

Hvor mye av barselomsorgen er gamle ritualer i en medisinsk innpakning?

## Fødsel, barsel og ritualer

Av gode grunner assosieres jul med fødsel. Da passer det godt i en førjulstid å lese i dette nummer av Tidsskriftet om Fødselsstiftelsen i Christiania, den første fødeavdelingen i Norge, på slutten av 1800-tallet (1).

I dag er det lett å glemme hva som faktisk kan skje når fødsler stopper opp og det ikke foretas noen intervensjon. I motsetning til andre primater, er det bare så vidt homo sapiens kan føde (2). Det kan se ut som om prisen for at vi kan gå på bakbeina og ha stor hjerne, er at fødsler er forbundet med høy mortalitet og morbiditet. Forskjellen i hoftebredde mellom kvinner og menn er ikke tilfeldig, men har utviklet seg gjennom naturlig seleksjon gjennom 2–3 millioner år. Naturlige fødselsforløp kan være tragiske, og tallene fra Fødselsstiftelsen i 1852, med maternell og perinatal dødelighet på henholdsvis 3,4 % og 8,3 % (1), illustrerer at fødselshjelp før moderne medisin var et særdeles dramatisk fag.

I en annen artikkel i dette nummer av Tidsskriftet reiser Siri Vangen & Per Bergsjø spørsmålet «Dør kvinner av graviditet i dag?» (3). Dødsårsaksregisteret i Statistisk sentralbyrå viser 47 dødsfall relatert til svangerskap og fødsel i 20-årsperioden 1981–2000, en rate på 4,1 per 100 000 fødsler. Forfatterne antyder underrapportering og henviser til Finland og Sverige der mødredødeligheten i 1980-årene var henholdsvis 6,8 og 7,4 per 100 000 fødsler (3).

Det er vanskelig å forestille seg at det dør nesten dobbelt så mange mødre i våre naboland, og det er all grunn til å kvalitetssikre norske data om mødredødsfall. Blant annet bør dødsårsaksregisteret rutinemessig kobles med Medisinsk fødselsregister (3) eller den vanlige registreringen av fødsler. På grunn av antatt underrapportering justerer faktisk Verdens helseorganisasjon dødelighetstallene som innrapporteres fra Norge og andre industrialiserte land. For vårt og mange andre land er korreksjonsfaktoren 1,5, mens Finland slipper unna med 1,03 fordi de har bedre kvalitet på sin statistikk (4). I 1991–93 var mødredødeligheten i Norge, ifølge internasjonal statistikk, ni per 100 000 fødsler (4).

Selv om det i vårt land er få kvinner som dør i forbindelse med svangerskap og fødsel, er det all grunn til å undersøke hvilken lærdom man kan hente fra disse dødsfallene. I England har mødredødsfall vært vurdert systematisk de siste 50 år (5). I siste rapport konstateres det at antall dødsfall relatert til trombose og emboli har gått ned; det samme gjelder dødsfall relatert til anestesi. Dette er nyttige eksempler på at rutiner er forbedret etter at kvalitetsproblemer er blitt identifisert (5).

Vi har ingen garanti for at mødredødeligheten alltid vil være lav. Økt bruk av keisersnitt og effektiv behandling av infertilitet og subfertilitet er ikke uten risiko. Økende gjennomsnittsalder blant de gravide og økt andel førstegangsfødende har en pris, og økende sosiale forskjeller i samfunnet er et faresignal.

Også i Norge burde informasjon om maternelle dødsfall samles systematisk for å undersøke om det er noe vi kan lære. Når keisersnitt, ifølge Vangen & Bergsjø (3), var årsak til fem av de 47 dødsfallene, og 12 av dødsfallene skjedde i fylkessykehus eller små lokalsykehus, sitter leseren igjen med en rekke spørsmål som materialet i artikkelen ikke kan gi svar på.

Internasjonalt er mødredødelighet et stort problem. Årlig dør om lag 515 000 kvinner i forbindelse med svangerskap og fødsel (4). Dette tilsvarer en 11. september-tragedie hver annen dag eller 3–4 jumbojetulykker daglig. Omtrent 99 % av mødredødsfallene skjer i den fattige delen av verden. Og fordi prognosen for mindre-årige gjenlevende barn i denne delen av verden er dårlig, rammes i praksis mange individer for hver mor som dør.

Barselperioden er preget av myter. Slik er det i alle kulturer. Malin Eberhard-Gran og medarbeidere publiserer i dette nummer av Tidsskriftet en grundig og systematisk litteraturstudie av barselomsorg i ulike kulturer (6). Man undres over kuriøse og omfattende skikker rundt om i verden – ikke alle like gagnlige i et folkehelseperspektiv. Det er fristende å tro at de internasjonale ulikhetene i barselomsorgen i hovedsak skyldes at ritualer, skikker og sedvaner ukritisk videreføres i medisinen. Mangel på forskning kan føre til at omsorgen mer blir styrt av sedvane enn av forskningsbasert kunnskap. For eksempel er hjemmebesøk etter fødselen viktige elementer i omsorgen både i England (6) og New Zealand, hvor minimumskravet er seks besøk i løpet av seks uker (7).

I Norge er slik oppfølging ikke prioritert, og det tradisjonelle hjemmebesøket av helsesøster etter en ukes tid blir nå ofte behovsprøvd. Det hevdes ofte at kvinner må få være innlagt i sykehus eller på hotell for å hvile ut i et romslig antall dager etter fødsel. Andre steder i verden er tidlig hjemreise rutine og har alltid vært det.

Troen på sengeleiets helbredende kraft har holdt seg påfallende lenge innen obstetrikken sammenliknet med i andre fag (8). I Norge er det på tide å flytte diskusjonen om barselperioden fra varigheten av opphold på fødeinstitusjon etter normal fødsel til behovet for oppfølging og støtte etter fødsel. Det er grunn til å spørre seg om hvor mye av det vi gjør i omsorgen for gravide og fødende, egentlig er gamle ritualer i en medisinsk innpakning.

### Bjørn Backe

*bjorn.backe@medisin.ntnu.no*

*Bjørn Backe (f. 1947) er førsteamanuensis ved Det medisinske fakultet, NTNU, og overlege ved Kvinneklinikken, St. Olavs Hospital.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Wangensteen T, Nordal G, Hem E, Børdaahl PE. Et tidsskille i norsk fødselshjelp. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3549–52.
2. Rosenberg K, Trevathan W. Birth, obstetrics and human evolution. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109: 1199–206.
3. Vangen S, Bergsjø P. Dør kvinner av graviditet i dag? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3544–5.
4. Hill K, Abouzahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. *Bull World Health Organ* 2001; 79: 182–93. ([www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862001000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862001000300005&lng=en&nrm=iso) (26.11.2003).)
5. Why mothers die 1997–1999. The fifth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in UK. Lewis G, red. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001. ([www.cemach.org.uk/publications/CEMDreports/cemdrpt.pdf](http://www.cemach.org.uk/publications/CEMDreports/cemdrpt.pdf) (26.11.2003).)
6. Eberhard-Gran M, Nordhagen R, Heiberg E, Bergsjø P, Eskild A. Barselomsorg i et tværkulturelt og historisk perspektiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 3553–6.
7. Backe B. Desentralisert obstetrik og kamp mellom allmennleger og jordmødre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1936–8.
8. Goldenberg RL, Cliver SP, Bronstein J, Cutter GR, Andrews WW, Menemeyer ST. Bed rest in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 131–6.