

# Hjelpearbeid med fokus på svangerskap og fødsel i et u-landsperspektiv

5. årsoppgave i stadium IV- medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

Mirjam Punsvik og Line Skogsaas MK-04

Veileder: Jan Martin Maltau

21. september 2009, Tromsø



## Forord

På slutten av 1980-årene kom det ut en serie bøker om reproduktiv helse i u-land. Der ble det blant annet fremhevet at mødrehelse var neglisjert. Heldigvis er dette nå blitt et satsningsområde for flere hjelpeorganisasjoner, men fortsatt får ikke emnet den oppmerksomhet det bør ha krav på. Hvor mange i den norske befolkningen kjente for eksempel til fødselskomplikasjonen vaginal fistel da MED-HUM aksjonen 2007 startet? Kompliserte fødsler kan ende tragisk om den fødende ikke får tilstrekkelig medisinsk hjelp. I u-land er oftest slike tilbud ikke godt utviklet, og mange føder hjemme i et uhygienisk miljø uten hjelp fra kvalifisert fødselshjelper, eller mulighet til medisinsk hjelp ved komplikasjoner.

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Sammendrag .....	6
Innledning.....	7
Metode.....	8
Hoveddel .....	9
Norsk bistandshistorie .....	9
Norsk bistand i dag.....	10
FNs tusenårs mål .....	13
Mødrehelse i historisk perspektiv .....	14
Mødrehelse i tall.....	15
Mødrehelse i dag .....	17
Filippinene.....	24
Fakta om Filippinene.....	24
Prosjekt.....	29
Ministries Without Borders, Filippinene (MWBPI) .....	29
Malawi.....	34
Fakta om Malawi.....	34
Prosjekt.....	39
Kongo Demokratiske Republikk.....	42

Fakta om DR Kongo .....	42
Prosjekt.....	46
Diskusjon og konklusjon.....	50
Definisjoner.....	53
Referanser.....	55

## Sammendrag

Det er anslått at det hvert år dør mer enn 500 000 kvinner i forbindelse med svangerskap og fødsel og ca 8 millioner får skader. Ved tilgang på svangerskapskontroll, kvalifisert fødselshjelp og akutt kirurgi kan de fleste komplikasjoner forebygges og behandles. Nittiåtte prosent av mødredødsfall skjer i lav- og middel- inntektsland. Forbedring av mødrehelsen er et av FNs åtte tusenårsmaal, det eneste målet uten forbedring. Å medvirke til utvikling og god helse i et fremmed land er krevende. Fordi en rekke faktorer påvirker mødrehelsen, blir tilnærmingene og løsningene komplekse.

Denne oppgaven er bygd på litteraturstudier i tillegg til egne observasjoner fra feltarbeid på Filippinene. Vi har sett på tre norske bistandsprosjekter som på hver sin måte hjelper kvinner; en fødeklinikk på Filippinene, utdanning av helsepersonell i Malawi og forebygging og behandling av gynekologiske fistler i DR Kongo. Vi har også forsøkt å vurdere hvilke helseutfordringer landene har. Landenes egne bevilgninger til helsesektoren er små. Mange kvinner oppsøker ikke kvalifisert helsepersonell i forbindelse med svangerskap og fødsel. Det kan ha flere årsaker. Blant de viktigste er dårlig kvalitet på helsetjenestene, få fødelinikker og helsearbeidere, lang og farlig vei og at behandling koster penger. De tre prosjektene vi har vurdert er relativt små og ikke godt kjent, men de har hindret dødsfall og bedret hverdagen for mange kvinner. På sikt kan slike veldrevne prosjekter tjene som modeller og bidra til forbedring av hele samfunn.

## Innledning

Opprinnelig hadde vi tenkt å skrive om mødrehelse med tema ”mors opplevelse av fødsel”. Vi skulle intervju kvinner ved en fødeavdeling i Norge, og sammenlikne med en fødeklinikk for fattige på Filippinene, med fokus på faktorer som påvirker mors opplevelse av fødselen. Fordi det tok lengre tid enn forventet å få godkjenning fra Etisk komité, bestemte vi oss for å endre oppgavetittelen og i stedet lære mest mulig om å drive hjelpeprosjekter tilknyttet svangerskapsomsorg og fødsel.

For å få et best mulig inntrykk valgte vi å se på tre prosjekter fra hvert sitt land med ulike utfordringer. På Filippinene ekskluderes fattige fra helsevesenet, og vi har sett på drift av fødeklinikk for trengende. Malawi sliter med stor mangel på helsepersonell, og her ble vi oppmerksomme på et prosjekt som arbeider med utdanning, og dette valgte vi å skrive om. DR Kongo har hatt uro og vold i mange år, og som følge av dette har gynekologiske fistler fått oppmerksomhet. Vi har sett på et prosjekt som driver med forebygging og behandling av fistler. For å lære om utfordringene, har vi fakta om landene som en bakgrunn før prosjektene omtales. Norsk bistand, FNs tusenårsmål og global mødrehelse er med for å gi et mer utfyllende bilde. Spesielle begreper er definert bakerst i dokumentet.

Vi har valgt å dele hoveddelen i to; Del én omhandler bistand, tusenårsmålene og mødrehelse. Del to inneholder prosjektene og fakta om de aktuelle landene.

I andre valgfri reiste vi til Filippinene. Et formål med turen var å få bedre innsikt for evt. selv å delta i et bistandsprosjekt på et senere tidspunkt. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi fått økt interesse for å bidra i bistandsarbeid. Vi har også blitt mer bevisst på utfordringer og fallgruver, og vil derfor være mer kritisk til eventuelle prosjekt vi tar del i.

Skulle vi skrevet oppgaven om igjen, ville vi konsentrert oss om færre kilder. Vi har hatt utfordringer med hensyn til den store stoffmengden. Derfor har vi brukt vesentlig mer tid enn beregnet. En annen svakhet er at ulike deler er formulert litt ulikt, fordi vi fordelte temaene mellom oss.

## Metode

Vi har studert tre prosjekter rettet mot reproduktiv kvinnehelse. For å lære om disse har vi stort sett brukt internett. Det meste av kildematerialet er hentet fra WHO, FN og Legeforeningens sider. I tillegg har vi hatt kontakt med personer tilknyttet hjelpeprosjektene. Kunnskap om aktuelle land, bistand, global mødrehelse og FNs tusenårs mål er litteraturstudie.

I 2. valgfriperiode reiste vi til en fødeklinikk utenfor Manila på Filippinene. Klinikken er for gravide som ikke har penger til å dra på sykehus for å få oppfølging og føde. De tre ukene gav ny innsikt i hjelpearbeid og fødselshjelp for den fattige delen av befolkningen. Deler av finansieringen var dekket av Universitetet i Tromsø og Statens lånekasse for utdanning. Resten har vi dekket selv.



# Hoveddel 1

## Norsk bistandshistorie

Moderne norsk bistand begynte på slutten av 1940-tallet. Det første store prosjektet var i Kerala i India og varte i nesten 20 år. Målsetningen var hovedsakelig å modernisere fiskeriene, men også vannledninger og helsesentre ble bygd. Utover 60-tallet økte engasjement og vi ble et av landene som gav mest i bistand i forhold til innbyggertall og nasjonalprodukt. Norad ble etablert i 1968. De overtok mye av ansvaret fra utenriksdepartementet i forhold til å avgjøre hvem som skulle få hjelp og hvordan denne skulle ytes. Private organisasjoner har hatt, og har fortsatt en viktig plass i norsk bistand, fordi de har mye kunnskap og lang erfaring.

Fokus og syn på bistand har endret seg over tid. I den tidligste perioden var økonomisk vekst og utvikling sentralt (jfr Kerala-prosjektet). Dette hjalp imidlertid bare et mindretall. På 70-tallet kom sosiale forhold og velferd mer i fokus med satsning på helse, utdanning, husvære, matproduksjon og sosial utjevning. Målgruppen ble nå de aller fattigste. Utover 80-tallet kom det frem at en del bistandsprosjekter var til større fordel for giverne enn mottakerne, og mange fattige land ble rammet av gjeldskrisen (1). Rike industriland hadde gitt lån til fattige land som de ikke klarte å betjene, og som nå ble avhengig av industrilandenenes gunst.

Internasjonale restitusjonsprogrammer som satte krav til hvordan landene måtte styres for å kunne motta hjelp ble introdusert. Det ble en internasjonal selvransaking og gjennomgang av resultatene etter mange års bistand. Konklusjonen var nedslående, og bildet var ikke mye bedre for norsk bistand. I 1990 kom Norad med et nytt strategidokument der det viktigste nye var at mottakerlandene selv måtte bære et større ansvar for egen utvikling. Omleggingen i bistandspolitikken inkluderte også at våre myndigheter bevilget mer penger til kortsiktig bistand ved humanitære katastrofer. Bistanden ble også brukt som pressmiddel og gevinst i fredsprosesser (1,2).

## Norsk bistand i dag

I 2009 gir Norge 26,2 milliarder til utviklingssamarbeid. Det utgjør 1 % av BNI (brutto nasjonal inntekt), noe som har vært en målsetning for Stortinget i mange år. Norge og Sverige er de eneste landene som har nådd målet (3). Det er ikke lagt ut tall og tabeller for fordeling av penger gitt i 2009, derfor bruker vi i det følgende tall fra 2008.

I 2008 var samlet bistand 22,6 milliarder. Det er et politisk valg å gi midlene via flere ulike kanaler og organisasjoner fordi de har ulike fordeler og ulemper (4). *Bilateral bistand* betyr at Norge samarbeider og gir direkte til myndighetene i mottakerlandet. *Multilateral bistand* gis via en internasjonal organisasjon, for eksempel FN og Verdensbanken, som forvalter og fordeler pengene videre. *Multi-bilateral bistand* er øremerket støtte fra et land til et annet som gis via en internasjonal organisasjon (5).

Mye av bistanden gis via frivillige organisasjoner som Røde Kors, Kirkens nødhjelp, Flyktningehjelpen og Redd Barna.

*Hvem har ansvar for hva?*

*Stortinget* vedtar retningslinjer for bistandsarbeid, hvilke land og områder som skal støttes og hvor mye penger som skal brukes.

*Utenriksdepartementet* (UD) utarbeider retningslinjer for samarbeid med de ulike landene med bakgrunn i retningslinjene fra Stortinget.

*Norad* har hatt forskjellige funksjoner og er nå en faginstans som kommer med råd innen bistandsarbeid og evaluerer arbeidet. De skal også samarbeide med og finansiere organisasjoner, bedrifter og institusjoner som driver bistand.

*Norfund* er den norske stats investeringsfond for næringsvirksomhet i u-land. Gjennom investering i lønnsomme bedrifter og overføring av kunnskap og teknologi bidrar fondet til fattigdomsreduksjon og økonomisk utvikling.

*Norske fagmiljøer* gjør også en viktig innsats ved å assistere som rådgivere og samarbeidspartnere.

*Mottakerne* har ansvar som forvalter av midlene og kunnskapen de får (6). Deres ønsker og behov er viktige, og de må ta aktiv del i arbeidet. Derfor går trenden mer over til å omtale bistandsarbeid som utviklingssamarbeid. Hensikten å få frem at utvikling og fattigdomsbekjempelse er noe i- og u-land må samarbeide om. Alle parter kan både ha noe å gi og få av samarbeidet.

#### *Målsetning for norsk bistand*

”Norsk bistand skal bidra til varige bedringer i økonomiske, sosiale og politiske kår for befolkningen i u-landene, med særlig vekt på at hjelpen skal komme de fattigste til gode” (7). På Norads nettsider poengteres at målene for norsk bistand skal bygge oppunder FNs tusenårsmål. Stoltenbergs andre regjering har tatt et spesielt ansvar for tusenårsmål 4 og 5, reduksjon av barne- og mødredødelighet (8).

#### *Har norsk bistand effekt?*

Norad har en egen avdeling som evaluerer bistandstiltak i forhold til tiltakets relevans, i hvilken grad målsetningene oppnås, kostnadseffektivitet, langsiktige effekter og tiltakets bærekraft (9). Selve evalueringen blir lagt ut på anbud og utføres av uavhengige fagfolk.

I 2007 forsøkte Norad for første gang å vurdere resultatet av hele den norske bistanden. Rapporten viser at menneskene, institusjonene, bedriftene og myndighetene i u-landene har det største ansvaret for resultatet. Norge gjør stort sett sin del av jobben godt. Hovedbudskapet er derfor at bistand virker, men ikke godt nok. Det poengteres imidlertid at bildet er sammensatt, det er vanskelig å få oversikt og vanskelig å tilskrive utvikling i andre land norsk innsats. Likevel er det klart at mange har fått en bedre hverdag som resultat av Norges innsats (10).

Norads resultatrapport for 2008 fortsetter arbeidet fra 2007-rapporten og ser om det er forskjell på ulike kanaler bistanden gis gjennom med hensyn på resultat. Konklusjonen er at bistanden kommer frem, både gjennom bilateral, multilateral og frivillige organisasjoner. Men systemene er kronglete og det er vanskelig å få oversikt. Et mer strømlinjeformet og oversiktlig system vil gjøre at mindre penger går til administrasjon eller kommer på avveie. Et annet forhold som fremheves er at de fleste avgjørelsene tas i giverlandene og i hovedkvarterene til de multilaterale organisasjonene. Det strider mot Norges snart 20 år gamle standpunkt om at mottakerne selv skal være ansvarlige og ha eieransvar for prosjektene (4).

En studie publisert av International Monetary Fund konkluderer med at bistand har langsiktig effekt på BNP. I studien delte de opp giverlandene i grupper, og det viste seg at de nordiske landene kom

best ut. Studien sier ingen ting om hva vi gjør som fungerer. Vi må vente på ny forskning for å få svar på det (11).

## *FNs tusenårsmål*

I september 2000 ble alle medlemslandene i FN enige om å sette opp en plan for å utrydde ekstrem fattigdom og sult. Det ble satt opp åtte delmål som skal nås innen 2015:

1. Utrydde ekstrem fattigdom og sult. Halvere andelen av befolkningen som tjener under 1USD per dag mellom 1990 og 2015. Halvere andelen som lider av sult.
2. Oppnå universell tilgang på grunnskoleutdanning.
3. Fremme likestilling og styrke kvinners posisjon.
4. Redusere barnedødeligheten for barn under 5 år med to tredeler fra 1990 til 2015.
5. Redusere mødredødelighet i forbindelse med svangerskap og fødsel med tre fjerdedeler fra 1990 til 2015, samt sikre universell tilgang til reproduktiv helse.
6. Bekjempe HIV/AIDS, malaria og andre dødelige sykdommer.
7. Sikre miljømessig bærekraft. Andelen som ikke har rent drikkevann skal halveres innen 2015. Situasjonen for minst 100 millioner mennesker som lever i slumområder skal være radikalt forbedret innen 2015.
8. Utvikle et globalt partnerskap for utvikling.

(12)

Det er mål 5, om mødre helse vi nå skal ta for oss. Vi går ikke nærmere inn på de andre målene.

## Mødrehelse i historisk perspektiv

Mødredødelighet og alvorlige komplikasjoner etter fødsel er et stort globalt problem. Dette har vært klart de siste tiårene. Flere tiltak har vært planlagt og gjennomført, med varierende resultat.

I 1987 ble det holdt en internasjonal konferanse i Alma Ata om primærhelsetjenesten. Her ble behov for rask handling fra alle statsmakter, helse- og utviklingsarbeidere og verdenssamfunnet uttrykt, for å beskytte og fremme helse for alle mennesker på jorden. Det ble skrevet en deklarasjon der det står; ” Primary health care (...) includes at last (...) maternal and child health care, including family planing”. I et senere punkt: (fritt oversatt) ”Et akseptabelt helsenivå for alle folk på jorden ved år 2000 kan oppnås ved en bedre og mer fullstendig bruk av verdens ressurser. En betydelig del av disse brukes nå til krigsmateriell og militære konflikter” (13).

Deklarasjonen skapte optimisme og tro på en ny økonomisk tilstand som skulle gi fattige land velstand og kontroll over egen skjebne. Dessverre ble optimismen kortvarig. I 1980 årene rammet gjeldskrisen mange av verdens fattige land. Den dårlige økonomien førte blant annet til mindre satsing på helsesentre og distrikts sykehus (14).

Ensidig fokus på primærhelsetjenesten hadde få innvirkninger på mødredødeligheten. Mange steder ble opplæring av tradisjonelle fødselshjelpere en primær strategi for tryggere fødsler. Strategien hadde liten effekt. Verken tradisjonelle fødselshjelpere eller andre lite erfarne helsearbeidere kan forhindre majoriteten av obstetriske komplikasjoner, og når disse oppstår er det lite fødselshjelperne selv kan gjøre som øker sjansen for å overleve (14).

## Mødrehelse i tall

- Fortsatt dør årlig mer enn 500 000 kvinner som følge av svangerskaps og fødselskomplikasjoner (15). WHO, UNICEF og UNFPA (United Nations Population Fund) mener tallet er relativt uendret fra 1990, tross ulike tiltak.
- I tillegg skades årlig ca 8 millioner, ofte med livslange følger og tilsvarende redusert livskvalitet (14).
- Over 98 % av dødsfallene skjer i lav- og middel inntekts land. 47 % skjer i Afrika sør for Sahara, og 48 % i Asia. Det høye tallet i Asia skyldes stor befolkning.
- Livstids risiko for å dø av komplikasjoner som kan behandles eller forhindres ved graviditet og fødsel, er 1:22 i Afrika sør for Sahara, sammenliknet med 1:7300 i utviklede regioner (15).
- 80 % av dødsfallene skyldes direkte obstetriske komplikasjoner. Globalt er de viktigste årsakene primær blødning (vanligvis postpartum), sepsis, preeklampsi og eklampsi, protraisert fødsel, mekanisk misforhold og utrygg abort. De resterende 20 % er sykdommer som påvirker eller forsterkes av svangerskapet, som malaria, anemi og HIV (14).
- 60 – 80 millioner infertile par (14).
- Forhold som går på seksuell og reprodutiv helse sto for 31,8 % av tapte DALY (se definisjon) for reprodutiv kvinner (15-44 år) i 2001. Det er mer enn noen sykdom. Av disse 31,8 % står seksuelt overførbare sykdommer for 16 %, og mødrehelse for 12,4 % (se figur 1 og 2) (14).
- 81 % av kvinner i byer føder med kvalifisert fødselshjelper til stede, mot 49 % i utkantområder. Blant de med sekundær eller høyere utdanning, har 84 % kvalifisert fødselshjelper, over dobbelt så mange som blant de med lavere utdanning (gjelder u-land) (16).
- Ca. 15 % vil trenge akutt obstetrisk hjelp. (14)

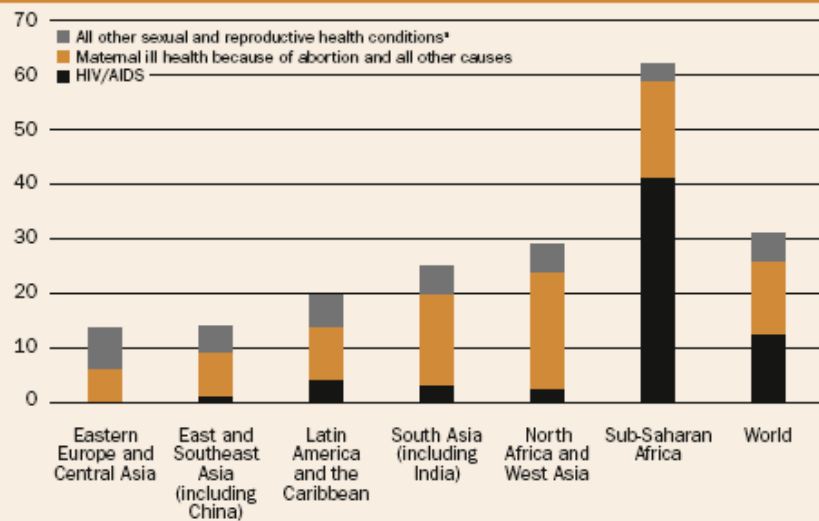
**Figur 1**

**Disability-adjusted life years lost among women of childbearing age, 2001**

Share of DALYs lost by women ages 15–44 (%)

a. Includes sexually transmitted infections other than HIV/AIDS; iron deficiency anemia for women of reproductive age; breast, ovarian, cervical, and uterine cancer; and genitourinary diseases, excluding nephritis and nephrosis.

Source: WHO 2004b.



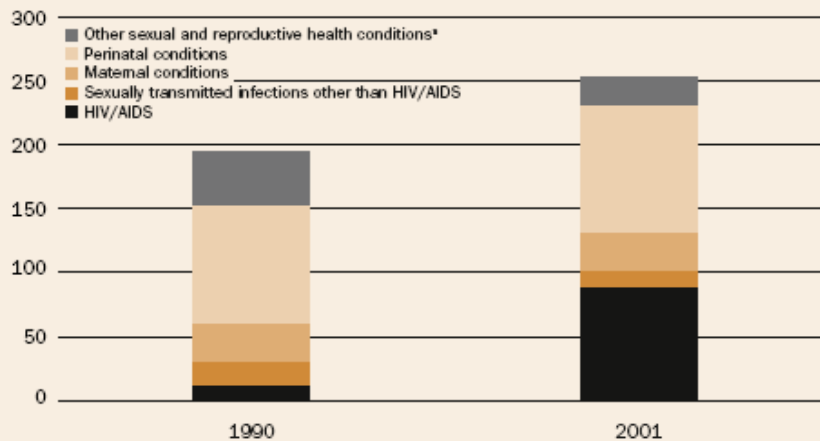
**Figur 2**

**Disability-adjusted life years lost by women of childbearing age due to sexual and reproductive health conditions, 1990 and 2001**

DALYs lost by women ages 15–44 (millions)

a. Includes iron-deficiency anemia for women of reproductive age; breast, ovarian, cervical, and uterine cancer; and genitourinary diseases, excluding nephritis and nephrosis.

Source: Singh and others 2003. Reprinted with the permission of the Alan Guttmacher Institute.



- Det er beregnet at 137 millioner kvinner mangler metoder for familieplanlegging. I tillegg bruker 67 millioner tradisjonelle, usikre metoder (16). Dette er beregnet å føre til 76 millioner uplanlagte svangerskap årlig. (14)
- Globalt utføres årlig ca 45 millioner aborter. Ca 19 millioner i land med utrygge metoder. WHO antok i 2004 at det dør 68 000 årlig som følge av utrygg abort (14).
- I u-land er mødredødelighet den hyppigste dødsårsak blant kvinner 15-19 år. På verdensbasis føder 15 millioner tenåringer hvert år, og 5 millioner tar abort. Ungdom i denne aldersgruppen tar hyppigere utrygg og gjerne selvindusert abort, noen ganger sent i svangerskapet. 40 % av tilfellene med utrygg abort blant ungdom i u-land, skjer i Afrika sør for Sahara (14).
- Unge kvinner har i enkelte land økt risiko for å få HIV/AIDS. I Zambia og DR Kongo er 80 % av alle mellom 15 og 24 år med HIV/AIDS kvinner (14).



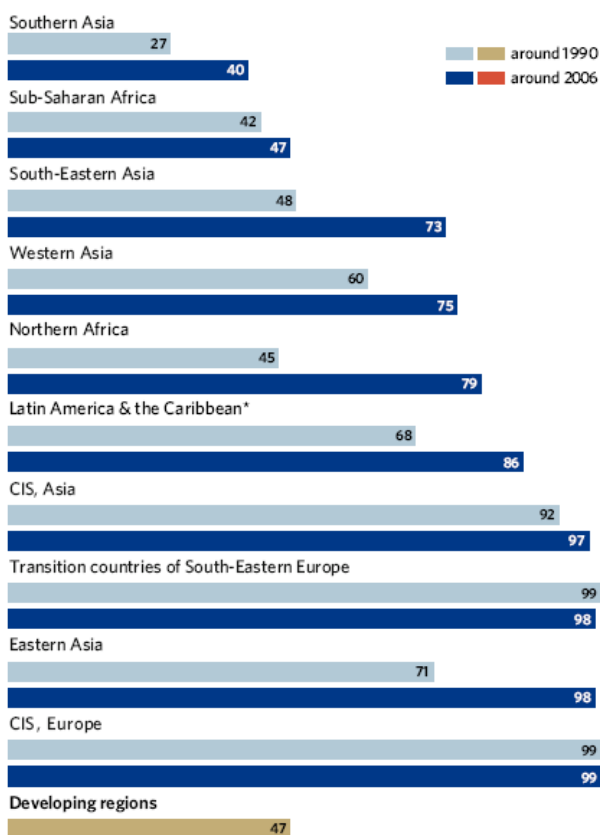
- I tillegg til HIV er det årlig rundt 340 millioner nye tilfeller av kurerbare seksuelt overførbare sykdommer. Dette kan blant annet medføre infertilitet eller subfertilitet, i tillegg til skader på barnet. U-land er verst rammet, og står eksempelvis for 90 % av syfilistilfellene (14).
- Det er estimert at hvis alle hadde tilgang til prevensjon, og selv kunne bestemme avstand mellom barna, ville mødredødelighet reduseres med 20 – 35 % (14).
- Verdensbanken har estimert at mødredødeligheten vil falle med 74 % hvis alle får tilgang på hjelp ved komplikasjoner som følge av graviditet og fødsel (14).

### Mødrehelse i dag

**Fig 3**

Enkelte land har siden 1990 oppnådd stor reduksjon i mødredødelighet, men i de fleste

Proportion of deliveries attended by skilled health care personnel, around 1990 and around 2006 (Percentage)



Kilde: United Nations. The Millennium Development Goals Report 2008. New York, 2008

av høymortalitetslandene er det små endringer. Ved riktig politikk og under riktige forhold, er rask fremgang mulig. Forutsetningen er et akseptabelt helsesystem for alle (14). Dette mangler mange steder, og det kan kreve mye innsats for å oppnå det.

#### *Kvalifiserte fødselshjelpere*

I mange tiår har viktigheten av at kvalifiserte helsearbeidere er til stede ved fødsel vært kjent, og dette har det vært satset på i hele verden. Disse helsearbeiderne må ha kompetanse når det gjelder svangerskap, kunne håndtere normale fødsler og den umiddelbare postpartum perioden, samt henvise videre ved komplikasjoner hos kvinnen eller den nyfødte (14). Dette er en forutsetning for å kunne oppnå fall i mødredødelighet (15).

Spesielt i fødselens 3. fase, perioden fra barnet er født til placenta har kommet, kan kvalifiserte fødselshjelpere påvirke dødeligheten. Dette er

perioden hvor de fleste postpartum blødninger skjer. Kontrollert drag i navlesnoen og livmor

massasje kan hindre store blødninger. Det kan også en dose oxytocin. Men det er viktig at fødselshjelperen kan dette ordentlig, fordi feil bruk kan få alvorlige konsekvenser. Studier har vist at noen tradisjonelle fødselshjelpere ikke henviser videre, tross åpenbare komplikasjoner. Ofte kan grunnen være frykt for å tape prestisje (14).

Figur 3 viser at satsingen har ført til at flere føder med assistanse fra kvalifisert helsepersonell. Under halvparten av fødslene i Sør Asia og Afrika sør for Sahara er assistert av kvalifiserte helsearbeidere (15). I tillegg er det nødvendig med medisiner, utstyr og infrastruktur for å behandle komplikasjoner. Både kvalifiserte fødselshjelpere og tilgang til akutt kirurgi er nødvendig for å få ned mødredødeligheten. Likevel satses det ofte bare på et av tiltakene fordi myndighetene av økonomiske grunner må prioritere (14). I land med dårlig fungerende helsevesen rammes kvinner og barn hardest.

### *Fattigdom*

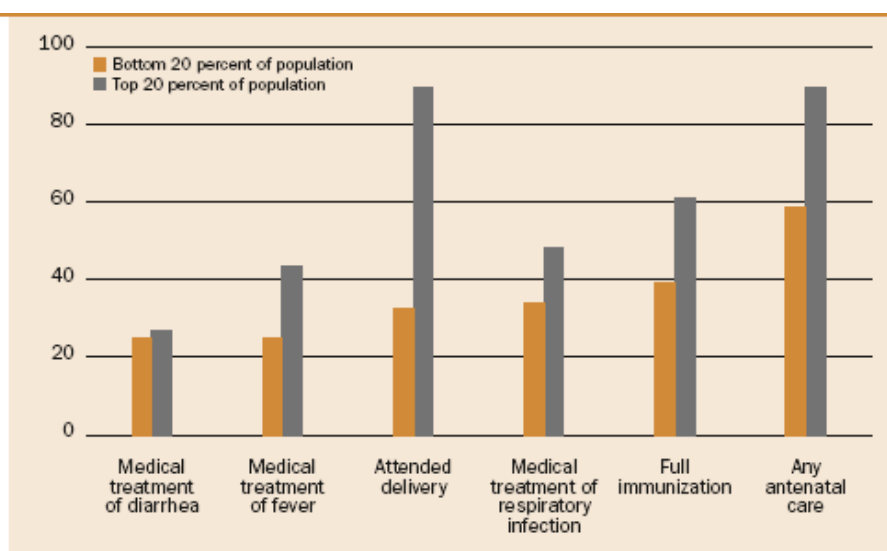
Mange har ikke råd til hjelpen de trenger. Flere steder kreves en gjennomsnittlig månedslønn å få hjelp ved ukomplisert fødsel. I Thailand (Bangkok) koster et akutt keisersnitt fem gjennomsnittlige månedslønner (14). Eksempelet er ikke enestående. De som mangler penger ekskluderes. På Filippinene var det gratis å *ligge* på sykehuset, men det ble ikke gitt behandling, mat eller utstyr før pengene var betalt (Personlig meddelelse, Tone Askeland, jordmor og prosjektleder MWBPI). Noen har ikke råd til transport til sykehus. I følge FNs rapport "Who's got the power?" (14) karakteriseres fattigdom av eksklusjon, marginalisering, stemmeløshet og ydmykelse. Dette fører i sum til dårligere helse, og kan bidra til forverret økonomi, både pga. nedsatt arbeidsevne og økte kostnader, og slik forsterker faktorene hverandre.

Alt dette bidrar til at fattige bruker helsesystemet mindre, og som vist i figur 4 er det ved overvåkning av fødsel den største forskjellen i bruk av helsetjenester ligger. I alle land er mødredødelighet assosiert med fattigdom. I Indonesia var risiko for å dø i forbindelse med svangerskap og fødsel fire ganger høyere i den fattigste 1/5 enn i den rikeste 1/5 i 1997. Mange steder har det vært forsøkt å gjøre noe med dette, men undersøkelser viser paradoksalt nok at økt satsing på sykdommer som hypigere rammer fattige, i større grad er til fordel for mer velstående (14).

**Figur 4**

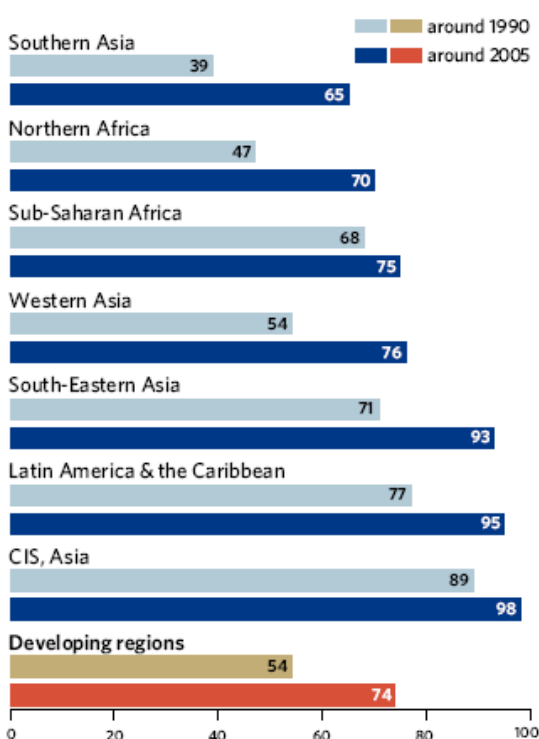
**Use of health services by lowest and highest wealth quintiles in developing and transitional countries**  
Coverage (%)

Source: Gwatkin, Bhuiya, and Victora 2004.

**Figur 5**

*Svangerskapskontroller*

Proportion of women (15-49 years old) attended at least once during pregnancy by skilled health personnel, around 1990 and around 2005 (Percentage)



Kilde: United Nations. The Millennium Development Goals Report 2008. New York, 2008

Som figur 5 viser, har andelen som får minst én svangerskapskontroll økt i alle regioner. Anbefalingene fra WHO og UNICEF er minst fire kontroller, men andelen som oppnår dette er noe lavere (14). En periode under Safe Motherhood Initiative (en kampanje lansert i 1987 for å redusere mødredødelighet (17)) ble det satset mye på svangerskapskontroller for å identifisere de med høy risiko for komplikasjoner. Dette hjalp ikke, fordi de fleste mødredødsfall skjer blant kvinner med få eller ingen risikofaktorer. Det fremheves derfor at slike kampanjer bør være basert på at alle gravide har risiko for livstruende komplikasjoner (14).

*Tilgjengelighet*

Spesielt i utkantområder er avstand og vanskelig fremkommelighet medvirkende til at mange ikke får

hjelp i tide. Noen har ikke tilgang på transport og det kan mangle vei. Det kan medføre at den

fødene må bæres i ulendt terreng. I noen områder kan det også være farlig å forflytte seg. Her følger noen eksempler på vanskeligheter:

- I visse fjellområder i Nepal må kvinner bæres for å komme til sykehus for akutt hjelp. Kvinner fra enkelte etnisiteter får ikke hjelp av menn av høyere kaste enn dem selv, fordi mennene nekter å transportere kvinner av lav kaste (14).
- I områder med væpnede konflikter kan det være farlig å bevege seg ute.
- Problemene kan vedvare i lang tid etter forholdene har roet seg. I Kambodsja ligger miner igjen etter krigen, og forflytning er derfor farlig. Heldigvis er der organisasjoner som jobber for å bedre dette.

I u-land er ”brain drain”, det vil si at helsepersonell og andre med utdanning emigrerer, et stort problem. Dermed er det for få helsearbeidere til å ivareta et tilstrekkelig godt helsesystem. Mangelen er størst i distriktene. FN anbefaler minst en fasilitet for akutt obstetrisk hjelp med mulighet for alle obstetriske tiltak, og fire basale fasiliteter for akutt obstetrisk hjelp per 500 000 innbyggere (14).

Forsinket ankomst til sykehus kan også skyldes dårlige erfaringer, slik som uverdigg behandling, dårlig legekapasitet, manglende tilgang på rent vann, elektrisitet, medisiner og annet utstyr (14).

### *Prevensjon*

Både tilgang til og bruk av prevensjon varierer, og mange faktorer virker inn. I rapporten “Who's got the power” står det at alders og kjønns sammensetning i husholdet, økonomi og utdanning er faktorer som påvirker bruken (14). Myter er en årsak vi lærte om i samfunnsmedisin kurset. For eksempel tror mennesker i enkelte folkegrupper i Guatemala at barnet fødes med pillene i hånden hvis mor har brukt p-piller (Forelesning av Nils Kolstrup, Tromsø 2008). Noen bruker ikke prevensjon av religiøse årsaker. Paven og den katolske kirke forbyr prevensjonsbruk, og er tvilsom til at kondom kan hindre spredning av HIV/AIDS (18). I områder der den katolske kirke står sterkt, kan det derfor være redusert tilgang. Mange fattige benytter ikke prevensjon tross tilgjengelighet i butikkene, fordi det er for dyrt. Selv om tilgang fortsatt er et problem, har bruken gradvis økt siden 1960 – tallet, og familie planleggingsprogrammene regnes som en av de største offentlige suksesshistoriene de siste 50 årene. Total global fertilitets rate har sunket fra 5,0 fødsler per kvinne i 1960 til 2,7 i 2001, men fortsatt har 350 millioner kvinner ikke tilgang eller råd til trygg og sikker prevensjon (14). Som vist på figur 6 varierer umettet behov mellom regionene. I Afrika sør for Sahara er prevensjonsbruk fortsatt lav. Der bruker bare 21 % effektiv prevensjon (16). Forskjellen er også stor innad i landene mellom de med bra og de med dårlig økonomi. Av figur 7 fremgår at de

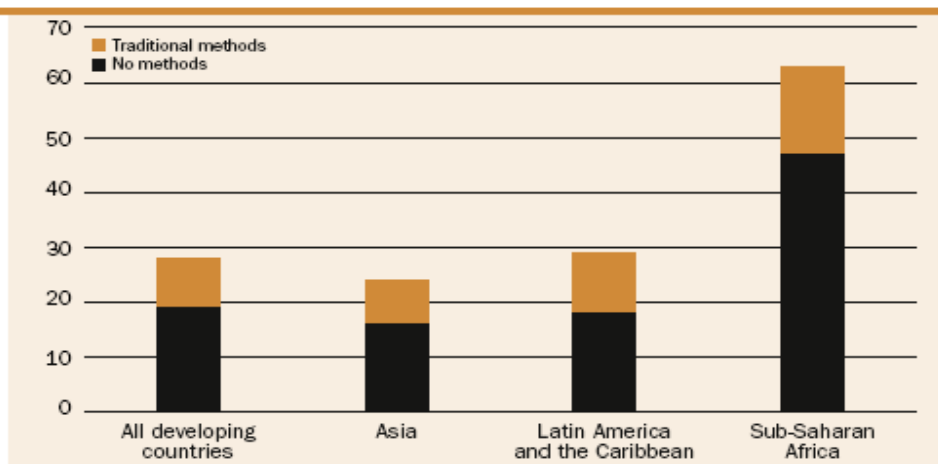
20 % rikeste benytter seg av prevensjon i høyere grad enn de 20 % fattigste, og dette gjelder for alle landene på figuren.

**Figur 6**

**Unmet need for contraception by region, 2003**

Share of women ages 15–49 at risk of unintended pregnancy (%)

Source: Singh and others 2003. Reprinted with the permission of the Alan Guttmacher Institute.



Å ikke kunne bestemme intervall mellom fødslene og størrelse på barneflokket har flere negative effekter. Jo flere fødsler, jo høyere er livstidsrisiko for å dø av svangerskapsrelaterte komplikasjoner. Dette skyldes at kvinnen flere ganger utsettes for risiko, og at risiko er økt ved kort forløsningsintervall. Komplikasjonsraten øker spesielt fra 4. fødsel (19).

Det er også negative økonomiske aspekter når familien blir større. Det er større risiko for at de ikke har råd til å sende alle barna på skole, og at de ikke kan betale helsehjelp om det skulle bli nødvendig (15). Ved dypere fattigdom og manglende skolegang er risikoen stor for at også neste generasjon vil være fattige. Flere av de andre tusenårsmålene påvirkes av størrelsen på barneflokket, spesielt fattigdom og sult, utdanning, likestilling mellom kjønn og barnedødelighet. Familieplanlegging i seg selv vil ikke redusere maternal mortalitetsratio i stor grad, men totalt antall døde vil gå ned ved færre svangerskap.

### Tenåringsmødre

Tenåringsmødre kan gå glipp av utdanning samt sosiale og økonomiske muligheter. De som gifter seg tidlig har lettere for å bli isolert. Undervisning om prevensjonsbruk og HIV/AIDS som gis til ugifte, er vanskeligere å gi til gifte ungdommer.

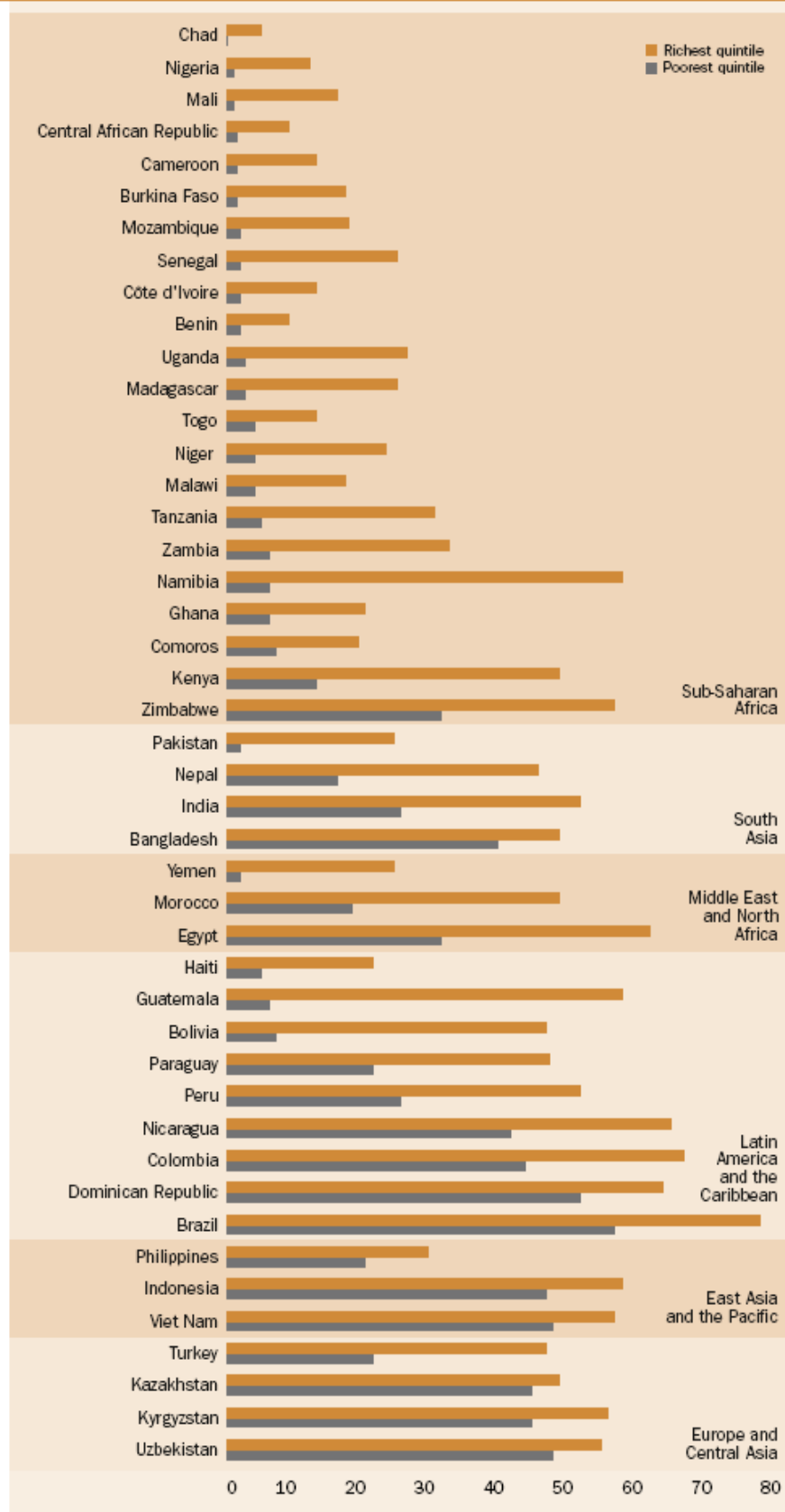
Ungdom mangler ofte kunnskap om prevensjon, får oftere seksuelt overførbare sykdommer, og blir hyppigere gravid uten å ha planlagt det (14). I store områder av verden gifter kvinner seg i tenårene, og får barn tidlig. I flere studier nevnt i FNs rapport "Who's got the power?" (14), er det påvist høyere risiko for komplikasjoner og død når mor er i tenårene. Selv om dette har vært kjent lenge, har ikke tenåringsfertilitet gått nevneverdig ned, til tross for at total fertilitet er redusert (15).

**Figur 7**

**Contraceptive prevalence rates for richest and poorest quintiles in 45 countries, mid-1990s to 2000**

Percent

Source: UNFPA 2003b.



### *Kan tusenårsmålene gjennomføres?*

Fortsetter utviklingen som nå, vil verken Afrika sør for Sahara, Sørøst Asia, Sør Asia eller Oseania nå målet om  $\frac{3}{4}$  reduksjon i mødredødelighet innen 2015. Likevel, noe gjøres, og all forbedring er positiv. Enkelte land i Midt Østen og Nord Afrika har fremgang, og her kan målene nås. Latin Amerika og Karibia har også hatt fremgang, men her er det langt igjen. I de fleste land med høy mødredødelighet har det vært lite endring (14).

For de øvrige tusenårsmålene har fremgangen vært god, noe som viser at målene tas alvorlig. Unntaket er Afrika sør for Sahara, hvor det i rapporten "Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals" (20) konkluderes at neppe noen av målene nås i dette området, uten utstrakt hjelp. Også i Oseania er fremgangen dårlig, og på enkelte områder er det tilbakegang.

Fokuset på mødredødelighet er heldigvis større enn for få år siden, men det er fortsatt lite omtalt i media, og derfor lite allment kjent.

Selv om det er langt igjen, mener FNs temagruppe målene kan nås, men da må det satses sterkere enn nå, og særlig der utviklingen er dårligst. Det er viktig å ikke gi opp håpet, men heller justere planene etter hvert. 2015 ikke er et endelig mål, men et punkt på veien mot en bedre fremtid.

## Hoveddel 2

I det følgende gis en faktaoversikt over situasjonen i Filippinene, Malawi og DR Kongo, samt omtale av et utvalgt prosjekt i hvert av landene.

### Filippinene

#### Fakta

Hovedstad: Manila

Flateinnhold: 300 000 km<sup>2</sup>

Folketall: 97 976 600 (2009)

Innbyggere per km<sup>2</sup>: 326,6

Språk: Filipino og engelsk

Religion: katolsk kristendom, islam i sør (Mindanao) (21)

BNI per innbygger: 3730 USD i 2007 (23)

Filippinene er en republikk i Sørøst-Asia og består av over 7000 øyer. De største er Luzon i nord og Mindanao i sør. De mange øyene er med på å gjøre at befolkningen er svært blandet. Den største delen er av malayisk opprinnelse. Filippinene er et jordbruksland med mindre industriell utvikling enn flere av nabolandene. Landet har vært koloni under Spania og USA frem til 1946, men var okkupert av Japan fra 1942 til -45 (21). «Årene etter selvstendigheten bar preg av kaos og politisk uro. I 1965 kom Ferdinand Marco til makten, og styrte landet i mer og mer diktatorisk retning til han ble avsatt under et kupp i 1986.» (22) Presidenten er statsoverhode, leder av regjeringen og øverstkommanderende for landets væpnede styrker. Siden 2001 har det vært Gloria Macapagal-Arroyo. Styret av landet er nå mer stabilt, til tross for at kuppforsøk og andre politiske kriser oppstår med jevne mellomrom (22).





Base B01704 (R00150) 10-93

Figur 8 (<http://www.learnnc.org/lp/multimedia/9283>, 1993, 06.09.09)

## Befolkning, helse og utvikling

### *Befolkning*

Befolkningsveksten på 2,3 % fra 1987-1997 var blant de høyeste i verden (24). Fra 2000-2007 har den gått ned til 2 %, som er det laveste siden 1960-tallet. Befolkningen er relativt ung.

Aldersgruppen 0-14 år utgjør 35 %, og de over 65 år bare 6 %. Filippinene har sterk tradisjon i kjønnslikhet og begge kjønn har ganske lik tilgang til utdanning og helseomsorg. 64 % bor i byene (23,24). Forventet levealder ved fødsel er økende og var 67 år for menn og 74 år for kvinner i 2007 (23).

### *Sosioøkonomisk*

Landet har stor utenlandsgjeld og i 2004 ble 31,4 % av statsbudsjettet brukt på å betjene lån (24). Da blir det lite igjen til å bygge landet og til å ta vare på innbyggerne. I 2006 ble 6,1 % av statsbudsjettet brukt på helse, bare 17 USD per innbygger (23). Av helseutgiftene dekker myndighetene 32,9 % og private 67,1 %.

Filippinene er et middelinntektsland, men over 36,8 % av befolkningen er under nasjonal fattigdomsgrense (1997). I 2003 hadde 14,8 % av befolkningen under en dollar per dag å leve for (absolutt fattigdomsgrense) (22). De fleste fattige bor utenfor byene (24). En liten overklasse styrer og sitter på mesteparten av inntektene, mens den store andelen av befolkningen er fattige. Landet sliter med korrupsjon. Det gjør situasjonen ekstra vanskelig for fattige. De må betale for alt, gode karakterer, jobb, frifinnelse i rettsak osv. Korrupsjonen bidrar til at befolkningen ikke stoler på politikere og ledere og den skremmer bort en del utenlandske investorer.

### *Organisering av helsevesenet*

Helsevesenet er «dobbel», det vil si at det er både offentlige og private tilbydere. Det offentlige helsevesenet er i tillegg delt opp i 3 nesten uavhengige aktører: nasjonale-, provinsielle- og lokale myndigheter. De lokale myndigheters ansvar er lite definert og kapasiteten angivelig dårlig. Det er mange private aktører, blant annet leger i solo eller gruppepraksis, apotek, fødeklinikker, sekundære og tertiære sykehus, tradisjonelle fødselshjelpere og healere. De mange aktørene gjør det vanskelig å organisere og holde oversikt. Det er ofte dårlige rutiner for henvisning og samarbeid, og fra departementets side mangelfulle forskrifter og dårlig kontroll av kvaliteten på tjenestene.

Den offentlige primærhelsetjenesten anses å ha dårlig kvalitet, og mange går direkte til sekundært eller tertiært nivå. Det fører til at fasilitetene på sekundært og tertiært nivå oversvømmes av folk

som egentlig trenger primærhelsetjeneste. Offentlig primærhelsetjeneste brukes mest av de fattige (25).

I offentlige sykehus er det gratis å være innlagt, men pasienten må betale behandling, utstyr og medisiner. Det er likevel billigere enn på private sykehus. Få har helseforsikring. I 2006 ble 83,5 % av privat betaling for helsetjenester, betalt «out-of-pocket». Det betyr at behandlingen betales på stedet. Hvis en i familien blir alvorlig syk er det stor risiko for at husholdningen ender i fattigdom (23).

Det er 12 leger og 61 sykepleiere og jordmødre per 10 000 i befolkningen (23).

### *Mødrehelse*

Siste statistikk for mødredødelighet er fra 2005 og var da 230 per 100 000 levende fødte (23).

Filippinene er et av de 55 landene som står for 94 % av mødredødeligheten globalt.

Mellom 2000 og 2008 var 88 % til minst en svangerskapskontroll og 70 % til minst fire besøk (27).

Seksti prosent av fødslene foregår i hjemmene (26). Andelen fødsler overvåket av kvalifisert helsepersonell var i perioden 1990-1999 56 %, og økte til 60 % mellom 2000-2008 (23). Selv om andelen er økende er det fortsatt langt igjen.

Prevensjon prevalens er 48,9 % (33,4 % bruker moderne metoder og resten bruker tradisjonelle metoder som avholdenhet og sikre perioder) (28). Umøtt behov for familieplanlegging er 17,3 % (2000-2006) (23). Hver kvinne føder i gjennomsnitt 3,2 barn (22), men det er stor forskjell mellom fattige og rike familier. Da vi var i slumområder krydde det av barn, og det var ikke uvanlig å ha over seks unger. Nesten halvparten av alle svangerskap er utilsiktet og 15 % ender med provosert abort (26).

Katolisismen står sterkt på Filippinene, så prevensjon har vært lite tilgjengelig. For fattige er økonomi en viktig årsak til at de ikke bruker prevensjon.

### *Barnehelse*

Spedbarnsdødelighet var 23, og barnedødelighet 28 per 1000 levendefødte i 2007. Av de som dør før fylte 5 år er årsaken diaré hos 14,3 % og lungebetennelse hos 13 % (23).

I 2003 var 27,6 % av barna undervektige (22). Samme år ble bare 16 % av spedbarna fullammet i 4 til 5 måneder. Median varighet av fullamming var under 1 måned (24).

## *Sykdommer*

Åtte av de ti viktigste årsakene til morbiditet er infeksjoner.

WHO oppgir at det i 2007 var 500 tilfeller av tuberkulose pr 100 000. Både insidens og prevalens er synkende. HIV tilfeller er oppgitt å være 14 per 100 000 i 2007 (23). Det er mulig dette tallet er for lavt. I Norge er tallet 79 per 100 000 (24).

Sykdommer som overføres av mygg (malaria, denguefeber og filariasis) er til stede i endemiske områder. Malaria er blant de viktigste årsakene til morbiditet, spesielt på landsbygda. Denguefeber har sykliske utbrudd hvert tredje til femte år (26).

## Prosjekt

### **Ministries Without Borders, Filippinene (MWBPI)**

Prosjektet vi har vurdert er en fødeklinikk drevet av MWBPI. Organisasjonen ledes av Tone og Noralv Askeland. Noralv er en av lederne i Kristent Nettverk, som igjen er en del av den internasjonale organisasjonen Ministries Without Borders (29).

MWBPI har hovedbase i Cavite, like utenfor Manila, og virker flere steder i landet. Både ansatte, administrasjon og ledelse er filippinere, og kjenner tradisjoner og de lokale forholdene. De ansatte har flere arbeidsoppgaver, og når slik ut til ulike grupper fattige mennesker.

#### *Fødeklinikken*

Tone, som er utdannet jordmor, så behov for mødrehelsetjeneste. Hun og Noralv etablerte derfor en fødeklinikk for fattige uten råd til å føde på sykehus. Klinikken har 30 - 50 fødsler per måned, og antallet er stigende ettersom tilbudet blir mer kjent. Klinikken har avtale med et sykehus i nærheten om å sende kvinnene dit ved behov for akutte obstetriske tiltak og barnelege. De har også avtale med ambulanse, som var en av forutsetningene for å starte klinikken. Uten avtalen med sykehuset risikerer de forsinket behandling, fordi pris kan bli diskusjonstema.

Strukturen i landet gjør at jordmødre ikke får praksis i utdanningen, kun observasjon av fødsler. På sykehus forløser fødselsleger, mens jordmødre assisterer. Jordmødre er autorisert til å ha hjemmefødsler. Klinikken har ikke ansatt lege, men seks utdannede jordmødre. Ikke alle hadde erfaring før de ble ansatt, men har etter hvert fått opplæring i praktiske ferdigheter så de er kvalifisert til å ta seg av normale fødsler. Huset hvor Tone og Noralv bor, ligger på samme eiendom som fødeklinikken, og jordmødrene har lav terskel for å tilkalle Tone. De har også internundervisning annen hver uke hvor de underviser hverandre. Første gang vi var til stede hadde de undervisning om blødninger i siste del av svangerskapet.

For å få føde på klinikken må de gravide gå til svangerskapskontroller. Da gjøres anamnese og klinisk undersøkelse bestående vekt, blodtrykk, symfyse – fundus mål, fosterlyd og Leopolds fire håndgrep. Påvises høy risiko, henvises hun til utredning, og må dra til sykehus når hun skal føde. Eksempel på høyrisiko svangerskap er flerlinger, avvikende leie, enkelte sykdommer hos mor, preeklampsi og hvis siste forløsning var keisersnitt.



**Figur 9:** Mødreundervisning

Kvinnene får tilbud om å gå i mødreklasse en gang i uken. Da underviser jordmødrene om sentrale tema i forbindelse med svangerskapet (figur 9). De har også en liten andakt og får kjeks og juice.



**Figur 10:** Føddestuen

På føddestuen er en fødestol og det som trengs av utstyr ved vanlig fødsel (figur 10). De har også Ringer og langtidsvirkende oxytocin. Alle nyfødte får K – vitamin intramuskulært og antibiotika salve på øynene. I tillegg er det sug for å fjerne vann fra luftveiene og stimulere i munn, nese og svelg om gråten ikke kommer i gang.

De nybakte mødrene ligger på klinikken i minst 8 timer etter forløsningen, og får sin egen seng. Ca. 3. dag kommer de til kontroll med den nyfødte, og jordmødrene har da screeningskontroll på barna, og spør hvordan det går med mor. De sjekker navlen på barnet og eventuelle sting hos mor.

#### *Egne observasjoner og opplevelser:*

Dagbok notater: ” I dag har det vært to fødsler. Den første tok lang tid, og riene begynte å avta i styrke. Kvinnen var multipara og hadde nedfall av cervix, så den syntes bare 1 cm innenfor labium majus. En mulig grunn til nedfallet er at hun har båret tungt under svangerskapet, og mange fødsler. Nedfallet gjorde det viktig å vente med og presse til riene var gode. Hadde kanskje blitt en vanskelig fødsel om hun ikke hadde fått profesjonell hjelp.”

Om kvelden var det ny fødsel: ” Hun skulle føde sitt 5. barn, og alt gikk bra, men da morkaken hadde kommet ville ikke livmoren trekke seg ordentlig sammen. Hun fikk is på magen og lett

massasje, og da trakk den seg sammen, men når massasjen stoppet, relaxerte livmoren og hun blødde voldsomt. En sannsynlig grunn til dette er at hun har født så mange barn at livmoren ikke klarer å trekke seg ordentlig sammen. Dette kan også skje om livmoren er strukket ekstremt mye, som ved stort barn, mye fostervann etc. Blodtrykket falt, og hun fikk en løsning med Ringer og oxytocin på grunn av stort blodtap og behov for ordentlig kontraksjon av livmoren. Hadde hun vært hjemme under fødselen eller ikke hatt kvalifisert hjelp hadde hun trolig ikke overlevd. Da hadde 5 små barn mistet mor.”

”I går kom det inn en kvinne som var i fødsel med mormunnsåpning på 3 cm. Det var ingen fremgang i natt, riene avtok og fosterlyden ble dårligere. Derfor ble hun sendt til et sykehus så de kunne observere henne i fall det ble nødvendig med ekstra hjelp. Hun var førstegangsfødende. Hadde hun vært hjemme og barnet hadde dødd i magen er det ikke sikkert det ville kommet ut av seg selv. I så fall kunne det blitt veldig farlig for moren.”

Ut fra våre observasjoner er det sannsynlig at denne enkle fødeklinikken forhindrer enkelte mødredødsfall. I tillegg er den med på å gi opplæring til jordmødre. MWBPI har flere andre humanitære prosjekter, og indirekte kan de også påvirke mødrehelsen. Her følger noen eksempler vi fikk se:

### *Sterilisering*

Prevensjon er som nevnt dyrt og dårlig tilgjengelig, og mange får flere barn enn de ønsker. Derfor har MWBPI avtale med gynekolog som kommer til klinikken bestemte dager og utfører sterilisering av kvinner. Tilbudet er gratis. De kommer dit på morgenen, får informasjon i grupper, og må skrive under papirer før inngrepet skjer. Steriliseringen foregår på fødestuen, og da vi var der brukte de fødestolen og et skrivebord som ”operasjonsbenker”. To kvinner ble sterilisert samtidig. De fikk lokalbedøvelse, og det kunne virke som legen ikke ventet lenge nok før inngrepet startet, for enkelte av kvinnene viste tegn til smerte. Operasjonsstuen var ikke steril, og alle fikk derfor forebyggende antibiotika.

Samme dag hadde de tilbud om gratis gynekologisk undersøkelse. Vi fikk være til stede ved enkelte konsultasjoner, og ble nesten sjokkert over hva pasientene fant seg i. De var svært sjenerte, men takknemlige. Gynekologisk undersøkelse ble gjort i et rom med fritt innsyn, og gardinene var tynne som myggnetting. Ingen kommenterte dette, men Tone fant etter kort tid frem gråpapir som vi hengte opp i vinduene. Flere fikk antibiotika - kurer og informasjon, og før kvinnen hadde kledd på

seg, og legen gitt alle beskjeder, kom neste kvinne inn. Likevel takket hun mye, også oss som bare sto der og kanskje gjorde situasjonen mer ubekvem.

### *Barnehjem*

I samme bygg som fødeklirikken er et barnehjem. Her bor små barn som venter på adopsjon, men må vente i minst 6 måneder, fordi mor skal ha mulighet for å ombestemme seg. De tar seg også av underernærte barn, og gir dem det de trenger til de er friske nok til å føres tilbake til familien.

### *Inntekt for kvinner*

Tone lærer opp flere kvinner i håndarbeid som så selges videre i Norge. Kvinnene får betalt for jobben, og håpet er at de etter hvert kan starte egen bedrift.

### *Skole*

Skoleuniform er obligatorisk, og bøker og annet utstyr må kjøpes selv. Dette kan utgjøre en betydelig ekstrautgift. MWBPI deler ut skoleutstyr til barn i fattige familier. I tillegg hjelper de enkelte familier med mat og annet utstyr. Vi besøkte en gutt de hadde kjøpt rullestol til. Han brakk femur som liten, og foreldrene hadde ikke råd til lege, så foten grodde feil sammen.

### *Mangyan folket*

På Mindoro, en stor øy litt sør for Luzon, bor en urbefolkningsgruppe kalt Mangyan. Vi fikk komme på besøk til en gruppe som MWBPI har hjulpet. Tidligere dyrket de korn i fjellside og levde ellers av det de fant i skogen. Få gikk på skole eller hadde en betalt jobb. De eide ikke sitt eget landområde og ble fortrent, utnyttet og svindlet. Da MWBPI kom for å hjelpe dem hadde de mistet landsbyen sin. De ønsket å flytte landsbyen til et tryggere sted. MWBPI hjalp dem å kjøpe et landområde de ønsket seg og bygge opp hytter. Hyttene er bygd i tradisjonell stil, men MWBPI stilte krav om at de måtte skille dyr og mennesker og at de skulle bygge en sanitær plass der de kan vaske seg. De underviste dem i enkle helseforebyggende tiltak og lærte opp mennene i bygging og hvordan forholde seg til en betalt jobb. Tidligere visste de ikke at det var viktig å møte punktlig på jobb med rene klær og kropp. Dette førte til at de ble sett ned på av andre og hadde vansker med å få jobb. MWBPI har hjulpet barna med skole, og fått registrert ekteskap og barn. Registrering er viktig for å kunne bruke offentlige tjenester. MWBPI er bevisst på at det de gjør skal være i samarbeid med og etter ønske fra mottakerne. Mottakerne skal ikke pasifiseres, men få hjelp til selvrespekt og selvtillit. Den økonomiske hjelpen som ble gitt til landsbybeboerne ble derfor gitt i form av gunstige lån.



### Besøk på offentlig sykehus



**Figur 11:** Barselavdeling på offentlig sykehus

Vi fikk anledning til å besøke et offentlig sykehus på Filippinene. Det var interessant og tankevekkende. Bygningen så ganske grei ut, selv om den hadde sett sine bedre dager og malingen flasket. Vi fikk ikke komme inn på fødestua, men fikk blant annet se barselavdelingen. Her ble vi vist inn på et rom

fult av mødre og nyfødte. Rommet hadde seks senger og for at alle skulle få plass lå tre kvinner i hver enkeltseng pluss spedbarna deres. De hadde plassert stoler langs senga som de kunne ha føttene på (figur 11). Det gjorde sterkt inntrykk. I rommet ved siden av fikk noen intravenøs væske og også de lå flere i hver seng. Mens vi gikk i gangen fikk vi et blick inn en åpen dør og så noe som så ut til å være båser med toaletter. Lukta fortalte at antakelsen var rett. Det var skittent og fløt vann på gulvet.

### På ortopedisk sykehus

Vi fikk være med når ei av jentene på barnehjemmet skulle til ortoped. Jenta var rundt fire måneder gammel og var født med klumpfot og denne ble behandlet med gipsing for å forbedre stillingen. Hun hadde faste dager hun skulle til behandling, men ikke avtalt tid, så hele dagen gikk med. Vi ventet i en lang varm gang, full av folk. Etter en stund ble vi ropt inn på kontoret. Vi kom inn i et rom der minst fire leger jobbet og hadde hver sine pasienter. Det var ikke engang forheng for å gi litt privatliv ved anamnese og behandling. Legen var hyggelig og forklarte litt ekstra for oss medisinstudenter og vi slo av en prat om likheter og ulikheter i utdanningen. Etter en kort undersøkelse ble vi sendt ut igjen for å skaffe gips og bandasje. Så var det ny ventetid i den varme gangen før vi kom inn på kontoret igjen og fikk lagt ny gips.

## Malawi

### Fakta

Hovedstad: Lilongwe

Flateinnhold: 118 484 km<sup>2</sup>

Folketall: 14 268 700 (2009)

Innbyggere per km<sup>2</sup>: 120,4

Religion: protestantisk og katolsk kristendom, lokale religioner og islam (30)

BNI per innbygger: 750 USD i 2007 (23)

Malawi ligger øst i Sentral-Afrika. Det mangler kystlinje, men ligger rundt vest- og sørbredden av Malawisjøen. Landet grenser mot Mosambik, Tanzania og Zambia. Størsteparten av befolkningen bor på landsbygda og driver jordbruk. Viktigste eksportartikler er tobakk og sukker.



**Figur 12:** Kart over Malawi. United Nations Map No. 3858 Rev. 3. Januar 2004.

<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/malawi.pdf>

### Befolkning, helse og utvikling

«Malawi's health indicators are among the worst in the world. At the rate Malawi is currently moving, it will require much effort and resources to meet the demands of the MDGs.» (31) (MDG = FNs tusenårs mål).

#### *Sosioøkonomisk*

Malawi er et av verdens 10 fattigste land. 83 % av befolkningen bor utenfor byene. Landbruk er bærebjelken i økonomien og utgjør 35 % av BNP og 80 % av sysselsettingen. Jordbruket er sårbart for lunefulle klimatiske forhold og en usikker inntektskilde. Den økonomiske veksten (BNP vekst rate i %) var 13,8 i 1995 men har siden gått ned og var i 2001/2002 -1,5 %. Årsak til nedgangen var hovedsaklig høye importpriser og tørke (23). I 2007 var den økt til 7,9 (32).

Myndighetene investerer lite i helse og helsebudsjettet har blitt kuttet de siste årene i forsøk på å få statsøkonomien på rett kjør. Per innbygger blir det brukt 14 USD og 59 % kommer fra private (23).

#### *Organisering av helsevesenet*

Helsetjenester tilbys av Ministry of Health (ytter 60 %), The Christian Health Association of Malawi (37 %) og lokale myndigheter (1 %). Kommersielle selskaper, militæret og politiet utgjør 2 %. Tradisjonelle behandlere er ikke regnet med og det finnes, i følge WHO, ikke oversikt over hvor mange det er og hvilke tjenester de tilbyr.

Helsedepartementet har gjennom flere enkeltprosjekt forsøkt å forbedre helsen i landet. Prosjektene har hatt effekt på individuelt nivå, men begrenset effekt på nasjonale helseindikatorer.

I WHO's strategidokument fra 2004 (31) står det at offentlige helsetjenester er gratis, men styresmaktene er i en prosess hvor de utreder muligheter for kostnadsfordeling. Det skal fortsatt være gratis helsetjenester for dem uten mulighet for å betale.

Helsetjenesten er delt opp i 3 nivåer: primært, sekundært og tertiært. Da strategidokumentet ble skrevet i 2004, var ikke sykehusene på tertiært nivå i stand til å yte særlig mer enn sykehusene på sekundært nivå.

### *Befolkning*

Befolkningen er relativt ung. I 2007 var 47 % av befolkningen under 15 år og gjennomsnittalderen 16 år. Forventet levealder ved fødsel var 50 år (49 for menn og 51 for kvinner) (23). Sannsynlighet for å dø mellom 15 og 60 år var 544 per 1000.

### *Mødrehelse*

Mødre dødeligheten er av de høyeste i Afrika. I 2005 døde 1100 per 100 000 levende fødte (23), men tallene spriker, så det er vanskelig å si noe om endring. Dekning av svangerskapsomsorg mellom 2000 og 2008 viser at 92 % var til minst 1 besøk og 57 % var til minst 4 besøk. 56 % av kvinnene som kommer til svangerskapskontroll er anemisk (31).

Andelen fødsler overvåket av kvalifisert helsepersonell har økt noe. Mellom 1990-1999 var andelen 50 % og i 2000-2008 54 % av fødslene. Prevensjon prevalens er 41,7 % og umøtt behov for familieplanlegging 27,6 % (2000-2006) (23).

### *Barnehelse*

Neonatal- og barnedødelighet har gått ned, men er fortsatt høy. Neonatal dødelighet var i 2007 71 og barnedødeligheten 110 per 1000 levendefødte. Viktigste dødsårsaker er pneumoni, diaré og malaria med henholdsvis 23,3 %, 18,5 % og 14,6 % (23). 50 % av barna under 5 år er feilernært og 22 % underernært. De viktigste årsakene til neonatal dødelighet er infeksjoner, komplikasjoner i forbindelse med fødsel (eksempel asfyksi og traume), prematuritet og forsinket ankomst til helsefasiliteter (31).

### *HIV/AIDS*

Malawi er hardt rammet av HIV/AIDS. I 2004 var prevalensen av HIV/AIDS 12 % i befolkningen mellom 15 og 49 år. Omtrent 80 000 mennesker dør av AIDS hvert år og omtrent like mange nye blir smittet av HIV. Siden mange i reproduktiv alder dør er det rundt 600 000 foreldreløse barn i Malawi. En fremgang på dette området, er at det er økning i utdeling av anti-retroviral-terapi (ART). Ved utgangen av 2005 hadde over 37 000 blitt satt på ART. Det trengs bedre tilgang til HIV-testing og undervisning. Prevalensen av tuberkulose er doblet og HIV er en viktig årsak til dette (31).

### *Andre sykdommer*

Malaria er den viktigste årsaken til morbiditet og mortalitet i hele befolkningen. Mer enn 8 millioner blir syk av malaria per år i en befolkning på litt over 14 millioner. Malaria forårsaker svangerskapsavbrudd, lav fødselsvekt og neonatal dødelighet (31).

### *Mangel på helsepersonell*

Malawi holder på å utvikle stor mangel på menneskelige ressurser pga HIV/AIDS-epidemien. Dette merkes godt innen helsevesenet og forsterkes av dårlige utdanningsmuligheter og tap av utdannet personell til utlandet (brain drain). Personellmangel er en viktig årsak til dårlig kapasitet i helsevesenet, spesielt i distriktene. 40 % av stillingene til Ministry of Health mangler ansatte (31). Det er bare 266 leger og 7264 sykepleiere og jordmødre, dvs under 1 lege og ca 6 sykepleiere og jordmødre per 10 000. Til sammenligning har Norge 38 leger og 162 sykepleiere og jordmødre per 10 000 (23). WHO regner med at land som har færre enn 23 profesjonelle helsearbeidere per 10 000 (leger, sykepleiere og jordmødre) ikke har ressurser til å gi adekvat dekning av primære helsetjenester (23). Malawi må nesten 4-doble antall helsearbeider for å nå dette.

## Prosjekt

### *Bakgrunn for prosjekt*

Mangel på kvalifisert helsepersonell er en av de store utfordringene for å bedre helsetjenestene i Malawi. Det er behov for å utdanne flere og å motivere utdannet personell til å bli i landet. Den norske ambassaden i Lilongwe forvalter norske og svenske bistandsmidler øremerket helsesektoren i landet. Midlene er blant annet brukt til å opprette og utvikle det medisinske fakultet (33).

College of Medicine i Malawi ble startet i 1991. Tidligere hadde de ikke egen medisin utdanning og studentene ble sendt til utlandet (naboland, England, Irland og USA). Mange returnerte aldri til Malawi og utdanningen gitt i Europa var ikke tilfredsstillende for å jobbe i Afrika. Utdanningen ved College of Medicine er 5-årig og gir «Medical Bachelor and Bachelor of Surgery». Etterpå er det 18 måneders turnus. Fra 2004 har College of Medicine kunnet tilby 4-årig videreutdanning for å bli spesialist (34).

Siden starten i 1991 er det uteksaminert 254 leger. Av disse er 76 % menn og 24 % kvinner. I 2001 ble det tatt opp 60 studenter til medisinstudiet og fra 2010 er målet 100 hvert år. I følge en studie fra april 2007, «The College of Medicine in the Republic of Malawi: Towards sustainable staff development» jobber 60 % av de uteksaminerte fra Malawis medisinske fakultet i landet. Av de som er i utlandet er 60 % i «postgraduate training programmes» og forhåpentligvis vil en del returnere til hjemlandet. Da studiet startet var lærerne hovedsaklig utenlandske, men stadig flere av de ansatte er malawiere (34).

Norge er også med å utdanne sykepleiere. Dette skjer gjennom Kirkens Nødhjelp som samarbeider med 6 høyskoler i Norge og Christian Health Association of Malawi. Prosjektet startet i 2005 og varer til 2010. Målet er å doble antall utdannede sykepleiere og at de blir i Malawi etter endt utdanning. Det gjøres gjennom å øke kapasiteten på skolene og bedre levevilkår og læringsmiljø for studenter og lærere (35).

### *Om prosjektet*

Kvinneklinikkene ved Haukeland universitetssykehus (HUS), Ullevål universitetssykehus (UUS) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) samarbeider med fødeavdelingen ved Bwaila/Kamuzu Central Hospital (KCH) i Lilongwe.

KCH er det nest største sykehuset i Malawi. Det er et statlig sykehus med 800 senger, men mange flere pasienter. Fødeavdelingen er lokalisert til Bwaila Hospital og her er det årlig

12 000 fødsler. Det medfører at det i perioder kan være 50 fødende til samme tid. I 2004 var det 58 mødredødsfall ved sykehuset, det tilsvarer at det hver uke dør en mor i forbindelse med fødsel. Neonatal dødelighet er ca 40 pr 1000 levendefødte (36).

Det er stor mangel på helsepersonell på sykehuset, som ellers i landet (37). Sykehuset har bare en operasjonssal og konstant mangel på medisiner, instrumenter og teknisk utstyr (36).

Prosjektet startet i 2007 og har foreløpig fått midler frem til 2010/2011 (personlig meddelelse, Jon Øyvind Odland, koordinator for prosjektet ved UNN). Det inngår i Malawis nasjonale helseplan og finansieres av den norske ambassaden i Malawi. Målsetningen er klinisk kompetanseoverføring og -hevning. De områdene prosjektet jobber med er:

1. Personellstafett.
2. Tekologi.
3. Forsøke å starte master og etter hvert spesialistutdanning ved University of Malawi

(personlig meddelelse, Jon Øyvind Odland)

De norske universitetssykehusene har forpliktet seg til å sende personell til Bwaila slik at det hele tiden er en gynekolog og en jordmor fra Norge (personellstafett). Disse skal jobbe klinisk og samtidig lære opp lokalt personell og studenter, og gi råd om forbedringer. De jobber sammen med lokale og arbeidet skal være på de lokales premisser.

I november 2007 ble det sendt en container med medisinsk utstyr til Lilongwe. Utstyret var overskuddsmateriell eller ikke lengre i bruk i Norge. Før det ble sendt av sted ble kvaliteten sjekket, og medisinske teknikere var med til Lilongwe for å hjelpe til med installeringen. Det viste seg at noe av utstyret ikke kunne brukes pga dårlige forhold ved sykehuset, men mye har vært til god hjelp (37). Bwaila utbygges, og en ny kvinneklinikk er under bygging ved KCH. De norske sykehusene skal bidra med medisinskteknisk kompetanse i forbindelse med innkjøp og installering av utstyr i de nye byggene. En norsk privatperson (Trond Mohn, Bergen) har donert det meste av utstyret til den nye delen av Bwaila (personlig meddelelse, Jon Øyvind Odland)



Teamet har begynt å utvikle et nytt master-program i reproduktiv helse for leger, jordmødre og sykepleiere. På lengre sikt ønsker de også å få i gang en spesialist utdanning i gynekologi og obstetikk for leger (personlig meddelelse, Jon Øyvind Odland).

I tillegg til hovedfokusene jobber teamet med å forbedre samarbeidet mellom Bwaila, KCH og styresmakt, støtte og undervise medisinske teknikere, utvikle et program for å holde på helsepersonell og et for primærhelsetjenesten. Dette gjøres i samarbeid med myndighetene og andre bistandsorganisasjoner. Det legges vekt på at prosjektet skal gi langvarige forbedringer og godt samarbeid med lokale. (personlig meddelelse, Jon Øyvind Odland)

#### *Resultater av prosjektet*

Fase 1 (første år av prosjektet) er evaluert. Grace Chiudzu, leder for gynekologisk avdeling ved Bwaila skriver at de norske arbeiderne har vært til stor hjelp med å gi omsorg til pasientene, og daglig legetilsyn (38).

#### *Resultater av arbeidet for mødre helse i Malawi*

Den norske ambassaden i Malawi skriver i oktober 2008 at helsesektoren viser fremgang på flere sentrale punkter. Seksti prosent av helseinstitusjonene kan levere grunnleggende fødselstjenester i dag mot 2 % i 2005. Andelen fødsel som skjer på institusjon økte fra 38 % i 2004 til 45 % i 2009. Det utdannes stadig flere helsearbeidere og andelen sykepleiere er økt fra 1 pr 4000 i befolkningen til 1 pr 3062. Men fortsatt er mangel på kvalifisert helsepersonell en av flaskehalsene for å bedre helsetilbudet (39).

Norad, WHO, og andre, fokuserer på å styrke Malawis egne strukturer og se på hele helsesektoren under ett, i stede for å jobbe med hver sine enkeltprosjekter.

Midtveisevalueringen viser at det har skjedd en desentralisering som har ført til at flere beslutninger tas på lokalt nivå. Rapporten påpeker at arbeidet må fortsette og det må gjøres noe med utfordringene som gjenstår slik at situasjonen ikke går tilbake til utgangspunktet (40).

## Kongo Demokratiske Republikk

### Fakta

Hovedstad: Kinshasa

Flateinnhold: 2 345 409 km<sup>2</sup>

Folketall: 68 692 500(2009)

Innbyggere per km<sup>2</sup>: 29,3

Religion: katolsk og protestantisk kristendom, lokale religioner (41).

BNI per innbygger: 290 USD i 2007 (23)

DR Kongo er et land med enorme ressurser i form av skogområder og vannkraftpotensial, store muligheter for jordbruk og fiske, samt forekomst av verdifulle mineraler som diamanter, kobber, sink, kobolt og gull. Landet har vært preget av kriger og korrupsjon siden det ble selvstendig i 1960. Inntil da var det belgisk kolonistyre som kun ivaretok den belgiske befolkningen og interessene til utenlandsk kapital. Få kongolesere fikk utdanning (42), og de fleste offentlige administrative stillingene var besatt av belgiere. Dette førte til en rekke politiske kriser da



**Figur 13:** Kart over DR Kongo

([www.un.org/special-rep/ohrls/ldc/LDCs-List/profiles/demRepCongo.htm?id=180](http://www.un.org/special-rep/ohrls/ldc/LDCs-List/profiles/demRepCongo.htm?id=180))

europene trakk seg ut. I 1965 overtok militæret makten. Korrupsjon og utenlandsgjeld økte voldsomt, infrastrukturen forfalt, og menneskerettigheter ble brutt (43).

Under belgisk okkupasjon av nabolandet Rwanda fikk folkegruppen tutsi best behandling, høyere utdanning og bedre status i samfunnet. I 1994 gikk folkegruppen hutu inn for å drepe alle tutsier. Folkemordet endte, svært forenklet, med at hutuene flyktet. En stor del av hutuene

havnet øst i DR Kongo (44). I 1997 ble DR Kongo invadert av Rwandiske tutsier, som bl.a. kom for å drive ut hutuene. Det var mange grupperinger i landet, og politisk uro økte. Flere land kom med styrker til DR Kongo, og i 1998 var ”Afrikas verdenskrig” i gang (45). FN kom med observatører i 1999, og fredsbevarende styrker (MONUC) i 2001, og i desember 2002 ble det offisiell våpenhvile. Alle landene, med unntak av Rwanda, trakk troppene ut av DR Kongo (42,46). Konflikten har vedvart, og i juli 2009 var det estimert 1,6 millioner internflyktninger i provinsene Nord og Sør Kivu (47).

International Rescue Committee (IRC) har dokumentert konfliktenes påvirkning på mennesker siden 2000. 5,4 millioner er døde som følge av konflikt og krig mellom august-98 og april-07. 2,1 millioner er død etter krigens offisielle slutt. De fleste dødsfallene skyldes sykdommer som kan forhindres eller behandles, og undersøkelsen fra -07 viser at 55 % av dødsfallene var forårsaket av feber/malaria, diaré, luftveisinfeksjoner, tuberkulose og neonatale forhold (48). Urolighetene har gjort at mange må flykte fra avlingene, og noe plyndres og ødelegges (41,49). Derfor sulter en tredjedel av befolkningen (50). IRC fant fall i risiko for å lide voldelig død i Øst Kongo fra 1,5 % i -04 til 0,6 % i -07. Likevel falt ikke total mortalitets ratio i samme periode (48).

### Helse og utvikling

#### *Mødrehelse*

Av WHO's statistikk fremgår at mødredødeligheten var 1100 per 100 000 levende fødte i 2005. IRCs undersøkelse fra januar-03 til april-04, viste 45 % høyere mødredødelighet i de konfliktfylte områdene i øst enn vest i landet. Dette gjaldt også flere andre dødsårsaker som kan forhindres (52). IRCs rapport fra januar -08 sier at 9,1 % og 12,7 % av dødsfallene blant kvinner, i henholdsvis Øst og Vest Kongo, skyldtes mødredød. Hyppigere dødsårsaker var feber/malaria, tuberkulose og ukjent (48). Ut fra figur 14, kan vi se at mødredødeligheten har økt siden 1990.

I 2001 var kvalifiserte fødselshjelpere til stede ved 61 % av fødslene (53). Hvordan dette tallet er fremkommet er uklart fordi registreringsdekningen av fødsler bare var 34 % i 2000. Færre fødte ved sykehuset i Kaziba i 2006-2007 enn 1991 – 1992. I tillegg til at folketallet gikk ned under krigen, har økt fattigdom og manglende sikkerhet medført at færre kontakter fødeavdelingene (54). Tetthet av sykepleiere og jordmødre var 5 per 10 000 i 2004, mens det

var 1 lege per samme befolkning (53). Disse tallene kan være utdaterte, da det ikke lengre fokuseres like mye på jordmødrenes rolle i DR Kongo. Færre jordmødre utdannes, samtidig som det åpnes nye sykehus og utdannes flere leger som tar over fødselshjelpen. Legene får lite fødselserfaring i studiet (54).

Total fertilitetsrate per kvinne er 6,7 (både i -90, -00 og -06). I 2001 lå prevensjonsbruken på 31,4 %. HIV prevalensen var 2933 per 100 000 i 2005 (53), men tallet kan øke som følge av voldtektsproblematikken (50).

### *Barnehelse*

WHO regner med at hvert 5. barn dør før det når fem år. Feil- og underernæring bidrar til nesten 50 % av disse dødsfallene. Malaria (*P. Falciparum*) kommer i endemier, og står for 45 % av mortaliteten. Estimert sover bare 0,7 % av barn under 5 år under myggnett behandlet med insektmiddel. Den nest vanligste dødsårsaken er meslinger. I tillegg dør en del av akutte luftveisinfeksjoner, kolera og diaré (51). Tross rikelig tilgang på vann, er det mangel på rent drikkevann (50).

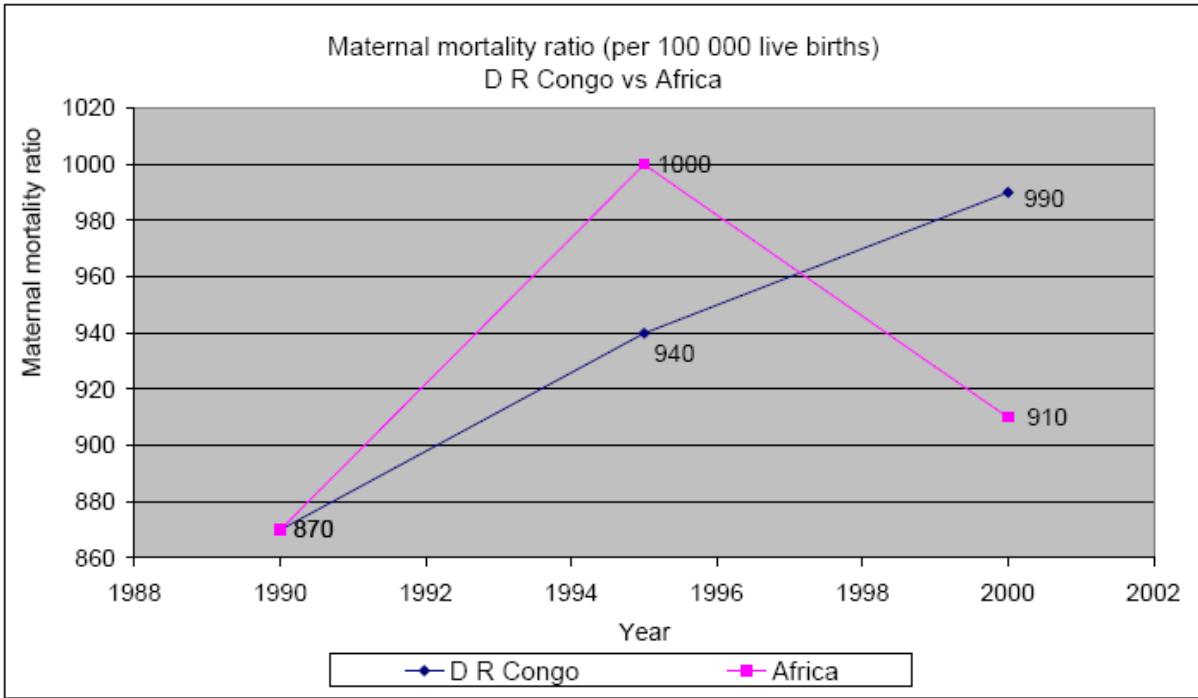
Kronisk feilernæring rammer 38 % av barn under 5 år. Det er tilsvarende nivå som Afrika sør for Sahara under ett. Akutt næringsmangel rammer 16 % av denne aldersgruppen, mot 10 % i Afrika Sør for Sahara (51).

### *Økonomi*

Myndighetenes andel av totalt beløp som brukes på helse har økt de siste årene, fra 1,7 % i 2000 til 34,6 % i 2005. Også en større del av statsbudsjettet brukes på helse, fra 0,5 % i 2000 til 7,2 % i 2005 (53). I følge Amnesty Internationals dokument "Democratic Republic of Congo. Mass Rape; Time for remedies" fra 2004 (55) ble under 0,1 % av statens helsebudsjett brukt på behandling av ofre for seksuell vold, noe som er utilstrekkelig.

### *Infrastruktur*

Ca 70 % av befolkningen bor utenfor byområdene (56), og fordi transportnettene har forfalt gjennom flere tiår (42) må mange ta en farlig vei gjennom jungelen for å komme til helseinstitusjon. CRN får enda rapporter om kvinner som bæres på ryggen eller i bærer til sykestuene i enkelte områder (Personlig meddelelse, Gro B.Randby, informasjonsleder/prosjektkonsulent CRN).



**Figur 14** ([www.afro.who.int/home/countries/fact\\_sheets/drcongo.pdf](http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/drcongo.pdf) (12.09.09))

## Prosjekt

### *Fistel*

Det er en unormal kanal gjennom vev til en indre eller ytre kroppsoverflate (57). I dette kapittelet innbefatter gynekologiske fistler; rektovaginal- (mellom endetarm og skjede), uretrovaginal- (mellom urinrør og skjede) og vesicovaginal- (mellom urinblære og skjede). På verdensbasis lider over 2 millioner kvinner av gynekologisk fistel, og det oppstår ca. 100 000 nye tilfeller i året. I vår del av verden er slike fistler uvanlig, men kan forekomme etter kirurgi, stråling eller kreft. I land med få rutinererte fødselshjelpere, oppstår gynekologisk fistel hyppigst etter vanskelige, ofte langvarige fødsler (58,59). Underernæring øker risikoen (60). Sjeldnere årsaker er forløsningstraume, voldtekt, spesielle former for omskjæring (49), ukyndig utførte aborter og keisersnitt (58,59).

Kriger og korrupsjon har ført til en nesten fraværende infrastruktur, og de fleste kvinner føder hjemme, ofte under kummerlige forhold og uten kyndig hjelp. Noen ganger søker de ikke hjelp før fødselen har vart i flere dager. Unge kvinner er spesielt utsatt for obstruert fødsel (49). Barnet kan skades eller dø, bløtvevet mellom mors bekken og fosterhodet kan klemmes av og gi iskemi og nekrose som utvikles til fistel (60). Urin eller avføring (eventuelt begge deler) siver ut og gir vond lukt, og de blir som regel utstøtt fra familie og samfunn. Ofte tar mannen seg ny ektefelle, og vil ikke ha mer å gjøre med sin tidligere kone. I tillegg til lukten, plages de med eksem og infeksjoner, men utestengingen fra samfunnet er verst (49).

### *Seksuell vold*

Gynekologiske fistler har kommet i fokus de siste årene, etter at fistler som følge av voldsomme voldtekter er blitt kjent. Flere som har gått med fistel i så mye som 30 – 40 år har endelig fått hjelp (Personlig meddelelse, Gro B. Randby). Derfor vil vi omtale fistler som følge av seksuell vold i det følgende.

I DR Kongo er voldsomme voldtekter utbredt, og forekommer ofte under ydmykende omstendigheter ved at familien tvinges til å være til stede (61). Flere ganger er det beskrevet seksuell vold i form av at det stikkes gjenstander inn i vagina, og i noen tilfeller føres skytevåpen inn og avfyres (59). Denis Mukwege, spesialist på vaginal fistel, forteller i et intervju i Newsweek at noen grupperinger har egne metoder for å skade kvinnen. Behandlere kan ofte se hvilken gruppe overgriperen tilhører ved å se på skaden (59).

Gjengvoldtekter er også utbredt, og kvinnen kan bli ført inn i skogen hvor hun holdes som sex slave i flere måneder til hun evt. klarer å rømme eller blir forlatt (62). Mange blir gravide, og abort utføres på ukyndig vis (59).

En samlet vurdering fra de 64 aktive organisasjonen i nord og sør Kivu sommeren 2008, anslo at 74 kvinner ble voldtatt hver dag, og 28 % var jenter under 18 år. I flere landsbyer ble det rapportert at alle kvinner i landsbyen hadde opplevd voldtekt en eller flere ganger. Andelen sivile overgrep og overgrep mot barn har økt de siste årene. (Personlig meddelelse, Gro B. Randby).

Ved regionssykehuset i Panzi var 13 % av opererte fistler i 2004 forårsaket av voldtekt (63). Imidlertid viste en gjennomgang av journaler fra 604 pasienter behandlet for gynekologisk fistel ved sykehuset fra november -05 til november -07, at "bare" 4 % fortalte at fistelen var resultat av seksuell vold. Sistnevnte funn kan være en underrapportering som følge av at voldtatte stigmatiseres (58), og frykt for represalier (61). De fant også at fistelen hyppigere var indirekte enn direkte relatert til seksuell vold. Direkte årsaker innbefatter penetrasjon av objekter eller gjengvoldtekt. Indirekte årsaker nevnt var iatrogene fistler etter uriktig instrumentbruk, forlenget eller obstruert forløsning. Seks hadde fistel før voldtekten, men fikk økte plager etterpå. Konklusjonen i rapporten er at fistler relatert til seksuell vold er langt sjeldnere enn obstetriske fistler, og at det er behov for bedre tilgang til mødrehelsetjenester, inkludert tilstrekkelige kirurgiske intervensjoner (58).

### *Christian Relief Network (CRN)*

CRN er en ikke statlig organisasjon, og deres største bidragsytere er Norges utenriksdepartement og DFID (Storbritannias departement for internasjonal utvikling) (64).

De har virket i "Great Lakes" regionen av Uganda, Rwanda, Burundi og DR Kongo siden 1994. Organisasjonen konsentrerer sin innsats til østlige deler av DR Kongo, spesielt Nord og sør Kivu. Her har de lokale samarbeidspartnere i organisasjonene CEPAC (Det største demokratisk styrte kirkenettverk i DR Kongo), og Hope in Action (Dannet av en medarbeider i CRN for å ha større kontroll med pengene og hindre korrupsjon) (64).

CRN begynte å jobbe i flyktningleirer etter folkemordet i Rwanda for å hjelpe barn. Senere har organisasjonen deltatt i gjenoppbygging og utrustning av skoler, hjelp til flyktninger, rehabilitering av barnesoldater og assistanse til voldtekts ofre. Gjennom arbeidet med voldtekts ofre ble CRN introdusert for fistelproblematikken (Personlig meddelelse, Gro B. Randby).

Samarbeidspartneren CEPAC driver 135 helsesentre, tre sykehus og et medisinsk fakultet, samt utdanning fra førskole til universitet i Øst Kongo. CRN er med å finansiere drift av en del av institusjonene (65). Et av sykehusene er Panzi sykehus i Bukavu i Sør Kivu hvor det tilbys generell sykehusbehandling, og spesialist behandling i vaginal fistel operasjoner. Opprinnelig var det bare to sykehus for behandling av fistler i øst Kongo, men CRN/CEPAC har utvidet kapasiteten ved to sykehus til (Personlig meddelelse, Gro B. Randby)

I 2007 var CRN MedHums samarbeidspartner og mottok 1,7 millioner kroner fra aksjonen for å øke kapasiteten til å behandle kvinner med vaginal fistel. Pengene fra MedHum bidro i et pågående prosjekt hvor CRN/CEPAC nå har bygd og utrustet en fistel avdeling med 100 senger og to operasjonssaler ved Panzi sykehus. Prosjektet har utdannet 12 kirurger i tillegg til annet helsepersonell i fistelkirurgi, behandling og forebygging. Denis Mukwege har vært viktig i dette arbeidet. Han er gynekolog og har jobbet for dette i mange år. Tross krigshandlingene har han vært i området hele tiden.

Et mobilt team har sørget for å spre kunnskap om behandling av fistel i distriktene. Prosjektet har finansiert 1622 fisteloperasjoner i løpet av de tre årene det har pågått. Kvinnene som rammes er svært fattige, ofte utstøtt av familien, og har ingen mulighet til å betale for seg. Det



tilbys også psykososial og annen medisinsk behandling. I 2008 fikk 2147 voldtektsofre behandling. Andre oppgaver er avvæpning av opprørsoldater i Øst Kongo, samt rehabilitering og yrkestrening av barnesoldater. I 2008 tilbakeførte de 1071 barn assosiert med væpnede grupper ((64) og personlig meddelelse, Gro B. Randby).

CRN bruker kun lokale arbeidere i Kongo, og har blant annet 50 sosialarbeidere som leter opp voldtatte kvinner. Flere av disse er tidligere voldtektsofre (65). Til tross for kampene som tidvis blusser opp, har CRN klart å opprettholde tilbudene, men utfordringene er store og påvirkes av krigshandlingene (64). Korrupsjon er utbredt, men CRN har unngått mye av det, da alle prosjektene er basert på god lokal kunnskap gjennom samarbeidspartnere med stor autoritet i befolkningen (Personlig meddelelse, Gro B. Røndby).

## Diskusjon og konklusjon

Norge har deltatt i utviklingsprosjekter i u-land i mange år, og gir nå 1 % av BNI i bistand. Flere studier og evalueringer viser at det vi gjør har effekter. En ny studie viser at nordisk bistand har størst effekt på BNP. Likevel innrømmer Norad at pengene ikke utnyttes så godt som ønsket. Det skyldes blant annet at pengene går gjennom et uoversiktlig system med mange aktører. Mye er gjort feil i forsøk på å hjelpe, og noe har vært ødeleggende.

Mødre dødelighet er den del av dødelighet som tydeligst viser skillet mellom fattige og rike. FNs tusenårs mål har bidratt til å samle frivillige organisasjoner og nasjoner til felles innsats og konkrete tiltak på vei mot utrydding av fattigdom. Flere parametre viser forbedring, så det er tydelig at målene tas alvorlig og at felles strategi hjelper. Grad av forbedring varierer mellom nasjoner og verdensdeler. For mødre helse har det skjedd minimalt, og noen steder har det vært tilbakegang. Likevel har tusenårs målene bidratt til å erkjenne mødre dødelighet som et stort problem, og gitt det større oppmerksomhet. Hvert år dør mer enn 500 000 kvinner som følge av svangerskap og fødsel, et tall som har ligget relativt stabilt de siste tiårene. I tillegg får ca 8 millioner skader som kan gi livslange følger og redusert livskvalitet.

De vanligste dødsårsaker kan i stor grad forhindres. Mange faktorer virker inn, og noen av de viktigste er at alle fødsler overvåkes av kvalifisert personell med tilgang på nødvendige medisiner, utstyr og mulighet for videre henvisning. Alle bør ha tilgang på prevensjon.

Prosjektene vi har sett på har felles utfordring med fattigdom og dårlig fungerende helsevesen. Mye av statistikken for landene er usikker, blant annet på grunn av manglende åpenhet og at mange ikke benytter helsesystemet. Statistikken er likevel tatt med, fordi tallene gir et inntrykk av forholdene. Filippinene har middels inntekt, men ressursene er svært ulikt fordelt. En betydelig utfordring er at det må betales for helsetjenester, og fattige dermed holdes utenfor. Fødeklirikken drevet av Ministries Without Borders Philippines (MWBPI) er et eksempel på hvordan fattige kvinner kan føde og få oppfølging gjennom svangerskapet. Klinikken har et langsiktig perspektiv, og er ikke avhengig av stadig ny godkjenning for å få støtte. I administrasjonsbygget er det flere ekstra soverom som kan brukes av besøkende som kommer for å se arbeidet eller hjelpe til en periode. Det er fint og kan føre til at flere blir engasjert i arbeidet og får nye perspektiver. Prosjektet ansetter lokale folk som kjenner kulturen og systemene, og slik unngås en del fallgruver. Dette gir arbeid og lokal ansvarlighet,

og hvis de utenlandske initiativtakerne forlater, er det større sjanse for at arbeidet videreføres. Det er imidlertid viktig å tenke gjennom om arbeiderne kunne gjort en viktigere jobb i ordinært helsevesenet. Prosjektet må heller ikke skape classeskille ved å gi lønninger som ikke er på linje med landets lønnsnivå. Et minus med klinikken er at det foreløpig er norske som driver den. Vi vet ikke om det er lagt planer for hva som skjer når de forlater stedet. Klinikken er også avhengig av støtte utenfra.

Malawi er blant verdens fattigste land og det gir mange utfordringer i helsesektoren. Det er mangel på godt utstyrte helsefasiliteter og enda større mangel på helsearbeidere. Få fødsler overvåkes av kvalifisert personell, og mødredødeligheten er blant de høyeste i verden. Kvinneklinikkene på HUS, UUS og UNN samarbeider med fødeavdelingen på et av de største sykehusene, og har forpliktet seg til å sende gynekolog og jordmor i en personellstafett. De skal jobbe ved fødeavdelingen og gi opplæring til studenter og ansatte. Prosjektet er i samarbeid med lokale personer og myndigheter og det mener vi er positivt. Det er også bra at utdanningen skjer i landet de skal jobbe. Da er undervisningen tilpasset deres kommende arbeidssituasjon og det er mindre sjanse for "brain drain". Nordmennene som reiser til Malawi får utbytte i form av mye og god erfaring og får se hvordan det er å leve andre steder i verden. Det vi anser som negativt er at prosjektet har kort tidsperspektiv og at deltakerne i personellstafetten bare er der i noen måneder. En del av tiden de norske er ved Bwaila vil gå med til å bli kjent med sykehuset og rutineene. Det er også fare for at de utnyttes til klinisk arbeid i stede for å gi opplæring til lokale. Da hjelper de en del pasienter, men det gir få varige endringer.

Kongo er rik på naturressurser, men har ikke hatt glede av det selv. Landet har vært preget av uroligheter i mange år. Det har resultert i at få samfunnssystemer fungerer, inkludert helsevesenet. Gynekologiske fistler er utbredt, og oppstår hyppigst etter langvarige, kompliserte fødsler. I tillegg er voldtekt et stort problem, og flere utvikler fistel etter dette. Kvinnene som rammes utstøtes og stigmatiseres. CRN jobber for å bedre dette, både ved forebyggende -, medisinsk -, kirurgisk - og psykososial behandling. Korrupsjon er utbredt, og mange innbyggere har lite tiltro til offentlige systemer. Kirken står sterkt, og ved å samarbeide med et stort, anerkjent kirkenettverk har CRN fått tiltro i befolkningen. De er også godt lik fordi de ble i DR Kongo tross krig og uro. Alle lokale arbeidere er kongolesere, og som nevnt ovenfor har det flere positive effekter. En negativ faktor er at CRN stadig må søke

om videre støtte for å opprettholde dagens tilbud. De jobber imidlertid tett med andre organisasjoner, spesielt på helseinstitusjonene, og drift vil derfor ikke opphøre om en organisasjon mister støtte. Fordi institusjonene har denne tryggheten, kan de våge å satse langsiktig.

Sett i et u-landsperspektiv er det å bedre reproduktiv helse en utfordring, og det må satses på flere plan. Både prosjektet på Filippinene og i DR Kongo har flere satsningsområder som ikke påvirker mødrehelset direkte, men som kan virke forebyggende. Eksempel er utdanning og kunnskapsspredning, hjelp til arbeidsopplæring og fredsarbeid.

Prosjektene vi har sett på er relativt små, og lite omtalt i media. Likevel har de stor betydning for enkeltpersoner, og på lang sikt kan de bidra til å endre hele samfunn. Kanskje virker små organisasjoner vel så bra som store, mer kjente, med tanke på utnytting av ressurser. Med gode samarbeidspartnere og inkludering av mennesker med lokalkunnskaper kan hjelpen nå langt, og mange kan få en bedre fremtid.

## Definisjoner

**Andel fødsler overvåket av kvalifisert helsearbeider** = «Proportion of births attended by skilled health worker» = prosent av alle fødsler som er fulgt av en kvalifisert helsearbeider.

**Kvalifisert helsearbeider** = «skilled health worker» = en akkreditert helsearbeider slik som jordmor, lege eller sykepleier som har fått utdanning og trening for å bli dyktig i ferdighetene som trengs for å håndtere et normalt (ukomplisert) svangerskap, fødsel og umiddelbar postpartum periode, og i å identifisere, håndtere og henvise komplikasjoner hos kvinner eller nyfødte. (Tradisjonelle fødselshjelpere (traditional birth attendant, TBA) er ikke inkludert i definisjonen.)

**Neonatal dødelighet** = antall døde første 28 levedager, per 1000 levendefødte.

**Spebarnsdødelighet** = antall døde mellom fødsel og 1 år, per 1000 levendefødte

**Barnedødelighet** = antall døde mellom fødsel og 5 år, per 1000 levendefødte

**Mødredødelighet = fødsel- og svangerskapsrelatert dødelighet** = «maternal mortality ratio» = sannsynlighet for å dø i forbindelse med svangerskap eller i de første 42 dagene etter forløsning, uavhengig av varighet og beliggenhet av graviditeten, av enhver årsak relatert til eller forverret av graviditeten og dets behandling, men ikke av tilfeldige årsaker. Beregnes per 100 000 levendefødte per år.

**Mødrehelse** = død og komplikasjoner som følge av svangerskap og fødsel.

**Dekning av svangerskapsomsorg** = «Antenatal care coverage» = prosent av kvinner som går til svangerskapskontroll hos kvalifisert helsearbeider. Beregnes som prosent av alle som føder levende barn i en bestemt periode.

**Prevensjonsprevalens** = «Contraceptive prevalence rate» = Andel kvinner i reproduktiv alder som bruker (eller partneren bruker) svangerskapsforebyggende metoder på et gitt tidspunkt. Inkluderer både moderne og tradisjonelle metoder. Tradisjonelle metoder er for eksempel ”sikre” perioder og amming.

**Umettet behov for familieplanlegging** = «Unmet need for family planning» = prosent av gifte mellom 15 og 49 år som ikke vil ha flere barn, eller utsette neste graviditet minst to år, men som ikke bruker prevensjon

**DALY** = (Disability-adjusted life year): Enhet for å måle sykdomsbyrde og helsetiltaks effektivitet. Det er kalkulert som nåværende verdi av fortidens sykdomsfrie år tapt som resultat av for tidlig død eller uføre som har skjedd et bestemt år.

## Referanser

- (1) Tamnes, R. Oljealder 1965-1995, bind 6, Norsk utenrikspolitisk historie. Oslo: Universitetsforlaget; 1997
- (2) Knutsen TL, Sørbo G, Gjerdåker S (red). Norges utenrikspolitikk. 2. utg. Oslo: Cappelen akademisk Forlag as; 1997
- (3) Regjeringen. Utviklingssamarbeid 2009.  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/tema/utviklingssamarbeid.html?id=1159> (06.09.09)
- (4) Norads resultatsrapport 2008: veivalg i bistanden: ingen snarveier til resultater. Norad. (06.09.09) Tilgjengelig:  
<http://norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+page?key=109835>
- (5) Store norske leksikon, snl.no. Utviklingssamarbeid. <http://www.snl.no/utviklingssamarbeid> (06.09.09)
- (6) Norad. Slik er norsk bistand organisert.  
<http://norad.no/Om+bistand/Slik+er+norsk+bistand+organisert> (07.09.09)
- (7) Norad. Norsk bistandspolitikk. <http://norad.no/Om+bistand/Norsk+utviklingspolitikk> (07.09.09)
- (8) Regjeringen. FNs tusenårs mål. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/aktuelle-temaer5/fns-tusenarsmal.html?id=87050> (07.09.09)
- (9) Norad. Hva er evaluering? <http://norad.no/Evaluering/Hva+er+evaluering> (07.09.09)
- (10) Norad. Resultatrapport 2007 Bistand virker – men ikke godt nok. Publisert november 2007 av Norad.  
<http://norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=109732> (07.09.09)
- (11) Minoiu C, Reddy SG. Development Aid and Economic Growth: A Positive long-Run Relation. IMF Working Paper WP/09/118. May 2009  
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp09118.pdf> (07.09.09)

- (12) FN – sambandet. Hva er tusenårsmålene. <http://www.fn.no/Temaer/OEkonomisk-og-sosial-utvikling/FNs-tusenaarsmaal/Hva-er-Tusenaarsmaalene> (11.09.09)
- (13) Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. 1978.
- (14) Freedmann LP, Waldman RJ, de Pinho H et al. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. Achieving the Millennium Development Goals. UN Development Programme, New York, 2005.
- (15) United Nations. The Millennium Development Goals Report 2008. New York, 2008
- (16) United Nations. The Millennium Development Goals Report 2007.
- (17) Starrs AM. Safe motherhood initiative: 20 years and counting. Lancet 2006; 368:1130-32
- (18) Family Values versus Safe Sex <http://www.katolsk.no/info/jp2/20031201.htm> (03.09.09)
- (19) Bergström S. Mödrahälsovård i u-land. Eskilstuna Scriptor u-landsprod., 1988
- (20) United Nations. Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. New York, 2005.
- (21) Store norske leksikon, snl.no. Filippinene. <http://www.snl.no/Filippinene> (24.08.09)
- (22) Globalis. Filippinene. <http://www.globalis.no/Land/Filippinene> (28.08.09)
- (23) WHO. World health statistics 2009. WHO Press, 2009  
<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html> (10.09.09)
- (24) WHO. Country cooperation strategy, WHO/Philippines (2005-2010). WHO, 2005.  
[http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_phl\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_phl_en.pdf) (11.09.09)
- (25) WHO Regional Office for the Western Pacific. Philippines: Health system.  
[http://www.wpro.who.int/countries/2008/phl/national\\_health\\_priorities.htm](http://www.wpro.who.int/countries/2008/phl/national_health_priorities.htm) (11.09.09)
- (26) WHO Regional Office for the Western Pacific. Philippines: Health Situation and Trend.  
[http://www.wpro.who.int/countries/2008/phl/health\\_situation.htm](http://www.wpro.who.int/countries/2008/phl/health_situation.htm) (11.09.09)
- (27) WHO. Health Services Coverage Statistics.  
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indantenatal/en/index.html> (10.09.09)



- (28) UN-Department of Economic and Social Affairs-Population Division. World Contraceptive Use 2007.  
[http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive\\_2007\\_table.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive_2007_table.pdf) (11.09.09)
- (29) Kristent nettverk. Hva er Kristent nettverk?. <http://www.kristent-nettverk.no/modules.php?op=modload&name=Sections&file=index&req=viewarticle&articl=39> (13.09.09)
- (30) Store norske leksikon, snl.no. Malawi. <http://www.snl.no/Malawi> (10.09.09)
- (31) WHO Regional Office for Africa. Country cooperation strategy, Malawi 2005-2009. WHO. [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_mwi\\_en.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mwi_en.pdf) (10.09.09)
- (32) The World Bank Group. Data profil: Malawi. [http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&REPORT\\_ID=9147&REQUEST\\_TYPE=VIEWADVANCED](http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&REPORT_ID=9147&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED) (10.09.09)
- (33) Seip R. Satser på egen legeutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:2976
- (34) Zijlstra EE, Broadhead RL. The College of Medicine in the Republic of Malawi: towards sustainable staff development. Hum Resour Health 2007; 5: 10.
- (35) Kirkens nødhjelp. Sykepleierutdanning i Malawi.  
<http://www.kirkensnodhjelp.no/no/Arbeidet-vart/Hvor-vi-jobber/Sorlige-Afrika/Malawi/Artikler-om-Malawi/Sykepleierutdanning-i-Malawi/> (11.09.09)
- (36) Tarek M, Mwenyekonde E. A Situation Analysis. Lilongwe, Malawi: The Department of Obstetrics & Gynaecology at KamuZu Central Hospital and Bottom Hospital, 2005.
- (37) Lie M, Hanche-Olsen K. Final report on Maternal Health, Institutional cooperation MWI-2606, MWI-07/015 Faze 1, Malawi, 1. June 2007 - 31 October 2008. Ullevål: Office for International Cooperation, 2009.
- (38) Chiudzu G. Evaluation report on the Norwegian Maternal Health Support to Bwaila Maternity 2008.

- (39) Den norske ambassade i Malawi. Helsesektorprogrammet I Malawi - fremgang og utfordringer. <http://www.norway.mw/Norsk/Norge-i-Malawi/helsehiv/health1/> (13.09.09)
- (40) Carlson C, Boivin M, Chirwa A et al. Malawi Health Swap Mid-Term Review. Norad, 2008
- (41) Store norske leksikon, snl.no. Kongo. <http://www.snl.no/Kongo> (18.09.09))
- (42) Store Norske leksikon, snl.no. Kongo – Næringsliv og økonomisk utvikling [http://www.snl.no/Kongo/n%C3%A6ringsliv\\_og\\_%C3%B8konomisk\\_utvikling](http://www.snl.no/Kongo/n%C3%A6ringsliv_og_%C3%B8konomisk_utvikling) (28.07.09)
- (43) Trans Africa forum. Democratic Republic of Congo: War of resources. [www.transafricaforum.org/files/DRC%20factsheet.doc](http://www.transafricaforum.org/files/DRC%20factsheet.doc) (11.09.09)
- (44) Ilibgazia I. Left to Tell. Carlsbad, California. Hay House Inc.
- (45) BBC. Country profile: Democratic Republic of Congo [http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/country\\_profiles/1076399.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/country_profiles/1076399.stm) (25.07.09)
- (46) Store Norske leksikon, snl.no. Kongo – Historie <http://www.snl.no/Kongo/historie> (28.07.09)
- (47) CERF. Democratic Republic of Congo (DRC) – Facts and Figures <http://ochaonline.un.org/CERFaroundtheWorld/DemocraticRepublicofCongo2009/DemocraticRepublicofCongo2008/tabid/4758/language/en-US/Default.aspx> (11.09.09)
- (48) Coghlan B, Ngoy P, Mulumba F et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: An ongoing Crisis. IRC-rapport 2008
- (49) Reimers C. Kirurgisk hjelp ved obstetriske fistler. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2554-6
- (50) Ensler E. –Women Left for Dead And The Man Who's Saving Them. Daily Trust African of the year 2008: 4-5
- (51) World Health Organization. Health action in crisis. Democratic Republic of the Congo. December 2008. [http://www.who.int/hac/crises/cod/drc\\_profile\\_dec08.pdf](http://www.who.int/hac/crises/cod/drc_profile_dec08.pdf) (11.09.09)

- (52) Coghlan B, Brennan RJ, Ngoy P et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. Lancet 2006; 367 (9504): 44-51
- (53) World Health Organization. Core Health Indicators. Democratic Republic of the Congo. [http://apps.who.int/whosis/database/core/core\\_select\\_process.cfm](http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm) (25.07.09)
- (54) Onsrud M. Endrede holdninger til fødselshjelp i Øst-Kongo. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 1078-80
- (55) Benenson House P. Mass rape: Time for remedies. Amnesty international rapport AFR 62/018/2004
- (56) Store Norske Leksikon, snl.no. Kongo – befolkning. <http://www.snl.no/Kongo/befolkning> (30.07.09)
- (57) Store medisinske leksikon - Fistel. Kunnskapsforlaget. Oslo 2008
- (58) Onsrud M, Sjøveian S, Luhiriri R, Mukwege D. Sexual violence-related fistulas in the Democratic Republic of Congo. Int J Gynecol Obstet 2008; 103: 265-269
- (59) Nordland R. – More Vicious Than Rape. Newsweek 2006 <http://www.newsweek.com/id/44653> (02.07.09)
- (60) Egeland P, Gjøn JE, Trovik J et al. Gynekologiske fistler til urinveier og tarm. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 417-20
- (61) Wakabi W. Sexual violence increasing in Democratic Republic of Congo. Lancet 2008; 371 (9606): 15-6
- (62) Watne Ø. Vald i stummande mørke. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 306-8
- (63) Bårnes GK. Hun er ingen god kone lenger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1406-9
- (64) Espegren O. CRN Årsrapport 2007-2008
- (65) Gjestad FC – Voldtektsofre I Kongo får 6 millioner. Aftenposten 31.10.08. <http://www.aftenposten.no/nyheter/uriks/article2743413.ece> (11.09.09)