Att ge liv – Med döden i väntrummet

Varje minut dör en kvinna i samband med graviditet och förlossning någonstans i världen. Varje minut.

Text: Maria Wallin | Bild: Johan Persson | Prenumerera | Artikel i SocialPolitik nr 1 2010

Gravida har ena foten i graven. Så drastiskt uttrycker man sig i Tchad i Centralafrika. Där är många kvinnor rädda för förlossningen – inte utan orsak. Att föda i Tchad är tusen gånger farligare än här.
I välmående industriländer, som Sverige, Irland, Italien får en eller ett par graviditeter per 100 000 dödlig utgång.
Nu är Tchad inte ens det farligaste landet. Högst dödlighet har Sierra Leone, där mer än två av 100 kvinnor dör. Eller Niger och flera andra afrikanska länder som tillsammans med Afghanistan är de länder som driver upp siffrorna.
Det finns välbärgade även i fattiga länder som kan köpa god och säker förlossningsvård. Men man räknar med att över 90 procent av dödsfallen hänger samman med utbredd fattigdom och dåligt utbyggd hälsovård.
Lägg därtill spädbarnsdödligheten – tre till fyra miljoner spirande liv – som inte överlever fosterstadiet, dör vid förlossningen eller stryker med under sitt första levnadsår.

För 20 år sedan enades världens länder i FN om att kraftigt minska mödra- och spädbarnsdödligheten till 2015. Som ett av åtta så kallade millenniemål. Med flera av målen går det hyfsat, men gravida dör i lika stor utsträckning nu som då.
Det handlar om 500 000 till 600 000 kvinnor som inte överlever. Varje år. För att inte tala om alla som blir skadade. Ytterligare tio till elva miljoner kvinnor, som i

många fall får skador för resten av livet.
Kunskaper om orsakerna till mödradödligheten finns, och man vet också vad man borde göra för att motverka. Problemet är de politiska makthavarna och patriarkala strukturer.
FN:s befolkningsfond UNFPA har beräknat att världens länder måste satsar 12,8 miljarder dollar extra om året på samordnade insatser för familjeplanering, preventivmedel och mödra-, förlossnings- och spädbarnsvård. För då skulle:

- antalet oönskade graviditeter minska med mer än två tredjedelar, från 75 miljoner (2008) till 22 miljoner per år.
- mödradödligheten minska med 70 procent från 550 000 döda till 160 000 per år.
- spädbarnsdödligheten minska med 44 procent, från 3,5 miljoner döda till 1,9 miljoner per år.
- osäkra aborter skulle minska med 73 procent från 20 miljoner till 5,5 miljoner
- antalet kvinnor som drabbas av allvarliga komplikationer från 8,5 miljoner till två miljoner.

Satsningarna skulle också medföra färre hiv-infektioner, frigöra sjukvårdsresurser, öka förutsättningarna för flickor och kvinnor att utbilda sig, bättre försörjningsmöjligheter och ekonomisk utveckling i de fattigaste länderna.
– 12,8 miljarder dollar kan låta som mycket pengar, kommenterar RFSU:s generalsekreterare Åsa Regnér. Utslaget på invånarna i OECD-länderna blir det dock mindre än 80 kronor per person. Om Ryssland och Kina också hjälper till blir insatsen under 35 kronor per år, tillägger hon.

En riskgrupp är de allra yngsta föderskorna. I 11–12 årsåldern. Bäckenet på en så ung flicka har ännu inte utvecklats tillräckligt. Det berättar Grace Kodindo, gynekolog från Tchad med 30 års erfarenhet. I höstas besökte hon Finland och höll tal i finska riksdagen.
– Graviditetsförgiftning är till exempel mycket vanlig eftersom vi saknar tillräckligt bra mödrahälsovård som följer

graviditeten. Många hinner bli väldigt allvarliga fall innan kvinnan får vård – om hon alls får vård. Eller om hon hinner få den i tid.
– Många problem uppstår på grund av utdragna förlossningar. Livmodern kan rämna eller moderkakan fastna, vilket kan medföra ödesdigra blödningar och inflammationer, berättar Grace Kodindo. Förlossningen kan också leda till skador som påverkar förmågan att behålla urin och avföring. Om kvinnan luktar illa kan mannen överge henne, fistlar kan alltså få allvarliga konsekvenser.
Kodindo berättar om hur hon opererat i ljuset från en ficklampa. Hur det råder brist på allt: instrument, mediciner, sprutor, droppåsar, lakan. För att inte tala om utbildad personal och specialläkare. År 2000 hade Tchad, ett land på tio miljoner invånare, två förlossningsläkare. Nu är situationen något bättre:
– Vi fick tio gynekologer till.
Enligt Grace Kodindo är kvinnornas ställning i Tchad mycket svag. Läskunnighet och utbildning skulle hjälpa en bit på väg mot FN:s millenniemål, menar hon. Då skulle kvinnorna också kunna skaffa sig mera information om sin hälsa.

I Indien ger Sida stöd till utbildning av barnmorskelärare för att ge kvinnor bättre mödrahälsa och säkrare förlossningar.
– Tänk dig att alla dessa män i arbetsför ålder hade dött varje dag – det skulle våra makthavare aldrig acceptera. Därför är det här i första hand en demokrati- och jämställdhetsfråga, säger Kyllike Christensson i en intervju på Sidas hemsida.
Hon är barnmorska och professor i reproduktiv hälsa på Karolinska Institutet. I samarbete med Sida och Svenska barnmorskeförbundet ansvarar Karolinska Institutet för ett utbildningsprogram av barnmorskelärare i Indien.
Samhällets syn på kvinnans värde återspeglas ofta i hur mycket ett land väljer att satsa på mödravård och säkra aborter, menar Kyllike Christensson.
– Kvinnan har fortfarande en underordnad ställning i Indien

och hennes liv värderas helt enkelt inte lika högt som mannens.

I Indien finns inte några professionellt utbildade barnmorskor som kan ta hand om komplicerade förlossningar. De som arbetar som barnmorskor har ofta för lite klinisk erfarenhet och dessutom låg status bland övrig sjukvårdspersonal.
I Sidaprojektet har femton redan utbildade barnmorskelärare valts ut och vidareutbildats i Sverige och Indien. Dessa så kallade master trainers har i sin tur hittills utbildat 144 barnmorskelärare i fyra delstater, som sedan ska föra kunskapen vidare i utbildningen av barnmorskor.
Malawi låg för ett tiotal år sen på lika höga dödstal som Niger och Afghanistan, och antalet steg. Regeringen bestämde sig för att vända utvecklingen och började satsa på ”amatörläkare”, ”clinical officers”. Sjukvårdspersonal med specialutbildning som i dag utför nittio procent av all förlossningsrelaterad kirurgi i Malawi.
– Jag jobbade som läkarassistent i tolv år. Efter en tvåårig utbildning blev jag sen redo att arbeta som clinical officer, berättar Frangston Duwa.
I Malawi finns inte ens 200 läkare – till 13,6 miljoner invånare. Samtidigt finns det mängder med malawiska läkare i rika västländer. De blir kvar efter sin utbildning eller nappar på värvningskampanjer.

Nittio procent av befolkningen i Malawi försörjer sig på jordbruk. Mer än två tredjedelar lever på mindre än två dollar om dagen. Lite mer än hälften kan läsa.
Medellivslängden är 46 år. Familjerna är ofta stora och kvinnorna får barn tidigt, vilket ökar risken för komplikationer under graviditeten.
Utbilding av icke-läkare tog sin början på 80-talet i Mocambique – efter kriget med Sydafrika, där sjukvårdare med skalpell räddat liv i fält. Hälsovårdsarbetare fick en treårig utbildning motsvarande sjuksköterska. Staffan Bergström, gynekolog och professor i internationell hälsa på Karolinska

Institutet, fanns med i den del av utbildningen som berörde förlossningsvård och gynekologi.
Sedan dess har konceptet spridit sig och man uppskattar att i 25 av 47 afrikanska länder söder om Sahara fanns någon form av icke-läkare som utför läkarnas jobb.

Staffan Bergström deltog för ett par år sedan i en omfattande studie från Malawi, där utfallet av operationer utförda av vanliga läkare och amatörläkarna jämfördes. De hittade inga väsentliga skillnader.
– Det har varit intressant att följa utvecklingen, säger Staffan Bergström. Vi trodde inte på beskyllningarna om undermålig standard och utarmning av vården. Det visade sig att vi var rätt ute.
Amatörläkarna kostar bara en tredjedel att utbilda jämfört med konventionella läkare. Dessutom stannar de kvar i hemlandet. Deras utbildning är inte gångbar någon annanstans. De handplockas i ett senare skede av livet och har ofta hunnit rota sig och skaffa familj.
I en uppföljning i Moçambique fann man att 88 procent av icke-läkarna fortfarande arbetade på små distriktssjukhus i landet, sju år efter avlagd examen.
Bland läkarna var siffran noll procent.

FN:s åtta millenniemål är att mellan 1990 och 2015 ska:

- fattigdom och hunger halveras
- alla barn gå i grundskola
- jämställdheten öka och kvinnors ställning stärkas
- barnadödligheten minska med två tredjedelar
- mödradödligheten minska med tre fjärdedelar
- spridningen av hiv/aids, tbc, malaria och andra sjukdomar hejdas
- en miljömässigt hållbar utveckling säkerställas
- globalt samarbete genom ökat bistånd, rättvisa handelsregler och lättade skuldbördor i utvecklingsländerna

Många länder har lyckats minska barnadödligheten men inte mödradödligheten. Bland annat på grund av bristande tillgång på sjukvårdspersonal vid förlossningar.

maria.wallin[at]socialpolitik.com
Maria Wallin

Research och intervjuer i Malawi:
Anna Roxvall och Johan Persson

Läs vidare:
amnesty.org, amnesty.se, fhi.se, global.finland.fi, guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf, rfsu.se, scb.se, sida.se