

# Mødrehelse i Somalia – fra å gjøre noe til å gjøre en forskjell?

Mødredødeligheten i Somalia er blant de høyeste i verden. Konflikt, fattigdom, mangelfull styring og skadelige tradisjonelle praksiser gir dårlige kår for reproduktiv helse. Til tross for økende dokumentasjon for at gamle tilnærminger til mødre- og spedbarnsoverlevelse er utdatert, har internasjonale organisasjoner i Somalia de siste 15 år fortsatt å implementere programmer som er billige og enkle – men ineffektive.

**Ingvil Krarup Sørbye\***

*Ingvil.krarup.sorbye@rikshospitalet.no*

**Austen Peter Davis**

Evensgate 2  
0655 Oslo

\* Nåværende adresse:

Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse  
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

På oppdrag fra FN-organisasjoner arbeidet vi i perioden 2008–09 med å utvikle et nytt strategisk rammeverk innen reproduktiv helse for Somalia (1). Basert på dette arbeidet ønsker vi i denne artikkelen å vise den dramatiske helsesituasjonen for somaliske kvinner og nyfødte og hvordan manglende eksterne rammer og betingelser påvirker helsetilstanden i en ustabil statsdanning. Vi gir eksempler på hvordan man kan nyttiggjøre kunnskap fra liknende kontekster for å revurdere strategi, og hvordan lokal forankring er nødvendig for optimal effekt og rasjonell ressursbruk.

## Helsevesen – hvilket helsevesen?

Det somaliske folk har levd med borgerkrig i nærmere 20 år, preget av økende fattigdom, interne flyktningstrømmer og sammenbrudd av sosiale strukturer. Alle de tre sonene i landet, dvs. Somaliland, Puntland og Sentral- og Sør-Somalia, er preget av sikkerhetsproblemer, svak regjeringskontroll, brudd på menneskerettighetene og en kontinuerlig humanitær krise.

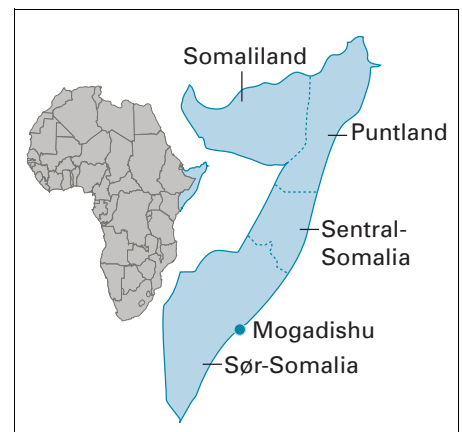
Under kolonitiden fantes ingen helse-tjeneste for den jevne somalier. Fra rundt 1970–80 ble det i regi av myndigheter og hjelpeorganisasjoner bygd enkelte regionale sykehus som hovedsakelig tok seg av krigsskader og traumer. Primærhelsevesen fantes ikke. Fra 1980 har FN-organer og hjelpeorganisasjoner drevet bistand og har forsøkt å promotere et differensiert helsesystem, men med lite hell (2). Helsevesenet er fortsatt ytterst fragmentert, uregulert og ofte privatisert, pga. mangel på penger, helsepersonell og styringssystemer. I perioden 2000–06 ble det i gjennomsnitt brukt en halv amerikansk

dollar per år per kvinne på helsetjenester (3). De få jordmødre og leger som finnes er konsentrert i urbane strøk med private inntjeningsmuligheter. Det finnes kun 4–5 kvalifiserte praktiserende fødselsleger i hele Somalia. Konsekvensene er store for mødrehelser.

Om lag 10 % av Somalias befolkning på ti millioner har utvandret og utgjør en innflytelsesrik diaspora i Storbritannia, USA, Canada, Skandinavia og Nederland, men også i naboland som Kenya. Hvert tredje hushold mottar finansiell hjelp fra slektninger i utlandet, og det er beregnet at 1–2 milliarder amerikanske dollar sendes tilbake til Somalia årlig fra utlandet (3). Disse midlene utgjør mer enn den totale globale bistanden til landet. Flere somaliere, også helsearbeidere, vender tilbake etter å ha fått deler av sin utdanning eller praksis i utlandet.

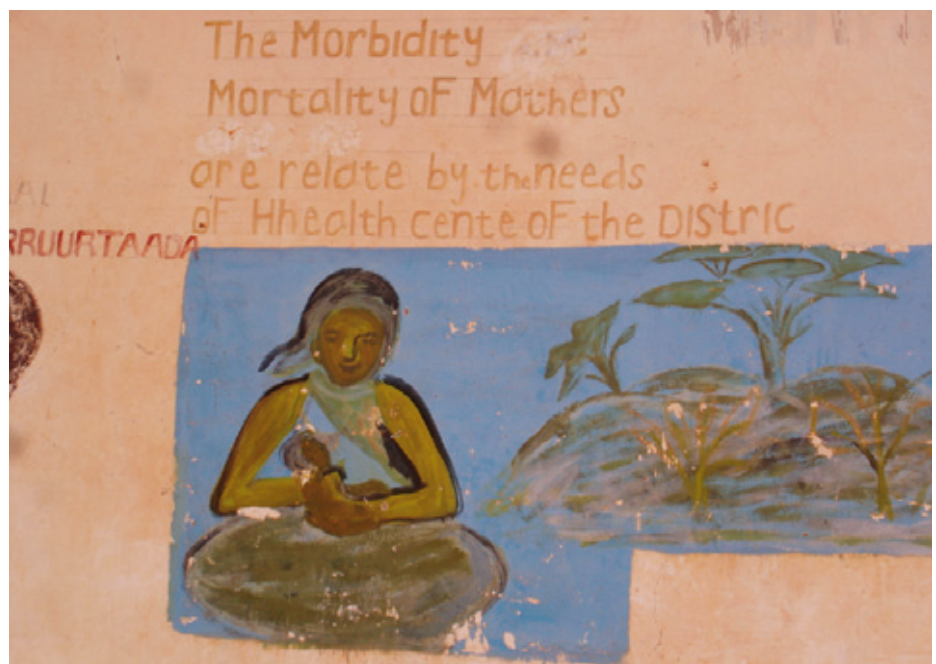
## Hjemme best?

Somaliske kvinner føder i all hovedsak hjemme. Over 90 % av fødslene foregår



Kart over Somalia

i hjemmet med assistanse av ufaglært personell eller familie (4). Fenomenet har vært tolket som kulturelt definert og ansett som vanskelig å endre. Siden 1980 har flere organisasjoner satset på intervensjoner for å bedre forholdene for hjemmefødsler (5).



«The Morbidity Mortality of Mothers are relate by the needs of Health centre of the District» – store ord med lite reelt innhold på vegg i et helsesenter i Somaliland. Alle foto Ingvil Krarup Sørbye

**Tabell 1** Indikatorer for reproduktiv helse, Somalia. Basert på UNICEF 2006 (4), UNICEF/UNFPA 2008 (7), UNAIDS 2009 (8) og WHO 2007 (9)

|                                                           |                            |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------|
| Mødre-dødelighetsratio (MMR) (4)                          | 1 400/100 000 levendefødte |
| Perinatal dødelighet (9)                                  | 81/1 000 fødte             |
| Total fertilitetsrate (4)                                 | 6,7                        |
| Prevalens kvinnelig omskjæring(4) <sup>1</sup>            | 98 %                       |
| Bruk av moderne prevensjon (4) <sup>1</sup>               | 1 %                        |
| Udekket behov for prevensjon (4)                          | 26 %                       |
| Kvalifisert assistanse ved fødsel (4)                     | 9 %                        |
| Keisersnittrate (7)                                       | 0,5 %                      |
| Letalitet direkte obstetrisk sykkelighet (7) <sup>2</sup> | 20–33 %                    |
| Gravide kvinner som er hivpositive (8)                    | 0,9 %                      |
| Andel nyfødte med lav fødselsvekt (< 2 500 g) (4)         | 17 %                       |

<sup>1</sup> For kvinner i reproduktiv alder 15–49 år.<sup>2</sup> For kvinner innlagt i sykehus med obstetriske komplikasjoner

Enkle og billige tiltak har stått sentralt. Dette gjelder for eksempel opplæring av tradisjonelle fødselshjelpere og utdeling (eller salg) av «fødepakker», dvs. en enkel utstyrspakke ment for å sikre hygien under hjemmefødsel, som oftest inneholdende såpe, et stykke plast å ligge på, rent barberblad og tråd til å kutte og binde navlestrengen med.

Men har somaliske familier et reelt valg med tanke på fødested? Så lenge de aller fleste familier ikke har tilgang til trygg fødsel med kvalifisert personell, er det vanskelig å se på den store andelen hjemmefødsler som kulturelt betinget. I de ytterst få områdene der lokale eller internasjonale organisasjoner har etablert godt organisert og billig fødsels- og svangerskapsomsorg med kvalifisert personell, kommer kvinnene for å føde (6).

### Kritisk situasjon

Det finnes kun grove estimater for mødre-helse og nyfødthelse i Somalia (4, 7–9) (tab 1). Mødre-dødeligheten, estimert til 1 400 per 100 000 levendefødte, er blant de høyeste i verden. Omregnet betyr det en livstidsrisiko på nær 10 % for død i forbindelse med svangerskap og fødsel – da er ikke abortrelaterte dødsfall tatt med. I tillegg kommer sykkelighet og ufrøhet pga. komplikasjoner som obstetriske fistler, lammelser og kroniske smerter. Om lag 40 % av nyfødtdødsfall er knyttet til forhold under svangerskapet eller fødsel. Dette skyldes i hovedsak liten eller ingen tilgang til kvalifisert fødselshjelp kombinert med høy forekomst av obstetriske risikofaktorer. Utbredt fattigdom, kvinners lave status, feil- og underernæring og skadelige tradisjonelle praksiser er bakenforliggende

faktorer. Tenåringsgraviditet er vanlig som følge av lav ekteskapsalder. Hvor mange som dør av utrygge aborter, er ikke kjent. Graviditet utenfor ekteskap er ikke sosialt akseptert og fører til sosial eksklusjon.

Mangel på grunnskoleutdanning og seksualundervisning gjør at forståelsen for risiko knyttet til svangerskap og fødsel er lav. Over 95 % av kvinner i fertil alder er infibulert, dvs. har fått den mest omfattende form for omskjæring (4). De fleste revner traumatisk ved første samleie, eventuelt åpnes noe i forbindelse med giftermål av den tradisjonelle fødselshjelperen, som ofte er den som omskar kvinnen flere år tidligere. Førstegangsfødende har derved særlig behov for kvalifisert fødselshjelp. Dessverre foretas ofte ikke de korrekte prosedyrene under fødsel, slik at kvinnen revner i arrvevet under utskjæringen av fosteret, med fare for skade av bl.a. urinrør. Det er ikke tradisjon for å gjenopprette infibulering etter første fødsel.

Blant tradisjonelle praksiser finnes også enkelte som har positive effekter på mødre-helse og spedbarnshelse, slik som forlenget amming. Ernæring kun ved amming de første 4–6 levmåneder forekommer kun hos 13 % av alle nyfødte (4). Et lyspunkt er at landet har regionens laveste hivrate (1 % blant gravide), til tross for høy prevalens i nabolandene Kenya og Etiopia.

### Når hjemmefødselen går galt

De fleste familier har ingen erfaring med moderne fødselshjelp av god kvalitet. Erfaring fra og frykt for å møte stengte dører eller fraværende og inkompetent personell i tillegg til store utgifter til transport og behandling gjør at mange familier venter lenge med å søke hjelp fra helseinstitusjoner. Bor kvinnen på landsbygda, har hun reelt sett ingen tilgang til akutte fødselstjenester. Helsesentre med mor-barn-klinikker er åpne kun et par timer daglig med en jordmorassistent uten formell opplæring. Det finnes ingen ambulanse. Å reise nattetid kan være utrygt. Det kan være flere timer til nærmeste fødetilbud. Mange av mødre-dødsfallene skjer derfor i hjemmet eller under transport.

Det er mange og store offentlige sykehus, men de fleste er halvtomme og preget av manglende investeringer, driftsmidler og lønninger. De fleste har ikke kapasitet til å utføre akutt keisersnitt utover et par timer om formiddagen. De få private sykehusene benytter kostpris og er et alternativ kun for velstående familier. Kun enkelte internasjonale organisasjoner, slik som Leger Uten Grenser, har kapasitet og finansiering til å tilby gratis tjenester av god kvalitet. De fleste kvinner kommer aldri så langt – og dersom de når frem til sykehus, er fosteret ofte død.

På landsbasis skjer om lag 0,5 % av alle fødsler med keisersnitt. Dette er kun en tiendedel av det som regnes som minimumsbehovet for keisersnittsforløsning (7).



Våpenfritt helsesenter er ikke en selvfølge



Et keisersnitt koster oftest 100–400 amerikanske dollar, noe som de fleste husstander ikke har råd til. I tillegg kommer kostnader for legemidler og innleggelse. Mange dør av obstetriske komplikasjoner, også under sykehusopphold (7). Blodtransfusjon er kostbart, skjer for sent og under utrygge forhold. Manglende godkjenning til behandling fra ektefelle eller slektning kan forsinke keisersnitt eller forårsake hasardiøse forsøk på tangforløsninger. En slik ond sirkel med forsinkelse på alle nivåer er velkjent fra andre lavinntektsland (10). Dette reduserer effekten av de ytterst få tjenester som allerede finnes.

### Effekten av tiltak

I Cochrane-metaanalyser har man vist at opplæring av tradisjonelle fødselshjelpere har skuffende liten effekt på mødre helse. Slik opplæring har ikke vist effekt på mødredød eller på komplikasjoner for mor, slik som endometritt etter fødsel (11). Slike tiltak er forlatt i de fleste land. En litteraturoversikt viser at «fødepakker» ikke kan anbefales som eneste intervensjon (12). Man vet rett og slett ikke hvem som bruker pakkene, på hvilken måte og med hvilket resultat (13).

Det er derimot internasjonal enighet om at økt tilgang til kvalifisert fødselshjelp, inkludert behandling for komplikasjoner, er svært viktig for overlevelse for mor og barn i ressursvake land (14). I områder med høy mødredødelighet vet vi at om lag 80 % av dødsfall skjer grunnet komplikasjoner sent i svangerskap eller under fødsel, hvorav de fleste kunne vært unngått ved forebygging eller behandling (15). Ved fravær av kvalifisert fødselshjelp er omfattende kvinnelig omskjæring assosiert med uheldig svangerskapsutfall for mor og barn (16). En effektiv og også kostnadseffektiv intervensjon i høyfertilitetskontekster for å redusere antall mødre- og spedbarnsdødsfall er forebygging av uønsket graviditet eller utsetting av neste svangerskap (17, 18).

De ulike områdene av reproduktiv helse henger nøye sammen. Derfor vil intervensjon på ett område kunne ha positiv innvirkning på andre områder, f.eks. ved integrerte tjenester for prevensjonsveiledning, svangerskapskontroll og fødselshjelp.

### Strategi

I strategiarbeidet er det enighet om tre hovedlinjer for mødre helse og spedbarnshelse (tab 2):

#### Forebygging av uønsket graviditet

I Somalia blir prevensjon vanligvis ikke diskutert åpent, heller ikke mellom ektefeller. Dette har vært fortolket dithen at det er lite aksept for moderne prevensjon blant befolkningen generelt. Det er imidlertid vist at en av fire somaliske kvinner ønsker tilgang til akseptable moderne reverserbare prevensjonsmidler for å utsette neste barnfødsel eller avslutte sin reproduktive kar-



Informasjonsarbeid mot kvinnelig omskjæring formidles i en tegning som viser frykten og smerten i en omskjæringsscene

riere (4). Likevel bruker kun 1 % av somaliske kvinner effektiv moderne prevensjon (4). Et familieplanleggingsprogram integrert i svangerskaps- og fødselsomsorgen vil derfor kunne ha stor effekt på mødre helsen. I 1980-årene fantes familieplanleggingsprogram i nordre Somalia. Til tross for økt islamisering det siste tiåret, antar man at en liknende individrettet prevensjonsveiledning innen helsevesenet med stor sannsynlighet vil bli akseptert. Et slikt tiltak som reduserer antall svangerskap, vil imidlertid ha liten effekt på risiko per svangerskap og derved liten effekt på surrogatindikatoren som brukes for graviditetsrelatert død.

Sterilisering har ytterst liten aksept i befolkningen, da dette anses å være i strid med «sunna» – islamsk praksis. Kondomer brukes i praksis ikke i prevensjonsøyemed (4). Som ledd i forebygging av hivinfeksjon har distribusjon av kondomer vært kontroversielt og ført til blant annet demonstrasjoner og symbolsk offentlig brenning. Det er enighet om at kulturelt akseptable metoder, slik som fullamming, medikamentell pre-

vensjon og spiral innsatt i forbindelse med fødsel, bør prioriteres.

#### Tilgang til god fødselshjelp

Forebyggende tjenester som prevensjon og svangerskapskontroller bør tilbys i en ramme av kurative tjenester, med vekt på fødselshjelp. Forbedring av og reell tilgang til akutt obstetrisk hjelp er det viktigste for brukerne, til tross for at dette er ressurskrevende både med tanke på organisering og helsepersonell. Tjenestene må være kulturelt akseptable og uten økonomiske barrierer. En landsdekkende tilgang til akutt obstetrisk hjelp er i dag urealistisk. Å etablere øyer av beredskap for akutt obstetikk der ressurser finnes og sikkerheten tillater det, blir et viktig første skritt.

#### Tradisjonelle praksiser

Forebygging av skadelige tradisjonelle praksiser og fremming av gunstige tradisjonelle praksiser bør tas med som et gjennomgående element i helsetjenester. Kunnskap om fullamming og opplæring i korrekt

**Tabell 2** Prioriterte områder for bedring av mødre- og spedbarnshelse i Somalia

| Strategisk retning                                                              | Målsetning                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Etablere tilgang til basal og avansert akutt fødselshjelp                     | Samle ressurser for å etablere funksjonelle enheter av helsesentre med reelle henvisningsmuligheter                                  |
| 2 Tjenester for fødselsplanlegging                                              | Redusere helserisiko for kvinner og barn ved å sikre informasjon og mulighet til optimal planlegging av svangerskap og fødsler       |
| 3 Redusere negative og promotere positive helseeffekter av tradisjonell praksis | Øke bevissthet om positive effekter av tradisjonell praksis samt forebygge negative effekter med målsetning om reduksjon/eliminasjon |

nyfødtsomsorg er viktig. Økt bevissthet om negative effekter av tidlig ekteskap og graviditet og av kvinnelig omskjæring er en omstendelig prosess som krever langsiktig arbeid på tvers av flere samfunnssektorer, inkludert religiøse autoriteter. Kvinnelig omskjæring er for øvrig forbudt i nordlige deler av Somalia.

### Økt oppmerksomhet

Kvinner og spedbarn i Somalia lider og dør under forhold som det er vanskelig for oss europeere å forestille seg. Ethvert tiltak vil ta tid å implementere, og resultater vil komme først etter lang tid. Vi mener det er viktig å sikre at små og store programmer er forankret i en felles og effektiv strategi. Det er i første omgang nødvendig å samle ressurser for å sikre at funksjonelle enheter kan yte tjenester av god kvalitet, også på bekostning av ønsket om lik adgang for alle. Lik adgang for alle til ineffektive tiltak er uansett et lite ønsket alternativ.

Å lage en strategi i form av et dokument er én ting – å iverksette er noe helt annet. Det er tegn som tyder på enighet om felles strategi blant aktører og økt oppmerksomhet på mødre helse blant viktige donorer, blant annet statlige bistandsorganisasjoner som UK Aid og Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). Dette er kommet til uttrykk i økt finansiell støtte til mødre helseprosjekter for 2010/11 til FN-organisasjonene og andre aktører. Flere nye prosjekter i alle tre regioner har nylig fått finansiering. Det gjenstår å se om det fremover er reell politisk og økonomisk vilje til å ta somaliske kvinner og barns liv på alvor.

### Ingvil Krarup Sørbye (f. 1968)

er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og er stipendiat ved Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

**Oppgitte interessekonflikter:** Hun har jobbet for Somalia-kontorene til WHO, UNFPA og UNICEF. Hun har også vært konsulent og frivillig i Leger Uten Grenser i Somalia.

### Austen Peter Davis (f. 1966)

er rådgiver i internasjonal helse med ledererfaring fra internasjonale hjelpeorganisasjoner og FN. Han arbeider nå som rådgiver for Flyktningehjelpen.

**Oppgitte interessekonflikter:** Han har vært programansvarlig for helsesystemutvikling i UNICEF Somalia 2007–10.

### Litteratur

1. Sørbye I, Leigh B. Somalia reproductive health: national strategy and action plan 2010–2015. [www.unicef.org/somalia/SOM\\_ReproductiveHealthReport-WEB.pdf](http://www.unicef.org/somalia/SOM_ReproductiveHealthReport-WEB.pdf) (17.12.2010).
2. Little PD. Somalia: economy without state. African Issues. London: The International African Institute, 2003.
3. Capobianco E, Naidu V. A review of health sector financing to Somalia. Washington, D.C.: World Bank, 2008.
4. UNICEF. Somalia Multiple Indicator Cluster Survey 2006. <http://rochr.qrc.com/handle/123456789/2951> (17.12.2010).
5. UNFPA Somalia Country Office. Samofal Newsletter for UNFPA Somalia nr. 3/2008. [www.thegreencamelkenya.com/unfpa/SAMOFAL-Newsletter\\_Oct08.pdf](http://www.thegreencamelkenya.com/unfpa/SAMOFAL-Newsletter_Oct08.pdf) (17.12.2010).
6. Mazzilli C, Davis A. Health care seeking behaviour in Somalia. [www.unicef.org/somalia/SOM\\_HealthcareseekingbehaviourReport\\_10-WEB.pdf](http://www.unicef.org/somalia/SOM_HealthcareseekingbehaviourReport_10-WEB.pdf) (17.12.2010).

7. Needs assessment of obstetric care in Somaliland and Puntland. New York, NY: UNICEF, UNFPA, 2008.
8. UNAIDS. Epidemiological factsheet Somalia. [www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/epidemiologicalfactsheets/#d.en.52715](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/epidemiology/epidemiologicalfactsheets/#d.en.52715) (17.12.2010).
9. Neonatal and perinatal mortality. Genève: WHO, 2007.
10. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1091–110.
11. Sibley LM, Sipe TA, Brown CM et al. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; nr 3: CD005460.
12. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS et al. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115 (suppl 2): 519–617.
13. Hundley VA, Avan BI, Braunholtz D et al. Lessons regarding the use of birth kits in low resource countries. *Midwifery* 2010; e-publiseret 2.11.2010.
14. Hofmeyr GJ, Haws RA, Bergstrom S et al. Obstetric care in low-resource settings: what, who, and how to overcome challenges to scale up? *Int J Gynaecol Obstet* 2009; 107 (suppl 1): S21–5.
15. Khan KS, Wojdyla D, Say L et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367: 1066–74.
16. Banks E, Meirik O, Farley T et al. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet* 2006; 367: 1835–41.
17. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196: 297–308.
18. Rutstein SO. Effects of preceding birth intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89 (suppl 1): S7–24.

Mottatt 28.1. 2011, første revisjon innsendt 7.5. 2011, godkjent 12.5. 2011. Medisinsk redaktør Siri Lunde.