

Special millenniemålen för hälsa

# Både mor och barn ska överleva graviditeten

**STAFFAN BERGSTRÖM**, professor emeritus, internationell hälsa, Karolinska institutet, Stockholm

**ANDERS MOLIN** med dr, ledande ämnesföretädare hälsa, Sida, Stockholm  
staffan.bergstrom@ki.se

Ett av de mest citerade uttalandena med relevans för millenniemål 5 är den egyptiske gynekologiprofessorn Mahmoud Fathallas klassiska ord från 1997: »Kvinnor dör inte på grund av sjukdomar som vi inte kan behandla. De dör för att samhället ännu inte bestämt att deras liv är värda att räddas.« Mahmoud Fathalla slog även fast att mödradödligheten är »vår tids skandal«.

Från tidigt 1970-tal och framåt var MCH (mother and child health) närmast ett mantra för en hel generation internationellt engagerade hälsoarbetare. Bilden av modern med barnet på ryggen sågs överallt och blev symbol för att mor och barn skulle garanteras överlevnad som en enhet även bland de 65–70 procent mest utsatta i världen. Mödra- och barnhälsovård blev oskiljaktliga och generationer läkare, barnmorskor och sjuksköterskor fostrades att se MCH som ett sammanhängande begrepp.

Den ögonöppnande artikeln i Lancet år 1985 [1] »Maternal mortality – a neglected tragedy: where is the M in MCH?« satte äntligen fingret på en avgörande punkt, mödradödligheten, och ledde till att mödradödligheten synliggjordes utanför begreppet MCH. Detta blev början till något nytt. Vi hade vant oss vid organisationer som Rädda Barnen och FN:s barnfond, Unicef, och ett stort svenskt bistånd inom barnhälsovård gick till lägenhetsländer. Det fanns även svenska professorer i internationell barnhälsovård. Men fram till år 1990 var det knappast någon av de stora internationella organisationerna som lyfte fram mödrarna. Lancetartikelns fråga »Where is the M in MCH?« krävde ett svar.

## Viktiga konferenser blev början på en ny epok

Svaret blev Nairobi-konferensen 1987, »The safe motherhood initiative«. Den kom att markera början på en epok, vars nästa milstolpe blev ICDP-konferensen i Kairo 1994 (International conference on population and development). Dess aktionsplan fick en tydlig »M-profil«, det vill säga mödrarnas hälsa kom i förgrunden. Det viktigaste resultatet var inte att sexuell och reproduktiv hälsa blev erkända begrepp. Ännu viktigare var att sexuella och reproduktiva rättigheter fick debatteras och nämnas trots stort motstånd från reaktionära religiösa och fundamentalistiska krafter med Vatikanen i spetsen. De osäkra aborterna blev synliggjorda och det blev klart att abortrelaterad mödradödlighet måste ges uppmärksamhet och bekämpas.

I Nairobi 1987, och vid flera världskonferenser det följande decenniet, upprepades det som närmast blivit mödrhälsans mantra för millennieskiftet: mödradödligheten ska reduceras med 50 procent. Detta mantra upprepades vid det stora internationella barntoppmötet i New York 1990, vid den stora världskvinnokonferensen i Beijing 1995 liksom vid den socia-

la världskonferensen i Köpenhamn samma år. Alla hade åtminstone på papperet enats om ett absolut genombrott för mödrars överlevnad.

Millennieskiftet kom, men de första analyserna visade några år senare att det inte skett någon halvering av mödradödligheten i världen. Med den bästa statistik som då stod till buds kunde man knappt mäta någon förbättring alls, och i flera afrikanska länder fanns tecken på att mödradödligheten snarast hade ökat.

Millenniemålen sattes utifrån insikten om att mödradödligheten fortfarande är vår tids skandal. Långtgående målsättningar formulerades och sattes på pränt. Världen skulle få bevittna en oerhörd satsning på mödrars överlevnad. Målet sattes till en 75-procentig minskning av mödradödligheten till år 2015, räknat från nivån år 1990. Ursprunget till denna siffra är okänt. Den fanns med redan vid Nairobi-konferensen men fick stor publicitet först som millenniemål 5.

## Vård till mödrar med hög risk vs »alla kvinnor är riskfall«

Hälsoarbetare, barnmorskor och obstetiker betraktade målet en 75-procentig reduktion av mödradödligheten till 2015 med misstro. Kairokonferensen hade räknat fram att prislappen på reproduktiv hälsa för alla skulle bli 17 miljarder dollar per år, vilket i stort sett motsvarar samtliga militära utgifter i världen under en vecka. Vid millennieskiftet hade den rika delen av världen inte uppfyllt huvudparten av sin del av åtagandet medan den fattiga delen av världen kommit mycket närmare målpuppfyllelse.

Misstron bland hälsoarbetarna var befogad. Om världen inte hade förmått att ens komma i närheten av en minskning av mödradödligheten till år 2000, hur skulle man då kunna tro på en 75-procentig reduktion fram till år 2015, särskilt som en finansieringsplan saknades? Hälsoarbetarna hade fostrats i tron att mödradödligheten kunde minskas genom att man koncentrerar resurserna till kvinnor med hög risk. Vid konferensen i Colombo 1997 antogs dock den för många förbryllande slutsatsen att »alla gravida kvinnor är riskfall«, då forskningen visat att majoriteten av alla kvinnor som drabbas av mödradödlighet är så kallade lågriskfall. En satsning på kvinnor med hög risk skulle leda till att man missar en stor del av de kvinnor som kommer att drabbas av mödradödlighet. Alla kvinnor måste därmed ha tillgång till livräddande behandling när en oförutsebar graviditetskomplikation tillstöter.

Med endast några få år kvar till slutet av år 2015 kan vi konstatera att det femte millenniemålet, att uppnå en 75-procentig reduktion av mödradödligheten mellan 1990 och 2015, samt reproduktiv hälsa för alla, är det mål för hälsa som vi har sämst förutsättningar att uppnå.

FN konstaterar i sin rapport 2010 [2] att även om mödradödligheten är mycket svår att mäta finns det tecken på att vissa framsteg gjorts, men att vi är långt ifrån den årliga reduktion på 5,5 procent som krävs för att uppnå målet.

Viss uppmuntran ges i den skattning av mödradödligheten som nyligen publicerats i Lancet [3]. Där beräknas det totala antalet dödsfall bland mödrar ha sjunkit från 526 300 år 1980

## SAMMANFATTAT

**Mödradödlighet är ett av flera** uttryck för ohälsa under graviditeten. Det ofödda barnets hälsa och överlevnad hänger intimt samman med den gravida kvinnans hälsa. Modern med barnet på ryggen är därför en förenklad bild av mödra- och barnhälsa. **Den stora majoriteten av kvinnor** som dör under graviditeten hör till lågriskgruppen, varför

det finns fog för uttrycket »all women are at risk«. **Antalet dödsfall i samband med graviditet** och förlösning i världen är fler än antalet dödsfall i aids, tuberkulos och malaria. **Kostnaderna för att bygga ut de nationella hälsosystemen** för att nå millenniemål 5 i de 49 fattigaste länderna beräknas till 75 miljarder dollar per år 2015.

## »Detta innebär närmare 20 000 dödsfall varje dag i komplikationer under graviditet och vid förlossning.«

till 342 900 år 2008. Mödradödligheten har minskat mest i Asien (i Sydasiens har den mer än halverats mellan 1980 och 2008), medan nergången i Afrika söder om Sahara har varit liten och i delar av södra Afrika har den troligen ökat. HIV/aids-epidemin anges vara en viktig bidragande orsak till den svåra situationen i södra Afrika.

### Nära 20 000 dödsfall per dag i graviditetskomplikationer

Vi glömmer ofta att graviditeten har två inblandade: den gravida kvinnan och hennes ofödda barn. När moderns hälsa sviktar kan det leda till mödradödlighet, men mycket oftare till att det ofödda barnet dör. Fostret dör då inte av egen sjukdom utan som en konsekvens av moderns dåliga hälsa eller av dålig vård vid födseln.

Globala skattningar visar att antalet dödfödda barn uppgår till omkring 3 miljoner per år. Antalet tidigt döda (men levande födda) nyfödda uppskattas till ungefär lika många. Vi kan alltså uppskatta antalet dödsfall till följd av undermålig mödrhälsa och dålig förlossningsvård till mer än 6 miljoner, och då är det viktigt att uppmärksamma det stora problemet med underregistrering. Detta innebär närmare 20 000 dödsfall varje dag i komplikationer under graviditet och vid förlossning. I jämförelse kan man nämna att det totala antalet döda per år i aids, malaria och tuberkulos sammanlagt uppgår till omkring 4,5 miljoner. En mindre del av de 6 miljoner dödsfall som kan förknippas med graviditet och förlossning är relaterade till de tre stora sjukdomarna.

Bilden är tydlig i globala aggregerade siffror. Framsteg har skett, men de är ojämnt fördelade. Man ser stora framsteg framför allt i Asien, men även i Latinamerika och Europa, medan vi i delar av Afrika söder om Sahara, där de högsta mödradödlighetstalen finns, tvärtom sett en ökning. De globala klyftorna ökar ytterligare. Utvecklingen är likartad för delmålet tillgång till reproduktiv hälsa. Vi ser otillfredsställande framsteg beträffande tillgång till förebyggande mödravård, antal tonårsgraviditeter och tillgång till preventivmedel.

### Kunskap finns men resurser saknas

Det råder stor enighet kring vad som krävs för att reducera mödradödligheten. Vi vet i dag att professionellt förlossningsstöd behövs vid varje förlossning, och att även mer avancerad förlossningsvård måste vara tillgänglig för varje kvinna eftersom komplikationer inte kan förutses med tillräckligt stor säkerhet.

Denna konsensus uttrycks väl i det dokument som presenterades av WHO:s generaldirektör vid FN:s generalförsamlingsmöte 2009 [4]. I dokumentet betonas vikten av politiskt ledarskap, folkligt deltagande och effektiva hälsosystem som levererar ett antal basala hälsotjänster som är tillgängliga för alla. De tjänster som anges är förlossningsvård, vård efter förlossning för moder och nyfödd, familjeplanering, förebyggande mödravård, säkra aborter och förbättrad barnnutrition, samt förebyggande och behandling av de stora barnhälsoproblemen. Materiella resurser för komplikationer måste finnas vid varje förlossning, liksom kvalificerad personal (barnmorskor).

Även andra personalkategorier har betydelse. Gruppen »non-physician clinicians«, det vill säga vårdarbetare, oftast grundutbildade sjuksköterskor, som på grund av läkarbrist och stort vårdbehov satts att göra läkarnas jobb, har rönt stor uppmärksamhet de senaste decennierna. De kallas med ett dåligt svenskt uttryck ibland »icke-läkare« men har visats vara jämbördiga läkarna i postoperativt utfall (till exempel

vid kejsarsnitt och andra större kirurgiska bukingrepp). Den nya yrkeskategori utför nära 90 procent av alla kejsarsnitt på distriktssjukhusen i Moçambique, Tanzania och Malawi. Forskning vid Karolinska institutet har visat att närmare 90 procent av dessa »kirurger« i Moçambique är kvar på de minsta sjukhusen efter sju år, medan läkarna valt att lämna sjukhuset [5].

Den politiska nivån är mer komplicerad. Det är glädjande att konstatera att kampen mot mödra- och barnadödlighet fått en mer framstående plats på den globala scenen de senaste åren. När FN:s generalförsamling samlades i september 2010 för att behandla millenniemålen presenterades en ny global strategi för kvinnors och barns hälsa med syfte att öka det globala engagemanget och de finansiella investeringarna.

### Ökat globalt engagemang men motsättningar finns

Även om vi de senaste åren sett ett ökat globalt engagemang för betydelsen av att sänka mödradödligheten kvarstår starka motsättningar kring genomförandet. Det mest uppenbara området är aborter. Motståndet mot legala och säkra aborter är stort i stora delar av värden, även i Europa. Även andra frågor relaterade till sexualitet och jämställdhet är fortfarande kontroversiella.

Ibland kan diskussionen kring det tekniska och politiska ge intryck av att det bara handlar om vilja och kunskap, men det krävs också ekonomiska resurser. De sammanlagda kostnaderna för att bygga ut de nationella hälsosystemen i de 49 fattigaste länderna så att de kan leverera basala hälsotjänster till alla beräknas till cirka 75 miljarder dollar/år 2015 [6]. Detta skulle innebära mer än en fördubbling av vad som satsas i dag (cirka 31 miljarder dollar per år). Detta är naturligtvis en stor utmaning, men faktum är att om såväl låginkomstländerna själva som givarsamfundet lever upp till sina löften (0,7 procent av BNP till bistånd från givarländer och 15 procent av nationella budgetar till hälsa) skulle detta mål uppnås.

Ett annat hinder för internationell finansiering av nationella hälsosystem är biståndarkitekturen inom hälsoområdet, vilken kännetecknas av ett stort antal aktörer som konkurrerar om resurserna. Under de senaste tio åren har det internationella biståndet inom hälsoområdet fördubblats. Huvuddelen av resurserna har öronmärkts till speciella områden och sjukdomar, framför allt HIV/aids, tuberkulos och malaria. Detta har lett till de stora framsteg som gjorts i kampen mot dessa sjukdomar, men har också inneburit att för lite resurser satsats på till exempel sexuell och reproduktiv hälsa, inklusive mödrars och nyföddas hälsa. För att effektivt bidra till en sänkning av mödra- och barnadödligheten måste nationella regeringar få stöd till uppbyggandet av hälsosystem som garanterar tillgång till basala hälsotjänster för alla.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

#### REFERENSER

- Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality - a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*. 1985;2(8446):83-5.
- Millennium Development Goals Report 2010. New York: FN; 2012.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*. 2010;375(9726):1609-23.
- New Global Consensus on Maternal, Newborn and Child Health to save over 10 million lives. World leaders commit to innovative funding for women's and children's health. New York: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2009.
- Pereira C, Cumbi A, Malalane R, et al. Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. *BJOG*. 2007;114(12):1530-3.
- Constraints to Scaling up and costs. Working Group 1 Report. High Level Taskforce for Innovative International Financing of Health Systems. Genève: WHO; 2009.

LÄS MER Engelsk sammanfattning Läkartidningen.se