

LIV

EN TIDNING FRÅN LÄKARE I VÄRLDEN



TEMA: MÖDRADÖDLIGHET

1000 KVINNOR DÖR VARJE DAG

LÄS OM STAFFAN BERGSTRÖMS ARBETE I TANZANIA

FÖRBÄTTRAD KVINNOHÄLSA I ERITREA

MÖDRADÖDLIGHET, EN KRONISK KATASTROF!

Läkare i världen har valt att lyfta frågan om mödradödlighet och kommer under två år att lägga fokus på detta utifrån ett helhetsperspektiv. Idén till projektet föddes genom att frågan lyftes internt bland våra volontärer som nästan uteslutande består av sjukvårdspersonal och sjukvårdsstuderande. En del av dem har också erfarenhet från internationella fältuppdrag.

Genom fem temanummer och föreläsningar som speciellt riktar sig till sjukvårdspersonal och sjukvårdsstudenter är syftet att belysa hur sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) påverkar

ländernas samhällsutveckling. Hur ser vår egen historia ut i Sverige på området? Utifrån ett fattigdomsperspektiv är problematiken kring mödradödlighet högst relevant och det är också FN:s femte millenniemål där vi sett minst framsteg i jämförelse med de övriga målen. Trots vissa förbättringar dör fortfarande cirka 350 000 kvinnor varje år i samband med graviditet och förlossning – 99 % av dessa i utvecklingsländerna. Det är ungefär 1000 kvinnor varje dag. Det är en kronisk katastrof som borde ligga högre upp på dagordningen än den faktiskt gör idag!

Läkare i världen har arbetat med sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter sedan vi startade vårt humanitära arbete 1980. Idag är frågan integrerad i en stor del av vårt

utvecklingsarbete då den skär genom flera olika ämnesområden. Det handlar framför allt om att ha en helhetssyn som måste ha lokal förankring i det samhälle som man vill förändra. Ofta handlar det om att förhindra oönskade aborter. Enligt Staffan Bergström, som är professor i Internationell hälsa vid Karolinska Institutet och världsledande inom området, är ca 15 % av alla mödradödsfall orsakade av aborter. Det betyder aborter som utförts av okvalificerade lekmän/kvinnor under farligt ohygieniska förhållanden. Det är ungefär 170 kvinnor varje dag. Du

finner en intervju med Staffan Bergström längre in i denna tidning. Läkare i världen har som internationell organisation nyligen tagit ställning och stödjer nu officiellt varje enskild kvinnas rätt att göra abort. Det är en viktig fråga, särskilt i länder med stränga abortlagar.

God läsning och på återseende!

Läkare i världen
Verksamhetsansvarig: Lina Gamble
Box 39006, SE-100 54 Stockholm, Tel: 08-664 66 87,
www.lakareivarlden.org, info@lakareivarlden.org,
twitter.com/lakareivarlden. Gilla oss på Facebook.
Pg 900109-0, Bg 900-1090
Maj 2011

Detta material är helt eller delvis finansierat av Sida, Styrelsen för Internationellt Utvecklingssamarbete. Sida delar inte nödvändigtvis de åsikter som här framförs. Ansvar för innehållet är uteslutande författarens.



LINA GAMBLE
VERKSAMHETSANSVARIG, LÄKARE I VÄRLDEN

HJÄLPA, VÅRDA, VITTNÄ

Läkare i världen är den svenska grenen av Médecins du Monde – en religiöst och partipolitiskt obunden humanitär hjälporganisation grundad 1980.

Médecins du Monde bildades 1980 som en utbrytarorganisation ur Médecins Sans Frontières (Läkare Utan Gränser) och hade som sitt främsta mål att ge vård till de mest utsatta människorna och att vittna om förhållanden kring bristfällig hälso- och sjukvård. Samtidigt som organisationen bildades, skapade man också föreningens symbol: en korsformad fredsflagel mot blå botten.

Den svenska sektionen startade 1991 och Läkare i världens klinik för papperslösa finns sedan 1995. Tillsammans driver organisationens

internationella nätverk 152 internationella sjukvårdsprojekt i 64 länder samt 210 nationella projekt i 14 länder (2009). Det internationella nätverket bedriver tre typer av projekt: katastrofhjälp, återuppbyggnad och långsiktiga utvecklingsprojekt.

Médecins du Monde har rådgivande ställning i FN:s Ekonomiska och sociala råd (ECOSOC) och samarbetar med FN:s flyktingkommisariat (UNHCR), Världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s kontor för humanitärt bistånd (OCHA). Vår grundtanke är att alla människor har lika rätt och tillgång till

hälsa och sjukvård oavsett ekonomisk eller social status. Organisationen mål och stadgeenliga syfte är att ge hjälp och stöd åt utsatta grupper, där denna rättighet inte tillgodoses. Arbetet bedrivs främst genom hälso- och sjukvårdsinsatser. Utöver detta strävar vi också för att arbeta politiskt för att uppnå att dessa rättigheter tillgodoses.

**”VI DRIVER 152
INTERNATIONELLA
SJUKVÅRDSPROJEKT
I 64 LÄNDER SAMT
210 NATIONELLA
PROJEKT I 14 LÄNDER.”**



VILL DU BLI VOLONTÄR?

Vill du engagera dig i vårt nationella arbete på vår klinik eller i den internationella verksamheten som volontär i fält? Läkare i världen söker många olika volontärer med olika erfarenhet och kompetens – läkare, sjuksköterskor, barnmorskor, tolkar, logistikare etc. Vi sänder endast ut legitimerade läkare, för övriga yrkesgrupper krävs minst två års arbetserfarenhet. Vi skickar inte ut studenter eller praktikanter. Att behärska engelska är ett krav oavsett destination, vidare är det fördelaktigt att behärska franska. Rekryteringen görs i samarbete med vårt huvudkontor i Paris, Frankrike men anmäl ditt intresse på www.lakareivarlden.org.

LÄKARE I VÄRLDEN I FÄLT, LIBERIA
FOTO: VALÉRIE DUPONT

REDAKTÖRER: Christina Lidén och Lina Gamble

SKRIBENTER: Matthew Healy, Michaela Danielsson, Christina Jarnald, Iselin Gasser, Christina Lidén och Lina Gamble

FOTOGRAFIER: Tillhör Läkare i världen, Iselin Gasser och Staffan Bergström

TRYCKERI: Alloffset AB i Bandhagen

TACK TILL: Tack till samtliga medarbetare och personer som ställt upp på intervjuer. Stort tack till Paulo Vidal som hjälpt oss med utformningen av tidningen.

1000 KVINNOR DÖR VARJE DAG

Mödradödlighet är ett av världens största och mest förbisedda hälso-
problem. På grund av systematisk underrapportering är det svårt
att ge exakta siffror, men uppskattningsvis dör cirka 1 000 kvinnor
varje dag av orsaker som kunnat förhindras i samband med graviditet
och födsel.

Av dessa dödsfall inträffar 99 % i
utvecklingsländer, allra flest på lands-
bygden och i fattiga och mindre väl-
utbildade samhällen i dessa länder.
Trots detta har mödradödlighet aldrig
uppmärksamats som ett globalt
hälsoproblem, och började faktiskt
bara att ses som ett folkhälsoproblem
i slutet av 1980-talet (Borema, 1987;
Graham et al, 1989; Basch, 1990, i
Suwal, 2008, s. 2).

Världshälsoorganisationen (WHO)
definierar mödradödlighet som döds-
fall som inträffar under graviditet eller
inom 42 dagar efter avslutad graviditet,
oberoende av graviditetens längd och
var den ägde rum, på grund av orsaker
som hänger ihop med eller förvärras
av graviditeten, dock inte olycksfall
(WHO, 2011). Risken att dö i sam-
band med graviditet och födsel är
störst för flickor i tonåren, på grund
av komplikationer under graviditeten

orsakade av underut-
veckling. Tonårsgravi-
diteter står därför för en
stor del av mödradödlig-
heten, och är den största
dödsorsaken bland
tonåriga flickor i de
flesta utvecklingsländer
(WHO, 2011). De hu-
vudsakliga komplikationer som står för
80 % av dödsfallen är: svåra blödningar
(främst efter födseln), infektioner (van-
ligtvis efter födseln), högt blodtryck
under graviditeten, förlossningskompli-
kationer och osäkra aborter. Sjukdo-
mar som malaria, anemi och hiv/aids
står för resterande 20 % av dödsfallen

(WHO, 2010). Med rätt vård kan
dessa komplikationer undvikas.

ORSAKER TILL MÖDRADÖDLIGHET

Hög mödradödlighet orsakas av
många faktorer. Bristfälliga vårdin-
rättningar, brist på utrustning, medi-
cin och utbildad vårdpersonal som
kan utföra de viktigaste ingreppen,
avsaknad av fungerande transport-
system och traditionell vård som inte
lever upp till modern standard – dessa
är alla bidragande faktorer (UNDP,
2010, s. 23). Men det finns ytterligare
faktorer som förhindrar kvinnor från
att motta eller uppsöka vård under och
efter graviditeten, och dessa måste
också uppmärksammas (WHO, 2010).
Moderns utbildningsnivå är av stor vikt
för hennes hälsa. Enligt en undersök-
ning utförd av UNDP 2007 (Liberia
Demographic Health Survey), är
användningen av preventivmedel bland

**”VÄRLDSHÄLSOORGANISATIONEN DEFINIE-
RAR MÖDRADÖDLIGHET SOM DÖDSFALL SOM
INTRÄFFAR UNDER GRAVIDITET ELLER INOM
42 DAGAR EFTER AVSLUTAD GRAVIDITET.”**

kvinnor utan utbildning lägre. Dessa
kvinnor får också mer sällan hjälp av
utbildad vårdpersonal vid födseln och
föder mer sällan på en vårdinrättning.
Trenderna kopplade till plats och
utbildning visar att medvetenhet och
tillgänglighet är oerhört viktiga för
mödrars hälsa (UNDP, 2010, s. 22).



HAITI 2010
FOTO: GIORG MOUTAFIS

Kvinnor i utvecklingsländer går van-
ligtvis igenom många fler graviditeter
än kvinnor i industriländer, bl a på
grund av lägre användning av preven-
tivmedel. Detta ökar deras risk att dö i
samband med graviditet. Risken att en
kvinna dör i samband med graviditet
– sannolikheten att en 15-årig kvinna
senare i livet dör på grund av detta – är
1 på 120 i utvecklingsländer och 1 på
4 300 i utvecklade länder. Konservativ
abortlagstiftning är också ett hot mot
kvinnor i fertil ålder.

KVINNOR DÖR I ONÖDAN

För att vi ska uppnå det femte millen-
nieutvecklingsmålet, att minska mödra-
dödligheten med tre fjärdedelar mellan
1990 och 2015, krävs
arbete på flera viktiga
områden kopplade till
mödrars hälsa. Kvinnor i
utvecklingsländer, och då
särskilt kvinnor på lands-
bygden, måste ha tillgång
till god reproduktiv
hälsovård. Detta inbegri-
per tillgång till utbildad personal som
kan assistera vid födseln, utökad vård
efter förlossningen, mer utbildning om
riskerna med tonårsgraviditet, ökad
användning av preventivmedel och
införande av initiativ för familjeplane-
ring (FN, 2010, s. 30–37). Då denna
vård inte tillhandahålls blir resultatet

att hundratusentals kvinnor dör i onödan
varje år. Det är en sorglig påminnelse om
den låga status som kvinnor innehar i många
samhällen. Genom lika tillgång till repro-
duktiv hälsovård kan alla få en chans till ett
bättre liv på lång sikt – vid födseln, under sin
utveckling och även i vuxen ålder. Det är av
allra största vikt att de faktorer som förhin-
drar allas lika möjligheter till reproduktiv
hälsa bekämpas (UNDP, 2010, s. 23).

REFERENSER

FN. (2010). Millennium Development Goals Report 2010.
Hämtat den 9 februari 2011: <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>

UNDP. (2010). Progress, Prospects and Challenges towards
Achieving the MDGs: Republic of Liberia. Hämtat den 3
februari 2011: <http://www.lr.undp.org/mdgs.htm>

Världshälsoorganisationen (WHO). (2011). Health Statis-
tics and Health Information Systems. Hämtat den 4 februari
2011: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmater-nalmortality/en/index.html>

WHO. (2010). Maternal Mortality. Hämtat den 9 februari
2011: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>

Kvinnors rättigheter i Sverige

Sverige har ratificerat de flesta av FN:s
konventioner om mänskliga rättigheter
och bland dem ingår kvinnokonventio-
nen och barnkonventionen som särskilt
lyfter fram kvinnors utsatta situation
och att de drabbas särskilt hårt av fat-
tigdom och oro. I kvinnokonvention
(1979) artikel 12 och i Barnkonventio-
nen (1989) artikel 24 står det att staterna
ska vidta lämpliga åtgärder för att säker-
ställa: Tillgång till familjeplanering,
vård vid havandeskap och förlossning
samt eftervård och att fri vård ska stå
till förfogande när det är nödvändigt.

Läkare i världen arbetar med alla
människors rätt och tillgång till
hälso- och sjukvård. Vi arbetar både
internationellt och nationellt för att
säkerställa att människors rätt till hälsa
efterföljs. I Sverige arbetar vi med
rätten och tillgången till vård för pap-
perslösa eftersom hälso- och sjukvår-
den i Sverige 2011 inte inkluderar alla
som befinner sig i landet.

Alla människor tillerkänns i Hälso-
och sjukvårdslagen rätt till omedelbar
vård (akut vård) vid behov. Men för
papperslösa som fyllt 18 år är det den
enda vård landstingen är skyldiga att
erbjuda och betalningsansvaret har
patienten själv. Detta betyder att
papperslösa kvinnor över 18 år ej har rätt
till subventionerad vård, fri förlossning,
preventivmedel, abort eller skyddat
boende (kvinnojour) vilket är en kränk-
ning av deras mänskliga rättigheter och
kan vara direkt farligt för både mor och
barn.

FN:s rapportör om
våld mot kvinnor,
Yakin Ertürk, kriti-

serade år 2007 Sverige och lyfte fram
hur utsatta papperslösa kvinnor är här.
Eftersom de saknar tillstånd att vara i
landet saknar de också alla möjligheter
till statligt skydd och sjukvård.

MILLENNIEMÅLEN 2015

Vid millennietoppmötet i New York i september 2000 ställde sig
189 stats- och regeringschefer bakom den så kallade millennie-
deklarationen som slår fast vilka grundläggande värderingar och
målsättningar FN ska arbeta efter i det nya millenniet. Ur deklara-
tionen har sedan de åtta millenniemålen formats.

Målen är att halvera världens fattigdom och hunger, att alla barn
ska få gå i grundskolan, att öka jämställdheten, att minska barna-
dödligheten, att minska mödradödligheten, att stoppa spridningen
av hiv/aids och andra sjukdomar, att säkerställa en miljömässigt
hållbar utveckling och att öka samarbetet mellan rika och fattiga
länder kring bistånd, handel samt skuldavskrivning.

Till varje mål finns dessutom ett antal delmål och indikatorer kopp-
lade som gör det lättare att mäta och jämföra hur arbetet med målen
går. Andelen kvinnor i världens parlament och andelen flickor som
börjar skolan är exempelvis indikatorer till millenniemål nummer
tre, det som handlar om att öka jämställdheten.

Fakta: <http://www.millenniemalen.nu/> drivs av Svenska FN
förbundet och UNDP.

VIKTIGA ÅRTAL I SVERIGE

- 1858 KVINNAN MYNDIG I SVERIGE (OBLIGATORISKT 1863)
- 1864 HUSTRUMISSHANDEL BLIR OLAGLIGT
- 1872 KVINNOR FÅR VÄLJA VEM DE SKA GIFTA SIG MED
- 1886 SVENSKA BARNMORSKEFÖRBUNDET BILDAS
- 1921 KVINNLIG RÖSTRÄTT INFÖRS
- 1921 LAGEN OM KVINNANS OSKULD VID GIFTERMÅL UPPHÄVS
- 1927 STATLIGA LÄROVERK ÖPPNAS ÄVEN FÖR FLICKOR
- 1938 PREVENTIVMEDEL TILLÅTS I LAG
- 1949 KVINNAN ERKÄNNES SOM FÖRMYNDARE TILL SINA BARN
- 1965 VÅLDTÄKT INOM ÄKTENSKAPET BLEV STRAFFBART
- 1975 KVINNAN FÅR SJÄLV BESTÄMMA OM ABORT TOM V. 12

LÄKARE I VÄRLDENS ARBETE INTERNATIONELLT MED MÖDRADÖDLIGHET

Läkare i världen har under lång tid arbetat med mödradödlighet inom ramen för sexuell och reproduktiv hälsa. När Läkare i världen inledde sitt internationella primärvårdarbete 1980, var redan sexuell och reproduktiv hälsa en prioriterad fråga.

Det finns olika tolkningar när det gäller definitionen av reproduktiv hälsa. När det gäller mödradödlighet är det därför viktigt att ställa detta i relation till ett bredare perspektiv av sexuell hälsa. Normen har varit att definiera mödradödlighet som när en kvinna dör under graviditeten eller upp till 42 dagar efter graviditeten. Läkare i världen tittar nu på WHO: s nya förslag till

riktlinjer som anser att mödradödlighet ska utvidgas till att omfatta kvinnans död upp till ett år efter graviditeten. Utvidgningen av definitionen är viktigt eftersom Läkare i världen försöker arbeta med långsiktighet inom vården. Projektens omfattning sträcker sig från och med en kvinnas enskilda beslut att bli gravid ända fram tills att hennes barn har fyllt ett år och

att Läkare i världen följer kvinnan och barnet under alla dessa steg. Detta berättar Sandrine Simon som arbetar som folkhälsorådgivare i reproduktiv hälsa hos Läkare i världen Frankrike.

Sandrine Simon berättar vidare att det framför allt är ur ett folkhälsoperspektiv som Läkare i världen lyfter frågan om mödradödlighet, även om mänskliga rättighetsaspekten naturligtvis är en del av detta. Eftersom Läkare i världen är en medicinsk icke-statlig organisation är folkhälsoperspektivet alltid ingången i vårt arbete. Det finns beprövade vetenskapliga metoder för att minska mödradödligheten som har sin utgångspunkt inom folkhälsa. När Läkare i världen genomför sina projekt finns det särskilda riktlinjer och metoder som styr hur man ska bygga upp ett projekt och arbeta med frågan samt vilken typ av verksamhet man ska bedriva. Till exempel genom att stödja och förstärka den befintliga offentliga hälso- och sjukvården lokalt, genom att erbjuda utbildning och genom att stötta och utbilda lokalbefolkningen för att på så sätt öka medvetenheten kring frågor om mödradödlighet lokalt.

Att minska mödradödligheten handlar mycket om att undvika oönskade graviditeter, något som i sin tur handlar om att ge tillgång till familjeplanering. Men även om att ge kontinuerlig mödravård till kvinnan genom hela graviditeten.

För att detta ska bli verklighet undersöker Läkare i världen vilka hinder som finns på vägen som minskar tillgången till vård. Därav är det viktigt att höja den lokala medvetenheten i frågan. Som Sandrine själv uttrycker det "när vi talar om utbildning av det

"EFTERSOM LÄKARE I VÄRLDEN ÄR EN MEDICINSK ICKE-STATLIG ORGANISATION ÄR FOLKHÄLSOPERSPEKTIVET ALLTID INGÅNGEN I VÅRT ARBETE."

lokala samhället talar vi också om dess egenmakt". Läkare i världen vet att det är viktigt att verka inom ett samhälle, med lokalbefolkningen och mot viktiga lokala aktörer och att det är viktigt att respektera den lokala kulturella strukturen.

Utbildning av lokal sjukvårdspersonal är avgörande eftersom vi inte ska agera som ett substitut för ett lands hälso- och sjukvårdssystem, dock som ett kompletterande stöd säger Sandrine Simon. Vår insats handlar om att bistå

med de rätta verktygen, såsom rätt utrustning, nödvändig infrastruktur samt personella resurser. Detta är viktigt för att kunna leverera rätt vård och för att hanteringen i hälsovårdsklinikerna ska vara möjlig.

Även om Läkare i världens utgångspunkt är folkhälsa, att stödja och förstärka den befintliga offentliga hälso- och sjukvården och existerande resurser, är Sandrine noga med att poängtera att Läkare i världen fortfarande förespråkar kvinnors rättigheter, och mänskliga rättigheter överlag. En kvinnas rätt att kunna

bestämna över sin egen kropp är en prioriterad fråga för Läkare i världen. Under de senaste tre åren har Läkare i världen påbörjat ett arbete inriktat på frågor om könsrelaterat våld i flera länder med syfte att ge vård till kvinnor som fallit offer för våld, även sexuellt våld. Denna erfarenhet har lett till att Läkare i världen har tagit fram riktlinjer för hur man ska arbeta för att minska könsbaserat våld och hur man ska ta hand om kvinnorna på bästa sätt.

Läkare i världens närvaro beror på var vi är mest värdefulla. Eftersom Läkare i världens mandat handlar om att hjälpa de mest utsatta grupperna världen över, ska vi finnas där vi mest behövs och där vi kan göra mest nytta. Övervägandet inbegriper även hur andra frivilligorganisationer är verksamma i området och vilken typ av arbete som bedrivs. Läkare i världen ska finnas där vi kan göra en verklig skillnad, där vi kan verka mest effektivt och där vi kan fortsätta att vara innovativa i vårt tillvägagångssätt. Målet med insatserna är att hjälpa de mest utsatta befolkningarna runt om i världen.



SANDRINE SIMON



LÄKARE I VÄRLDENS TEAM HÅLLER UTBILDNING OM PREVENTIVMEDEL I ANGOLA. FOTO: STÉPHANE LEHR

FÖRBÄTTRAD KVINNOHÄLSA I ERITREA

Iselin Gasser är barnmorska och kliniksamordnare hos Läkare i världen samt internationell volontär för Läkare i världen 2009.

Jag var i Eritrea 5 månader och jobbade med Läkare i världen som fram till 2009 drev ett mödra- och barnvårdsprojekt i Afabet. Afabet är en isolerad stad på Eritreas landsbygd, endast drygt en fjärdedel av befolkningen i Afabet och området omkring har tillgång till sjukvård. Människor bor ofta långt ifrån någon sjukvårdsinrättning och möjligheterna till transport är mycket begränsade. De flesta kvinnor föder sina barn hemma och mödradödligheten är hög. Förutom att det är svårt för kvinnorna att ta sig till sjukhuset för att föda, finns det en stark tradition av att föda hemma, assisterad av en traditionell barnmorska. Över hälften av alla gravida och ammande

kvinnor lider av undernäring och de allra flesta kvinnor är könstymgade. Beroende på årstid har Afabets kvinnor 2-4 timmars bilfärd, vilket ett fåtal har tillgång till, till närmaste sjukhus där man kan göra kejsarsnitt.

”LÄKARE I VÄRLDENS PROJEKT HADE I STORT SOM MÅL ATT FÖRBÄTTRA KVALITÉN PÅ DEN BEFINTLIGA VÅRDEN MEN ÄVEN ATT BYGGA UPP LIVRÄDDANDE VÅRD.”

Läkare i världens projekt hade i stort som mål att förbättra kvalitén på den befintliga vården men även att bygga

upp livräddande vård. Möjlighet att utföra kejsarsnitt är en av de viktigaste faktorerna för att minska mödradödligheten och barn som dör under eller kort tid efter födelsen. Ett av projektets mål var därför att möjliggöra kejsarsnitt på Afabets sjukhus. I detta arbete ingick allt ifrån att konstruera en operationssal och blodbank till att utbilda

personal. En annan viktig del i projektet var att underlätta och förbättra tillgången till sjukvårdsinrättningarna genom att bygga upp ett hänvisningssystem och möjliggöra transport. Jag delade min tid mellan arbete på sjukhuset där jag handledde personalen, och

uppföljning av hälsoinformatörsgupperna som Läkare i världen startat upp. En vanlig dag gick jag till sjukhuset på morgonen och deltog i morgonronden på sjukhusets kvinnoavdelning tillsammans med en av barnmorskorna. Det fanns en sal med två sängar för kvinnor i förlossningsarbete och en annan sal med fyra sängar för BB platser eller gravida kvinnor som var sjuka. Efter rondan deltog jag i mödravårdsbesöken och vaccinationsmottagningen. På eftermiddagen jobbade jag med att utveckla journalsystemet eller samla statistik.

Hälsoinformatörerna bestod av en grupp traditionella barnmorskor och några ungdomar från ungdomsorganisationen som fått utbildning i vissa utvalda ämnen relaterade till kvinnohälsa. Gruppen delade upp sig och samlade kvinnor på olika ställen i staden varje helg för att informera och förklara vikten av mödravård och att



föda på sjukhus. Kvinnorna var otroligt engagerade och diskuterade livligt och frispråkigt. Varje helg åkte jag runt till alla grupperna tillsammans med tolken och ledaren för hälsoinformatörerna för att svara på frågor och föra statistik. Under två dagar höll jag en utbildning för hälsoinformatörerna i preventivmedel och familjeplanering.

Det finns en vedertagen policy i Eritrea att kvinnor skall få föda med assistans av utbildad sjukvårdspersonal och inte av traditionella barnmorskor för att minska mödradödligheten. Detta arbete kompliceras av att kvinnorna inte alltid har förtroende för vården och personalen på sjukhuset samt att de känner sig tryggare hemma. Arbetet består alltså inte bara av att upprätta transportmöjligheter, utan även av attitydförändring hos befolkningen samt att kvalitetssäkra vården på

sjukvårdsinrättningarna. Detta utgör en stor skillnad mot motsvarande arbete i Sverige, där befolkningen överlag hyser stort förtroende för vården och vårdpersonalen och där i stort sätt alla kvinnor föder på sjukhus. Det är helt andra förutsättningarna för arbetet med att minska mödradödligheten och förbättra kvinnohälsan i Eritrea; mycket knappa resurser och förhållanden där kvinnors hälsa påverkas av

en mängd faktorer som dålig ekonomi, torra, socio-kulturella traditioner och handlingar som kvinnlig könstymning, förlossning i hemmet, och traditionell matning, och äktenskap i ung ålder för kvinnor. Dock finns det även i Sverige marginaliserade grupper som inte har samma tillgång till sjukvård och kunskap.

Iselin Gasser, barnmorska.



UTBILDNING OM KVINNOHÄLSA, LÄKARE I VÄRLDEN I ERITREA 2009
FOTO: ISELIN GASSER

STÖD LÄKARE I VÄRLDENS ARBETE PG 90 01 09-0 ELLER BG 900-1090

Genom din gåva till Läkare i världen hjälper du oss att vittna om utsatta människors vårdbehov världen över, synliggöra behovet av humanitära hjälpinsatser, rekrytera volontärer till sjukvårdsprojekt, driva opinion i frågan om allas lika rätt till hälsa samt driva vår läkarklinik för papperslösa i Stockholm som är helt baserad på gåvor och volontärinsatser.

Företagsvän

Ditt företag kan hjälpa LIV rädda liv. Genom att ni stödjer oss visar ni era anställda, kunder och leverantörer att företaget tar ett tydligt socialt ansvar. Vi är alltid öppna för att skapa nya vänner och för Läkare i världen är det viktigt att de företag som vill stödja oss delar våra grundläggande värderingar om alla människors lika värde.

Kontakta oss för mer information och om vilka motprestationer vi erbjuder.

Bli månadsgivare

Det är enkelt att bli månadsgivare! Nu finns det möjlighet att bli autogirogivare direkt via vår hemsida. Att vara månadsgivare är ett enkelt och effektivt sätt att bidra till Läkare i världens arbete.

Du bestämmer själv hur mycket du vill ge varje månad och kan när som helst säga upp ditt stöd eller ändra summan. Det är kostnadsfritt och smidigt: beloppet dras automatiskt varje månad från ditt konto.

En regelbunden gåva är till stor hjälp för oss. Den försäkrar våra resurser och gör det möjligt för oss att långsiktigt planera vår verksamhet samt utföra ett effektivare arbete. Genom att bli givare via autogiro minskar du våra administrativa kostnader och frigör på så sätt mer pengar direkt till ändamålet.

Vi garanterar att ditt stöd kommer rätt

Läkare i världen har ett 90-konto. För dig som givare är det en bekräftelse på att insamlingen sköts på ett ansvarsfullt sätt och att pengarna går till ändamålet utan oskäligen kostnader. Vi kontrolleras av Svensk insamlingskontroll som är ett privat kontrollorgan.

