

Barns rätt till överlevnad – sårbart läge trots framsteg



Barns chanser att överleva har förbättrats betydligt. Sambandet mellan fattigdom och barnadödlighet består dock, liksom att social och politisk oro ger tydligt utslag på barns dödlighet – som i Somalia – men avvikande exempel finns: Trots krig, fattigdom, svält, vulkanutbrott och kollapsade samhällen har man i Vietnam, Nicaragua och Bangladesh med riktad hälsovård lyckats vända på dödlighetssiffrorna.

LARS ÅKE PERSSON

professor, överläkare, internationell mödra- och barnhälsovård, institutionen för kvinnors och barns hälsa, Uppsala universitet. Till mars 2003 director, Public Health Sciences Division, ICDDR,B: Centre for Health and Population Research, Dhaka, Bangladesh (lars-ake.persson@kbh.uu.se)

■ Ett av FN:s millenniemål är att reducera dödligheten hos barn under 5 års ålder med två tredjedelar från millennieskiftet till 2015 [1]. Under de senaste decennierna har barns chanser till överlevnad dramatiskt förbättrats [2]. Detta blir mycket tydligt om man låter det interaktiva datorprogrammet Global Health Chart visa barns överlevnad i olika länder och regioner över tid [3].

Det finns ett starkt och välkänt samband mellan ekonomiska resurser och barns överlevnad: De fattiga ländernas barn har som regel mycket högre dödlighet än de rika ländernas. Detta samband kvarstår, men intressanta avvikande mönster syns när man börjar granska utvecklingen i enskilda fattiga länder. Några länder har – trots bestående fattigdom med låg bruttonationalprodukt – lyckats uppnå dramatiska förbättringar i barns överlevnad. I vissa fall har dessa förbättringar uppnåtts trots pågående väpnade konflikter och ekonomiska svårigheter. Det vanliga mönstret är annars att perioder av ekonomisk kris, politisk oro eller väpnade konflikter resulterar i en stark ökning av dödligheten hos barn.

I den här artikeln ska vi med hjälp av information från lokala studier och hälsoövervakningssystem i några fattiga länder analysera trender över tid och försöka dra slutsatser om de möjligheter och svårigheter som finns för att uppnå millenniemålet för barns överlevnad. Data kommer från lokalsamhällen i Somalia, Vietnam, Bangladesh och Nicaragua. De somaliska studierna baseras på

ett enkelt hälsoövervakningssystem i några byar mellan landets två floder, i Vietnam kommer data från ett nyligen etablerat hälsoövervakningssystem i Ba Vi-distriktet vid Röda floden i norr (kompletterat med retrospektiva reproduktionsintervjuer), i Bangladesh härstammar data från det stora hälsoövervakningssystemet i en befolkning på 220 000 invånare i Matlab-distriktet i delatlandet och i Nicaragua baseras uppgifterna på hälsoövervakningen i staden Leon med omgivande landsbygd (även där kompletterat med retrospektiva intervjuer).

Barnadödlighet när samhället bryter ihop
Kriget i Somalia under tidigt 1990-tal åttadubblade den redan höga dödligheten bland barn på landsbygden, mest i form av dödsfall i diarrésjukdomar och mässling [4]. Dödligheten ökade redan under den period av social oro och hyperinflation som föregick krigsutbrottet – en ökning som hade kunnat förebyggas om basal behandling av infektioner och ett fortsatt vaccinationsprogram hade funnits tillgängligt [5]. Emellertid – i Somalia liksom i flera andra länder med långvariga väpnade konflikter – såg vi ett sammanbrott av hälso- och sjukvården på ett tidigt stadium. Vem kan vaccinera när distriktets hälsovård upplöses, och vem kan erbjuda den nödvändiga omvårdnaden när storfamiljens skyddsnet bryts sönder av ekonomisk kris och umbäranden? Dessa effekter av social oro, ekonomisk kris och väpnade konflikter på barns hälsa och överlevnad är välkända [6, 7] men tas sällan med i de politiska balansräkningarna.

Låg dödlighet trots krig och stagnation

Dödligheten hos barn och spädbarn i norra Vietnam under krigsåren utgör en kontrast mot exemplet ovan. Redan under 1960-talet hade en förebyggande och kurativ barnhälsovård etablerats,

Global hälsa

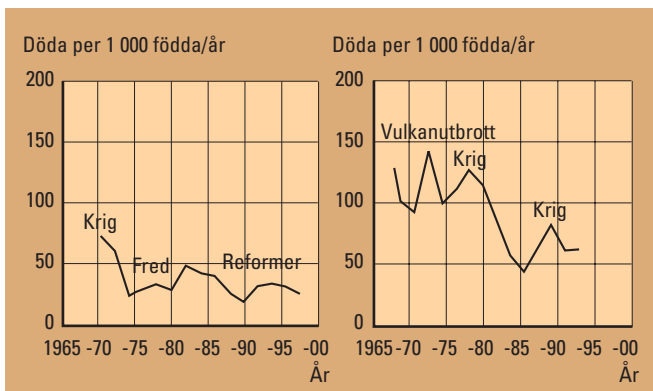
Gästredaktör för serien Global hälsa: Staffan Bergström
Se också artikel på sidan 578 i detta nummer och i nr 3, 4, 5 och 6 2004.

inklusive registrerings- och rapporteringssystem för att kunna följa trender över tid, som också inkluderade vaccinations- och behandlingsprogram för vanliga infektionssjukdomar hos barn. Detta utgör en viktig bakgrund till de data som finns tillgängliga över spädbarnsdödligheten i ett distrikt i norra Vietnam under dessa och följande år (Figur 1). Den med u-landsmått mätt relativt låga spädbarnsdödligheten sjönk ytterligare vid freden i mitten av 1970-talet – en utveckling som dock hotades av den period av politisk och ekonomisk stagnation som följde.

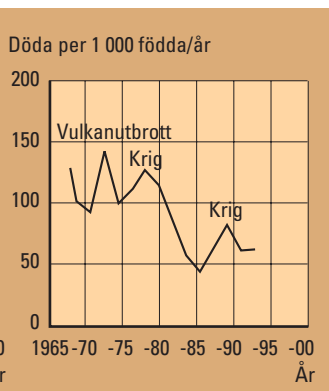
1980-talets politiska och ekonomiska reformprogram (som även inkluderade hälsovårdsreformer) bröt, åtminstone initialt, den negativa trenden. De senaste årens ekonomiska utveckling föder hittills obesvarade frågor om de ekonomiska framstegen också leder till ytterligare förbättrad och jämnt fördelad barnhälsa och -överlevnad. En ytterligare utmaning utgör det faktum att den återstående dödligheten till allra största delen består av nyföddhetens dödsorsaker [8].

Vulkanutbrott och politisk kamp

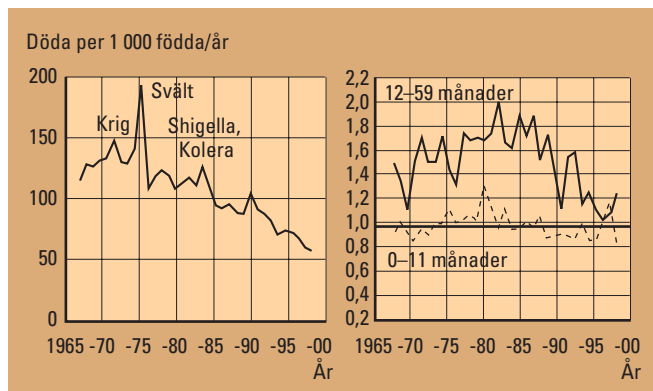
Barnadödligheten i ett av Centralamerikas fattigaste länder, Nicaragua, låg på en mycket högre nivå under tidigt 1970-tal än i Vietnam under motsvarande tid. Mätt i bruttonationalprodukt var båda länderna mycket fattiga, men en av de stora skillnaderna (bland andra) var den låga läskunnigheten och generellt utsatta situationen för kvinnor i Nicaragua, i



Figur 1. Spädbarnsdödlighet i Bavi, Vietnam, 1970–1998. Perioderna av krig, den begynnande freden och 1980-talets politiska och ekonomiska reformperiod är markerade. Informationen baseras på intervjuer år 2000 med 14 566 kvinnor i åldrarna 15–49 år.



Figur 2. Spädbarnsdödlighet i Leon, Nicaragua, 1965–1993. Vulkanutbrott och perioderna av krig är markerade. Informationen baseras på intervjuer år 1993 med 10 867 mödrar i åldrarna 15–49 år.



Figur 3. Spädbarnsdödligheten i Matlab, Bangladesh, 1966–2000. Kriget vid nationens födelse, svält 1974–1975 och en epidemi av shigelladysenteri och kolera under 1980-talets början är markerade. Data från 35 år av demografisk information i en befolkning på 220 000 individer.

Figur 4. Ratio av dödlighet hos flickor och pojkar under spädbarnsåret och mellan 1 och 5 års ålder i Matlab, Bangladesh, 1965–2000. Värdena över 1,0 (den feta linjen) innebär högre dödlighet hos flickor.

kontrast till den mer jämlika situationen med relativt god utbildningsnivå i Vietnam. Situationen var skör, så naturkatastrofer som ett vulkanutbrott vid 1970-talets början fick ett seismografiskt utslag även på dödlighetskurvorna – men inte genom direkta utan genom indirekta dödsfall (Figur 2). Ett dramatiskt mönster syns under de första tio åren med sandinistiskt styre. Trots fortsatt inbördeskrig lyckas de mer än halvera spädbarnsdödligheten genom riktade insatser för att förebygga och behandla de viktigaste dödsorsakerna [9]. Klyftan mellan de skolutbildade och de illiterata mödrarnas barns överlevnad minskar, och en rätt så jämlik situation mellan olika sociala gruppers barnöverlevnad uppnåddes under det tidiga 1990-talet trots ekonomisk isolering och fattigdom [9].

Social ojämlikhet och risk för död

Fattigdom minskar som regel barns chanser till överlevnad – även om exemplen ovan visar att samhället och sjukvården delvis kan motverka detta. Men kan social och ekonomisk ojämlikhet som sådan utgöra en risk för död?

I en nicaraguansk studie av risker för neonatal död fann vi att utbildningsmässig ojämlikhet mellan föräldrarna (utbildad far, utbildad mor) ökade dödsrisken för barnet även när man



Figur 5. Barnet Chandunu, född 13 maj 2003 (födelsevikt 3 130 g), med mor, far och mormor är tillsammans med sina föräldrar deltagare i en stor Unicef-stödd interventionsstudie i Matlab, Bangladesh, för att förbättra intrauterin tillväxt. Från MINIMat-studien (Maternal and Infant Nutrition Interventions in Matlab).

tog hänsyn till andra associerade faktorer [10]. Vi kunde också visa att ett fattigt hushåll i ett resursstarkare område innebar större risk för spädbarnsdödsfall än motsvarande hushåll i ett fattigt område [11]. Dessa mortalitetsstudier av social ojämlikhet och dödlighetsrisker pekar på förhållanden som i och för sig är mänskliga och naturliga men som har stor betydelse för hälsan i ett befolkningsperspektiv: Isolering och utsatthet ökar risken för sjukdom och minskar möjligheterna att få vård och bemästra dessa problem.

Vi har också nyligen kunnat visa att våld mot mödrar (starkt kopplat till isolering) i Nicaragua flerdubblar risken för både låg födelsevikt [12] och död före 5 års ålder hos deras barn [13]. Det finns alltså skäl att anta att social och ekonomisk ojämlikhet och våld och utsatthet mot modern i sig själva är riskfaktorer för barnadöd – åtminstone i fattiga länder.

Överdödlighet bland flickor eliminerad

Från 1980-talets början initierade ICDDR,B ett mödra- och barnhälsovårdsprogram i distriktet Matlab som inkluderade vaccinationer och behandling av

vanliga infektionssjukdomar hos barn, inklusive oral rehydrering, vilket utvecklades av ICDDR,B. Det demografiska övervakningssystem som etablerades i Matlab under 1960-talet visar

ANNONS

ANNONS

att starten av programmet följdes av en reduktion av spädbarnsdödligheten från 120 per 1 000 födda till cirka 50 idag (Figur 3). Den spädbarnsdödlighet som kvarstår är i stor utsträckning koncentrerad till de tre första levnadsdagarna.

Kriget som ledde till Bangladeshs självständighet, den stora svälten 1974–1975 och shigella- och koleraepidemierna under tidigt 1980-tal avtecknar sig som markerade toppar på dödlighetskurvan. Från 1960- till 1980-talet hade flickor en markerad överdödlighet i barnåren jämfört med pojkar (Figur 4) [14]. Nyföddas dödlighet var lika fördelad mellan könen – denna dödlighet är i hög grad kopplad till kvinnans hälsa och omständigheterna kring barnafödandet och i lägre grad till beslut i familjen som kan påverkas av barnets kön (Figur 4). Den senare barnadödligheten, upp till 5 års ålder, i framför allt infektionssjukdomar och konsekvenser av långvarig undernäring var högre för flickor på grund av det lägre värde de tillmättes i familjen och samhället.

Mödra- och barnhälsovårdsprogrammet från 1980-talet och framöver ändrade på detta ojämlika mönster. Under de första åren kunde man dock se en ökande ojämlikhet mellan könen (parad med generellt sjunkande dödlighet hos barn). Kanske berodde detta på att familjerna gav pojkarna företräde när vaccinationer och infektionsbehandling blev allmänt tillgängliga. Men med stigande täckning av denna hälso-service inklusive vaccinationer försvann det ojämlika mönstret mellan könen i barns överlevnad. Hälsovården hade bidragit till att drastiskt förbättra barnens överlevnad och att eliminera överrisken för flickor – trots mycket små framsteg i ekonomisk utveckling eller läskunnighet.

Nya och gamla utmaningar

Om världen ska uppnå millenniemålet om barns överlevnad krävs ökad fokusering på barn i utvecklingsstrategier, fattigdomsbekämpning och utformandet av hälsovårdsprogram. Situationen är fortfarande mycket ojämlik, med ökande klyftor, särskilt i länderna söder om Sahara [2]. De kroniska politiska konflikterna såväl som HIV/aidskatastrofen i Afrika utgör bakgrund till detta. Nya krig och konflikter på andra kontinenter, utan insatser för att förebygga barnadöd som följd av dessa, späder på dödlighetssiffrorna. De uppnådda framgångarna – i den mån de är resultat av hälsovårdens insatser – är ett resultat av de program som i många länder nu sammanfogas i ett integrerat behandlingsprogram för barnårens sjukdomar [15]. För att bemästra den återstående spädbarnsdödligheten, som i stor utsträck-

II Fakta barnadödlighet

FNs millenniemål inkluderar en reduktion av dödlighet under 5 års ålder med två tredjedelar fram till år 2015. Barns överlevnad har drastiskt förbättrats under de senaste decennierna med minskande klyftor mellan rika och fattiga länder, även om det starka sambandet mellan fattigdom och dödlighet består. Dödligheten hos nyfödda utgör nu en allt större del av dödligheten hos barn under 5 års ålder.

Vissa länder har trots fattigdom uppnått en snabb minskning av dödligheten hos barn under 5 års ålder och eliminerat överdödligheten hos flickor genom prioritering av kvinnors och barns hälsa och välfärd.

Kris och krig leder till omedelbara och starkt negativa effekter på barns överlevnad – såvida de inte motverkas av riktade och prioriterade insatser för att skydda barnens hälsa.

Ska millenniemålet uppnås måste nya, samordnade insatser göras för att reducera nyföddhetens dödlighet. Där finns en rad utmaningar, som problemet med låg födelsevikt (för närvarande 45 procent av nyfödda i Bangladesh), förebyggande och behandling av asfyxi och neonatal sepsis, även i situationer där få föder på sjukhus, och temperaturkontroll och amningsstart, även när de yttre omständigheterna är ogynnsamma.

ning är koncentrerad till nyföddhetstiden, måste hälsovård och andra sektorer i samhället göra gemensamma insatser för att förbättra kvinnors hälsa och nutritionssituation, förbättra möjligheterna till barnmorske- eller annan utbildad assistans vid förlossningen och göra vård och omhändertagande av det nyfödda barnet allmänt tillgängligt [16].

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna

Referenser

1. FN. United Nations Millennium Development Goals. URL: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
2. UNICEF. The State of the World's Children 2002. URL: <http://www.unicef.org/sowc02/>
3. Karolinska institutet. Global Health Chart. URL: <http://www.whc.ki.se>
4. Persson LÅ, Aden AS, Ibrahim MM, Omar MH, Wall S. Famine in Somalia. *Lancet* 1993;341:1478.
5. Ibrahim MM, Omar HM, Persson LÅ, Wall S. Child mortality in a collapsing African society. *Bull World Health Organ* 1996;74:547-52.
6. Ityavyar DA, Ogba LO. Violence, conflict and health in Africa. *Soc Sci Med* 1989;28:649-57.

7. Ali MM, Shah IH. Sanctions and childhood mortality in Iraq. *Lancet* 2000;355:1851-7.
8. Hoa DP, Höjer B, Persson LÅ. Are there social inequities in child morbidity and mortality in rural Vietnam? *J Trop Pediatr* 1997;43:226-31.
9. Peña R, Liljestrand J, Zelaya E, Persson LÅ. Fertility and infant mortality trends in Nicaragua 1964-1993. The role of women's education. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:132-7.
10. Aleman J, Peña R, Liljestrand J, Wall S, Persson LÅ. Which babies die during the first week? A case-referent study in a Nicaraguan hospital. *Gynecol Obstet Invest* 1997;43:112-5.
11. Peña R, Wall S, Persson LÅ. The effect of poverty, social inequity, and maternal education on infant mortality in Nicaragua, 1988-1993. *AJPH* 2000;90:64-9.
12. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Högberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstet Gynecol* 2002;100:700-5.
13. Åsling Monemi K, Peña R, Ellsberg MC, Persson LÅ. Violence against women increases the risk of infant and child mortality. A case-referent study in Nicaragua. *Bull World Health Org* 2003;81:10-8.
14. Fauveau V, Koenig MA, Wojtyniak B. Excess female deaths among rural Bangladeshi children: an examination of cause-specific mortality and morbidity. *Int J Epidemiol* 1991;20:729-35.
15. WHO. Child and adolescent health and development. IMCI. Integrated Management of Childhood Illness. URL: <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>
16. Save the Children. State of the world's newborns. URL: <http://www.savethechildren.org/mothers/newborns/>



= artikeln är referentgranskad