping with pictures methods might have been more relevant to use. Using design mapping method could have been a way of investigating everyday food situations in Ethiopia and analyzing it. The surroundings of the specific area in Ethiopia could also have been mapped in pictures and analyzed on to see if there is something in the surroundings that has an influence on the eating habits. Choosing another theory and method would depend on what data is possible to collect and

that can say something about what theory that will be the best to use. I chose Adel Clarke's situational maps and analysis theory to get an overview of the actors, object and discourses in the project. To open up the data for new actors, object and discourses that could provide me with new knowledge about my project. I also chose to apply Adel Clarke in this master thesis because it studies the situation at a given moment and it acknowledges that the world is in constant changing which is important when studying food security development programs like the safety net programs and other programs that that is focusing on how to make changes for people living with HIV/AIDS. Social constructivism is therefore also chosen because it takes into consideration all the things that affect our way of thinking and acting both human and non human elements. Hermeneutic is applied because it like social constructivism indicates from what point one sees the world from and what has affected the way a person understands the world and what they perceive as the "truth". Hermeneutic discuss the whole understanding and parts of the whole understanding and in this projects there is lots of different maps that has to be understood to make sense of the whole understanding of this project.

BIAS

When writing this master thesis I did not have the option to go to Ethiopia and meet some of the people living with HIV/AIDS personally and collect data on what they eat, or to meet people in the PSNP project and see if it has improved their food security level. This has made it difficult to provide a very detailed description on what can influence the food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia in their everyday life. This was one of the reasons why it was prioritized that 4 of the five people interviewed had been to Ethiopia and to include the written interviews with Danida and WFP that are currently working in Ethiopia. The two interviews with WFP and Danida were answered in writing; written answers do not fulfill the requirements for interviews because it is not possible to ask clarifying questions or questions that occur during the interview. The person being interviewed could not ask clarification questions to the interviewer. To work around this problem, the questions in the interview guide were specified and the choice of words was very carefully selected to get as precise answers as possible. The three interviews with Mette Frahm Olsen Ph.D. student from University of Copenhagen, Søren Brix Christensen MD, Mette Lund Sørensen from Folkekirkens Nødhjælp were conducted in Danish, so when using quotes I have

translated them into English. Therefore there can be a bias in the translation due to the fact that it is impossible to translate a hundred percent correctly even though I have been very aware of not putting words into the translation that they did not say.

Conclusion

Safety net programs with transfers that come as food aid, vouchers or cash might be a good tool to improve the food security situation for people living with HIV/AIDS in Ethiopia because it focus on the whole family. With cash transfers the family has the freedom to decide if they what to spend the money on food, school for the children or other things. With vouchers it can be controlled what to buy so the supplier is sure of a sale. People with special needs like people with HIV/AIDS can get vouchers to buy food items that meet their nutritional needs for protein, carbohydrates and fat. Food aid is most effective in areas where there is no availability to food.

People living with HIV/AIDS have a higher energy intake then people without HIV/AIDS which makes them more vulnerable to suffering from undernutrition, wasting and stunting. For children stunting can have severe consequences due to the fact that they are being too short for their age and it can inhibit their development, it is a state of chronic malnourishment. To suffer from wasting is common among people with HIV/AIDS. The health consequences of suffering from wasting is that it can lead to a loss of lean tissue mass including a decrease in the muscle mass which there by decreases the functional performance. Food security can influence malnutrition if there is no availability of food or if people do not have access to the available food. Nutrition security can influence malnutrition if there is no access to clean water or sanitation. This is why food security programs also should include nutrition security.

To insure food security in the future in Ethiopia will depend on the final data from the introduction phase of PSNP that ends in the end of 2014, so adjustments can be done before phase two starts in 2015. When the introduction phase of the PSNP ends it might show if it can improve the food security and there by improved the living standard in general in Ethiopia. If the food security level for families in general is being raised it might also improve the living standard for people with HIV/AIDS. It is still uncertain if Ethiopia is going to become a middle income country by the year of

2025, it will depend on the success of the PSNP and if the GTP can create the wanted growth in Ethiopia.

Acknowledgment

I would like to thank everyone who participated in the interviews for this master thesis Mette Frahm Olsen Ph.D. student from University of Copenhagen, Søren Brix Christensen MD, Mette Lund Sørensen Senior Adviser in “Right to Food” from Folkekirkens Nødhjælp, Nynne Solvej Warring, Programme Office Danida in Ethiopia and Dr. Meherete-Selassie Menbere, Team leader of World Food Program.

I would also like to thank Conny Hanghøj for transcribing three of the interviews.

References

- Adele E. Clarke 2005, *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern turn*, Sage Publications, Inc.
- Bache, I.e.a. 2004, *Multi-level Governance*, Oxford University Press.
- Bezu, S. & Holden, S. 2008, "Can food-for-work encourage agricultural production?", *Food Policy*, vol. 33, no. 6, pp. 541-549.
- Birkler, J. 2009, *Videnskabsteori – en grundbog*, 1st edn, Munksgaard, Danmark.
- Black, R.E., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., De Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C. & Rivera, J. 2008, "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences", *The lancet*, vol. 371, no. 9608, pp. 243-260.
- Brinkmann, S.T., L. 2010, *Kvalitative Metoder*, 1st edn, Hans Reitzels Forlag, København K.
- Clarke, A.E. 2003, "Situational analyses: Grounded theory mapping after the postmodern turn", *Symbolic Interaction*, vol. 26, no. 4, pp. 553-576.
- Dudgeon, W., Phillips, K., Carson, J., Brewer, R., Durstine, J.L. & Hand, G. 2006, "Counteracting muscle wasting in HIV-infected individuals", *HIV medicine*, vol. 7, no. 5, pp. 299-310.
- Engida, E., Tamru, S., Tsehaye, E., Debowicz, D., Dorosh, P. & Robinson, S. 2011, "Ethiopia's Growth and Transformation Plan: A Computable General Equilibrium Analysis of Alternative Financing Options", .
- Ethiobar.net , *Ethiopian Parliament Information* [Homepage of Ethiobar.net], [Online]. Available: <http://www.ethiobar.net/about-ethiopia> [2014, 11/6].
- Ethiopia Central Statistical Agency. World Food Programme 2014, *Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA)*, Ethiopia Central Statistical Agency. World Food Programme.
- European Commission - Humanitarian Aid and Civil Protection 2014, February-last update, *Ethiopia_ECHO factsheet*

 [Homepage of European Commission - Humanitarian Aid and Civil Protection], [Online]. Available: http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/ethiopia_en.pdf [2014, 14/5].

- European Commission – Humanitarian Aid and Civil Protection 2014, May-last update, *Horn of Africa - ECHO factsheet* [Homepage of European Commission – Humanitarian Aid and Civil Protection], [Online]. Available: http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/hoa_en.pdf [2014, 16/5].
- FAO Rome 2013, *The State of Food Insecurity in the World*, FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS.
- FAO 2009, . Available: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/Meeting/018/k6050e.pdf> [2014, 19/3].
- Frega, R., Duffy, F., Rawat, R. & Grede, N. 2010, "Food insecurity in the context of HIV/AIDS: A framework for a new era of programming", *Food & Nutrition Bulletin*, vol. 31, no. Supplement 4, pp. 292S-312S.
- Gelan, A.U. 2007, "Does food aid have disincentive effects on local production? A general equilibrium perspective on food aid in Ethiopia", *Food Policy*, vol. 32, no. 4, pp. 436-458.
- Gibney, Michael J. et al. 2004, *Public Health Nutrition*, Blackwell Science Ltd.
- Gyldendal 2014, , *Etiopien* [Homepage of Gyldendal], [Online]. Available: [http://www.denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Afrika/%C3%98stafrika/Etiopien_\(Landartikel\)](http://www.denstoredanske.dk/Geografi_og_historie/Afrika/%C3%98stafrika/Etiopien_(Landartikel)) [2014, 1/7].
- Haddad, L. & Gillespie, S. 2001, "Effective food and nutrition policy responses to HIV/AIDS: what we know and what we need to know", *Journal of International development*, vol. 13, no. 4, pp. 487-511.
- Holden, S., Barrett, C.B. & Hagos, F. 2006, "Food-for-work for poverty reduction and the promotion of sustainable land use: can it work?", *Environment and Development Economics*, vol. 11, no. 1, pp. 15-38.
- Hoover, R. 2001, "Composition, molecular structure, and physicochemical properties of tuber and root starches: a review", *Carbohydrate Polymers*, vol. 45, no. 3, pp. 253-267.
- Human Rights Watch 2010, *Development without Freedom: How Aid Underwrites Repression in Ethiopia*, Human Rights Watch.
- Information 2008, 30/5-last update, *Mad bruges som våben* [Homepage of Information], [Online]. Available: <http://www.information.dk/160046> [2014, 3/8].

- Ivers, L.C., Cullen, K.A., Freedberg, K.A., Block, S., Coates, J. & Webb, P. 2009, "HIV/AIDS, undernutrition, and food insecurity", *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, vol. 49, no. 7, pp. 1096-1102.
- Juul, S. Pedersen, K B. 2012, *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori*, 1st edn, Hans Reitzels Forlag, København K.
- Kval, S. 2007, *Doing Interviews* SAGE Publications Ltd, London.
- Médecins Sans Frontières (MSF) 2014, , *HIV/AIDS* [Homepage of Médecins Sans Frontières (MSF)], [Online]. Available: <http://www.msf.org/diseases/hiv-aids> [2014, 29/5].
- Olsen, M.F., Abdissa, A., Kæstel, P., Tesfaye, M., Yilma, D., Girma, T., Wells, J.C., Ritz, C., Mølgaard, C. & Michaelsen, K.F. 2014, "Effects of nutritional supplementation for HIV patients starting antiretroviral treatment: randomised controlled trial in Ethiopia", *BMJ: British Medical Journal*, vol. 348.
- Olsen, M.F., Tesfaye, M., Kaestel, P., Friis, H. & Holm, L. 2013, "Use, perceptions, and acceptability of a ready-to-use supplementary food among adult HIV patients initiating antiretroviral treatment: a qualitative study in Ethiopia", *Patient preference and adherence*, vol. 7, pp. 481.
- Sabates-Wheeler, R. & Devereux, S. 2010, "Cash transfers and high food prices: explaining outcomes on Ethiopia's productive safety net programme", *Food Policy*, vol. 35, no. 4, pp. 274-285.
- Shedroff, N. 2001, *Experience Design*, .
- Siddiqi, S., Masud, T.I., Nishtar, S., Peters, D.H., Sabri, B., Bile, K.M. & Jama, M.A. 2009, "Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance", *Health Policy*, vol. 90, no. 1, pp. 13-25.
- Smith, L.C., El Obeid, A.E. & Jensen, H.H. 2000, "The geography and causes of food insecurity in developing countries", *Agricultural Economics*, vol. 22, no. 2, pp. 199-215.
- The Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Health 2008, *National Guidelines for HIV/AIDS and Nutrition*, The Federal Ministry of Health.
- The World Bank 2012, *Combating Malnutrition in Ethiopi: an Evidence-Based Approach for Sustained Results*, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC.

The World Bank 2007, *HIV/AIDS, Nutrition, and Food Security: What we can do*, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC.

UNAIDS, *HIV, Food security and Nutrition*. Available:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2008/jc1565_policy_brief_nutrition_long_en.pdf [2014, 1/4].

Wanasundera, J. & Ravindran, G. 1994, "Nutritional assessment of yam (*Dioscorea alata*) tubers", *Plant Foods for Human Nutrition*, vol. 46, no. 1, pp. 33-39.

WFP, *HIV, AIDS, TB and Nutrition*. Available:

<http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/communications/wfp260920.pdf> [2014, 28/4].

WHO 2013a, . Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/> [2014, 19/3].

WHO 2013b, *WHO Country Cooperation Strategy 2012-2015*, WHO Regional Office for Africa.

WHO 2009a, *Nutritional care and support for people living with HIV/AIDS: a training course (Participant's manual)*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

WHO 2009b, *Nutritional care and support for people living with HIV/AIDS: a training course. (Facilitator's guide)*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

WHO 2009c, *Nutritional care and support for people living with HIV/AIDS: a training course. (Overhead transparencies)*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

WHO a, , *children aged <5 wasted for age %* [Homepage of WHO], [Online]. Available:

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.1099?lang=en> [2014, 16/5].

WHO b, , *children aged <5 years stunted %* [Homepage of WHO], [Online]. Available:

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.1097?lang=en> [2014, 16/5].

WHO c, , *children aged <5 years underweight %* [Homepage of WHO], [Online]. Available:

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.1098?lang=en> [2014, 16/5].

WHO d, , *Demographic and socioeconomic statistics: Population Data by country (recent years)*

[Homepage of WHO], [Online]. Available: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.POP107?lang=en> [2014, 18/4].

WHO e, , *Ethiopia: Health Statistics Profile 2010* [Homepage of WHO], [Online]. Available: <http://www.afro.who.int/en/ethiopia/country-health-profile.html> [2014, 8/7].

WHO f, , *Number of adults, women and children living with HIV* [Homepage of WHO], [Online]. Available: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.621?lang=en> [2014, 18/4].

WHO g, , *Number of people (all ages) living with HIV* [Homepage of WHO], [Online]. Available: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.620?lang=en> [2014, 18/4].

World Health Organization 2003, "Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS: report of a technical consultation", *Geneva: WHO*, .

Appendix

Appendix 1 Interview guides

Interview guide WFP

Interview guide

Interviewee,

Name/Company: World Food Program.

Introduction: This interview is about food aid versus cash transfer, has it improved the food security situation and is it possible to do a food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia.

Anonymity: No

Recording: Dictaphone/written answers

Time: Approximately one hour

Interviewer: Randi Carstensen

Question	Sub question
<p>WFP has been testing food aid versus cash transfer in Ethiopia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? • What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have? 	<ul style="list-style-type: none"> • Does WFP reach more people with this approach, e.g. people living in the mountains or other places where it can be difficult to get to? • Does food aid versus cash transfer improve the living standard for people in Ethiopia? • Do you think that the cash transfer had any effect on the inflation in Ethiopia?
<p>Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Were there areas in Ethiopia where food aid versus cash transfer worked better than others? • If yes, why did it work better in these areas?
<p>How did WFP cooperate with the Ethiopian government in the food aid versus cash transfer project?</p>	
<p>What is WFP's view on the Ethiopian Government's project "Food for Work"?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • What are the advantages of a project like "Food for Work"? • What are the disadvantages of a project like "Food for Work"?

<p>When handing out food aid, does WFP have special food aid packets for people living with HIV/AIDS due to their higher energy requirement?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • If no, why?
<p>What are the biggest challenges when doing a food security project in Ethiopia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • How does WFP make sure that they reach everyone e.g. people living in the mountains or other places where it can be quite difficult to get to?
<p>Does WFP think it possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • or is it possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS anywhere else in the world?
<p>Could a future projects for improving food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia be something WFP would do?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • How can future food security projects improve the living standard for people living with HIV/AIDS?
<p>How is WFP involved in educational work regarding HIV/AIDS, health and nutrition in Ethiopia?</p>	
<p>Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • What is your experience of this type of communication?
<p>Do you think Ethiopia can reach their goal of becoming a middle-income country by the year of 2023?</p>	

Interview guide Danida

Interview guide

Name/company: Danida, Ethiopia

Introduction: This interview is about: what does Danida see as advantages and disadvantages in the food aid versus cash transfer project, how Danida is cooperating with external partners and the government in Ethiopia, does Danida have focus on food security in Ethiopia and does Danida see nutrition as a part of HIV/AIDS treatment.

Anonymity: no

Recording: Dictaphone via Skype/written answers

Time: Approximately one hour

Question	Sub question
<p>In 2010 Danida donated 25 million Dkr. to the World Bank's PSNP project in Ethiopia¹.</p> <p>What is status on the PSNP project right now?</p>	
<p>What was the strategy behind the PSNP/ food aid versus cash transfer project?</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? • What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have? 	<ul style="list-style-type: none"> • Does a project like food aid versus cash transfer reach more people with this approach, e.g. people living in the mountains or other places where it can be difficult to get to? • Does food aid versus cash transfer improve the living standard for people in Ethiopia? • Do you think that the cash transfer had any effect on the inflation in Ethiopia?

¹ <http://um.dk/da/danida/det-goer-vi/program-og-projektorie/rte-ring-ppo/ppo-2012/generik.xml/resultpage/>

<p>Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Were there areas in Ethiopia where food aid versus cash transfer worked better than others? If yes, why did it work better in these areas?
<p>What can influence a project like PSNP that will make the project a success or a failure?</p>	
<p>In the PSNP project Danida gave money to, how were people selected if they were to be a part of the project or not?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • e.g. living below the poverty line or living in a food insecure area?
<p>How have Danida taken the "Human Rights Watch" report into account when it accuses the PSNP project for exclusion of people according to political belief?</p>	<p>Human Rights Watch 2010, <i>Development without Freedom: How Aid Underwrites Repression in Ethiopia</i>, Human Rights Watch.</p>
<p>How does Danida cope with corruption in food aid projects in Ethiopia?</p>	
<p>What is Danida's view on the Ethiopian Government's project "Food for Work"?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • What are the advantages of a project like "Food for Work"? • What are the disadvantages of a project like "Food for Work"?
<p>To start a new project cooperating with the Ethiopian Government, what requirements do Danida present?</p>	<p>Can Danida in any way influence the development of the Ethiopian health and nutrition policy?</p>
<p>What requirements do Danida have to cooperating partners like the UN (WFP, FAO) or MSF (Doctors without Borders)?</p>	

What requirements to cooperation do Danida have to the local NGOs?	
What requirements to cooperation do Danida have to civil society?	
Does Danida have food security projects in Ethiopia?	<ul style="list-style-type: none"> • If yes, what are the biggest challenges when doing a food security project in Ethiopia?
How is Danida involved in educational work regarding health and nutrition in Ethiopia?	
Does it mean that Danida does not see nutrition as a part of HIV/AIDS treatment, when the Danida report from 2005 "<i>Strategy for Denmark's Support to the International Fight against HIV/AIDS</i>" has no mention thereof?	<ul style="list-style-type: none"> • If no, why do Danida not see nutrition as a part of HIV/AIDS treatment? • Could it be possible to make nutrition a part of HIV/AIDS treatment in Danida projects?
Due to the fact that HIV/AIDS is a big problem in Ethiopia, does Danida think it possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia?	
Is Danida actually planning future projects to improve food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia?	<ul style="list-style-type: none"> • How can future food security projects improve the living standard for people living with HIV/AIDS?
Do you think that Ethiopia can reach their goal of becoming a middle-income country by the year of 2023?	

Interview guide Mette Frahm Olsen

Interview guide

Interviewee,

Name/company: Mette Frahm Olsen

Introduction: This interview is about nutrition and nutrition supplements for people living with HIV/AIDS

Anonymity: No

Recording: Dictaphone

Time: Approximately one hour

Interviewer: Randi Carstensen

Question	Sub question
When you Wrote your PHD about nutrition and HIV did you go to Ethiopia yourself?	
How many people are receiving the ARV medicine in Ethiopia today?	<ul style="list-style-type: none"> • Du you know how many of the ones that are receiving ARV treatment that are malnourished?
What does it mean that RUSF - Ready-to-Use Supplementary Food - can improve the treatment of adult HIV patients?	<ul style="list-style-type: none"> • Is the medicine working better? • People "recover" better and faster? • Did I understand the article right: RUSF improved the muscle mass in the body? • and because of improved muscle mass they got their grapping strength back in their hands? • Does this mean that they will be able to work again? • on full time or part time?
	<ul style="list-style-type: none"> •
After ending treatment with RUSF how do you make sure that the adult/child do not end up malnourished again?	<ul style="list-style-type: none"> • If people live in an area of food insecurity? • If food is seen as something you share and RUFs is seen as medicine, how do you get people to see their food as medicine for not getting malnourished again? • What is it that makes a product like

	RUSF a success or a failure? (is it a success if people go back to being undernourished again a short time after treatment with RUSF?)
Is people with HIV/AIDS more often undernourished than people without HIV/AIDS?	
How can it be that studies, from WHO states that, micronutrient supplements e.g. vitamin A, zinc and iron have adverse outcomes in HIV-infected populations?	<ul style="list-style-type: none"> • How can a supplement like RUSF be good for them? • How do you make sure that it does not have an adverse outcome?
How much focus is there on informing patients with HIV/AIDS about nutrition today?	
Why do people living with HIV/AIDS need a higher daily energy intake?	<ul style="list-style-type: none"> • Is it because the body is using a lot of energy on trying to fight HIV? • Why is it loss of muscle mass HIV patients is suffering from? • Wasting indicates acute protein-energy malnutrition (PEM), is that why wasting is more common than stunting for PLWHA? • Is it then marasmus or kwashiorkor PLWHA is suffering from?
Is the health consequence, when suffering from undernourishment, wasting or stunting, worse for a child with HIV/AIDS than for a child without HIV/AIDS?	
What are the health consequences if a person with HIV/AIDS is suffering from both stunting and wasting?	<ul style="list-style-type: none"> • What is their quality of life? • How is their work ability? • Is it possible to get well again?
How does the right nutrition affect the ARV medicine?	<i>Right nutrition: right amount of macro and micro nutrients = the right energy intake</i>

<p>How do you communicate the importance of food to a person that is not able to buy food?</p> <p>A male participant said: <i>It's the only food I have. It's my meat, butter, and all the juices. Since I don't have the capacity to buy all those, the supplement is being all that for me.</i>¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • How do you communicate the importance of eating food which contains a lot of vitamins and minerals?
<p>Do you think it would be possible to do food security projects with focus on people living with HIV/AIDS?</p>	
<p>When the Patients in your study were given nutritional counseling according to national guidelines, is that the guide lines from WHO?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • How did you communicate the importance of nutrition? • Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication? • Did you use the communication material from WHO?
<p>If the disclosure of their HIV status has severe consequences, how do they then convince their family that food is a part of their medicine if there is food insecurity?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I mean wouldn't children always be fed first and if there is anything left the mother and father would get it?
<p>How do you see RUFs being used in the future?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In a combination of ART and nutrition or???
<p>What kind of problems is there when working with HIV/AIDS patients in Ethiopia?</p>	<p>The culture? The way the health system works? Climate, drought or floods? Area?</p>

¹ Use, perceptions, and acceptability of a ready-to-use supplementary food among adult HIV patients initiating antiretroviral treatment: a qualitative study in Ethiopia.

	Safety?
How do you decide, when there is so many hungry people who is getting the food?	
Is more investigation needed in the field of HIV/AIDS and nutrition?	
Why do you think there is so much focus on preventing HIV to spread and not so much focus on treatment and nutrition?	
Is the problem with HIV and nutrition really important or are there other problems there is more important and undermine the HIV and nutrition problem?	
What does it take to make changes in Ethiopia when focusing on food insecurity and HIV?	<ul style="list-style-type: none"> • What can the international society do?
Do you see a connection between: Nutrition - Food supplies - HIV?	<ul style="list-style-type: none"> • If yes, How do you see the connection?
What is really important to remember when working in Ethiopia?	<p>The culture? The way the health system works? Climate, drought or floods? Area? Safety?</p>
Is Ethiopia a country were it would be possible to grow enough food for the whole population?	
Do you think nutrition will be a part of the ART in the future?	

Interview guide FKN

Interview guide

Name/company:	Mette Lund Sørensen Senior Adviser in Right to Food, Folkekirkens Nødhjælp
Introduction:	This interview is about food security, food aid versus cash transfer and education for people living with HIV/AIDS
Anonymity:	No
Recording:	Dictaphone
Time:	Approximately one hour
Interviewer:	Randi Carstensen

Question	Sub question
Is Folkekirkens Nødhjælp handing out food aid?	<ul style="list-style-type: none"> • If yes, what food items does the packet contain • How do you decide, when there is so many hungry people who is getting the food aid?
Do you know the project Food Aid versus Cash Transfer?	<ul style="list-style-type: none"> • If yes, what do you see as advantages and disadvantages in a project like this? • Does a project like food aid versus cash transfer reach more people with this approach, e.g. people living in the mountains or other places where it can be difficult to get to? • Does food aid versus cash transfer improve the living standard for people in Ethiopia?
How is Folkekirkens Nødhjælp involved in educational work regarding health and nutrition in Ethiopia?	
In Folkekirkens Nødhjælps Hunger projects in Ethiopia you are trying, in a pilot project, to convince a farmer to grow quinoa. Why did you choose Quinoa?	<ul style="list-style-type: none"> • It is easy to grow; there is not much work in growing it? • Due to nutrition benefits? • Due to climate?

How does Folkekirkens Nødhjælp communicate the importance of eating food which contains a lot of vitamins and minerals?	<ul style="list-style-type: none"> Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication?
HIV/AIDS is a big problem in Ethiopia, do you think it is possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia?	
HIV infected people are often suffering from wasting. How do the infected people convince their families that food is a part of their medicine, If the disclosure of their HIV status has severe consequences, and they are living in a food insecure area?	<ul style="list-style-type: none"> I mean wouldn't children always be fed first and if there is anything left the mother and father would get it?
What kind of problems are there when working with HIV/AIDS patients in Ethiopia?	<ul style="list-style-type: none"> The culture: e.g. If the disclosure of their HIV status has severe consequences. The way the public health system works? Climate: Drought or floods? Area: How do you make sure that you reach everyone e.g. people living in the mountains or other places where it can be quite difficult to get to? Safety: The safety situation in the area?
Why do you think there is so much focus on preventing HIV to spread and not so much focus on treatment and nutrition?	
Do you think that nutrition will be a part of the ART in the future?	
Is the problem with HIV and nutrition really important or are there other problems there is more important and	<ul style="list-style-type: none"> Like hunger

undermine the HIV and nutrition problem?	
What does it take to make changes in Ethiopia when focusing on food insecurity and HIV?	<ul style="list-style-type: none"> • What can the international society do?
Is Ethiopia a country where it would be possible to grow enough food for the whole population?	
What kind of problems are you facing when working with food security in Ethiopia?	<ul style="list-style-type: none"> • Culture • The way the public health system works? • Climate: Drought or floods? • Area: How do you make sure that you reach everyone e.g. people living in the mountains or other places where it can be quite difficult to get to? • Safety: The safety situation in the area?
What other projects are Folkekirkens Nødhjælps using when trying to fight hunger?	
To start a new project cooperating with the Ethiopian Government, what requirements does Folkekirkens Nødhjælp present?	Can Folkekirkens Nødhjælp in any way influence the development of the Ethiopian health and nutrition policy?
What requirements does Folkekirkens Nødhjælp have to cooperating partners like the UN (WFP, FAO) or MSF (Doctors without Borders)?	
Do Folkekirkens Nødhjælp see a connection between: Nutrition - Food supply - HIV?	<ul style="list-style-type: none"> • If yes, how do you see the connection?
Has the medicine man any influence on how you work with HIV/AIDS patients in Ethiopia?	<ul style="list-style-type: none"> • Does he acknowledge the treatment with ARV medicine? • Does he acknowledge the disease? • Does he see food as medicin?

Interview guide Søren Brix Christensen

Interview guide

Interviewee,

Name/company

Søren Brix Christensen

Introduction:

This interview is about HIV/AIDS, how to communicate with HIV/AIDS patients, nutrition and food security.

Anonymity:

No

Recording:

Dictaphone

Time:

½-1 hour

Interviewer:

Randi Carstensen

Question	Sub question
When you worked in South Africa with HIV/AIDS patients did you then advice your patients about nutrition and HIV/AIDS?	<ul style="list-style-type: none"> • If yes, how did you inform them? • If no, why didn't you inform them about nutrition and HIV/AIDS
What problems did you run into, in South Africa, when communicating with HIV/AIDS patients?	<ul style="list-style-type: none"> • Did they understand the importance of taking the ARV medicine? • If you informed them about nutrition did they understand the importance's of HIV/AIDS and the nutritional problems it can lead to? • What other communication problems did you run into?
What kind of problems where there in south Africa when you were working with HIV/AIDS patients?	<ul style="list-style-type: none"> • The culture: e.g. If the disclosure of their HIV status has severe consequences. • The way the public health system worked? • Climate, drought or floods? • Area, how do you make sure that you reach everyone e.g. people living in the mountains or other places where it can be quiet difficult to get to? • Safety, the safety situation in the area?

<p>How much focus is there on advising patients with HIV/AIDS in nutrition today?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Are HIV/AIDS patients getting information about nutrition when receiving ART treatment?
<p>Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication?</p>	
<p>How would you advise an undernourished HIV/AIDS patient about the importance of nutrition if the patient are living in a food insecure area?</p>	
<p>Are people with HIV/AIDS more often undernourished then people without HIV/AIDS?</p>	
<p>Why do you think there is so much focus on preventing the spread of HIV and not so much focus on treatment and nutrition? When a lot of people with HIV are suffering from wasting and AIDS related diseases might be expedited by the lack of food security and poor nutrition.</p>	
<p>Do you think it would be possible to do food security projects with focus on people living with HIV/AIDS?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • How can a food security project reach everyone e.g. people living in the mountains or other places where it can be quite difficult to get to? • How do you see: Food security, in the future, improve living standard for people with HIV/AIDS in the developing world?
<p>Is the problem with HIV and nutrition really important or are there other problems there are more important and undermine the HIV and nutrition problem?</p>	

<p>What does it take to make changes in an African country when focusing on nutrition and HIV?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • What can the international society do?
<p>Do you think that nutrition will be a part of the ART in the future?</p>	

Appendix 2: Transcription of interviews

Interview with World Food Program

1. **What advantages does a project like food aid versus cash transfer have?** (NB- the word food aid is changed to food assistance by WFP since 2008 as a lot of food assistance tools are incorporated)

- It enabled clients to access fresh foods
- It enabled them access locally produced and different varieties of foods. E.g. Food aid provides grains of wheat/maize/sorghum as cereals but cash and voucher provides processed foods like pasta, rice etc
- In HIV programs the way food in kind provision is managed (having one store or warehouse where food distribution is done) subjects clients to stigma and discrimination while Cash and vouchers reduced this enormously
- Food can be accessed by clients without traveling very far as locally operating traders are involved to provide the food commodities

2. **What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have?**

- The disadvantage of food in kind was that there was no provision for fresh foods, locally produced foods, it cannot be accessed easily as the distribution is done at a given point and it is not close to

clients.

- Please keep in mind in food in-kind provision also has an advantage in areas where food is not available or in emergency situations where markets are not functioning or functioning well where the voucher or cash you provide will be meaningless

3. Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?

- The Cash and voucher are newly introduced food transfer modalities 2ys or so and it is difficult to draw a conclusion from these very recent interventions where most of the period (6 months) were used to pilot

4. How did WFP cooperate with the Ethiopian government in the food aid versus cash transfer project?

- In all kinds of transfers WFP is working closely with the government of Ethiopia
- In the HIV program the HIV and AIDS prevention and control office is the major partner both in kind food transfers and C&V transfers
- They have structures until the lowest administrative level that assist us in identifying the right clients, manage the food or C&V process

5. What is WFP's view on the Ethiopian Government's project "Food for Work"?

- N/A for HIV program

6. When handing out food aid, does WFP have special food aid packets for people living with HIV/AIDS due to their higher energy requirement?

- There was CSB and CSB+ when the food assistance was provided although plumpy nuts are preferred for severe acute malnutrition cases
- Currently the government is providing plumpy nuts and supplementary plummy for PLHIV while WFP provides household food assistance.
- None malnourished pregnant and lactating women living with HIV are provided with food vouchers that enabled them access vegetables, milk or eggs while this was not the case when food in-kind was provided for these group

7. What are the biggest challenges when doing a food security project in Ethiopia?

- Food security projects/interventions in our HIV project is interpreted as enabling PLHIV sustainably address their food and nutrition requirements
- In this line the biggest challenge is creating client empowerment to make PLHIV realize that they can join the work force and be productive, engage themselves in economic strengthening initiatives to earn their own living
- Stigma and discrimination deters PLHIV from engaging in different jobs as they are preserved as being sick all the time, less productive, transmit the virus etc.

8. Does WFP think it possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

- Inline to the above explanation , yes we do and we already have a food assistance and a sustainable food security intervention that was launched since 2012

9. Could a future projects for improving food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia be something WFP would do?

- We are already doing this but food security per se is not our final goal. The food security situation of the PLHIV we are working with is expected to enable them access basic social services like education and medical services.

10. How is WFP involved in educational work regarding HIV/AIDS, health and nutrition in Ethiopia?

- In the HIV program there are community volunteers who are PLHIV themselves who are trained on basic nutrition education. These people go from home to home counseling and educating PLHIV on basic nutrition, food hygiene and sanitation issues.
- Health educations are provided at health institutions when PLHIV are coming to collect their medications/ARV
- The volunteers also organize community dialogues where PLHIV and pregnant and lactating women living with HIV are coming together to receive health education on reproductive health, Family planning, Infant and young child feeding etc. This is also a forum for them to exchange their challenges

11. Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication?

- It is good if the story is of someone the clients really know.
- We are using cline discussion groups for the clients to tell their stories to each other and it really helped

12. Do you think Ethiopia can reach their goal of becoming a middle-income country by the year of 2023? –

- The year put is 2025 on the Growth and transformation plan (EGTP 2011-2015). The evaluation of the achievements of these plan I think will define if the country is on the right track

Interview with Danida

1. In 2010, Danida donated 25 million DKK to the World Bank's PSNP project in Ethiopia. What is the status of the PSNP project right now?

PSNP is still in its implementation phase, which will end by the end of 2014. At the moment, the next phase of the programme is being designed in collaboration between development partners and the Ethiopian government. The next phase is expected to run from 2015-2020.

The PSNP is not a World Bank project; rather it is a government programme to which the World Bank and nine other donors including Denmark contribute the large majority of the funds.

In addition to the 25 million DKK committed in 2010, Denmark made another contribution to the PSNP in 2013, through the regional Danida programme 'Horn of Africa Productive Capacities and Resilience 2013-2015'. The programme has three components –the first component is support to the regional organisation IGAD, the second component is support to activities by FAO and NGOs in Somalia, and the last component is support to PSNP. The programme totals 200 million DKK across the three components, of which PSNP receives 83 million DKK.

In the PSNP, beneficiaries work on public works a few days a month, six months a year, and in return they receive either food or cash. A public work could for instance be constructing a school, a road, water wells, or rehabilitation of land –projects that will benefit the local community.

2. What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have?

In the case of PSNP, both cash transfers and food is used as a means of support to the programme beneficiaries.

One of the advantages of distributing cash instead of food is that there is often less delay with cash transfers compared to food, as it can 'move around' faster and does not need to be sourced from suppliers first, as food needs to be. Of course, cash can only be distributed where food is available to buy for the local population –if there is low availability of food locally, cash can be the preferred mode of transfer.

The inflationary effects have been examined a number of times in the PSNP, and to date, there has been no evidence that transfer of cash instead of food has had any significant effect on local inflation.

3. Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?

In case of the PSNP, the answer is yes, the programme had a positive effect on the food security situation in Ethiopia by lowering the number of months in a year that households do not have enough food. But bear in mind that the programme combines both cash and food transfers.

4. What can influence a project like PSNP that will make the project a failure or success?

PSNP is a very large programme, with around 7 million beneficiaries receiving support in seven out of nine regions in Ethiopia. Hence, lots of factors contribute to making the programme a success.

One of the things that make the PSNP a well-functioning programme is that it is run by the Ethiopian government using government systems and with engagement and commitment from both government and development partners. It reaches all the way down to community level and engages the communities in programme decisions (e.g. on what type of public works to be done through the programme). It has also been successful in institutionalising programme learnings and has on that background improved its performance year by year.

5. In the PSNP project Danida gave money to, how were people selected if they were part to be part of the project or not?

The PSNP covers chronically food insecure households, e.g. households that needed assistance from others to cover their own food needs for three consecutive years.

6. How has Danida taken the “Human Rights Watch” report into consideration when it accuses the PSNP project for exclusion of people according to political belief?

First of all, the Embassy in Addis closely follows the human rights dialogue in Ethiopia. We continuously emphasise to the authorities that respecting human rights is a pertinent issue, and we

partake in the regular EU “Article 8 dialogue” with the Government, where these issues are being raised. During our engagement with the PSNP, there have not been reported any detection of abuses or exclusion that we are aware of, despite monitoring missions from development partners. That being said, we continue to closely follow human rights issues in Ethiopia, and we use our engagements such as PSNP as a platform for continued dialogue with the government.

7. How does Danida cope with corruption in food aid projects in Ethiopia?

Danida has a no-tolerance policy towards corruption in any programme or project supported by Danida. You can find Danida’s anti-corruption policy on the Danida Aid Management Guidelines webpage, on <http://amg.um.dk/en/policies-and-strategies/freedom-democracy-and-human-rights/>

8. What is Danida’s view on the Ethiopian government’s project ‘food for work’?

I am not familiar with this project. I suppose you are referring to the PSNP, which is the main food-for-work programme in Ethiopia.

9. -To start a new project cooperating with the Ethiopian Government, what requirements do Danida present?

-What requirements do Danida have to cooperating partners like the UN or MSF?

-What requirements to cooperation do Danida have to local NGOs?

-What requirements to cooperation do Danida have to civil society?

Danida has a number of requirements to all of our partners, e.g. good governance, anti-corruption, due diligence etc. For the most accurate view of how Danida cooperates with different partners, please refer to the Danida Aid Management Guidelines, on www.amg.um.dk . There you will find all the policies and guidelines used in Danida’s work.

For cooperation with governments, you can specifically refer to the ‘guidelines for development contracts’. For cooperation with civil society, you can take a look at the

'general guidelines for grant administration through Danish Civil Society Organisations'. For multilateral organisations like the UN, you can look at the 'guidelines for management of Danish Multilateral Development Cooperation'. All found under the 'Technical Guidelines' tab on the webpage.

10. Does Danida have food security projects in Ethiopia?

Denmark supports the PSNP in Ethiopia, as mentioned above.

11. How is Danida involved in educational work regarding health and nutrition in Ethiopia?

Danida is not directly involved in educational work on health and nutrition in Ethiopia.

12. Does it mean that Danida does not see nutrition as part of HIV/AIDS treatment when the Danida report from 2005 "Strategy for Denmark's Support to the International Fight against HIV/AIDS" has no mention thereof?

At the time of designing the strategy, nutrition was not a high priority issue –strategies unfortunately cannot capture all important issues at once. However, this does not mean that nutrition cannot be integrated as an important part of Danida projects fighting HIV/AIDS. Do also note that the strategy does mention nutrition as part of the necessary care for children/orphans affected by HIV/AIDS.

It should furthermore be noted that organisations Danida work with, such as the WFP and IFAD, have nutrition as an integral part of their programme activities.

13. Due to the fact that HIV/AIDS is a big problem in Ethiopia, does Danida think it possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

As this is not an area where Danida at the moment engages in Ethiopia, there is no thinking around that kind of project at the moment. Better placed to answer this question would probably be NGOs working on the ground with food security and/or HIV/AIDS issues –they would be able to tell you their view on the possibilities for creating such projects.

Also bear in mind that Danida usually does not directly implement project directly; rather we design programmes that have a number of implementing partners –that could be national governments, UN bodies, civil society organisations etc. –that will deliver the projects on the ground.

14. Is Danida actually planning future projects to improve food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

At the moment, this is not an area of work for Danida in Ethiopia and there are no immediate plans to embark on such a project.

15. Do you think Ethiopia can reach their goal of becoming a middle-income country by the year 2023?

Ethiopia aims to be a middle-income country by 2025. The Ethiopian government is very ambitious and is doing a lot to create growth and progress to reach the target. If it will be met in full is still an open question.

Interview med: Mette Frahm Olsen, Institut for Idræt og Ernæring, KU (M)

Sted for interview: Cochrane Centeret. Tagensvej 22, 1 sal.

Dato for interview: 19/6 2014

Interviewer: Randi Drøhse Carstensen (I)

Transskriberet af: Conny Hanghøj

Interviewets længde: 56:38

00:00 (I) *Du har skrevet en Ph.d. om HIV-AIDS og ernæring, det var det der supplement products*

(M) ja

(I) *Godt, jeg skulle bare lige være sikker. Hvad er din titel helt præcist?*

00:42 (M) Ja, det er jo faktisk et godt spørgsmål, jeg havde samme problem da jeg skulle præsentere mig til et interview i morges. Nu er det jo ikke sådan at man blive Ph.D. i et eller andet – jeg vil gerne være Ph.D. i HIV og ernæring. Og jeg er kandidat i folkesundheds videnskab og Ph.D. i HIV og ernæring fra, ja det har jo efterhånden skiftet navn nogle gange, Institut for Idræt og Ernæring hedder det i øjeblikket.

01:00 (I) *okay, det er jo lige hvad jeg skal skrive på min interview guide bagefter. Da du skrev din Ph.D. var du så selv i Etiopien og lave nogle feltstudier?*

01:22 (M) Ja, jeg var faktisk i det område af Etiopien første gang under mit speciale i folkesundhedsvidenskab og jeg lavede noget validering af det livskvalitets spørgeskema instrument der blev brugt som en del af trial'et. Så det lavede jeg som sådan et kvalitativt studie til mit speciale. Og da jeg så blev involveret med Ph.D.'en tog jeg derned og var der i ca. 1 år, og har efterfølgende været på nogle mindre ture. Den første del jeg var der handlede meget om at få studiet op at stå og få alle ting på plads og få folk på plads og data indsamlet og sådan noget. Jeg har så været der lidt undervejs i selve studiet, og ellers så ellers fulgt det hjemmefra.

02:12 (I) *Hvor mange mennesker modtager behandling i dag for HIV i Etiopien?*

(M) Altså hvor mange der er omfattet af... Jeg kan ikke... Puuuuhh, det kan være det står, der er måske nogen tal, det ved jeg faktisk ikke...

02:29 (I) *Jeg ku nemlig ikke lige selv finde nogle, nå det må jeg jo kigge efter*

(M) ja fordi de har jo det der hedder hartcourt (?) som du måske er stødt på, det kan også være det har skiftet navn, men det er ligesom en del af deres sundhedsstyrelse, der har de faktisk sådan en separat del der tager sig af HIV udelukkende, og som står for at lave de her opgørelser. Jeg kan huske at dengang jeg kom derned første gang, som var i 2008, da havde de lavet deres egen opgørelse, men så er der også det der hedder DHS (Demographic Health Service) som er sådan nogle store rapporter der udkommer, sådan nogle landerapporter, de laver også deres estimat. Der er forskellige metoder, og forskellige grupper de bruger og så ekstrapolere de derudfra. Og de var kommet frem til meget meget forskellige tal. Og så var WHO gået ind og har lavet sådan en konsensus, og der kom nogle tal frem hvor man har det sådan på regions niveau, og jeg tror faktisk ikke der er kommet nogen så deltaljerede tal siden.

03:33 Nu tjekkede jeg lige nogle UNAIDS tal i går, og lagde mærke til at der er en rimelige stor forskel på hvor mange procent af deres HIV patienter de mener de har dækket med behandling i forhold til UN, altså de mener selv at de er oppe omkring over 80 og UNAIDS mener de er under 50. Det er jo sådan nogle estimer ud fra det man vælger. Om det er gravide kvinder der bliver testet eller hvad det er man tager udgangspunkt i, og så prøver at ekstrapolere ud, eller om det er de frivillige testcentre. Så det skal selvfølgelig tages med et gran salt, for det er estimer uanset hvad. Jeg tror det bedste bud jeg har kunnet finde det står i den der (udleveret folder/rapport el lign.) et sted.

04:20 (I) *Ved man så overhovedet hvor mange af de patienter der er underernærede eller fejlnærede?*

04:27 (M) Nej, man har... Det er ikke en standard ting.... Man noterer på patienterne når de kommer ind i behandlingsprogrammerne, der noterer man måske deres vægt, men meget sjældent deres højde, så man har ikke sådan på alle i behandlingsprogrammerne et mål for underernæring. Det er mest for de forskningsprojekter der er lavet rundt omkring. Altså vores for eksempel, er jo en kilde til det, hvor vi havde, jeg mener det er 25%, der er påvirket af en eller anden grad af underernæring og det er jo i vores del af landet. Og det er ikke den del der er hårdest ramt i forhold til fødevarer sikkerhed. Men det er ikke en standard oplysning man har i behandlingsprogrammerne.

- 05:35 (I) Når I så siger at jeres RUSF's – udtaler man det sådan? (M) Ja, det hedder jo noget forskelligt i de forskellige artikler, så man kan kalde det forskellige ting. I starten kaldte vi det Ready to Use Supplementary Food, men gik over til at kalde det LNS (Lipid Based Nutrients Supplements), bare fordi der er flere der bruger det.
- 06:06 (I) I siger jo det kan forbedre behandlingen af HIV-Aids for voksne. Er det fordi at medicinen virker bedre når de får det her produkt, eller de kommer sig bedre?
- 06:28 (M) Antagelsen er at de taber sig undervejs som en konsekvens af sygdommen, og det tærer på alle de forskellige typer væv, muskelvæv og fedtmasse og organmasse, og den her vægtstigning som kommer hos de fleste patienter når man starter med medicin, den kræver at man har en god ernæring for at man også får restitueret det væv. Man kan sige at nogle af de her fødevarer programmer giver bare et eller andet med udgangspunkt i at hvis man er underernæret så skal man have noget energi, men det er for at få folk til at tage på, men hvis det er ernæring af dårlig kvalitet så er det måske bare fedt man tager på, og så er det ikke sikkert man restituerer de her effekter. Det er jo både immunforsvar og den overordnede status det går ud over når man har tabt sig. Men specifikt i forhold til hvordan medicinen virker, der var min kollega som er medforfatter, Alemseged, han så på interaktioner med medicin og om der var forskel i resistens udvikling samkopieringsæstetikken som det hedder, altså forskel i hvordan medicin virker når man får supplement og ikke får supplement. Jeg ser lige om hans Ph.D. står inde på min hyldede.... (Pause hvor Mette går hen og kigger)
- 8:25 (M) Det gjorde den desværre ikke, men jeg kan godt finde publikationerne til dig. Der er noget der tyder på at det godt kan være sådan en direkte farmakope genetisk effekt der med i det i hvert fald. Svarer det på dit spørgsmål? (I) Ja det tror jeg.
- 08:46 (I) Når en patient så er færdig med sådan et forløb og har taget på i vægt, vil de så kunne gå ud og arbejde fuld tid igen, eller vil det kun være deltid at de vil kunne klare at arbejde, når de ligesom har fået bygget kroppen op igen både muskler og..?
- 09:05 (M) Altså det er jo meget forskelligt hvordan deres funktionsstatus egentlig er når de kommer ind i programmet. Man kan sige der er jo en del af dem der er sådan nogle der enten er blevet diagnosticeret sent eller af forskellige årsager er kommet sent ind i programmet. Der er også folk der er meget velfungerende og allerede varetager et fuldtids arbejde, så det er bestemt ikke fordi at de fleste sådan er sengeliggende og uarbejdsdygtige. Mange er påvirket af... Altså hvor mange der er arbejdsløse, det er jo både fordi de ikke er i stand til at arbejde, der er jo

også enormt meget stigma i det, man finder ud af man har HIV og man bliver fyret fra sit arbejde. Så det er ikke så enkelt at man kan sige at det bare kommer an på hvor meget muskelstyrke man har, om man er fuldt arbejdsdygtig eller ej. Men det er selvfølgelig et vigtigt parameter for ens arbejdsevne at få genetableret den der arbejdsevne. Og mange af dem har i den her kontekst fysisk krævende jobs hvor det er en ret vigtig parameter.

10:22 (I) *Hvordan sikrer man så når de er færdige med sådan et forløb her, at de så ikke går tilbage til begyndelsen med at være underernærede og fejlnærede?*

10:41 (M) Jamen på den måde er det jo slet ikke en langsigtet strategi, for det er ligesom en strategi for at ramme en kritisk periode i forbindelse med opstart af behandling. Man forestiller sig ligesom at det har en stigning i behovet for ernæring lige når man starter behandling, fordi der sker hele den her restitution og bekæmpelse af infektionen. At det så er et særligt gunstigt tidspunkt at få en synergi mellem medicin og ernæring. Der kan godt laves mere forskning i at identificere, vi havde jo den her gruppe der fik udskudt supplementet med 3 måneder, både fordi vi skulle have en intern kontrolgruppe, men også fordi det er ikke sikkert at det skal være lige med det samme man starter behandling at man får supplement, der er noget der tyder på, at man har bedre udbytte af den ernæring hvis man reducerer sin virus lidt først. Vi kan se i sub-analyser og data, at det er dem der har fået reduceret virus hurtigt som også tager noget mere muskelmasse på. Så ideelt set er det måske ikke 3 måneder efter man er startet behandling, men lidt efter man er startet behandling. Så for at svare på dit spørgsmål, så er det her ikke en langsigtet strategi for at fixe ernæringsproblemet, det er en målrettet strategi for at bruge et supplement til at fremme den allermest kritiske fase, og der bliver vi jo selvfølgelig nødt til at gå sammen med nogen programmer som er en helt anden type, som satser på det bagved liggende problem. Og det program er jo for hele husholdet, det har jo ikke kun noget med patienten at gøre. Men man kan sige, at på den måde som det er, så minder det jo slet ikke om deres kost på nogen måde, og det bliver leveret sammen med medicinen, så det er rimelig velegnet til at få som en integreret del af behandlingen. Det var også noget af det vi interesserede os meget for, for de her de bor i fødevarer usikre hushold. Deres børn mangler jo også mad, selvom de måske har et særligt behov fordi de har HIV. Det kan også være der er andre i husholdet der har HIV. Det er svært at dokumentere, men det ser ud til at folk opfatter det som en del af deres medicinske behandling og man kan holde det separat, modsat hvis man som organisation giver en eller anden food-basket, så er det naturligt at den vil blive delt ud, men det er der mange der ikke tager højde for. De beregner kun ud fra at der ligesom er

den her patient uden ligesom at tænke over om der er et eller syv børn i familien.

- 13:27 (I) *Ja for hvordan får man så patienten til bagefter at sige at den normale mad jeg får, om det er fra fødevarerhjælp eller hvad det er, at det egentlig også er medicin. Får når du får sådan et ernæringsprodukt, så er det jo nemt at sige at der her, det er medicin, men hvis vi snakker grøntsager eller kød eller lign – såå....*
- 13:57 (M) Der er sådan nogle opgørelser over hvor godt ernæring er blevet integreret som en del af HIV behandlings programmerne i forskellige afrikanske lande. Og langt de fleste har et eller andet, men hoveddelen af dem er sådan noget counselling, patientuddannelse hvor de får noget vejledning. Det er jo et fint udgangspunkt, men det batter ikke så meget hvis man er fødevarerussikker og ikke har adgang til en god kost. Men sådan noget er meget udbredt, både med hygiejne omkring fødevarer og variation, der er sådan nogle principper, som du sikkert har set, national guidelines, de 7 principper, fra WHO eller WFB. Så selve det der med rådgivning, det tror jeg der er en del af, men for mange hvor der ligesom er en fattigdomsbarriere til at få fat i den der kost, så skal der selvfølgelig noget mere til.
- 15:01 (I) *Ja, jeg tænker. Hvis det er en familie med børn, så vil børnene vel automatisk få først af maden, og så får forældrene hvad der er tilbage. Eller bliver det delt mere ud i små rationer?*
- 15:18 (M) Det ved jeg ikke lige om jeg kan svare på hvordan det specifikt er i Etiopien med det, men det er selvfølgelig naturligt at man også deler mad med børnene. Tænker du på når man får noget ekstra mad?
- (I) *Næ, mere hvis en mor nu skal tænke sin mad som medicin, men hvis du kun har en mængde mad og du har syv sultne børn, så er det måske børnene der får mad først, og så er der måske ikke så meget tilbage til hende, til at få den mængde mad hun har brug for, for at opretholde noget livskvalitet.*
- 16:02 (M) Ja, der er fordelen jo ved det supplement at man ser det som en del af ens HIV behandling, så er der lavet et kvalitativt studie hvor man ligesom hører deres argumenter for om de deler det eller ikke deler det, hvor mange nævner det her med at det jo er noget der er særligt til mig fordi jeg har HIV og derfor har jeg et større behov. Og det ku man måske nok forestille sig at det ikke er den samme tankegang man har om husholdsmadet, det er jo fair nok at det indgår som en del af familien. Der handler det jo nok om at hæve niveauet for hele familien hvis det skal kunne lade sig gøre. Der er det nok svært at se for sig at man skal reservere mad.

Er det det du tænker på?

(I) Ja, så de ser maden som en del af deres behandling med at jeg er nødt til at have så meget at spise for ligesom at kunne stå op om morgenen og arbejde.

17:02 (M) En ting er jo at vide hvor meget, en anden er jo at have det tilgængeligt. (I) Lige præcis. I den artikel du snakkede om, der var nemlig også en der sagde at det der produkt, det var simpelthen hvad han fik at spise, og det var det han ligesom så som hele hans mad, og hvordan kommunikerer man så vigtigheden af mad til en person som ikke har adgang til andet mad end det her produkt.

17:46 (M) Ideen med det her, det er jo at det er et supplement, så det er jo meget relevant at se på om det rent faktisk bare går ind og erstatter noget af maden, og interviewene var der eksempler på begge dele, der var også nogen der sagde at hvis der ikke var nok mad om morgenen, så må jeg lade det være til de andre, for jeg har jo det der. Og det er jo også meget naturligt. Men hvis vi sådan har set nærmere på vores kostregistreringsdata, vi har jo lavet alt det der registrering af hvad de ellers får at spise, som er svært at få præcist, men i hvert fald så er det godt til at sammenligne de store grupper, så dem der har fået med og dem der har fået uden, og når de der starter på at få supplement, om der overhovedet sker en ændring. Det ser ud til at det hovedsageligt bliver brugt til et supplement oveni deres kost, og de ikke bare tager tilsvarende mængde ud af deres anden kost. Men det er jo nok tilbage til ressourcer og fattigdom, mere end viden, så man kan sige at god kommunikation er selvfølgelig udgangspunkt, men hvis man ikke har ressourcerne til at efterleve de gode råd, så nytter det ikke.

19:05 (I) Er folk med HIV-aids oftere underernærede end folk uden HIV-aids som bor i fødevarer sikre områder?

19:13 (M) Ja det er de, det er helt sikkert. Og det er der mange årsager til, der er både de direkte årsager – jeg tror jeg har en fin figur. Det der med at underernæring og fødevarer sikkerhed og HIV det indgår i en ond cirkel, det forstærker hinanden. Det handler både om sådan helt direkte konsekvenser af HIV. Man har ligesom identificeret den største årsag til at de bliver underernærede det er at man taber appetitten når man er HIV smittet og så har et mindre indtag selvom man måske har adgang til det, men der er også dårlig absorption og et større energibehov og behov for næringsstoffer og præget af infektionen. Så er der også de mere indirekte, det der med at det tit er de yngre voksne der får HIV og det er dem der står for at

tjene penge ind til husholdet, så de enten ikke er i stand til at arbejde eller bliver fyret fordi der er en stigmatisering mod HIV patienter. Så taber de indtægt og så går det ud over hele husholdet og også deres egen ernæringsstatus. Og ja, så at underernæringen igen kan forværre HIV forløbet som så gør at det bliver sådan lidt en ond cirkel. Man kan sige at i det her område af Etiopien betragtes af WFP som et af de områder som er hårdest ramt af underernæring og fødevarer sikkerhed, men de har dårlig fødevarer sikkerhed dem der er ramt af HIV på grund af de her ting. Så der er særlig sårbare kan man sige.

21:24 (I) Jeg læste en rapport fra WHO hvor de siger at nogle af de her micro nutrients supplementer de kan ligesom have en omvendt virkning. Hvordan hænger det sammen med at I laver et supplements produkt – altså sådan at virkningerne når at blive skadelige i stedet for at gå ind og hjælpe kroppen.

(M) Ved du hvilke studier de refererer til? (I) Det tør jeg ikke sige. Det er sådan en rapport de har lavet for HIV-aids patienter. Der står så godt nok også længere nede at mere forskning skal laves på det. Den er fra 2003.

22:21 (M) Der var et studie fra en der hedder Fausig i Tanzania som fandt nogle skadelige effekter af vitamin A supplement og noget med de øgede risikoen for mor/barn smitte. Det kunne være et af dem, og så var der noget om jern og zink. Problemet er tit at når man tager sådan et isoleret mikro næringsstof og giver uden at det er en food matrix, det er jo ikke naturligt forekommende, det er jo der man gerne ser skadelige effekter, man ser jo aldrig skadelige effekter af at give folk mad, uanset i hvilke mængder. Så man kan sige at det der gør at vores studie har en lav risiko for bivirkninger, det er at man ikke har u-fysiologiske elementer af et mikro næringsstof. Vi har alle vitaminer og mineraler sammen med kalorier, så det er selvfølgelig noget vi har observeret om der er. Det kunne jo også være at der var et tilfælde af peanut allergi eller et eller andet, men som udgangspunkt er det et rimelig lav-risiko intervention den vi lavede. Men det er helt sikkert noget som bliver overset nogle gange, at det sagtens kan være skadeligt at give nærings supplementer til syge mennesker. Udgangspunktet kan jo tit være at de er underernærede, så de skal bare have noget mad lad os give dem noget. Tilsvarende kan det jo være bare at give folk noget som får dem til at tage fedt på, hvor man måske øger deres risiko for kroniske sygdomme uden at gøre så meget for deres HIV sygdom.

24:23 (I) så det er lidt med at vælge hvad man vil fokusere på

(M) Næ, det er mere med at have noget evidens og undersøge effekterne af supplementerne så man ikke bare giver noget tilfældigt.

(I) og så give det sammen med noget andet så det ikke kun bliver et specifikt vitamin.

(M) Ja nemlig. Det er altid risikabelt at give et enkelt næringsstof i u-fysiologiske mængder

25:02 (I) Hvor meget fokus er der egentlig på sådan patienter med HIV-aids og ernæring i dag?
Fokuserer nogle af de her programmer i Etiopien overhovedet på ernæringsdelen i HIV-aids?

25:20 (M) ja det gør de som udgangspunkt, det er jo en del af WHO's strategi. Hvis du ser den nationale guideline, så har den det her ernæringsaspekt med. Og det er mit indtryk at det også bliver implementeret som sådan, men selve rådgivningen er en del af deres patient uddannelse, de har meget der er peer-education hvor det er HIV patienter der mere eller mindre frivilligt er tilknyttet klinikken, hvor de med en lille løn uddanner andre HIV patienter. Og så er der de her supplement programmer som du sikkert har læst om, som er food by prescription hvor man deler plumpy nut ud, som er et produkt der er udviklet til underernærede børn. Som er et program som var under opstart mens vi lavede vores studie og nu er blevet implementeret i Etiopien, der er en rapport som du måske også er stødt på, som evaluerer det undervejs. Det er enorme ressourcer man brugte på det, og måske også en lille smule ufokuseret i forhold til at ens outcome mål er at få alle patienter over en BMI på 18,5, og det er maksimalt 6 måneder man får supplement. Der er enormt mange patienter der får det her supplement i 6 måneder, det er ikke så mange man lykkes med. Men der er stigende fokus på det, og der sker rigtig mange initiativer, men der er meget lidt af det der sådan decideret er evidens baseret.

27:10 (I) Ja, jeg synes det har været svært at finde noget der siger at i de her programmer, der har vi også lige ernæringsdelen med. Andet lige end fra WHO. Når jeg kigger på DANIDA's rapport om hvad er vores tilgang til HIV-aids, så er der mere sådan om forebyggelse og ikke så meget om selve behandlingen, og der står slet ikke noget om ernæring.

27:40 (M) Nej, det er nok de nationale guidelines man skal kigge i der. Dem har jeg, nogen gange kan det være lidt svært at finde dem. Har du den der Food by Prescription rapport? (I) Nej, den har jeg ikke. (M) Det er jo sådan noget videnskabeligt litteratur, den er udgivet.... Jeg kigger lige. (I) Jeg har kun fundet alle WHO's...

- almindelig small talk omkring litteratur....

- 29:49 (I) Hvad er konsekvenserne hvis en person med HIV-aids lider af både wasting og stunting? - jeg kender ikke lige de danske ord for det.
- (M) Hvad tænker du? Generelt underernæring, eller tænker du specifikt i forhold til stunting wasting?
- (I) altså hvis de både lider af wasting i form af at de har tabt alt det her muskelmasse og stunting i form af deres udvikling ligesom går i stå.
- (M) Tænker du på om de har været underernærede under deres barndom så de har udviklet stunting? Stunting det er jo gerne på grund af et kronisk forløb at de har været påvirket af underernæring under deres opvækst. Og om det at man har været påvirket af underernæring i ens opvækst...
- (I) ja, så du har fået nogen af de her konsekvenser, og nu lider du så af wasting. Hvad har det af konsekvenser for livskvalitet?
- (M) Jeg tror desværre ikke jeg er helt med på hvad du spørger om... Underernæringens rolle for HIV patienter, men du tænker mere på om...
- (I) Jeg tænker på, hvis en person har nogle følgevirkninger af stunting fra barndommen, og så også har HIV-aids og så får wasting og taber alt det her muskelmasse. Hvad gør det for livskvaliteten.
- 31:48 (M) Det ved jeg ikke om jeg kan svare på, det er jo ikke noget jeg har set på. Men man kunne jo sagtens forstille sig at man i det kroniske lange forløb under påvirkning af underernæring hvor man ikke har noget at stå imod med, er mere sårbar overfor... Jeg har ikke set nogen der har kigget på sammenhængen mellem det. Jeg ved snart ikke hvilken type studie det skulle være. Som udgangspunkt ved man jo nærmest ikke, når patienter kommer ind i et eller andet program, så er det jo først der de bliver fulgt, så man har ikke særlig meget data på hvor meget de har tabt sig inden de går i gang, altså som en konsekvens af sygdommen, det er meget et fund om man ligesom ser på det. Man ser ligesom mere på hvad deres aktuelle underernærings situation når de går i gang, om hvor meget af det der så skyldes det mere langsigtede fødevareusikkerhed og fattigdom og hvor meget der direkte skyldes at de har tabt sig under sygdomsforløbet, det kan man jo ikke rigtig skille fra hinanden. Men man kan se at jo mere man tager på i den første fase i den medicinske behandling, det er dem der også har de bedste behandlingsforløb. Og det er der, der er størst overlevelse. Men man kan selvfølgelig

sagtens forestille sig at den der længere påvirkning af – man kan sige at hele den der sårbarhed som HIV giver i forhold til ernæring, jo dårligere stillet man er i forvejen, jo mere sårbar er man også over for de konsekvenser der er i HIV. Og det er jo også det, HIV har jo det samme fysiologiske forløb andre steder i verden, men man ser ligesom ikke de her problemer på samme måde i vores del af verden, men det kunne jo sagtens relateres til at man har mere at stå imod med som udgangspunkt, og at man så også har en bedre kost undervejs i forløbet.

34:04 (I) Tror du det vil være muligt i et land som Etiopien at lave projekter med fødevarerikkerhed hvor man fokuserer på HIV-aids patienter?

(M) Projekter med fødevarerikkerhed?

(I) Ja

(M) Altså World Food Programme havde deres Urban HIV Programme, som var sådan et program hvor man prøvede at støtte HIV patienter på forskellige måder, altså de har jo selvfølgelig deres forskellige fokusområder, børn og sådan noget, og så har de et program der fokuserede på HIV patienter på sådan en lidt bredere måde end vores intervention handler om. Det er noget med nogle food baskets og noget uddannelse og noget støtte med skolegang med børn, så det findes. Jeg ved faktisk ikke helt hvorfor det enten er blevet nedlagt eller... Man kan se det som et eksempel på det der med at det område hvor vi arbejder i, det er der hvor der er størst fødevarerikkerheds problemer, så var det ikke med i det på grund af at det ikke er et fokus område. Men man havde sådan et program som lød lidt som det du spørger om. Man kan jo også undersøge lidt nærmere på hvorfor var det egentlig at det blev stoppet. Man kan sige, at i forhold til alle mulige andre der er påvirket af fødevarerikkerhed, så er det jo nogen gange som om at man nærmest har flere muligheder når man er HIV patient, fordi der har været mange flere midler, og der er jo organisationer der fokuserer på HIV patienter, så det er i høj grad sådan at som en del af de organisationer der har fokus på HIV kan få adgang til nogen af de ydelser der. Hvad enten det er indkomstgenerering eller andre strategier.

36:24 (I) Så tænkte jeg på, bare lige for at gå tilbage til det med konsekvenser og det med den her kultur med at det kan være sådan lidt tabu og folk kan miste deres job hvis de fortæller de har HIV og sådan. Når der er de her tabu omkring HIV, er det så ikke også svært at overbevise folk, altså hvis deres familier ikke ved de har HIV, at maden så er en del af deres medicin. Hvordan fortæller de så til familien at det her er min mad, og det er en del af min medicin for at jeg kan

have det godt.

37:15 (M) der var mange eksempler på det i mit interview, jeg kan ikke huske hvor meget jeg har skrevet om det. Jeg tror det er nævnt lidt i den artikel der handler om det. Der er også en artikel en anden gruppe har lavet, sådan en opgørelse fra Jimma med hvor mange der egentlig har disclosure, og hvem man egentlig har fortalt det til. Det er enormt stigmatiseret i Etiopien, og måske også mere end i... Der er en anden forskningsgruppe der arbejder i Zambia, der er meget meget højere prævalens af HIV, og det er måske med til at nedbryde noget stigma fordi alle kender nogen, og alle har nogen i deres netværk. Hvor det alligevel er så sjældent i Etiopien, at det er mere fremmed for folk. Så der er mange der ikke engang har fortalt det til deres nærmeste familie. Og det de sagde, det var gerne at de fandt på forskellige historier. De kunne for eksempel sige at det var til et eller andet andet, så kunne man sige at det var til nogle maveproblemer eller et eller andet som ikke er stigmatiseret. Eller bare gemme det så der ikke er nogen der det. Det var lidt sådan at patienterne løste det. Men det er helt sikkert en af de største barrierer vi identificerede når vi så på feasibility hvordan er muligheden for at implementere det, så handlede det meget om – i den her kontekst – at patienterne ikke havde lyst til at tage noget med hjem som har noget at gøre med deres HIV sygdom. Det kunne sagtens være det var anderledes i nogle andre settings hvor de ikke var så bekymrede for det. Det var helt sikkert den største bekymring, så det er noget man virkelig skal tage højde for i sådan nogle programmer at man skal bestemt ikke sætte en eller anden AIDS sløjfe på eller på andre måder. Man skal hjælpe patienten til at det skal være så diskret som muligt.

39:16 (I) Er der andre problemer der kan være med at arbejde med HIV-aids patienter i Etiopien? Nu tænker jeg på selve deres kultur eller sundhedssystemet der måske ikke fungerer eller klimaet eller området folk ligesom bor i.

(M) Tænker du specifikt på den der målrettede intervention med de der supplement, eller tænker du sådan bredt med fødevarer....

(I) Jeg tænker sådan generelt når man arbejder med HIV-aids patienter

39:55 (M) altså man kan sige, det vi overvejede med det her supplement, det var hvordan det passer ind. Der er jo en meget stærk madkultur og forskellige praksisser omkring mad, så det var derfor vi lavede det kvalitative studie for at se på, dels om de holdt det for sig selv, eller om det blev en integreret del af husholdets mad, men også accepten i det hele taget. Om det er noget folk har lyst til at spise, eller om de synes det er væmmeligt. Og det handler også om

sådan noget som faste for eksempel, både kulturelle og religiøse praksis omkring mad, hvem man deler med og hvad man spiser hvornår. I Etiopien er der en del der er muslimer og har deres regler omkring ramadan, og så er der er etiopisk ortodoks kristne, som er noget med at man har en masse faste dage, for eksempel fast hver onsdag og fredag og så er der nogle perioder op til for eksempel påske afhængig af hvor ortodoks man er, så kan det være næsten halvdelen af året man faster. At faste betyder ikke at man ikke spiser noget, men et betyder at man først spiser efter klokken et eller andet, og så spiser man ingen animalske produkter. Og vi sammenlignede et supplement der havde sojaprotein med et supplement der havde valleprotein fra mælkeproduktion, så det var vi inden tiden bekymrede for om det kunne være en barriere for om folk så sagde at så vil jeg ikke tage det onsdag og fredag. Det som det var det helt overordnede billede det var at de der regler de blev ligesom tilsidesat når man er patient. Så er der nogle hensyn der går forud, og det er også det som kirken eller moskeen – uanset hvilken religion – de bliver støttet i, altså at tage sig af deres behandling for deres sygdom, og så er det acceptabelt inden for rammerne af religionen. Og på samme måde er det også til en vis grad med de andre kulturelle praksisser, altså at det er i orden ikke at dele det med ens sultne børn fordi det er en del af ens behandling. Og det vil man nok ikke på samme måde se hvis man kigger lidt bredere på, nu giver vi en eller anden food basket hvor der er mel og olie og æg og sådan noget, fordi du har HIV. Der er det nok urealistisk at sige at så skal børnene sidde der og være sultne mens du spiser det. Der handler det nok i højere grad om at forbedre fødevarer sikkerheden for hele husholdet hvis det skal være realistisk.

- pause, der ledes efter næste spørgsmål

43:26 (I) Mener du der er brug for mere forskning inden for HIV-aids og ernæringsområdet?

(M) Ja, helt sikkert. Jeg tror at en af grundene til at der er så lidt, handler om den generelle underprioritering af ernæring, at mad er noget man kan give hvis folk er underernærede. Så kan de få noget mad og så kan de stige i vægt og så er det fint. Hvor man bør se meget mere på hvad det er man giver til hvem og hvornår. Især når det er syge patienter. Som du selv nævner, så kan man også gøre mere skade end gavn hvis man giver det forkerte. Så der er behov for mere forskning. Man kan jo ikke undersøge alt på en gang. Nu har vi dokumenteret nogle effekter af en type supplement, og vi sammenlignede nogle forskellige typer protein uden noget sådan meget konkluderende overordnet set så vi jo ikke noget. Der var noget der tydede på at der var bedre immunmodulerende effekter af valleprotein, men det var ikke noget man kunne konkludere ud fra. Det er noget dyrere at bruge den protein, så det kunne

man helt sikkert se nærmere på. Og så det her timing aspekt af hvornår man skal booste ernæringsstatusen vil være noget der er meget relevant at se nærmere på. Der skal man bruge nogle studier hvor man ser på hvordan deres virusload udvikler sig i forhold til hvilken gavn de har af behandlingen. Så sådan helt specifikt i forhold til den der strategi er der behov for den type studier, og så selvfølgelig en anden type studier til de mere langsigtede indsatser, og der er det jo også vigtigt at få bygget en bro mellem hvad gør man så efter folk de – hvis man siger, okay strategien er bare at booste deres ernæringsstatus, men hvordan sørger man for de bliver fulgt op over tid, for at sikre at de ikke bare mister den effekt bagefter, men ideelt set integrerer dem med nogle mere langsigtede strategier. Jo, der er helt sikkert behov for mere forskning.

- 45:49 (I) Er HIV og ernæringsproblemet et meget vigtigt problem når man ser i forhold til alle mulige andre problemer, når du for eksempel kigger på Etiopien. Bliver HIV og ernæring så bare en lille bitte brik i hele det store puslespil af problemer?
- 46:14 (M) Man kan sige i forhold til så mange andre afrikanske lande længere sydpå, så er Etiopien jo ikke hårdt ramt på den måde, det er selvfølgelig relativt, for der er nogle lande der er meget hårdere ramt. Og omvendt så er det jo et område der har fået rigtig mange ressourcer, det har også virkelig vist sig at være effektivt altså udrulning med medicinske behandlinger, det har haft kæmpe fremskridt og har vendt udviklingen både hvad angår antal nye smittede og dødsfald, så det er bestemt givet godt ud. Men du spørger sådan lidt til prioritering af om man allerede bruger nok eller om man skal bruge mere. (I) Ja
- 47:04 (M) Altså man kan sige der er stadig problemer der er relevante at gøre noget ved, dermed ikke sagt at Etiopien ikke har andre problemer, man kan sige at baggrunden for, eller relevansen af underernæring for de her HIV patienter har jo ikke nødvendigvis noget med HIV at gøre, men har jo noget med den bagvedliggende fattigdom og dårlige levevilkår.
- 47:35 (I) Og hvis man kigger på det på den måde, så bliver HIV en lille brik af den store fattigdoms – mangel på mad – puslespillet
- 47:50 (M) Det er det der gør at folk er sårbare over for HIV og de er så sårbare over for konsekvenserne af HIV. (I) okay
- 48:15 (I) Hvad kan det internationale samfund gøre for at støtte op om den her forandring for Etiopien med fødevarer sikkerhed og HIV, hvordan støtter det internationale samfund så bedst

op om denne her problematik?

- 49:02 (M) Hvordan de støtter op om.... Det har selvfølgelig meget med at gøre hvad man sætter fokus på for eksempel fra WHO's side eller sådan generelt med fokus i HIV programmer hvor ernæringsdelen har været meget usynlig, jeg vil sige, det kommer rimelig meget på banen i den Etiopiske kontekst, men det er selvfølgelig en af de ting det internationale samfund kan være med til at være retningsangivende for, for fokus som nationale guidelines tit bliver baseret på. Og så kan man sige at i sådan et land som Etiopien der er rigtig meget international donorbistand som også er dem der sætter agendaen for hvad man bruger ressourcer på.
- 49:50 (I) Så der bliver egentlig i forvejen støttet rigtig godt op om Etiopien. Eller kunne man gøre mere?
- 50:01 (M) Det ved jeg ikke helt hvad jeg skal sige til, om man kunne gøre mere... Altså man kan sige, der bliver brugt mange ressourcer, og jeg tror ikke jeg kan vurdere om der skal bruges flere eller færre, men der er i hvert fald et stort behov for at bruge de ressourcer bedre måske. For eksempel den der rapport som taler om det her, det er enten Amerikanske US Aid eller UN Aid penge, jeg tror det er US Aid penge der er begyndt at udrulle de her supplementsprogrammer. Det er et meget meget ressourcekrævende program som ikke ser ud til at batte så meget for ernæringssituationen på HIV patienterne. Eller det er i hvert fald ikke den optimale udnyttelse af ressourcerne. Så man kan sige at en ting er at sige flere ressourcer, og det er sikkert også relevant, men det er også i høj grad noget med at målrette sine ressourcer og lave sine interventioner evidensbaseret og så støtte sig op af den forskning der nu engang er og så et stort behov for mere forskning også, og fokus på det.
- 51:41 (I) Er Etiopien et land hvor det vil være muligt at dyrke nok mad til hele befolkningen tror du?
- (M) Det kender jeg ikke til, det er ikke lige mit område
- (I) Det kunne jo godt være at du havde sådan en ide om at det egentlig var et frodigt land og man bare ikke fik det dyrket ordenligt
- 52:04 (M) Jamen en ting er jo den normale situation, og så er der sådan noget med regn der slår fejl og hungersnøds perioder. Den problemstilling er heller ikke så relevant i det område af Etiopien hvor vi har arbejdet. Der er det helt sikkert ikke mængden af produceret mad der er problemet, det er adgangen for det enkelte individ eller familie som hænger sammen med fattigdom. Så det er sådan en lille smule – normalt ser man hungersnød og sultne børn hvor

der er helt goldt, det er sådan lidt specielt at komme her. Der er meget meget frodigt og grønt der i det sydvestlige Etiopien, og så er der alligevel en stor børneafdeling med svært underernærede børn. Maden er til stede, men ikke tilgængelig for de her familier. Så det kan helt sikkert godt forekomme, men om man i det store og hele kan producere nok mad, det kan jeg ikke lige svare på. Altså jeg ved det handler nok meget om den enkelte families ressourcer, det handler meget om jordbesiddelse og problemstillinger med at familien opdeler jorden i mindre og mindre stykker til børnene og man sidder inde med for lidt ressourcer. Så det er i hvert fald mit klare indtryk at det tit er tilgangen mere end hvor meget mad der findes. Uden at vide hvad den overordnede fødevareproduktion er.

- 53:49 (I) Men det er jo også stadigvæk en vigtig problemstilling, maden er der, men de har ikke tilgangen til det. Jeg tror egentlig du har svaret på det sidste. Tror du at ernæring bliver en integreret del af HIV-aids – altså af ART treatment i fremtiden?
- 54:26 (M) Man kan sige, at i øjeblikket i Etiopien der har de faktisk puttet det ind i deres guidelines, altså det gjorde de faktisk allerede dengang vi startede op med det her. Og det er en af grundene til at vi ikke har de svært underernærede med i vores studie. For man havde ligesom godkendt den her guideline der sagde, hvis folk har et BMI under 16, så skal de henvises til behandling af deres underernæring. Så der har vi en standard care for dem, og så kan man ikke gå ind og sige at vi randomiserer og der er nogen der ikke skal have noget. Det var bare ikke implementeret på det tidspunkt, så det var ligesom en del af vores projekt, at vi så støttede op om og sørge for at der var noget til dem, for at det ikke blev for ulogisk at vi ligesom sagde, okay I er helt underernærede, I får ingenting, og I er kun moderat underernærede så vi giver jer supplement. Så der var ligesom nogle år hvor man skulle finde ud af hvilket leje det skulle have, og det blev så skruet op i guidelines, så det nu er sådan at hvis man har et BMI, jeg mener, på under 18,5 at man skal tilbydes ernæringssupplement. Så sådan er det lige nu, det virker bestemt ikke som nogen sustainable strategi i forhold til deres evaluering af hvor dyrt det rent faktisk er det program. Det er ikke noget Etiopien selv ville kunne overtage. Det er US Aid der finansierer det i øjeblikket. Så det har helt sikkert ikke fundet sit leje endnu tror jeg, men et er noget der i nogle områder er meget fokus på. Hvor det andre steder bliver helt ignoreret. Så forhåbentlig handler det om at man får brugt de ressourcer der er tilgængelige på en lidt mere strategisk måde.
- 56:29 (I) Ja, men det var sådan set alle mine spørgsmål

Interview med: Mette Lund Sørensen Senior Adviser in Right to Food Folkekirkens Nødhjælp, FKN (F)

Sted for interview: Nørregade 15. København

Dato for interview: 24 juni 2014

Interviewer: Randi Drøhse Carstensen (I)

Transskriberet af: Conny Hanghøj

Interviewet længde: 47:52 + 1:36

00:00 (I) *Mit første spørgsmål – fordi det kunne jeg ikke lige se ud af jeres hjemmeside – om I også deler fødevarerhjælp ud til folk?*

00:32 (F) Altså det gør vi jo ikke direkte, for vi er jo en organisation der udelukkende arbejder gennem partner organisationer, og det vil sige vi har nogle samarbejdsaftaler med lokale organisationer, og det gør vi fordi vi går ud fra at de der organisationer har en bedre lokal forankring og kendskab til det lokale, men også for at opbygge civilsamfundet i andre lande og støtte at de får deres eget civilsamfund, for det er jo sådan set det der er svagheden i rigtig mange af de fattigere lande. Så derfor arbejder vi altid sammen med lokale organisationer, og det vil sige det er dem der gennemfører projekterne som vi finansierer, sådan i det store og hele. Og tit omkring katastrofearbejdet der indgår vi tit i sådan nogen alliancer med nogle af vores søster-donor-organisationer, altså Norwegian Church Aid, eller Christian Aid eller ICCO i Holland, og laver sådan en samlet indsats hvor vi komplimenterer hinanden. Og typisk har vi nogenlunde de samme partnerorganisationer i de forskellige lande. Så på den måde deler vi ikke mad ud på den måde, fordi det handler også rigtig meget om, at når folk er i en katastrofesituation, jeg går ud fra at det er i en katastrofesituation du mener? (I) Ja. (F) der er det rigtig vigtigt at man er sikker på at det mad folk får er kulturelt acceptabelt, at de overhovedet vil spise det og at det opfylder alle mulige ernæringskriterier, og det er også rigtig vigtigt at i stedet for at tage majs fra USA og bruge klima og energi og alt sådan noget på at få det fragtet til Etiopien, at man så styrker det lokale marked ved at købe lokale fødevarer.

02:27 Så på den måde er det jo ikke sådan noget med at vi står og pakker mad her og sender i en container til Etiopien. Vi samarbejder med de lokale organisationer og hjælper dem med at

organisere fødevarerhjælp. Og det foregår simpelthen i henhold til denne her bibel-agtige ting, som jeg desværre ikke kan give dig, for vi har ikke så mange af dem. Men det er et internationalt anerkendt minimums standard for humanitær respons, altså for katastrofnehjælp. Og i den er det simpelthen specificeret omkring ernæringskrav, hygiejne, sanitet, målgrupper, vandstandarder, hvor meget vand skal man have og alt sådan noget. Så det er simpelthen den humanitære verden der er gået sammen, jeg tror de første standarder kom i 2004, og dem skal man simpelthen holde sig til. Det er internationale anerkendte standarder omkring vand, fødevarer sikkerhed, ernæring, shelter settlement and non-food items, health actions, trust cutting teams – det er børn og gamle og handicappede og køn, kvinder – xxx social issues, og så er der simpelthen nogen standarder omkring uddannelse, life stock. Og det er simpelthen sådan nogen standarder som de organisationer vi samarbejder med skal overholde.

04:01 Og der laver man jo, i forhold til – i nogen tilfælde kan man jo være nødt til at sammensætte nogen pakker, familiepakker, til folk, og der er det så rigtigt, der har man så nogen tabeller for hvad indeholder forskellige typer mad af kalorier, proteiner og mikro ernæringsstoffer og alt sådan noget, og så skal man kombinere det i forhold til hvad der er muligt at få lokalt. Så det er simpelthen sådan vi gør det, vi har ikke selv den der store logistik operation herhjemme. Det styrker også den lokale økonomi rigtig meget, for så pludselig kommer der i et område hvor tingene måske er blevet fuldstændig afbrudt og ødelagt, så hjælper man med til at etablere nogle af de der markedsstrukturer og sociale relationer der opstår omkring det at man køber mad og bytter ting og sådan noget. Så på den måde kan man sige "ja det gør vi", men ikke direkte. Det er nok det korte svar. Og det er også rigtig vigtigt at, sådan noget det foregår jo altid i en kontekst, og det vil sige vi samarbejder og planlægger altid i samarbejde med de lokale, the government – staten, for at være sikker på at vi ikke spiller ind i... Der er også nogle principper der hedder "do no harm", altså at man ikke kommer til at spille ind i en politisk konflikt ved for eksempel at give til nogen som så viser sig at være dem der massakrerer de andre, man skal ligesom ha en eller anden fornemmelse af konteksten og samarbejde med de lokale statsstrukturer, hvad der nu er.

05:44 For der er jo altid noget, det er jo ikke sådan at man kommer ned i sådan et tomrum og så skal vi ordne det hele. Så det er altid i den sammenhæng at man gør det

06:00 *(I) Så kan jeg godt lige se at mine næste spørgsmål måske ikke bliver så relevante, eller om I overhovedet har haft noget at gøre med - fordi de jo i Etiopien har haft Food Aid versus Cash*

Transfer, er det overhovedet noget I har arbejdet med?

06:13 (F) Altså vi betragter jo sådan set os selv som førende inden for Cash transfer, det er noget vi gør mere og mere, jeg tror at vi nu er på 2/3 af vores volumen af hjælp inden for nødhjælpsområdet som går til Cash Transfer. Fordi det udover at de er super nemt og praktisk, fordi man de fleste steder nu til dags kan bruge mobiltelefoner til at overføre penge med, så det vil sige at alle de her problemer der er med lang transport og dårlige veje og oversvømmelser, dem kan man overkomme ved simpelthen at lave Cash Transfer på telefonen. Så det løser en masse kæmpe logistik problemer, så det er selvfølgelig praktisk. Derudover så er det rigtig vigtigt i forhold til at vi arbejder inden for det der hedder en rettighedsbaseret tilgang, det ved jeg ikke om du har hørt om?

07:20 (I) *Nej*

(F) Okay, det er faktisk også nu, ved hjælp af blandt andet vores lobbyarbejde, at det er blevet en del af den danske regerings udviklingspolitik, et princip hvor man ligesom arbejder med at vi hjælper med at styrke civilsamfund, og med folk i andre lande, ikke fordi det er synd for dem, men fordi de har nogle rettigheder der bliver krænkede. For eksempel retten til mad og retten til skolegang, retten til sundhed, som deres lande sådan set har underskrevet i Genevekonventionen. Så udgangspunktet, eller fordelene ved Cash Transfer er også at det er en meget værdig måde at hjælpe folk på, fordi de selv kan bestemme hvad de vil bruge pengene til. Det gør jo, at de inden for den der lille bitte sum de får, kan de jo godt bestemme, at i stedet for at købe salt, så vil de sende et barn i skole. At man selv ligesom kan vurdere hvad det er man har mest behov for i den familie, så der ikke bare kommer et eller andet færdigt som andre har bestemt. Så på den måde er det også et meget vigtigt redskab i at hjælpe folk til at bevare deres værdighed og deres valgmuligheder.

08:31 (F) Så det bruger vi faktisk rigtig meget. Der kan være nogen problemer med det i forhold til, for eksempel hvis folk nu ude i en eller anden lejr, eller ude i bushen får nogen penge, og der ikke er noget at købe, så kan de jo sådan set ikke bruge de der penge til ret meget. Man kan jo trods alt ikke æde penge. Men så bruger man det der hedder et voucher system i stedet for. Det ved jeg ikke om du kender?

08:56 (I) *Jo, jeg har hørt lidt om det*

(F) Men det går simpelthen ud på at man får sådan en værdikupon, en voucher, til nogle

bestemte varer, og fordelene ved det er, at den organisation der deler dem ud, kan indgå en aftale med nogle leverandører som så er sikre på at de får det afsat, for nogen gange i de der fjerne områder, der tager folk ikke ud og sælger varer fordi de ved ikke om det bliver solgt, og det er for besværligt. Men hvis nu man siger at der er 400 mennesker her der fået vouchers til at købe ris, så hvis du leverer det så ved du også at det bliver solgt. Så det giver en bedre mulighed for at sikre at der rent faktisk kommer madvarer ind i området. For så kan man lave de aftaler med leverandørerne, og på den måde kan det voucher system være bedre i nogen sammenhænge. Men man skal selvfølgelig i hver situation vurdere hvad det er for et redskab der er bedst.

- 09:54 (F) Vi har desværre ikke det rigtig pæne print, fordi det er vi løbet tør for, men jeg har skrevet det her ud til dig, og her alle de forskellige dilemmaer og principper ridset op. Og vi har også, det er altså ikke for at tørre dig af med alle mulige publikationer, men vi har det magasin som vi udgiver 4 gange om året, og det er ikke ret længe siden vi havde et tema nummer omkring lige præcis det der med Cash Transfer, så det må du gerne få
- 10:34 (I) *Fantastisk, det er meget rart nogen gange lige at læse forskellige sider af det, netop fordi der er så mange meninger om det her nu er en god ide*
- 10:43 (F) Og selvfølgelig er der nogen faldgrupper og sådan, men vores fordel er jo at vi i rigtig mange lande har langvarigt samarbejde med de der lokale organisationer, så vi skal ikke ligesom starte forfra når der sker en katastrofe. Vi ved godt hvem der er gode til hvad, og hvem der kan ordne det, og på den måde er det faktisk et meget – også hvis man ser rent økonomisk på det, det kræver at man kvalitetssikrer og laver en kontekst analyse, men det er meget billigere end at organisere lastbiler og alt det der logistik. Og det fungerer super effektivt, og folk er glade for det. Også netop fordi det har den der, at de bliver ikke umyndiggjort ved at komme hen og få en eller anden lille pakke fra en lastbil. Så det er rigtig vigtigt
- 11:36 (I) *De ulemper jeg har læst ved Cash transfer, der er at nogen gange går pengene til mændene, og så går de ikke så meget til børn og kvinder, og så får de ligesom brugt det på sprut eller andre ting. Er det noget I oplever som et problem?*
- 11:56 (F) Altså det kommer meget an på den kontekst det er i, og du kan også med Cash Transfer sikre at, for det første kan man jo bruge voucher metoden så er du lidt ude over det der, men man kan sige, at den type prioritering finder jo sted alle vegne, det ser man jo også her, at

fatter køber en fladskærm og mor synes måske at vi skulle ha købt et nyt køkken. Så det er selvfølgelig en del af det, og der er grænser for hvor meget man ligesom kan sige at ”nu skal du gøre det”, men det handler meget om på det langsigtede at arbejde med nogle af de der kønsforståelser, og forståelser for hvordan og hvorledes. Rigtig mange mænd er jo lidt trætte af, at mænd altid får skudt i skoene at det er kvinderne der skal have mikro finanser, det er kvinder der skal have de her penge fordi mændene opfører sig uansvarligt, det er der jo nogen mænd der gør, men der er også rigtig mange mænd der gerne vil sørge for at deres børn kommer i skole. Så det er jo noget man selvfølgelig skal være opmærksom på hvis det foregår, og så må man ligesom tackle det hvordan man nu kan. For man kan også skabe større problemer hvis man så giver pengene til kvinderne og så får de bare bank så mændene kan få pengene. Problemet er sådan set ikke om de får Cash eller ej, problemet er kønsrollerne, og det er der man ligesom må lave nogle diskussioner og prøve at facilitere en eller anden dialog omkring om det er okay. Så det er nok mest den måde vi tackler det på vil jeg sige.

- 13:54 (F) Jeg skal lige høre – hvorfor er du specielt interesseret i Etiopien?
- 13:59 (I) *Jamen det var egentlig nok lidt af et tilfælde at jeg kom ind på at skulle skrive om Etiopien, fordi jeg netop læste nogle artikler om HIV-aids og så nogle programmer fra World Food Programme, og det lød spændende så det måtte jeg lige undersøge*
- 14:18 (F) Vi har et kontor i Etiopien, og et af vores rigtig store fødevareprogrammer er i Etiopien, og vi har også HIV-aids programmer i Etiopien, så vi har lidt af det hele
- 14:35 (I) *Men hvor meget uddannelses arbejde i ernæring og sundhed laver I i Etiopien?*
- 14:45 (F) Faktisk så arbejder vi slet ikke med uddannelse. Altså ikke hvis man sådan skal forstå uddannelse som det formelle uddannelses system, men vi arbejder meget med kapacitetsopbygning og træning, vi arbejder ikke med skoler og lærerplanudvikling og universiteter. Vi arbejder med community training gennem vores partnere, og også direkte nogen gange selv. Og sundhed er sådan set ikke et fokus vi har. Vi har ligesom valgt acces to basic social services og så arbejder vi med HIV-aids og reproduktive rettigheder. Så det er ligesom den niche vi arbejder i, så man kan sige at vi arbejder ikke med sundhed og uddannelse, men selvfølgelig laver vi en masse kapacitetsopbygning og træning og oplysningsarbejde omkring HIV-aids. Og det hænger også rigtig tæt sammen med ernæring, som du jo ved. Så det er lidt forskelligt i forhold til konteksten, men selvfølgelig når vi snakker om HIV smittedes og HIV påvirkedes livsvilkår og livskvalitet og alt sådan noget, så snakker vi

også ernæring, på alle mulige måder. For mange af de mennesker her kan jo ikke læse og skrive, eller har ikke en basal forståelse for hvordan kroppen virker. Så man skal ligesom finde nogle kommunikationsmuligheder som de kan forstå. For eksempel i Malawi har de lavet sådan en meget smart ting hvor de har lavet sådan en tallerken og så er den delt op i 3, og så er der kulhydrater, xxxsima som er det de spiser, og så er der noget grønt og så er der noget bønner eller jordnødder eller protein. Og det er ligesom det man prøver at vise folk, at man skal have alle de 3 dele. Og sådan er der forskellige modeller og måder at kommunikere på, men selvfølgelig er det noget vi snakker om, at god ernæring er fuldstændig grundlæggende også for at HIV medicinen virker. For HIV medicinen, behandlingen, er blevet ret udbredt mange steder i Etiopien, men den dur ikke hvis ikke du får noget ordentlig at spise. Og derfor ligger mange af vores HIV aktiviteter også tæt op af fødevarerikkerhedsprojekterne, fordi der er den sammenhæng.

17:14 (F) Men noget af det vi arbejder endnu mere med i forhold til HIV-aids, det er hele det der problem omkring stigmatisering og eksklusion, fordi det er noget af det der også kommer til at påvirke folks fødevarerituation , hvis de pludselig bliver ekskluderet og de får ikke lov at gå i marken og de får ikke lov at være med til noget som helst eller tage nogen beslutninger om noget. Så det er noget vi arbejder rigtig meget med, og der har vi sådan en lidt speciel rolle fordi at det tit, i mange afrikanske lande især, er der en meget stærk religiøs fordømmelse af HIV smittede og et meget moralsk korstog, Uganda er jo et frygteligt eksempel. Hvor vores rolle meget er at gå i dialog med kirken, og så lytter de lidt mere til os fordi vi har den der kirkelige forankring, og derfor kan vi nogen gange rykke nogen af de der meget konservative kirkeledere til at skrue ned for retorikken over for HIV smittede for eksempel, og også få nogen af dem til at gå ind og arbejde for, på en anden måde med HIV smittede og acceptere dem og integrere dem. Så det er meget den del af det vi arbejder med også. Ikke så meget nødvendigvis den der fysiske ernæring og medicin del, men mere med hele den der sociale stigmatisering.

18:37 (I) *Jeg tænker mere, hvordan får en HIV smittet ligesom sagt til sin familie og omgangskreds at mad er en del af min medicin. Hvis det ikke er velset at man har HIV og man kan ende med at blive ekskluderet hvis de finder ud af at man har det. Og børn kommer vel også først når man skal have mad.*

19:07 (F) Det er jo meget meget forskelligt, fordi i nogle kulturer kommer børn sidst. Det er meget kontekst specifikt. Det typiske mønster er nok at far spiser først, så spiser drengebørn og så

spiser pigebørn og så spiser mor. Og så får hønsene resten hvis der er noget. Altså det er sådan typisk, men det er meget forskelligt. Der er også nogle kulturer hvor man prioriterer børnene eller gravide kvinder eller kvinder i den fødedygtige alder, det er meget kontekst afhængigt. Jeg kommer lige i tanke om en episode fra Etiopien hvor vi var på feltbesøg, og så stopper vi et sted for at få noget at drikke, og så besøgte vi samtidig en kvinde i en lille butik, det var i et projektområde, hun sad og solgte sukkerrør. Og hun fortalte at hun var en del af vore HIV-aids projekt fordi hun var HIV smittet. Jeg gik hen og snakkede med hende, og så gav jeg hende et knus, og det snakkede de simpelthen så meget om, fordi den der signalværdi, dels at den hvide besøgende fra donoren gav hende et knus og turde røre ved hende og anderkendte hende, det var virkelig sådan "hold da op!" Det synes de bare var sådan en signalværdi. Og det er ligesom den måde vi prøver at arbejde med folk på, det der med at vise at man skal ikke stigmatisere folk, og det er jo også for en i Danmark svært at sige til folk "jeg er altså HIV smittet", og man kan vælge at lade være. Og der kan man sige, nu med så stor dækning af behandling så er det jo blevet langt nemmere fordi du kan blive behandlet, du kan holde det skjult, hvis det er det du vil, længere, men det har jo også bare betydet ekstremt meget for folks vilje eller evne til at turde sige det. For før i tiden, hvis du sagde det, eller fik diagnosen, så var det ensbetydende med at du skulle dø. Og det er der ikke nogen der har lyst til at være involveret i. Men nu kan du jo sige "jeg er HIV smittet, og har ligeså god forventet levealder som alle mulige andre". Og det gør simpelthen at det er meget nemmere at få diagnosen, og det er meget nemmere at sige det til folk. Og det er meget nemmere for folk at acceptere. Så det gør virkelig en kæmpe forskel.

21:40 (F) Så kan jeg se du har et spørgsmål om quinoa, det er jo mit hjertebarn

21:45 (I) *Ja, jeg kom ind på det i jeres lille video, og tænkte det ser spændende ud. Det med at I prøver at dyrke quinoa i Etiopien som noget helt nyt. Det synes jeg jo er lidt sjovt, også fordi quinoa er jo ikke typisk afrikansk.*

22:13 (F) Nej, det kommer jo fra mellem Amerika. Men inden jeg fortæller om alle quinoas værdier, så er det også vigtigt at sige at det er sådan en ting der er nem at kommunikere, og det er også en ting som jeg tror kan gøre en kæmpe forskel i Etiopien. Men det er jo ikke fordi vi tror på de der tekniske ting, for det er jo ligesom – man kan ikke løse fattigdom med en bestemt afgrøde, eller med at give folk en traktor. Det handler om de samfundsmæssige strukturer der skaber fattigdom, som man skal arbejde med. Så det er vigtigt at huske at sådan en afgrøde er kun en lille bitte ting i et større billede. Men vi har valgt det dels fordi ernæringsmæssigt har det nogle

helt fantastiske kvaliteter i forhold til tilgængeligt protein og kalorier, og det indeholder simpelthen de 4 mikro næringsstoffer som fattige folk normalt mangler. Så på den måde er det en utrolig god afgrøde. Og så er den meget klimavenlig, fordi den kan tåle tørke og den er salttolerant og den kan vokse i høje højder, hvilket er særlig relevant for Etiopien. Og den er let at acceptere for dem, for noget af deres traditionelle afgrøde hedder teff, som har ekstremt små korn, og det vil sige xxxaverant, som også har små korn, quinoa har lidt større korn, men folk er vant til at håndtere de der små frø, så det ligner lidt noget de kender. Så det er ligesom det der har været de fordele der er i det. Og nu arbejder vi jo meget med de aller fattigste, så det er tiltænkt til deres eget forbrug. Fordelen er, for der er også rigtig mange i Etiopien der har får, geder, kameler og køer, at bladene på planten kan også bruges både til menneskeføde, men også til foder, uden at man sådan reducerer produktionen af frø. Så på den måde har det en række virkelig virkelig gode egenskaber. Og så har vi indgået et samarbejde med en professor på Københavns Universitet og en professor i Addis, og så indledt et samarbejde med nogen af vores partnere. Nu har vi faktisk lige, for en 3-4 uger siden, benyttet os af den import tilladelse der er. Der har været en masse bureaukrati omkring frø og certificering og alt det der, men nu har vi fået den første sending til Addis, og de er ved at gå i gang med at så dem, og så har vi en studerende fra Danmark og en studerende fra Addis der er med til at lave forskning på det. Så bliver det prøvet i 3 forskellige områder i første omgang, og så skal vi så se hvordan det går.

25:19 (I) *Meget spændende.*

25:25 (F) Det er et stort håb at det kan rykke lidt

25:31 (I) *Jamen det er jo godt hvis det kan rykke noget, også netop på grund af klimaet, tørkeproblemet*

25:40 (F) Ja, jeg håber virkelig det kan gøre en forskel. Og så er der også noget der er nemt at kommunikere. Det er let for folk at forstå. Vi prøver ligesom at huske at bygge den der historie op uden om det. For det er ikke nok i sig selv at give dem noget quinoa. Der er nogle lande hvor quinoa er blevet et problem, fordi det nu er blevet sådan en verdens vare. I Bolivia for eksempel er de holdt op med at spise det selv, fordi de tjener så mange penge på at sælge det. Og så dyrker de det ude på nogle områder som slet ikke egner sig til det, hvor der kan komme nogle miljømæssige konsekvenser. Så det problem indgår jo så i det globale marked, men vi prøver at undgå det fordi det er beregnet det er til eget forbrug.

- 26:30 (I) *Vi snakkede lidt om formidling før. Og WHO har jo lavet sådan noget uddannelses materiale til netop HIV-aids patienter, og hvordan man formidler det budskab med rigtig ernæring til HIV-aids patienter. Der har de brugt story-telling som en måde og kommunikere budskabet på. Hvad synes du om den måde at gøre det på?*
- 26:59 (F) Det kender jeg ikke så meget til faktisk. Men vi læner os jo i de forskellige lande også lidt op af at bruge sådan nogle materialer, hvor der allerede er lavet noget. Vi har også haft noget ABC kommunikation, hvor en af vores partnere fik syet sådan nogle store forklæder med 3 lommer... Det var Abstinence, Be faithfull og Condoms. Det var AB og C. Så var der de 3 lommer, og så havde man sådan en leg med, for det kan være ret svært at diskutere de der ting, og så var der nogle fine laminerede kort med forskellige personer på. En prostitueret, en landmand, en skolepige og forskellige andre der var nemme at kende. Og så fik man nogle af dem, og så skulle man ligesom vælge hvilken af de strategier der var bedst for dem for at undgå, det var så ikke lige med ernæring, men for at undgå at blive smittet. Og så kunne det ligesom legitimere at man satte gang i en snak om, at den rige forretningsmand han skulle nok bruge kondomer fordi han rejste så meget og sådan. Så fik man simpelthen en platform for at diskutere de der lidt mere sensitive ting. Og der har været alle mulige forskellige metoder man har brugt, som man så lige har tilpasset til de lokale
- 28:28 (I) *Tror du det er muligt, i et land som Etiopien, at lave sådan nogle fødevarerikkerheds projekter for folk med HIV-aids?*
- 28:37 (F) Jamen det gør vi. Det er jo en del af det der med at vi arbejder med nogle landbrugsprojekter, men også i forhold til at sikre at folk, også de HIV smittede, er med i de der små lokale udviklingskomiteer, byråd og sådan der findes i Etiopien, hvor der bliver taget beslutninger omkring hvem der har adgang til hvilke marker, og kan vi sikre os at vi får nogle podede æbletræer fra den der forskningsstation og hvad de ellers har af planer og ønsker i det område. At de behov som HIV smittede har også er taget i betragtning i de der diskussioner, og de er med i beslutningsprocesserne. Så det kan man sagtens. Og før i tiden, da der ikke var behandling, så var man jo typisk udfordret af, at folk mistede deres arbejdskraft meget hurtigt og blev meget svækkede og derfor ikke kunne gå i marken. Men med HIV medicin er det problem jo faktisk ikke så stort mere. Men det var jo selvfølgelig noget man måtte forholde sig til, og så se om man kunne få andre til at hjælpe sig med de praktiske ting.
- 30:03 (I) *Ud over de kulturelle problemer der kan være med at arbejde med HIV-aids patienter, er der*

ellers andre problemer der kan være med at arbejde med HIV-aids og sundhedssystemet, kan det være et problem når du arbejder med HIV-aids, eller bare måske det at komme ud til folk i området.

- 30:28 (F) Ja det kan det selvfølgelig, fordi mange af de der steder der er det jo – HIV-aids er ikke lige mit speciale vel – men før i tiden var det i hvert fald. Det har jo nok ændret sig, men før i tiden var smitte korridoren jo typisk omkring lastbilsruter og handelsruter og sådan noget, så derfor var dem der boede langt ude i bushen i præget af det. Også fordi de lever i et lidt mere striks social kontrol, og der er ikke så meget risikoadfærd. Så det er selvfølgelig et aspekt, men det har været rigtig svært i forhold til hvis du har et svagt sundhedssystem hvor der ikke er procedurer for screening af blod og der ikke er råd til at skifte nåle ud og sådan noget, så er det selvfølgelig en udfordring i sig selv, og hvis fødegangen ikke er hygiejnisk. Så der er selvfølgelig et problem med sundhedssystemet der ikke har mange ressourcer, der kan det være svært at bekæmpe den smittevej
- 31:42 (I) *Når man snakker HIV-aids, så snakker man meget forebyggelse. Men burde der være mere fokus på behandling og ernæring, og den ernæringsmæssige behandling?*
- 31:59 (F) Det ved jeg ikke om jeg er den rette til at udtale mig om. For grunden til at man fokuserede så meget på forebyggelse var jo fordi, på et tidspunkt var der ingen behandling. Så derfor var man ligesom nødt til at fokusere på det, og det er jo sådan set lidt det der er problemet for, for eksempel hvor mange penge der bliver dedikeret til HIV-aids arbejdet nu fordi kurven er knækket de fleste steder, og folks forventede levealder er som ikke smittedes, og antallet af nye smittede er faldende, så derfor så er der ingen der gider finansiere HIV-aids. For 10 år siden var det jo bare the big thing, og det er det bare ikke mere. Så det er rigtig rigtig svært at få penge til det. Og det er skide farligt, for så går der måske nogle år, og så pludselig kan der komme en kæmpe eksplosion og alle folk har... Det er virkelig et problem. Så det er virkelig vigtigt at fokusere både på forebyggelse og på behandling. Og det er jo også interessant at der har været nogle af de der etiske diskussioner omkring det at behandling først var så dyr. Hvor der i Sydafrika var nogle firmaer der lavede kopi produkter, og så var folk oppe at køre over det, og patentlovgivning og alt det der. Men så sejrede det moralske eller det etiske alligevel. Så på en måde har det jo også været interessant, for det har nogle af de der diskussioner på spidsen. Så jeg synes ikke man kan sige det ene uden det andet. Det er rigtig vigtigt at gøre begge dele.

- 33:35 (I) *Men når man snakker HIV-aids og ernæring, er det så et virkelig stort problem, eller bliver det mere undermineret af andre problemer som sult problemet?*
- 33:50 (F) Det spiller jo meget sammen, det gør det. Fordi vi har vores faglighed og vores bobler, men for det mennesker vi snakker om, der er der jo ikke nogen adskillelse mellem din sundhed og din adgang til mad og din medicin og dit liv i det hele taget. Det er selvfølgelig en udfordring det der med at få forbedret mange ting på en gang, det er du nødt til for at forbedre folks situation. Det nytter ikke at de kan få medicin hvis de ikke har noget mad, og det nytter ikke de har mad hvis ikke de får noget medicin. Man er nødt til at arbejde på mange planer på en gang for at det virkelig skal rykke noget.
- 34:46 (I) *Hvad tror du det vil tage for at lave ændringer i Etiopien når man snakker HIV-aids og fødevarerikkerhed? Hvad kan det internationale samfund gøre for at hjælpe?*
- 35:03 (F) For at vende tilbage til det der med den rettighedsbaserede tilgang, noget af det der ligesom er vores overordnede tilgang, det er jo at det skal ikke være os eller det internationale samfund der skal gøre noget. Vi lever i en verden hvor det er nationer og regeringer der ligesom er ansvarlige over for deres egen befolkning. Og det er ligesom det vi helt overordnet arbejder på at støtte, at der er en accountability, altså at regeringerne står til ansvar over for deres befolkning. Og det indebærer at der skal være demokratiske systemer, der skal være juridiske systemer, der skal afholdes valg som skal være frie, folk skal have adgang til information og der skal være stemmesedler og alle de der ting der hører med til at en stat kan holdes ansvarlig over for sin befolkning. For det skal komme fra befolkningen selv. Fordi det er ikke noget vi skal gøre, det har vi ikke nogen legitimitet til. Så det er meget den måde vi arbejder på, altså med at styrke civilsamfundets rolle i de forskellige lande, fordi i mange lande er der ikke tradition for at der står nogle vagthunde og holder øje med hvad regeringen gør og fortæller folk at alene det med at tage ud i en landsby og snakke med folk, og så ligesom vende den på hovedet og sige "nej, det er ikke jer der er præsidentens tjener, det er omvendt. Det er præsidenten der er din tjener" og så får folk grinflip og synes det er det mest åndsvage de længe har hørt. Men den der proces med at forstå at du er borger, du har nogle rettigheder, og så hjælpe med at lave nogle strukturer så man kan nå de der beslutningstagere, og tjekke korrupsion og komme i medierne hvis der sker nogen overgreb og sådan noget. Det er simpelthen helt overordnet det der skal til. Og vi kan jo se i Danmark hvor vi har et fantastisk demokrati og frie medier og vi alle sammen er uddannede og kan læse og skrive, hvor mange overgreb der stadig begås af staten og hvor meget diskussion der er om det, boligmarkedet

eller CPR numre eller..., der er alle mulige ting i spil hele tiden. Så vi er også selv langt fra at nå det mål, men simpelthen at hjælpe de der samfund på vej mod et mere demokratisk styreform, fordi inden for den kan man så begynde at udvikle fødevarer systemer og sundhedssystemer og uddannelsessystemer.

- 37:53 (F) For at vende tilbage til dit spørgsmål, det som det internationale samfund gør at jo så at støtte de der projekter, og det er det vi gør at finansiere de processer og hjælpe folk med at få adgang til informationen og hjælpe dem med organisations udvikling og den slags.
- 38:15 (I) *Ud over de projekter vi lige har snakket om, er der så andre projekter som Folkekirkens Nødhjælp gør brug af til at støtte HIV-aids patienter i Etiopien til at få adgang til basale ting, basale behov, fødevarer?*
- 38:37 (F) Altså ikke så meget ud over hvad jeg har fortalt, både i forhold til produktion, men de arbejder også meget med for eksempel nogle af de religiøse ledere der har stor magt ude lokalt, og det interessante er jo tit, at hvis man diskuterer og griber det an på den rigtige måde, så kan lige præcis sådan nogle gamle religiøse mænd blive sådan nogen change agents, fordi de er jo ikke dumme, og de kan godt forstå at det ikke er hensigtsmæssigt hvis alle deres undersætter dør af HIV. Og der har vi set nogle gange at nogle af de ældre religiøse ledere, om det er muslimer eller kristne eller hvad de er, kan være nogen af dem der går i front med for eksempel at forbyde – eller det er jo sådan set forbudt, men så at praktisere at man holder op med kvindelig omskæring, eller man holder op med at gifte døtre bort når de er 12 år gamle og de får deres første barn når de er 13. Og hvis man på den måde arbejder med noget holdningsbearbejdning så kan det være svært som individ at sige ”jamen min datter hun skal ikke giftes” fordi alle de andre døtre de bliver gift, og så er der ikke nogen mand til din datter når du selv synes hun er klart til at blive gift. Men hvis hele dit community bestemmer, at fra nu af, der bliver det sådan. Så kan du gøre det. Jeg var engang på besøg i en landsby hvor de ikke havde besluttet sig til at holde op med at omskære, og der var det heldigvis sådan at de kvinder der foretog omskæringen, det var ikke noget de tjente på, så det var ikke sådan at man skulle finde på en anden måde hvor de kunne tjene penge på. Men der havde de simpelthen gravet et stort hul, og det var foranlediget af ham den gamle nisse der sad ovre i hjørnet. Og så havde de gravet et hul i jorden og smidt alle deres omskærings halløjsa ned i, bum. Og dækket det til, og så havde de ligesom besluttet, at nu er det slut fra nu af. Jeg ved ikke om det rent faktisk har fungeret eller hvordan og hvorledes, men det var i hvert fald noget der virkede som om det kunne du. For så gjaldt det altså alle pigerne i det område. Og det vil sige, når de skulle

giftes, så kunne mændene vælge mellem A, B og C, og ingen af dem er omskåret.

- 41:03 (F) Så det er noget med at arbejde med holdninger også.
- 41:12 (I) *Så faktisk nogle af de der religiøse ledere eller medicin mænd eller hvad de nu hedder, nogle af dem anerkender sygdommen HIV-aids. Anderkender de så også at de ikke selv kan, med deres egen naturmedicin, kan gøre noget for de her patienter?*
- 41:32 (F) Naturmedicin i Afrika er jo lidt ligesom naturmedicin i Danmark, at hvis du kan score kassen, så betyder det måske ikke hvad der egentlig er af evidens og måske ved du godt selv inderst inde, at slikke på et birketræ, det helbreder dig måske ikke for kræft, men hvis du kan få nogen til at betale 1000 kr. for at du fortæller dem det, så er det fedt nok ikke. Det tror jeg det er sådan meget det samme. Der er jo forretningsmænd blandt dem ligeså vel som der er blandt alle mulige forretnings healere herhjemme. Så det er et spørgsmål om at give folk mulighed for at forstå, at se og erfare at måske så hjælper det mere at tage den her tablet end at gøre alle de der ting som medicinmanden tjener penge på. Så det er også noget med at arbejde lidt med de der holdninger.
- 42:27 (I) *Så hvis man rent faktisk kunne overbevise medicinmanden om at mad også er en del af medicinen for HIV-aids patienter, så ville det faktisk give dem mange fordele?*
- 42:39 (F) Ja, jeg tror det er bedre, eller det er i hvert fald vigtigt også at fortælle folk selv om det. Og der er det jo eksemplets magt, det er jo altid godt. Altså hvis man kan vise at de mennesker som så lytter til sådan noget ernæringsvejledning, at det er dem hvis børn overlever frem for de andre. Men det tager jo lang tid at ændre den slags holdninger.
- 43:13 (I) *Når I så arbejder i Etiopien og I arbejder sammen med enten regeringer eller andre NGO organisationer hvilke krav stiller I så til dem for at kunne sige at vi kan godt arbejde sammen med jer?*
- 43:33 (F) Vi har noget der hedder en projekt- og program manual, hvor man gennemgår nogle forskellige trin, men dem du nævnte, dem arbejder vi jo ikke tættest sammen med. Dem arbejder vi sammen med, men vi arbejder tæt sammen med de organisationer der er vores partnere i de forskellige lande. Og systemer er sådan at hvis nu en organisation har en projekt ide, så skriver de et projekt dokument til vores kontor ude, de modtager det så og kigger på det, og tænker "hmmmm, det her handler om læreplaner i secondary schools - dur ikke væk!" Men hvis nu det handler om ernæring for HIV smittede, så tænker de "hmmmm ja, det passer i

vores". I hvert land har vi et femårigt program som har nogle forskellige mål, og hvis de så kan se at det projekt kan bidrage til nogen af de der mål, så siger de "ja, vi vil godt kigge på jeres ansøgning". Og så gennemgår de nogle forskellige trin, og det allerførste trin er at vurdere partner organisationen. Og det indebærer at man kigger på hvad de har af legitimitet, hvem er deres medlemmer eller deres baggrundsgruppe, hvordan vælger de deres bestyrelse, har de styr på deres finanser, hvordan er informations flowet i organisationen. Alle mulige ting for at se hvad er det her for en type organisation, og hvis de så har den tekniske kapacitet til at arbejde med de her ting, har de ansat nogle kvinder, diskriminerer de når de ansætter, hvad er deres ansættelsespolitik – alle sådan nogen ting. Og hvis de så ligesom lever op til de der krav, også nogen gange hvis de ikke lever op til dem alle sammen, for det kan jo også være svært at være perfekt, men hvis de er villige til at arbejde med nogle af de procedurer for eksempel, så går man videre til at lave en vurdering af projektet og hvordan passer det ind i programmet, og hvad er der af kapacitetsopbygningskrav og den slags. Og så bliver projektet godkendt i Etiopien for eksempel, og de har deres eget budget som de får herfra. Hvis det er et stort projekt, altså hvis det er over 500.000 kr. om året, så skal jeg godkende det her efter de har godkendt det, og kommentere på det. Så der er simpelthen nogle helt præcise steps. Og så laver man en samarbejdsaftale hvor der også er en anti-korruptions klausul og regler for hvem man kan give indsigt i deres regnskaber og alt det der, og de skal rapportere på projektet. Så indgår de i den gruppe af organisationer vi samarbejder med, så vi også skaber et netværk mellem dem, og laver fælles træning omkring køn og udvikling eller agro økologisk landbrug eller HIV eller hvad det nu er. Så de også ligesom får et netværk de der forskellige organisationer. Så ja, der er nogle forskellige trin de skal gå igennem hvis de skal være vores samarbejdspartnere. Vi har lige fået DANIDA, som vi jo er finansieret af, 1/3 af DANIDA og 1/3 af EU og 1/3 af private donationer. Og DANIDA giver os en rammebevilling hvert år som vi kan bruge som vi vil, men vi skal så rapportere til dem, og så laver de også nogle reviews, og vi har lige fået den første rapport hvor nogle af de ting de har fundet ud af, altså nogle eksterne konsulenter, at noget af det som vores samarbejdspartnere allerbedst kan lide ved os, det er hele den der partnerskabstilgang, altså at vi arbejder som støtte til deres organisationsudvikling. Så det blev vi selvfølgelig rigtig glade for at høre. Så dem arbejder vi meget tæt sammen med

47:44

(I) Jeg tror egentlig jeg er kommet igennem alle mine spørgsmål, så jeg vil bare sige tak fordi du ville deltage

0:00 - ny optagelse (2. del) (F) området, for de ved godt hvad er det der viser at folk er de fattigste og de mest sårbare, det kan være at de ikke har nogen ged, de har ikke nogen jernplader på taget, eller de har ikke nogen bedsteforældre eller hvad det nu er der fortæller folk i det område at man er fattig. Og det bliver så dem vi arbejder med, altså baseret på de lokale vurderinger af hvem der er de fattigste.

00:29 (F) Og her har vi en lille vejledning, som også er til vores partnere til at hjælpe dem lidt med hvordan man målretter mod dem. Så har vi også et magasin med HIV som tema, og noget med fødevarerikkerhed. Det her er et billede fra Etiopien i hvert fald, jeg kunne forestille mig at der også er nogen artikler fra Etiopien. Og på vores hjemmeside er der også, især på den engelske hjemmeside, er der links til mange rapporter og ting og sager hvis du vil gå lidt mere i dybden med nogle ting. Og så kan du søge på HIV-aids eller på Etiopien eller på et eller andet, så får du noget mere materiale. Rigtig mange af de der rapporter er jo på engelsk, nogle af dem er der også links til på den danske side, men på den engelske er der nok lidt bedre udvalg.

Interview med: Søren Brix Christensen (S)

Sted for interview: Skype

Dato for interview: 26/6-2014

Interviewer: Randi Drøhse Carstensen (I)

Transskriberet af: Conny Hanghøj

Interviewet længde: 11:51

00:00 (I) Det er jo fordi jeg ved at du ved en masse om HIV-aids. Og min opgave handler om HIV-aids, hvor jeg så har taget en ernæringsvinkel med. Så jeg tænker at gå i gang fra en ende af, og så...

00:26 (S) Det er helt fint

00:30 (I) Da du arbejdede i Sydafrika med HIV-aids patienter, rådgav I så patienterne om ernæring?

00:41 (S) Jeg har været med helt fra starten. Og det gjorde vi, men havde ikke rigtig nogen supplerende tilskud til dem. Det var i Sydafrika ude i en xxxby der hedder Kariliche (?) og vi

sagde selvfølgelig at ernæring var vigtig, men ellers var det jo primært medicin vi fokuserede på helt fra starten.

- 01:06 (I) Okay. Ved du om der er kommet en ernæringsvinkel på hvordan man rådgiver HIV-aids patienter i dag?
- 01:11 (S) Det mener jeg der er, ja
- 01:18 (I) Okay. Er det sådan indbygget i programmet, det der ART program som man sender patienterne igennem?
- 01:30 (S) ja
- 01:33 (I) Hvilke problemer løb du så ind i når man skulle rådgive patienterne? Forstår de vigtigheden af både at tage medicin og når man rådgiver om ernæring. Forstår de så vigtigheden af at få en ordentlig ernæring?
- 01:50 (S) Det synes jeg. Altså den måde vi greb det an på var, at for at man kunne komme i behandling skulle man komme med en treatment assistent, det vil sige det skulle være ens personlige hjemmehjælper, det kunne også være ens mor eller mand eller nabo eller... Altså ens personlige hjemmehjælper der ligesom var med til samtalen, og var med til at sige at det her det er rigtig vigtigt med ernæring og med medicin. Man må ikke miste ens medicin, og ens case bliver også taget op i the community council, så det council ligesom godtog at man nu kom på medicin, fordi det ikke bare var et personligt anliggende, men et community anliggende.
- 02:36 (I) Men hvad så hvis der var problemer med at folk ligesom var bange for at afsløre deres HIV status og så kan det jo være svært at sige...
- 02:53 (S) Altså de blev jo ikke afsløret. Det blev fremlagt på det der community council anonymt. Altså 52 årig mand med det og det, så det var community council der var med til at bestemme. Netop for at kunne løfte det op fra at være den enkeltes problem til at være et samfundsproblem. Man tog det op og gjorde community opmærksom på den store sygdomsbyrde der lå i deres community, og at man også tog det alvorligt, netop for at bryde stigmatiseringen, for at vise at man kan ikke se uden på folk hvem der er syg og hvem der ikke er syg. Derfor lavede vi jo også de T-shirts der hed HIV positiv hvor Nelson Mandela er på. Ikke fordi han var HIV positiv, men det kan man ikke se udenpå. Og derfor ku man sige, ved at tage den på viste man at det kan godt være at man ikke kan se noget udenpå, men det behøver ikke

være det der er indvendigt. Så det var for at det ikke kun var den enkelte patients problem med ernæring og medicin, men at det også var familien og den treatment assistent der ligesom stillede sig til rådighed for at hjælpe patienten i tyndt og tykt. Skaffe medicin og sådan

- 04:11 (I) Tog man så sådan noget som medicinmænd i landsbyerne med på råd. Har de været taget med ind over på nogen måde?
- 04:23 (S) Nej, nu snakker jeg jo mest ud fra Sydafrika, men også i Malawi der har man nok undervist dem, men man har ikke tildelt dem nogen medicinsk rolle i den her behandling.
- 04:47 (I) Jeg kan se at WHO har lavet noget materiale hvor de ligesom prøver at kommunikere budskabet med vigtigheden af HIV og ernæring ud med story telling. Hvad mener du om den måde at prøve at kommunikere et budskab ud til en patient på? Ved brug af story telling
- 05:10 (S) Det synes jeg er rigtig fint, det bruger jeg jo selv meget også med billede-gørelse og netop det med historie fortælling.
- 05:33 (I) Er folk med HIV-aids oftere underernærede end folk uden HIV-aids? Er det et meget stort problem?
- 05:42 (S) Ja det er det. Mange af dem kommer jo når de har fået AIDS i udbrud med tuberkulose, så de er ofte underernærede. I hvert fald i starten af behandlingsdelen. Nu er vi mange steder også begyndt at sætte folk i behandling inden deres immunsystem bliver dårligt, dengang fik først behandling når deres CP4 tal var nede på 200, nu sætter vi dem måske i behandling på 350 eller 400, og det ikke når så langt ned i immunsystemet
- 06:18 (I) Når jeg læser i min litteratur om HIV-aids, så er der rigtig meget om forebyggelse af HIV-aids, og ikke så meget med fokus på behandling og ernæring
- 06:33 (S) Det var fordi vi brugte 7 år på at få behandling ligestillet med forebyggelse. Det tog 7 år for Danida at ville give penge til behandling og ikke kun forebyggelse. Vi var oppe imod en meget stærk international lobby og en meget stærk medicin lobby som ikke ville have at det her kopi medicin skulle komme ud, men at vi skulle holde det herhjemme. Det tog mellem 7 og 10 år, så det er derfor at behandlingsdelen halter efter. Det er heldigvis kommet meget hurtigt igen, men hvis du læser om det, så tog det 7 års kamp for at få det anerkendt på linje med forebyggelse. Fordi argumentet, synes jeg, var at behandling var en del af forebyggelsen. Du kan ikke få forebyggelsen til at virke med mindre du også har behandling at give.

- 07:29 (I) Tror du det vil være muligt i et afrikansk land at lave nogle fødevarer sikkerhedsprogrammer hvor man fokuserer på HIV-aids patienter? Sådan så man er sikker på at de kan få en god ernæring.
- 07:49 (S) Ja det tror jeg sagens man kunne. Det kender vi jo fra andre ting med underernæringsprojekter med børn, også med specifikt fødevarer til det. Der arbejder vi jo med noget der hedder Plumpynut der er jordnøddebaseret og sådan nogen ting. Så det kunne man sagtens. Forty fight foods hvor man ligesom kigger på den ernæring der er i området, hvis det er xxx eller majs, hvordan kan vi så styrke den grundlæggende ernæring de har med de mineraler, det kan være A-vitamin, det kan være C det kan være magnesium, det kan være nogle af de andre mikro elementer som skal til for at gøre den endnu bedre den diæt der er i området, men som så ikke er god nok måske
- 08:31 (I) Sådan et problem som HIV og ernæring, bliver det nogen gange undermineret af andre store problemer i udviklingslandene, såsom sult problemet?
- 08:49 (S) Ja, og tuberkulose også. Ja, plus at vi også ser at underernæring og madsikkerhed bruges politisk, dels af magthaverne men også at nogle af de her underernæringsproblemer skyldes at der er mad nok, men at distributionen eller skatter eller et eller andet gør at det så ikke når ud. Så det kan nogen gange godt være et problem fordi fødevarer sikkerheden også er et politisk instrument.
- 09:25 (I) Hvad tror du der skal til for at lave forandringer i afrikanske lande når man fokuserer på HIV-aids og ernæring. Hvad kan det internationale samfund gøre?
- 09:42 (S) Jamen der er gjort rigtig meget på medicinen, altså 8 millioner mennesker er i behandling. Da vi startede tilbage for 10 år siden der var der kun nogle få hundrede i behandling, og nu er der 8 millioner. Så jeg tror at bare fokuseringen på det, og det at det også bliver italesat og man ligesom for det op. Det var jo sådan vi fik hele behandlingsdelen til at ændre sig, det at det kor af folk der overlever bliver større og større, så det viser sig at det rent faktisk kunne lade sig gøre at behandle med noget meget kompliceret medicin i nogle meget primitive settings. Så dels at man kan vise at det kan lade sig gøre, og tage det op til internationale konferencer, tage det med til Danida og tage det med rundt.
- 10:34 (I) Ja. Nu har vi jo stort set været igennem det hele, men lige et ekstra spørgsmål – nu er der jo nogle fødevarer programmer der kører med Food Aid vs Cash Transfer, har du nogen mening

om sådan et program, når man vælger enten fødevarehjælp eller giver folk en lille portion penge til selv at kunne købe

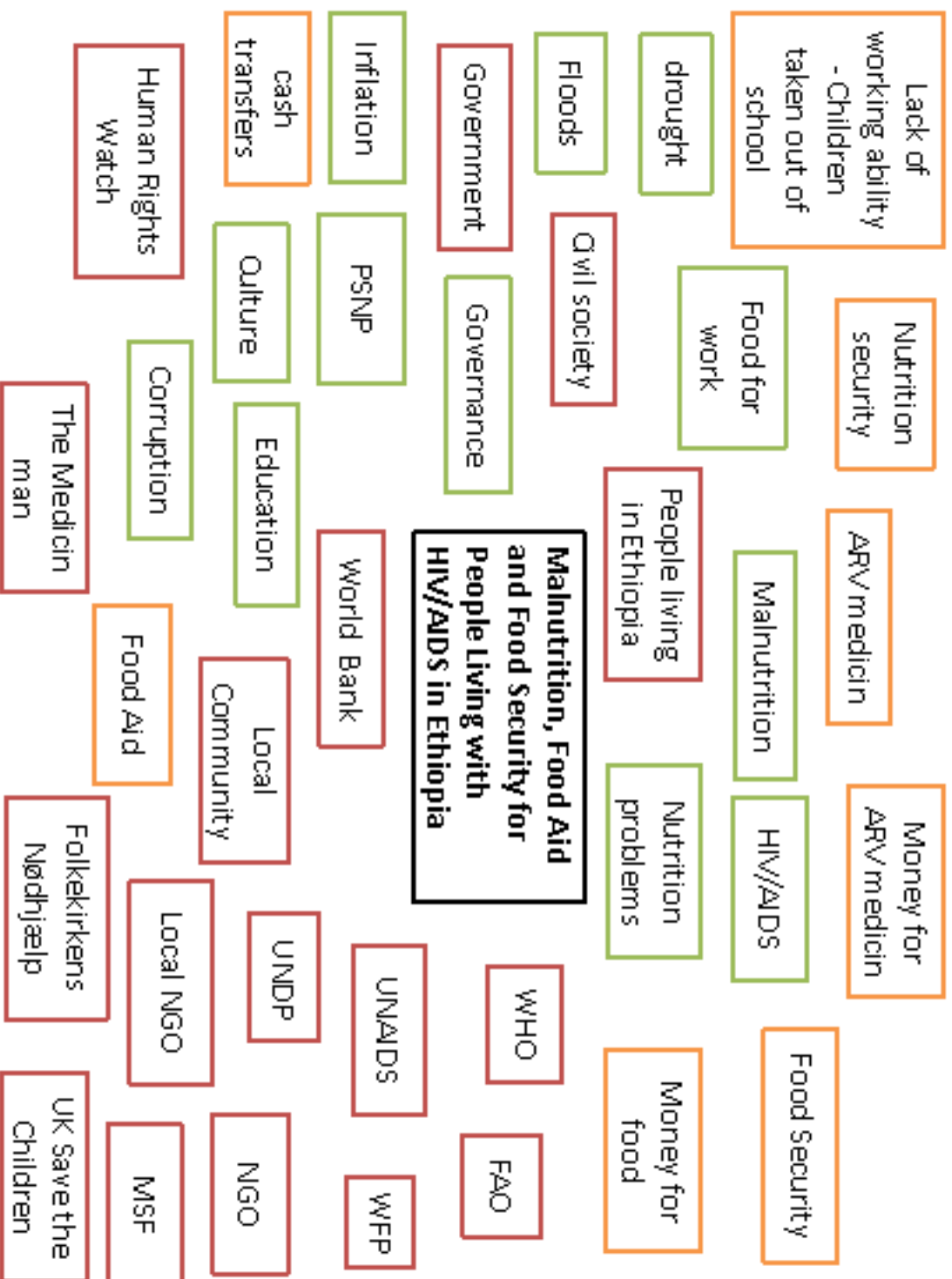
- 10:59 (S) Det kommer meget an på... Hvis de penge kan bruges fornuftigt ude i lokalsamfundet så kan det jo være godt, og stimulere landbrugsproduktion og sådan nogle ting, men det kommer meget an på det enkelte område
- 11:18 (I) Ja. Men så tror jeg egentlig jeg fik alt hvad jeg skulle bruge. Så jeg siger 1000 tak for hjælpen.
- 11:29 (S) Du må meget gerne sende det til mig på mail, din rapport. Det er meget sjovt nogen gange at læse hvilken vægtning folk de har, så den vil jeg meget gerne læse
- 11:38 (I) Det skal jeg nok gøre. Jeg skal først aflevere 1. september, så der er lige lidt tid endnu inden jeg er færdig med at analysere på alle mine interviews

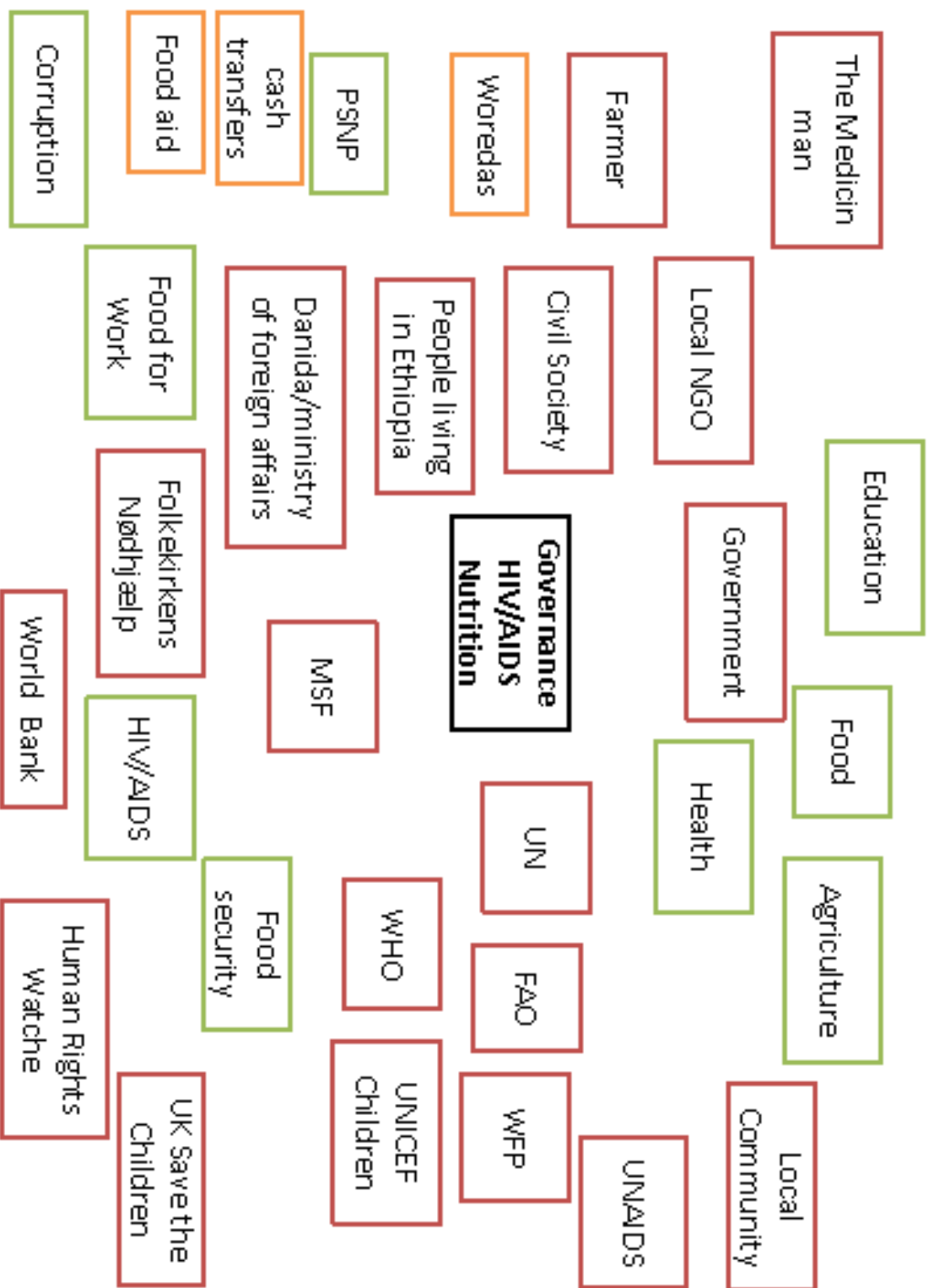
Appendix 3: Maps created before the interviews

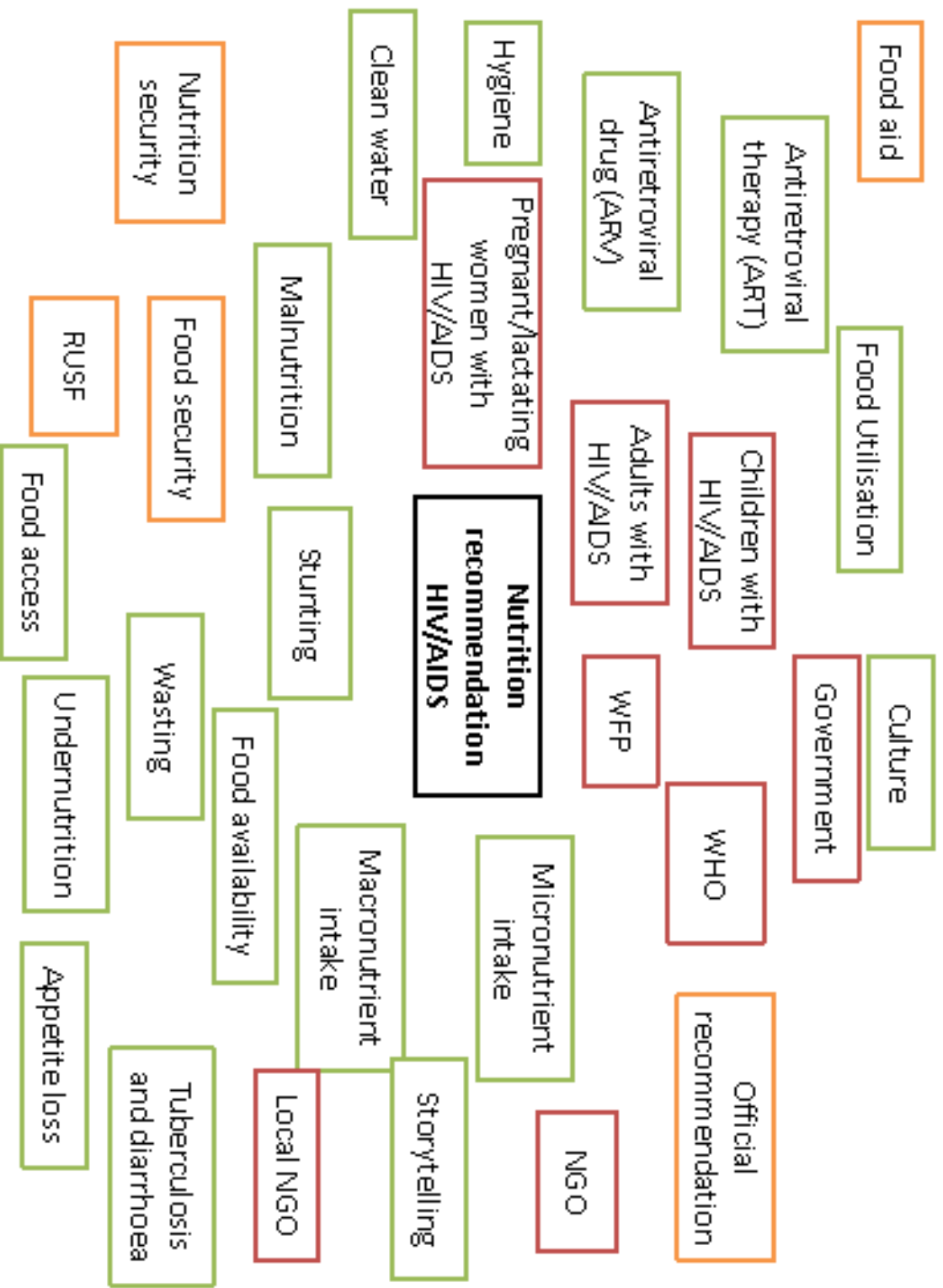
Discourses

Object

Actor





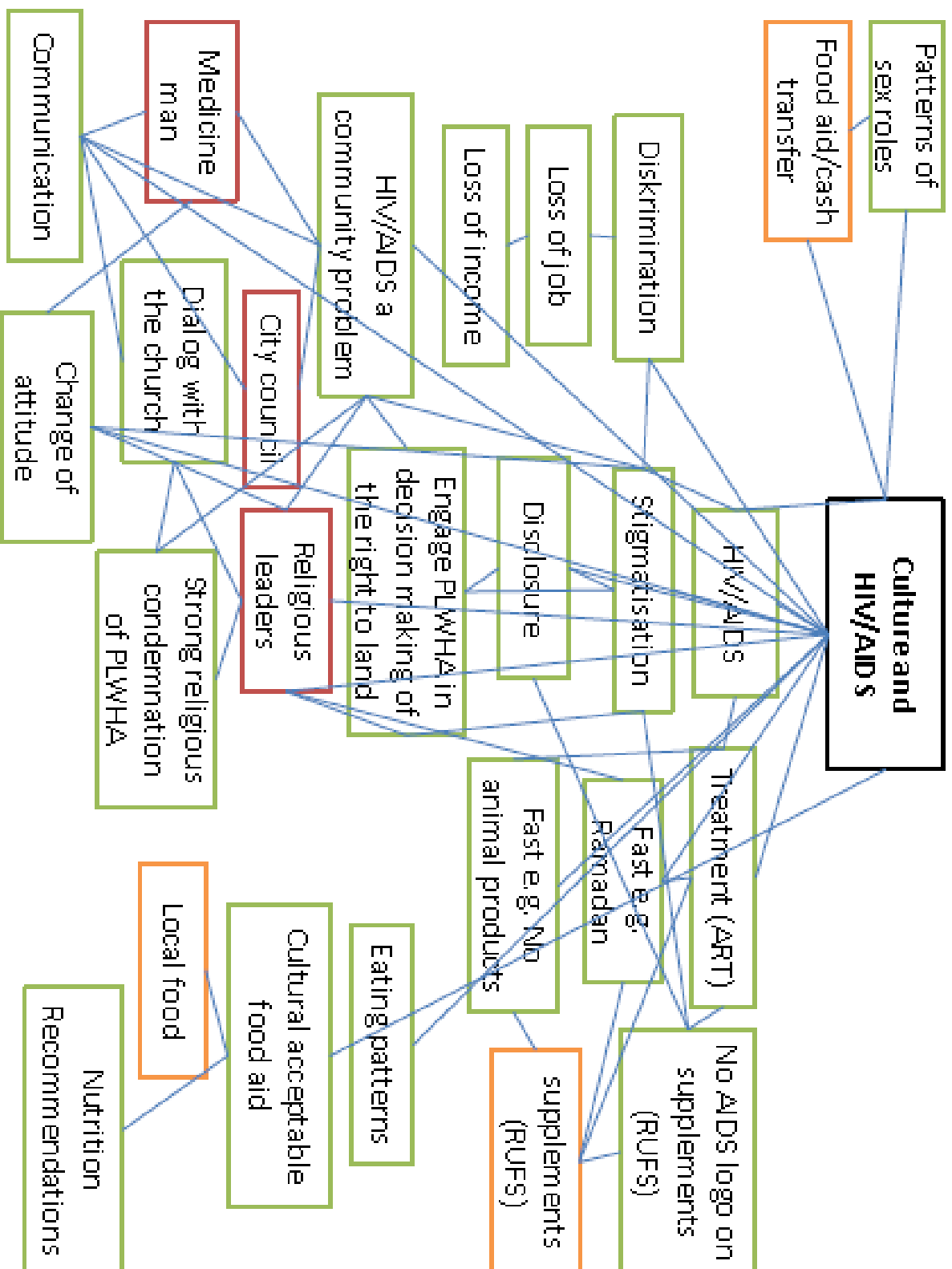


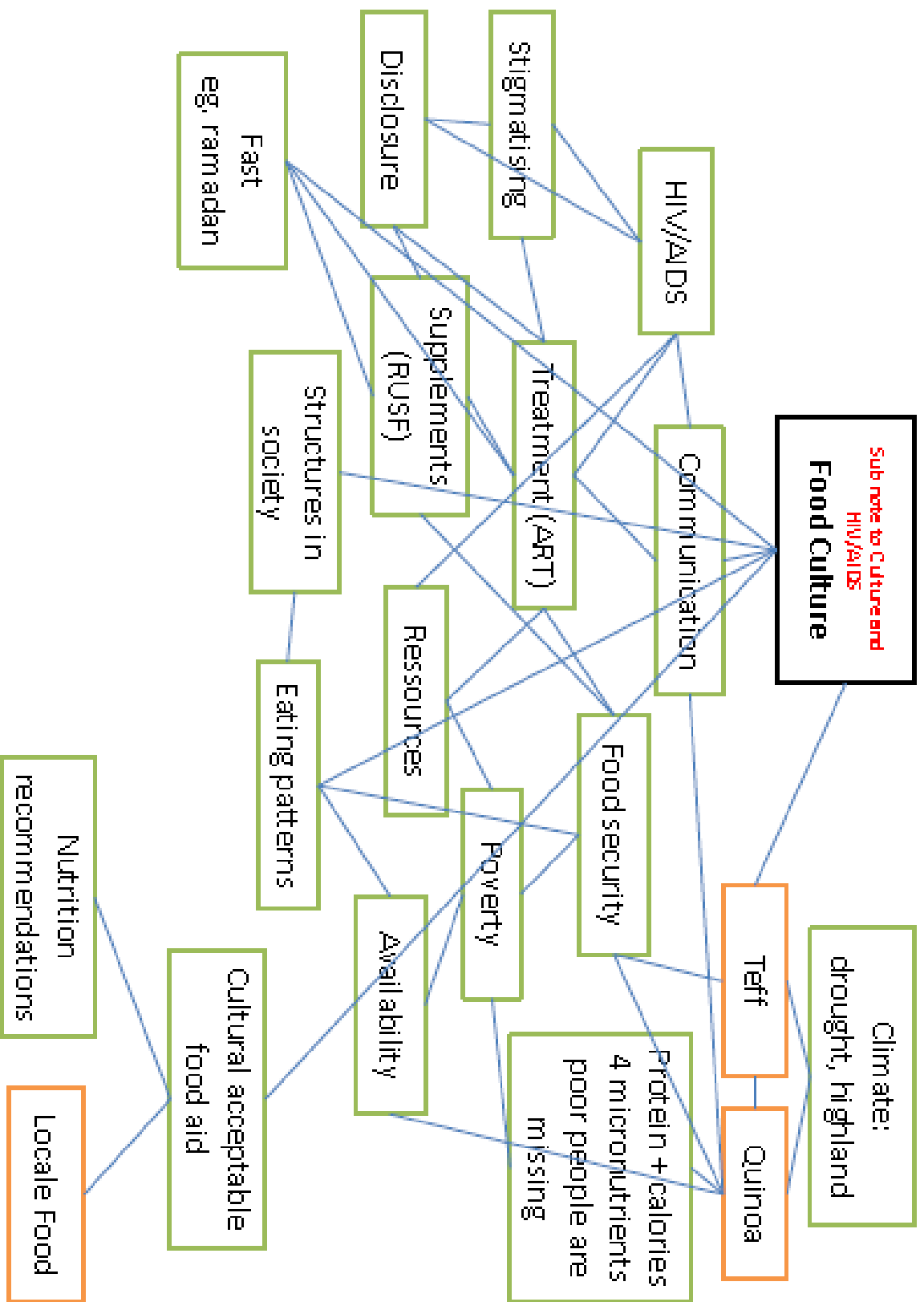
Appendix 4: Maps created after the interviews

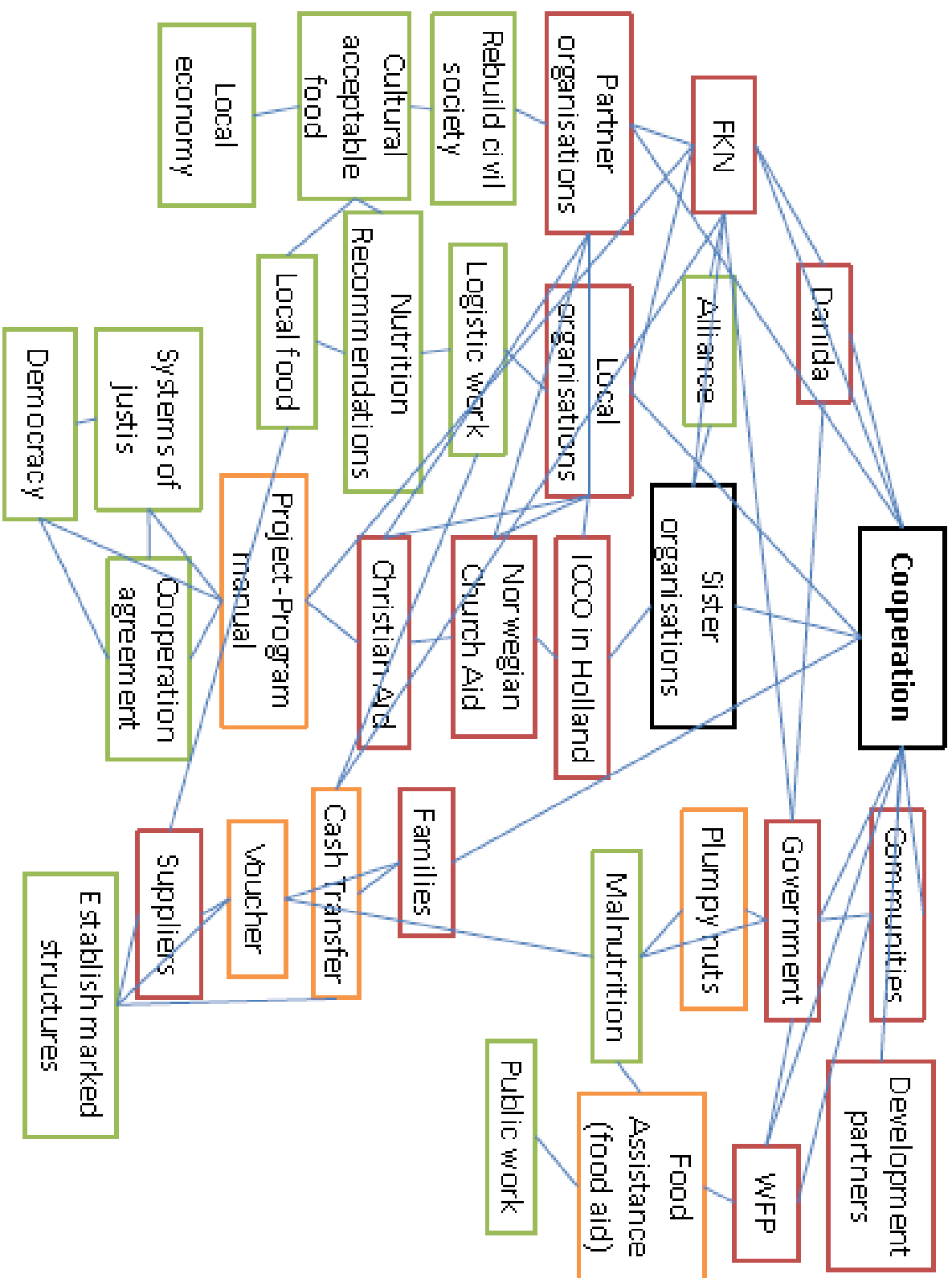
Discourses

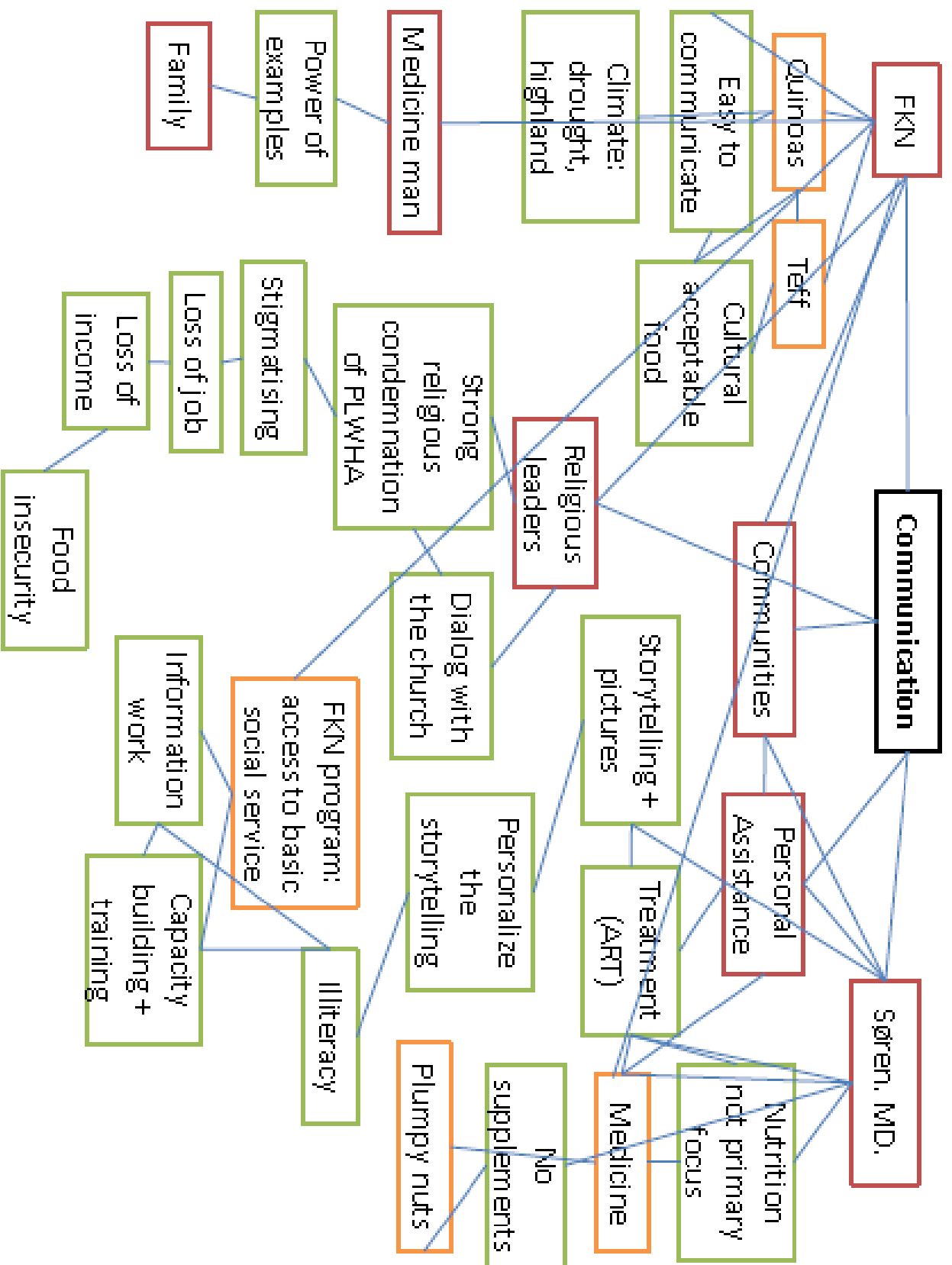
Object

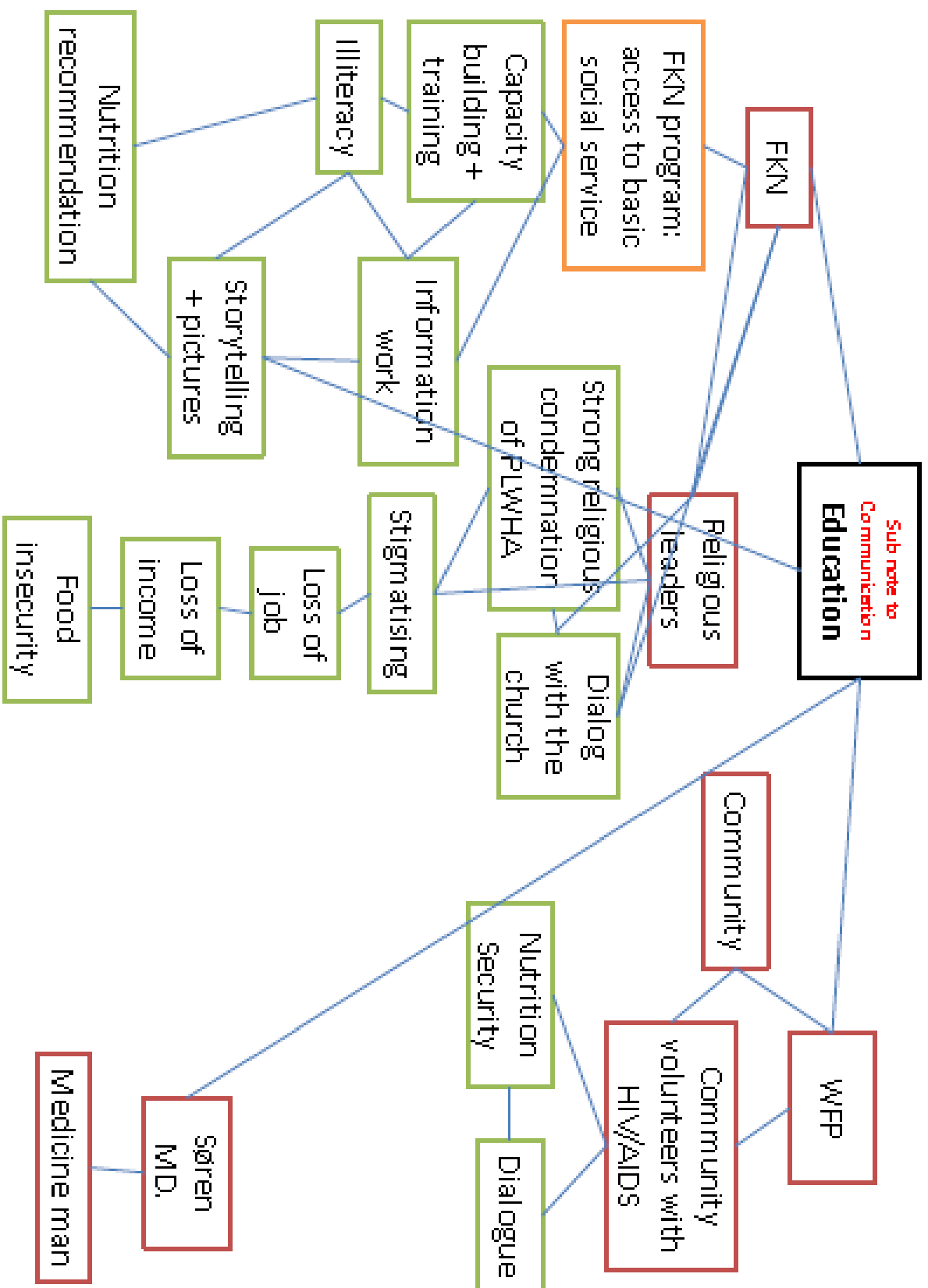
Actor

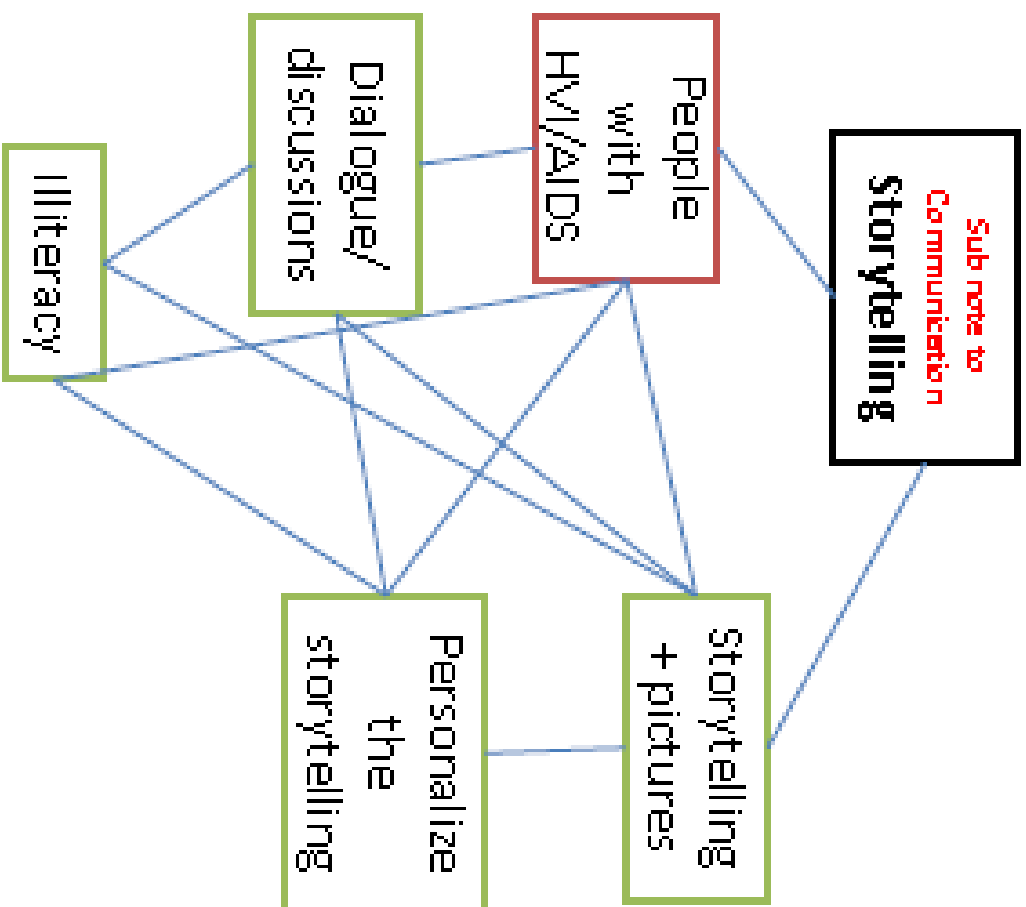


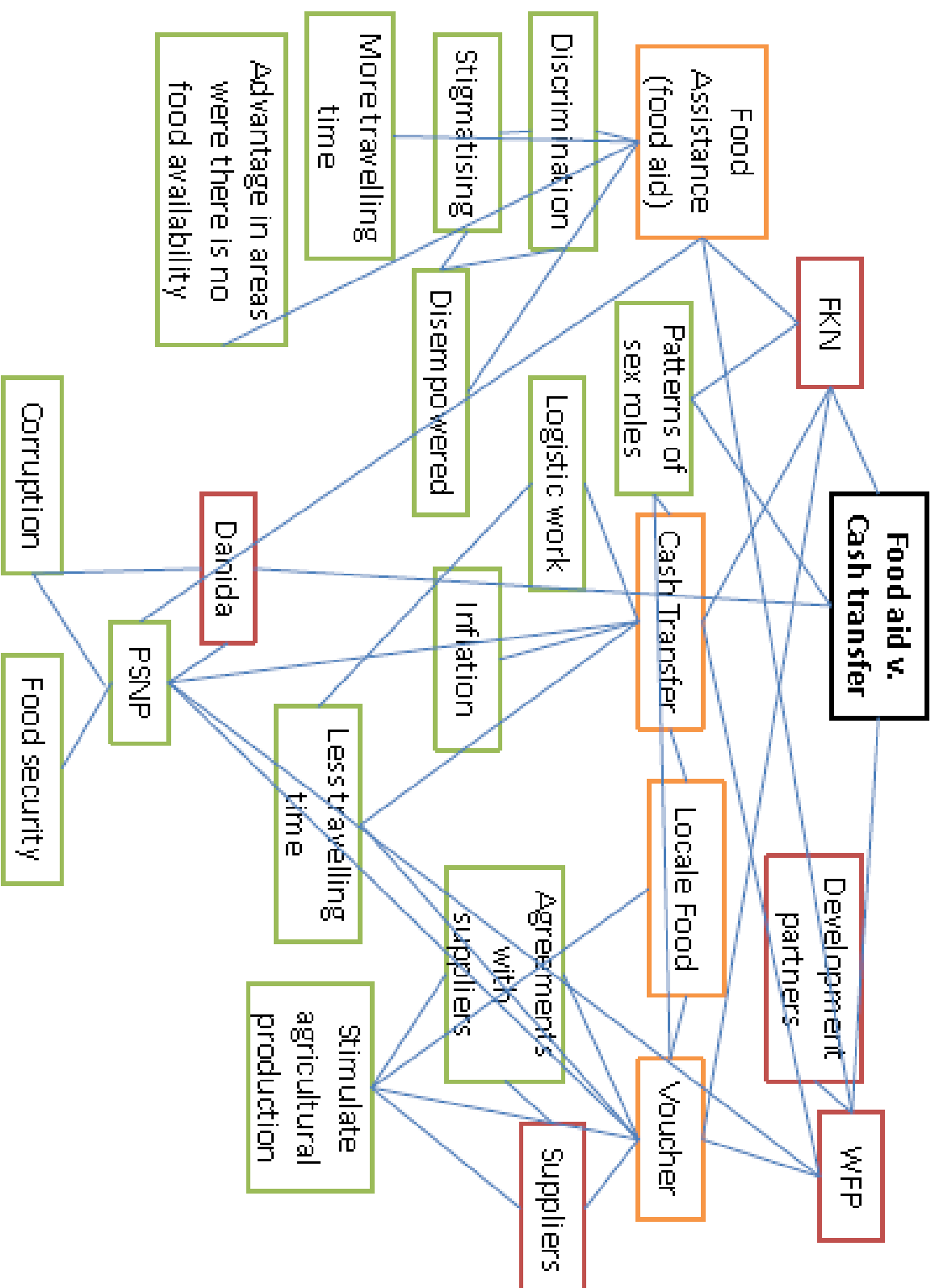


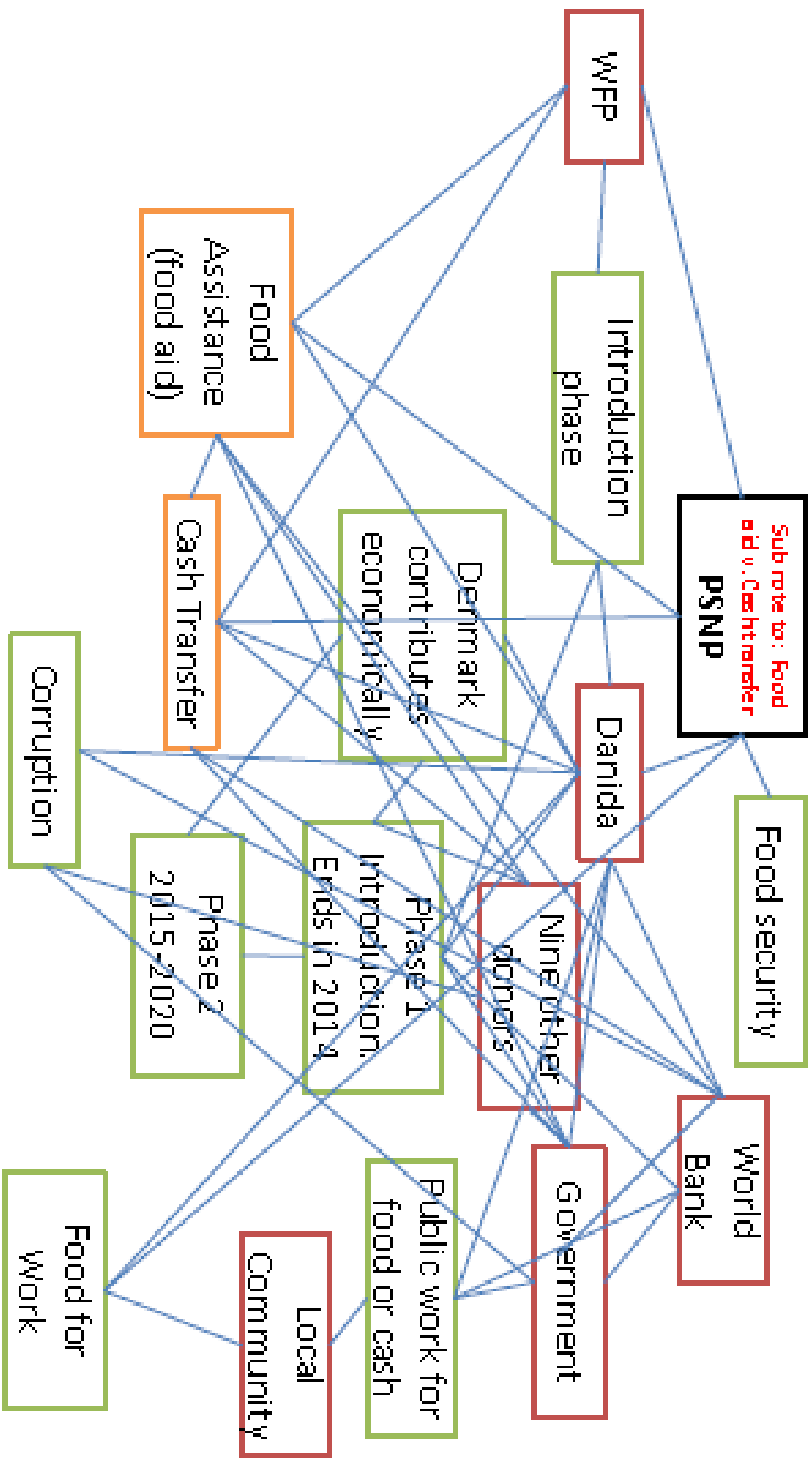


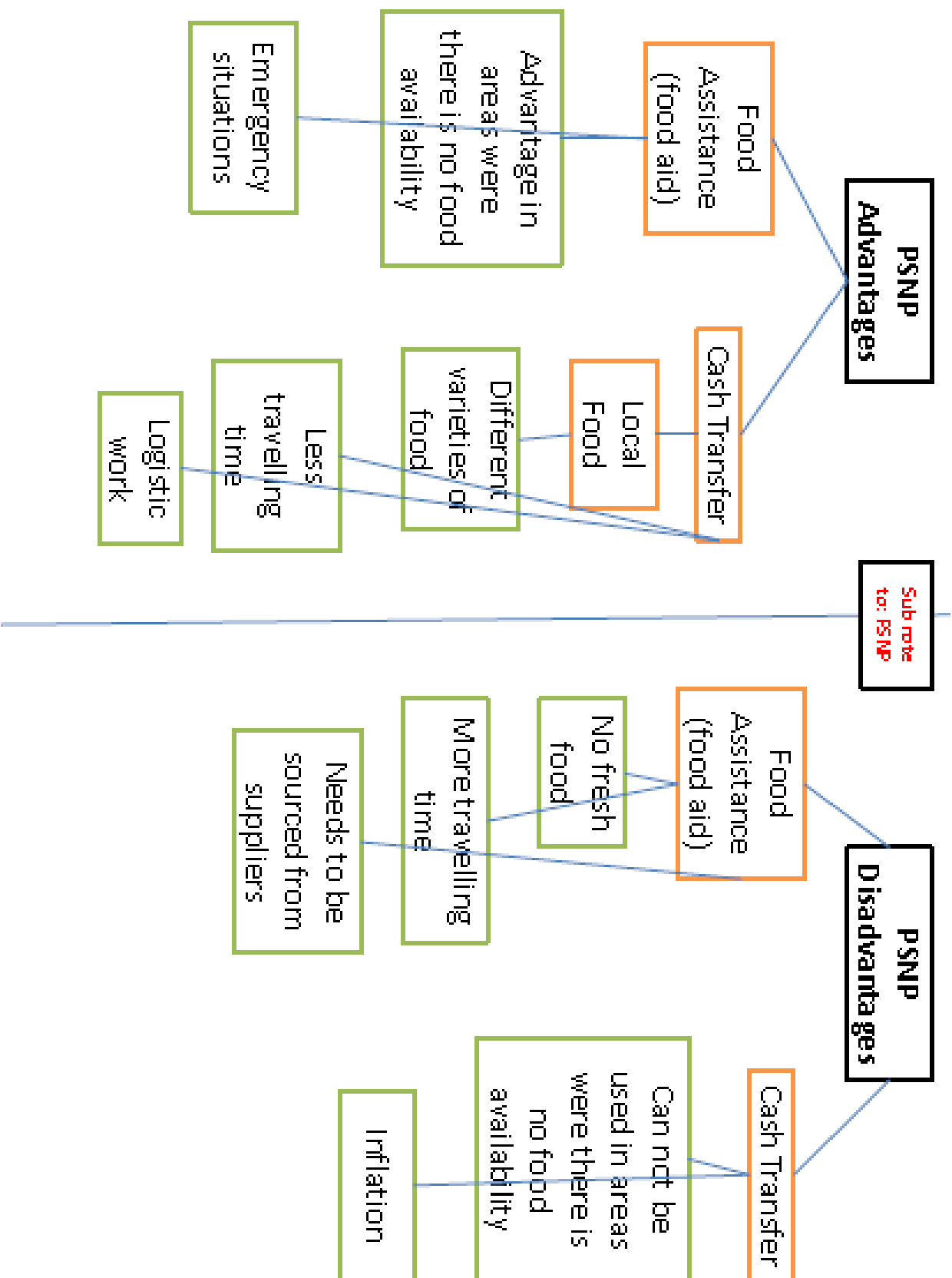


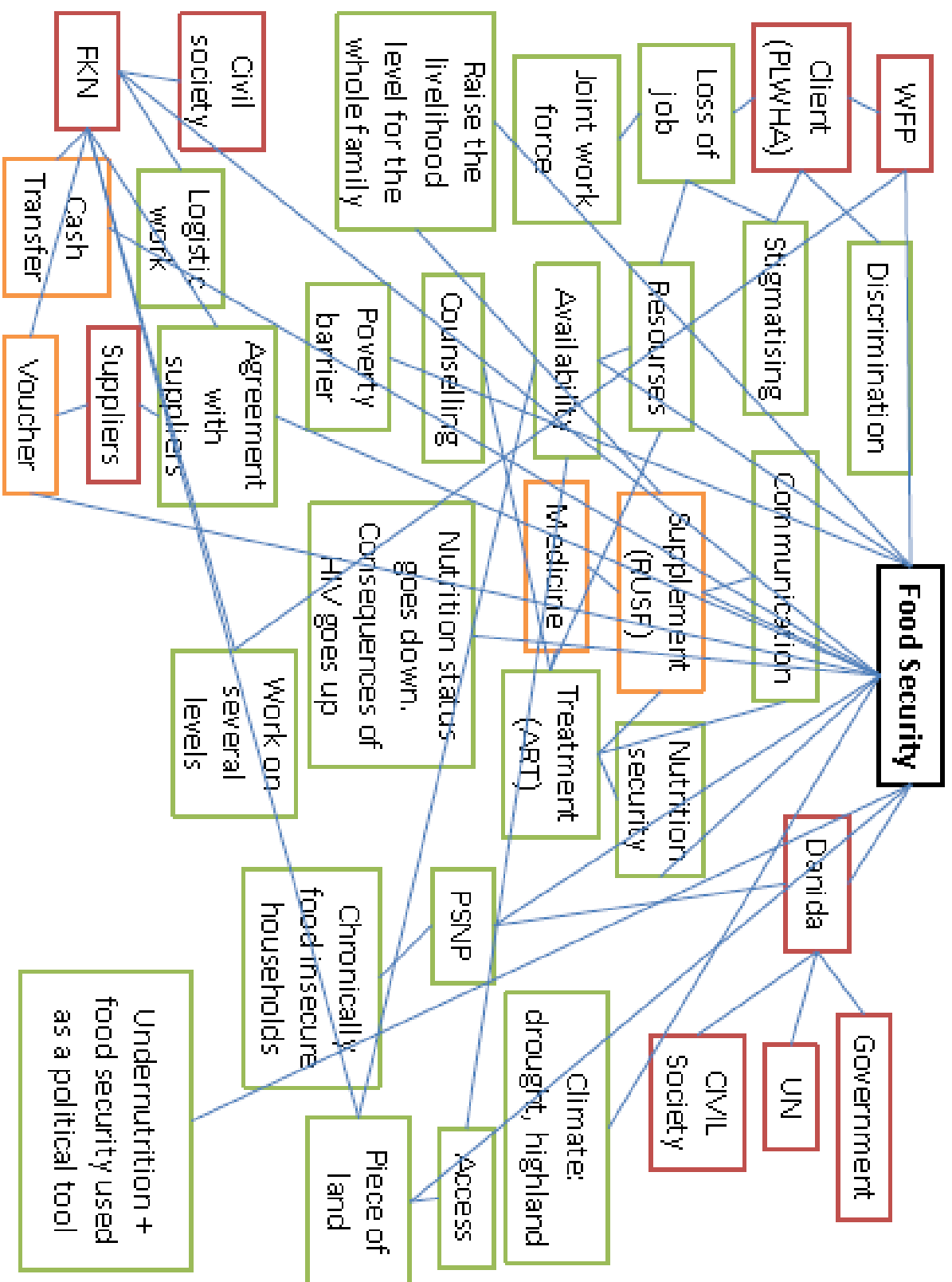


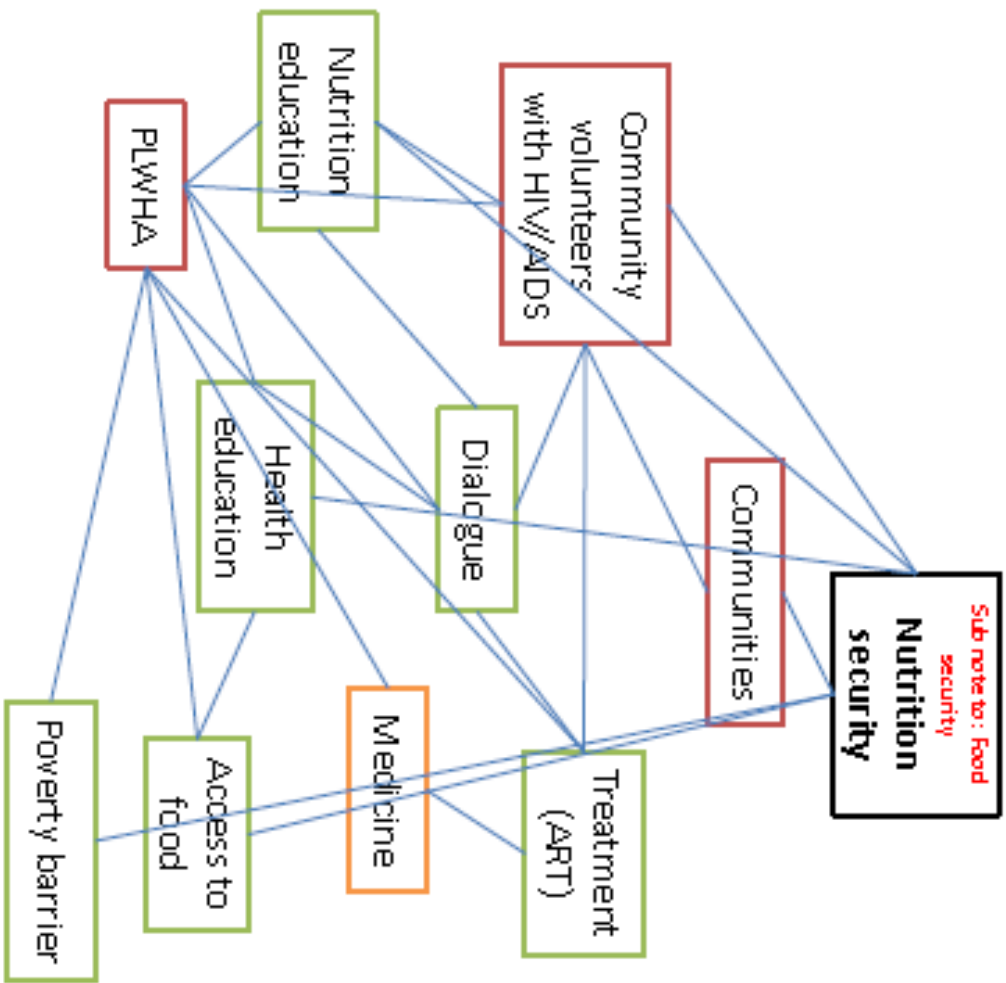


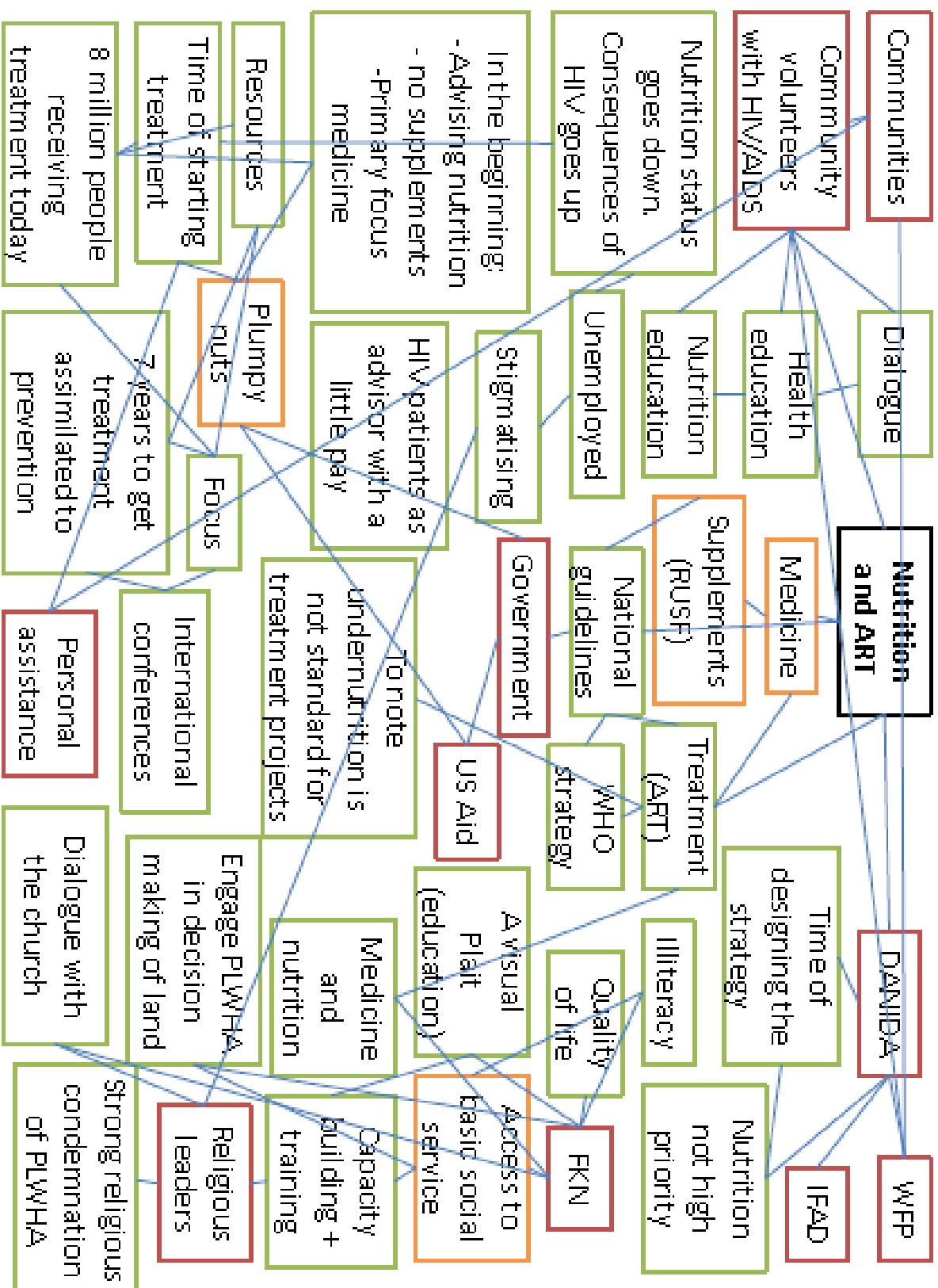


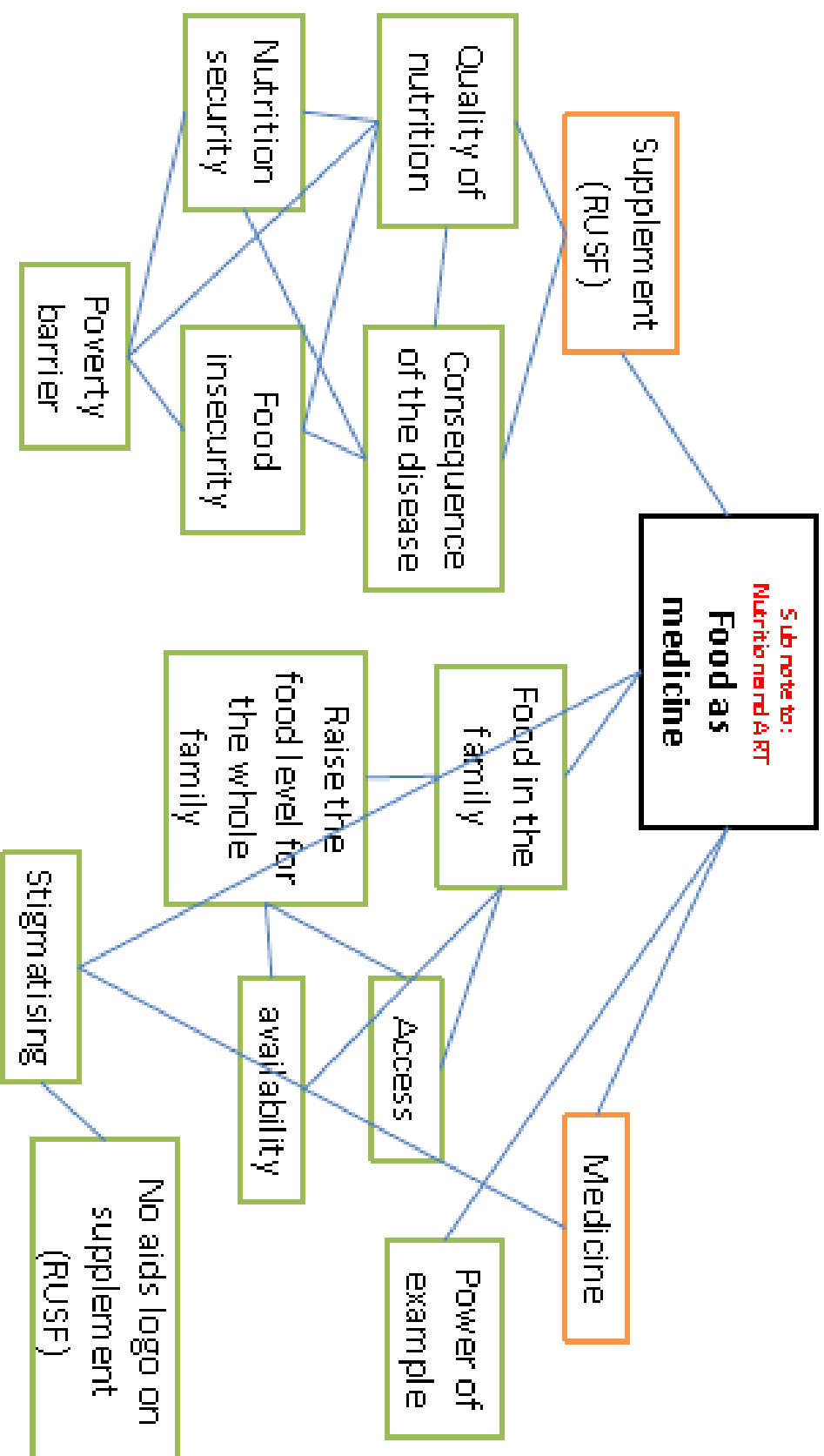


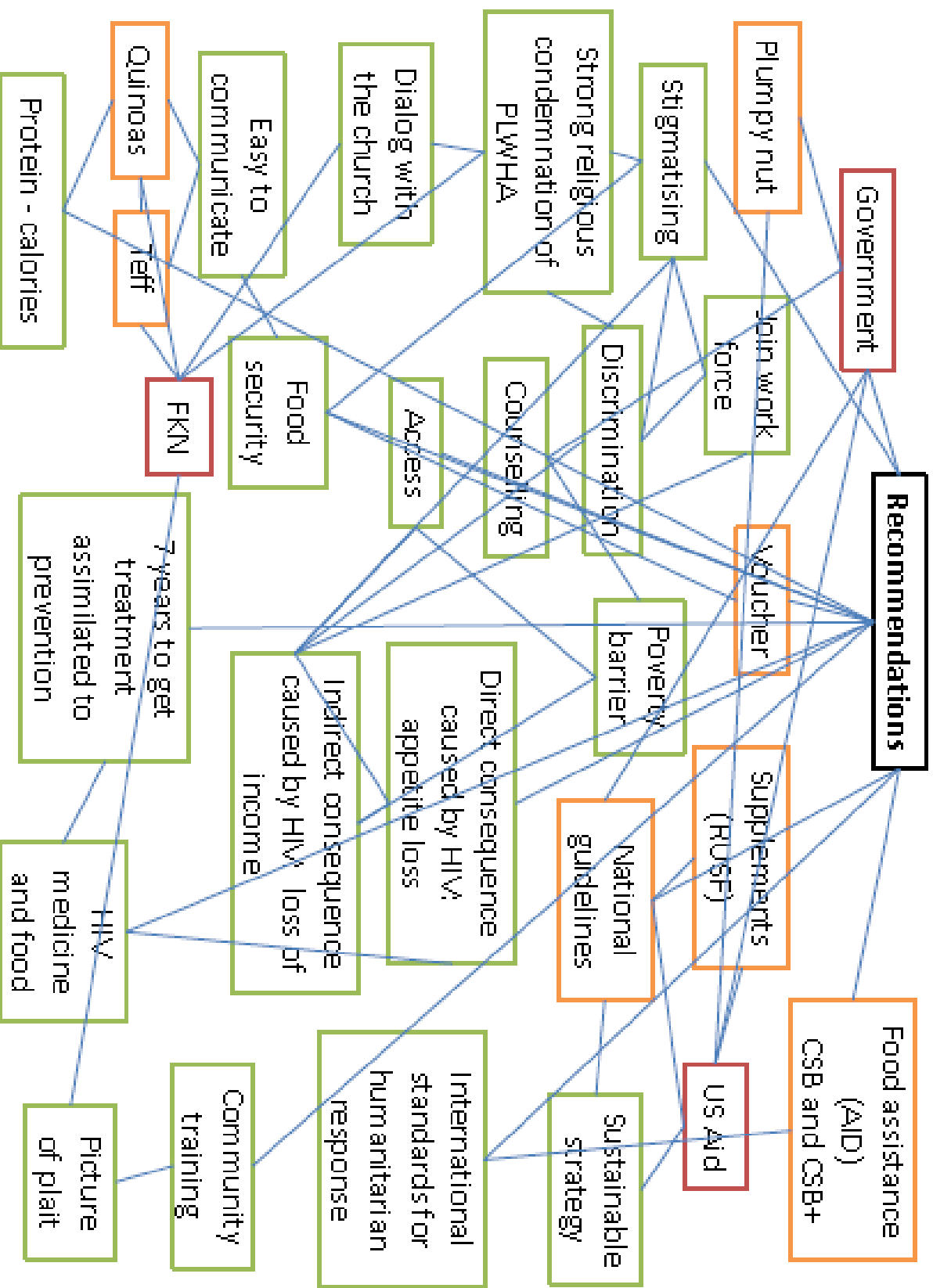


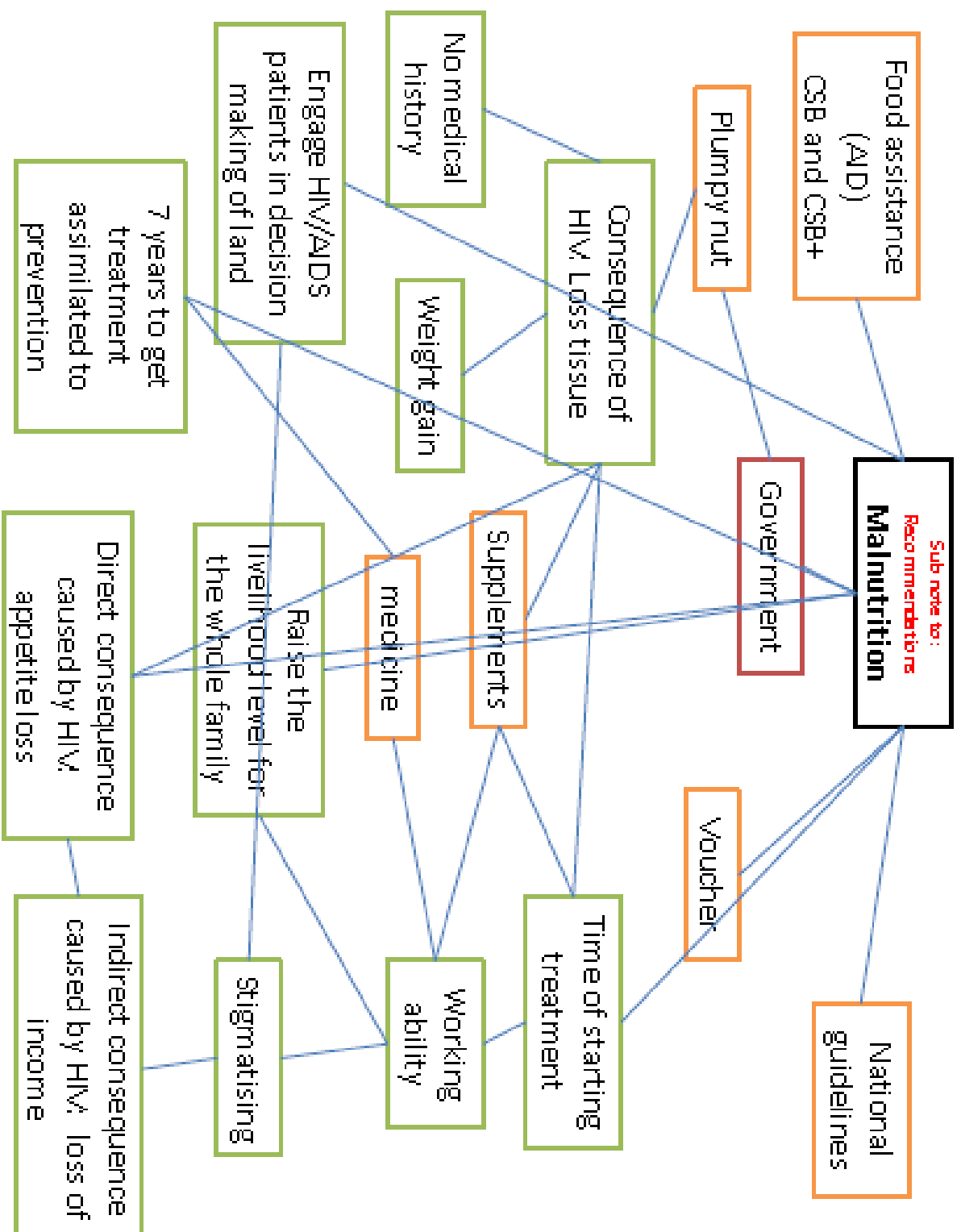


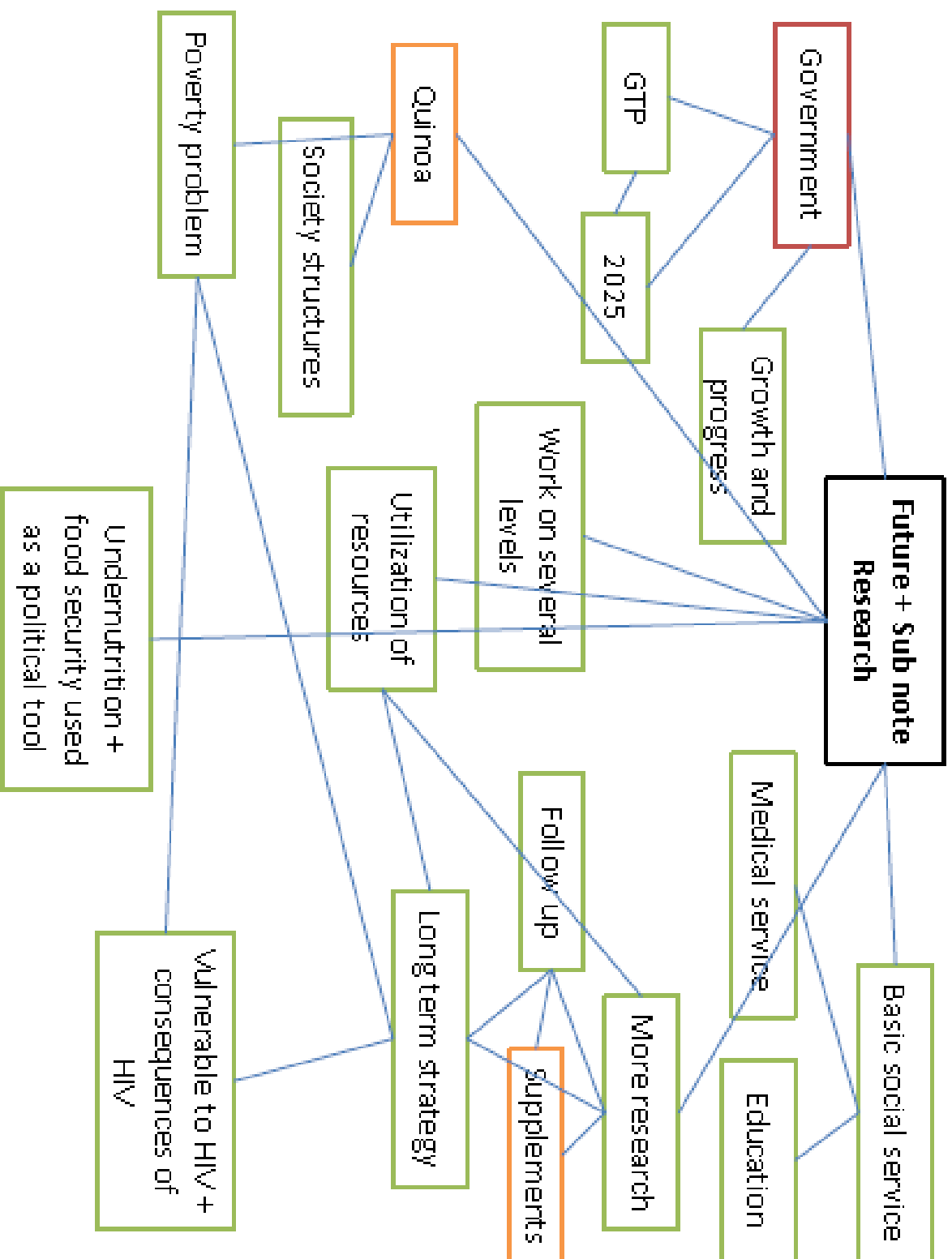


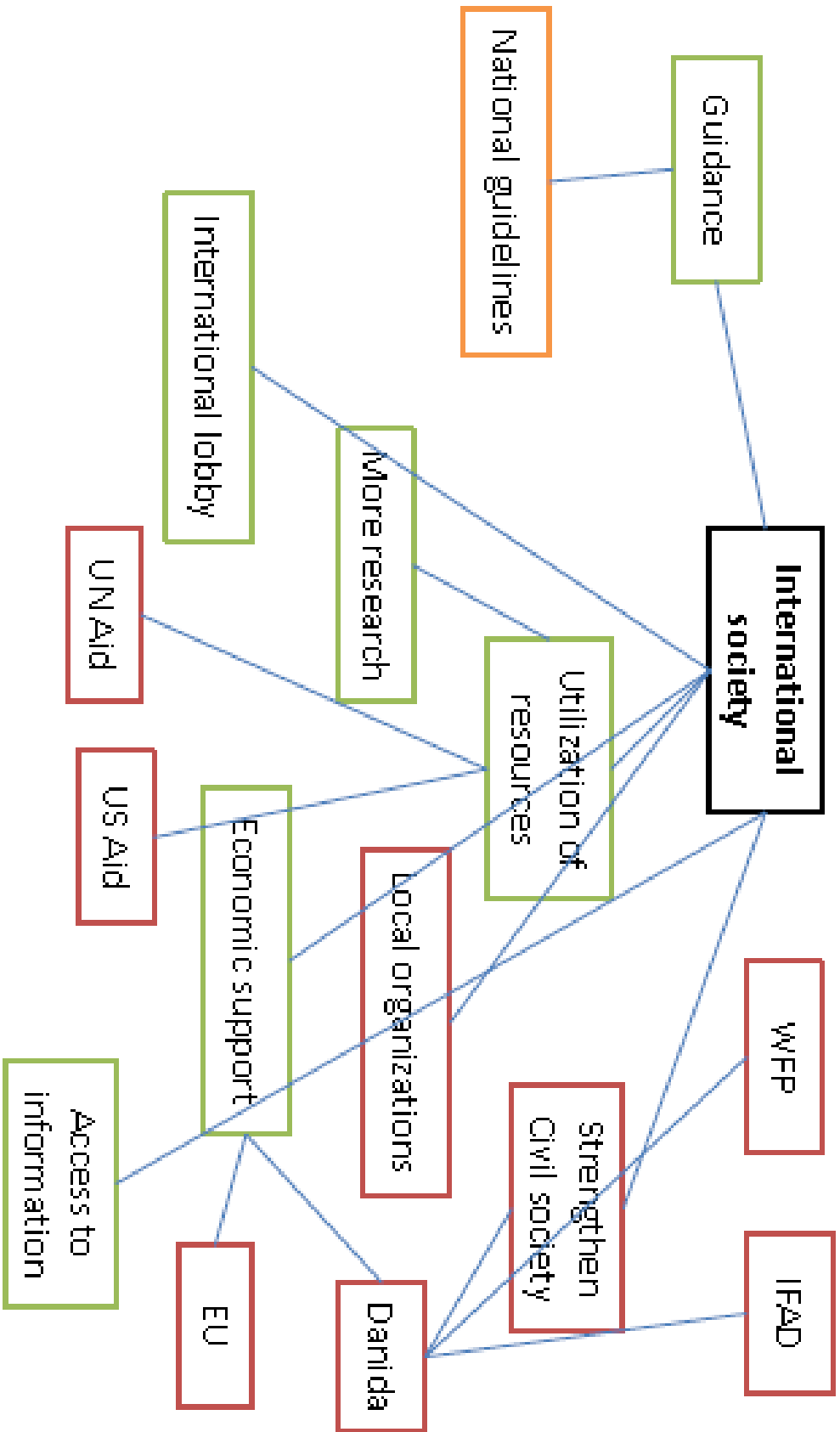












Appendix 5: Notes from NVivo

Culture and HIV/AIDS

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 1 reference coded [5,60% Coverage]

Reference 1 - 5,60% Coverage

7. What are the biggest challenges when doing a food security project in Ethiopia? ☑ Food security projects/interventions in our HIV project is interpreted as enabling PLHIV sustainably address their food and nutrition requirements

☑ In this line the biggest challenge is creating client empowerment to make PLHIV realize that they can join the work force and be productive, engage themselves in economic strengthening initiatives to earn their own living

☑ Stigma and discrimination deters PLHIV from engaging in different jobs as they are preserved as being sick all the time, less productive, transmit the virus etc.

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 5 references coded [9,53% Coverage]

Reference 1 - 1,55% Coverage

(I) Når en patient så er færdig med sådan et forløb og har taget på i vægt, vil de så kunne gå ud og arbejde fuld tid igen, eller vil det kun være deltid at de vil kunne klare at arbejde, når de ligesom har fået bygget kroppen op igen både muskler og..? (M) Altså det er jo meget forskelligt hvordan deres funktionsstatus egentlig er når de kommer ind i programmet. Man kan sige der er jo en del af dem der er sådan nogle der enten er blevet diagnosticeret sent eller af forskellige årsager er kommet sent ind i pro- grammet. Der er også folk der er meget velfungerende og allerede varetager et fuldtids arbejde, så det er bestemt ikke fordi at de fleste sådan er sengeliggende og uarbejds- dygtige. Mange er påvirket af... Altså hvor mange der er arbejdsløse, det er jo både fordi de ikke er i stand til at arbejde, der er jo også enormt meget stigma i det, man finder ud af man har HIV og man bliver fyret fra sit arbejde. Så det er ikke så enkelt at man kan sige at det bare

kommer an på hvor meget muskelstyrke man har, om man er fuldt ar- bejdsdygtig eller ej. Men det er selvfølgelig et vigtigt parameter for ens arbejdsevne at få genetableret den der arbejdsevne. Og mange af dem har i den her kontekst fysisk krævende jobs hvor det er en ret vigtig parameter.

Reference 2 - 1,79% Coverage

(I) Er folk med HIV-aids oftere underernærede end folk uden HIV-aids som bor i fødeva- reusikre områder?

(M) Ja det er de, det er helt sikkert. Og det er der mange årsager til, der er både de direkte årsager – jeg tror jeg har en fin figur. Det der med at underernæring og fødeva- reusikkerhed og HIV det indgår i en ond cirkel, det forstærker hinanden. Det handler bå- de om sådan helt direkte konsekvenser af HIV. Man har ligesom identificeret den største årsag til at de bliver underernærede det er at man taber appetitten når man er HIV smittet og så har et mindre indtag selvom man måske har adgang til det, men der er også dårlig absorption og et større energibehov og behov for næringsstoffer og præget af infektionen. Så er der også de mere indirekte, det der med at det tit er de yngre voksne der får HIV og det er dem der står for at tjene penge ind til husholdet, så de en- ten ikke er i stand til at arbejde eller bliver fyret fordi der er en stigmatisering mod HIV patienter. Så taber de indtægt og så går det ud over hele husholdet og også deres egen ernæringsstatus. Og ja, så at underernæringen igen kan forværre HIV forløbet som så gør at det bliver sådan lidt en ond cirkel. Man kan sige at i det her område af Etiopien betragtes af WFP som et af de områder som er hårdest ramt af underernæring og føde- varesikkerhed, men de har dårlig fødevaresikkerhed dem der er ramt af HIV på grund af de her ting. Så der er særlig sårbare kan man sige.

Reference 3 - 2,78% Coverage

(I) Så tænkte jeg på, bare lige for at gå tilbage til det med konsekvenser og det med den her kultur med at det kan være sådan lidt tabu og folk kan miste deres job hvis de fortæller de har HIV og sådan. Når der er de her tabu omkring HIV, er det så ikke også svært at overbevise folk, altså hvis

deres familier ikke ved de har HIV, at maden så er en del af deres medicin. Hvordan fortæller de så til familien at det her er min mad, og det er en del af min medicin for at jeg kan have det godt.

37:15

(M) der var mange eksempler på det i mit interview, jeg kan ikke huske hvor meget jeg har skrevet om det. Jeg tror det er nævnt lidt i den artikel der handler om det. Der er også en artikel en anden gruppe har lavet, sådan en opgørelse fra Jimma med hvor mange der egentlig har disclosure, og hvem man egentlig har fortalt det til. Det er enormt stigmatiseret i Etiopien, og måske også mere end i... Der er en anden forskningsgruppe der arbejder i Zambia, der er meget meget højere prævalens af HIV, og det er måske med til at nedbryde noget stigma fordi alle kender nogen, og alle har nogen i deres netværk. Hvor det alligevel er så sjældent i Etiopien, at det er mere fremmed for folk. Så der er mange der ikke engang har fortalt det til deres nærmeste familie. Og det de sagde, det var gerne at de fandt på forskellige historier. De kunne for eksempel sige at det var til et eller andet andet, så kunne man sige at det var til nogle maveproblemer eller et eller andet som ikke er stigmatiseret. Eller bare gemme det så der ikke er nogen der det. Det var lidt sådan at patienterne løste det. Men det er helt sikkert en af de største barrierer vi identificerede når vi så på feasibility hvordan er muligheden for at implementere det, så handlede det meget om – i den her kontekst – at patienterne ikke havde lyst til at tage noget med hjem som har noget at gøre med deres HIV sygdom. Det kunne sagtens være det var anderledes i nogle andre settings hvor de ikke var så bekymrede for det. Det var helt sikkert den største bekymring, så det er noget man virkelig skal tage højde for i sådan nogle programmer at man skal bestemt ikke sætte en eller anden AIDS sløjfe på eller på andre måder. Man skal hjælpe patienten til at det skal være så diskret som muligt.

Reference 4 - 1,39% Coverage

(I) Er der andre problemer der kan være med at arbejde med HIV-aids patienter i Etiopien? Nu tænker jeg på selve deres kultur eller sundhedssystemet der måske ikke fungerer eller klimaet eller området folk ligesom bor i.

(M) Tænker du specifikt på den der målrettede intervention med de der supplement, eller

tænker du sådan bredt med fødevarer....

(I) Jeg tænker sådan generelt når man arbejder med HIV-aids patienter 39:55

(M) altså man kan sige, det vi overvejede med det her supplement, det var hvordan det passer ind. Der er jo en meget stærk madkultur og forskellige praksisser omkring mad, så det var derfor vi lavede det kvalitative studie for at se på, dels om de holdt det for sig selv, eller om det blev en integreret del af husholdets mad, men også accepten i det hele taget. Om det er noget folk har lyst til at spise, eller om de synes det er væmmeligt. Og det handler også om sådan noget som faste for eksempel, både kulturelle og religiøse praksis omkring mad, hvem man deler med og hvad man spiser hvornår. I Etiopien er der en del der er muslimer og har deres regler omkring ramadan, og så er der er etio-

Reference 5 - 2,02% Coverage

pisk ortodoks kristne, som er noget med at man har en masse faste dage, for eksempel fast hver onsdag og fredag og så er der nogle perioder op til for eksempel påske afhængig af hvor ortodoks man er, så kan det være næsten halvdelen af året man faster. At faste betyder ikke at man ikke spiser noget, men det betyder at man først spiser efter klokken et eller andet, og så spiser man ingen animalske produkter. Og vi sammenlignede et supplement der havde sojaprotein med et supplement der havde valleprotein fra mælkeproduktion, så det var vi inden tiden bekymrede for om det kunne være en barriere for om folk så sagde at så vil jeg ikke tage det onsdag og fredag. Det som det var det helt overordnede billede det var at de der regler de blev ligesom tilsidesat når man er patient. Så er der nogle hensyn der går forud, og det er også det som kirken eller moskeen – uanset hvilken religion – de bliver støttet i, altså at tage sig af deres behandling for deres sygdom, og så er det acceptabelt inden for rammerne af religionen. Og på samme måde er det også til en vis grad med de andre kulturelle praksisser, altså at det er i orden ikke at dele det med ens sultne børn fordi det er en del af ens behandling. Og det vil man nok ikke på samme måde se hvis man kigger lidt bredere på, nu giver vi en eller anden food basket hvor der er mel og olie og æg og sådan noget, fordi du har HIV. Der er det nok urealistisk at sige at så skal børnene sidde der og være sultne mens du spiser det. Der handler det nok i højere grad om at forbedre

fødevarer sikkerheden for hele husholdet hvis det skal være realistisk. - pause, der ledes efter næste spørgsmål

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 10 references coded [20,86% Coverage]

Reference 1 - 4,54% Coverage

(I) Mit første spørgsmål – fordi det kunne jeg ikke lige se ud af jeres hjemmeside – om I også deler fødevarerhjælp ud til folk?

02:27

(F) Altså det gør vi jo ikke direkte, for vi er jo en organisation der udelukkende arbejder gennem partner organisationer, og det vil sige vi har nogle samarbejdsaftaler med lokale organisationer, og det gør vi fordi vi går ud fra at de der organisationer har en bedre lokal forankring og kendskab til det lokale, men også for at opbygge civilsamfundet i andre lande og støtte at de får deres eget civilsamfund, for det er jo sådan set det der er svagheden i rigtig mange af de fattigere lande. Så derfor arbejder vi altid sammen med lokale organisationer, og det vil sige det er dem der gennemfører projekterne som vi finansierer, sådan i det store og hele. Og tit omkring katastrofearbejdet der indgår vi tit i sådan nogen alliancer med nogle af vores søster-donor-organisationer, altså Norwegian Church Aid, eller Christian Aid eller ICCO i Holland, og laver sådan en samlet indsats hvor vi komplimenterer hinanden. Og typisk har vi nogenlunde de samme partnerorganisationer i de forskellige lande. Så på den måde deler vi ikke mad ud på den måde, fordi det handler også rigtig meget om, at når folk er i en katastrofesituation, jeg går ud fra at det er i en katastrofesituation du mener? (I) Ja. (F) der er det rigtig vigtigt at man er sikker på at det mad folk får er kulturelt acceptabelt, at de overhovedet vil spise det og at det opfylder alle mulige ernæringskriterier, og det er også rigtig vigtigt at i stedet for at tage majs fra USA og bruge klima og energi og alt sådan noget på at få det fragtet til Etiopien, at man så styrker det lokale marked ved at købe lokale fødevarer. Så på den måde er det jo ikke sådan noget med at vi står og pakker mad her og sender i en container til Etiopien. Vi samarbejder med de lokale organisationer og hjælper dem med at organisere fødevarerhjælp. Og det foregår simpelthen i henhold til denne her bilag-agtige ting, som jeg desværre ikke kan give dig, for vi har ikke så mange af dem. Men det er

et internationalt anerkendt minimums standard for humanitær respons, altså for katastrofehjælp. Og i den er det simpelthen specificeret omkring ernæringskrav, hygiejne, sanitet, målgrupper, vandstandarder, hvor meget vand skal man have og alt sådan noget. Så det er simpelthen den humanitære verden der er gået sammen, jeg tror de første standarder kom i 2004, og dem skal man simpelthen holde sig til. Det er internationale anerkendte standarder omkring vand, fødevarer sikkerhed, ernæring, shelter settlement and non-food items, health actions, trust cutting teams – det er børn og gamle og handicappede og køn, kvinder – xxx social issues, og så er der simpelthen nogen standarder omkring uddannelse, life stock. Og det er simpelthen sådan nogen standarder som de organisationer vi samarbejder med skal overholde.

04:01

Og der laver man jo, i forhold til – i nogen tilfælde kan man jo være nødt til at sammen sætte nogen pakker, familiepakker, til folk, og der er det så rigtigt, der har man så nogen tabeller for hvad indeholder forskellige typer mad af kalorier, proteiner og mikro ernæringsstoffer og alt sådan noget, og så skal man kombinere det i forhold til hvad der er muligt at få lokalt. Så det er simpelthen sådan vi gør det, vi har ikke selv den store logistik operation herhjemme. Det styrker også den lokale økonomi rigtig meget, for så pludselig kommer der i et område hvor tingene måske er blevet fuldstændig afbrudt og ødelagt, så hjælper man med til at etablere nogle af de der markedsstrukturer og sociale relationer der opstår omkring det at man køber mad og bytter ting og sådan noget. Så

Reference 2 - 1,02% Coverage

på den måde kan man sige ”ja det gør vi”, men ikke direkte. Det er nok det korte svar. Og det er også rigtig vigtigt at, sådan noget det foregår jo altid i en kontekst, og det vil sige vi samarbejder og planlægger altid i samarbejde med de lokale, the government – staten, for at være sikker på at vi ikke spiller ind i... Der er også nogle principper der hedder ”do no harm”, altså at man ikke kommer til at spille ind i en politisk konflikt ved for eksempel at give til nogen som så viser sig at være dem der massakrerer de andre, man skal ligesom ha en eller anden fornemmelse af konteksten og samarbejde med de lokale statsstrukturer, hvad der nu er.

05:44 06:00 06:13

For der er jo altid noget, det er jo ikke sådan at man kommer ned i sådan et tomrum og så skal vi ordne det hele. Så det er altid i den sammenhæng at man gør det

Reference 3 - 2,07% Coverage

(I) De ulemper jeg har læst ved Cash transfer, der er at nogen gange går pengene til mændene, og så går de ikke så meget til børn og kvinder, og så får de ligesom brugt det på sprut eller andre ting. Er det noget I oplever som et problem?

(F) Altså det kommer meget an på den kontekst det er i, og du kan også med Cash Transfer sikre at, for det første kan man jo bruge voucher metoden så er du lidt ude over det der, men man kan sige, at den type prioritering finder jo sted alle vegne, det ser man jo også her, at fatter køber en fladskærm og mor synes måske at vi skulle ha købt et nyt køkken. Så det er selvfølgelig en del af det, og der er grænser for hvor meget man ligesom kan sige at "nu skal du gøre det", men det handler meget om på det langsigtede at arbejde med nogle af de der kønsforståelser, og forståelser for hvordan og hvorledes. Rigtig mange mænd er jo lidt trætte af, at mænd altid får skudt i skoene at det er kvinderne der skal have mikro finanser, det er kvinder der skal have de her penge fordi mændene opfører sig uansvarligt, det er der jo nogen mænd der gør, men der er også rigtig mange mænd der gerne vil sørge for at deres børn kommer i skole. Så det er jo noget man selvfølgelig skal være opmærksom på hvis det foregår, og så må man ligesom tackle det hvordan man nu kan. For man kan også skabe større problemer hvis man så giver pengene til kvinderne og så får de bare bank så mændene kan få pengene. Problemet er sådan set ikke om de får Cash eller ej, problemet er kønsrollerne, og det er der man ligesom må lave nogle diskussioner og prøve at facilitere en eller anden dialog omkring om det er okay. Så det er nok mest den måde vi tackler det på vil jeg sige.

Reference 4 - 0,52% Coverage

(I) Men hvor meget uddannelses arbejde i ernæring og sundhed laver I i Etiopien? (F) Faktisk så

arbejder vi slet ikke med uddannelse. Altså ikke hvis man sådan skal forstå uddannelse som det formelle uddannelses system, men vi arbejder meget med kapacitetsopbygning og træning, vi arbejder ikke med skoler og lærerplanudvikling og universiteter. Vi arbejder med community training gennem vores partnere, og også direkte

Reference 5 - 3,54% Coverage

nogen gange selv. Og sundhed er sådan set ikke et fokus vi har. Vi har ligesom valgt access to basic social services og så arbejder vi med HIV-aids og reproduktive rettigheder. Så det er ligesom den niche vi arbejder i, så man kan sige at vi arbejder ikke med sundhed og uddannelse, men selvfølgelig laver vi en masse kapacitetsopbygning og træning og oplysningsarbejde omkring HIV-aids. Og det hænger også rigtig tæt sammen med ernæring, som du jo ved. Så det er lidt forskelligt i forhold til konteksten, men selvfølgelig når vi snakker om HIV smittedes og HIV påvirkedes livsvilkår og livskvalitet og alt sådan noget, så snakker vi også ernæring, på alle mulige måder. For mange af de mennesker her kan jo ikke læse og skrive, eller har ikke en basal forståelse for hvordan kroppen virker. Så man skal ligesom finde nogle kommunikationsmuligheder som de kan forstå. For eksempel i Malawi har de lavet sådan en meget smart ting hvor de har lavet sådan en tallerken og så er den delt op i 3, og så er der kulhydrater, xxxsima som er det de spiser, og så er der noget grønt og så er der noget bønner eller jordnødder eller protein. Og det er ligesom det man prøver at vise folk, at man skal have alle de 3 dele. Og sådan er der forskellige modeller og måder at kommunikere på, men selvfølgelig er det noget vi snakker om, at god ernæring er fuldstændig grundlæggende også for at HIV medicinen virker. For HIV medicinen, behandlingen, er blevet ret udbredt mange steder i Etiopien, men den dur ikke hvis ikke du får noget ordentlig at spise. Og derfor ligger mange af vores HIV aktiviteter også tæt op af fødevarerprojekterne, fordi der er den sammenhæng.

17:14 18:37

(F) Men noget af det vi arbejder endnu mere med i forhold til HIV-aids, det er hele det der problem omkring stigmatisering og eksklusion, fordi det er noget af det der også kommer til at påvirke folks fødevarerituation, hvis de pludselig bliver ekskluderet og de får ikke lov at gå i

marken og de får ikke lov at være med til noget som helst eller tage nogen beslutninger om noget. Så det er noget vi arbejder rigtig meget med, og der har vi sådan en lidt speciel rolle fordi at det tit, i mange afrikanske lande især, er der en meget stærk religiøs fordømmelse af HIV smittede og et meget moralsk korstog, Uganda er jo et frygteligt eksempel. Hvor vores rolle meget er at gå i dialog med kirken, og så lytter de lidt mere til os fordi vi har den der kirkelige forankring, og derfor kan vi nogen gange rykke nogen af de der meget konservative kirkeledere til at skrue ned for retorikken over for HIV smittede for eksempel, og også få nogen af dem til at gå ind og arbejde for, på en anden måde med HIV smittede og acceptere dem og integrere dem. Så det er meget den del af det vi arbejder med også. Ikke så meget nødvendigvis den der fysiske ernæring og medicin del, men mere med hele den der sociale stigmatisering.

Reference 6 - 1,77% Coverage

(I) Jeg tænker mere, hvordan får en HIV smittet ligesom sagt til sin familie og omgangskreds at mad er en del af min medicin. Hvis det ikke er velset at man har HIV og man kan ende med at blive ekskluderet hvis de finder ud af at man har det. Og børn kommer vel også først når man skal have mad.

19:07

(F) Det er jo meget meget forskelligt, fordi i nogle kulturer kommer børn sidst. Det er meget kontekst specifikt. Det typiske mønster er nok at far spiser først, så spiser drengebørn og så spiser pigebørn og så spiser mor. Og så får hønsene resten hvis der er noget. Altså det er sådan typisk, men det er meget forskelligt. Der er også nogle kulturer hvor man prioriterer børnene eller gravide kvinder eller kvinder i den fødedygtige alder, det er meget kontekst afhængigt. Jeg kommer lige i tanke om en episode fra Etiopien hvor vi var på feltbesøg, og så stopper vi et sted for at få noget at drikke, og så besøgte vi samtidig en kvinde i en lille butik, det var i et projektområde, hun sad og solgte sukerrør. Og hun fortalte at hun var en del af vore HIV-aids projekt fordi hun var HIV smittet. Jeg gik hen og snakkede med hende, og så gav jeg hende et knus, og det snakkede de simpelthen så meget om, fordi den der signalværdi, dels at den hvide besøgende fra donoren gav hende et knus og turde røre ved hende og anderkendte hende, det var

virkelig sådan "hold da op!" Det synes de bare var sådan en signalværdi. Og det er ligesom

Reference 7 - 1,17% Coverage

den måde vi prøver at arbejde med folk på, det der med at vise at man skal ikke stigmatisere folk, og det er jo også for en i Danmark svært at sige til folk "jeg er altså HIV smittet", og man kan vælge at lade være. Og der kan man sige, nu med så stor dækning af behandling så er det jo blevet langt nemmere fordi du kan blive behandlet, du kan holde det skjult, hvis det er det du vil, længere, men det har jo også bare betydet ekstremt meget for folks vilje eller evne til at turde sige det. For før i tiden, hvis du sagde det, eller fik diagnosen, så var det ensbetydende med at du skulle dø. Og det er der ikke nogen der har lyst til at være involveret i. Men nu kan du jo sige "jeg er HIV smittet, og har ligeså god forventet levealder som alle mulige andre". Og det gør simpelthen at det er meget nemmere at få diagnosen, og det er meget nemmere at sige det til folk. Og det er meget nemmere for folk at acceptere. Så det gør virkelig en kæmpe forskel.

Reference 8 - 1,38% Coverage

(I) Tror du det er muligt, i et land som Etiopien, at lave sådan nogle fødevarerikkerheds projekter for folk med HIV-aids?

(F) Jamen det gør vi. Det er jo en del af det der med at vi arbejder med nogle landbrugsprojekter, men også i forhold til at sikre at folk, også de HIV smittede, er med i de der små lokale udviklingskomiteer, byråd og sådan der findes i Etiopien, hvor der bliver taget beslutninger omkring hvem der har adgang til hvilke marker, og kan vi sikre os at vi får nogle podede æbletræer fra den der forskningsstation og hvad de ellers har af planer og ønsker i det område. At de behov som HIV smittede har også er taget i betragtning i de der diskussioner, og de er med i beslutningsprocesserne. Så det kan man sige. Og før i tiden, da der ikke var behandling, så var man jo typisk udfordret af, at folk mistede deres arbejdskraft meget hurtigt og blev meget svækkede og derfor ikke kunne gå i marken. Men med HIV medicin er det problem jo faktisk ikke så stort mere. Men det var jo selvfølgelig noget man måtte forholde sig til, og så se om man kunne

få andre til at hjælpe sig med de praktiske ting.

Reference 9 - 4,22% Coverage

(I) Ud over de projekter vi lige har snakket om, er der så andre projekter som Folkekir- kens Nødhjælp gør brug af til at støtte HIV-aids patienter i Etiopien til at få adgang til basale ting, basale behov, fødevarer?

(F) Altså ikke så meget ud over hvad jeg har fortalt, både i forhold til produktion, men de arbejder også meget med for eksempel nogle af de religiøse ledere der har stor magt ude lokalt, og det interessante er jo tit, at hvis man diskuterer og griber det an på den rigtige måde, så kan lige præcis sådan nogle gamle religiøse mænd blive sådan nogen change agents, fordi de er jo ikke dumme, og de kan godt forstå at det ikke er hen- sigtsmæssigt hvis alle deres undersætter dør af HIV. Og der har vi set nogle gange at nogle af de ældre religiøse ledere, om det er muslimer eller kristne eller hvad de er, kan være nogen af dem der går i front med for eksempel at forbyde – eller det er jo sådan set forbudt, men så at praktisere at man holder op med kvindelig omskæring, eller man holder op med at gifte døtre bort når de er 12 år gamle og de får deres første barn når de er 13. Og hvis man på den måde arbejder med noget holdningsbearbejdning så kan det være svært som individ at sige ”jamen min datter hun skal ikke giftes” fordi alle de andre døtre de bliver gift, og så er der ikke nogen mand til din datter når du selv synes hun er klart til at blive gift. Men hvis hele dit community bestemmer, at fra nu af, der bliver det sådan. Så kan du gøre det. Jeg var engang på besøg i en landsby hvor de ikke havde besluttet sig til at holde op med at omskære, og der var det heldigvis sådan at de kvinder der foretog omskæringen, det var ikke noget de tjente på, så det var ikke sådan at man skulle finde på en anden måde hvor de kunne tjene penge på. Men der havde de simpelthen gravet et stort hul, og det var foranlediget af ham den gamle nisse der sad ovre i hjørnet. Og så havde de gravet et hul i jorden og smidt alle deres omskærings halløjsa ned i, bum. Og dækket det til, og så havde de ligesom besluttet, at nu er det slut fra nu af. Jeg ved ikke om det rent faktisk har fungeret eller hvordan og hvorledes, men det var i hvert fald noget der virkede som om det kunne du. For så gjaldt det altså alle pigerne i det område. Og det vil sige, når de skulle giftes, så kunne mændene vælge mellem A, B og C, og ingen af dem er omskåret.

41:03 41:12

41:32 (F) Så det er noget med at arbejde med holdninger også.

(I) Så faktisk nogle af de der religiøse ledere eller medicin mænd eller hvad de nu hed- der, nogle af dem anerkender sygdommen HIV-aids. Anderkender de så også at de ikke selv kan, med deres egen naturmedicin, kan gøre noget for de her patienter? (F) Naturmedicin i Afrika er jo lidt ligesom naturmedicin i Danmark, at hvis du kan score kassen, så betyder det måske ikke hvad der egentlig er af evidens og måske ved du godt selv inderst inde, at slikke på et birketræ, det helbreder dig måske ikke for kræft, men hvis du kan få nogen til at betale 1000 kr. for at du fortæller dem det, så er det fedt nok ikke. Det tror jeg det er sådan meget det samme. Der er jo forretningsmænd blandt dem ligeså vel som der er blandt alle mulige forretnings healere herhjemme. Så det er et spørgsmål om at give folk mulighed for at forstå, at se og erfare at måske så hjælper det mere at tage den her tablet end at gøre alle de der ting som medicinmanden tjener penge på. Så det er også noget med at arbejde lidt med de der holdninger.

Reference 10 - 0,64% Coverage

(I) Så hvis man rent faktisk kunne overbevise medicinmanden om at mad også er en del af medicinen for HIV-aids patienter, så ville det faktisk give dem mange fordele? (F) Ja, jeg tror det er bedre, eller det er i hvert fald vigtigt også at fortælle folk selv om det. Og der er det jo eksemplets magt, det er jo altid godt. Altså hvis man kan vise at de mennesker som så lytter til sådan noget ernæringsvejledning, at det er dem hvis børn overlever frem for de andre. Men det tager jo lang tid at ændre den slags holdninger.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 3 references coded [13,03% Coverage]

Reference 1 - 4,69% Coverage

(I) Hvilke problemer løb du så ind i når man skulle rådgive patienterne? Forstår de vigtigheden af både at tage medicin og når man rådgiver om ernæring. Forstår de så vigtigheden af at få en

ordentlig ernæring?

(S) Det synes jeg. Altså den måde vi greb det an på var, at for at man kunne komme i behandling skulle man komme med en treatment assistent, det vil sige det skulle være ens personlige hjemmehjælper, det kunne også være ens mor eller mand eller nabo eller... Altså ens personlige hjemmehjælper der ligesom var med til samtalen, og var med til at sige at det her det er rigtig vigtigt med ernæring og med medicin. Man må ikke miste ens medicin, og ens case bliver også taget op i the community council, så det council ligesom godtog at man nu kom på medicin, fordi det ikke bare var et personligt anliggende, men et community anliggende.

Reference 2 - 6,74% Coverage

(I) Men hvad så hvis der var problemer med at folk ligesom var bange for at afsløre deres HIV status og så kan det jo være svært at sige...

(S) Altså de blev jo ikke afsløret. Det blev fremlagt på det der community council anonymt. Altså 52 årig mand med det og det, så det var community council der var med til at bestemme. Netop for at kunne løfte det op fra at være den enkeltes problem til at være et samfundsproblem. Man tog det op og gjorde community opmærksom på den store sygdomsbyrde der lå i deres community, og at man også tog det alvorligt, netop for at bryde stigmatiseringen, for at vise at man kan ikke se uden på folk hvem der er syg og hvem der ikke er syg. Derfor lavede vi jo også de T-shirts der hed HIV positiv hvor Nelson Mandela er på. Ikke fordi han var HIV positiv, men det kan man ikke se udenpå. Og derfor kan man sige, ved at tage den på viste man at det kan godt være at man ikke kan se noget udenpå, men det behøver ikke være det der er indvendigt. Så det var for at det ikke kun var den enkelte patients problem med ernæring og medicin, men at det også var familien og den treatment assistent der ligesom stillede sig til rådighed for at hjælpe patienten i tyndt og tykt. Skaffe medicin og sådan

Reference 3 - 1,60% Coverage

(I) Tog man så sådan noget som medicinmænd i landsbyerne med på råd. Har de været taget med

ind over på nogen måde?

(S) Nej, nu snakker jeg jo mest ud fra Sydafrika, men også i Malawi der har man nok undervist dem, men man har ikke tildelt dem nogen medicinsk rolle i den her behandling.

Food Culture

Sub note to: Culture & Culture and HIV/AIDS

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 7 references coded [9,95% Coverage]

Reference 1 - 0,48% Coverage

(I) Ja, jeg tænker. Hvis det er en familie med børn, så vil børnene vel automatisk få først af maden, og så får forældrene hvad der er tilbage. Eller bliver det delt mere ud i små rationer?

(M) Det ved jeg ikke lige om jeg kan svare på hvordan det specifikt er i Etiopien med det, men det er selvfølgelig naturligt at man også deler mad med børnene. Tænker du på når man får noget ekstra mad?

Reference 2 - 0,20% Coverage

(I) Næ, mere hvis en mor nu skal tænke sin mad som medicin, men hvis du kun har en mængde mad og du har syv sultne børn, så er det måske børnene der får mad først, og

Reference 3 - 1,01% Coverage

så er der måske ikke så meget tilbage til hende, til at få den mængde mad hun har brug for, for at opretholde noget livskvalitet.

16:02

(M) Ja, der er fordelene jo ved det supplement at man ser det som en del af ens HIV behandling,

så er der lavet et kvalitativt studie hvor man ligesom hører deres argumenter for om de deler det eller ikke deler det, hvor mange nævner det her med at det jo er noget der er særligt til mig fordi jeg har HIV og derfor har jeg et større behov. Og det kan man måske nok forestille sig at det ikke er den samme tankegang man har om hus- holdsmad, det er jo fair nok at det indgår som en del af familien. Der handler det jo nok om at hæve niveauet for hele familien hvis det skal kunne lade sig gøre. Der er det nok svært at se for sig at man skal reservere mad. Er det det du tænker på?

Reference 4 - 2,06% Coverage

(I) Ja, så de ser maden som en del af deres behandling med at jeg er nødt til at have så meget at spise for ligesom at kunne stå op om morgenen og arbejde.

17:02

(M) En ting er jo at vide hvor meget, en anden er jo at have det tilgængeligt. (I) Lige præcis. I den artikel du snakkede om, der var nemlig også en der sagde at det der pro- dukt, det var simpelthen hvad han fik at spise, og det var det han ligesom så som hele hans mad, og hvordan kommunikerer man så vigtigheden af mad til en person som ikke har adgang til andet mad end det her produkt.

17:46

(M) Ideen med det her, det er jo at det er et supplement, så det er jo meget relevant at se på om det rent faktisk bare går ind og erstatter noget af maden, og interviewene var der eksempler på begge dele, der var også nogen der sagde at hvis der ikke var nok mad om morgenen, så må jeg lade det være til de andre, for jeg har jo det der. Og det er jo også meget naturligt. Men hvis vi sådan har set nærmere på vores kostregistre- ringsdata, vi har jo lavet alt det der registrering af hvad de ellers får at spise, som er svært at få præcist, men i hvert fald så er det godt til at sammenligne de store grupper, så dem der har fået med og dem der har fået uden, og når de der starter på at få sup- plement, om der overhovedet sker en ændring. Det ser ud til at det hovedsageligt bliver brugt til et supplement oveni deres kost, og de ikke bare tager tilsvarende mængde ud af deres anden kost. Men det er jo nok tilbage til ressourcer og fattigdom, mere end vi- den, så man kan sige at god kommunikation er selvfølgelig udgangspunkt, men hvis man ikke

har ressourcerne til at efterleve de gode råd, så nytter det ikke.

Reference 5 - 2,78% Coverage

(I) Så tænkte jeg på, bare lige for at gå tilbage til det med konsekvenser og det med den her kultur med at det kan være sådan lidt tabu og folk kan miste deres job hvis de fortæller de har HIV og sådan. Når der er de her tabu omkring HIV, er det så ikke også svært at overbevise folk, altså hvis deres familier ikke ved de har HIV, at maden så er en del af deres medicin. Hvordan fortæller de så til familien at det her er min mad, og det er en del af min medicin for at jeg kan have det godt.

37:15

(M) der var mange eksempler på det i mit interview, jeg kan ikke huske hvor meget jeg har skrevet om det. Jeg tror det er nævnt lidt i den artikel der handler om det. Der er også en artikel en anden gruppe har lavet, sådan en opgørelse fra Jimma med hvor mange der egentlig har disclosure, og hvem man egentlig har fortalt det til. Det er enormt stigmatiseret i Etiopien, og måske også mere end i... Der er en anden forskningsgruppe der arbejder i Zambia, der er meget meget højere prævalens af HIV, og det er måske med til at nedbryde noget stigma fordi alle kender nogen, og alle har nogen i deres netværk. Hvor det alligevel er så sjældent i Etiopien, at det er mere fremmed for folk. Så der er mange der ikke engang har fortalt det til deres nærmeste familie. Og det de sagde, det var gerne at de fandt på forskellige historier. De kunne for eksempel sige at det var til et eller andet andet, så kunne man sige at det var til nogle maveproblemer eller et eller andet som ikke er stigmatiseret. Eller bare gemme det så der ikke er nogen der det. Det var lidt sådan at patienterne løste det. Men det er helt sikkert en af de største barrierer vi identificerede når vi så på feasibility hvordan er muligheden for at implementere det, så handlede det meget om – i den her kontekst – at patienterne ikke havde lyst til at tage noget med hjem som har noget at gøre med deres HIV sygdom. Det kunne sagtens være det var anderledes i nogle andre settings hvor de ikke var så bekymrede for det. Det var helt sikkert den største bekymring, så det er noget man virkelig skal tage højde for i sådan nogle programmer at man skal bestemt ikke sætte en eller anden AIDS sløjfe på eller på andre måder. Man skal hjælpe patienten til at det skal være så diskret som muligt.

Reference 6 - 1,39% Coverage

(I) Er der andre problemer der kan være med at arbejde med HIV-aids patienter i Etiopien? Nu tænker jeg på selve deres kultur eller sundhedssystemet der måske ikke fungerer eller klimaet eller området folk ligesom bor i.

(M) Tænker du specifikt på den der målrettede intervention med de der supplementer, eller tænker du sådan bredt med fødevarer....

(I) Jeg tænker sådan generelt når man arbejder med HIV-aids patienter 39:55

(M) altså man kan sige, det vi overvejede med det her supplement, det var hvordan det passer ind. Der er jo en meget stærk madkultur og forskellige praksisser omkring mad, så det var derfor vi lavede det kvalitative studie for at se på, dels om de holdt det for sig selv, eller om det blev en integreret del af husholdets mad, men også accepten i det hele taget. Om det er noget folk har lyst til at spise, eller om de synes det er væmmeligt. Og det handler også om sådan noget som faste for eksempel, både kulturelle og religiøse praksis omkring mad, hvem man deler med og hvad man spiser hvornår. I Etiopien er der en del der er muslimer og har deres regler omkring ramadan, og så er der er etio-

Reference 7 - 2,02% Coverage

pisk ortodoks kristne, som er noget med at man har en masse faste dage, for eksempel fast hver onsdag og fredag og så er der nogle perioder op til for eksempel påske afhængig af hvor ortodoks man er, så kan det være næsten halvdelen af året man faster. At faste betyder ikke at man ikke spiser noget, men det betyder at man først spiser efter klokken et eller andet, og så spiser man ingen animalske produkter. Og vi sammenlignede et supplement der havde sojaprotein med et supplement der havde valleprotein fra mælkeproduktion, så det var vi inden tiden bekymrede for om det kunne være en barriere for om folk så sagde at så vil jeg ikke tage det onsdag og fredag. Det som det var det helt overordnede billede det var at de der regler de blev ligesom tilsidesat når man er patient. Så er der nogle hensyn der går forud, og det er også det som kirken eller moskeen

– uanset hvilken religion – de bliver støttet i, altså at tage sig af deres behandling for deres sygdom, og så er det acceptabelt inden for rammerne af religionen. Og på samme måde er det også til en vis grad med de andre kulturelle praksisser, altså at det er i orden ikke at dele det med ens sultne børn fordi det er en del af ens behandling. Og det vil man nok ikke på samme måde se hvis man kigger lidt bredere på, nu giver vi en eller anden food basket hvor der er mel og olie og æg og sådan noget, fordi du har HIV. Der er det nok urealistisk at sige at så skal børnene sidde der og være sultne mens du spiser det. Der handler det nok i højere grad om at forbedre fødevarerikigheden for hele husholdet hvis det skal være realistisk. - pause, der ledes efter næste spørgsmål

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 6 references coded [12,91% Coverage]

Reference 1 - 4,54% Coverage

(I) Mit første spørgsmål – fordi det kunne jeg ikke lige se ud af jeres hjemmeside – om I også deler fødevarerhjælp ud til folk?

02:27

(F) Altså det gør vi jo ikke direkte, for vi er jo en organisation der udelukkende arbejder gennem partner organisationer, og det vil sige vi har nogle samarbejdsaftaler med lokale organisationer, og det gør vi fordi vi går ud fra at de der organisationer har en bedre lokal forankring og kendskab til det lokale, men også for at opbygge civilsamfundet i andre lande og støtte at de får deres eget civilsamfund, for det er jo sådan set det der er svagheden i rigtig mange af de fattigere lande. Så derfor arbejder vi altid sammen med lokale organisationer, og det vil sige det er dem der gennemfører projekterne som vi finansierer, sådan i det store og hele. Og tit omkring katastrofearbejdet der indgår vi tit i sådan nogen alliancer med nogle af vores søster-donor-organisationer, altså Norwegian Church Aid, eller Christian Aid eller ICCO i Holland, og laver sådan en samlet indsats hvor vi komplimenterer hinanden. Og typisk har vi nogenlunde de samme partnerorganisationer i de forskellige lande. Så på den måde deler vi ikke mad ud på den måde, fordi det handler også rigtig meget om, at når folk er i en katastrofesituation, jeg går ud fra at det er i en katastrofesituation du mener? (I) Ja. (F) der er det rigtig vigtigt at man er sikker på at det

mad folk får er kulturelt acceptabelt, at de overhovedet vil spise det og at det opfylder alle mulige ernæringskriterier, og det er også rigtig vigtigt at i stedet for at tage majs fra USA og bruge klima og energi og alt sådan noget på at få det fragtet til Etiopien, at man så styrker det lokale marked ved at købe lokale fødevarer. Så på den måde er det jo ikke sådan noget med at vi står og pakker mad her og sender i en container til Etiopien. Vi samarbejder med de lokale organisationer og hjælper dem med at organisere fødevarerhjælp. Og det foregår simpelthen i henhold til denne her bi- bel-agtige ting, som jeg desværre ikke kan give dig, for vi har ikke så mange af dem. Men det er et internationalt anerkendt minimums standard for humanitær respons, altså for katastrofehjælp. Og i den er det simpelthen specificeret omkring ernæringskrav, hy- giejne, sanitet, målgrupper, vandstandarder, hvor meget vand skal man have og alt så- dan noget. Så det er simpelthen den humanitære verden der er gået sammen, jeg tror de første standarder kom i 2004, og dem skal man simpelthen holde sig til. Det er inter- nationale anerkendte standarder omkring vand, fødevarer sikkerhed, ernæring, shelter settlement and non-food items, health actions, trust cutting teams – det er børn og gamle og handicappede og køn, kvinder – xxx social issues, og så er der simpelthen no- gen standarder omkring uddannelse, life stock. Og det er simpelthen sådan nogen stan- darder som de organisationer vi samarbejder med skal overholde.

04:01

Og der laver man jo, i forhold til – i nogen tilfælde kan man jo være nødt til at sammen- sætte nogen pakker, familiepakker, til folk, og der er det så rigtigt, der har man så no- gen tabeller for hvad indeholder forskellige typer mad af kalorier, proteiner og mikro er- næringsstoffer og alt sådan noget, og så skal man kombinere det i forhold til hvad der er muligt at få lokalt. Så det er simpelthen sådan vi gør det, vi har ikke selv den der store logistik operation herhjemme. Det styrker også den lokale økonomi rigtig meget, for så pludselig kommer der i et område hvor tingene måske er blevet fuldstændig afbrudt og ødelagt, så hjælper man med til at etablere nogle af de der markedsstrukturer og sociale relationer der opstår omkring det at man køber mad og bytter ting og sådan noget. Så

Reference 2 - 1,02% Coverage

på den måde kan man sige ”ja det gør vi”, men ikke direkte. Det er nok det korte svar. Og det er også rigtig vigtigt at, sådan noget det foregår jo altid i en kontekst, og det vil sige vi samarbejder og planlægger altid i samarbejde med de lokale, the government – staten, for at være sikker på at vi ikke spiller ind i... Der er også nogle principper der hedder ”do no harm”, altså at man ikke kommer til at spille ind i en politisk konflikt ved for eksempel at give til nogen som så viser sig at være dem der massakrerer de andre, man skal ligesom ha en eller anden fornemmelse af konteksten og samarbejde med de lokale statsstrukturer, hvad der nu er.

05:44 06:00 06:13

For der er jo altid noget, det er jo ikke sådan at man kommer ned i sådan et tomrum og så skal vi ordne det hele. Så det er altid i den sammenhæng at man gør det

Reference 3 - 1,77% Coverage

(I) Jeg tænker mere, hvordan får en HIV smittet ligesom sagt til sin familie og om- gangskreds at mad er en del af min medicin. Hvis det ikke er velset at man har HIV og man kan ende med at blive ekskluderet hvis de finder ud af at man har det. Og børn kommer vel også først når man skal have mad.

19:07

(F) Det er jo meget meget forskelligt, fordi i nogle kulturer kommer børn sidst. Det er meget kontekst specifikt. Det typiske mønster er nok at far spiser først, så spiser dren- gebørn og så spiser pigebørn og så spiser mor. Og så får hønsene resten hvis der er no- get. Altså det er sådan typisk, men det er meget forskelligt. Der er også nogle kulturer hvor man prioriterer børnene eller gravide kvinder eller kvinder i den fødedygtige alder, det er meget kontekst afhængigt. Jeg kommer lige i tanke om en episode fra Etiopien hvor vi var på feltbesøg, og så stopper vi et sted for at få noget at drikke, og så besøgte vi samtidig en kvinde i en lille butik, det var i et projektområde, hun sad og solgte suk- kerrør. Og hun fortalte at hun var en del af vore HIV-aids projekt fordi hun var HIV smit- tet. Jeg gik hen og snakkede med hende, og så gav jeg hende et knus, og det snakkede de simpelthen så meget om, fordi den der signalværdi, dels at den hvide

besøgende fra donoren gav hende et knus og turde røre ved hende og anderkendte hende, det var virkelig sådan "hold da op!" Det synes de bare var sådan en signalværdi. Og det er ligesom

Reference 4 - 1,17% Coverage

den måde vi prøver at arbejde med folk på, det der med at vise at man skal ikke stigmatisere folk, og det er jo også for en i Danmark svært at sige til folk "jeg er altså HIV smittet", og man kan vælge at lade være. Og der kan man sige, nu med så stor dækning af behandling så er det jo blevet langt nemmere fordi du kan blive behandlet, du kan holde det skjult, hvis det er det du vil, længere, men det har jo også bare betydet ekstremt meget for folks vilje eller evne til at turde sige det. For før i tiden, hvis du sagde det, eller fik diagnosen, så var det ensbetydende med at du skulle dø. Og det er der ikke nogen der har lyst til at være involveret i. Men nu kan du jo sige "jeg er HIV smittet, og har ligeså god forventet levealder som alle mulige andre". Og det gør simpelthen at det er meget nemmere at få diagnosen, og det er meget nemmere at sige det til folk. Og det er meget nemmere for folk at acceptere. Så det gør virkelig en kæmpe forskel.

Reference 5 - 3,97% Coverage

(F) Så kan jeg se du har et spørgsmål om quinoa, det er jo mit hjertebarn (I) Ja, jeg kom ind på det i jeres lille video, og tænkte det ser spændende ud. Det med at I prøver at dyrke quinoa i Etiopien som noget helt nyt. Det synes jeg jo er lidt sjovt, også fordi quinoa er jo ikke typisk afrikansk.

25:19 25:25 25:31

25:40

(F) Nej, det kommer jo fra mellem Amerika. Men inden jeg fortæller om alle quinoas værdier, så er det også vigtigt at sige at det er sådan en ting der er nem at kommunikere, og det er også en ting som jeg tror kan gøre en kæmpe forskel i Etiopien. Men det er jo ikke fordi vi tror på de der tekniske ting, for det er jo ligesom – man kan ikke løse fattigdom med en bestemt afgrøde, eller med at give folk en traktor. Det handler om de samfundsmæssige strukturer der skaber fattigdom,

som man skal arbejde med. Så det er vigtigt at huske at sådan en afgrøde er kun en lille bitte ting i et større billede. Men vi har valgt det dels fordi ernæringsmæssigt har det nogle helt fantastiske kvaliteter i forhold til tilgængeligt protein og kalorier, og det indeholder simpelthen de 4 mikronæringsstoffer som fattige folk normalt mangler. Så på den måde er det en utrolig god afgrøde. Og så er den meget klimavenlig, fordi den kan tåle tørke og den er salttolerant og den kan vokse i høje højder, hvilket er særlig relevant for Etiopien. Og den er let at acceptere for dem, for noget af deres traditionelle afgrøde hedder teff, som har ekstremt små korn, og det vil sige xxxaverant, som også har små korn, quinoa har lidt større korn, men folk er vant til at håndtere de der små frø, så det ligner lidt noget de kender. Så det er ligesom det der har været de fordele der er i det. Og nu arbejder vi jo meget med de aller fattigste, så det er tiltænkt til deres eget forbrug. Fordelen er, for der er også rigtig mange i Etiopien der har får, geder, kameler og køer, at bladene på planten kan også bruges både til menneskeføde, men også til foder, uden at man sådan reducerer produktionen af frø. Så på den måde har det en række virkelig virkelig gode egenskaber. Og så har vi indgået et samarbejde med en professor på Københavns Universitet og en professor i Addis, og så indledt et samarbejde med nogen af vores partnere. Nu har vi faktisk lige, for en 3-4 uger siden, benyttet os af den import tilladelse der er. Der har været en masse bureaukrati omkring frø og certificering og alt det der, men nu har vi fået den første sending til Addis, og de er ved at gå i gang med at så dem, og så har vi en studerende fra Danmark og en studerende fra Addis der er med til at lave forskning på det. Så bliver det prøvet i 3 forskellige områder i første omgang, og så skal vi så se hvordan det går. (I) Meget spændende.

(F) Det er et stort håb at det kan rykke lidt

(I) Jamen det er jo godt hvis det kan rykke noget, også netop på grund af klimaet, tørkeproblemet

(F) Ja, jeg håber virkelig det kan gøre en forskel. Og så er der også noget der er nemt at kommunikere. Det er let for folk at forstå. Vi prøver ligesom at huske at bygge den der historie op uden om det. For det er ikke nok i sig selv at give dem noget quinoa. Der er nogle lande hvor quinoa er blevet et problem, fordi det nu er blevet sådan en verdens

Reference 6 - 0,45% Coverage

vare. I Bolivia for eksempel er de holdt op med at spise det selv, fordi de tjener så mange penge på at sælge det. Og så dyrker de det ude på nogle områder som slet ikke egner sig til det, hvor der kan komme nogle miljømæssige konsekvenser. Så det problem indgår jo så i det globale marked, men vi prøver at undgå det fordi det er beregnet det er til eget forbrug.

Cooperation

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 1 reference coded [5,69% Coverage]

Reference 1 - 5,69% Coverage

6. When handing out food aid, does WFP have special food aid packets for people living with HIV/AIDS due to their higher energy requirement?

There was CSB and CSB+ when the food assistance was provided although plumpy nuts are preferred for severe acute malnutrition cases

Currently the government is providing plumpy nuts and supplementary plumpy for PLHIV while WFP provides household food assistance.

None malnourished pregnant and lactating women living with HIV are provided with food vouchers that enabled them access vegetables, milk or eggs while this was not the case when food in-kind was provided for these group

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 2 references coded [10,19% Coverage]

Reference 1 - 4,26% Coverage

4. What can influence a project like PSNP that will make the project a failure or success?

PSNP is a very large programme, with around 7 million beneficiaries receiving support in seven out of nine regions in Ethiopia. Hence, lots of factors contribute to making the programme a success.

One of the things that make the PSNP a well-functioning programme is that it is run by the

Ethiopian government using government systems and with engagement and commitment from both government and development partners. It reaches all the way down to community level and engages the communities in programme decisions (e.g. on what type of public works to be done through the programme). It has also been successful in institutionalising programme learnings and has on that background improved its performance year by year.

Reference 2 - 5,93% Coverage

9. -To start a new project cooperating with the Ethiopian Government, what requirements do Danida present? -What requirements do Danida have to cooperating partners like the UN or MSF? -What requirements to cooperation do Danida have to local NGOs? -What requirements to cooperation do Danida have to civil society?

Danida has a number of requirements to all of our partners, e.g. good governance, anti-corruption, due diligence etc. For the most accurate view of how Danida cooperates with different partners, please

refer to the Danida Aid Management Guidelines, on www.amg.um.dk . There you will find all the policies and guidelines used in Danida's work. For cooperation with governments, you can specifically refer to the 'guidelines for development contracts'. For cooperation with civil society, you can take a look at the 'general guidelines for grant administration through Danish Civil Society Organisations'. For multilateral organisations like the UN, you can look at the 'guidelines for management of Danish Multilateral Development Cooperation'. All found under the 'Technical Guidelines' tab on the webpage.

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 8 references coded [19,56% Coverage]

Reference 1 - 4,54% Coverage

(I) Mit første spørgsmål – fordi det kunne jeg ikke lige se ud af jeres hjemmeside – om I også deler fødevarehjælp ud til folk?

02:27

(F) Altså det gør vi jo ikke direkte, for vi er jo en organisation der udelukkende arbejder gennem partner organisationer, og det vil sige vi har nogle samarbejdsaftaler med lokale organisationer, og det gør vi fordi vi går ud fra at de der organisationer har en bedre lokal forankring og kendskab til det lokale, men også for at opbygge civilsamfundet i andre lande og støtte at de får deres eget civilsamfund, for det er jo sådan set det der er svagheden i rigtig mange af de fattigere lande. Så derfor arbejder vi altid sammen med lokale organisationer, og det vil sige det er dem der gennemfører projekterne som vi finansierer, sådan i det store og hele. Og tit omkring katastrofearbejdet der indgår vi tit i sådan nogen alliancer med nogle af vores søster-donor-organisationer, altså Norwegian Church Aid, eller Christian Aid eller ICCO i Holland, og laver sådan en samlet indsats hvor vi komplimenterer hinanden. Og typisk har vi nogenlunde de samme partnerorganisationer i de forskellige lande. Så på den måde deler vi ikke mad ud på den måde, fordi det handler også rigtig meget om, at når folk er i en katastrofesituation, jeg går ud fra at det er i en katastrofesituation du mener? (I) Ja. (F) der er det rigtig vigtigt at man er sikker på at det mad folk får er kulturelt acceptabelt, at de overhovedet vil spise det og at det opfylder alle mulige ernæringskriterier, og det er også rigtig vigtigt at i stedet for at tage majs fra USA og bruge klima og energi og alt sådan noget på at få det fragtet til Etiopien, at man så styrker det lokale marked ved at købe lokale fødevarer. Så på den måde er det jo ikke sådan noget med at vi står og pakker mad her og sender i en container til Etiopien. Vi samarbejder med de lokale organisationer og hjælper dem med at organisere fødevarerhjælp. Og det foregår simpelthen i henhold til denne her bilagtige ting, som jeg desværre ikke kan give dig, for vi har ikke så mange af dem. Men det er et internationalt anerkendt minimums standard for humanitær respons, altså for katastrofehjælp. Og i den er det simpelthen specificeret omkring ernæringskrav, hygiejne, sanitet, målgrupper, vandstandarder, hvor meget vand skal man have og alt sådan noget. Så det er simpelthen den humanitære verden der er gået sammen, jeg tror de første standarder kom i 2004, og dem skal man simpelthen holde sig til. Det er internationale anerkendte standarder omkring vand, fødevarsikkerhed, ernæring, shelter settlement and non-food items, health actions, trust cutting teams – det er børn og gamle og handicappede og køn, kvinder – xxx social issues, og så er der simpelthen nogen standarder omkring uddannelse, life stock. Og det er simpelthen sådan nogen standarder som de organisationer vi samarbejder med skal overholde.

04:01

Og der laver man jo, i forhold til – i nogen tilfælde kan man jo være nødt til at sammen- sætte nogen pakker, familiepakker, til folk, og der er det så rigtigt, der har man så no- gen tabeller for hvad indeholder forskellige typer mad af kalorier, proteiner og mikro er- næringsstoffer og alt sådan noget, og så skal man kombinere det i forhold til hvad der er muligt at få lokalt. Så det er simpelthen sådan vi gør det, vi har ikke selv den der store logistik operation herhjemme. Det styrker også den lokale økonomi rigtig meget, for så pludselig kommer der i et område hvor tingene måske er blevet fuldstændig afbrudt og ødelagt, så hjælper man med til at etablere nogle af de der markedsstrukturer og sociale relationer der opstår omkring det at man køber mad og bytter ting og sådan noget. Så

Reference 2 - 1,02% Coverage

på den måde kan man sige ”ja det gør vi”, men ikke direkte. Det er nok det korte svar. Og det er også rigtig vigtigt at, sådan noget det foregår jo altid i en kontekst, og det vil sige vi samarbejder og planlægger altid i samarbejde med de lokale, the government – staten, for at være sikker på at vi ikke spiller ind i... Der er også nogle principper der hedder ”do no harm”, altså at man ikke kommer til at spille ind i en politisk konflikt ved for eksempel at give til nogen som så viser sig at være dem der massakrerer de andre, man skal ligesom ha en eller anden fornemmelse af konteksten og samarbejde med de lokale statsstrukturer, hvad der nu er.

05:44 06:00 06:13

For der er jo altid noget, det er jo ikke sådan at man kommer ned i sådan et tomrum og så skal vi ordne det hele. Så det er altid i den sammenhæng at man gør det

Reference 3 - 4,00% Coverage

(I) Så kan jeg godt lige se at mine næste spørgsmål måske ikke bliver så relevante, eller om I overhovedet har haft noget at gøre med - fordi de jo i Etiopien har haft Food Aid versus Cash

Transfer, er det overhovedet noget I har arbejdet med?

07:20

(F) Altså vi betragter jo sådan set os selv som førende inden for Cash transfer, det er noget vi gør mere og mere, jeg tror at vi nu er på 2/3 af vores volumen af hjælp inden for nødhjælpsområdet som går til Cash Transfer. Fordi det udover at de er super nemt og praktisk, fordi man de fleste steder nu til dags kan bruge mobiltelefoner til at overføre penge med, så det vil sige at alle de her problemer der er med lang transport og dårlige veje og oversvømmelser, dem kan man overkomme ved simpelthen at lave Cash Transfer på telefonen. Så det løser en masse kæmpe logistik problemer, så det er selvfølgelig praktisk. Derudover så er det rigtig vigtigt i forhold til at vi arbejder inden for det der hedder en rettighedsbaseret tilgang, det ved jeg ikke om du har hørt om? (I) Nej

(F) Okay, det er faktisk også nu, ved hjælp af blandt andet vores lobbyarbejde, at det er blevet en del af den danske regerings udviklingspolitik, et princip hvor man ligesom arbejder med at vi hjælper med at styrke civilsamfund, og med folk i andre lande, ikke fordi det er synd for dem, men fordi de har nogle rettigheder der bliver krænket. For eksempel retten til mad og retten til skolegang, retten til sundhed, som deres lande sådan set har underskrevet i Genevekonventionen. Så udgangspunktet, eller fordelene ved Cash Transfer er også at det er en meget værdig måde at hjælpe folk på, fordi de selv kan bestemme hvad de vil bruge pengene til. Det gør jo, at de inden for den der lille bitte sum de får, kan de jo godt bestemme, at i stedet for at købe salt, så vil de sende et barn i skole. At man selv ligesom kan vurdere hvad det er man har mest behov for i den familie, så der ikke bare kommer et eller andet færdigt som andre har bestemt. Så på den måde er det også et meget vigtigt redskab i at hjælpe folk til at bevare deres værdighed og deres valgmuligheder.

08:31 08:56

(F) Så det bruger vi faktisk rigtig meget. Der kan være nogen problemer med det i forhold til, for eksempel hvis folk nu ude i en eller anden lejr, eller ude i bushen får nogen penge, og der ikke er noget at købe, så kan de jo sådan set ikke bruge de der penge til ret meget. Man kan jo trods alt ikke æde penge. Men så bruger man det der hedder et voucher system i stedet for. Det ved jeg

ikke om du kender? (I) Jo, jeg har hørt lidt om det

(F) Men det går simpelthen ud på at man får sådan en værdikupon, en voucher, til nogle bestemte varer, og fordelene ved det er, at den organisation der deler dem ud, kan indgå en aftale med nogle leverandører som så er sikre på at de får det afsat, for nogen gange i de der fjerne områder, der tager folk ikke ud og sælger varer fordi de ved ikke om det bliver solgt, og det er for besværligt. Men hvis nu man siger at der er 400 mennesker her der fået vouchers til at købe ris, så hvis du leverer det så ved du også at det bliver solgt. Så det giver en bedre mulighed for at sikre at der rent faktisk kommer madvarer ind i området. For så kan man lave de aftaler med leverandørerne, og på den måde kan

Reference 4 - 1,84% Coverage

det voucher system være bedre i nogen sammenhænge. Men man skal selvfølgelig i hver situation vurdere hvad det er for et redskab der er bedst.

(F) Vi har desværre ikke det rigtig pæne print, fordi det er vi løbet tør for, men jeg har skrevet det her ud til dig, og her alle de forskellige dilemmaer og principper ridset op. Og vi har også, det er altså ikke for at tørre dig af med alle mulige publikationer, men vi har det magasin som vi udgiver 4 gange om året, og det er ikke ret længe siden vi havde et tema nummer omkring lige præcis det der med Cash Transfer, så det må du gerne få

(I) Fantastisk, det er meget rart nogen gange lige at læse forskellige sider af det, netop fordi der er så mange meninger om det her nu er en god ide

(F) Og selvfølgelig er der nogen faldgrupper og sådan, men vores fordel er jo at vi i rigtig mange lande har langvarigt samarbejde med de der lokale organisationer, så vi skal ikke ligesom starte forfra når der sker en katastrofe. Vi ved godt hvem der er gode til hvad, og hvem der kan ordne det, og på den måde er det faktisk et meget – også hvis man ser rent økonomisk på det, det kræver at man kvalitetssikrer og laver en kontekst analyse, men det er meget billigere end at organisere lastbiler og alt det der logistik. Og det fungerer super effektivt, og folk er glade for det. Også netop fordi det har den der, at de bliver ikke umyndiggjort ved at komme hen og få en eller

anden lille pakke fra en lastbil. Så det er rigtig vigtigt

Reference 5 - 2,46% Coverage

(I) Hvad tror du det vil tage for at lave ændringer i Etiopien når man snakker HIV-aids og fødevarer sikkerhed? Hvad kan det internationale samfund gøre for at hjælpe? (F) For at vende tilbage til det der med den rettighedsbaserede tilgang, noget af det der ligesom er vores overordnede tilgang, det er jo at det skal ikke være os eller det internationale samfund der skal gøre noget. Vi lever i en verden hvor det er nationer og regeringer der ligesom er ansvarlige over for deres egen befolkning. Og det er ligesom det vi helt overordnet arbejder på at støtte, at der er en accountability, altså at regeringerne står til ansvar over for deres befolkning. Og det indebærer at der skal være demokratiske systemer, der skal være juridiske systemer, der skal afholdes valg som skal være frie, folk skal have adgang til information og der skal være stemmesedler og alle de der ting der hører med til at en stat kan holdes ansvarlig over for sin befolkning. For det skal komme fra befolkningen selv. Fordi det er ikke noget vi skal gøre, det har vi ikke nogen legitimitet til. Så det er meget den måde vi arbejder på, altså med at styrke civilsamfundets rolle i de forskellige lande, fordi i mange lande er der ikke tradition for at der står nogle vagthunde og holder øje med hvad regeringen gør og fortæller folk at alene det med at tage ud i en landsby og snakke med folk, og så ligesom vende den på hovedet og sige "nej, det er ikke jer der er præsidentens tjenere, det er omvendt. Det er præsidenten der er din tjener" og så får folk grineflip og synes det er det mest åndsvage de længe har hørt. Men den der proces med at forstå at du er borger, du har nogle rettigheder, og så hjælpe med at lave nogle strukturer så man kan nå de der beslutningstagere, og tjekke korrupsion og komme i medierne hvis der sker nogen overgreb og sådan noget. Det er simpelthen helt overordnet det der skal til. Og vi kan jo se i Danmark hvor vi har et fantastisk demokrati og frie medier og vi alle sammen er uddannede og

Reference 6 - 0,85% Coverage

kan læse og skrive, hvor mange overgreb der stadig begås af staten og hvor meget diskussion der er om det, boligmarkedet eller CPR numre eller..., der er alle mulige ting i spil hele tiden. Så vi er

også selv langt fra at nå det mål, men simpelthen at hjælpe de der samfund på vej mod et mere demokratisk styreform, fordi inden for den kan man så begynde at udvikle fødevarer systemer og sundhedssystemer og uddannelsessystemer. (F) For at vende tilbage til dit spørgsmål, det som det internationale samfund gør at jo så at støtte de der projekter, og det er det vi gør at finansiere de processer og hjælpe folk med at få adgang til informationen og hjælpe dem med organisations udvikling og den slags.

Reference 7 - 4,34% Coverage

(I) Når I så arbejder i Etiopien og I arbejder sammen med enten regeringer eller andre NGO organisationer hvilke krav stiller I så til dem for at kunne sige at vi kan godt arbejde sammen med jer?

(F) Vi har noget der hedder en projekt- og program manual, hvor man gennemgår nogle forskellige trin, men dem du nævnte, dem arbejder vi jo ikke tættest sammen med. Dem arbejder vi sammen med, men vi arbejder tæt sammen med de organisationer der er vores partnere i de forskellige lande. Og systemer er sådan at hvis nu en organisation har en projekt ide, så skriver de et projekt dokument til vores kontor ude, de modtager det så og kigger på det, og tænker "hmmmm, det her handler om læreplaner i secondary schools - dur ikke væk!" Men hvis nu det handler om ernæring for HIV smittede, så tænker de "hmmmm ja, det passer i vores". I hvert land har vi et femårigt program som har nogle forskellige mål, og hvis de så kan se at det projekt kan bidrage til nogen af de der mål, så siger de "ja, vi vil godt kigge på jeres ansøgning". Og så gennemgår de nogle forskellige trin, og det allerførste trin er at vurdere partner organisationen. Og det indebærer at man kigger på hvad de har af legitimitet, hvem er deres medlemmer eller deres baggrundsgruppe, hvordan vælger de deres bestyrelse, har de styr på deres finanser, hvordan er informations flowet i organisationen. Alle mulige ting for at se hvad er det her for en type organisation, og hvis de så har den tekniske kapacitet til at arbejde med de her ting, har de ansat nogle kvinder, diskriminerer de når de ansætter, hvad er deres ansættelsespolitik – alle sådan nogen ting. Og hvis de så ligesom lever op til de der krav, også nogen gange hvis de ikke lever op til dem alle sammen, for det kan jo også være svært at være perfekt, men hvis de er villige til at arbejde med nogle af de procedurer for eksempel, så går man videre til at lave en vurdering af

projektet og hvordan passer det ind i programmet, og hvad er der af kapacitetsopbygningskrav og den slags. Og så bliver projektet godkendt i Etiopien for eksempel, og de har deres eget budget som de får herfra. Hvis det er et stort projekt, altså hvis det er over 500.000 kr. om året, så skal jeg godkende det her efter de har godkendt det, og kommentere på det. Så der er simpelthen nogle helt præcise steps. Og så laver man en samarbejdsaftale hvor der også er en anti-korrupsions klausul og regler for hvem man kan give indsigt i deres regnskaber og alt det der, og de skal rapportere på projektet. Så indgår de i den gruppe af organisationer vi samarbejder med, så vi også skaber et netværk mellem dem, og laver fælles træning omkring køn og udvikling eller agro økologisk landbrug eller HIV eller hvad det nu er. Så de også ligesom får et netværk de der forskellige organisationer. Så ja, der er nogle forskellige trin de skal gå igennem hvis de skal være vores samarbejdspartnere. Vi har lige fået DANIDA, som vi jo er finansieret af, 1/3 af DANIDA og 1/3 af EU og 1/3 af private donationer. Og DANIDA giver os en rammebevilling hvert år som vi kan bruge som vi vil, men vi skal så rapportere til dem, og så laver de også nogle reviews, og vi har lige fået den første rapport hvor nogle af de ting de har fundet ud af, altså nogle eksterne konsulenter, at noget af det som vores samarbejdspartnere allerbedst kan lide ved os, det er hele den der partnerskabstilgang, altså at vi arbejder som støtte til deres organisationsudvikling. Så det blev vi selvfølgelig rigtig glade for at høre. Så dem arbejder vi meget tæt sammen med

47:44

Reference 8 - 0,51% Coverage

- ny optagelse (2. del) (F) området, for de ved godt hvad er det der viser at folk er de fattigste og de mest sårbare, det kan være at de ikke har nogen ged, de har ikke nogen jernplader på taget, eller de har ikke nogen bedsteforældre eller hvad det nu er der fortæller folk i det område at man er fattig. Og det bliver så dem vi arbejder med, altså baseret på de lokale vurderinger af hvem der er de fattigste.

Communication

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 7 references coded [15,16% Coverage]

Reference 1 - 0,52% Coverage

(I) Men hvor meget uddannelses arbejde i ernæring og sundhed laver I i Etiopien? (F) Faktisk så arbejder vi slet ikke med uddannelse. Altså ikke hvis man sådan skal forstå uddannelse som det formelle uddannelses system, men vi arbejder meget med kapacitetsopbygning og træning, vi arbejder ikke med skoler og lærerplanudvikling og universiteter. Vi arbejder med community training gennem vores partnere, og også direkte

Reference 2 - 3,54% Coverage

nogen gange selv. Og sundhed er sådan set ikke et fokus vi har. Vi har ligesom valgt access to basic social services og så arbejder vi med HIV-aids og reproduktive rettigheder. Så det er ligesom den niche vi arbejder i, så man kan sige at vi arbejder ikke med sundhed og uddannelse, men selvfølgelig laver vi en masse kapacitetsopbygning og træning og oplysningsarbejde omkring HIV-aids. Og det hænger også rigtig tæt sammen med ernæring, som du jo ved. Så det er lidt forskelligt i forhold til konteksten, men selvfølgelig når vi snakker om HIV smittedes og HIV påvirkedes livsvilkår og livskvalitet og alt sådan noget, så snakker vi også ernæring, på alle mulige måder. For mange af de mennesker her kan jo ikke læse og skrive, eller har ikke en basal forståelse for hvordan kroppen virker. Så man skal ligesom finde nogle kommunikationsmuligheder som de kan forstå. For eksempel i Malawi har de lavet sådan en meget smart ting hvor de har lavet sådan en tallerken og så er den delt op i 3, og så er der kulhydrater, xxxsima som er det de spiser, og så er der noget grønt og så er der noget bønner eller jordnødder eller protein. Og det er ligesom det man prøver at vise folk, at man skal have alle de 3 dele. Og sådan er der forskellige modeller og måder at kommunikere på, men selvfølgelig er det noget vi snakker om, at god ernæring er fuldstændig grundlæggende også for at HIV medicinen virker. For HIV medicinen, behandlingen, er blevet ret udbredt mange steder i Etiopien, men den dur ikke hvis ikke du får noget ordentlig at spise. Og derfor ligger mange af vores HIV aktiviteter også tæt op af fødevarerikkerhedsprojekterne, fordi der er den sammenhæng.

17:14 18:37

(F) Men noget af det vi arbejder endnu mere med i forhold til HIV-aids, det er hele det der

problem omkring stigmatisering og eksklusion, fordi det er noget af det der også kommer til at påvirke folks fødevarer-situation, hvis de pludselig bliver ekskluderet og de får ikke lov at gå i marken og de får ikke lov at være med til noget som helst eller tage nogen beslutninger om noget. Så det er noget vi arbejder rigtig meget med, og der har vi sådan en lidt speciel rolle fordi at det tit, i mange afrikanske lande især, er der en meget stærk religiøs fordømmelse af HIV smittede og et meget moralsk korstog, Uganda er jo et frygteligt eksempel. Hvor vores rolle meget er at gå i dialog med kirken, og så lytter de lidt mere til os fordi vi har den der kirkelige forankring, og derfor kan vi nogen gange rykke nogen af de der meget konservative kirkeledere til at skrue ned for retorikken over for HIV smittede for eksempel, og også få nogen af dem til at gå ind og arbejde for, på en anden måde med HIV smittede og acceptere dem og integrere dem. Så det er meget den del af det vi arbejder med også. Ikke så meget nødvendigvis den der fysiske ernæring og medicin del, men mere med hele den der sociale stigmatisering.

Reference 3 - 3,97% Coverage

(F) Så kan jeg se du har et spørgsmål om quinoa, det er jo mit hjerte-barn (I) Ja, jeg kom ind på det i jeres lille video, og tænkte det ser spændende ud. Det med at I prøver at dyrke quinoa i Etiopien som noget helt nyt. Det synes jeg jo er lidt sjovt, også fordi quinoa er jo ikke typisk afrikansk.

(F) Nej, det kommer jo fra mellem Amerika. Men inden jeg fortæller om alle quinoas værdier, så er det også vigtigt at sige at det er sådan en ting der er nem at kommunikere, og det er også en ting som jeg tror kan gøre en kæmpe forskel i Etiopien. Men det er jo ikke fordi vi tror på de der tekniske ting, for det er jo ligesom – man kan ikke løse fattigdom med en bestemt afgrøde, eller med at give folk en traktor. Det handler om de samfundsmæssige strukturer der skaber fattigdom, som man skal arbejde med. Så det er vigtigt at huske at sådan en afgrøde er kun en lille bitte ting i et større billede. Men vi har valgt det dels fordi ernæringsmæssigt har det nogle helt fantastiske kvaliteter i forhold til tilgængeligt protein og kalorier, og det indeholder simpelthen de 4 mikro næringsstoffer som fattige folk normalt mangler. Så på den måde er det en utrolig god afgrøde. Og så er den meget klimavenlig, fordi den kan tåle tørke og den er salttolerant og den kan vokse i høje højder, hvilket er særlig relevant for Etiopien. Og den er let at acceptere for dem, for noget af deres traditionelle afgrøde hedder teff, som har ekstremt små korn, og det vil sige xxxaverant,

som også har små korn, quinoa har lidt større korn, men folk er vant til at håndtere de der små frø, så det ligner lidt noget de kender. Så det er ligesom det der har været de fordele der er i det. Og nu arbejder vi jo meget med de aller fattigste, så det er tiltænkt til deres eget forbrug. Fordelen er, for der er også rigtig mange i Etiopien der har får, geder, kameler og køer, at bladene på planten kan også bruges både til menneskeføde, men også til foder, uden at man sådan reducerer produktionen af frø. Så på den måde har det en række virkelig virkelig gode egenskaber. Og så har vi indgået et samarbejde med en professor på Københavns Universitet og en professor i Addis, og så indledt et samarbejde med nogen af vores partnere. Nu har vi faktisk lige, for en 3-4 uger siden, benyttet os af den import tilladelse der er. Der har været en masse bureaukrati omkring frø og certificering og alt det der, men nu har vi fået den første sending til Addis, og de er ved at gå i gang med at så dem, og så har vi en studerende fra Danmark og en studerende fra Addis der er med til at lave forskning på det. Så bliver det prøvet i 3 forskellige områder i første omgang, og så skal vi så se hvordan det går. (I) Meget spændende.

(F) Det er et stort håb at det kan rykke lidt

(I) Jamen det er jo godt hvis det kan rykke noget, også netop på grund af klimaet, tørkeproblemet

(F) Ja, jeg håber virkelig det kan gøre en forskel. Og så er der også noget der er nemt at kommunikere. Det er let for folk at forstå. Vi prøver ligesom at huske at bygge den der historie op uden om det. For det er ikke nok i sig selv at give dem noget quinoa. Der er nogle lande hvor quinoa er blevet et problem, fordi det nu er blevet sådan en verdens

Reference 4 - 0,45% Coverage

vare. I Bolivia for eksempel er de holdt op med at spise det selv, fordi de tjener så mange penge på at sælge det. Og så dyrker de det ude på nogle områder som slet ikke engang er sig til det, hvor der kan komme nogle miljømæssige konsekvenser. Så det problem indgår jo så i det globale marked, men vi prøver at undgå det fordi det er beregnet det er til eget forbrug.

Reference 5 - 1,82% Coverage

(I) Vi snakkede lidt om formidling før. Og WHO har jo lavet sådan noget uddannelses materiale til netop HIV-aids patienter, og hvordan man formidler det budskab med rigtig ernæring til HIV-aids patienter. Der har de brugt story-telling som en måde og kommunikere budskabet på. Hvad synes du om den måde at gøre det på?

(F) Det kender jeg ikke så meget til faktisk. Men vi læner os jo i de forskellige lande også lidt op af at bruge sådan nogle materialer, hvor der allerede er lavet noget. Vi har også haft noget ABC kommunikation, hvor en af vores partnere fik syet sådan nogle store forklæder med 3 lommer... Det var Abstinence, Be faithfull og Condoms. Det var AB og C. Så var der de 3 lommer, og så havde man sådan en leg med, for det kan være ret svært at diskutere de der ting, og så var der nogle fine laminerede kort med forskellige personer på. En prostitueret, en landmand, en skolepige og forskellige andre der var nemme at kende. Og så fik man nogle af dem, og så skulle man ligesom vælge hvilken af de strategier der var bedst for dem for at undgå, det var så ikke lige med ernæring, men for at undgå at blive smittet. Og så kunne det ligesom legitimere at man satte gang i en snak om, at den rige forretningsmand han skulle nok bruge kondomer fordi han rejste så meget og sådan. Så fik man simpelthen en platform for at diskutere de der lidt mere sensitive ting. Og der har været alle mulige forskellige metoder man har brugt, som man så lige har tilpasset til de lokale

Reference 6 - 4,22% Coverage

(I) Ud over de projekter vi lige har snakket om, er der så andre projekter som Folkekirkes Nødhjælp gør brug af til at støtte HIV-aids patienter i Etiopien til at få adgang til basale ting, basale behov, fødevarer?

(F) Altså ikke så meget ud over hvad jeg har fortalt, både i forhold til produktion, men de arbejder også meget med for eksempel nogle af de religiøse ledere der har stor magt ude lokalt, og det interessante er jo tit, at hvis man diskuterer og griber det an på den rigtige måde, så kan lige præcis sådan nogle gamle religiøse mænd blive sådan nogen change agents, fordi de er jo ikke dumme, og de kan godt forstå at det ikke er hensigtsmæssigt hvis alle deres undersætter dør af HIV. Og der har vi set nogle gange at nogle af de ældre religiøse ledere, om det er muslimer eller

kristne eller hvad de er, kan være nogen af dem der går i front med for eksempel at forbyde – eller det er jo sådan set forbudt, men så at praktisere at man holder op med kvindelig omskæring, eller man holder op med at gifte døtre bort når de er 12 år gamle og de får deres første barn når de er 13. Og hvis man på den måde arbejder med noget holdningsbearbejdning så kan det være svært som individ at sige ”jamen min datter hun skal ikke giftes” fordi alle de andre døtre de bliver gift, og så er der ikke nogen mand til din datter når du selv synes hun er klart til at blive gift. Men hvis hele dit community bestemmer, at fra nu af, der bliver det sådan. Så kan du gøre det. Jeg var engang på besøg i en landsby hvor de ikke havde besluttet sig til at holde op med at omskære, og der var det heldigvis sådan at de kvinder der foretog omskæringen, det var ikke noget de tjente på, så det var ikke sådan at man skulle finde på en anden måde hvor de kunne tjene penge på. Men der havde de simpelthen gravet et stort hul, og det var foranlediget af ham den gamle nisse der sad ovre i hjørnet. Og så havde de gravet et hul i jorden og smidt alle deres omskærings halløjsa ned i, bum. Og dækket det til, og så havde de ligesom besluttet, at nu er det slut fra nu af. Jeg ved ikke om det rent faktisk har fungeret eller hvordan og hvorledes, men det var i hvert fald noget der virkede som om det kunne du. For så gjaldt det altså alle pigerne i det område. Og det vil sige, når de skulle giftes, så kunne mændene vælge mellem A, B og C, og ingen af dem er omskåret.

41:03 41:12

41:32 (F) Så det er noget med at arbejde med holdninger også.

(I) Så faktisk nogle af de der religiøse ledere eller medicin mænd eller hvad de nu hedder, nogle af dem anerkender sygdommen HIV-aids. Anderkender de så også at de ikke selv kan, med deres egen naturmedicin, kan gøre noget for de her patienter? (F) Naturmedicin i Afrika er jo lidt ligesom naturmedicin i Danmark, at hvis du kan score kassen, så betyder det måske ikke hvad der egentlig er af evidens og måske ved du godt selv inderst inde, at slikke på et birketræ, det helbreder dig måske ikke for kræft, men hvis du kan få nogen til at betale 1000 kr. for at du fortæller dem det, så er det fedt nok ikke. Det tror jeg det er sådan meget det samme. Der er jo forretningsmænd blandt dem ligeså vel som der er blandt alle mulige forretnings healere herhjemme. Så det er et spørgsmål om at give folk mulighed for at forstå, at se og erfare at måske så hjælper det mere at tage den her tablet end at gøre alle de der ting som medicinmanden tjener penge på. Så det er

også noget med at arbejde lidt med de der holdninger.

Reference 7 - 0,64% Coverage

(I) Så hvis man rent faktisk kunne overbevise medicinmanden om at mad også er en del af medicinen for HIV-aids patienter, så ville det faktisk give dem mange fordele? (F) Ja, jeg tror det er bedre, eller det er i hvert fald vigtigt også at fortælle folk selv om det. Og der er det jo eksemplets magt, det er jo altid godt. Altså hvis man kan vise at de mennesker som så lytter til sådan noget ernæringsvejledning, at det er dem hvis børn overlever frem for de andre. Men det tager jo lang tid at ændre den slags holdninger.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 5 references coded [17,42% Coverage]

Reference 1 - 2,14% Coverage

(I) Da du arbejdede i Sydafrika med HIV-aids patienter, rådgav I så patienterne om ernæring?

(S) Jeg har været med helt fra starten. Og det gjorde vi, men havde ikke rigtig nogen supplerende tilskud til dem. Det var i Sydafrika ude i en xxxby der hedder Kariliche (?) og vi sagde selvfølgelig at ernæring var vigtig, men ellers var det jo primært medicin vi fokuserede på helt fra starten.

Reference 2 - 4,69% Coverage

(I) Hvilke problemer løb du så ind i når man skulle rådgive patienterne? Forstår de vigtigheden af både at tage medicin og når man rådgiver om ernæring. Forstår de så vigtigheden af at få en ordentlig ernæring?

(S) Det synes jeg. Altså den måde vi greb det an på var, at for at man kunne komme i behandling skulle man komme med en treatment assistant, det vil sige det skulle være ens personlige hjemmehjælper, det kunne også være ens mor eller mand eller nabo eller... Altså ens personlige hjemmehjælper der ligesom var med til samtalen, og var med til at sige at det her det er rigtig

vigtigt med ernæring og med medicin. Man må ikke miste ens medicin, og ens case bliver også taget op i the community council, så det council ligesom godtog at man nu kom på medicin, fordi det ikke bare var et personligt anliggende, men et community anliggende.

Reference 3 - 6,74% Coverage

(I) Men hvad så hvis der var problemer med at folk ligesom var bange for at afsløre deres HIV status og så kan det jo være svært at sige...

(S) Altså de blev jo ikke afsløret. Det blev fremlagt på det der community council anonymt. Altså 52 årig mand med det og det, så det var community council der var med til at bestemme. Netop for at kunne løfte det op fra at være den enkeltes problem til at være et samfundsproblem. Man tog det op og gjorde community opmærksom på den store sygdomsbyrde der lå i deres community, og at man også tog det alvorligt, netop for at bryde stigmatiseringen, for at vise at man kan ikke se uden på folk hvem der er syg og hvem der ikke er syg. Derfor lavede vi jo også de T-shirts der hed HIV positiv hvor Nelson Mandela er på. Ikke fordi han var HIV positiv, men det kan man ikke se udenpå. Og derfor kan man sige, ved at tage den på viste man at det kan godt være at man ikke kan se noget udenpå, men det behøver ikke være det der er indvendigt. Så det var for at det ikke kun var den enkelte patients problem med ernæring og medicin, men at det også var familien og den treatment assistant der ligesom stillede sig til rådighed for at hjælpe patienten i tyndt og tykt. Skaffe medicin og sådan

Reference 4 - 1,60% Coverage

(I) Tog man så sådan noget som medicinmænd i landsbyerne med på råd. Har de været taget med ind over på nogen måde?

(S) Nej, nu snakker jeg jo mest ud fra Sydafrika, men også i Malawi der har man nok undervist dem, men man har ikke tildelt dem nogen medicinsk rolle i den her behandling.

Reference 5 - 2,24% Coverage

(I) Jeg kan se at WHO har lavet noget materiale hvor de ligesom prøver at kommunikere budskabet med vigtigheden af HIV og ernæring ud med story telling. Hvad mener du om den måde at prøve at kommunikere et budskab ud til en patient på? Ved brug af story telling

(S) Det synes jeg er rigtig fint, det bruger jeg jo selv meget også med billede-gørelse og netop det med historie fortælling.

Education

Sub note to: Communication

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 2 references coded [10,01% Coverage]

Reference 1 - 6,78% Coverage

10. How is WFP involved in educational work regarding HIV/AIDS, health and nutrition in Ethiopia?

☑ In the HIV program there are community volunteers who are PLHIV themselves who are trained on basic nutrition education. These people go from home to home counseling and educating PLHIV on basic nutrition, food hygiene and sanitation issues.

☑ Health educations are provided at health institutions when PLHIV are coming to collect their medications/ARV

☑ The volunteers also organize community dialogues where PLHIV and pregnant and lactating women living with HIV are coming together to receive health education on reproductive health, Family planning, Infant and young child feeding etc. This is also a forum for them to exchange their challenges

Reference 2 - 3,23% Coverage

11. Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication?

☑ It is good if the story is of someone the clients really know. ☑ We are using cline discussion groups for the clients to tell their stories to each other and it really helped

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 1 reference coded [0,95% Coverage]

Reference 1 - 0,95% Coverage

11. How is Danida involved in educational work regarding health and nutrition in Ethiopia?

Danida is not directly involved in educational work on health and nutrition in Ethiopia.

[<Internals\\Transskription FKN>](#) - § 2 references coded [4,06% Coverage]

Reference 1 - 0,52% Coverage

(I) Men hvor meget uddannelses arbejde i ernæring og sundhed laver I i Etiopien? (F) Faktisk så arbejder vi slet ikke med uddannelse. Altså ikke hvis man sådan skal for- stå uddannelse som det formelle uddannelses system, men vi arbejder meget med ka- pacitetsopbygning og træning, vi arbejder ikke med skoler og lærerplanudvikling og uni- versiteter. Vi arbejder med community training gennem vores partnere, og også direkte

Reference 2 - 3,54% Coverage

nogen gange selv. Og sundhed er sådan set ikke et fokus vi har. Vi har ligesom valgt ac- ces to basic social services og så arbejder vi med HIV-aids og reproduktive rettigheder. Så det er ligesom den niche vi arbejder i, så man kan sige at vi arbejder ikke med sund- hed og uddannelse, men selvfølgelig laver vi en masse kapacitetsopbygning og træning og oplysningsarbejde omkring HIV- aids. Og det hænger også rigtig tæt sammen med ernæring, som du jo ved. Så det er lidt forskelligt i forhold til konteksten, men selvfølge- lig når vi snakker om HIV smittedes og HIV påvirkedes livsvilkår og livskvalitet og alt sådan noget, så snakker vi også ernæring, på alle mulige måder. For mange af de men- nesker her kan jo ikke læse og skrive, eller har ikke en basal forståelse for

hvordan kroppen virker. Så man skal ligesom finde nogle kommunikationsmuligheder som de kan forstå. For eksempel i Malawi har de lavet sådan en meget smart ting hvor de har lavet sådan en tallerken og så er den delt op i 3, og så er der kulhydrater, xxxsima som er det de spiser, og så er der noget grønt og så er der noget bønner eller jordnødder eller proteiner. Og det er ligesom det man prøver at vise folk, at man skal have alle de 3 dele. Og sådan er der forskellige modeller og måder at kommunikere på, men selvfølgelig er det noget vi snakker om, at god ernæring er fuldstændig grundlæggende også for at HIV medicinen virker. For HIV medicinen, behandlingen, er blevet ret udbredt mange steder i Etiopien, men den dur ikke hvis ikke du får noget ordentlig at spise. Og derfor ligger mange af vores HIV aktiviteter også tæt op af fødevarerprojekterne, fordi der er den sammenhæng.

(F) Men noget af det vi arbejder endnu mere med i forhold til HIV-aids, det er hele det der problem omkring stigmatisering og eksklusion, fordi det er noget af det der også kommer til at påvirke folks fødevarerituation, hvis de pludselig bliver ekskluderet og de får ikke lov at gå i marken og de får ikke lov at være med til noget som helst eller tage nogen beslutninger om noget. Så det er noget vi arbejder rigtig meget med, og der har vi sådan en lidt speciel rolle fordi at det tit, i mange afrikanske lande især, er der en meget stærk religiøs fordømmelse af HIV smittede og et meget moralsk korstog, Uganda er jo et frygteligt eksempel. Hvor vores rolle meget er at gå i dialog med kirken, og så lytter de lidt mere til os fordi vi har den der kirkelige forankring, og derfor kan vi nogen gange rykke nogen af de der meget konservative kirkeledere til at skrue ned for retorikken over for HIV smittede for eksempel, og også få nogen af dem til at gå ind og arbejde for, på en anden måde med HIV smittede og acceptere dem og integrere dem. Så det er meget den del af det vi arbejder med også. Ikke så meget nødvendigvis den der fysiske ernæring og medicin del, men mere med hele den der sociale stigmatisering.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 1 reference coded [1,60% Coverage]

Reference 1 - 1,60% Coverage

(I) Tog man så sådan noget som medicinmænd i landsbyerne med på råd. Har de været taget med ind over på nogen måde?

(S) Nej, nu snakker jeg jo mest ud fra Sydafrika, men også i Malawi der har man nok undervist dem, men man har ikke tildelt dem nogen medicinsk rolle i den her behandling.

Storytelling

Sub note to: Communication

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 1 reference coded [3,23% Coverage]

Reference 1 - 3,23% Coverage

11. Using storytelling WHO has made educational materials to communicate the importance of nutrition to people living with HIV/AIDS. What do you think of this way of communication?

☑ It is good if the story is of someone the clients really know. ☑ We are using cline discussion groups for the clients to tell their stories to each other and it really helped

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 1 reference coded [1,82% Coverage]

Reference 1 - 1,82% Coverage

(I) Vi snakkede lidt om formidling før. Og WHO har jo lavet sådan noget uddannelses materiale til netop HIV-aids patienter, og hvordan man formidler det budskab med rigtig ernæring til HIV-aids patienter. Der har de brugt story-telling som en måde og kommunikere budskabet på. Hvad synes du om den måde at gøre det på?

(F) Det kender jeg ikke så meget til faktisk. Men vi læner os jo i de forskellige lande også lidt op af at bruge sådan nogle materialer, hvor der allerede er lavet noget. Vi har også haft noget ABC kommunikation, hvor en af vores partnere fik syet sådan nogle store forklæder med 3 lommer... Det var Abstinence, Be faithfull og Condoms. Det var AB og C. Så var der de 3 lommer, og så havde man sådan en leg med, for det kan være ret svært at diskutere de der ting, og så var der nogle fine laminerede kort med forskellige personer på. En prostitueret, en landmand, en skolepige og forskellige andre der var nemme at kende. Og så fik man nogle af dem, og så skulle man ligesom vælge hvilken af de strategier der var bedst for dem for at undgå, det var så ikke lige med

ernæring, men for at undgå at blive smittet. Og så kunne det ligesom legitimere at man satte gang i en snak om, at den rige forretningsmand han skulle nok bruge kondomer fordi han rejste så meget og sådan. Så fik man simpelthen en platform for at diskutere de der lidt mere sensitive ting. Og der har været alle mulige forskellige metoder man har brugt, som man så lige har tilpasset til de lokale

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 1 reference coded [2,24% Coverage]

Reference 1 - 2,24% Coverage

(I) Jeg kan se at WHO har lavet noget materiale hvor de ligesom prøver at kommunikere budskabet med vigtigheden af HIV og ernæring ud med story telling. Hvad mener du om den måde at prøve at kommunikere et budskab ud til en patient på? Ved brug af story telling

05:10 05:33 05:42

(S) Det synes jeg er rigtig fint, det bruger jeg jo selv meget også med billede-gørelse og netop det med historie fortælling.

Food aid v. Cash transfer

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 2 references coded [14,97% Coverage]

Reference 1 - 12,16% Coverage

1. What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? (NB- the word food aid is changed to food assistance by WFP since 2008 as a lot of food assistance tools are incorporated)

☑ It enabled clients to access fresh foods ☑ It enabled them access locally produced and different varieties of foods. E.g. Food aid provides grains of wheat/maize/sorghum as cereals but cash and voucher provides processed foods like pasta, rice etc

☑ In HIV programs the way food in kind provision is managed (having one store or warehouse where food distribution is done) subjects clients to stigma and discrimination while Cash and vouchers reduced this enormously

☒ Food can be accessed by clients without traveling very far as locally operating traders are involved to provide the food commodities

☒☒ What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have? ☒☒ The disadvantage of food in kind was that there was no provision for fresh foods, locally produced foods, it cannot be accessed easily as the distribution is done at a given point and it is not close to clients.

☒ Please keep in mind in food in-kind provision also has an advantage in areas where food is not available or in emergency situations where markets are not functioning or functioning well where the voucher or cash you provide will be meaningless

Reference 2 - 2,81% Coverage

3. Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?

☒ The Cash and voucher are newly introduced food transfer modalities 2ys or so and it is difficult to draw a conclusion from these very recent interventions where most of the period (6 months) were used to pilot

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 3 references coded [8,53% Coverage]

Reference 1 - 4,67% Coverage

2. What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have?

In the case of PSNP, both cash transfers and food is used as a means of support to the programme beneficiaries. One of the advantages of distributing cash instead of food is that there is often less delay with cash transfers compared to food, as it can 'move around' faster and does not need to be sourced from suppliers first, as food needs to be. Of course, cash can only be distributed where food is available to buy for the local population –if there is low availability of food locally, cash can

be the preferred mode of transfer. The inflationary effects have been examined a number of times in the PSNP, and to date, there has been no evidence that transfer of cash instead of food has had any significant effect on local inflation.

Reference 2 - 2,01% Coverage

3. Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?

In case of the PSNP, the answer is yes, the programme had a positive effect on the food security situation in Ethiopia by lowering the number of months in a year that households do not have enough food. But bear in mind that the programme combines both cash and food transfers.

Reference 3 - 1,85% Coverage

7. How does Danida cope with corruption in food aid projects in Ethiopia?

Danida has a no-tolerance policy towards corruption in any programme or project supported by Danida. You can find Danida's anti-corruption policy on the Danida Aid Management Guidelines webpage, on <http://amg.um.dk/en/policies-and-strategies/freedom-democracy-and-human-rights/>

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 3 references coded [7,91% Coverage]

Reference 1 - 4,00% Coverage

(I) Så kan jeg godt lige se at mine næste spørgsmål måske ikke bliver så relevante, eller om I overhovedet har haft noget at gøre med - fordi de jo i Etiopien har haft Food Aid versus Cash Transfer, er det overhovedet noget I har arbejdet med?

(F) Altså vi betragter jo sådan set os selv som førende inden for Cash transfer, det er noget vi gør mere og mere, jeg tror at vi nu er på 2/3 af vores volumen af hjælp inden for nødhjælpsområdet

som går til Cash Transfer. Fordi det udover at de er super nemt og praktisk, fordi man de fleste steder nu til dags kan bruge mobiltelefoner til at overføre penge med, så det vil sige at alle de her problemer der er med lang transport og dårlige veje og oversvømmelser, dem kan man overkomme ved simpelthen at lave Cash Transfer på telefonen. Så det løser en masse kæmpe logistik problemer, så det er selvfølgelig praktisk. Derudover så er det rigtig vigtigt i forhold til at vi arbejder inden for det der hedder en rettighedsbaseret tilgang, det ved jeg ikke om du har hørt om? (I) Nej

(F) Okay, det er faktisk også nu, ved hjælp af blandt andet vores lobbyarbejde, at det er blevet en del af den danske regerings udviklingspolitik, et princip hvor man ligesom arbejder med at vi hjælper med at styrke civilsamfund, og med folk i andre lande, ikke fordi det er synd for dem, men fordi de har nogle rettigheder der bliver krænket. For eksempel retten til mad og retten til skolegang, retten til sundhed, som deres lande sådan set har underskrevet i Genevekonventionen. Så udgangspunktet, eller fordelene ved Cash Transfer er også at det er en meget værdig måde at hjælpe folk på, fordi de selv kan bestemme hvad de vil bruge pengene til. Det gør jo, at de inden for den der lille bitte sum de får, kan de jo godt bestemme, at i stedet for at købe salt, så vil de sende et barn i skole. At man selv ligesom kan vurdere hvad det er man har mest behov for i den familie, så der ikke bare kommer et eller andet færdigt som andre har bestemt. Så på den måde er det også et meget vigtigt redskab i at hjælpe folk til at bevare deres værdighed og deres valgmuligheder.

08:31 08:56

(F) Så det bruger vi faktisk rigtig meget. Der kan være nogen problemer med det i forhold til, for eksempel hvis folk nu ude i en eller anden lejr, eller ude i bushen får nogen penge, og der ikke er noget at købe, så kan de jo sådan set ikke bruge de der penge til ret meget. Man kan jo trods alt ikke æde penge. Men så bruger man det der hedder et voucher system i stedet for. Det ved jeg ikke om du kender? (I) Jo, jeg har hørt lidt om det

(F) Men det går simpelthen ud på at man får sådan en værdikupon, en voucher, til nogle bestemte varer, og fordelene ved det er, at den organisation der deler dem ud, kan indgå en aftale med nogle leverandører som så er sikre på at de får det afsat, for nogen gange i de der fjerne områder, der tager folk ikke ud og sælger varer fordi de ved ikke om det bliver solgt, og det er for besværligt.

Men hvis nu man siger at der er 400 mennesker her der fået vouchers til at købe ris, så hvis du leverer det så ved du også at det bliver solgt. Så det giver en bedre mulighed for at sikre at der rent faktisk kommer madvarer ind i området. For så kan man lave de aftaler med leverandørerne, og på den måde kan

Reference 2 - 1,84% Coverage

det voucher system være bedre i nogen sammenhænge. Men man skal selvfølgelig i hver situation vurdere hvad det er for et redskab der er bedst.

(F) Vi har desværre ikke det rigtig pæne print, fordi det er vi løbet tør for, men jeg har skrevet det her ud til dig, og her alle de forskellige dilemmaer og principper ridset op. Og vi har også, det er altså ikke for at tørre dig af med alle mulige publikationer, men vi har det magasin som vi udgiver 4 gange om året, og det er ikke ret længe siden vi havde et tema nummer omkring lige præcis det der med Cash Transfer, så det må du gerne få

(I) Fantastisk, det er meget rart nogen gange lige at læse forskellige sider af det, netop fordi der er så mange meninger om det her nu er en god ide

(F) Og selvfølgelig er der nogen faldgrupper og sådan, men vores fordel er jo at vi i rigtig mange lande har langvarigt samarbejde med de der lokale organisationer, så vi skal ikke ligesom starte forfra når der sker en katastrofe. Vi ved godt hvem der er gode til hvad, og hvem der kan ordne det, og på den måde er det faktisk et meget – også hvis man ser rent økonomisk på det, det kræver at man kvalitetssikrer og laver en kontekst analyse, men det er meget billigere end at organisere lastbiler og alt det der logistik. Og det fungerer super effektivt, og folk er glade for det. Også netop fordi det har den der, at de bliver ikke umyndiggjort ved at komme hen og få en eller anden lille pakke fra en lastbil. Så det er rigtig vigtigt

Reference 3 - 2,07% Coverage

(I) De ulemper jeg har læst ved Cash transfer, der er at nogen gange går pengene til mændene, og

så går de ikke så meget til børn og kvinder, og så får de ligesom brugt det på sprut eller andre ting. Er det noget I oplever som et problem?

(F) Altså det kommer meget an på den kontekst det er i, og du kan også med Cash Transfer sikre at, for det første kan man jo bruge voucher metoden så er du lidt ude over det der, men man kan sige, at den type prioritering finder jo sted alle vegne, det ser man jo også her, at fatter køber en fladskærm og mor synes måske at vi skulle ha købt et nyt køkken. Så det er selvfølgelig en del af det, og der er grænser for hvor meget man ligesom kan sige at "nu skal du gøre det", men det handler meget om på det langsigtede at arbejde med nogle af de der kønsforståelser, og forståelser for hvordan og hvorledes. Rigtig mange mænd er jo lidt trætte af, at mænd altid får skudt i skoene at det er kvinderne der skal have mikro finanser, det er kvinder der skal have de her penge fordi mændene opfører sig uansvarligt, det er der jo nogen mænd der gør, men der er også rigtig mange mænd der gerne vil sørge for at deres børn kommer i skole. Så det er jo noget man selvfølgelig skal være opmærksom på hvis det foregår, og så må man ligesom tackle det hvordan man nu kan. For man kan også skabe større problemer hvis man så giver pengene til kvinderne og så får de bare bank så mændene kan få pengene. Problemet er sådan set ikke om de får Cash eller ej, problemet er kønsrollerne, og det er der man ligesom må lave nogle diskussioner og prøve at facilitere en eller anden dialog omkring om det er okay. Så det er nok mest den måde vi tackler det på vil jeg sige.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 1 reference coded [2,98% Coverage]

Reference 1 - 2,98% Coverage

(I) Ja. Nu har vi jo stort set været igennem det hele, men lige et ekstra spørgsmål – nu er der jo nogle fødevarerprogrammer der kører med Food Aid vs Cash Transfer, har du nogen mening om sådan et program, når man vælger enten fødevarerhjælp eller giver folk en lille portion penge til selv at kunne købe

(S) Det kommer meget an på... Hvis de penge kan bruges fornuftigt ude i lokalsamfundet så kan det jo være godt, og stimulere landbrugsproduktion og sådan nogle ting, men det kommer meget an på det enkelte område

PSNP

Sub note to: Food Aid versus Cash Transfer

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 1 reference coded [2,81% Coverage]

Reference 1 - 2,81% Coverage

3. Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?

☒ The Cash and voucher are newly introduced food transfer modalities 2yrs or so and it is difficult to draw a conclusion from these very recent interventions were most of the period (6 months) were used to pilot

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 8 references coded [23,10% Coverage]

Reference 1 - 7,43% Coverage

1. In 2010, Danida donated 25 million DKK to the World Bank's PSNP project in Ethiopia. What is the status of the PSNP project right now?

PSNP is still in its implementation phase, which will end by the end of 2014. At the moment, the next phase of the programme is being designed in collaboration between development partners and the Ethiopian government. The next phase is expected to run from 2015-2020. The PSNP is not a World Bank project; rather it is a government programme to which the World Bank and nine other donors including Denmark contribute the large majority of the funds.

In addition to the 25 million DKK committed in 2010, Denmark made another contribution to the PSNP in 2013, through the regional Danida programme 'Horn of Africa Productive Capacities and Resilience 2013-2015'. The programme has three components –the first component is support to the regional organisation IGAD, the second component is support to activities by FAO and NGOs in Somalia, and the last component is support to PSNP. The programme totals 200 million DKK across the three components, of which PSNP receives 83 million DKK. In the PSNP, beneficiaries work on public works a few days a month, six months a year, and in return they receive either food or cash.

A public work could for instance be constructing a school, a road, water wells, or rehabilitation of land –projects that will benefit the local community.

Reference 2 - 2,01% Coverage

3. Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?

In case of the PSNP, the answer is yes, the programme had a positive effect on the food security situation in Ethiopia by lowering the number of months in a year that households do not have enough food. But bear in mind that the programme combines both cash and food transfers.

Reference 3 - 4,26% Coverage

4. What can influence a project like PSNP that will make the project a failure or success?

PSNP is a very large programme, with around 7 million beneficiaries receiving support in seven out of nine regions in Ethiopia. Hence, lots of factors contribute to making the programme a success. One of the things that make the PSNP a well-functioning programme is that it is run by the Ethiopian government using government systems and with engagement and commitment from both government and development partners. It reaches all the way down to community level and engages the communities in programme decisions (e.g. on what type of public works to be done through the programme). It has also been successful in institutionalising programme learnings and has on that background improved its performance year by year.

Reference 4 - 1,51% Coverage

5. In the PSNP project Danida gave money to, how were people selected if they were part to be part of the project or not?

The PSNP covers chronically food insecure households, e.g. households that needed assistance from others to cover their own food needs for three consecutive years.

Reference 5 - 4,30% Coverage

6. How has Danida taken the “Human Rights Watch” report into consideration when it accuses the PSNP project for exclusion of people according to political belief?

First of all, the Embassy in Addis closely follows the human rights dialogue in Ethiopia. We continuously emphasise to the authorities that respecting human rights is a pertinent issue, and we partake in the regular EU “Article 8 dialogue” with the Government, where these issues are being raised. During our engagement with the PSNP, there have not been reported any detection of abuses or exclusion that we are aware of, despite monitoring missions from development partners. That being said, we continue to closely follow human rights issues in Ethiopia, and we use our engagements such as PSNP as a platform for continued dialogue with the government.

Reference 6 - 1,85% Coverage

7. How does Danida cope with corruption in food aid projects in Ethiopia?

Danida has a no-tolerance policy towards corruption in any programme or project supported by Danida. You can find Danida’s anti-corruption policy on the Danida Aid Management Guidelines webpage, on <http://amg.um.dk/en/policies-and-strategies/freedom-democracy-and-human-rights/>

Reference 7 - 1,13% Coverage

8. What is Danida’s view on the Ethiopian government’s project ‘food for work’?

I am not familiar with this project. I suppose you are referring to the PSNP, which is the main food-for-work programme in Ethiopia.

Reference 8 - 0,61% Coverage

10. Does Danida have food security projects in Ethiopia?

Denmark supports the PSNP in Ethiopia, as mentioned above.

PSNP Advantages

Sub note to: PSNP

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 2 references coded [9,42% Coverage]

Reference 1 - 7,25% Coverage

1. What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? (NB- the word food aid is changed to food assistance by WFP since 2008 as a lot of food assistance tools are incorporated)

☒ It enabled clients to access fresh foods ☒ It enabled them access locally produced and different varieties of foods. E.g. Food aid provides grains of wheat/maize/sorghum as cereals but cash and voucher provides processed foods like pasta, rice etc

☒ In HIV programs the way food in kind provision is managed (having one store or warehouse where food distribution is done) subjects clients to stigma and discrimination while Cash and vouchers reduced this enormously

☒ Food can be accessed by clients without traveling very far as locally operating traders are involved to provide the food commodities

Reference 2 - 2,17% Coverage

Please keep in mind in food in-kind provision also has an advantage in areas where food is not available or in emergency situations where markets are not functioning or functioning well where the voucher or cash you provide will be meaningless

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 1 reference coded [4,67% Coverage]

Reference 1 - 4,67% Coverage

2. What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have?

In the case of PSNP, both cash transfers and food is used as a means of support to the programme beneficiaries. One of the advantages of distributing cash instead of food is that there is often less delay with cash transfers compared to food, as it can 'move around' faster and does not need to be sourced from suppliers first, as food needs to be. Of course, cash can only be distributed where food is available to buy for the local population –if there is low availability of food locally, cash can be the preferred mode of transfer. The inflationary effects have been examined a number of times in the PSNP, and to date, there has been no evidence that transfer of cash instead of food has had any significant effect on local inflation.

PSNP Disadvantages

Sub note to: PSNP

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 1 reference coded [4,85% Coverage]

Reference 1 - 4,85% Coverage

☒☒ What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have? ☒☒ The disadvantage of food in kind was that there was no provision for fresh foods, locally produced foods, it cannot be accessed easily as the distribution is done at a given point and it is not close to clients.

☒ Please keep in mind in food in-kind provision also has an advantage in areas where food is not available or in emergency situations where markets are not functioning or functioning well where the voucher or cash you provide will be meaningless

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 1 reference coded [4,67% Coverage]

Reference 1 - 4,67% Coverage

2. What advantages does a project like food aid versus cash transfer have? What disadvantages does a project like food aid versus cash transfer have?

In the case of PSNP, both cash transfers and food is used as a means of support to the programme beneficiaries. One of the advantages of distributing cash instead of food is that there is often less delay with cash transfers compared to food, as it can 'move around' faster and does not need to be sourced from suppliers first, as food needs to be. Of course, cash can only be distributed where food is available to buy for the local population –if there is low availability of food locally, cash can be the preferred mode of transfer. The inflationary effects have been examined a number of times in the PSNP, and to date, there has been no evidence that transfer of cash instead of food has had any significant effect on local inflation.

Food Security

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 3 references coded [11,30% Coverage]

Reference 1 - 5,60% Coverage

7. What are the biggest challenges when doing a food security project in Ethiopia? ☐ Food security projects/interventions in our HIV project is interpreted as enabling PLHIV sustainably address their food and nutrition requirements

☐ In this line the biggest challenge is creating client empowerment to make PLHIV realize that they can join the work force and be productive, engage themselves in economic strengthening initiatives to earn their own living

☐ Stigma and discrimination deters PLHIV from engaging in different jobs as they are preserved as being sick all the time, less productive, transmit the virus etc.

Reference 2 - 2,49% Coverage

8. Does WFP think it possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

☑ Inline to the above explanation , yes we do and we already have a food assistance and a sustainable food security intervention that was launched since 2012

Reference 3 - 3,20% Coverage

9. Could a future projects for improving food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia be something WFP would do?

☑ We are already doing this but food security per se is not our final goal. The food security situation of the PLHIV we are working with is expected to enable them access basic social services like education and medical services

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 5 references coded [9,73% Coverage]

Reference 1 - 2,01% Coverage

3. Has the food aid versus cash transfer had any effect on the food security situation in Ethiopia?

In case of the PSNP, the answer is yes, the programme had a positive effect on the food security situation in Ethiopia by lowering the number of months in a year that households do not have enough food. But bear in mind that the programme combines both cash and food transfers.

Reference 2 - 1,51% Coverage

5. In the PSNP project Danida gave money to, how were people selected if they were part to be part of the project or not?

The PSNP covers chronically food insecure households, e.g. households that needed assistance from others to cover their own food needs for three consecutive years.

Reference 3 - 0,61% Coverage

10. Does Danida have food security projects in Ethiopia?

Denmark supports the PSNP in Ethiopia, as mentioned above.

Reference 4 - 4,31% Coverage

13. Due to the fact that HIV/AIDS is a big problem in Ethiopia, does Danida think it possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

As this is not an area where Danida at the moment engages in Ethiopia, there is no thinking around that kind of project at the moment. Better placed to answer this question would probably be NGOs working on the ground with food security and/or HIV/AIDS issues –they would be able to tell you their view on the possibilities for creating such projects.

Also bear in mind that Danida usually does not directly implement project directly; rather we design programmes that have a number of implementing partners –that could be national governments, UN bodies, civil society organisations etc. –that will deliver the projects on the ground.

Reference 5 - 1,30% Coverage

14. Is Danida actually planning future projects to improve food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

At the moment, this is not an area of work for Danida in Ethiopia and there are no immediate plans to embark on such a project.

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 12 references coded [14,51% Coverage]

Reference 1 - 0,19% Coverage

(I) Hvordan sikrer man så når de er færdige med sådan et forløb her, at de så ikke går tilbage til begyndelsen med at være underernærede og fejllernærede?

Reference 2 - 2,98% Coverage

(M) Jamen på den måde er det jo slet ikke en langsigtet strategi, for det er ligesom en strategi for at ramme en kritisk periode i forbindelse med opstart af behandling. Man forventer sig ligesom at det har en stigning i behovet for ernæring lige når man starter behandling, fordi der sker hele den her restitution og bekæmpelse af infektionen. At det så er et særligt gunstigt tidspunkt at få en synergi mellem medicin og ernæring. Der kan godt laves mere forskning i at identificere, vi havde jo den her gruppe der fik udskudt supplementet med 3 måneder, både fordi vi skulle have en intern kontrolgruppe, men også fordi det er ikke sikkert at det skal være lige med det samme man starter behandling at man får supplement, der er noget der tyder på, at man har bedre udbytte af den ernæring hvis man reducerer sin virus lidt først. Vi kan se i sub-analyser og data, at det er dem der har fået reduceret virus hurtigt som også tager noget mere muskelmasse på. Så ideelt set er det måske ikke 3 måneder efter man er startet behandling, men lidt efter man er startet behandling. Så for at svare på dit spørgsmål, så er det her ikke en langsigtet strategi for at fixe ernæringsproblemet, det er en målrettet strategi for at bruge et supplement til at fremme den allermest kritiske fase, og der bliver vi jo selvfølgelig nødt til at gå sammen med nogen programmer som er en helt anden type, som sætter på det bagved liggende problem. Og det program er jo for hele husholdet, det har jo ikke kun noget med patienten at gøre. Men man kan sige, at på den måde som det er, så minder det jo slet ikke om deres kost på nogen måde, og det bliver leveret sammen med medicinen, så det er rimelig velegnet til at få som en integreret del af behandlingen. Det var også noget af det vi interesserede os meget for, for de her de bor i fødevarer-sikre hushold. Deres børn mangler jo også mad, selvom de måske har et særligt behov fordi de har HIV. Det kan også være der er andre i husholdet der har HIV. Det er svært at dokumentere, men det ser ud til at folk opfatter det som en del af deres medicinske behandling og man kan holde det separat, modsat hvis man som organisation giver en eller anden food-basket, så er det naturligt at den vil blive delt ud, men det er der mange der ikke tager højde for. De beregner kun

ud fra at der ligesom er den her patient uden ligesom at tænke over om der er et eller syv børn i familien.

Reference 3 - 1,40% Coverage

(I) Ja for hvordan får man så patienten til bagefter at sige at den normale mad jeg får, om det er fra fødevarehjælp eller hvad det er, at det egentlig også er medicin. Får når du får sådan et ernæringsprodukt, så er det jo nemt at sige at der her, det er medicin, men hvis vi snakker grøntsager eller kød eller lign – såå....

13:57

(M) Der er sådan nogle opgørelser over hvor godt ernæring er blevet integreret som en del af HIV behandlings programmerne i forskellige afrikanske lande. Og langt de fleste har et eller andet, men hoveddelen af dem er sådan noget counselling, patientuddannel- se hvor de får noget vejledning. Det er jo et fint udgangspunkt, men det batter ikke så meget hvis man er fødevarer usikker og ikke har adgang til en god kost. Men sådan noget er meget udbredt, både med hygiejne omkring fødevarer og variation, der er sådan nogle principper, som du sikkert har set, national guidelines, de 7 principper, fra WHO eller WFB. Så selve det der med rådgivning, det tror jeg der er en del af, men for mange hvor der ligesom er en fattigdomsbarriere til at få fat i den der kost, så skal der selvfølgelig noget mere til.

Reference 4 - 0,48% Coverage

(I) Ja, jeg tænker. Hvis det er en familie med børn, så vil børnene vel automatisk få først af maden, og så får forældrene hvad der er tilbage. Eller bliver det delt mere ud i små rationer?

(M) Det ved jeg ikke lige om jeg kan svare på hvordan det specifikt er i Etiopien med det, men det er selvfølgelig naturligt at man også deler mad med børnene. Tænker du på når man får noget ekstra mad?

Reference 5 - 0,20% Coverage

(I) Næ, mere hvis en mor nu skal tænke sin mad som medicin, men hvis du kun har en mængde mad og du har syv sultne børn, så er det måske børnene der får mad først, og

Reference 6 - 1,01% Coverage

så er der måske ikke så meget tilbage til hende, til at få den mængde mad hun har brug for, for at opretholde noget livskvalitet.

(M) Ja, der er fordelen jo ved det supplement at man ser det som en del af ens HIV be- handling, så er der lavet et kvalitativt studie hvor man ligesom hører deres argumenter for om de deler det eller ikke deler det, hvor mange nævner det her med at det jo er noget der er særligt til mig fordi jeg har HIV og derfor har jeg et større behov. Og det kan man måske nok forestille sig at det ikke er den samme tankegang man har om hus- holdsmadet, det er jo fair nok at det indgår som en del af familien. Der handler det jo nok om at hæve niveauet for hele familien hvis det skal kunne lade sig gøre. Der er det nok svært at se for sig at man skal reservere mad. Er det det du tænker på?

Reference 7 - 2,06% Coverage

(I) Ja, så de ser maden som en del af deres behandling med at jeg er nødt til at have så meget at spise for ligesom at kunne stå op om morgenen og arbejde.

(M) En ting er jo at vide hvor meget, en anden er jo at have det tilgængeligt. (I) Lige præcis. I den artikel du snakkede om, der var nemlig også en der sagde at det der pro- dukt, det var simpelthen hvad han fik at spise, og det var det han ligesom så som hele hans mad, og hvordan kommunikerer man så vigtigheden af mad til en person som ikke har adgang til andet mad end det her produkt.

(M) Ideen med det her, det er jo at det er et supplement, så det er jo meget relevant at se på om det rent faktisk bare går ind og erstatter noget af maden, og interviewene var der eksempler på begge dele, der var også nogen der sagde at hvis der ikke var nok mad om morgenen, så må jeg lade det være til de andre, for jeg har jo det der. Og det er jo også meget naturligt. Men hvis vi

sådan har set nærmere på vores kostregistre- ringsdata, vi har jo lavet alt det der registrering af hvad de ellers får at spise, som er svært at få præcist, men i hvert fald så er det godt til at sammenligne de store grupper, så dem der har fået med og dem der har fået uden, og når de der starter på at få sup- plement, om der overhovedet sker en ændring. Det ser ud til at det hovedsageligt bliver brugt til et supplement oveni deres kost, og de ikke bare tager tilsvarende mængde ud af deres anden kost. Men det er jo nok tilbage til ressourcer og fattigdom, mere end vi- den, så man kan sige at god kommunikation er selvfølgelig udgangspunkt, men hvis man ikke har ressourcerne til at efterleve de gode råd, så nytter det ikke.

Reference 8 - 2,39% Coverage

(I) Jeg tænker på, hvis en person har nogle følgevirkninger af stunting fra barndommen, og så også har HIV-aids og så får wasting og taber alt det her muskelmasse. Hvad gør det for livskvaliteten.

(M) Det ved jeg ikke om jeg kan svare på, det er jo ikke noget jeg har set på. Men man kunne jo sagtens forstille sig at man i det kroniske lange forløb under påvirkning af un- derernæring hvor man ikke har noget at stå imod med, er mere sårbar overfor... Jeg har ikke set nogen der har kigget på sammenhængen mellem det. Jeg ved snart ikke hvilken type studie det skulle være. Som udgangspunkt ved man jo nærmest ikke, når patienter kommer ind i et eller andet program, så er det jo først der de bliver fulgt, så man har ikke særlig meget data på hvor meget de har tabt sig inden de går i gang, altså som en konsekvens af sygdommen, det er meget et fund om man ligesom ser på det. Man ser ligesom mere på hvad deres aktuelle underernærings situation når de går i gang, om hvor meget af det der så skyldes det mere langsigtede fødevaresikkerhed og fattigdom og hvor meget der direkte skyldes at de har tabt sig under sygdomsforløbet, det kan man jo ikke rigtig skille fra hinanden. Men man kan se at jo mere man tager på i den første fase i den medicinske behandling, det er dem der også har de bedste behandlings- forløb. Og det er der, der er størst overlevelse. Men man kan selvfølgelig sagtens fore- stille sig at den der længere påvirkning af – man kan sige at hele den der sårbarhed som HIV giver i forhold til ernæring, jo dårligere stillet man er i forvejen, jo mere sårbar er man også over for de konsekvenser der er i HIV. Og det er jo også det, HIV har jo det samme fysiologiske forløb andre steder i verden, men man ser ligesom ikke de her pro- blemer på samme måde i vores del af verden, men det kunne jo

sagtens relateres til at man har mere at stå imod med som udgangspunkt, og at man så også har en bedre kost undervejs i forløbet.

Reference 9 - 0,85% Coverage

(I) Tror du det vil være muligt i et land som Etiopien at lave projekter med fødevarer- sikkerhed hvor man fokuserer på HIV-aids patienter? (M) Projekter med fødevarer- sikkerhed? (I) Ja

(M) Altså World Food Programme havde deres Urban HIV Programme, som var sådan et program hvor man prøvede at støtte HIV patienter på forskellige måder, altså de har jo selvfølgelig deres forskellige fokusområder, børn og sådan noget, og så har de et pro- gram der fokuserede på HIV patienter på sådan en lidt bredere måde end vores inter- vention handler om. Det er noget med nogle food baskets og noget uddannelse og noget støtte med skolegang med børn, så det findes. Jeg ved faktisk ikke helt hvorfor det en-

Reference 10 - 1,06% Coverage

ten er blevet nedlagt eller... Man kan se det som et eksempel på det der med at det om- råde hvor vi arbejder i, det er der hvor der er størst fødevarer- sikkerheds problemer, så var det ikke med i det på grund af at det ikke er et fokus område. Men man havde sådan et program som lød lidt som det du spørger om. Man kan jo også undersøge lidt nærmere på hvorfor var det egentlig at det blev stoppet. Man kan sige, at i forhold til alle mulige andre der er påvirket af fødevarer- sikkerhed, så er det jo nogen gange som om at man nærmest har flere muligheder når man er HIV patient, fordi der har været mange flere midler, og der er jo organisationer der fokuserer på HIV patienter, så det er i høj grad sådan at som en del af de organisationer der har fokus på HIV kan få adgang til nogen af de ydelser der. Hvad enten det er indkomstgenerering eller andre strategier.

Reference 11 - 1,44% Coverage

(I) Er Etiopien et land hvor det vil være muligt at dyrke nok mad til hele befolkningen tror du?

(M) Det kender jeg ikke til, det er ikke lige mit område

(I) Det kunne jo godt være at du havde sådan en ide om at det egentlig var et frodigt land og man bare ikke fik det dyrket ordenligt

(M) Jamen en ting er jo den normale situation, og så er der sådan noget med regn der slår fejl og hungersnøds perioder. Den problemstilling er heller ikke så relevant i det område af Etiopien hvor vi har arbejdet. Der er det helt sikkert ikke mængden af produceret mad der er problemet, det er adgangen for det enkelte individ eller familie som hænger sammen med fattigdom. Så det er sådan en lille smule – normalt ser man hungersnød og sultne børn hvor der er helt godt, det er sådan lidt specielt at komme her. Der er meget meget frodigt og grønt der i det sydvestlige Etiopien, og så er der alligevel en stor børneafdeling med svært underernærede børn. Maden er til stede, men ikke tilgængelig for de her familier. Så det kan helt sikkert godt forekomme, men om man i det store og hele kan producere nok mad, det kan jeg ikke lige svare på. Altså jeg ved det handler

Reference 12 - 0,46% Coverage

nok meget om den enkelte families ressourcer, det handler meget om jordbesiddelse og problemstillinger med at familien opdeler jorden i mindre og mindre stykker til børnene og man sidder inde med for lidt ressourcer. Så det er i hvert fald mit klare indtryk at det tit er tilgangen mere end hvor meget mad der findes. Uden at vide hvad den overordnede fødevareproduktion er.

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 4 references coded [8,17% Coverage]

Reference 1 - 4,00% Coverage

(I) Så kan jeg godt lige se at mine næste spørgsmål måske ikke bliver så relevante, eller om I overhovedet har haft noget at gøre med - fordi de jo i Etiopien har haft Food Aid versus Cash Transfer, er det overhovedet noget I har arbejdet med?

(F) Altså vi betragter jo sådan set os selv som førende inden for Cash transfer, det er noget vi gør mere og mere, jeg tror at vi nu er på 2/3 af vores volumen af hjælp inden for nødhjælpsområdet som går til Cash Transfer. Fordi det udover at de er super nemt og praktisk, fordi man de fleste steder nu til dags kan bruge mobiltelefoner til at overføre penge med, så det vil sige at alle de her problemer der er med lang transport og dårlige veje og oversvømmelser, dem kan man overkomme ved simpelthen at lave Cash Transfer på telefonen. Så det løser en masse kæmpe logistik problemer, så det er selvfølgelig praktisk. Derudover så er det rigtig vigtigt i forhold til at vi arbejder inden for det der hedder en rettighedsbaseret tilgang, det ved jeg ikke om du har hørt om? (I) Nej

(F) Okay, det er faktisk også nu, ved hjælp af blandt andet vores lobbyarbejde, at det er blevet en del af den danske regerings udviklingspolitik, et princip hvor man ligesom arbejder med at vi hjælper med at styrke civilsamfund, og med folk i andre lande, ikke fordi det er synd for dem, men fordi de har nogle rettigheder der bliver krænket. For eksempel retten til mad og retten til skolegang, retten til sundhed, som deres lande sådan set har underskrevet i Genevekonventionen. Så udgangspunktet, eller fordelene ved Cash Transfer er også at det er en meget værdig måde at hjælpe folk på, fordi de selv kan bestemme hvad de vil bruge pengene til. Det gør jo, at de inden for den der lille bitte sum de får, kan de jo godt bestemme, at i stedet for at købe salt, så vil de sende et barn i skole. At man selv ligesom kan vurdere hvad det er man har mest behov for i den familie, så der ikke bare kommer et eller andet færdigt som andre har bestemt. Så på den måde er det også et meget vigtigt redskab i at hjælpe folk til at bevare deres værdighed og deres valgmuligheder.

(F) Så det bruger vi faktisk rigtig meget. Der kan være nogen problemer med det i forhold til, for eksempel hvis folk nu ude i en eller anden lejr, eller ude i bushen får nogen penge, og der ikke er noget at købe, så kan de jo sådan set ikke bruge de der penge til ret meget. Man kan jo trods alt ikke æde penge. Men så bruger man det der hedder et voucher system i stedet for. Det ved jeg ikke om du kender? (I) Jo, jeg har hørt lidt om det

(F) Men det går simpelthen ud på at man får sådan en værdikupon, en voucher, til nogle bestemte varer, og fordelene ved det er, at den organisation der deler dem ud, kan indgå en aftale med nogle leverandører som så er sikre på at de får det afsat, for nogen gange i de der fjerne områder, der

tager folk ikke ud og sælger varer fordi de ved ikke om det bliver solgt, og det er for besværligt. Men hvis nu man siger at der er 400 mennesker her der fået vouchers til at købe ris, så hvis du leverer det så ved du også at det bliver solgt. Så det giver en bedre mulighed for at sikre at der rent faktisk kommer madvarer ind i området. For så kan man lave de aftaler med leverandørerne, og på den måde kan

Reference 2 - 1,84% Coverage

det voucher system være bedre i nogen sammenhænge. Men man skal selvfølgelig i hver situation vurdere hvad det er for et redskab der er bedst.

(F) Vi har desværre ikke det rigtig pæne print, fordi det er vi løbet tør for, men jeg har skrevet det her ud til dig, og her alle de forskellige dilemmaer og principper ridset op. Og vi har også, det er altså ikke for at tørre dig af med alle mulige publikationer, men vi har det magasin som vi udgiver 4 gange om året, og det er ikke ret længe siden vi havde et tema nummer omkring lige præcis det der med Cash Transfer, så det må du gerne få

(I) Fantastisk, det er meget rart nogen gange lige at læse forskellige sider af det, netop fordi der er så mange meninger om det her nu er en god ide

(F) Og selvfølgelig er der nogen faldgrupper og sådan, men vores fordel er jo at vi i rigtig mange lande har langvarigt samarbejde med de der lokale organisationer, så vi skal ikke ligesom starte forfra når der sker en katastrofe. Vi ved godt hvem der er gode til hvad, og hvem der kan ordne det, og på den måde er det faktisk et meget – også hvis man ser rent økonomisk på det, det kræver at man kvalitetssikrer og laver en kontekst analyse, men det er meget billigere end at organisere lastbiler og alt det der logistik. Og det fungerer super effektivt, og folk er glade for det. Også netop fordi det har den der, at de bliver ikke umyndiggjort ved at komme hen og få en eller anden lille pakke fra en lastbil. Så det er rigtig vigtigt

Reference 3 - 1,38% Coverage

(I) Tror du det er muligt, i et land som Etiopien, at lave sådan nogle fødevarerikkerheds projekter for folk med HIV-aids?

(F) Jamen det gør vi. Det er jo en del af det der med at vi arbejder med nogle land- brugsprojekter, men også i forhold til at sikre at folk, også de HIV smittede, er med i de der små lokale udviklingskomiteer, byråd og sådan der findes i Etiopien, hvor der bliver taget beslutninger omkring hvem der har adgang til hvilke marker, og kan vi sikre os at vi får nogle podede æbletræer fra den der forskningsstation og hvad de ellers har af planer og ønsker i det område. At de behov som HIV smittede har også er taget i betragtning i de der diskussioner, og de er med i beslutningsprocesserne. Så det kan man sagtens. Og før i tiden, da der ikke var behandling, så var man jo typisk udfordret af, at folk mistede deres arbejdskraft meget hurtigt og blev meget svækkede og derfor ikke kunne gå i marken. Men med HIV medicin er det problem jo faktisk ikke så stort mere. Men det var jo selvfølgelig noget man måtte forholde sig til, og så se om man kunne få andre til at hjælpe sig med de praktiske ting.

Reference 4 - 0,95% Coverage

(I) Men når man snakker HIV-aids og ernæring, er det så et virkelig stort problem, eller bliver det mere undermineret af andre problemer som sult problemet?

(F) Det spiller jo meget sammen, det gør det. Fordi vi har vores faglighed og vores bobler, men for det mennesker vi snakker om, der er der jo ikke nogen adskillelse mellem din sundhed og din adgang til mad og din medicin og dit liv i det hele taget. Det er selvfølgelig en udfordring det der med at få forbedret mange ting på en gang, det er du nødt til for at forbedre folks situation. Det nytter ikke at de kan få medicin hvis de ikke har noget mad, og det nytter ikke de har mad hvis ikke de får noget medicin. Man er nødt til at arbejde på mange planer på en gang for at det virkelig skal rykke noget.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 2 references coded [7,78% Coverage]

Reference 1 - 4,81% Coverage

(I) Tror du det vil være muligt i et afrikansk land at lave nogle fødevarer sikkerhedsprogrammer hvor man fokuserer på HIV-aids patienter? Sådan så man er sikker på at de kan få en god ernæring.

(S) Ja det tror jeg sagens man kunne. Det kender vi jo fra andre ting med underernæringsprojekter med børn, også med specifikt fødevarer til det. Der arbejder vi jo med noget der hedder Plumpynut der er jordnødder baseret og sådan nogen ting. Så det kunne man sagtens. Forty fight foods hvor man ligesom kigger på den ernæring der er i området, hvis det er xxx eller majs, hvordan kan vi så styrke den grundlæggende ernæring de har med de mineraler, det kan være A-vitamin, det kan være C det kan være magnesium, det kan være nogle af de andre mikroelementer som skal til for at gøre den endnu bedre den diæt der er i området, men som så ikke er god nok måske

Reference 2 - 2,96% Coverage

(I) Sådan et problem som HIV og ernæring, bliver det nogen gange undermineret af andre store problemer i udviklingslandene, såsom sult problemet?

(S) Ja, og tuberkulose også. Ja, plus at vi også ser at underernæring og madsikkerhed bruges politisk, dels af magthaverne men også at nogle af de her underernæringsproblemer skyldes at der er mad nok, men at distributionen eller skatter eller et eller andet gør at det så ikke når ud. Så det kan nogen gange godt være et problem fordi fødevarer sikkerheden også er et politisk instrument.

Nutrition Security

Sub note to: Food Security

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 1 reference coded [6,78% Coverage]

Reference 1 - 6,78% Coverage

10. How is WFP involved in educational work regarding HIV/AIDS, health and nutrition in Ethiopia?

☒ In the HIV program there are community volunteers who are PLHIV themselves who are trained on basic nutrition education. These people go from home to home counseling and educating PLHIV on basic nutrition, food hygiene and sanitation issues.

☒ Health educations are provided at health institutions when PLHIV are coming to collect their medications/ARV

☒ The volunteers also organize community dialogues where PLHIV and pregnant and lactating women living with HIV are coming together to receive health education on reproductive health, Family planning, Infant and young child feeding etc. This is also a forum for them to exchange their challenges

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 1 reference coded [1,40% Coverage]

Reference 1 - 1,40% Coverage

(I) Ja for hvordan får man så patienten til bagefter at sige at den normale mad jeg får, om det er fra fødevarehjælp eller hvad det er, at det egentlig også er medicin. Får når du får sådan et ernæringsprodukt, så er det jo nemt at sige at der her, det er medicin, men hvis vi snakker grøntsager eller kød eller lign – såå....

(M) Der er sådan nogle opgørelser over hvor godt ernæring er blevet integreret som en del af HIV behandlings programmerne i forskellige afrikanske lande. Og langt de fleste har et eller andet, men hoveddelen af dem er sådan noget counselling, patientuddannel- se hvor de får noget vejledning. Det er jo et fint udgangspunkt, men det batter ikke så meget hvis man er fødevareusikker og ikke har adgang til en god kost. Men sådan noget er meget udbredt, både med hygiejne omkring fødevarer og variation, der er sådan nogle principper, som du sikkert har set, national guidelines, de 7 principper, fra WHO eller WFB. Så selve det der med rådgivning, det tror jeg der er en del af, men for mange hvor der ligesom er en fattigdomsbarriere til at få fat i den der kost, så skal der selvfølgelig noget mere til.

Nutrition and ART

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 1 reference coded [6,78% Coverage]

Reference 1 - 6,78% Coverage

10. How is WFP involved in educational work regarding HIV/AIDS, health and nutrition in Ethiopia?

☑ In the HIV program there are community volunteers who are PLHIV themselves who are trained on basic nutrition education. These people go from home to home counseling and educating PLHIV on basic nutrition, food hygiene and sanitation issues.

☑ Health educations are provided at health institutions when PLHIV are coming to collect their medications/ARV

☑ The volunteers also organize community dialogues where PLHIV and pregnant and lactating women living with HIV are coming together to receive health education on reproductive health, Family planning, Infant and young child feeding etc. This is also a forum for them to exchange their challenges

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 1 reference coded [4,08% Coverage]

Reference 1 - 4,08% Coverage

12. Does it mean that Danida does not see nutrition as part of HIV/AIDS treatment when the Danida report from 2005 “Strategy for Denmark’s Support to the International Fight against HIV/AIDS” has no mention thereof?

At the time of designing the strategy, nutrition was not a high priority issue –strategies unfortunately cannot capture all important issues at once. However, this does not mean that nutrition cannot be integrated as an important part of Danida projects fighting HIV/AIDS. Do also note that the strategy does mention nutrition as part of the necessary care for children/orphans affected by HIV/AIDS. It should furthermore be noted that organisations Danida work with, such as the WFP and IFAD, have nutrition as an integral part of their programme activities.

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 7 references coded [9,90% Coverage]

Reference 1 - 0,95% Coverage

(I) Ved man så overhovedet hvor mange af de patienter der er underernærede eller fejlnærede?

(M) Nej, man har... Det er ikke en standard ting.... Man noterer på patienterne når de kommer ind i behandlingsprogrammerne, der noterer man måske deres vægt, men me- get sjældent deres højde, så man har ikke sådan på alle i behandlingsprogrammerne et mål for underernæring. Det er mest for de forskningsprojekter der er lavet rundt om- kring. Altså vores for eksempel, er jo en kilde til det, hvor vi havde, jeg mener det er 25%, der er påvirket af en eller anden grad af underernæring og det er jo i vores del af landet. Og det er ikke den del der er hårdest ramt i forhold til fødevarer sikkerhed. Men det er ikke en standard oplysning man har i behandlingsprogrammerne.

Reference 2 - 1,55% Coverage

(I) Når en patient så er færdig med sådan et forløb og har taget på i vægt, vil de så kunne gå ud og arbejde fuld tid igen, eller vil det kun være deltid at de vil kunne klare at arbejde, når de ligesom har fået bygget kroppen op igen både muskler og..? (M) Altså det er jo meget forskelligt hvordan deres funktionsstatus egentlig er når de kommer ind i programmet. Man kan sige der er jo en del af dem der er sådan nogle der enten er blevet diagnosticeret sent eller af forskellige årsager er kommet sent ind i pro- grammet. Der er også folk der er meget velfungerende og allerede varetager et fuldtids arbejde, så det er bestemt ikke fordi at de fleste sådan er sengeliggende og uarbejds- dygtige. Mange er påvirket af... Altså hvor mange der er arbejdsløse, det er jo både fordi de ikke er i stand til at arbejde, der er jo også enormt meget stigma i det, man finder ud af man har HIV og man bliver fyret fra sit arbejde. Så det er ikke så enkelt at man kan sige at det bare kommer an på hvor meget muskelstyrke man har, om man er fuldt ar- bejdsdygtig eller ej. Men det er selvfølgelig et vigtigt parameter for ens arbejdsevne at få genetableret den der arbejdsevne. Og mange af dem har i den her kontekst fysisk krævende jobs hvor det er en ret vigtig parameter.

Reference 3 - 1,82% Coverage

(I) Hvor meget fokus er der egentlig på sådan patienter med HIV-aids og ernæring i dag? Fokuserer nogle af de her programmer i Etiopien overhovedet på ernæringsdelen i HIV-aids?

(M) ja det gør de som udgangspunkt, det er jo en del af WHO's strategi. Hvis du ser den nationale guideline, så har den det her ernæringsaspekt med. Og det er mit indtryk at det også bliver implementeret som sådan, men selve rådgivningen er en del af deres patient uddannelse, de har meget der er peer-education hvor det er HIV patienter der mere eller mindre frivilligt er tilknyttet klinikken, hvor de med en lille løn uddanner andre HIV patienter. Og så er der de her supplement programmer som du sikkert har læst om, som er food by prescription hvor man deler plumpy nut ud, som er et produkt der er udviklet til underernærede børn. Som er et program som var under opstart mens vi lavede vores studie og nu er blevet implementeret i Etiopien, der er en rapport som du måske også er stødt på, som evaluerer det undervejs. Det er enorme ressourcer man brugte på det, og måske også en lille smule ufokuseret i forhold til at ens outcome mål er at få alle patienter over en BMI på 18,5, og det er maksimalt 6 måneder man får supplement. Der er enormt mange patienter der får det her supplement i 6 måneder, det er ikke så mange man lykkes med. Men der er stigende fokus på det, og der sker rigtig mange initiativer, men der er meget lidt af det der sådan decideret er evidens baseret.

Reference 4 - 0,63% Coverage

(I) Ja, jeg synes det har været svært at finde noget der siger at i de her programmer, der har vi også lige ernæringsdelen med. Andet lige end fra WHO. Når jeg kigger på DA- NIDA's rapport om hvad er vores tilgang til HIV-aids, så er der mere sådan om forebyggelse og ikke så meget om selve behandlingen, og der står slet ikke noget om ernæring. (M) Nej, det er nok de nationale guidelines man skal kigge i der. Dem har jeg, nogen gange kan det være lidt svært at finde dem. Har du den der Food by Prescription rap-

Reference 5 - 0,24% Coverage

port? (I) Nej, den har jeg ikke. (M) Det er jo sådan noget videnskabeligt litteratur, den er udgivet....
Jeg kigger lige. (I) Jeg har kun fundet alle WHO's... - almindelig small talk omkring litteratur....

Reference 6 - 2,39% Coverage

(I) Jeg tænker på, hvis en person har nogle følgevirkninger af stunting fra barndommen, og så også har HIV-aids og så får wasting og taber alt det her muskelmasse. Hvad gør det for livskvaliteten.

(M) Det ved jeg ikke om jeg kan svare på, det er jo ikke noget jeg har set på. Men man kunne jo sagtens forstille sig at man i det kroniske lange forløb under påvirkning af un- derernæring hvor man ikke har noget at stå imod med, er mere sårbar overfor... Jeg har ikke set nogen der har kigget på sammenhængen mellem det. Jeg ved snart ikke hvilken type studie det skulle være. Som udgangspunkt ved man jo nærmest ikke, når patienter kommer ind i et eller andet program, så er det jo først der de bliver fulgt, så man har ikke særlig meget data på hvor meget de har tabt sig inden de går i gang, altså som en konsekvens af sygdommen, det er meget et fund om man ligesom ser på det. Man ser ligesom mere på hvad deres aktuelle underernærings situation når de går i gang, om hvor meget af det der så skyldes det mere langsigtede fødevareusikkerhed og fattigdom og hvor meget der direkte skyldes at de har tabt sig under sygdomsforløbet, det kan man jo ikke rigtig skille fra hinanden. Men man kan se at jo mere man tager på i den første fase i den medicinske behandling, det er dem der også har de bedste behandlings- forløb. Og det er der, der er størst overlevelse. Men man kan selvfølgelig sagtens fore- stille sig at den der længere påvirkning af – man kan sige at hele den der sårbarhed som HIV giver i forhold til ernæring, jo dårligere stillet man er i forvejen, jo mere sårbar er man også over for de konsekvenser der er i HIV. Og det er jo også det, HIV har jo det samme fysiologiske forløb andre steder i verden, men man ser ligesom ikke de her pro- blemer på samme måde i vores del af verden, men det kunne jo sagtens relateres til at man har mere at stå imod med som udgangspunkt, og at man så også har en bedre kost undervejs i forløbet.

Reference 7 - 2,31% Coverage

(I) Men det er jo også stadigvæk en vigtig problemstilling, maden er der, men de har ikke tilgangen til det. Jeg tror egentlig du har svaret på det sidste. Tror du at ernæring bliver en integreret del af HIV-aids – altså af ART treatment i fremtiden? (M) Man kan sige, at i øjeblikket i Etiopien der har de faktisk puttet det ind i deres guidelines, altså det gjorde de faktisk allerede dengang vi startede op med det her. Og det er en af grundene til at vi ikke har de svært underernærede med i vores studie. For man havde ligesom godkendt den her guideline der sagde, hvis folk har et BMI under 16, så skal de henvises til behandling af deres underernæring. Så der har vi en standard care for dem, og så kan man ikke gå ind og sige at vi randomiserer og der er nogen der ikke skal have noget. Det var bare ikke implementeret på det tidspunkt, så det var lige- som en del af vores projekt, at vi så støttede op om og sørge for at der var noget til dem, for at det ikke blev for ulogisk at vi ligesom sagde, okay I er helt underernærede, I får ingenting, og I er kun moderat underernærede så vi giver jer supplement. Så der var ligesom nogle år hvor man skulle finde ud af hvilket leje det skulle have, og det blev så skruet op i guidelines, så det nu er sådan at hvis man har et BMI, jeg mener, på under 18,5 at man skal tilbydes ernærings supplement. Så sådan er det lige nu, det virker be- stemt ikke som nogen sustainable strategi i forhold til deres evaluering af hvor dyrt det rent faktisk er det program. Det er ikke noget Etiopien selv ville kunne overtage. Det er US Aid der finansierer det i øjeblikket. Så det har helt sikkert ikke fundet sit leje endnu tror jeg, men et er noget der i nogle områder er meget fokus på. Hvor det andre steder bliver helt ignoreret. Så forhåbentlig handler det om at man får brugt de ressourcer der er tilgængelige på en lidt mere strategisk måde.

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 5 references coded [8,34% Coverage]

Reference 1 - 0,52% Coverage

(I) Men hvor meget uddannelses arbejde i ernæring og sundhed laver I i Etiopien? (F) Faktisk så arbejder vi slet ikke med uddannelse. Altså ikke hvis man sådan skal for- stå uddannelse som det formelle uddannelses system, men vi arbejder meget med ka- pacitetsopbygning og træning, vi arbejder ikke med skoler og lærerplanudvikling og uni- versiteter. Vi arbejder med community

training gennem vores partnere, og også direkte

Reference 2 - 3,54% Coverage

nogen gange selv. Og sundhed er sådan set ikke et fokus vi har. Vi har ligesom valgt access to basic social services og så arbejder vi med HIV-aids og reproduktive rettigheder. Så det er ligesom den niche vi arbejder i, så man kan sige at vi arbejder ikke med sundhed og uddannelse, men selvfølgelig laver vi en masse kapacitetsopbygning og træning og oplysningsarbejde omkring HIV-aids. Og det hænger også rigtig tæt sammen med ernæring, som du jo ved. Så det er lidt forskelligt i forhold til konteksten, men selvfølgelig når vi snakker om HIV smittedes og HIV påvirkedes livsvilkår og livskvalitet og alt sådan noget, så snakker vi også ernæring, på alle mulige måder. For mange af de mennesker her kan jo ikke læse og skrive, eller har ikke en basal forståelse for hvordan kroppen virker. Så man skal ligesom finde nogle kommunikationsmuligheder som de kan forstå. For eksempel i Malawi har de lavet sådan en meget smart ting hvor de har lavet sådan en tallerken og så er den delt op i 3, og så er der kulhydrater, xxxsima som er det de spiser, og så er der noget grønt og så er der noget bønner eller jordnødder eller proteiner. Og det er ligesom det man prøver at vise folk, at man skal have alle de 3 dele. Og sådan er der forskellige modeller og måder at kommunikere på, men selvfølgelig er det noget vi snakker om, at god ernæring er fuldstændig grundlæggende også for at HIV medicinen virker. For HIV medicinen, behandlingen, er blevet ret udbredt mange steder i Etiopien, men den dur ikke hvis ikke du får noget ordentlig at spise. Og derfor ligger mange af vores HIV aktiviteter også tæt op af fødevarerikkerhedsprojekterne, fordi der er den sammenhæng.

(F) Men noget af det vi arbejder endnu mere med i forhold til HIV-aids, det er hele det der problem omkring stigmatisering og eksklusion, fordi det er noget af det der også kommer til at påvirke folks fødevarerituation, hvis de pludselig bliver ekskluderet og de får ikke lov at gå i marken og de får ikke lov at være med til noget som helst eller tage nogen beslutninger om noget. Så det er noget vi arbejder rigtig meget med, og der har vi sådan en lidt speciel rolle fordi at det tit, i mange afrikanske lande især, er der en meget stærk religiøs fordømmelse af HIV smittede og et meget moralsk korstog, Uganda er jo et frygteligt eksempel. Hvor vores rolle meget er at gå i dialog med kirken, og så lytter de lidt mere til os fordi vi har den der kirkelige forankring, og derfor

kan vi nogen gange rykke nogen af de der meget konservative kirkeledere til at skrue ned for retorik-ken over for HIV smittede for eksempel, og også få nogen af dem til at gå ind og arbejde for, på en anden måde med HIV smittede og acceptere dem og integrere dem. Så det er meget den del af det vi arbejder med også. Ikke så meget nødvendigvis den der fysiske ernæring og medicin del, men mere med hele den der sociale stigmatisering.

Reference 3 - 1,38% Coverage

(I) Tror du det er muligt, i et land som Etiopien, at lave sådan nogle fødevarerikkerheds projekter for folk med HIV-aids?

(F) Jamen det gør vi. Det er jo en del af det der med at vi arbejder med nogle land- brugsprojekter, men også i forhold til at sikre at folk, også de HIV smittede, er med i de der små lokale udviklingskomiteer, byråd og sådan der findes i Etiopien, hvor der bliver taget beslutninger omkring hvem der har adgang til hvilke marker, og kan vi sikre os at vi får nogle podede æbletræer fra den der forskningsstation og hvad de ellers har af planer og ønsker i det område. At de behov som HIV smittede har også er taget i betragtning i de der diskussioner, og de er med i beslutningsprocesserne. Så det kan man sagtens. Og før i tiden, da der ikke var behandling, så var man jo typisk udfordret af, at folk mistede deres arbejdskraft meget hurtigt og blev meget svækkede og derfor ikke kunne gå i marken. Men med HIV medicin er det problem jo faktisk ikke så stort mere. Men det var jo selvfølgelig noget man måtte forholde sig til, og så se om man kunne få andre til at hjælpe sig med de praktiske ting.

Reference 4 - 1,95% Coverage

(I) Når man snakker HIV-aids, så snakker man meget forebyggelse. Men burde der være mere fokus på behandling og ernæring, og den ernæringsmæssige behandling? (F) Det ved jeg ikke om jeg er den rette til at udtale mig om. For grunden til at man fokuserede så meget på forebyggelse var jo fordi, på et tidspunkt var der ingen behandling. Så derfor var man ligesom nødt til at fokusere på det, og det er jo sådan set lidt det der er problemet for, for eksempel hvor mange

penge der bliver dedikeret til HIV- aids arbejdet nu fordi kurven er knækket de fleste steder, og folks forventede levealder er som ikke smittedes, og antallet af nye smittede er faldende, så derfor så er der ingen der gider finansiere HIV-aids. For 10 år siden var det jo bare the big thing, og det er det bare ikke mere. Så det er rigtig rigtig svært at få penge til det. Og det er skide farligt, for så går der måske nogle år, og så pludselig kan der komme en kæmpe eksplosion og alle folk har... Det er virkelig et problem. Så det er virkelig vigtigt at fokusere både på forebyggelse og på behandling. Og det er jo også interessant at der har været nogle af de der etiske diskussioner omkring det at behandling først var så dyr. Hvor der i Sydaf- rika var nogle firmaer der lavede kopi produkter, og så var folk oppe at køre over det, og patentlovgivning og alt det der. Men så sejrede det moralske eller det etiske alligevel. Så på en måde har det jo også været interessant, for det har nogle af de der diskussio- ner på spidsen. Så jeg synes ikke man kan sige det ene uden det andet. Det er rigtig vigtigt at gøre begge dele.

Reference 5 - 0,95% Coverage

(I) Men når man snakker HIV-aids og ernæring, er det så et virkelig stort problem, eller bliver det mere undermineret af andre problemer som sult problemet?

(F) Det spiller jo meget sammen, det gør det. Fordi vi har vores faglighed og vores bob- ler, men for det mennesker vi snakker om, der er der jo ikke nogen adskillelse mellem din sundhed og din adgang til mad og din medicin og dit liv i det hele taget. Det er selv- følgelig en udfordring det der med at få forbedret mange ting på en gang, det er du nødt til for at forbedre folks situation. Det nytter ikke at de kan få medicin hvis de ikke har noget mad, og det nytter ikke de har mad hvis ikke de får noget medicin. Man er nødt til at arbejde på mange planer på en gang for at det virkelig skal rykke noget.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 7 references coded [25,73% Coverage]

Reference 1 - 2,14% Coverage

(I) Da du arbejdede i Sydafrika med HIV-aids patienter, rådgav I så patienterne om ernæring?

(S) Jeg har været med helt fra starten. Og det gjorde vi, men havde ikke rigtig nogen supplerende tilskud til dem. Det var i Sydafrika ude i en xxxby der hedder Kariliche (?) og vi sagde selvfølgelig at ernæring var vigtig, men ellers var det jo primært medicin vi fokuserede på helt fra starten

Reference 2 - 1,35% Coverage

(I) Okay. Ved du om der er kommet en ernæringsvinkel på hvordan man rådgiver HIV- aids patienter i dag?

(S) Det mener jeg der er, ja

(I) Okay. Er det sådan indbygget i programmet, det der ART program som man sender patienterne igennem? (S) ja

Reference 3 - 4,69% Coverage

(I) Hvilke problemer løb du så ind i når man skulle rådgive patienterne? Forstår de vigtigheden af både at tage medicin og når man rådgiver om ernæring. Forstår de så vigtigheden af at få en ordentlig ernæring?

(S) Det synes jeg. Altså den måde vi greb det an på var, at for at man kunne komme i behandling skulle man komme med en treatment assistent, det vil sige det skulle være ens personlige hjemmehjælper, det kunne også være ens mor eller mand eller nabo eller... Altså ens personlige hjemmehjælper der ligesom var med til samtalen, og var med til at sige at det her det er rigtig vigtigt med ernæring og med medicin. Man må ikke miste ens medicin, og ens case bliver også taget op i the community council, så det council ligesom godtog at man nu kom på medicin, fordi det ikke bare var et personligt anliggende, men et community anliggende.

Reference 4 - 7,87% Coverage

(I) Er folk med HIV-aids oftere underernærede end folk uden HIV-aids? Er det et meget stort

problem?

(S) Ja det er det. Mange af dem kommer jo når de har fået AIDS i udbrud med tuberku-lose, så de er ofte underernærede. I hvert fald i starten af behandlingsdelen. Nu er vi mange steder også begyndt at sætte folk i behandling inden deres immunsystem bliver dårligt, dengang fik først behandling når deres CP4 tal var nede på 200, nu sætter vi dem måske i behandling på 350 eller 400, og det ikke når så langt ned i immunsystemet (I) Når jeg læser i min litteratur om HIV-aids, så er der rigtig meget om forebyggelse af HIV-aids, og ikke så meget med fokus på behandling og ernæring

(S) Det var fordi vi brugte 7 år på at få behandling ligestillet med forebyggelse. Det tog 7 år for Danida at ville give penge til behandling og ikke kun forebyggelse. Vi var oppe imod en meget stærk international lobby og en meget stærk medicin lobby som ikke ville have at det her kopi medicin skulle komme ud, men at vi skulle holde det herhjem- me. Det tog mellem 7 og 10 år, så det er derfor at behandlingsdelen halter efter. Det er heldigvis kommet meget hurtigt igen, men hvis du læser om det, så tog det 7 års kamp for at få det anerkendt på linje med forebyggelse. Fordi argumentet, synes jeg, var at behandling var en del af forebyggelsen. Du kan ikke få forebyggelsen til at virke med mindre du også har behandling at give.

Reference 5 - 4,81% Coverage

(I) Tror du det vil være muligt i et afrikansk land at lave nogle fødevarer sikkerhedspro-grammer hvor man fokuserer på HIV-aids patienter? Sådan så man er sikker på at de kan få en god ernæring.

(S) Ja det tror jeg sagens man kunne. Det kender vi jo fra andre ting med underernæ-ringsprojekter med børn, også med specifikt fødevare til det. Der arbejder vi jo med no-get der hedder Plumpynut der er jordnøddebaseret og sådan nogen ting. Så det kunne man sagtens. Forty fight foods hvor man ligesom kigger på den ernæring der er i områ- det, hvis det er xxx eller majs, hvordan kan vi så styrke den grundlæggende ernæring de har med de mineraler, det kan være A- vitamin, det kan være C det kan være magne- sium, det kan være nogle af de andre mikro elementer som skal til for at gøre den end- nu bedre den diæt der er i området, men som så ikke

er god nok måske

Reference 6 - 1,84% Coverage

(I) Hvad tror du der skal til for at lave forandringer i afrikanske lande når man fokuserer på HIV-aids og ernæring. Hvad kan det internationale samfund gøre?

(S) Jamen der er gjort rigtig meget på medicinen, altså 8 millioner mennesker er i behandling. Da vi startede tilbage for 10 år siden der var der kun nogle få hundrede i be-

Reference 7 - 3,02% Coverage

handling, og nu er der 8 millioner. Så jeg tror at bare fokuseringen på det, og det at det også bliver italesat og man ligesom for det op. Det var jo sådan vi fik hele behandlings- delen til at ændre sig, det at det kor af folk der overlever bliver større og større, så det viser sig at det rent faktisk kunne lade sig gøre at behandle med noget meget kompliceret medicin i nogle meget primitive settings. Så dels at man kan vise at det kan lade sig gøre, og tage det op til internationale konferencer, tage det med til Danida og tage det med rundt.

Food as Medicine

Sub note to: Nutrition and ART

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 6 references coded [9,85% Coverage]

Reference 1 - 2,40% Coverage

(I) Når I så siger at jeres RUSF's – udtaler man det sådan? (M) Ja, det hedder jo noget forskelligt i de forskellige artikler, så man kan kalde det forskellige ting. I starten kaldte vi det Ready to Use Supplementary Food, men gik over til at kalde det LNS (Lipid Based Nutrients Supplements), bare fordi der er flere der bruger det.

(I) I siger jo det kan forbedre behandlingen af HIV-Aids for voksne. Er det fordi at medicinen

virker bedre når de får det her produkt, eller de kommer sig bedre?

(M) Antagelsen er at de taber sig undervejs som en konsekvens af sygdommen, og det tærer på alle de forskellige typer væv, muskelvæv og fedtmasse og organmasse, og den her vægtstigning som kommer hos de fleste patienter når man starter med medicin, den kræver at man har en god ernæring for at man også får restitueret det væv. Man kan sige at nogle af de her fødevare programmer giver bare et eller andet med udgangs- punkt i at hvis man er underernæret så skal man have noget energi, men det er for at få folk til at tage på, men hvis det er ernæring af dårlig kvalitet så er det måske bare fedt man tager på, og så er det ikke sikkert man restituerer de her effekter. Det er jo både immunforsvar og den overordnede status det går ud over når man har tabt sig. Men specifikt i forhold til hvordan medicinen virker, der var min kollega som er medforfatter, Alemseged, han så på interaktioner med medicin og om der var forskel i resistens udvik- ling samkopieringsæstetikken som det hedder, altså forskel i hvordan medicin virker når man får supplement og ikke får supplement. Jeg ser lige om hans Ph.D. står inde på min hylde.... (Pause hvor Mette går hen og kigger)

(M) Det gjorde den desværre ikke, men jeg kan godt finde publikationerne til dig. Der er noget der tyder på at det godt kan være sådan en direkte farmakope genetisk effekt der med i det i hvert fald. Svarer det på dit spørgsmål? (I) Ja det tror jeg.

Reference 2 - 1,40% Coverage

(I) Ja for hvordan får man så patienten til bagefter at sige at den normale mad jeg får, om det er fra fødevarehjælp eller hvad det er, at det egentlig også er medicin. Får når du får sådan et ernæringsprodukt, så er det jo nemt at sige at der her, det er medicin, men hvis vi snakker grøntsager eller kød eller lign – såå....

(M) Der er sådan nogle opgørelser over hvor godt ernæring er blevet integreret som en del af HIV behandlings programmerne i forskellige afrikanske lande. Og langt de fleste har et eller andet, men hoveddelen af dem er sådan noget counselling, patientuddannel- se hvor de får noget vejledning. Det er jo et fint udgangspunkt, men det batter ikke så meget hvis man er fødevareusikker og ikke har adgang til en god kost. Men sådan noget er meget udbredt, både med

hygiejne omkring fødevarer og variation, der er sådan nogle principper, som du sikkert har set, national guidelines, de 7 principper, fra WHO eller WFB. Så selve det der med rådgivning, det tror jeg der er en del af, men for mange hvor der ligesom er en fattigdomsbarriere til at få fat i den der kost, så skal der selvfølgelig noget mere til.

Reference 3 - 0,20% Coverage

(I) Næ, mere hvis en mor nu skal tænke sin mad som medicin, men hvis du kun har en mængde mad og du har syv sultne børn, så er det måske børnene der får mad først, og

Reference 4 - 1,01% Coverage

så er der måske ikke så meget tilbage til hende, til at få den mængde mad hun har brug for, for at opretholde noget livskvalitet.

(M) Ja, der er fordelen jo ved det supplement at man ser det som en del af ens HIV behandling, så er der lavet et kvalitativt studie hvor man ligesom hører deres argumenter for om de deler det eller ikke deler det, hvor mange nævner det her med at det jo er noget der er særligt til mig fordi jeg har HIV og derfor har jeg et større behov. Og det kan man måske nok forestille sig at det ikke er den samme tankegang man har om husholdsmedet, det er jo fair nok at det indgår som en del af familien. Der handler det jo nok om at hæve niveauet for hele familien hvis det skal kunne lade sig gøre. Der er det nok svært at se for sig at man skal reservere mad. Er det det du tænker på?

Reference 5 - 2,06% Coverage

(I) Ja, så de ser maden som en del af deres behandling med at jeg er nødt til at have så meget at spise for ligesom at kunne stå op om morgenen og arbejde.

(M) En ting er jo at vide hvor meget, en anden er jo at have det tilgængeligt. (I) Lige præcis. I den artikel du snakkede om, der var nemlig også en der sagde at det der produkt, det var simpelthen

hvad han fik at spise, og det var det han ligesom så som hele hans mad, og hvordan kommunikerer man så vigtigheden af mad til en person som ikke har adgang til andet mad end det her produkt.

(M) Ideen med det her, det er jo at det er et supplement, så det er jo meget relevant at se på om det rent faktisk bare går ind og erstatter noget af maden, og interviewene var der eksempler på begge dele, der var også nogen der sagde at hvis der ikke var nok mad om morgenen, så må jeg lade det være til de andre, for jeg har jo det der. Og det er jo også meget naturligt. Men hvis vi sådan har set nærmere på vores kostregistre- ringsdata, vi har jo lavet alt det der registrering af hvad de ellers får at spise, som er svært at få præcist, men i hvert fald så er det godt til at sammenligne de store grupper, så dem der har fået med og dem der har fået uden, og når de der starter på at få sup- plement, om der overhovedet sker en ændring. Det ser ud til at det hovedsageligt bliver brugt til et supplement oveni deres kost, og de ikke bare tager tilsvarende mængde ud af deres anden kost. Men det er jo nok tilbage til ressourcer og fattigdom, mere end vi- den, så man kan sige at god kommunikation er selvfølgelig udgangspunkt, men hvis man ikke har ressourcerne til at efterleve de gode råd, så nytter det ikke.

Reference 6 - 2,78% Coverage

(I) Så tænkte jeg på, bare lige for at gå tilbage til det med konsekvenser og det med den her kultur med at det kan være sådan lidt tabu og folk kan miste deres job hvis de fortæller de har HIV og sådan. Når der er de her tabu omkring HIV, er det så ikke også svært at overbevise folk, altså hvis deres familier ikke ved de har HIV, at maden så er en del af deres medicin. Hvordan fortæller de så til familien at det her er min mad, og det er en del af min medicin for at jeg kan have det godt.

(M) der var mange eksempler på det i mit interview, jeg kan ikke huske hvor meget jeg har skrevet om det. Jeg tror det er nævnt lidt i den artikel der handler om det. Der er også en artikel en anden gruppe har lavet, sådan en opgørelse fra Jimma med hvor mange der egentlig har disclosure, og hvem man egentlig har fortalt det til. Det er enormt stigmatiseret i Etiopien, og måske også mere end i... Der er en anden forsk- ningsgruppe der arbejder i Zambia, der er meget meget højere prævalens af HIV, og det er måske med til at nedbryde noget stigma fordi alle kender nogen, og alle har nogen i deres netværk. Hvor det alligevel er så sjældent i Etiopien, at det er mere fremmed

for folk. Så der er mange der ikke engang har fortalt det til deres nærmeste familie. Og det de sagde, det var gerne at de fandt på forskellige historier. De kunne for eksempel sige at det var til et eller andet andet, så kunne man sige at det var til nogle maveproblemer eller et eller andet som ikke er stigmatiseret. Eller bare gemme det så der ikke er nogen der det. Det var lidt sådan at patienterne løste det. Men det er helt sikkert en af de største barrierer vi identificerede når vi så på feasibility hvordan er muligheden for at implementere det, så handlede det meget om – i den her kontekst – at patienterne ikke havde lyst til at tage noget med hjem som har noget at gøre med deres HIV sygdom. Det kunne sagtens være det var anderledes i nogle andre settings hvor de ikke var så bekymrede for det. Det var helt sikkert den største bekymring, så det er noget man virkelig skal tage højde for i sådan nogle programmer at man skal bestemt ikke sætte en eller anden AIDS sløjfe på eller på andre måder. Man skal hjælpe patienten til at det skal være så diskret som muligt.

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 3 references coded [3,58% Coverage]

Reference 1 - 1,77% Coverage

(I) Jeg tænker mere, hvordan får en HIV smittet ligesom sagt til sin familie og omgangskreds at mad er en del af min medicin. Hvis det ikke er velset at man har HIV og man kan ende med at blive ekskluderet hvis de finder ud af at man har det. Og børn kommer vel også først når man skal have mad.

(F) Det er jo meget meget forskelligt, fordi i nogle kulturer kommer børn sidst. Det er meget kontekst specifikt. Det typiske mønster er nok at far spiser først, så spiser drengebørn og så spiser pigebørn og så spiser mor. Og så får hønsene resten hvis der er noget. Altså det er sådan typisk, men det er meget forskelligt. Der er også nogle kulturer hvor man prioriterer børnene eller gravide kvinder eller kvinder i den fødedygtige alder, det er meget kontekst afhængigt. Jeg kommer lige i tanke om en episode fra Etiopien hvor vi var på feltbesøg, og så stopper vi et sted for at få noget at drikke, og så besøgte vi samtidig en kvinde i en lille butik, det var i et projektområde, hun sad og solgte sukerrør. Og hun fortalte at hun var en del af vore HIV-aids projekt fordi hun var HIV smittet. Jeg gik hen og snakkede med hende, og så gav jeg hende et

knus, og det snakkede de simpelthen så meget om, fordi den der signalværdi, dels at den hvide besøgende fra donoren gav hende et knus og turde røre ved hende og anderkendte hende, det var virkelig sådan "hold da op!" Det synes de bare var sådan en signalværdi. Og det er ligesom

Reference 2 - 1,17% Coverage

den måde vi prøver at arbejde med folk på, det der med at vise at man skal ikke stigmatisere folk, og det er jo også for en i Danmark svært at sige til folk "jeg er altså HIV smittet", og man kan vælge at lade være. Og der kan man sige, nu med så stor dækning af behandling så er det jo blevet langt nemmere fordi du kan blive behandlet, du kan holde det skjult, hvis det er det du vil, længere, men det har jo også bare betydet ekstremt meget for folks vilje eller evne til at turde sige det. For før i tiden, hvis du sagde det, eller fik diagnosen, så var det ensbetydende med at du skulle dø. Og det er der ikke nogen der har lyst til at være involveret i. Men nu kan du jo sige "jeg er HIV smittet, og har ligeså god forventet levealder som alle mulige andre". Og det gør simpelthen at det er meget nemmere at få diagnosen, og det er meget nemmere at sige det til folk. Og det er meget nemmere for folk at acceptere. Så det gør virkelig en kæmpe forskel.

Reference 3 - 0,64% Coverage

(I) Så hvis man rent faktisk kunne overbevise medicinmanden om at mad også er en del af medicinen for HIV-aids patienter, så ville det faktisk give dem mange fordele? (F) Ja, jeg tror det er bedre, eller det er i hvert fald vigtigt også at fortælle folk selv om det. Og der er det jo eksemplets magt, det er jo altid godt. Altså hvis man kan vise at de mennesker som så lytter til sådan noget ernæringsvejledning, at det er dem hvis børn overlever frem for de andre. Men det tager jo lang tid at ændre den slags holdninger.

Recommendations

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 2 references coded [11,30% Coverage]

Reference 1 - 5,69% Coverage

6. When handing out food aid, does WFP have special food aid packets for people living with HIV/AIDS due to their higher energy requirement?

☑ There was CSB and CSB+ when the food assistance was provided although plummy nuts are preferred for severe acute malnutrition cases

☑ Currently the government is providing plumpy nuts and supplementary plummy for PLHIV while WFP provides household food assistance.

☑ None malnourished pregnant and lactating women living with HIV are provided with food vouchers that enabled them access vegetables, milk or eggs while this was not the case when food in-kind was provided for these group

Reference 2 - 5,60% Coverage

7. What are the biggest challenges when doing a food security project in Ethiopia? ☑ Food security projects/interventions in our HIV project is interpreted as enabling PLHIV sustainably address their food and nutrition requirements

☑ In this line the biggest challenge is creating client empowerment to make PLHIV realize that they can join the work force and be productive, engage themselves in economic strengthening initiatives to earn their own living

☑ Stigma and discrimination deters PLHIV from engaging in different jobs as they are preserved as being sick all the time, less productive, transmit the virus etc.

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 7 references coded [9,18% Coverage]

Reference 1 - 1,40% Coverage

(I) Ja for hvordan får man så patienten til bagefter at sige at den normale mad jeg får, om det er fra fødevarehjælp eller hvad det er, at det egentlig også er medicin. Får når du får sådan et ernæringsprodukt, så er det jo nemt at sige at der her, det er medicin, men hvis vi snakker grøntsager eller kød eller lign – såå....

(M) Der er sådan nogle opgørelser over hvor godt ernæring er blevet integreret som en del af HIV behandlings programmerne i forskellige afrikanske lande. Og langt de fleste har et eller andet, men hoveddelen af dem er sådan noget counselling, patientuddannel- se hvor de får noget vejledning. Det er jo et fint udgangspunkt, men det batter ikke så meget hvis man er fødevareusikker og ikke har adgang til en god kost. Men sådan noget er meget udbredt, både med hygiejne omkring fødevarer og variation, der er sådan nogle principper, som du sikkert har set, national guidelines, de 7 principper, fra WHO eller WFB. Så selve det der med rådgivning, det tror jeg der er en del af, men for mange hvor der ligesom er en fattigdomsbarriere til at få fat i den der kost, så skal der selvfølgelig noget mere til.

Reference 2 - 1,79% Coverage

(I) Er folk med HIV-aids oftere underernærede end folk uden HIV-aids som bor i fødevareusikre områder?

(M) Ja det er de, det er helt sikkert. Og det er der mange årsager til, der er både de direkte årsager – jeg tror jeg har en fin figur. Det der med at underernæring og fødevareusikkerhed og HIV det indgår i en ond cirkel, det forstærker hinanden. Det handler både om sådan helt direkte konsekvenser af HIV. Man har ligesom identificeret den største årsag til at de bliver underernærede det er at man taber appetitten når man er HIV smittet og så har et mindre indtag selvom man måske har adgang til det, men der er også dårlig absorption og et større energibehov og behov for næringsstoffer og præget af infektionen. Så er der også de mere indirekte, det der med at det tit er de yngre voksne der får HIV og det er dem der står for at tjene penge ind til husholdet, så de enten ikke er i stand til at arbejde eller bliver fyret fordi der er en stigmatisering mod HIV patienter. Så taber de indtægt og så går det ud over hele husholdet og også deres egen

ernæringsstatus. Og ja, så at underernæringen igen kan forværre HIV forløbet som så gør at det bliver sådan lidt en ond cirkel. Man kan sige at i det her område af Etiopien betragtes af WFP som et af de områder som er hårdest ramt af underernæring og føde- varesikkerhed, men de har dårlig fødevarerikkerhed dem der er ramt af HIV på grund af de her ting. Så der er særlig sårbare kan man sige.

Reference 3 - 0,20% Coverage

(I) Jeg læste en rapport fra WHO hvor de siger at nogle af de her micro nutrients sup- plementer de kan ligesom have en omvendt virkning. Hvordan hænger det sammen med

Reference 4 - 2,61% Coverage

at I laver et supplements produkt – altså sådan at virkningerne når at blive skadelige i stedet for at gå ind og hjælpe kroppen.

(M) Ved du hvilke studier de refererer til? (I) Det tør jeg ikke sige. Det er sådan en rap- port de har lavet for HIV-aids patienter. Der står så godt nok også længere nede at mere forskning skal laves på det. Den er fra 2003.

(M) Der var et studie fra en der hedder Fausig i Tanzania som fandt nogle skadelige effekter af vitamin A supplement og noget med de øgede risikoen for mor/barn smitte. Det kunne være et af dem, og så var der noget om jern og zink. Problemet er tit at når man tager sådan et isoleret mikro næringsstof og giver uden at det er en food matrix, det er jo ikke naturligt forekommende, det er jo der man gerne ser skadelige effekter, man ser jo aldrig skadelige effekter af at give folk mad, uanset i hvilke mængder. Så man kan sige at det der gør at vores studie har en lav risiko for bivirkninger, det er at man ikke har u-fysiologiske elementer af et mikro næringsstof. Vi har alle vitaminer og mineraler sammen med kalorier, så det er selvfølgelig noget vi har observeret om der er. Det kunne jo også være at der var et tilfælde af peanut allergi eller et eller andet, men som udgangspunkt er det et rimelig lav-risiko intervention den vi lavede. Men det er helt sikkert noget som bliver overset nogle gange, at det sagtens kan være skadeligt at give nærings supplementer til

syge mennesker. Udgangspunktet kan jo tit være at de er underernærede, så de skal bare have noget mad lad os give dem noget. Tilsvarende kan det jo være bare at give folk noget som får dem til at tage fedt på, hvor man måske øger deres risiko for kroniske sygdomme uden at gøre så meget for deres HIV sygdom. (I) så det er lidt med at vælge hvad man vil fokusere på

(M) Næ, det er mere med at have noget evidens og undersøge effekterne af supplementerne så man ikke bare giver noget tilfældigt.

(I) og så give det sammen med noget andet så det ikke kun bliver et specifikt vitamin. (M) Ja nemlig. Det er altid risikabelt at give et enkelt næringsstof i u-fysiologiske mængder

Reference 5 - 0,63% Coverage

(I) Ja, jeg synes det har været svært at finde noget der siger at i de her programmer, der har vi også lige ernæringsdelen med. Andet lige end fra WHO. Når jeg kigger på DA- NIDA's rapport om hvad er vores tilgang til HIV-aids, så er der mere sådan om forebyggelse og ikke så meget om selve behandlingen, og der står slet ikke noget om ernæring. (M) Nej, det er nok de nationale guidelines man skal kigge i der. Dem har jeg, nogen gange kan det være lidt svært at finde dem. Har du den der Food by Prescription rap-

Reference 6 - 0,24% Coverage

port? (I) Nej, den har jeg ikke. (M) Det er jo sådan noget videnskabeligt litteratur, den er udgivet.... Jeg kigger lige. (I) Jeg har kun fundet alle WHO's... - almindelig small talk omkring litteratur....

Reference 7 - 2,31% Coverage

(I) Men det er jo også stadigvæk en vigtig problemstilling, maden er der, men de har ikke tilgangen til det. Jeg tror egentlig du har svaret på det sidste. Tror du at ernæring bliver en integreret del af HIV-aids – altså af ART treatment i fremtiden? (M) Man kan sige, at i øjeblikket i Etiopien der har

de faktisk puttet det ind i deres guidelines, altså det gjorde de faktisk allerede dengang vi startede op med det her. Og det er en af grundene til at vi ikke har de svært underernærede med i vores studie. For man havde ligesom godkendt den her guideline der sagde, hvis folk har et BMI under 16, så skal de henvises til behandling af deres underernæring. Så der har vi en standard care for dem, og så kan man ikke gå ind og sige at vi randomiserer og der er nogen der ikke skal have noget. Det var bare ikke implementeret på det tidspunkt, så det var lige- som en del af vores projekt, at vi så støttede op om og sørge for at der var noget til dem, for at det ikke blev for ulogisk at vi ligesom sagde, okay I er helt underernærede, I får ingenting, og I er kun moderat underernærede så vi giver jer supplement. Så der var ligesom nogle år hvor man skulle finde ud af hvilket leje det skulle have, og det blev så skruet op i guidelines, så det nu er sådan at hvis man har et BMI, jeg mener, på under 18,5 at man skal tilbydes ernærings supplement. Så sådan er det lige nu, det virker be- stemt ikke som nogen sustainable strategi i forhold til deres evaluering af hvor dyrt det rent faktisk er det program. Det er ikke noget Etiopien selv ville kunne overtage. Det er US Aid der finansierer det i øjeblikket. Så det har helt sikkert ikke fundet sit leje endnu tror jeg, men et er noget der i nogle områder er meget fokus på. Hvor det andre steder bliver helt ignoreret. Så forhåbentlig handler det om at man får brugt de ressourcer der er tilgængelige på en lidt mere strategisk måde.

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 6 references coded [14,03% Coverage]

Reference 1 - 4,54% Coverage

(I) Mit første spørgsmål – fordi det kunne jeg ikke lige se ud af jeres hjemmeside – om I også deler fødevarehjælp ud til folk?

(F) Altså det gør vi jo ikke direkte, for vi er jo en organisation der udelukkende arbejder gennem partner organisationer, og det vil sige vi har nogle samarbejdsaftaler med lokale organisationer, og det gør vi fordi vi går ud fra at de der organisationer har en bedre lokal forankring og kendskab til det lokale, men også for at opbygge civilsamfundet i andre lande og støtte at de får deres eget civilsamfund, for det er jo sådan set det der er svagheden i rigtig mange af de fattigere lande. Så derfor arbejder vi altid sammen med lokale organisationer, og det vil sige det er dem der

gennemfører projekterne som vi finansierer, sådan i det store og hele. Og tit omkring katastrofearbejdet der indgår vi tit i sådan nogen alliancer med nogle af vores søster-donororganisationer, altså Norwegian Church Aid, eller Christian Aid eller ICCO i Holland, og laver sådan en samlet indsats hvor vi komplimenterer hinanden. Og typisk har vi nogenlunde de samme partnerorganisationer i de forskellige lande. Så på den måde deler vi ikke mad ud på den måde, fordi det handler også rigtig meget om, at når folk er i en katastrofesituation, jeg går ud fra at det er i en katastrofesituation du mener? (I) Ja. (F) der er det rigtig vigtigt at man er sikker på at det mad folk får er kulturelt acceptabelt, at de overhovedet vil spise det og at det opfylder alle mulige ernæringskriterier, og det er også rigtig vigtigt at i stedet for at tage majs fra USA og bruge klima og energi og alt sådan noget på at få det fragtet til Etiopien, at man så styrker det lokale marked ved at købe lokale fødevarer. Så på den måde er det jo ikke sådan noget med at vi står og pakker mad her og sender i en container til Etiopien. Vi samarbejder med de lokale organisationer og hjælper dem med at organisere fødevarerhjælp. Og det foregår simpelthen i henhold til denne her bilag-agtige ting, som jeg desværre ikke kan give dig, for vi har ikke så mange af dem. Men det er et internationalt anerkendt minimums standard for humanitær respons, altså for katastrofehjælp. Og i den er det simpelthen specificeret omkring ernæringskrav, hygiejne, sanitet, målgrupper, vandstandarder, hvor meget vand skal man have og alt sådan noget. Så det er simpelthen den humanitære verden der er gået sammen, jeg tror de første standarder kom i 2004, og dem skal man simpelthen holde sig til. Det er internationale anerkendte standarder omkring vand, fødevarer sikkerhed, ernæring, shelter settlement and non-food items, health actions, trust cutting teams – det er børn og gamle og handicappede og køn, kvinder – xxx social issues, og så er der simpelthen nogen standarder omkring uddannelse, life stock. Og det er simpelthen sådan nogen standarder som de organisationer vi samarbejder med skal overholde.

Og der laver man jo, i forhold til – i nogen tilfælde kan man jo være nødt til at sammen sætte nogen pakker, familiepakker, til folk, og der er det så rigtigt, der har man så nogen tabeller for hvad indeholder forskellige typer mad af kalorier, proteiner og mikro ernæringsstoffer og alt sådan noget, og så skal man kombinere det i forhold til hvad der er muligt at få lokalt. Så det er simpelthen sådan vi gør det, vi har ikke selv den der store logistik operation herhjemme. Det styrker også den lokale økonomi rigtig meget, for så pludselig kommer der i et område hvor tingene måske er blevet fuldstændig afbrudt og ødelagt, så hjælper man med til at etablere nogle

af de der markedsstrukturer og sociale relationer der opstår omkring det at man køber mad og bytter ting og sådan noget. Så

Reference 2 - 1,02% Coverage

på den måde kan man sige "ja det gør vi", men ikke direkte. Det er nok det korte svar. Og det er også rigtig vigtigt at, sådan noget det foregår jo altid i en kontekst, og det vil sige vi samarbejder og planlægger altid i samarbejde med de lokale, the government – staten, for at være sikker på at vi ikke spiller ind i... Der er også nogle principper der hedder "do no harm", altså at man ikke kommer til at spille ind i en politisk konflikt ved for eksempel at give til nogen som så viser sig at være dem der massakrerer de andre, man skal ligesom ha en eller anden fornemmelse af konteksten og samarbejde med de lokale statsstrukturer, hvad der nu er.

For der er jo altid noget, det er jo ikke sådan at man kommer ned i sådan et tomrum og så skal vi ordne det hele. Så det er altid i den sammenhæng at man gør det

Reference 3 - 0,52% Coverage

(I) Men hvor meget uddannelses arbejde i ernæring og sundhed laver I i Etiopien? (F) Faktisk så arbejder vi slet ikke med uddannelse. Altså ikke hvis man sådan skal for- stå uddannelse som det formelle uddannelses system, men vi arbejder meget med ka- pacitetsopbygning og træning, vi arbejder ikke med skoler og lærerplanudvikling og uni- versiteter. Vi arbejder med community training gennem vores partnere, og også direkte

Reference 4 - 3,54% Coverage

nogen gange selv. Og sundhed er sådan set ikke et fokus vi har. Vi har ligesom valgt ac- ces to basic social services og så arbejder vi med HIV-aids og reproduktive rettigheder. Så det er ligesom den niche vi arbejder i, så man kan sige at vi arbejder ikke med sund- hed og uddannelse, men selvfølgelig laver vi en masse kapacitetsopbygning og træning og oplysningsarbejde omkring HIV-

aids. Og det hænger også rigtig tæt sammen med ernæring, som du jo ved. Så det er lidt forskelligt i forhold til konteksten, men selvfølgelig når vi snakker om HIV smittedes og HIV påvirkedes livsvilkår og livskvalitet og alt sådan noget, så snakker vi også ernæring, på alle mulige måder. For mange af de mennesker her kan jo ikke læse og skrive, eller har ikke en basal forståelse for hvordan kroppen virker. Så man skal ligesom finde nogle kommunikationsmuligheder som de kan forstå. For eksempel i Malawi har de lavet sådan en meget smart ting hvor de har lavet sådan en tallerken og så er den delt op i 3, og så er der kulhydrater, xxxsima som er det de spiser, og så er der noget grønt og så er der noget bønner eller jordnødder eller protein. Og det er ligesom det man prøver at vise folk, at man skal have alle de 3 dele. Og sådan er der forskellige modeller og måder at kommunikere på, men selvfølgelig er det noget vi snakker om, at god ernæring er fuldstændig grundlæggende også for at HIV medicinen virker. For HIV medicinen, behandlingen, er blevet ret udbredt mange steder i Etiopien, men den dur ikke hvis ikke du får noget ordentlig at spise. Og derfor ligger mange af vores HIV aktiviteter også tæt op af fødevarer sikkerhedsprojekterne, fordi der er den sammenhæng.

(F) Men noget af det vi arbejder endnu mere med i forhold til HIV-aids, det er hele det der problem omkring stigmatisering og eksklusion, fordi det er noget af det der også kommer til at påvirke folks fødevarer situation, hvis de pludselig bliver ekskluderet og de får ikke lov at gå i marken og de får ikke lov at være med til noget som helst eller tage nogen beslutninger om noget. Så det er noget vi arbejder rigtig meget med, og der har vi sådan en lidt speciel rolle fordi at det tit, i mange afrikanske lande især, er der en meget stærk religiøs fordømmelse af HIV smittede og et meget moralsk korstog, Uganda er jo et frygteligt eksempel. Hvor vores rolle meget er at gå i dialog med kirken, og så lytter de lidt mere til os fordi vi har den der kirkelige forankring, og derfor kan vi nogen gange rykke nogen af de der meget konservative kirkeledere til at skrue ned for retorikken over for HIV smittede for eksempel, og også få nogen af dem til at gå ind og arbejde for, på en anden måde med HIV smittede og acceptere dem og integrere dem. Så det er meget den del af det vi arbejder med også. Ikke så meget nødvendigvis den der fysiske ernæring og medicin del, men mere med hele den der sociale stigmatisering.

Reference 5 - 3,97% Coverage

(F) Så kan jeg se du har et spørgsmål om quinoa, det er jo mit hjertebarn (I) Ja, jeg kom ind på det i

jeres lille video, og tænkte det ser spændende ud. Det med at I prøver at dyrke quinoa i Etiopien som noget helt nyt. Det synes jeg jo er lidt sjovt, også fordi quinoa er jo ikke typisk afrikansk.

(F) Nej, det kommer jo fra mellem Amerika. Men inden jeg fortæller om alle quinoas værdier, så er det også vigtigt at sige at det er sådan en ting der er nem at kommunikere, og det er også en ting som jeg tror kan gøre en kæmpe forskel i Etiopien. Men det er jo ikke fordi vi tror på de der tekniske ting, for det er jo ligesom – man kan ikke løse fattigdom med en bestemt afgrøde, eller med at give folk en traktor. Det handler om de samfundsmæssige strukturer der skaber fattigdom, som man skal arbejde med. Så det er vigtigt at huske at sådan en afgrøde er kun en lille bitte ting i et større billede. Men vi har valgt det dels fordi ernæringsmæssigt har det nogle helt fantastiske kvaliteter i forhold til tilgængeligt protein og kalorier, og det indeholder simpelthen de 4 mikronæringsstoffer som fattige folk normalt mangler. Så på den måde er det en utrolig god afgrøde. Og så er den meget klimavenlig, fordi den kan tåle tørke og den er salttolerant og den kan vokse i høje højder, hvilket er særlig relevant for Etiopien. Og den er let at acceptere for dem, for noget af deres traditionelle afgrøde hedder teff, som har ekstremt små korn, og det vil sige xxxaverant, som også har små korn, quinoa har lidt større korn, men folk er vant til at håndtere de der små frø, så det ligner lidt noget de kender. Så det er ligesom det der har været de fordele der er i det. Og nu arbejder vi jo meget med de aller fattigste, så det er tiltænkt til deres eget forbrug. Fordelen er, for der er også rigtig mange i Etiopien der har får, geder, kameler og køer, at bladene på planten kan også bruges både til menneskeføde, men også til foder, uden at man sådan reducerer produktionen af frø. Så på den måde har det en række virkelig virkelig gode egenskaber. Og så har vi indgået et samarbejde med en professor på Københavns Universitet og en professor i Addis, og så indledt et samarbejde med nogen af vores partnere. Nu har vi faktisk lige, for en 3-4 uger siden, benyttet os af den import tilladelse der er. Der har været en masse bureaukrati omkring frø og certificering og alt det der, men nu har vi fået den første sending til Addis, og de er ved at gå i gang med at så dem, og så har vi en studerende fra Danmark og en studerende fra Addis der er med til at lave forskning på det. Så bliver det prøvet i 3 forskellige områder i første omgang, og så skal vi så se hvordan det går. (I) Meget spændende.

(F) Det er et stort håb at det kan rykke lidt

(I) Jamen det er jo godt hvis det kan rykke noget, også netop på grund af klimaet, tørkeproblemet

(F) Ja, jeg håber virkelig det kan gøre en forskel. Og så er der også noget der er nemt at kommunikere. Det er let for folk at forstå. Vi prøver ligesom at huske at bygge den der historie op uden om det. For det er ikke nok i sig selv at give dem noget quinoa. Der er nogle lande hvor quinoa er blevet et problem, fordi det nu er blevet sådan en verdens

Reference 6 - 0,45% Coverage

vare. I Bolivia for eksempel er de holdt op med at spise det selv, fordi de tjener så mange penge på at sælge det. Og så dyrker de det ude på nogle områder som slet ikke egner sig til det, hvor der kan komme nogle miljømæssige konsekvenser. Så det problem indgår jo så i det globale marked, men vi prøver at undgå det fordi det er beregnet det er til eget forbrug.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 2 references coded [12,68% Coverage]

Reference 1 - 7,87% Coverage

(I) Er folk med HIV-aids oftere underernærede end folk uden HIV-aids? Er det et meget stort problem?

(S) Ja det er det. Mange af dem kommer jo når de har fået AIDS i udbrud med tuberkulose, så de er ofte underernærede. I hvert fald i starten af behandlingsdelen. Nu er vi mange steder også begyndt at sætte folk i behandling inden deres immunsystem bliver dårligt, dengang fik først behandling når deres CD4 tal var nede på 200, nu sætter vi dem måske i behandling på 350 eller 400, og det ikke når så langt ned i immunsystemet (I) Når jeg læser i min litteratur om HIV-aids, så er der rigtig meget om forebyggelse af HIV-aids, og ikke så meget med fokus på behandling og ernæring

(S) Det var fordi vi brugte 7 år på at få behandling ligestillet med forebyggelse. Det tog 7 år for Danida at ville give penge til behandling og ikke kun forebyggelse. Vi var oppe imod en meget stærk international lobby og en meget stærk medicin lobby som ikke ville have at det her kopi medicin skulle komme ud, men at vi skulle holde det herhjemme. Det tog mellem 7 og 10 år, så

det er derfor at behandlingsdelen halter efter. Det er heldigvis kommet meget hurtigt igen, men hvis du læser om det, så tog det 7 års kamp for at få det anerkendt på linje med forebyggelse. Fordi argumentet, synes jeg, var at behandling var en del af forebyggelsen. Du kan ikke få forebyggelsen til at virke med mindre du også har behandling at give.

Reference 2 - 4,81% Coverage

(I) Tror du det vil være muligt i et afrikansk land at lave nogle fødevarsikkerhedsprogrammer hvor man fokuserer på HIV-aids patienter? Sådan så man er sikker på at de kan få en god ernæring.

(S) Ja det tror jeg sagens man kunne. Det kender vi jo fra andre ting med underernæringsprojekter med børn, også med specifikt fødevarer til det. Der arbejder vi jo med noget der hedder Plumpynut der er jordnøddebaseret og sådan nogen ting. Så det kunne man sagtens. Forty fight foods hvor man ligesom kigger på den ernæring der er i området, hvis det er xxx eller majs, hvordan kan vi så styrke den grundlæggende ernæring de har med de mineraler, det kan være A-vitamin, det kan være C det kan være magnesium, det kan være nogle af de andre mikroelementer som skal til for at gøre den endnu bedre den diæt der er i området, men som så ikke er god nok måske

Malnutrition

Sub note to: Recommendations

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 1 reference coded [5,69% Coverage]

Reference 1 - 5,69% Coverage

6. When handing out food aid, does WFP have special food aid packets for people living with HIV/AIDS due to their higher energy requirement?

☑ There was CSB and CSB+ when the food assistance was provided although plummy nuts are

preferred for severe acute malnutrition cases

☒ Currently the government is providing plumpy nuts and supplementary plummy for PLHIV while WFP provides household food assistance.

☒ None malnourished pregnant and lactating women living with HIV are provided with food vouchers that enabled them access vegetables, milk or eggs while this was not the case when food in-kind was provided for these group

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 10 references coded [17,77% Coverage]

Reference 1 - 0,95% Coverage

(I) Ved man så overhovedet hvor mange af de patienter der er underernærede eller fejlerernærede?

(M) Nej, man har... Det er ikke en standard ting.... Man noterer på patienterne når de kommer ind i behandlingsprogrammerne, der noterer man måske deres vægt, men meget sjældent deres højde, så man har ikke sådan på alle i behandlingsprogrammerne et mål for underernæring. Det er mest for de forskningsprojekter der er lavet rundt omkring. Altså vores for eksempel, er jo en kilde til det, hvor vi havde, jeg mener det er 25%, der er påvirket af en eller anden grad af underernæring og det er jo i vores del af landet. Og det er ikke den del der er hårdest ramt i forhold til fødevarer sikkerhed. Men det er ikke en standard oplysning man har i behandlingsprogrammerne.

Reference 2 - 2,40% Coverage

(I) Når I så siger at jeres RUSF's – udtaler man det sådan? (M) Ja, det hedder jo noget forskelligt i de forskellige artikler, så man kan kalde det forskellige ting. I starten kaldte vi det Ready to Use Supplementary Food, men gik over til at kalde det LNS (Lipid Based Nutrients Supplements), bare fordi der er flere der bruger det.

(I) I siger jo det kan forbedre behandlingen af HIV-Aids for voksne. Er det fordi at medicinen

virker bedre når de får det her produkt, eller de kommer sig bedre?

(M) Antagelsen er at de taber sig undervejs som en konsekvens af sygdommen, og det tærer på alle de forskellige typer væv, muskelvæv og fedtmasse og organmasse, og den her vægtstigning som kommer hos de fleste patienter når man starter med medicin, den kræver at man har en god ernæring for at man også får restitueret det væv. Man kan sige at nogle af de her fødevare programmer giver bare et eller andet med udgangs- punkt i at hvis man er underernæret så skal man have noget energi, men det er for at få folk til at tage på, men hvis det er ernæring af dårlig kvalitet så er det måske bare fedt man tager på, og så er det ikke sikkert man restituerer de her effekter. Det er jo både immunforsvar og den overordnede status det går ud over når man har tabt sig. Men specifikt i forhold til hvordan medicinen virker, der var min kollega som er medforfatter, Alemseged, han så på interaktioner med medicin og om der var forskel i resistens udvik- ling samkopieringsæstetikken som det hedder, altså forskel i hvordan medicin virker når man får supplement og ikke får supplement. Jeg ser lige om hans Ph.D. står inde på min hylde.... (Pause hvor Mette går hen og kigger)

(M) Det gjorde den desværre ikke, men jeg kan godt finde publikationerne til dig. Der er noget der tyder på at det godt kan være sådan en direkte farmakope genetisk effekt der med i det i hvert fald. Svarer det på dit spørgsmål? (I) Ja det tror jeg.

Reference 3 - 1,55% Coverage

(I) Når en patient så er færdig med sådan et forløb og har taget på i vægt, vil de så kunne gå ud og arbejde fuld tid igen, eller vil det kun være deltid at de vil kunne klare at arbejde, når de ligesom har fået bygget kroppen op igen både muskler og..? (M) Altså det er jo meget forskelligt hvordan deres funktionsstatus egentlig er når de kommer ind i programmet. Man kan sige der er jo en del af dem der er sådan nogle der enten er blevet diagnosticeret sent eller af forskellige årsager er kommet sent ind i pro- grammet. Der er også folk der er meget velfungerende og allerede varetager et fuldtids arbejde, så det er bestemt ikke fordi at de fleste sådan er sengeliggende og uarbejds- dygtige. Mange er påvirket af... Altså hvor mange der er arbejdsløse, det er jo både fordi de ikke er i stand til at arbejde, der er jo også enormt meget stigma i det, man finder ud af man

har HIV og man bliver fyret fra sit arbejde. Så det er ikke så enkelt at man kan sige at det bare kommer an på hvor meget muskelstyrke man har, om man er fuldt arbejdedygtig eller ej. Men det er selvfølgelig et vigtigt parameter for ens arbejdsevne at få genetableret den der arbejdsevne. Og mange af dem har i den her kontekst fysisk krævende jobs hvor det er en ret vigtig parameter.

Reference 4 - 0,19% Coverage

(I) Hvordan sikrer man så når de er færdige med sådan et forløb her, at de så ikke går tilbage til begyndelsen med at være underernærede og fejlernærede?

Reference 5 - 2,98% Coverage

(M) Jamen på den måde er det jo slet ikke en langsigtet strategi, for det er ligesom en strategi for at ramme en kritisk periode i forbindelse med opstart af behandling. Man forventer sig ligesom at det har en stigning i behovet for ernæring lige når man starter behandling, fordi der sker hele den her restitution og bekæmpelse af infektionen. At det så er et særligt gunstigt tidspunkt at få en synergi mellem medicin og ernæring. Der kan godt laves mere forskning i at identificere, vi havde jo den her gruppe der fik udskudt supplementet med 3 måneder, både fordi vi skulle have en intern kontrolgruppe, men også fordi det er ikke sikkert at det skal være lige med det samme man starter behandling at man får supplement, der er noget der tyder på, at man har bedre udbytte af den ernæring hvis man reducerer sin virus lidt først. Vi kan se i sub-analyser og data, at det er dem der har fået reduceret virus hurtigt som også tager noget mere muskelmasse på. Så ideelt set er det måske ikke 3 måneder efter man er startet behandling, men lidt efter man er startet behandling. Så for at svare på dit spørgsmål, så er det her ikke en langsigtet strategi for at fixe ernæringsproblemet, det er en målrettet strategi for at bruge et supplement til at fremme den allermest kritiske fase, og der bliver vi jo selvfølgelig nødt til at gå sammen med nogen programmer som er en helt anden type, som sætter på det bagved liggende problem. Og det program er jo for hele husholdet, det har jo ikke kun noget med patienten at gøre. Men man kan sige, at på den måde som det er, så minder det jo slet ikke om deres kost på nogen måde, og det bliver leveret sammen med medicinen, så det er rimelig velegnet til at få som en integreret del af

behandlingen. Det var også noget af det vi interesserede os meget for, for de her de bor i fødevarer-sikre hushold. Deres børn mangler jo også mad, selvom de måske har et særligt behov fordi de har HIV. Det kan også være der er andre i husholdet der har HIV. Det er svært at dokumentere, men det ser ud til at folk opfatter det som en del af deres medicinske behandling og man kan holde det separat, modsat hvis man som organisation giver en eller anden food-basket, så er det naturligt at den vil blive delt ud, men det er der mange der ikke tager højde for. De beregner kun ud fra at der ligesom er den her patient uden ligesom at tænke over om der er et eller syv børn i familien.

Reference 6 - 2,06% Coverage

(I) Ja, så de ser maden som en del af deres behandling med at jeg er nødt til at have så meget at spise for ligesom at kunne stå op om morgenen og arbejde.

(M) En ting er jo at vide hvor meget, en anden er jo at have det tilgængeligt. (I) Lige præcis. I den artikel du snakkede om, der var nemlig også en der sagde at det der produkt, det var simpelthen hvad han fik at spise, og det var det han ligesom så som hele hans mad, og hvordan kommunikerer man så vigtigheden af mad til en person som ikke har adgang til andet mad end det her produkt.

(M) Ideen med det her, det er jo at det er et supplement, så det er jo meget relevant at se på om det rent faktisk bare går ind og erstatter noget af maden, og interviewene var der eksempler på begge dele, der var også nogen der sagde at hvis der ikke var nok mad om morgenen, så må jeg lade det være til de andre, for jeg har jo det der. Og det er jo også meget naturligt. Men hvis vi sådan har set nærmere på vores kostregistre-ringsdata, vi har jo lavet alt det der registrering af hvad de ellers får at spise, som er svært at få præcist, men i hvert fald så er det godt til at sammenligne de store grupper, så dem der har fået med og dem der har fået uden, og når de der starter på at få supplement, om der overhovedet sker en ændring. Det ser ud til at det hovedsageligt bliver brugt til et supplement oveni deres kost, og de ikke bare tager tilsvarende mængde ud af deres anden kost. Men det er jo nok tilbage til ressourcer og fattigdom, mere end vi- den, så man kan sige at god kommunikation er selvfølgelig udgangspunkt, men hvis man ikke har ressourcerne til at efterleve de gode råd, så nytter det ikke.

Reference 7 - 1,79% Coverage

(I) Er folk med HIV-aids oftere underernærede end folk uden HIV-aids som bor i fødevarer- reusikre områder?

(M) Ja det er de, det er helt sikkert. Og det er der mange årsager til, der er både de direkte årsager – jeg tror jeg har en fin figur. Det der med at underernæring og fødevarer- reusikkerhed og HIV det indgår i en ond cirkel, det forstærker hinanden. Det handler både om sådan helt direkte konsekvenser af HIV. Man har ligesom identificeret den største årsag til at de bliver underernærede det er at man taber appetitten når man er HIV smittet og så har et mindre indtag selvom man måske har adgang til det, men der er også dårlig absorption og et større energibehov og behov for næringsstoffer og præget af infektionen. Så er der også de mere indirekte, det der med at det tit er de yngre voksne der får HIV og det er dem der står for at tjene penge ind til husholdet, så de enten ikke er i stand til at arbejde eller bliver fyret fordi der er en stigmatisering mod HIV patienter. Så taber de indtægt og så går det ud over hele husholdet og også deres egen ernæringsstatus. Og ja, så at underernæringen igen kan forværre HIV forløbet som så gør at det bliver sådan lidt en ond cirkel. Man kan sige at i det her område af Etiopien betragtes af WFP som et af de områder som er hårdest ramt af underernæring og fødevarer- reusikkerhed, men de har dårlig fødevarer- reusikkerhed dem der er ramt af HIV på grund af de her ting. Så der er særlig sårbare kan man sige.

Reference 8 - 1,16% Coverage

(I) Hvad er konsekvenserne hvis en person med HIV-aids lider af både wasting og stunting? - jeg kender ikke lige de danske ord for det.

(M) Hvad tænker du? Generelt underernæring, eller tænker du specifikt i forhold til stunting wasting?

(I) altså hvis de både lider af wasting i form af at de har tabt alt det her muskelmasse og stunting i form af deres udvikling ligesom går i stå.

(M) Tænker du på om de har været underernærede under deres barndom så de har ud- viklet stunting? Stunting det er jo gerne på grund af et kronisk forløb at de har været påvirket af underernæring under deres opvækst. Og om det at man har været påvirket af underernæring i ens opvækst...

(I) ja, så du har fået nogen af de her konsekvenser, og nu lider du så af wasting. Hvad har det af konsekvenser for livskvalitet?

(M) Jeg tror desværre ikke jeg er helt med på hvad du spørger om... Underernæringens rolle for HIV patienter, men du tænker mere på om...

Reference 9 - 2,39% Coverage

(I) Jeg tænker på, hvis en person har nogle følgevirkninger af stunting fra barndommen, og så også har HIV-aids og så får wasting og taber alt det her muskelmasse. Hvad gør det for livskvaliteten.

(M) Det ved jeg ikke om jeg kan svare på, det er jo ikke noget jeg har set på. Men man kunne jo sagtens forstille sig at man i det kroniske lange forløb under påvirkning af un- derernæring hvor man ikke har noget at stå imod med, er mere sårbar overfor... Jeg har ikke set nogen der har kigget på sammenhængen mellem det. Jeg ved snart ikke hvilken type studie det skulle være. Som udgangspunkt ved man jo nærmest ikke, når patienter kommer ind i et eller andet program, så er det jo først der de bliver fulgt, så man har ikke særlig meget data på hvor meget de har tabt sig inden de går i gang, altså som en konsekvens af sygdommen, det er meget et fund om man ligesom ser på det. Man ser ligesom mere på hvad deres aktuelle underernærings situation når de går i gang, om hvor meget af det der så skyldes det mere langsigtede fødevareusikkerhed og fattigdom og hvor meget der direkte skyldes at de har tabt sig under sygdomsforløbet, det kan man jo ikke rigtig skille fra hinanden. Men man kan se at jo mere man tager på i den første fase i den medicinske behandling, det er dem der også har de bedste behandlings- forløb. Og det er der, der er størst overlevelse. Men man kan selvfølgelig sagtens fore- stille sig at den der længere påvirkning af – man kan sige at hele den der sårbarhed som HIV giver i forhold til ernæring, jo dårligere stillet man er i forvejen, jo mere sårbar er man også over for de konsekvenser der er i HIV. Og det er jo også det, HIV har jo det samme fysiologiske forløb andre steder i verden, men

man ser ligesom ikke de her pro- blemer på samme måde i vores del af verden, men det kunne jo sagtens relateres til at man har mere at stå imod med som udgangspunkt, og at man så også har en bedre kost undervejs i forløbet.

Reference 10 - 2,31% Coverage

(I) Men det er jo også stadigvæk en vigtig problemstilling, maden er der, men de har ikke tilgangen til det. Jeg tror egentlig du har svaret på det sidste. Tror du at ernæring bliver en integreret del af HIV-aids – altså af ART treatment i fremtiden? (M) Man kan sige, at i øjeblikket i Etiopien der har de faktisk puttet det ind i deres guidelines, altså det gjorde de faktisk allerede dengang vi startede op med det her. Og det er en af grundene til at vi ikke har de svært underernærede med i vores studie. For man havde ligesom godkendt den her guideline der sagde, hvis folk har et BMI under 16, så skal de henvises til behandling af deres underernæring. Så der har vi en standard care for dem, og så kan man ikke gå ind og sige at vi randomiserer og der er nogen der ikke skal have noget. Det var bare ikke implementeret på det tidspunkt, så det var lige- som en del af vores projekt, at vi så støttede op om og sørge for at der var noget til dem, for at det ikke blev for ulogisk at vi ligesom sagde, okay I er helt underernærede, I får ingenting, og I er kun moderat underernærede så vi giver jer supplement. Så der var ligesom nogle år hvor man skulle finde ud af hvilket leje det skulle have, og det blev så skruet op i guidelines, så det nu er sådan at hvis man har et BMI, jeg mener, på under 18,5 at man skal tilbydes ernærings supplement. Så sådan er det lige nu, det virker be- stemt ikke som nogen sustainable strategi i forhold til deres evaluering af hvor dyrt det rent faktisk er det program. Det er ikke noget Etiopien selv ville kunne overtage. Det er US Aid der finansierer det i øjeblikket. Så det har helt sikkert ikke fundet sit leje endnu tror jeg, men et er noget der i nogle områder er meget fokus på. Hvor det andre steder bliver helt ignoreret. Så forhåbentlig handler det om at man får brugt de ressourcer der er tilgængelige på en lidt mere strategisk måde.

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 1 reference coded [1,38% Coverage]

Reference 1 - 1,38% Coverage

(I) Tror du det er muligt, i et land som Etiopien, at lave sådan nogle fødevarerikkerheds projekter for folk med HIV-aids?

(F) Jamen det gør vi. Det er jo en del af det der med at vi arbejder med nogle land- brugsprojekter, men også i forhold til at sikre at folk, også de HIV smittede, er med i de der små lokale udviklingskomiteer, byråd og sådan der findes i Etiopien, hvor der bliver taget beslutninger omkring hvem der har adgang til hvilke marker, og kan vi sikre os at vi får nogle podede æbletræer fra den der forskningsstation og hvad de ellers har af planer og ønsker i det område. At de behov som HIV smittede har også er taget i betragtning i de der diskussioner, og de er med i beslutningsprocesserne. Så det kan man sagtens. Og før i tiden, da der ikke var behandling, så var man jo typisk udfordret af, at folk mistede deres arbejdskraft meget hurtigt og blev meget svækkede og derfor ikke kunne gå i marken. Men med HIV medicin er det problem jo faktisk ikke så stort mere. Men det var jo selvfølgelig noget man måtte forholde sig til, og så se om man kunne få andre til at hjælpe sig med de praktiske ting.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 2 references coded [12,68% Coverage]

Reference 1 - 7,87% Coverage

(I) Er folk med HIV-aids oftere underernærede end folk uden HIV-aids? Er det et meget stort problem?

(S) Ja det er det. Mange af dem kommer jo når de har fået AIDS i udbrud med tuberkulose, så de er ofte underernærede. I hvert fald i starten af behandlingsdelen. Nu er vi mange steder også begyndt at sætte folk i behandling inden deres immunsystem bliver dårligt, dengang fik først behandling når deres CD4 tal var nede på 200, nu sætter vi dem måske i behandling på 350 eller 400, og det ikke når så langt ned i immunsystemet (I) Når jeg læser i min litteratur om HIV-aids, så er der rigtig meget om forebyggelse af HIV-aids, og ikke så meget med fokus på behandling og ernæring

(S) Det var fordi vi brugte 7 år på at få behandling ligestillet med forebyggelse. Det tog 7 år for Danida at ville give penge til behandling og ikke kun forebyggelse. Vi var oppe imod en meget

stærk international lobby og en meget stærk medicin lobby som ikke ville have at det her kopi medicin skulle komme ud, men at vi skulle holde det herhjem- me. Det tog mellem 7 og 10 år, så det er derfor at behandlingsdelen halter efter. Det er heldigvis kommet meget hurtigt igen, men hvis du læser om det, så tog det 7 års kamp for at få det anerkendt på linje med forebyggelse. Fordi argumentet, synes jeg, var at behandling var en del af forebyggelsen. Du kan ikke få forebyggelsen til at virke med mindre du også har behandling at give.

Reference 2 - 4,81% Coverage

(I) Tror du det vil være muligt i et afrikansk land at lave nogle fødevarsikkerhedspro- grammer hvor man fokuserer på HIV-aids patienter? Sådan så man er sikker på at de kan få en god ernæring.

(S) Ja det tror jeg sagens man kunne. Det kender vi jo fra andre ting med underernæ- ringsprojekter med børn, også med specifikt fødevarer til det. Der arbejder vi jo med no- get der hedder Plumpynut der er jordnøddebaseret og sådan nogen ting. Så det kunne man sagtens. Forty fight foods hvor man ligesom kigger på den ernæring der er i områ- det, hvis det er xxx eller majs, hvordan kan vi så styrke den grundlæggende ernæring de har med de mineraler, det kan være A- vitamin, det kan være C det kan være magne- sium, det kan være nogle af de andre mikro elementer som skal til for at gøre den end- nu bedre den diæt der er i området, men som så ikke er god nok måske

Future

[<Internals\\MSC questions on C&V \(WFP\)>](#) - § 2 references coded [5,81% Coverage]

Reference 1 - 3,20% Coverage

9. Could a future projects for improving food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia be something WFP would do?

☑ We are already doing this but food security per se is not our final goal. The food security situation of the PLHIV we are working with is expected to enable them access basic social services

like education and medical services

Reference 2 - 2,61% Coverage

12. Do you think Ethiopia can reach their goal of becoming a middle-income country by the year of 2023? – The year put is 2025 on the Growth and transformation plan (EGTP 2011-2015). The evaluation of the achievements of these plan I think will define if the country is on the right track

[<Internals\\Svar fra Danida>](#) - § 3 references coded [7,29% Coverage]

Reference 1 - 4,31% Coverage

13. Due to the fact that HIV/AIDS is a big problem in Ethiopia, does Danida think it possible to launch food security projects with focus on people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

As this is not an area where Danida at the moment engages in Ethiopia, there is no thinking around that kind of project at the moment. Better placed to answer this question would probably be NGOs working on the ground with food security and/or HIV/AIDS issues –they would be able to tell you their view on the possibilities for creating such projects.

Also bear in mind that Danida usually does not directly implement project directly; rather we design programmes that have a number of implementing partners –that could be national governments, UN bodies, civil society organisations etc. –that will deliver the projects on the ground.

Reference 2 - 1,30% Coverage

14. Is Danida actually planning future projects to improve food security for people living with HIV/AIDS in Ethiopia?

At the moment, this is not an area of work for Danida in Ethiopia and there are no immediate

plans to embark on such a project.

Reference 3 - 1,68% Coverage

15. Do you think Ethiopia can reach their goal of becoming a middle-income country by the year 2023?

Ethiopia aims to be a middle-income country by 2025. The Ethiopian government is very ambitious and is doing a lot to create growth and progress to reach the target. If it will be met in full is still an open question.

[<Internals\\Transscription Mette KU>](#) - § 7 references coded [10,73% Coverage]

Reference 1 - 0,85% Coverage

(I) Tror du det vil være muligt i et land som Etiopien at lave projekter med fødevarer-kerhed hvor man fokuserer på HIV-aids patienter? (M) Projekter med fødevarerikkerhed? (I) Ja

(M) Altså World Food Programme havde deres Urban HIV Programme, som var sådan et program hvor man prøvede at støtte HIV patienter på forskellige måder, altså de har jo selvfølgelig deres forskellige fokusområder, børn og sådan noget, og så har de et pro-gram der fokuserede på HIV patienter på sådan en lidt bredere måde end vores inter-vention handler om. Det er noget med nogle food baskets og noget uddannelse og noget støtte med skolegang med børn, så det findes. Jeg ved faktisk ikke helt hvorfor det en-

Reference 2 - 1,06% Coverage

ten er blevet nedlagt eller... Man kan se det som et eksempel på det der med at det om-råde hvor vi arbejder i, det er der hvor der er størst fødevarerikkerheds problemer, så var det ikke med i det på grund af at det ikke er et fokus område. Men man havde sådan et program som lød lidt som det du spørger om. Man kan jo også undersøge lidt nærmere på hvorfor var det egentlig at det blev

stoppet. Man kan sige, at i forhold til alle mulige andre der er påvirket af fødevarerensikkerhed, så er det jo nogen gange som om at man nærmest har flere muligheder når man er HIV patient, fordi der har været mange flere midler, og der er jo organisationer der fokuserer på HIV patienter, så det er i høj grad sådan at som en del af de organisationer der har fokus på HIV kan få adgang til nogen af de ydelser der. Hvad enten det er indkomstgenerering eller andre strategier.

Reference 3 - 2,28% Coverage

(I) Mener du der er brug for mere forskning inden for HIV-aids og ernæringsområdet? (M) Ja, helt sikkert. Jeg tror at en af grundene til at der er så lidt, handler om den generelle underprioritering af ernæring, at mad er noget man kan give hvis folk er under- ernærede. Så kan de få noget mad og så kan de stige i vægt og så er det fint. Hvor man bør se meget mere på hvad det er man giver til hvem og hvornår. Især når det er syge patienter. Som du selv nævner, så kan man også gøre mere skade end gavn hvis man giver det forkerte. Så der er behov for mere forskning. Man kan jo ikke undersøge alt på en gang. Nu har vi dokumenteret nogle effekter af en type supplement, og vi sammen- lignede nogle forskellige typer protein uden noget sådan meget konkluderende overordnet set så vi jo ikke noget. Der var noget der tydede på at der var bedre immunmodulerende effekter af valleprotein, men det var ikke noget man kunne konkludere ud fra. Det er noget dyrere at bruge den protein, så det kunne man helt sikkert se nærmere på. Og så det her timing aspekt af hvornår man skal booste ernæringsstatus vil være noget der er meget relevant at se nærmere på. Der skal man bruge nogle studier hvor man ser på hvordan deres virusload udvikler sig i forhold til hvilken gavn de har af behandlingen. Så sådan helt specifikt i forhold til den der strategi er der behov for den type studier, og så selvfølgelig en anden type studier til de mere langsigtede indsatser, og der er det jo også vigtigt at få bygget en bro mellem hvad gør man så efter folk de – hvis man siger, okay strategien er bare at booste deres ernæringsstatus, men hvordan sørger man for de bliver fulgt op over tid, for at sikre at de ikke bare mister den effekt bagefter, men ideelt set integrerer dem med nogle mere langsigtede strategier. Jo, der er helt sikkert behov for mere forskning.

Reference 4 - 0,93% Coverage

(I) Er HIV og ernæringsproblemet et meget vigtigt problem når man ser i forhold til alle mulige andre problemer, når du for eksempel kigger på Etiopien. Bliver HIV og ernæring så bare en lille bitte brik i hele det store puslespil af problemer?

(M) Man kan sige i forhold til så mange andre afrikanske lande længere sydpå, så er Etiopien jo ikke hårdt ramt på den måde, det er selvfølgelig relativt, for der er nogle lande der er meget hårdere ramt. Og omvendt så er det jo et område der har fået rigtig mange ressourcer, det har også virkelig vist sig at være effektivt altså udrulning med medicinske behandlinger, det har haft kæmpe fremskridt og har vendt udviklingen både hvad angår antal nye smittede og dødsfald, så det er bestemt givet godt ud. Men du

Reference 5 - 0,91% Coverage

spørger sådan lidt til prioritering af om man allerede bruger nok eller om man skal bruge mere. (I) Ja

(M) Altså man kan sige der er stadig problemer der er relevante at gøre noget ved, der- med ikke sagt at Etiopien ikke har andre problemer, man kan sige at baggrunden for, el- ler relevansen af underernæring for de her HIV patienter har jo ikke nødvendigvis noget med HIV at gøre, men har jo noget med den bagvedliggende fattigdom og dårlige leve- vilkår.

(I) Og hvis man kigger på det på den måde, så bliver HIV en lille brik af den store fat- tigheds – mangel på mad – puslespillet

(M) Det er det der gør at folk er sårbare over for HIV og de er så sårbare over for kon- sekvenserne af HIV. (I) okay

Reference 6 - 2,40% Coverage

(I) Hvad kan det internationale samfund gøre for at støtte op om den her forandring for Etiopien

med fødevarer sikkerhed og HIV, hvordan støtter det internationale samfund så bedst op om denne her problematik?

(M) Hvordan de støtter op om.... Det har selvfølgelig meget med at gøre hvad man sætter fokus på for eksempel fra WHO's side eller sådan generelt med fokus i HIV programmer hvor ernæringsdelen har været meget usynlig, jeg vil sige, det kommer rimelig meget på banen i den Etiopiske kontekst, men det er selvfølgelig en af de ting det internationale samfund kan være med til at være retningsangivende for, for fokus som nationale guidelines tit bliver baseret på. Og så kan man sige at i sådan et land som Etiopien der er rigtig meget international donorbistand som også er dem der sætter agendaen for hvad man bruger ressourcer på.

(I) Så der bliver egentlig i forvejen støttet rigtig godt op om Etiopien. Eller kunne man gøre mere?

(M) Det ved jeg ikke helt hvad jeg skal sige til, om man kunne gøre mere... Altså man kan sige, der bliver brugt mange ressourcer, og jeg tror ikke jeg kan vurdere om der skal bruges flere eller færre, men der er i hvert fald et stort behov for at bruge de ressourcer bedre måske. For eksempel den der rapport som taler om det her, det er enten Amerikanske US Aid eller UN Aid penge, jeg tror det er US Aid penge der er begyndt at udrulle de her supplementsprogrammer. Det er et meget meget ressourcekrævende program som ikke ser ud til at batte så meget for ernæringsituationen på HIV patienterne. Eller det er i hvert fald ikke den optimale udnyttelse af ressourcerne. Så man kan sige at en ting er at sige flere ressourcer, og det er sikkert også relevant, men det er også i høj grad noget med at målrette sine ressourcer og lave sine interventioner evidensbaseret og så støtte sig op af den forskning der nu engang er og så et stort behov for mere forskning også, og fokus på det.

Reference 7 - 2,31% Coverage

(I) Men det er jo også stadigvæk en vigtig problemstilling, maden er der, men de har ikke tilgangen til det. Jeg tror egentlig du har svaret på det sidste. Tror du at ernæring bliver en integreret del af HIV-aids – altså af ART treatment i fremtiden? (M) Man kan sige, at i øjeblikket i Etiopien der har de faktisk puttet det ind i deres guidelines, altså det gjorde de faktisk allerede dengang vi startede op med det her. Og det er en af grundene til at vi ikke har de svært underernærede med i vores

studie. For man havde ligesom godkendt den her guideline der sagde, hvis folk har et BMI under 16, så skal de henvises til behandling af deres underernæring. Så der har vi en standard care for dem, og så kan man ikke gå ind og sige at vi randomiserer og der er nogen der ikke skal have noget. Det var bare ikke implementeret på det tidspunkt, så det var lige- som en del af vores projekt, at vi så støttede op om og sørge for at der var noget til dem, for at det ikke blev for ulogisk at vi ligesom sagde, okay I er helt underernærede, I får ingenting, og I er kun moderat underernærede så vi giver jer supplement. Så der var ligesom nogle år hvor man skulle finde ud af hvilket leje det skulle have, og det blev så skruet op i guidelines, så det nu er sådan at hvis man har et BMI, jeg mener, på under 18,5 at man skal tilbydes ernærings supplement. Så sådan er det lige nu, det virker be- stemt ikke som nogen sustainable strategi i forhold til deres evaluering af hvor dyrt det rent faktisk er det program. Det er ikke noget Etiopien selv ville kunne overtage. Det er US Aid der finansierer det i øjeblikket. Så det har helt sikkert ikke fundet sit leje endnu tror jeg, men et er noget der i nogle områder er meget fokus på. Hvor det andre steder bliver helt ignoreret. Så forhåbentlig handler det om at man får brugt de ressourcer der er tilgængelige på en lidt mere strategisk måde.

[<Internals\\Transskription_FKN>](#) - § 6 references coded [10,63% Coverage]

Reference 1 - 3,97% Coverage

(F) Så kan jeg se du har et spørgsmål om quinoa, det er jo mit hjertebarn (I) Ja, jeg kom ind på det i jeres lille video, og tænkte det ser spændende ud. Det med at I prøver at dyrke quinoa i Etiopien som noget helt nyt. Det synes jeg jo er lidt sjovt, også fordi quinoa er jo ikke typisk afrikansk.

(F) Nej, det kommer jo fra mellem Amerika. Men inden jeg fortæller om alle quinoas værdier, så er det også vigtigt at sige at det er sådan en ting der er nem at kommunike- re, og det er også en ting som jeg tror kan gøre en kæmpe forskel i Etiopien. Men det er jo ikke fordi vi tror på de der tekniske ting, for det er jo ligesom – man kan ikke løse fat- tighed med en bestemt afgrøde, eller med at give folk en traktor. Det handler om de samfundsmæssige strukturer der skaber fattigdom, som man skal arbejde med. Så det er vigtigt at huske at sådan en afgrøde er kun en lille bitte ting i et større billede. Men vi har valgt det dels fordi ernæringsmæssigt har det nogle helt fantastiske

kvaliteter i forhold til tilgængeligt protein og kalorier, og det indeholder simpelthen de 4 mikronæringsstoffer som fattige folk normalt mangler. Så på den måde er det en utrolig god afgrøde. Og så er den meget klimavenlig, fordi den kan tåle tørke og den er salttolerant og den kan vokse i høje højder, hvilket er særlig relevant for Etiopien. Og den er let at acceptere for dem, for noget af deres traditionelle afgrøde hedder teff, som har ekstremt små korn, og det vil sige xxxaverant, som også har små korn, quinoa har lidt større korn, men folk er vant til at håndtere de der små frø, så det ligner lidt noget de kender. Så det er ligesom det der har været de fordele der er i det. Og nu arbejder vi jo meget med de aller fattigste, så det er tiltænkt til deres eget forbrug. Fordelen er, for der er også rigtig mange i Etiopien der har får, geder, kameler og køer, at bladene på planten kan også bruges både til menneskeføde, men også til foder, uden at man sådan reducerer produktionen af frø. Så på den måde har det en række virkelig virkelig gode egenskaber. Og så har vi indgået et samarbejde med en professor på Københavns Universitet og en professor i Addis, og så indledt et samarbejde med nogen af vores partnere. Nu har vi faktisk lige, for en 3-4 uger siden, benyttet os af den import tilladelse der er. Der har været en masse bureaukrati omkring frø og certificering og alt det der, men nu har vi fået den første sending til Addis, og de er ved at gå i gang med at så dem, og så har vi en studerende fra Danmark og en studerende fra Addis der er med til at lave forskning på det. Så bliver det prøvet i 3 forskellige områder i første omgang, og så skal vi så se hvordan det går. (I) Meget spændende.

(F) Det er et stort håb at det kan rykke lidt

(I) Jamen det er jo godt hvis det kan rykke noget, også netop på grund af klimaet, tørkeproblemet

(F) Ja, jeg håber virkelig det kan gøre en forskel. Og så er der også noget der er nemt at kommunikere. Det er let for folk at forstå. Vi prøver ligesom at huske at bygge den der historie op uden om det. For det er ikke nok i sig selv at give dem noget quinoa. Der er nogle lande hvor quinoa er blevet et problem, fordi det nu er blevet sådan en verdens

Reference 2 - 0,45% Coverage

vare. I Bolivia for eksempel er de holdt op med at spise det selv, fordi de tjener så mange penge på at sælge det. Og så dyrker de det ude på nogle områder som slet ikke engang sig til det, hvor

der kan komme nogle miljømæssige konsekvenser. Så det problem indgår jo så i det globale marked, men vi prøver at undgå det fordi det er beregnet det er til eget forbrug.

Reference 3 - 1,95% Coverage

(I) Når man snakker HIV-aids, så snakker man meget forebyggelse. Men burde der være mere fokus på behandling og ernæring, og den ernæringsmæssige behandling? (F) Det ved jeg ikke om jeg er den rette til at udtale mig om. For grunden til at man fokuserede så meget på forebyggelse var jo fordi, på et tidspunkt var der ingen behandling. Så derfor var man ligesom nødt til at fokusere på det, og det er jo sådan set lidt det der er problemet for, for eksempel hvor mange penge der bliver dedikeret til HIV-aids arbejdet nu fordi kurven er knækket de fleste steder, og folks forventede levealder er som ikke smittedes, og antallet af nye smittede er faldende, så derfor så er der ingen der gider finansiere HIV-aids. For 10 år siden var det jo bare the big thing, og det er det bare ikke mere. Så det er rigtig rigtig svært at få penge til det. Og det er skide farligt, for så går der måske nogle år, og så pludselig kan der komme en kæmpe eksplosion og alle folk har... Det er virkelig et problem. Så det er virkelig vigtigt at fokusere både på forebyggelse og på behandling. Og det er jo også interessant at der har været nogle af de der etiske diskussioner omkring det at behandling først var så dyr. Hvor der i Sydafrika var nogle firmaer der lavede kopi produkter, og så var folk oppe at køre over det, og patentlovgivning og alt det der. Men så sejrede det moralske eller det etiske alligevel. Så på en måde har det jo også været interessant, for det har nogle af de der diskussioner på spidsen. Så jeg synes ikke man kan sige det ene uden det andet. Det er rigtig vigtigt at gøre begge dele.

Reference 4 - 0,95% Coverage

(I) Men når man snakker HIV-aids og ernæring, er det så et virkelig stort problem, eller bliver det mere undermineret af andre problemer som sult problemet?

(F) Det spiller jo meget sammen, det gør det. Fordi vi har vores faglighed og vores bobler, men for det mennesker vi snakker om, der er der jo ikke nogen adskillelse mellem din sundhed og din

adgang til mad og din medicin og dit liv i det hele taget. Det er selv- følgelig en udfordring det der med at få forbedret mange ting på en gang, det er du nødt til for at forbedre folks situation. Det nytter ikke at de kan få medicin hvis de ikke har noget mad, og det nytter ikke de har mad hvis ikke de får noget medicin. Man er nødt til at arbejde på mange planer på en gang for at det virkelig skal rykke noget.

Reference 5 - 2,46% Coverage

(I) Hvad tror du det vil tage for at lave ændringer i Etiopien når man snakker HIV-aids og fødevarer sikkerhed? Hvad kan det internationale samfund gøre for at hjælpe? (F) For at vende tilbage til det der med den rettighedsbaserede tilgang, noget af det der ligesom er vores overordnede tilgang, det er jo at det skal ikke være os eller det inter- nationale samfund der skal gøre noget. Vi lever i en verden hvor det er nationer og regeringer der ligesom er ansvarlige over for deres egen befolkning. Og det er ligesom det vi helt overordnet arbejder på at støtte, at der er en accountability, altså at regeringerne står til ansvar over for deres befolkning. Og det indebærer at der skal være demokratiske systemer, der skal være juridiske systemer, der skal afholdes valg som skal være frie, folk skal have adgang til information og der skal være stemmesedler og alle de der ting der hører med til at en stat kan holdes ansvarlig over for sin befolkning. For det skal komme fra befolkningen selv. Fordi det er ikke noget vi skal gøre, det har vi ikke nogen legitimitet til. Så det er meget den måde vi arbejder på, altså med at styrke civilsamfundets rolle i de forskellige lande, fordi i mange lande er der ikke tradition for at der står nogle vagthunde og holder øje med hvad regeringen gør og fortæller folk at alene det med at tage ud i en landsby og snakke med folk, og så ligesom vende den på hovedet og sige "nej, det er ikke jer der er præsidentens tjener, det er omvendt. Det er præsidenten der er din tjener" og så får folk grinflip og synes det er det mest åndsvage de længe har hørt. Men den der proces med at forstå at du er borger, du har nogle rettigheder, og så hjælpe med at lave nogle strukturer så man kan nå de der beslutnings- tagere, og tjekke korrupsion og komme i medierne hvis der sker nogen overgreb og så- dan noget. Det er simpelthen helt overordnet det der skal til. Og vi kan jo se i Danmark hvor vi har et fantastisk demokrati og frie medier og vi alle sammen er uddannede og

Reference 6 - 0,85% Coverage

kan læse og skrive, hvor mange overgreb der stadig begås af staten og hvor meget dis- kussion der er om det, boligmarkedet eller CPR numre eller..., der er alle mulige ting i spil hele tiden. Så vi er også selv langt fra at nå det mål, men simpelthen at hjælpe de der samfund på vej mod et mere demokratisk styreform, fordi inden for den kan man så begynde at udvikle fødevarer systemer og sundhedssystemer og uddannelsessystemer. (F) For at vende tilbage til dit spørgsmål, det som det internationale samfund gør at jo så at støtte de der projekter, og det er det vi gør at finansiere de processer og hjælpe folk med at få adgang til informationen og hjælpe dem med organisations udvikling og den slags.

[<Internals\\Transskription Søren>](#) - § 1 reference coded [2,96% Coverage]

Reference 1 - 2,96% Coverage

(I) Sådan et problem som HIV og ernæring, bliver det nogen gange undermineret af andre store problemer i udviklingslandene, såsom sult problemet?

(S) Ja, og tuberkulose også. Ja, plus at vi også ser at underernæring og madsikkerhed bruges politisk, dels af magthaverne men også at nogle af de her underernæringspro- blemer skyldes at der er mad nok, men at distributionen eller skatter eller et eller andet gør at det så ikke når ud. Så det kan nogen gange godt være et problem fordi fødevarer- sikkerheden også er et politisk instrument.

Research

Sub note to Future

[<Internals\\Transskription Mette KU>](#) - § 1 reference coded [2,28% Coverage]

Reference 1 - 2,28% Coverage

(I) Mener du der er brug for mere forskning inden for HIV-aids og ernæringsområdet? (M) Ja, helt sikkert. Jeg tror at en af grundene til at der er så lidt, handler om den ge- nerelle

underprioritering af ernæring, at mad er noget man kan give hvis folk er under- ernærede. Så kan de få noget mad og så kan de stige i vægt og så er det fint. Hvor man bør se meget mere på hvad det er man giver til hvem og hvornår. Især når det er syge patienter. Som du selv nævner, så kan man også gøre mere skade end gavn hvis man giver det forkerte. Så der er behov for mere forskning. Man kan jo ikke undersøge alt på en gang. Nu har vi dokumenteret nogle effekter af en type supplement, og vi sammen- lignede nogle forskellige typer protein uden noget sådan meget konkluderende overord- net set så vi jo ikke noget. Der var noget der tydede på at der var bedre immunmodule- rende effekter af valleprotein, men det var ikke noget man kunne konkludere ud fra. Det er noget dyrere at bruge den protein, så det kunne man helt sikkert se nærmere på. Og så det her timing aspekt af hvornår man skal booste ernæringsstatusen vil være noget der er meget relevant at se nærmere på. Der skal man bruge nogle studier hvor man ser på hvordan deres virusload udvikler sig i forhold til hvilken gavn de har af behandlingen. Så sådan helt specifikt i forhold til den der strategi er der behov for den type studier, og så selvfølgelig en anden type studier til de mere langsigtede indsatser, og der er det jo også vigtigt at få bygget en bro mellem hvad gør man så efter folk de – hvis man siger, okay strategien er bare at booste deres ernæringsstatus, men hvordan sørger man for de bliver fulgt op over tid, for at sikre at de ikke bare mister den effekt bagefter, men ideelt set integrerer dem med nogle mere langsigtede strategier. Jo, der er helt sikkert behov for mere forskning.

International Society

[<Internals\\Transcription Mette KU>](#) - § 1 reference coded [2,28% Coverage]

Reference 1 - 2,28% Coverage

(I) Mener du der er brug for mere forskning inden for HIV-aids og ernæringsområdet? (M) Ja, helt sikkert. Jeg tror at en af grundene til at der er så lidt, handler om den ge- nerelle underprioritering af ernæring, at mad er noget man kan give hvis folk er under- ernærede. Så kan de få noget mad og så kan de stige i vægt og så er det fint. Hvor man bør se meget mere på hvad det er man giver til hvem og hvornår. Især når det er syge patienter. Som du selv nævner, så kan man også gøre mere skade end gavn hvis man giver det forkerte. Så der er behov for mere forskning. Man kan jo ikke undersøge alt på en gang. Nu har vi dokumenteret nogle effekter af en type supplement, og vi sammen- lignede nogle forskellige typer protein uden noget sådan meget

konkluderende overord- net set så vi jo ikke noget. Der var noget der tydede på at der var bedre immunmodule- rende effekter af valleprotein, men det var ikke noget man kunne konkludere ud fra. Det er noget dyrere at bruge den protein, så det kunne man helt sikkert se nærmere på. Og så det her timing aspekt af hvornår man skal booste ernæringsstatussen vil være noget der er meget relevant at se nærmere på. Der skal man bruge nogle studier hvor man ser på hvordan deres virusload udvikler sig i forhold til hvilken gavn de har af behandlingen. Så sådan helt specifikt i forhold til den der strategi er der behov for den type studier, og så selvfølgelig en anden type studier til de mere langsigtede indsatser, og der er det jo også vigtigt at få bygget en bro mellem hvad gør man så efter folk de – hvis man siger, okay strategien er bare at booste deres ernæringsstatus, men hvordan sørger man for de bliver fulgt op over tid, for at sikre at de ikke bare mister den effekt bagefter, men ideelt set integrerer dem med nogle mere langsigtede strategier. Jo, der er helt sikkert behov for mere forskning.