

Miljoner nyfödda barn dör i onödan

Enkla medel kan ge stora insatser – och minskad perinatal dödlighet



MATS MÅLQVIST, läkare, fil mag
mats.malqvist@kbh.uu.se

LARS-ÅKE PERSSON, professor,
överläkare

lars-ake.persson@kbh.uu.se
båda vid internationell mödra-
och barnhälsovård

UWE EWALD, professor,
överläkare, neonatolog

uwe.ewald@kbh.uu.se
samtliga vid institutionen för
kvinnors och barns hälsa,
Uppsala universitet

NGUYEN THU NGA, överläkare,
pediatrisk, Uong Bi General
Hospital, Uong Bi, Vietnam

ngthunga55@yahoo.com

Föreanta nationerna har satt som ett mål för det nya millenniet att barnadödligheten, dvs risken att inte uppnå sin 5-årsdag, ska minskas med två tredjedelar från 1990 års nivå till år 2015 (Millennium Development Goal 4) [1]. Vissa framsteg har gjorts i denna strävan. Satsningar på spädbarn och små barn – med vaccinationer, oral rehydrering och behandling av pneumoni – har reducerat barnadödligheten under de senaste två decennierna.

Ett område som dock inte har visat samma positiva utveckling är den neonatala dödligheten. Antalet barn som dör under de första levnadsdagarna och -veckorna är fortfarande oacceptabelt stort, och neonatal dödlighet utgör nu en växande andel av barnadödligheten (38 procent år 2000). Av de cirka 130 miljoner barn som föds varje år dör 4 miljoner under den neonatala perioden! Det är ungefär lika många som föds i USA under ett år [2].

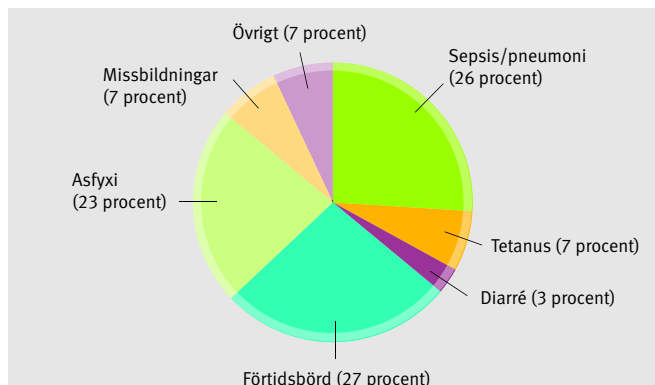
Av de neonatala dödsfallen sker tre fjärdedelar under den första levnadsveckan, och högst risk att dö har det nyfödda barnet under det första dygnet [3]. Orsakerna är inte komplicerade och kan oftast undanröjas med enkla medel, vilket dock inte görs i tillräcklig omfattning.

Om FNs millenniemål ska uppnås till år 2015 är det uppenbart att fokus skarpas måste inriktas på att minska riskerna under de första levnadsdagarna och att insatser måste göras för att minska den neonatala dödligheten till minst hälften.

En orättvis värld

Orättvisorna i världen är tydliga när det gäller barns överlevnad. Medan vi i Sverige och resten av den industrialiserade världen har en neonatal dödlighet på 4/1 000, är genomsnittet fortfarande runt 30/1 000 för världen i stort [3] och över 60/1 000 på en del platser [4].

»Det är en vanlig missuppfattning att neonatalvård är resurskrävande och att det inte skulle vara möjligt att förändra situationen i den fattigare delen av världen.«



Figur 1. Orsakerna till den neonatala dödligheten är i huvudsak infektioner, förtidsbörd och asfyxi [3].

Totalt 99 procent av alla de barn som dör under den första levnadsveckan dör i den fattigare delen av världen, framför allt i Afrika söder om Sahara och i Sydästen [3]. Flest barn dör i Indien, som står för 27 procent av världens totala neonatala dödlighet. Detta beror delvis på landets stora befolkning, men i större utsträckning beror det på faktorer som har med kunskapsspridning och resursfördelning att göra. Jämfört med Kina, som har en population i paritet med Indien, dör det dubbelt så många barn under den neonatala perioden i Indien.

Infektioner främsta orsak till neonatal dödlighet

De direkta orsakerna till den neonatala dödligheten är infektioner inkluderande tetanus och diarré (36 procent), förtidsbörd (27 procent) och asfyxi (23 procent) [3, 5] (Figur 1). De bidragande orsakerna är fler och har starka samband med sociala strukturer som tillgång till hälso- och sjukvård, utbildningsnivå och traditionella föreställningar.

Hälften av alla dödsfall under de första fyra levnadsveckorna sker i hemmet. I Afrika söder om Sahara sker 60 procent av förlustningarna utan någon professionell eller utbildad hjälp. I Sydästen är siffran ännu högre med 70 procent föds i hemmet utan barnmorska eller liknande [3].

Förutom bristande sjukvårdsresurser och geografisk otillgänglighet finns det även en tveksamhet till att uppsöka vård, eftersom vårdkvaliteten många gånger är låg [6]. Att stärka och utveckla vården måste därför gå hand i hand med utbildning och information till de blivande föräldrarna.

En annan viktig faktor som påverkar den neonatala dödligheten är låg födelsevikt, som är en underliggande orsak i 40–80 procent av de neonatala dödsfallen. Detta är speciellt betydelsefullt i Sydästen, där andelen barn med låg födelsevikt på vissa ställen utgör en tredjedel av alla nyfödda barn [7].

De globala klyftorna har ökat

Vad görs då för att förbättra situationen för världens nyfödda?

SAMMANFATTAT

Fyra miljoner barn dör varje år under den första levnadsmånaden, de allra flesta redan under de första levnadsdygnen.

Upp till 72 procent av de neonatala dödsfallen kan förebyggas med relativt enkla evi-

densbaserade och kostnads-effektiva interventioner.

Interventioner för förbättrad perinatal hälsa måste prioriteras om FNs utvecklingsmål för reducerad barnadödlighet ska uppnås.

Den senaste tiden har framsteg gjorts för att reducera den neonatala dödligheten. Framgångarna är dock ojämnt fördelade över världen, med den största nedgången i höginkomstländerna, där den neonatala dödligheten sjunkit med 29 procent de senaste tio åren. Förbättringstakten i den övriga världen är mer modest, med en nedgång på 8 procent.

Värst drabbade är de afrikanska länderna, som sett en ökning (!) av den neonatala mortaliteten med 5 procent under samma period [3]. Starkt bidragande till detta är HIV-/aidssituationen i Afrika söder om Sahara och de implikationer den får på redan bristfälliga hälso-system.

I övrigt kan siffrorna tolkas som ett utslag av att klyftorna i världen har ökat. Den nedgång i mortaliteten som ändå skett kan misstänkas bero på resurskrävande insatser som avancerad vård av för tidigt födda. En del positiva exempel finns dock som visar på vad som är möjligt. Så har exempelvis en del länder i Latinamerika lyckats minska antalet dödsfall under den första levnadsmånaden med över 50 procent. I Indien däremot, som står för den största andelen neonatala dödsfall i absoluta tal, har sänkningen varit endast 11 procent, vilket till stor del beror på att antalet tetanusfall har minskat.

Tetanus är den orsak till neonatal mortalitet som har reducerats mest markant, med 50 procent globalt sett sedan 1990 [3], framför allt tack vare tetanusvaccinationer av gravida kvinnor.

Målet att minska den neonatala dödligheten kan dock inte uppnås endast genom punktinsatser. För att öka överlevnaden hos de nyfödda barnen behövs långsiktiga strategier, som integreras i den existerande mödra- och barnhälsovården.

Små medel räcker till mycket

Vad skulle kunna göras för att uppnå de uppsatta målen och reducera den neonatala mortaliteten till hälften? Studier visar att 41–72 procent av de neonatala dödsfallen skulle kunna förebyggas om de insatser som vi idag vet är effektiva implementerades i stor skala [8, 9]. Initiativ inom området tas, och många projekt drivs av icke-statliga organisationer. Bland annat har »Save The Children – US«, med bidrag från »Bill and Melinda Gates Foundation«, utvecklat ett handlingsprogram för att förbättra den neonatala hälsan [10]. Marsh och medarbetare har identifierat fem prioriterade huvudområden [7, 11]:

- Tillse att god mödra- och barnhälsovård blir rutin.
- Utbilda och informera om maternella varningssignaler.
- Utbilda och informera om korrekt handhavande av ett nyfött barn som inte andas.
- Förbättra omvårdnaden av barn med låg födelsevikt.

- Utbilda och informera om varningssignaler hos barnet, och då speciellt signaler tydande på infektion.

Dessa interventioner kan genomföras med enkla och kostnads-effektiva medel, om viljan finns. Det är en vanlig missuppfattning att neonatalvård är resurskrävande och att det inte skulle vara möjligt att förändra situationen i den fattigare delen av världen.

För att avliva den myten behöver man bara gå tillbaka i historien och se till de länder som lyckats reducera den neonatala dödligheten. Många av dem, idag industrialiserade och rika länder, lyckades få ner den neonatala mortaliteten till 15/1 000 innan det fanns tillgång till dagens högspecialiserade vård.

Idag kan man också se exempel i länder som Vietnam, Nicaragua och Moldavien, som visar att ett lands bruttonationalprodukt inte är korrelerad till den neonatala mortaliteten [12].

I en uppmärksammat artikel i Lancet förra året redovisar exempelvis Manandhar och medarbetare en studie genomförd i Nepal där man med enkla medel på två år lyckades reducera den neonatala dödligheten från 37/1 000 till 26/1 000 [13]. Resultaten var så goda

att försöket avbröts redan efter två år, eftersom det hade varit oetiskt att fortsätta med kontroller. Interventionen byggde på deltagande, där kvinnor samlades i grupper och själva fick identifiera vilka hinder för neonatal hälsa som fanns i deras miljö. Genom att bilda lokala nätverk och lyfta fram frågor om förlossning och vården av det nyfödda barnet skapades ett sammanhang där information och



Hud mot hud-vård är ett exempel på en kostnadseffektiv insats för att förbättra den neonatala överlevnaden.

Foto: Lars-Åke Persson



Att säkerställa goda hygienrutiner höjer vårdens kvalitet och hjälper till att reducera den neonatala dödligheten.

Foto: Mats Mälqvist

kunskap kunde spridas effektivt, vilket resulterade i positiva beteendeförändringar.

Den stora nedgång i neonatal dödlighet som på detta sätt åstadkoms på kort tid vittnar om att det är fullt möjligt att – med relativt enkla medel – göra stora insatser för att förbättra den neonatala hälsan.

Mer forskning behövs

Mer forskning inom området behövs dock. För att de behövliga insatserna ska genomföras behövs ett underlag för vad som fungerar och vad som är kostnadseffektivt.

Bhutta och medarbetare har i en genomgång av studier [6] gjorda inom området för neonatal dödlighet funnit att mängden forskning proportionellt sett är mycket sparsam – trots att det gäller ett område med så stort inflytande över människors

»Att stärka och utveckla vården måste därför gå hand i hand med utbildning och information till de blivande föräldrarna.«

»Att dagens situation accepteras, eller snarare ignoreras, utan att fler åtgärder vidtas borde vara ett av vår tids stora dåliga samveten.«

dagliga liv. Endast 10 studier med interventioner i specifika hälsosystem fanns att tillgå. Det råder en anmärkningsvärd brist på storskaliga studier som utvärderar olika interventioners effektivitet.

Interventioner inom neonatal hälsa handlar till allra största delen om att förändra vanor och beteendemönster, varför det behövs forskning kring implementering av befintlig kunskap. Hur omvandlar vi kunskapen om hur neonatal överlevnad ska förbättras till fungerande praktik?

En väg – som Manandhar och medarbetare också visar i sin studie i Nepal – är att involvera fler delar av samhället, att stärka känslan av deltagande och förmågan att förändra den egna livssituationen. Manandhars och medarbetares resultat uppmuntrar till vidare forskning.

Institutionen för kvinnors och barns hälsa vid Uppsala universitet och Uong Bi General Hospital i Vietnam har med detta i åtanke tillsammans med det vietnamesiska hälsoministeriet startat en stor befolkningsbaserad studie (NeoKIP [Neonatal health – knowledge into practice]) i Quang Ninh-provinsen i

annons

Det finns fler än 29 000 artiklar i Läkartidningens artikelarkiv.

Som medlem i Sveriges
läkarförbund når du
arkivet via vår webbplats
www.lakartidningen.se

Utmanande
saklig

Läkartidningen

norra Vietnam, ett område med 18 000 födselar varje år och en neonatal dödlighet på 20–25/1 000. Projektets syfte är att minska den neonatala dödligheten och morbiditeten genom att stärka samtliga led i vårdkedjan runt det nyfödda barnet.

Samtidigt kommer initiativ på lokal nivå att tas genom kvinnoorganisationer för att förbättra medvetenheten om och öka förväntningarna på den perinatala vården. Detta kommer att ske genom en process baserad på deltagande, där behoven hos de blivande föräldrarna styr. Förhoppningen är att finna en modell som kan appliceras på andra platser och i andra sammanhang.

Dags att agera

Att 4 miljoner barn dör varje år alldeles i början av livet innebär ett ofantligt trauma mentalt och socialt för de drabbade och deras familjer. Moraliskt är det naturligtvis helt oacceptabelt att adekvata åtgärder är kända och applicerbara utan att de implementeras. Även samhällsekonomiskt är det ett stort problem, bl a kan det betraktas som rent resursslöseri. Men framför allt skapar osäkerheten runt den reproduktiva hälsan en ovilja eller oförmåga att investera emotionellt och ekonomiskt i det nyfödda barnet, vilket hämmar samhällsutvecklingen på många plan.

Bryce och medarbetare [14] visar att kostnaden för att nå FN:s millenniemål är 887 US-dollar, cirka 6 600 kronor per barn, eller totalt 5,1 miljarder US-dollar per år. Detta är en relativt låg kostnad, som gör det än mer anmärkningsvärt att så lite händer för att förbättra det nyfödda barnets chanser att överleva. Att dagens situation accepteras, eller snarare ignoreras, utan att fler åtgärder vidtas borde vara ett av vår tids stora dåliga samveten. Världssamfundet har trots allt, genom FN:s mål för det nya millenniet, åtagit sig att se till att en förändring på området kommer till stånd. Och nu är det hög tid att börja agera.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. UNDP. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP; 2003. Human Development Report 2003.
2. UNICEF. State of the World's Children 2005. New York: UNICEF; 2004.
3. Lawn JE, Cousens SE, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet. 2005;365:891-900.
4. Bang AT, Bang RA, Reddy HM, Deshmukh MD, Baitule SB. Reduced incidence of neonatal morbidities: effect of home-based neonatal care in rural Gadchiroli, India. J Perinatol. 2005;25 Suppl 1:S51-61.
5. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black R. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet. 2005;365:1147-52.
6. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. Pediatrics. 2005;115(2 Suppl):519-617.
7. Darmstadt GL, Lawn JE, Costello A. Advancing the state of the world's newborns. Bull World Health Organ. 2003;81(3):224-5.
8. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet. 2005;365:977-88.
9. Knippenberg R, Lawn J, Darmstadt G, Begkoyian G, Fogstad H, Walegign N, et al. Systematic scaling up of neonatal care in countries. Lancet. 2005;365:1087-98.
10. Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P. Care of the newborn; Reference manual. Washington: Save the Children Federation; 2004.
11. Marsh DR, Darmstadt GL, Moore J, Daly P, Oot D, Tinker A. Advancing newborn health and survival in developing countries: a conceptual framework. J Perinatol. 2002;22:572-6.
12. Martinez J, Paul V, Bhutta Z, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, et al. Neonatal survival: a call for action. Lancet. 2005;365:1189-97.
13. Manandhar D, Osrin D, Shrestha B, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe K, et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2004;364:970-9.
14. Bryce J, Black R, Walker N, Bhutta ZA, Lawn JE, Steketee RW. Can the world afford to save the lives of 6 million children each year? Lancet. 2005;365:2193-200.