

## Kvinnestemmer i Nordvest-Russland

### Høy forekomst av nevrالرørstdefekter i India

Forekomsten av nevrالرørstdefekter er svært høy i fattige landsbyer i Balrampur i Uttar Pradesh, som er et av de mest underutviklede områdene i India. Dette viser en populasjonsbasert studie som nylig er publisert i *Lancet* (1).

Studien ble gjennomført som en dørtil-dør-survey av mødre i fjernliggende landsbyer. 30 av 99 landsbyer, med til sammen flere enn 45 000 innbyggere, ble valgt ut gjennom en systematisk randomiseringsprosess. Fire team med kvinnelige feltarbeidere foretok intervjuer, der mødrene ble vist fotografier av ulike typer nevrالرørstdefekter.

I løpet av studieperioden på ett år ble det født 1 218 levendefødte barn, hvorav 10 hadde nevrالرørstdefekt, noe som tilsvarer en insidens på 8,2 per 1 000 levendefødte (6,6 hvis to barn med usikker fødselsdato ble utelatt). Dette er den høyeste rapporterte insidens for nevrالرørstdefekt i verden.

Den høye forekomsten av nevrالرørstdefekter skyldes antakelig underernæring, ettersom folatmangel øker risikoen for nevrالرørstdefekter. I indiske familier, særlig på landsbygda, spiser kvinnene tradisjonelt etter resten av familien, noe som bidrar ytterligere til underernæring av kvinnene. Forfatterne etterlyser tiltak, blant annet programmer for folattilskudd til svangre kvinner, enten gjennom kostveiledning, kosttilskudd eller folattilsetning i mat.

#### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

#### Litteratur

1. Cherian A, Seena S, Bullock RK et al. Incidence of neural tube defects in the least-developed area of India: a population-based study. *Lancet* 2005; 366: 930–1.

Russland har et meget grundig system for svangerskapskontroll med rundt 30 kontrollbesøk hos mange ulike medisinske spesialister og 10–15 kontrollbesøk hos jordmor. Gjennom et samarbeidsprosjekt mellom Norge og Russland har vi fått et innblikk i hvordan russisk svangerskapskontroll fungerer og hvordan fødende kvinner har det.

Prosjektet Foreldre og fødsel i Barentsregionen (1) var en del av samarbeidsprogrammet for helse i Barentsregionen 1999–2003. Hovedmålsettingen var, i samarbeid med regionale helsemyndigheter i Arkhangelsk og Murmansk samt Nenets autonome distrikt, å bidra til innføring av en mer familieorientert fødselsomsorg, slik Verdens helseorganisasjon (WHO) har anbefalt (2). To spørreundersøkelser blant russiske kvinner som nettopp hadde født, ble gjennomført i 2000 og 2002, og den første av disse undersøkelsene omfattet også nordnorske kvinner. Hvordan drives så svangerskapsomsorg og fødselshjelp i Nordvest-Russland?

Samarbeidsprogrammet for helse i Barentsregionen ble vedtatt på et nordisk utenriksministermøte våren 1999. Mor og barns helse var ett av flere satsingsområder. Bakgrunnen for en slik satsing var blant annet de store forskjellene i levekår på norsk og russisk side, avdekket ved Sovjetunionens sammenbrudd tidlig på 1990-tallet.

Russland har et meget grundig system for svangerskapskontroll. Under en graviditet skal en kvinne møte til rundt 30 kontroller hos mange ulike medisinske spesialister og 10–15 kontroller hos jordmor. Det er utarbeidet retningslinjer for alt som skal gjøres av praktiske prosedyrer og undersøkelser. Det sentrale helseministeriet i Moskva lager retningslinjene, og lokale institusjoner i fylker og kommuner passer på at reglene følges. Ethvert avvik medfører sanksjoner for de lokalt ansvarlige legene. Dette kan være alt fra en enkel reprimande til forflytting til mer perifere områder i regionen og/eller mulig oppsigelse (3–4). Allmennleger finnes nesten ikke, og de gravide går i stedet til gynekolog/obstetrikere. Utover undersøkelser knyttet til svangerskapet og fødselen, gjøres det også mer generelle medisinske undersøkelser av indre organer, tenner, syn osv. Den meget grundige svangerskapskontrollen må ses i lys av kommu-

nisttiden eller tiden før «perestrojka», hvor kvinners graviditet ble sett som statens mulighet til å overvåke den kvinnelige befolkningens helse. Sammenliknet med norsk svangerskapsomsorg kan man si at norsk praksis er mer orientert mot det friske, normale svangerskapet og fødselen, mens russisk praksis er mer sykdoms- og behandlingsorientert.

På fødeavdelingene gjør lokale myndigheter regelmessig sanitærinspeksjoner. De minste tegn til infeksjon i en avdeling kan føre til at avdelingen blir stengt i uker eller måneder for desinfeksjon. Da vaskes og skures hele avdelingen ned med såpe, kost og klut og står så tom i flere uker eller måneder. Angsten for infeksjoner fører til strenge regler for mors kontakt med sitt eget barn, besøk av far og andre familiemedlemmer.

Vi kjenner dette igjen fra norske fødeavdelinger i tidligere år. For bare 35–40 år siden ble far sendt hjem når mor kom til fødeavdelingen for å føde. Når barnet var født, måtte far og søsken – hvis de i det hele tatt fikk komme inn – ta til takke med å få det nyfødte familiemedlemmet vist frem av en barnepleier gjennom en glassrute i døren til rommet der spedbarna var. Barna var på barnestuen hele døgnet, med unntak av korte ammebesøk hos mor hver tredje eller fjerde time.

Prosjektet Foreldre og fødsel i Barentsregionen (1) var en oppfølging av arbeidet med såkalte mor-barn-vennlige sykehus i Arkhangelsk og Murmansk-regionen i 1996–99 under ledelse av Elisabet Hellesing, som da arbeidet i Verdens helseorganisasjon, og et team av entusiastiske russiske medarbeidere (5). Prosjektet konsentrerte seg om innføring av nye materitiner i tråd med Verdens helseorganisasjons anbefalinger for vellykket amming, de såkalte *Ten steps* (6). Disse ble implementert i føde- og barselavdelinger, som sett med norske øyne fremstod som gammelmodige. I 1999 ble det gitt midler til et nytt prosjekt knyttet til

innføring av en mer familievennlig fødselsomsorg. Eli Heiberg ved Nasjonalt folkehelseinstitutt tok over som norsk prosjektleder; på russisk side fortsatte medarbeiderne fra det foregående prosjektet.

### Kurs og studiemateriell

I den nye prosjektperioden ble det holdt til sammen 25 etterutdanningskurs i byene Naryan-Mar og Murmansk i nord til Arkhangelsk, Kotlas og Velsk i sør. Rundt 650 personer, primært leger (gynekologer/obstetrikere), jordmødre og sykepleiere deltok. Forskning fra bl.a. Cochrane-samarbeidet (7) ble brukt som kunnskapskilde. Kursledere var fortrinnsvis lokalt rekrutterte fagfolk, tidvis sammen med internasjonale foredragsholdere. Fra 2001 kom situasjonen for russiske jordmødre mer i fokus, og det ble holdt to store jordmorkonferanser, en i Murmansk og en i Arkhangelsk, med deltakelse fra hele Barentsregionen, også Norge. Det ble arrangert studiebesøk av russiske leger og jordmødre til norske fødeavdelinger. I 2002 ble det dannet egne jordmorforeninger i Murmansk-regionen og i Nenets distrikt.

Produksjon av undervisningsmaterieell ble et annet viktig satsingsområde. Det startet med oversettelse av utenlandsk materiale, og etter hvert kom produksjon av lokalt russisk materiale. Det ble laget to mindre håndbøker, den første innenfor perinatal medisin skrevet av prosjektets russiske medarbeidere. Den andre ble laget på basis av jordmorkonferansene og tre telemedisinske sendinger mellom Nord-Norge og Arkhangelsk. Utviklingen av mor-barn-vennlige sykehus i regionen ble beskrevet i et eget hefte. Alt materieell ble laget for internt bruk og distribueres fra henholdsvis Fødesykehus nr. 3 i Murmansk og Helsedepartementet i Arkhangelsk.

### Kvinnens erfaringer

To spørreundersøkelser, kalt Kvinnestemmer i Barents, ble gjennomført i 2000 og 2002. Spørsmål knyttet til kvinnens fødsels erfaringer (8–9) ble tilrettelagt for skriftlig selvrapportering. Resultatene er presentert i en rapport (1) og i en vitenskapelig artikkel (10). Spørreskjemaene ble delt ut til alle kvinner som nettopp hadde født ved sju russiske fødesteder/sykehus i 2000 og 2002 og ved sju norske fødesteder/sykehus i 2000, med unntak for svært syke mødre og dem med svært syke barn. 684 russiske og 382 norske kvinner deltok, med en svarandel på rundt 90 % i Russland og litt over 60 % i Norge (1). Forskjellen i svarprosent kan sannsynligvis tolkes som mindre grad av opplevd frivillighet hos de russiske kvinnene.

Kvinnene svarte på en femdel skala fra «svært god» til «dårlig». Det var store forskjeller i helse før svangerskapet. I 2000 rapporterte rundt 95 % av de norske mot 75 % av de russiske svært god/god helse,



Mor med nyfødt barn i samtale med legen. Foto E. Heiberg

men de norske kvinnene rapporterte en langt større nedgang i selvopplevd helse under svangerskapet enn de russiske. Forskjellen slo ut både i type og omfang av plager. Nær dobbelt så mange norske som russiske kvinner rapporterte at de var «mye plaget» av kvalme, var sliten og sov urolig. De norske kvinnene rapporterte også mer plager i rygg og bekken. Men langt flere russiske kvinner oppgav å være mye plaget av angst. Kvinnene ble også spurt om de hadde noen kronisk sykdom eller langvarig helseplage. Mer enn hver tredje russiske kvinne anførte at de hadde det, mot hver femte av de norske. De russiske kvinnene rapporterte oftest om fordøyelses- og nyresykdommer, de norske om astma, allergi og muskel- og skjelettplager (1).

Mer enn halvparten av de russiske kvinnene, mot 15 % av de norske, ble lagt inn i sykehus. De norske kvinnene lå maksimalt 1–6 dager i sykehus, mens majoriteten av de russiske lå på sykehus i 14 dager eller mer, og da er opphold i forbindelse med fødselen ikke medregnet. Risiko for truende fødsel ble den hyppigst anførte årsak til innleggelsen, fulgt av høyt blodtrykk og ødem. Høyt blodtrykk og ødem var vanligst for de norske kvinnene (10).

Det ble stilt en rekke spørsmål om ulike typer praksis, fra om kvinnene ble barbert nedentil, fikk klyster osv. til omfang av medisinske inngrep. Det var stor forskjell på norsk og russisk praksis. Det ble intervertet for å få fødselsarbeidet i gang i rundt to tredeler av alle de russiske fødselsforløpene i 2000 og ved noen færre i 2002. Vanligste intervensjon var hinnerivning, stimulering av fødselen med medikamenter og manuell tøyning av livmorhalsen. Halvparten av de russiske kvinnene lå flatt på ryggen i åpningstiden i 2000, hver tredje i 2002, mot færre enn hver tiende av de norske.

Bare litt mer enn halvparten av de russiske kvinnene oppgav at de hadde tilgang til noe å drikke under fødselsarbeidet. Mer enn 80 % av kvinnene i begge land fødte vaginalt.

Få russiske kvinner hadde sin partner eller en annen nær person med seg da de fødte eller i de første timene etter fødselen. I 2000 svarte halvparten av dem at de ikke ønsket å ha noen med seg under fødselen; i 2002 var andelen steget til to tredeler. Bare rundt en femdel av kvinnene hadde barnefaren sammen med seg de første timene etter at barnet var født. Dette stod i sterk kontrast til de norske kvinnene. Nesten alle (95 %) hadde en nær person med seg både under fødselen og sammen med seg etter at barnet var født (1).

Innepleie, dvs. at mor og barn var sammen hele dagen, var innført ved alle de sykehusene vi besøkte. Kvinnene ble spurt om de hadde følt seg personlig behandlet og om de var møtt med respekt på fødeavdelingen når det gjaldt mulige ønsker og behov. De norske kvinnene skåret høyt. Rundt 90 % av de norske kvinnene følte seg møtt med respekt og ble personlig behandlet, mot bare rundt halvparten av de russiske. Et så personlig spørsmål ble nok oppfattet som uvanlig for de russiske kvinnene i 2000, for bare to tredeler av kvinnene besvarte dette spørsmålet. I 2002 svarte langt flere, men svarene var stort sett de samme (1).

### Veien videre

De viktigste erfaringene fra dette prosjektet er en utvikling mot noe mindre intervensjon under fødselsforløpet og en mer mor-barn-vennlig praksis med hensyn til amming. Kvinnene i 2002 var generelt mer tilfredse med behandling og omsorg fra helsevesenet enn kvinnene i 2000, men alle var langt mindre tilfredse enn de norske kvinnene

i 2000. På andre områder var det ingen klar endring fra 2000 til 2002; dette gjaldt f.eks. innleggelse i sykehus i svangerskapet. På ett område var utviklingen overraskende; at andelen kvinner som ikke ønsket å ha partneren eller noen annen nær person med seg når de fødte, hadde økt (1).

Den ulike organiseringen av helsevesenet og det sterke fokuset i den russiske svangerskapsomsorgen på mulig sykkelighet bidrar til de store forskjellene i innleggelsespraksis og til varigheten av opphold i sykehus. Dette dreier seg nødvendigvis ikke bare om sykkelighet, men også om økonomi. I det russiske helsevesenet fikk sykehuset betalt per seng, og alle avdelinger var nødt til å holde et visst belegg for å opprettholde sitt tilbud. Det er ikke bare et spørsmål om hvordan hvert enkelt sykehus bruker midlene de har å rutte med, det har også en personlig og privat side. Mens norske kvinner i dag har gratis tilgang på ulike former for smertelindring, og som en selvfølge har barnefar eller andre nærstående personer med seg under fødselen, er dette goder de fødende eller familien i dagens Russland må betale for. Og prisene stiger.

Prosjektet Foreldre og fødsel i Barentsregionen hadde et team av dyktige og entusiastiske fagfolk som ønsket forandring. Det skal likevel ikke stikkes under stol at prosjektet i løpet av fireårsperioden tidvis erfarte motivasjonssvikt. Dette var et mangesidig prosjekt med mange aktører, som for det meste arbeidet frivillig og ulønnet. De russiske medarbeiderne var uvante med å skrive søknader, og norske søknadsprosedyrer var fremmed for dem. Mange hadde et urealistisk syn på hva Norge kunne bidra med. For eksempel var de skuffet over at det ikke fantes midler til regulær drift av nyetablerte tiltak, og at det ikke kunne betales regulære lønninger til russiske medarbeidere.

Kommunikasjon og språk var en stor utfordring. Dyktige og velkvalifiserte fagfolk snakket utrolig lite engelsk. Vi måtte hele tiden arbeide gjennom tolk, og gode tolker var en knapp ressurs. Vanskene til tross, hovedinntrykket er sett fra både norsk og russisk side at prosjektet videreførte en endringsprosess til beste for russiske kvinner og barn. Erfaringer og kunnskap fra prosjektet skal nå videreføres i et lokalt samarbeid mellom sykehuset i Kola utenfor Murmansk og Hammerfest sykehus. Byene er allerede vennskapsbyer, noe som innebærer at administrative kanaler allerede er etablert. Arbeidet skal også videreutvikles til å omfatte mødre og barns helse.

#### Eli Heiberg

eli.heiberg@fhi.no

#### Svetlana Skurtveit

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Divisjon for epidemiologi

Postboks 4404 Nydalen

0403 Oslo

Manuskriptet ble godkjent 22.8. 2005.

*Vi takker Samarbeidsprogrammet for helse i Barentsregionen 1999–2003 for økonomisk støtte, og Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for epidemiologi, for å ha stilt arbeidsplass til rådighet. Vår takk går også til det russiske teamet av medarbeidere: gynekolog/obstetriker Tatyana Y. Dinekina fra Fødesykehus nr. 3 i Murmansk, Vyacheslav L. Kabakov fra Helsedepartementet i Arkhangelsk og assisterende professor i nyfødtsmedisin Nina I. Kondakova (in memoriam). Takk også til Elisabet Helsing, som fungerte som uformell rådgiver i prosjektets startfase.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

#### Litteratur

1. Heiberg E, Kondakova NI, Dinekina TY et al. Voices of women in the Barents region. Report from the project «Family Friendly Maternity Care» within the Barents Health Programme 1999–2003. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004: 5.
2. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202–7.
3. Chalmers B. Maternity care in the former Soviet Union. BJOG 2005; 112: 495–9.
4. Chalmers B, Samarskaya MF, Tkatchenko E et al. Women's experiences of birth in St. Petersburg, Russian Federation. J Reprod Infant Psychol 1998; 16: 243–58.
5. Helsing E, Chalmers BE, Dinekina TY et al. Breastfeeding, baby friendliness and birth in transition in North West Russia: a study of women's perceptions of the care they receive when giving birth in six maternity homes in the cities of Arkhangelsk and Murmansk, 1999. Acta Paediatr 2002; 91: 578–83.
6. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Genève: WHO, 1989.
7. Enkin M, Keirse JNC, Neilson J et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. London: Oxford University Press, 2000.
8. Chalmers B. Black women's birth experiences: changing traditions. J Psychosom Obstet Gynaecol 1987; 6: 211–24.
9. Chalmers B, Mangiaterra V. Appropriate technology for birth: A global perspective. J Soc Obstet Gynaecol Canada 2001; 23: 574–5.
10. Heiberg E, Helsing E, Skurtveit S. Voices of women – perceptions of health, illness and health care service during pregnancy in Northwest Russia and Northern Norway in 2000. Norsk Epidemiologi 2003; 13: 199–205.