
För 20 år sedan tyckte jag mödravård

Jovisst, som nybliven gynekolog och obstetriker på 1970-talet lockades Gunilla Lindmark mer av den akuta förlossningsvården än av den mödrahälsovård hon då blev ansvarig för: »... rätt trist».

Men hon blev en eldsjäl i uppbyggnaden av den moderna svenska mödrahälsovården. Och nyligen fick hon landets första professur i internationell kvinno- och mödrahälsovård.

INTERVJU

BIRGIT WILHELMSON

var rätt trist: Vad ska man göra där?”

Idag är Gunilla Lindmark professor
i internationell kvinno- och mödrahälsovård

”Vår svenska modell för
mödrahälsovård går att ’sälja’.
Den är föredömlig: Tillgänglig
för alla, med hög vårdkvalitet.
Och vården är inte dyr i ett
internationellt perspektiv.”

FOTO: ROLF NODÉN

Gunilla Lindmark brinner för sitt ämne. Det där första ointresset, då för 20 år sedan, det försvann kvickt. »Jag hade turen att komma in i början av den dynamiska utvecklingen av mödrahälsovården.»

Hon är inte bara den första innehavaren av denna nya professur. Gunilla Lindmark är också landets första kvinnliga gynekolog på en professorstjänst, genom tiderna! (Några kvinnliga gynekologer har ärats med professors namn, men någon professorstjänst har ingen haft.)

Dessutom är detta den första professur i landet som är inriktad på *förebyggande* kvinnovård. Lärostolen är inrättad inom den nya institutionen »Kvinnors och barns hälsa» vid Uppsala universitet och rumsligt placerad vid kvinnokliniken på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Här blev Gunilla Lindmark klinikens första kvinnliga gynekolog på en fast tjänst. Här blev hon också några år senare först ut som kvinna att disputerat: »Det var inte vad man hade tänkt sig, och det hade nog inte jag heller.»

Men så blev det.

Aret var 1975, och många var de som tyckte att kvinnor inte skulle bli gynekologer: det var för tungt och hårt, för mycket jurer och nattarbete.

– Gynekologin sågs som en operativ specialitet, och kir-

ANNONS

urgin har ju av tradition varit ett manligt ämne.

Men personligen har hon inte blivit motarbetad, det poängterar hon.

Och specialiteten har förändrats. Mycket av den tunga gynekologin har försvunnit, många kirurgiska ingrepp har ersatts av medicamentella metoder.

Nära hälften av landets cirka 1 300 gynekologer/obstetiker är idag kvinnor. Av dem som går specialistutbildningen är 90 procent kvinnor!

Gunilla Lindmark brinner för sitt ämne. Det där första ointresset, då för 20 år sedan, det försvann kvickt.

– Jag hade turen att komma in i början av den dynamiska utvecklingen av mödrahälsovården.

Tur och tur ...

Under många år har Gunilla Lindmark arbetat som mödrahälsovårdsöverläkare i Uppsala. Hon har aktivt drivit det svenska programmet för mödrahälsovård. För att puffa för detta specialområde drog hon igång en arbetsgrupp inom den svenska specialistföreningen för gynekologi och obstetrik.

Hon har skapat ett stort internationellt kontaktnät och bidragit till att göra svensk mödrahälsovård känd utomlands. Där har också Uppsalaklinikens ställning som »WHO-collaborating center» varit en bas för forskningsarbetet. Sida och Sarec har varit andra forum.

Tur ... kanske. Men hon har själv varit med om att skapa den svenska mödrahälsovård som idag mer kan ses som kvinnohälsovård. »En livscykelssamhet från tonåren till slutet av livet» som hon säger.

Nu ska de svenska insikterna och kunskaperna synliggöras ännu bättre. För det är det som är vitsen med en professur, säger hon. Att lyfta fram ett ämne genom att fastare knyta klinik med vetenskap.

Internationell kvinno- och mödrahälsovård, så är ämnet. Självklart är det omöjligt att enkelt sammanfatta de internationella hälsofrågorna: varje region, kultur, ekonomiskt system etc har sina problem.

Men dilemmat i många av världens länder är dualismen: En del människor har tillgång till privatsjukvård av mycket hög klass, andra har inte möjligheter att få ens basalvård.

– På vissa håll i världen är överkon-

sumtionen av framför allt teknologisk sjukvård enorm, i Brasilien är kejsarsnittsfrekvensen 85 procent på vissa privatkliniker! Vi är nu med i ett sydamerikanskt projekt för att försöka få ner antalet kejsarsnitt där. Litet märkligt är det, i andra länder är kejsarsnittsfrekvensen för låg.

Så – det globala grundproblemet är egentligen detsamma: Att ge adekvat vård, varken för mycket eller för litet, till alla.

Professurens internationella profil är alltså inte inriktad enbart på u-landsperspektivet, understryker Gunilla Lindmark. Det internationella

intresset för den svenska kvinnohälsovården är stort, inte minst i USA.

Text har de svenska barnmorskornas centrala, och unika, ställning inom mödrahälsovården uppmärksammat.

– Vår svenska modell för mödrahälsovård går att »sälja». Den är föredömlig: Tillgänglig för alla, med hög vårdkvalitet. Och vården är inte dyr i ett internationellt perspektiv.

– I text USA finns u-landsfickor inom mödrahälsovården. Delar av slummen i storstäderna har rent afrikanska siffror vad gäller hälsoförhållanden. Självklart skulle vi inte ha så goda resultat här om inte vården var gratis: Vem du än är, så får du den vård du behöver. Sannolikt är hälsohoten som störst för dem som inte skulle ha råd att betala.

En konsekvens av professuren (som hon haft sedan december förra året) är att Gunilla Lindmark helt nyligen blivit ombedd av den internationella organisationen för gynekologi/obstetrik (FIGO) att ta ordför-

andeskapet för organisationens kommitté för perinatal hälsa.

I sak innebär det att hon under den närmaste treårsperioden fram till FIGOs nästa världskongress medverkar i den satsning som FIGO gör där gynekologer världen över samarbetar för att minska perinatal- och mödradödligheten genom att hitta konkreta sätt att förbättra vården: i-länder tillsammans med

u-länder. Sverige är ett av de länder som deltar.

Och mödradödligheten – den står högt på listan över den internationella kvinnohälsovårdens mest brännande frågor.

600 000 av världens kvinnor dör årligen i samband med en graviditet! De allra flesta av dem lever i världens fattiga länder.

– WHO:s mål har varit att sänka mödradödligheten till år 2000. Men i stället har den ökat sedan 1980-talet.

Till en del hänger det självfallet ihop med att antalet kvinnor, och antalet graviditeter, ökar konstant. Men det är också uppenbart att i vissa länder, inte minst de afrikanska, har mödradödlighetstalet stigit mer än befolkningstillväxten, poängterar Gunilla Lindmark.

En orsak är utvecklingen av HIV-epidemin, där septiska dödliga infektioner i samband med förlossningen har direkt anknytning till HIV-infekterade kvinnors nedsatta immunförsvar.

Abort är en annan stor – och ännu inte uppmärksammat – orsak till att kvinnor dör i samband med graviditet, poängterar Gunilla Lindmark.

20–30 procent av mödradödligheten är abortdödlighet! På vissa håll, t ex i Latinamerika, är siffran så hög som 50 procent.

– Säkra aborter ... ingen annan enskild åtgärd skulle vara så effektiv för

att minska mödradödligheten.

Men det är en åtgärd som inte är politiskt möjlig i många länder idag. Motståndet är stort – religiöst, kulturellt, traditionellt.

Motståndet är djupt rotat också bland kvinnor själva.

– Vi har tillsammans med kollegor i Zimbabwe gjort en studie på kvinnor som sökt för missfall. Av dem svarade 40 procent att de gått

vägen om en illegal abortör. Majoriteten av dessa kvinnor tyckte själva att detta var fel, att abort ska vara straffbart.

– Och det är »dödsstraff», potentiellt dödsstraff, för den som genomgår en illegal abort.

Utbildning behövs här för att påverka attityden till preventivmedel. ►

”Säkra aborter ... ingen annan enskild åtgärd skulle vara så effektiv för att minska mödradödligheten.”

”I text afrikanska länder är det inte ovanligt att unga flickor utnyttjas av en »guardian», t ex en lärare eller en äldre man i bekantskapskretsen. Skolflickor kan tvingas ha sex med sin lärare för att få ut sina betyg.”

ANNONS

Som läkare och forskare kan vi knappast göra några revolutionära insatser för att förbättra hälsovården. De stora greppen, de måste tas genom politiska satsningar som bl a kan stärka kvinnors ställning i samhället och ge bättre möjligheter till utbildning och arbete – och på sikt förbättra kvinnors hälsa. Vår egen roll är begränsad, men inte oviktig ... vi kan ju ge underlagen för de politiska besluten, säger Gunilla Lindmark.

– Det är viktigt att ge insikt om behovet av att skriva ut preventivmedel, även åt unga ogifta flickor. Trots att det är tillåtet i lag görs det ofta inte därför att barnmorskan, eller doktorn, tycker att: »Nej, det är omoraliskt.» Men om kvinnan blir gravid och dör i en abort? Vems fel är det?

Forskning är ett annat sätt att, långsiktigt, tackla problemet.

– Det är viktigt att vi gynekologer/obstetiker systematiskt kartlägger och beskriver den globala abortdödligheten. Den är inte känd. Mödradödlighet tänker vi oss som dramatiska händelser vid förlossningen, stora blödningar osv. Inte tror vi att så stor del bottnar i aborter, dvs socialt förknippade faktorer.

Det handlar inte om promiskuitet eller omoral, betonar Gunilla Lindmark. Det budskapet är viktigt att sprida.

– Många av de kvinnor som genom-

går illegal abort är gifta flerbarnsmam-mor som av ekonomiska eller sociala skäl inte klarar ytterligare en graviditet, ytterligare ett barn.

En annan stor grupp är unga tonårs-flickor.

– I t ex afrikanska länder är det inte ovanligt att unga flickor utnyttjas av en »guardian», t ex en lärare eller en äldre man i bekantskapskretsen. Skolflickor kan tvingas ha sex med sin lärare för att få ut sina betyg.

Förutom hälsohotet är flickgraviditeter ett stort socialt problem. Gravida skolflickor åker ur skolan, och får inte komma tillbaka. Även om de inte hamnar i abortstatistiken, har de inte längre samma möjligheter att utvecklas i ett bra yrke och få en bra ekonomi.

Reproduktiv hälsa bland tonåringar står därför högt på den internationella agendan.

”Insatser för att minska malariaförekomsten kan inom vissa områden vara betydligt mer verk-samma för att få ner mödradödligheten än t ex mödrahälso-vårdens blodtrycks-mätningar.”

Mödradödligheten i världen ökar: 600 000 kvinnor dör nu varje år i samband med en graviditet. 20–30 procent av dem dör i sviterna efter en illegal abort! Abortdödligheten, och mödradödligheten, står högt på listan över den globala kvinnohälsovårdens mest brännande frågor, berättar Gunilla Lindmark.

– I Sverige har vi haft ungdomsmot-tagningar sedan 1970-talet, där vi har jobbat med mycket stor framgång. Tonårsgraviditeterna har minskat, andelen är bara en fjärdedel av den i USA t ex.

– Men i ett fattigt land med små hälsovårdsresurser är det svårt att prioritera insatser för just tonåringar. Dessutom anses det kanske att de inte ska ha någon sexualitet, vilket också ger intensiva debatter kring moralfrågor.

Inom tonårshälsan finns ytterligare ett problem: HIV-epidemin har lett till att vuxna män i ökande omfattning utnyttjar mycket unga flickor.

– Inte för att de är pedofiler, utan därför att de räknar med att flickorna inte är smittade. Av det skälet ökar också våldtäkter mot unga flickor.

– Dessutom finns i afrikanska länder en vidskeplig föreställning: Om en HIV-smittad man har sex med en ung oskuld renas mannen från sin infektion och blir frisk ...

Aborter är en stor enskild faktor bakom den ökande mödradödligheten. De övriga är många och skiftande. Men till stora delar bottnar de i ett dåligt allmänt hälsotillstånd: förutom HIV bidrar t ex anemi, malaria, parasit- och bristsjukdomar etc till den stora andelen indirekt obstetrisk dödlighet.

– Insatser för att minska malariaförkomsten kan inom vissa områden vara betydligt mer verksamma för att få ner mödradödligheten än t ex mödrahälsovårdens blodtrycksmätningar.

En bra mödrahälsovård – för att upptäcka och behandla kvinnor med riskgraviditeter – finns inte för många av

världens kvinnor. Resurser saknas och länkarna mellan olika vårdinstanser fungerar inte – det är de stora stötestenarna.

I u-länder har mödravårdsprogrammen varit för smala och haft för litet samband med övrig hälsovård, betonar Gunilla Lindmark. Insatserna blir för fattiga.

– Det är svårt att driva mödrahälsovård i en resursfattig miljö. Det är så litet man kan göra där på plats, annat än att möjligen identifiera en risksituation. Men kan man sedan inte åstadkomma nästa led, dvs att behandla, då har man inte uppnått så mycket.

Den nya trenden idag är att stärka samarbetet mellan mödra- och barnhälsovård. Till barnhälsovården kommer kvinnorna med sina barn, och där kan de »byggas upp» mellan graviditeterna.

– Över huvud taget måste insatserna i mödrahälsovården bli tydligare och rikta in sig på de hälsoproblem som går att göra något åt, anemi t ex.

Men de tunga grundorsakerna till ökande mödradödlighet och dålig kvinnohälsa, dem råar ingen hälsovård eller läkare på.

T ex är transporter och kommunika-

tioner knäckfrågor i länder där infrastrukturen är otillräcklig.

Det utbredda kvinnovåldet är ytterligare ett hot mot kvinnors hälsa. Och många av världens kvinnor har inte rätt och makt att själva och på eget initiativ söka läkare och vård. Här krävs långsiktiga politiska satsningar: Att bli starka kvinnors ställning i samhället och ge

bättre utbildnings- och arbetsmöjligheter – det är viktiga insatser för att också förbättra hälsan.

– Men vad vi kan göra är att hjälpa våra kolleger i andra länder genom att vara med och ordna seminarier, utbildningsdagar osv. Vi kan också hjälpa dem att systematiskt dokumentera verkligheten och att använda den dokumentationen för att argumentera. Det är viktigt att det blir till

rapporter som kommer ut i det egna landet på det egna språket, att det skrivs i de lokala tidningarna.

Härmed kan politiker få idéer och underlag för nya beslut.

– För de slutliga stora greppen, dem kan inte vi läkare ta. Vi kan inte göra några revolutionära insatser. Vår roll är begränsad, men inte helt oviktig.

Säger Gunilla Lindmark, landets första professor i internationell mödra- och kvinnohälsovård. •

”Dessutom finns i afrikanska länder en vidskeplig föreställning: Om en HIV-smittad man har sex med en ung oskuld renas mannen från sin infektion och blir frisk ...”