

Förlossningsvård i Addis Abeba, Etiopien:

Trots tillgängliga kliniker föder de flesta kvinnor hemma

I Addis Abeba föder fortfarande flertalet kvinnor hemma trots att det idag finns en fungerande förlossningsvård. Ekonomi, tillgänglighet och transportproblem är några orsaker till att man väljer att föda hemma, men det finns också en ovilja mot sjukhus och kliniker. Carin Nilses, tidigare läkare på Swedish Clinic i Addis Abeba, och Anneka Knutsson, som gjort ett doktorandarbete om traditionella barnmorsors roll i förlossningsvården, delger här sina erfarenheter av förlossningsvården i Addis Abeba.

CARIN NILSES

med dr, klinikchef, mödrahälsovård- och ungdomsmottagningsenheten, Sundsvall–Härnösand (carin.nilses@lvn.se)

ANNEKA KNUTSSON

leg barnmorska, doktorand i vårdpedagogik, reproduktionsmedicinska enheten, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

■ Abeba är 20 år, hon är lång och vacker, men mycket mager. Hon bor i utkanten av Addis Abeba dit hon kom med sin familj för tio år sedan. Hon väntar sitt tredje barn. Det första dog under förlossningen. »Det ville inte komma ut – till

■ Fakta 1

Etiopien är ett av Afrikas största länder med en befolkning som 1999 uppskattades vara över 61 miljoner. Åldersgruppen 15–19 år utgör 24 procent av befolkningen. Etiopien är också ett av världens fattigaste länder. Mer än halva befolkningen lever under existensminimum [1]. Utbildningsnivån är bland de lägsta i världen och därtill ojämnt fördelad: 25 procent av den kvinnliga befolkningen är läskunnig jämfört med 45 procent av männen [2].

Addis Abebas befolkning uppskattas idag till 2,8 miljoner. Staden växer snabbt, men utan fungerande stadsplanering. Geografiskt är staden indelad i 24 administrativa och politiska enheter, så kallade woredas. Dessa kan jämföras med våra stadsdelar och deras stadsdelsnämnder. Varje woreda har i storleksordningen 100 000 invånare och är i sin tur uppdelad i mindre enheter, kebeles.

slut efter tre dagar gick jag till sjukhuset, där hjälpte de mig med en apparat att dra ut barnet, men Gud ville inte att det skulle leva«, säger hon.

Barn nummer två föddes en månad för tidigt. »Vi kallade på en traditionell barnmorska den gången. Hon visade mig hur jag skulle sitta på pallan och tryckte mot min ändtarmsöppning så att inte barnet skulle ta fel väg. Maryam [Maria, Jesu mor] var med henne och mig. Min son mår bra idag.«

Abebas man är vävare. De bor med resten av familjen, åtta personer, i ett lerrhus med två rum. Det största används för vävstolen. Vatten hämtar de i kranen, som en organisation installerat, 100 meter från huset. Abeba drygar ut inkomsten med att bära ved från Entotoberget. Hon bär eukalyptusgrenarna på ryggen ner för det branta berget innan det har blivit helt ljust eftersom hon inte vill riskera att bli upptäckt. Skövlingen av berget har gjort hennes arbete olagligt.

Trots att hon nu är i åttonde månaden bär hon bördor på upp till 50 kilo på ryggen. Hon ler och säger att de gamla tycker att det är bra för den som ska föda att bära tungt, då öppnar sig bäckenet och man föder lättare. »Kanske går jag till sjukhuset när det blir dags, om Gud vill och vi har pengar. Men jag är rädd – de behandlar folk illa där, jag får inte ha någon med mig, ingen som kan kalla på Maryam åt mig.«

1 av 4 gravida utnyttjar mödrahälsovård

Abeba är inte ensam om sin tveksamhet inför sjukhusen, och hon är långt ifrån ensam om att ha fött barn hemma.

Knappt hälften av Etiopiens befolkning har tillgång till modern sjukvård, som huvudsakligen finns att tillgå i städerna. Detta innebär att de flesta kvinnor ute på landsbygden föder barn utan tillgång till förlossningsvård. Siffrorna för

mödrarmortalitet är även i ett u-lands-perspektiv höga: enligt etiopiska hälso-ministeriets uppskattningar 560–850 per 100 000 födande kvinnor [3]. Hälsoinsatser riktade mot kvinnor är få, bara 25 procent av de gravida utnyttjar mödrahälsovård, och familjeplanering används av endast 6 procent. TFR (Total fertility rate) sjunker långsamt men är fortfarande högt: 6,7 barn per kvinna [4].

I ett nationellt perspektiv sker endast 6–7 procent av alla förlossningar på klinik eller sjukhus [5]. För Addis Abeba uppskattar hälsoministeriet att 40 procent av förlossningarna sker på institution. I en undersökning i Sheru Meda, en woreda (se Fakta 1) i nordvästra delen av Addis Abeba, var siffran 44 procent. En majoritet av kvinnorna födde således hemma, en av fem med hjälp av en utbildad TBA (Traditional Birth Attendant, se nedan), men flertalet av dem födde med hjälp av en släkting, vän eller också ensamma [6]. Hur många som föder hemma kan dock skilja mellan olika områden i Addis Abeba beroende på klinikkens tillgänglighet, ekonomiska överväganden inom familjen, kvinnans utbildning och hennes sociala situation.

Hemförlossning förstahandsval

Att föda hemma är fortfarande ett förstahandsval, även i stadsområden. Vem som är närvarande och assisterar vid själva förlossningen varierar. Den huvudsakliga uppgiften för den som assisterar är att klippa navelsträngen och att se till att placenta framföds hel med hela hinnor. Själva öppningsskedet klarar kvinnan oftast på egen hand hemma. Det är först i utdrivningsskedet som man anser att en barnmorska eller annan assistent behövs.

Följande indelning kan ge en bild av hur hemförlossningarna handhas:

1. Släkting eller granne med tidigare förlossningserfarenheter hjälper till. Dessa kallas också för traditionella barnmorskor men assisterar kanske bara vid några få förlossningar under sin levnad.
2. Traditional Birth Attendant, TBA, är en kvinna som av tradition har detta som ett arbete. Hon är oftast i övre medelåldern, har egna barn och har lärt sig sitt arbete av någon äldre släkting eller vän. Men hon kan också



Terungo är en erfaren traditionell barnmorska som hjälpt till vid mer än 300 förlossningar. Här med senaste barnbarnet som hon också hjälpt till världen.

Syster Zinna förestår förlossningsavdelningen på en hälsocentral i Addis Abeba, som liksom de flesta är mycket litet med gammal och sliten utrustning.

vara självlärd. Hon får ibland betalt för sina tjänster och är respekterad i sitt arbete som TBA. Vidare finns i Etiopien barnmorskor som under den tidigare regimen fick en månads utbildning och i vissa fall även en basutrustning till förlossningen. De har dock inget stöd av regeringen idag vad gäller ersättning eller påfyllnad av material, utan arbetar på samma sätt som barnmorskorna beskrivna i den första gruppen.

3. Trained TBA, TTBA. Denna grupp har utbildats i Etiopien under de senaste tre åren. De får en tremånaderskurs i antenatal, perinatal och postnatal vård. Av denna tid är omkring en månad praktik på en hälsocentral. Detta garanterar dock inte att de har förlöst självständigt innan de går ut på fältet. Kriterierna för att bli TTBA omfattar idag inte att de tidigare har varit TBA. Detta innebär att denna grupp har liten praktisk erfarenhet när de börjar, och därför kallas de sällan till förlossning. De handhar en hel del av den antenatala vården, liksom familjplanering och barnavården i det område där de arbetar.
4. Kvinnan föder ensam, vilket inte är helt ovanligt. Detta kan ha ekonomiska orsaker men också på grund av att de är nya i området och inte känner någon eller att ingen i närheten fanns hemma.

Ny uppbyggnad av förlossningsvården

I Addis Abeba startade 1996 en ny organisation av förlossningsvården. Enligt

denna hälsoplan skall varje woreda ha en hälsocentral med tillhörande förlossningsenhet. Dessa skall handlägga normalförlossningar men remittera riskgraviditeter och förlossningar med komplikationer.

Det finns idag 21 hälsocentraler, och 17 av dem har en förlossningsenhet. De fyra stora regeringssjukhusen är remissinstanser. Det största sjukhuset, Black Lion, universitetssjukhuset, lyder direkt under hälsoministeriet. Sjukhusen kan remittera till Black Lion, som även kan ta emot akuta fall direkt utifrån. Hälsocentralerna för statistik över de fall de remitterat, och på dem som är välfungerande ordnas varje månad möten med sjukhuset för audit. Enligt Sister Kiros, som är ordförande i Etiopiska barnmorskeförbundet, har detta inneburit en standardhöjning av den institutionella förlossningsvården.

Målet är dock att det i varje kebele (se Fakta 1) skall finnas en »health post« bemannad av en barnmorska (TBA), en hälsoassistent (community health assistant) och två hälsoarbetare (primary health worker), alla med 3–6 månaders utbildning och praktik.

Avsikten med den nya organisationsplanen var att styra normalförlossningarna från de stora sjukhusen till hälsocentralerna. Men fortfarande svarar sjukhusen för mer än hälften av de institutionella förlossningarna. Bland kvinnorna finns ett motstånd till att föda på klinikerna. Personalen är sällan utbildade barnmorskor, och när komplikationer uppstår saknas både resurser och kun-

skap om hur de skall handläggas. Detta avspeglas också i hur många som skickas från hälsocentralerna till sjukhusen under förlossningen. I genomsnitt remitteras var fjärde kvinna på grund av uppstådda eller förväntade komplikationer.

På regionala hälsobyråer finns statistik över antalet förlossningar på hälsocentralerna och de statliga sjukhusen i Addis Abeba. Totalt under senaste året förlöstes på dessa institutioner 21 700 kvinnor. Dessutom födde nästan 4 000 kvinnor på Black Lion.

Under de senaste åren har de privata sjukhusen ökat i antal. Det finns idag fem privata sjukhus som också har förlossningskliniker. Det största och mest ansedda, Brass Hospital, har 600 förlossningar per år. Men att föda på privat-sjukhus är ekonomiskt möjligt endast för ett fåtal kvinnor. En normalförlossning kostar motsvarande 1 200 kronor, vilket är en halv årslön för flertalet inkomsttagare.

Ovilja att föda på sjukhus

Ekonomi, infrastruktur, tillgänglighet och transportproblem anses vara de vanligaste orsakerna till att kvinnor i utvecklingsländer föder hemma. Detta stämmer också för landsbygden i Etiopien. Men i Addis Abeba finns idag en god tillgänglighet på förlossningsinstitutioner på olika nivåer i hälsosystemet. Transporter finns att tillgå, liksom vägar som, även om de är dåliga, når ut till större delen av befolkningen. Man har rätt till gratis vård om familjens inkomst är under minimilön, vilket idag är 200 birr

(240 svenska kronor) i månaden. En vanlig kostnad för en förlossning är 20–25 birr. Ändå är det ofta ekonomiska skäl som gör att man väljer att föda hemma.

I en pågående avhandlingsstudie av kompetensen hos TBAs i Addis Abeba framkommer en trög organisation och dålig kulturell anpassning av vården som de viktigaste orsakerna till att man väljer att föda hemma på traditionellt vis. Observationer som vi gjort på en av sjukhusens förlossningsavdelningar styrker, även om de inte kan verifiera, dessa faktorer. På sjukhuset förekommer tyvärr att man både fysiskt och psykiskt trakasseras av personalen. Patienterna betraktas och beskrivs i termer som dumma, besvärliga, rädda (detta ses som ett tecken på att de är okunniga) och krävande. Att kvinnorna dessutom befinner sig i en främmande miljö, utan möjlighet att ha någon närstående hos sig, ökar oviljan att välja att föda på sjukhus eller klinik.

Liten tonvikt på omsorg

Den institutionella förlossningsvården fokuserar den medicinskt tekniska delen av vården. Den är av hög kvalitet utifrån de förutsättningar som finns; många barn och mödrar räddas till livet. Där emot läggs ingen eller mycket liten tonvikt på omsorg, omvårdnad och att förmedla trygghet och lugn, vad som i hemmet anses vara de viktigaste uppgifterna för den som hjälper den födande kvinnan. Personalens arbetssituation med långa arbetspass, oftast tolv timmar, låga löner och låg status bidrar till missförhållandena. Men framför allt ter det sig som en utbildningsfråga. Ofta sker en akademisering av kunskap på bekostnad av den praktiska och personliga kunskapen [7, 8].

Från att tidigare ha sett de traditionella barnmorskorna som en resurs [9] har nu pendeln svängt, och WHO förespråkar idag enbart formell utbildning av barnmorskor [10]. De traditionella barnmorskorna besitter dock en stor kulturell kompetens och har närhet till befolkningen. I ett land där klyftan mellan existerande resurser och behov är djup, är det av största vikt att alla resurser och möjligheter utnyttjas för att främja kvinnors och barns överlevnad i den perinatale vården. Att föra in kulturanpassade omvårdnadsaspekter i all vårdutbildning inklusive läkarutbildningen ser vi som en viktig åtgärd för att kvinnor skall välja den institutionella vården.

Referenser

1. Ministry of Health (Ethiopia). Framework for developing national RH/IEC in-service

- training for Ethiopia. A policy document. Addis Abeba: Ministry of Health; 1997.
2. Ministry of Health (Ethiopia). Health and health related indicators. Addis Abeba: Planning and Programming Department; 2000.
3. Kwast BE, Rochat RW, Kidane-Mariam W. Maternal mortality in Addis Abeba, Ethiopia. *Stud Fam Plann* 1986;17:288-301.
4. Ministry of Health (Ethiopia). Maternal health profile. Federal Democratic Republic of Ethiopia. Addis Abeba: Ministry of Health; 1999.
5. Central Statistical Authority. Addis Abeba: Ethiopia Demographic and Health Survey; 2000.
6. Propride. Baseline Survey of Propride Entoto Program. Addis Abeba: Woreda 11; 1998.
7. Böhme G. Knowledge and higher education: report from a series of colloquia held in 1981/82, Bergendal G, editor. Stockholm: National board of universities and colleges [Universitets- och högskoleämbetet] Almqvist & Wiksell international; 1983.
8. Molander B. Kunskap i Handling. Göteborg: Daidalos; 1993.
9. WHO. Traditional Birth Attendants: A joint WHO/UNFPA/UNICEF statement. Switzerland: World Health Organisation; 1992.
10. WHO. Ensure Skilled Attendance At Delivery. WHD 98.6. Switzerland: World Health Organisation; 1998.