

Mödrars överlevnad – en fråga om kvinnors värde



Mödradödligheten i den fattiga delen av världen fortsätter att vara hög. De allra flesta dödsfall kan undvikas om kvinnor får tillgång till skolad förlossningshjälp, hjälp vid vanliga komplikationer och tillgång till säker abort och preventivmedel. Hälso-systemen behöver utvecklas. Om detta görs eller inte beror på vilket värde man tillmäter kvinnor. Ett av millenniemålen är att genom kraftig mobilisering sänka mödradödligheten före 2015.

JERKER LILJESTRAND
leg läkare, docent, samhällsmedicinska
institutionen, Lunds universitet
(jerker.liljestrand@smi.mas.lu.se)

■ Att föda barn är en unik företeelse. Utöver att vara en fysiologisk process för mor och barn är det en psykologisk och social händelse. Om det är den första förlossningen för en ung kvinna innebär övergången till modersrollen en enorm omställning ur dessa bägge aspekter. I många kulturer blir kvinnans statusökning extra betydande om det födda barnet är en son. I de flesta fall betyder födelsen att familjen och samhället på olika sätt tar till sig den nya medlemmen. Överallt omger rika traditioner denna för kvinnan och barnet avgörande livshändelse. En del traditioner är positiva, andra kan innebära risker.

Den fysiologiska processen är också dramatisk. För barnet utgör de kroppsliga förändringarna – från ett liv med navelsträngens syre- och näringstillförsel till att andas själv och leva på bröstmjölk – en omställning i klass med astronauters landning på månen. För kvinnans del vet vi att den välbekanta och naturliga processen av human reproduktion trots allt innebär risker: 15 procents risk för att utveckla en potentiellt livshotande komplikation och 1–3 procents risk för moderns död om ingen sjukvård finns att tillgå [1].

Kvinnor dör därför att de är kvinnor

Om ett graviditetsbesked innebär en härlig nyhet för många kvinnor gäller motsatsen för andra. Många graviditeter är oplanerade och ovälkomna på grund av brist på kunskap eller brist på preventivmedel eller på grund av sexuellt tvång. En farlig abort kan bli resultatet i stället för en lycklig födelse.

De kvinnor som inte kan välja när de vill ha samlag, inte kan påverka beslut om användning av preventivmedel, inte

har tillgång till preventivmedelsinformation eller – när de väl är gravida – saknar tillgång till basala mödrahälsövårdande åtgärder utgör majoriteten av de kvinnor som dör av graviditetsrelaterade orsaker. I många länder saknar kvinnor tillgång till hälso- och sjukvård på grund av geografiska, infrastrukturella eller finansiella skäl eller på grund av begränsningar som utövas av deras partner eller familjer. Dessa kvinnor dör för att de är kvinnor och för att lokalsamhället inte ger dem tillräcklig uppmärksamhet.

Sålunda drabbas 529 000 unga kvinnor per år i världen av en oftast långsam och plågsam död. Detta motsvarar en kvinna per minut. Översatt till livstidsrisk – där risken för mödradöd vid en enskild graviditet multipliceras med genomsnittlig fertilitet – innebär detta att mer än en kvinna av tio i Afrika söder om Sahara dör i barnsäng. Motsvarande tal i Västeuropa är 1:4 800 [2]. Självklart har ett fattigt land inte råd att mista 10 procent av sina unga kvinnor i mödradödsfall som går att förebygga, varken i ett familje- eller ett samhällsekonomiskt perspektiv. Till bördan av mödradödsfallen kommer också mödramorbiditeten och den perinatale sjukligheten och dödligheten.

Analfabetism, fattigdom ...

De viktigaste medicinska orsakerna till mödradöd globalt är blödning, infektion, eklampsi, förlossningshinder och abortkomplikationer. Indirekta orsaker som anemi, malaria, tuberkulos och i ökande grad HIV/aids bidrar också. Bakom dessa medicinska orsaker ligger dock analfabetism, fattigdom, underordnad ställning för kvinnor och brist på basalt hälso- och sjukvård (Figur 1).

Den oerhörda skillnaden i mödradödlighet mellan hög- och låginkomstländer (en faktor på 200!) visar hur förebyggbara, alltså onödiga, dessa dödsfall egentligen är. Också den gynnsamma ut-



VINJETT: HELENA LUNDING

Global hälsa

Gästredaktör för serien Global hälsa: Staffan Bergström
Se även artikel på sidan 482 i detta nummer och i nr 3, 4 och 5 2004.

vecklingen i ett fåtal länder – Sri Lanka, Honduras, Vietnam t ex – visar hur mödradödligheten kan reduceras genom målinriktade åtgärder. Frågan är då varför de flesta låginkomstländer och många medelinkomstländer inte kommit längre i reduktionen av mödradödlighet. Svaret tycks vara att kvinnor fortsätter att dö av förebyggbara/behandlingsbara graviditets- och förlossningskomplikationer därför att landets ledning inte ger denna grupp tillräcklig uppmärksamhet. De dör därför att de är kvinnor.

»Safe motherhood«

År 1985 publicerades den nu klassiska artikeln »Where is the 'M' in MCH?«, som visade på hur mödra- och barnhälsovården under årtiondena dessförinnan huvudsakligen bestått av åtgärder inriktade på barns hälsa [3]. Två år senare, 1987, togs i Nairobi av en grupp organisationer »The safe motherhood initiative«. Sedan dess har mycken ny kunskap tagits fram kring mödrahälsa, och vi vet idag mycket mer om dels mödradödlighetens nivåer och specifika orsaker, dels värdet av olika interventioner. Idag handlar det om att implementera denna kunskap och att nå ut med de kostnadseffektiva interventionerna. Erfarenheterna av det intensifierade arbetet från 1987 och framåt summerades 1997 i form av en rad nyckelbudskap [4]:

- Öka tillgängligheten till kompetent förlossningsvård
- Senarelägg giftermål och första förlossning

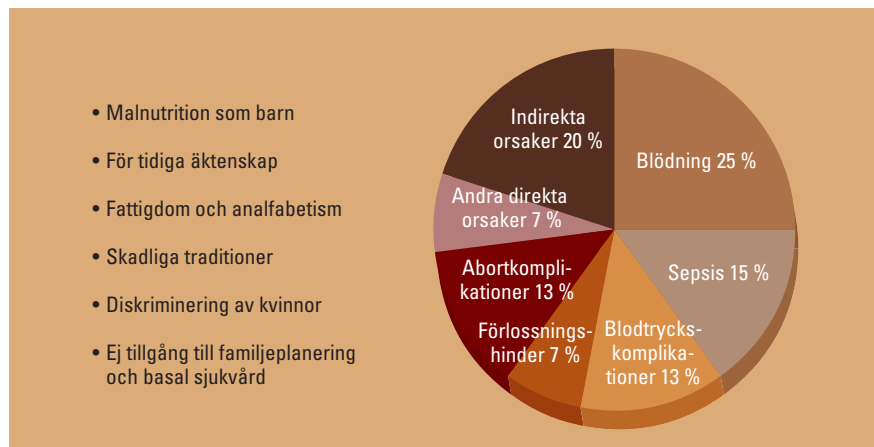
- Intensifiera samarbetet mellan organisationer och huvudmän
- Förebygg önskad graviditet och ta upp frågan om osäkra aborter
- Öka tillgången till mödravård med god kvalitet
- Planera för att varje graviditet innebär en risk
- Utvärdera.

Barnmorskefunktionen

Tillgången till »barnmorskefunktioner« tycks vara avgörande för nedgången i mödradödlighet. Även i vårt land var den enskilda viktigaste faktorn för nedgången av mödradödlighet just barnmorskeväsendets införande på 1800-talet [5, 6]. Den mångåriga satsningen i många fattiga länder på »traditional birth attendants« (TBA) har inte burit frukt. Även om kontakten och samarbetet med TBA lokalt måste förbättras – att TBA vet vilka komplikationer som kräver professionell vård och att TBA möts med respekt på hälsocentralen – talar allt för att lösningen av mödradödlighetsproblemet ligger i att utveckla barnmorskefunktionen, stödja hälsocentralens barnmorska med handledning, fortbildning, utrustning etc och ge adekvat remissmöjlighet för omhändertagande på sjukhusnivå vid svårare komplikationer. TBA kan troligen framför allt utgöra en bra länk mellan barnmorskan och närsamhället.

Under senare år har vården av graviditets- och förlossningskomplikationer med rätta givits ökad uppmärksamhet men tyvärr i viss mån polariserats mot en bredare satsning på skolad förlossningsvård för kvinnor i allmänhet [7]. Länder som lyckats sänka mödradödlighetssiffrorna drastiskt under de senaste årtiondena har satsat på bägge dessa huvudstrategier samtidigt [8, 9]. Idag har bara drygt hälften (53 procent) av kvinnorna i låginkomstländer tillgång till medicinskt utbildad förlossningspersonal, alltså barnmorska, sjuksköterska eller läkare. År 1990 var siffran 51 procent, och utvecklingen går alltså alldeles för långsamt. Kanske just därför är den indikator som valts för att följa millennieutvecklingsmålet mödradödlighet just assistans av skolad personal vid förlossning [10].

Antalet kvinnor som önskar skjuta upp eller avsluta sitt barnafödande men inte använder kontraception är stort, ungefär 150 miljoner. Dessutom saknar miljontals kvinnor tillgång till säker abort. Dessa faktorer är nära förbundna med kvinnors status och rättigheter, inklusive rätten till skolutbildning, arbete och politiskt deltagande. Att erbjuda adekvat förlossningsvård för en majoritet av födande kvinnor är en oerhörd ut-



Figur 1. 529 000 mödradödsfall per år: bakomliggande orsaker och medicinska diagnoser.

maning. I länder sönderslitna av krig eller katastrofer är detta extra svårt. Många fattiga länder når inte alls ut i periferin med en vettig sjukvård; exempelvis föder 90 procent av Etiopiens kvinnor sina barn utan skolad personal, och de flesta kan inte nå sjukvård ens vid komplikationer – mödradödligheten är bland världens högsta, och mödrasjukligheten är omfattande.

Många länders hälsosystem brottas med svårigheten att samordna de olika vårdnivåerna, framför allt hälsocentralens barnmorskevård med distriktssjukhusets vård av svåra komplikationer. Å andra sidan kan prioritering av mödrhälsan leda till att hälsosystemet stärks överlag – en satsning på att reducera mödradödsfallen är en »isbrytare« för att förbättra hälso- och sjukvårdens täckning och kvalitet i fattiga länder. Detta var t ex fallet för Malaysia och Sri Lanka under 1940- och 1950-talen [8].

Ekonomiskt tillgänglig vård

En ytterligare utmaning är att göra mödrasjukvården ekonomiskt tillgänglig. Formella och informella patientavgifter avhåller många familjer från att söka hjälp i tid när obstetriska komplikationer uppträder. Fattiga familjer är extra tveksamma till att söka hjälp för graviditets- eller förlossningskomplikationer – »vi har inte råd, och att föda barn är väl ändå något normalt«, tycks många resonera.

Internationella valufafondens och Världsbankens predikande av strukturanpassning under framför allt 1980-talet (som ofta togs till intäkt för införande av patientavgifter) får idag gradvis alltmer ge plats för kostnadsfri vård, åtminstone vid förlossningskomplikationer. Det är tånkvärt att Malaysia och Sri Lanka som mycket fattiga länder på 1950-talet använde motsvarande mindre än 2 procent av bruttonationalprodukten på hälso-

och sjukvård, att därav 25 procent gick till mödra- och barnhälsovårdande åtgärder och att dessa belopp räckte för drastisk nedgång av dödligheten. Lika slående är hur dessa två länder såg mödra- och barnhälsovård som en spjutspets för utveckling och ökad jämställdhet – men parallellt med samtidig satsning på vatten och sanitet, utbildning och bättre vägar [8]. Det tycks alltså som om utdelningen på utvecklingsansträngningarna, åtminstone reflekterat som mödrhälsa, är bättre om man satsar fokuserat och inom vissa samverkande sektorer.

Enskilda orsaker till mödradöd

Det analyssätt, »the three delays model«, som föreslagits vid Columbia-universitetet i USA har med framgång använts för att nationellt eller lokalt väga de främsta orsakerna till mödradödsfall [11]:

- Tiden som åtgår för familjen att (vid graviditets- och förlossningskomplikation) besluta sig för att söka vård för kvinnan – inser familjen kanske inte symtomens betydelse eller skriker de kanske inte till handling i tid?
- Tiden som åtgår för att komma fram till sjukvården – saknas transport och remissystem?
- Tiden som åtgår för att initiera adekvat behandling när patienten väl anlånt till sjukvården – brist på välorganiserad personal och utrustning inklusive läkemedel?

Att analysera det enskilda dödsfallet med hjälp av denna modell är en bra väg att gå för att se vad man kan lära av det enskilda fallet. Om varje mödradödsfall används till en genomgång av hur det hade kunnat undvikas och om man lär sig något som kan användas för konstruktiva åtgärder – t ex mer lokalt engagemang för att föra kvinnan till sjukvården i tid, snabbare åtgärder på hälsocen-

Inbjudan till Läkartidningens läsare och skribenter

Välkomna till prisutdelningen för bästa artiklar publicerade i Läkartidningen, den 9 februari, Svenska Läkaresällskapet, Klara Östra Kyrkogata 10, Stockholm.

KI 16.30 Samling med mousserande vin och lätt förtäring (obligatorisk föranmälan).

KI 17.15 Presentation av tävlingen, pristagarna, finalisterna och juryn. Musik av Hans Persson. Prisutdelning.



Försäkra dig om en plats till prisutdelningen.

Mycket välkomna!

Josef Milerad
medicinsk chefredaktör

Kristina Räf
chefredaktör

KI 18.00 Om vetenskaplig kommunikation: »Att läsa och förstå«, Jussi Karlgren, lingvist vid KTH, Stockholm. »Att skriva och bli förstådd«, Dorotea Bromberg, bokförläggare, Stockholm.

KI 19.00 Mingel och mat (obligatorisk föranmälan, avgift för mat och dryck 100 kr, betalas på plats)

Föranmälan skickas senast den 1 februari till inga-maj.lagerholm@lakartidningen.se

Syftet med pristävlingen som började år 2000 är att stimulera publicering av medicinsk vetenskap på svenska. Artiklarna tävlar i fem kategorier: medicinsk kommentar, klinisk översiktsartikel, grundvetenskaplig översiktsartikel, egen studie eller fallbeskrivning samt artikel med etik eller yrkesroll som huvud-

tema. Den bästa artikeln skriven av yngre författare, med kand eller AT-läkare, får ett speciellt pris oberoende av kategori. Alla artiklar som publicerats i Läkartidningen under året deltar automatiskt i tävlingen. Redaktionen röstar fram finalisterna ur årets mest lästa eller på annat sätt uppmärksammade artiklar.

En fristående jury väljer vinnarna. Författarna till vinnande artikel får 20 000 kronor i form av resestipendium eller forskningsanslag. Vinnarna, juryn och finalisterna kommer att presenteras mer i detalj i Läkartidningen 7/2004.

Följande artiklar kom till final i årets tävling:

MEDICINSK KOMMENTAR

Ekdahl K, Giesecke J, Linde A. Svår akut luftvägsinfektion (SAL). Lokal infektion ger global panik. *LT 2003;100:1420-5.*
Nettelbladt P. Hur skall primärvården upptäcka den dolda ångest/depression som finns? Självskattningsformulär för patienten bra hjälpmedel men räcker inte. *LT 2003;100:824-6.*
S:son Torgerson J. Kalorier viktigare än kolhydrater vid bantning. *LT 2003;100:2902-3.*

ETIK OCH LÄKARROLL

Waern M. När patienten väljer döden. Suicid hos den egna patienten - ett trauma för läkaren. *LT 2003;100:2140-3.*
Mossberg T. Hur analyseras riskhändelser i vården och vilken information får patienter? *LT 2003;100:3856-9.*
Beland M. Kultursjukdomar med högt pris. Svensk konflikträdsla och fokusering på hälsa ger grogrund för »epidemi« av utbrändhet, fibromyalgi, elöverkänslighet ... *LT 2003;100:3998-4001.*

EGEN STUDIE ELLER FALLBESKRIVNING

Malmström P. Dags sluta mikrohæmaturitesta vuxna. *LT 2003;100:3598-9.*
Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Samlagssmärta hos kvinnor vanligt, inte minst hos yngre. Smärtanamnes och kvinnans ålder ger god vägledning för diagnos. *LT 2003;100:2128-32.*
Arvidsson C, Forberg R, Jansson R, Tenerz Å. Bantningspreparat gav svårtolkade sköldkörtelrubbingar. Varning för bruk av »Eat & Lose«. *LT 2003;100:1518-21.*

KLINISK ÖVERSIKT

Samuelsson H, Solders G, Sundkvist G. Diagnostik, prevention och smärtbehandling vid diabetesneuropati. Tricykliska anti-

depressiva eller antiepileptika kan lindra symtomen. *LT 2003;100:1130-5.*

Svenungsson B, Hedlund K. Vinterkräksjukan – vinterns gissel i vården. *LT 2003;100:418-22.*

Terént A. Medikamentell terapi efter slaganfall bör vara evidensbaserad. Organisatoriska, ekonomiska och etiska avgöranden styr valet av behandling. *LT 2003;100:3860-6.*

GRUNDTVETENSKAPLIG ÖVERSIKT

Hallin R. Smärta mer smärtsam hos kvinnor. Genusperspektiv eftersatt i forskning om smärtans biologiska mekanismer. *LT 2003;100:3738-41.*

Nilsson B, Andersson J, Meis-Kindblom J, Kindblom L, Engström K, Stierner U, Bümming P, Ahlman H. GIST – betydligt vanligare tumör än man tidigare trott. Nya rön om uppkomsten av GIST har lett till ny medicinsk behandling. *LT 2003;100:930-8.*

Fridén J. Rekonstruktiv handkirurgi förbättrar greppfunktionen vid tetraplegi. Grundvetenskapliga och kliniska studier har banat väg för utvecklingen. *LT 2003;100:2133-9.*

YNGRE SKRIBENTER

Kättström M. West Nile fever kan komma att spridas även till Sverige. *LT 2003;100:1532-4.*

Sigurdsson U, Adolphson P. Få skador hos svenska telemarksåkare men utrustningen bör ses över. *LT 2003;100:1440-3.*

Smith R, Lotharius J, Brundin P. Fria radikaler och sjuka proteiner – bovarna bakom Parkinsons sjukdom? *LT 2003;100:1324-30.*

Samuelsson K, Blennow M. Föräldrar har tillit till barnvaccinationer. Men samtidigt brister deras förtroende för det medicinska etablissemangen visar en kvalitativ attitydstudie. *LT 2003;100:3132-5.*

tralen/sjukhuset, bättre utbildning av personalen osv – skulle som bäst ett mödradödsfall kunna leda till att framtida situationer av samma typ skulle kunna hanteras bättre och kvinnan överleva. En kritisk analys, men utan att skuldbelägga någon, av det skedda har varit en stor hjälp i många länder för att förbättra omhändertagandet.

Pågående global mobilisering

De organisationer som står bakom Safe Motherhood-initiativet – WHO, Unicef, UNFPA, Världsbanken, IPPF, Population Council, FIGO och ICM – håller just på med en omgruppering och förstärkning av detta globala initiativ, som kan förväntas se dagens ljus i början av år 2004. Avsikten är att understryka satsningen på förstärkning av hälso-systemen för bättre mödrhälsa, inkorporera mer av HIV-/aidsförebyggande arbete, betona vikten av samtidig satsning på lägre perinatal dödlighet och att synliggöra den globala mödradödligheten ännu mer.

WHO har under Gro Harlem Brundtlands ledning bidragit till att fattighetsfrågorna fått stadigt ökande uppmärksamhet och att sambanden mellan hälsa, fattighetsreduktion och utveckling understrukits alltmer. Detta framgår

tydligt av WHO:s Kommission för makroekonomi och hälsa [12] och av den nyinrättade globala fonden för stöd till HIV-, malaria- och tbc-kontroll. Intensifierad satsning på mödrars och nyföddas hälsa är emellertid också en del av detta nödvändiga globala arbete. Någon har uttryckt detta sålunda: »Minskning av mödradödligheten är kanske det enda av millenniemålen som vi verkligen kan uppnå före 2015.«

Med tanke på att fattiga kvinnor och deras barn i låginkomstländer är de fattigas underklass, som samtidigt utgör en enorm samhällsekonomisk och social potential, kan man konkludera att satsning på mödrars hälsa är effektiv för mödradödlighetsreduktionen, ett bra sätt att stärka hälsosystem överlag och ett steg i rätt riktning sett i ett mänskörättsperspektiv.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. WHO. A UNICEF/UNFPA/World Bank/WHO Joint statement on maternal mortality reduction. Geneva: WHO; 1999.
2. Hill K, Abouzahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. Bull World Health Organ 2001;79(3):182-93.
3. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality – a neglected tragedy. Where is the M in MCH? Lancet 1985;2:83-5.
4. Starrs A. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. New York: Family Care International; 1998.
5. Högberg U, Wall S. Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. Bull World Health Organ 1986;64(1):79-84.
6. De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialized West? Trop Med Int Health 1998;3(10):771-82.
7. Liljestrand J. Strategies to reduce maternal mortality worldwide. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2000;12:513-7.
8. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, et al. Investing effectively in maternal health. Experiences from Malaysia and Sri Lanka. Washington DC: World Bank; 2003.
9. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? Bull World Health Organ 1999;77(5):399-406.
10. www.developmentgoals.com
11. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. Soc Sci Med 1994;38:1091-110.
12. www.cmhealth.org



= artikeln är referentgranskad