

Ny global strategi for mors og barns helse

Massebehandling mot trakom

Årlig antibiotikabehandling mot *Chlamydia trachomatis* av hele befolkningen i høyendemiske områder for trakom kan redusere og kanskje eliminere sykdommen. Dette viser en longitudinell studie i Tanzania som nylig er publisert i *The Lancet* (1).

I landsbyer hvor trakom er særlig hyppig, ble 1 017 personer, dvs. 85 % av befolkningen, mikrobiologisk undersøkt for *C trachomatis* i øynene før og i opptil 18 måneder etter at samtlige personer fikk en engangsbehandling med azitromycin peroralt (gravide kvinner uten klinisk sykdom fikk lokalbehandling med tetrasyklin). Prevalensen av okulær infeksjon sank fra 57 % til 12 % to måneder etter behandling, for deretter å være stabil i inntil 12 måneder. Etter 18 måneder var det en tendens til økende antall tilfeller og mer infeksjon.

Tilsvarende erfaringer er gjort i Gambia, der en studie tyder på at massebehandling må gjentas for å hindre ny prevalensøkning (2). Forfatterne konkluderer med at årlig massebehandling kan være tilstrekkelig for i løpet av noen få år å eliminere trakom i høyendemiske områder.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. West SK, Munoz B, Mkocha H et al. Infection with *Chlamydia trachomatis* after mass treatment of a tharcoma hyperendemic community in Tanzania: a longitudinal study. *Lancet* 2005; 366: 1296–1300.
2. Burton MJ, Holland MJ, Makalo T et al. Re-emergence of *Chlamydia trachomatis* infection after mass antibiotic treatment of a trachoma-endemic Gambian community: a longitudinal study. *Lancet* 2005; 365: 1321–8.

I en ny rapport legger Verdens helseorganisasjon større vekt på organiseringen av helsetjenester for å redusere ulikhetene i helse for mor og barn. Dette er på mange måter en radikalt annerledes politikk. Den nye strategien passer ikke like godt for alle land.

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har foreslått en ny plan for å bedre mors og barns helse globalt. Det er nødvendig å gjøre betydelige fremskritt for å nå målene fra millenniumsdeklarasjonen, som var å redusere mødredødeligheten med tre fire-deler og barnedødeligheten med to tredeler fra 1990 til 2015 (1). Forbedringene hva gjelder mors og barns helse er mindre tydelige enn de var, og det tegner seg et bilde av store forskjeller landene imellom og mellom fattige og rike innad i en rekke land. Hvert år dør rundt 10,6 millioner barn før de rekker å bli fem år gamle, og en halv million kvinner dør fortsatt under svangerskapet, under fødselen eller senere (2). Erfaringer fra utviklede land har vist at de fleste av disse dødsfallene er fullt ut forebyggbare (3). WHO har i de senere tiår iverksatt mange vellykkede programmer verden over, og mødre- og barnedødeligheten er blitt redusert betydelig i en rekke land. Disse strategiene har imidlertid vært for fragmentariske til at målene for millenniumsdeklarasjonen kan bli nådd i overskuelig fremtid.

WHO foreslår en ny plan, som blant annet innebærer økt kontinuitet i tjenestene fra svangerskap gjennom fødsel og inn i barndom. Tidligere strategier har hovedsakelig vært sykdomsorienterte, slik som det utvidede program for immunisering (Expanded Programme on Immunization, EPI) og kampanjer for oral dehydrering. Studier viser i økende grad at selv i fattige land må vellykket sykdomsbehandling og helsefremmende arbeid blant kvinner og barn i hele befolkningen bygge på riktig organisering av helsetjenestene (4). Ved å anerkjenne betydningen av en slik kontinuitet i behandlingen av mor og barn har Verdens helseorganisasjon så å si «gjenoppdaget» betydningen av nyfødte. Et nyfødt barns helsetilstand kan ses på som en konsekvens av morens helse og vil ha stor betydning for helsestatus senere i barndommen. Å bevege seg bort fra en sykdomsorientert plan betyr store utfordringer, fordi det er uklart om dette vil få like stor støtte på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Hvorfor mors og barns helse er viktig

Rapporten fra WHO fastslår at mødre, nyfødte og barn på mange måter representerer et samfunns fremtidspotensial (2). Organisasjonen hevder at helsebehovene til mødre og barn må ses på som en universell rettighet. Deres helse og velferd kan være en nøkkel til utvikling på samfunnsnivå, fordi reproduktiv helse ikke bare er viktig for individene selv. Dette samsvarer med nobelprisvinneren Amartya Sen syn om at helsen til mødre og barn kanskje er den viktigste faktoren for utvikling i mange fattige land (5).

Mer enn 99 % av dødsfall blant mødre skjer i utviklingsland, og 67 % av disse finner sted i bare 13 land. Gapet mellom fattige og rike land øker. I tidligere programmer la man hovedvekt på svangerskap og fødsel og i mindre grad på omsorg etter fødselen. Rundt 20 millioner kvinner blir hvert år uføre som følge av fødselskomplikasjoner, blant annet obstetriske fistler (6). Aborter utført utenfor helsevesenet forårsaker om lag 68 000 dødsfall hvert år. I noen utviklingsland bidrar disse dødsfallene til bortimot halvparten av den samlede mødredødeligheten (7). WHO har beregnet at opp mot 100 000 dødsfall blant mødre kunne vært unngått hvert år hvis kvinner brukte effektive prevensjonsmidler.

I 1987 ble det i Nairobi i Kenya foreslått et globalt initiativ for å bedre mødres helse – Trygt moderskap (The Safe Motherhood Initiative). Fire fundamenter for bedret omsorg ble foreslått: Familieplanlegging, svangerskapsomsorg, hygienisk og sikker fødsel med en kompetent hjelper og tilgang til obstetriske ekspertise ved risikosvangerskap og komplikasjoner (8). Dette initiativet kan ha bidratt betydelig til å redusere mødredødeligheten. Men mødredødeligheten blir ikke forårsaket av mangler på disse områdene alene (9). Andre faktorer er også viktige, slik som sosialt betingede faktorer utenfor helsevesenet (10, 11), reproduktiv atferd (9) og generell helsestatus (12).

Rapporten peker på at nedgangen i barnedødelighet ikke er like stor som tidligere,

og at nedgangen er ulikt fordelt mellom ulike sosiale og geografiske grupper. Mer enn halvparten av alle barnedødsfall skjer i bare seks land. Enda mer bekymringsfullt er det at fremgangen i forebygging av dødsfall i 43 land har stagnert eller snudd til tilbakegang (2). Tidligere helsepolitikk har vært basert på programmer rettet mot enkeltsykdommer eller spesielle tiltak, og selv om mange av disse programmene har vært vellykkede, skjer det fortsatt mange dødsfall som følge av manglende koordinering mellom primær- og sekundærhelsetjenestene. Det er også blitt påpekt at reduksjon i barnedødelighet ikke bare er en konsekvens av helsetjenestene, faktorer som familieplanlegging og mors utdanning teller også med (13).

Helseproblemer hos nyfødte er hittil for en stor del blitt oversett. Dødsfall hos nyfødte antas å bidra til så mye som 40 % av dødeligheten hos barn under fem år. Omsorgen for nyfødte har globalt sett falt mellom to stoler, fordi det har vært manglende kontinuitet i programmene som retter seg mot mødres helse og barnehelse. Derfor foreslår Verdens helseorganisasjon å erstatte begrepet «mor-og-barn-helse» med «mor-og-nyfødt-og-barn-helse». De nyfødte skal bli en viktig del av en integrert omsorgskjede.

Fremskrittene ujevnt fordelt

Rapporten fra WHO peker på store forskjeller mellom land (tab 1) og identifiserer fire typer land etter grad av fremskritt:

- Land med betydelige fremskritt. Vil sannsynligvis nå millenniumsmålene innen 2015
- Land der dødeligheten faller, men ikke raskt nok til at de når målene i tide
- Land der fallet i dødelighetsrater har stagnert, mens absolutt antall dødsfall fortsetter å vokse
- Land der dødelighetsratene falt tidligere, men der de nå har økt siden 1990-årene

Malawi er et eksempel i den siste gruppen. Der har det vært en betydelig økning i mødredødeligheten, fra 752 dødsfall per 100 000 fødsler i 1992 til 1 120 per 100 000 i 2000. HIV-prevalensen i Malawi er nå oppe i 8,4 %. Andelen fødsler i sykehus har falt fra 55 % til 43 % fra 2000 til 2001. Mellom 1989 og 2001 økte andelen dødsfall pga. dårlig helsetjeneste fra 31 % til 43 % (2). De vanligste årsakene var utbredt fattigdom, økende antall tilfeller av AIDS, fortsatt dårlig tilgang på helsetjenester og dårligere kvalitet på tjenestene.

Kina er et eksempel på mindre fremskritt. Det er store og økende ulikheter regionene imellom hva gjelder økonomisk utvikling og tilgang på helsetjenester. 80 % av ressursene i helsevesenet brukes i byene. Rurale områder av Kina, der 70 % av befolkningen bor, har bare 38 % av alt helsepersonell i landet (14). Ifølge det nasjonale overvå-

Tabell 1 Dødelighetsrate for barn under fem år (per 1 000 per år) og mødredødelighetsratio (per 100 000 fødsler) i ulike land og innen ulike regioner av Kina

	Barn under fem år	Mødredødelighet
Kina (hele landet)	37	56
Shanghai	7	10
Tibet	50	530
Norge	4	16
India	87	540
Nepal	82	740
Sør-Afrika	66	230

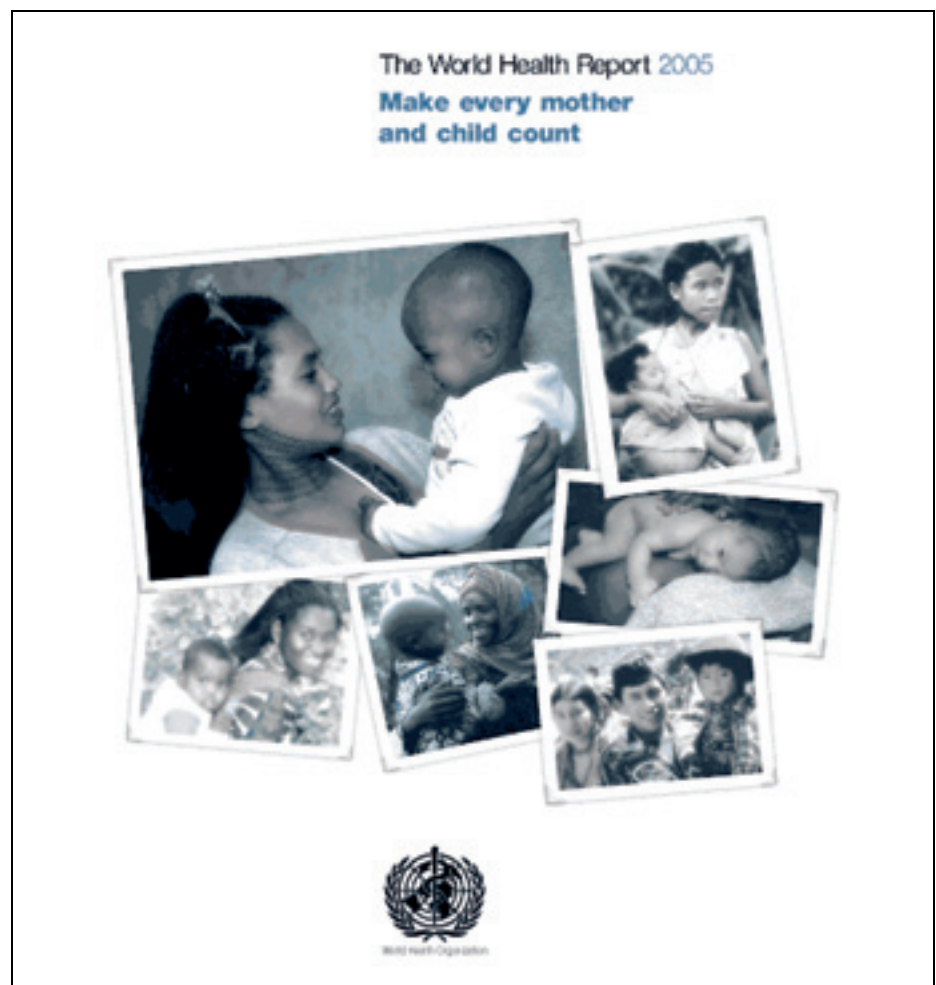
kingssystem for mor-og-barn-helse har det vært en svak nedgang i mødredødelighet og barnedødelighet i Kina. I 2002 var den gjennomsnittlige dødelighetsratioen hos mødre 43,2 per 100 000 fødsler; i urbane områder 22,3 og i rurale områder 58,2 per 100 000. Barnedødeligheten (for barn under fem år) var i gjennomsnitt 34,9%, 14,6 i urbane områder og 39,6 i bystrøk.

Tidligere og nye programmer

Tidligere programmer fra WHO for mor-og-barn-helse har hovedsakelig vært tekniske. Selv om de i stor grad har vært effektive, innrømmer WHO nå at det har vært for lite oppmerksomhet om tilgangen til gode helsetjenester for hele befolkningen. En viktig utfordring er å skaffe nok kvalifisert

helsepersonell og oppjustere tjenestene. Mangelen og ubalansen i fordeling av helsearbeidere forårsaker store ulikheter. Lønnsnivået er blitt regnet som urettferdig og som et forsømt område, og det er en betydelig migrasjon av helsearbeidere fra områder hvor de trengs mest (15). WHO anser finansieringen som den største utfordringen med tanke på universell tilgang til effektive helsetjenester. Humanitære kriser, utbredt fattigdom og HIV/AIDS bidrar til negativ økonomisk utvikling og en forsterkning av krisen i tilgang på helsearbeidere.

Både WHO og andre organisasjoner har bidratt til at ideologien omkring helseprogrammer for mor og barn har forandret seg. Det er blitt mer anerkjent at mødre og småbarn har krav på helsetjenester av en viss



Faksimile av WHO-rapporten (2)

kvalitet fra myndighetene. Trygt moderskap (Safe Motherhood) er en integrert plan for å bedre mors helse og perinatal helse (8). Integrasjon av familieplanleggingsprogrammer og mødre helseprogrammer har gitt positive resultater i en del fattige land (16). Det er dokumentert at en sikker og hygienisk fødselsomsorg med en utdannet helsearbeider til stede reduserer mødredødeligheten (17). Majoriteten av mødredødsfall kunne vært unngått gjennom tilgang på enkel obstetrisk omsorg (6), og antenatal omsorg er på mange måter en suksesshistorie i mange land (2).

Det utvidede program for immunisering og initiativer for oral rehydreringsterapi har bidratt til fremskritt i mange regioner. Såkalt integrert behandling av barnesykdommer (integrated management of childhood illness) kombinerer et knippe effektive behandlingstiltak med helsetjenester nær hjemmet og samtidig lett adgang til sykehus (18). Det er ikke nok å si at man arbeider med eller forsker på typiske fattigdomssykdommer hvis tiltakene likevel treffer sosialt skjevt (19).

Basert på tidligere erfaringer foreslår WHO seks nye strategier, der man i større grad legger vekt på organisering av tjenestene:

- Styrke samarbeidet med ideelle organisasjoner
- Etablere en kontinuerlig omsorgskjede for mødre, nyfødte og barn
- Bedre arbeidskrafttilgangen i helsetjenesten
- Opprette og utbygge nasjonale helsefinansieringsmekanismer for mødre, nyfødte og barn
- Helseprogrammer for mødre, nyfødte og barn må i større grad bygges inn i eksisterende helsesystemer
- I helsetjenester for barn må man legge mer vekt på vekst og utvikling fremfor bare overlevelse

Vil den nye strategien bli iverksatt?

Selv om helsetjenester for mødre og barn blir anerkjent som et offentlig ansvar, innser WHO at myndighetene i mange land unnlater å ta konsekvensen av dette. Derfor foreslår organisasjonen at myndighetene skal etablere partnerskap med familier og ideelle organisasjoner. Med en slik kontinuitet i helsetjenestene for mødre og barn hvor primær- og sekundærhelsetjenester skal være integrert, kan det imidlertid være uklart hvem som er ansvarlig: internasjonale organisasjoner, nasjonale myndigheter eller det sivile samfunn? Kina, med sin omfattende omlegging mot økt økonomisk vekst og markedsøkonomi, står overfor særlige utfordringer hvis man skal unngå de enorme negative helsekonsekvensene vi husker fra Øst-Europa for noen år siden. I Kina kan ikke økonomisk vekst og det sivile samfunn alene sikre at helsetilstanden i hele befolkningen vil nyte godt av en slik utvikling (20).



Helsetjenesten i Kina er konsentrert i byene. På landet, der mesteparten av befolkningen bor, er det dårlig tilgang til helsepersonell. Foto Corbis/SCANPIX

WHO hevder også at nyfødtes helseproblemer bør vektlegges for å etablere større grad av kontinuitet i omsorgen: Fra seksualopplysning blant ungdom til svangerskap, fødsel og barndom. Dette vil bryte opp barrierene mellom programmer som retter seg mot henholdsvis mødre, nyfødte og barn, og er en ny politikk som kan ha betydning for å redusere dødeligheten ytterligere. Bellagio-gruppen har publisert en serie artikler i *The Lancet* forut for rapporten, der de legger vekt på de faktorene som gjør at nyfødte overlever inn i barndommen (21). Det er likevel usikkert om mange land med ulike forutsetninger for omsorg vil ha ressurser til å gjennomføre en slik endring. Den nye strategien kan være god for de landene som har oppnådd mye og som har en stabil infrastruktur for helsetjenester, men urealistisk i land som mangler grunnleggende helsetjenester, slik som for eksempel Malawi.

For å sikre at alle familier får tilgang på helsetjenester foreslår WHO at myndighetene bør øke oppbyggingen av integrerte og effektive helsetjenestesystemer. Samtidig foreslås det at det bør bli en nasjonalt prioritert oppgave å sikre tilstrekkelig tilgang på helsepersonell. Dette forutsetter stabile sosiale miljøer, nasjonal økonomisk utvikling og sunne helsetjenestesystemer uten korrupsjon. Det er nødvendig med en sterk stat for å bygge nasjonale mekanismer for helsefinansiering som i mindre grad er basert på direkte brukerbetaling og mer på offentlig ansvar. Dette er en utfordring i mange land på grunn av vedvarende fattigdom. Analyser for å anskueliggjøre kostnadene av sykdom i et samfunn og i hvilken grad man har råd til å treffe tiltak kan være nødvendig for å kommunisere tydeligere med dem som utformer politikken (22).

Omsorgen for barn bør i mindre grad rette seg mot enkeltsykdommer og overlevelse og mer mot vekst og utvikling. WHO har tidligere introdusert begrepet «integrerte helsetjenester», men denne modellen er bare

i begrenset grad blitt fulgt opp i mange land. Man vet at helsetilstanden i barneårene har stor betydning for risikoen for å få kroniske sykdommer senere i livet (23). Særlig i fattige land kan dette få stor betydning, fordi mange vokser opp med lav ernæringsstatus, men senere i livet blir overernærte. Dette kan gi en dobbelt sykdomsbyrde, med økende forekomst av kroniske sykdommer og samtidig vedvarende problemer med infeksjonssykdommer. Slike langsiktige konsekvenser kan være vanskelige å vurdere, og det er usikkert om kunnskapsgrunnlaget vil bli oppfattet som solid nok til at tiltak blir regnet som kostnadseffektive.

Vitenskapelig og sikker informasjon er viktig før planlegging og utforming av helsestrategier. Det er foreløpig bare noen få land med effektive overvåkingssystemer som kan frembringe informasjon om helsestatus og helsebehov i befolkningen (24). Derfor er oppbygging av registreringssystemer for vital informasjon (fødsel og død) viktig. Hva som bestemmer helsen til mor og barn, kan variere mellom ulike land, som eksemplene med Malawi og Kina viser. WHO-rapporten tar et langt sprang i å formulere en radikalt ny politikk, men den nye strategien passer kanskje ikke like godt i alle land. Kanskje må det etableres egne strategier for land som henger etter for å redusere gapet mellom fattige og rike der.

Qing Du

Foreign Loan Office
Ministry of Health
154 GuLouXi Street
XiCheng District
Beijing 100009 Kina

Øyvind Næss

oyvind.nass@samfunnsmed.uio.no

Bernadette Nirmal Kumar

Institutt for allmenn og samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Oslo

Manuskriptet ble godkjent 21.10. 2005.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. United Nations. Millennium Declaration: resolution adopted by the General Assembly. New York: United Nations, 2000.
2. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Genève: WHO, 2005.
3. Wagaarachchi PT, Lakshman F. Trends in maternal mortality and assessment of substandard care in a tertiary care hospital. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 2002; 101: 36–40.
4. Travis P, Bennett S, Haines A et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004; 364: 900–6.
5. Osmani S, Sen A. The hidden penalties of gender inequality: fetal origins of ill-health. *Econ Hum Biol* 2003; 1: 105–21.
6. Babara E, Kwast. Reduction of maternal and perinatal mortality in rural and peri-urban settings: what works? *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 1996; 69: 47–53.
7. Fathalla MF. Family planning. I: Lawson JB, Harrison KA, Bergström S, red. *Maternity care in developing countries*. London: RCOG Press, 2001: 369–80.
8. World Health Organization. *Mother-baby package: implementing safe motherhood in countries*. Genève: WHO, 1994.
9. Djaja S, Suwandono A. The determinants of maternal morbidity in Indonesia. WHO regional health forum, <http://w3.whosea.org/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1352.htm>
10. Taguchi N, Kawabata M, Maekawa M et al. Influence of socio-economic background and antenatal care programmes on maternal mortality in Surabaya, Indonesia. *Trop Med Int Health* 2003; 8: 847.
11. Pregnancy-related deaths among Hispanic, Asian/Pacific islander, and American Indian/Alaska native women — United States, 1991–1997. *Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50: 361–4.
12. Rush D. Nutrition and maternal mortality in the developing countries. *Am J Clin Nutr* 2000; 72 (suppl): 212–40S.
13. Diamond I. Child mortality – the challenge now. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 1174.
14. Lee L. The current state of public health in China. *Ann Rev Publ Health* 2004; 25: 327–39.
15. Chen L, Evans T, Anand S et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004; 364: 1984–90.
16. Fernando D, Jayatileka A, Karunaratna V. Pregnancy-reducing maternal deaths and disability in Sri Lanka: national strategies. *Br Med Bull* 2003; 67: 85–98.
17. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Genève: WHO, 2004.
18. Oluwole D, Mason E, Costello A. Management of childhood illness in Africa. Early evaluations show promising results. *BMJ* 2000; 320: 594–5.
19. Bhutta ZA. Bridging the equity gap in maternal and child health. *BMJ* 2005; 331: 585–6.
20. Szreter S. Rapid economic growth and «the four Ds» of disruption, deprivation, disease and death: public health lessons from nineteenth-century Britain for twenty-first-century China? *Trop Med Int Health* 1999; 4: 146–52.
21. Lawn JE, Cousens S, Darmstadt GL et al. Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet* 2004; 369: 399–401.
22. Tarricone R. Cost-of-illness analysis: what room in health economics? *Health Policy* 31.8.2005.
23. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 285–93.
24. Mathers CD, Fat DM, Inoue M et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 171–7.