

## De beste blir hudleger

■ Konkurransen om å bli hudlege i USA er hard, ifølge et oppslag i The New York Times nylig (1). Av amerikanske legestudenter som søkte utdanningsstilling i 2007, fikk bare 61 % av dem som hadde dermatologi som førstevalg innpass i faget – sammenliknet med 98 % for indremedisin og 99 % for allmennmedisin (family medicine). Gruppen med utdanningsstilling i dermatologi hadde høyest median karakter og høyest andel studenter med særlige gode karakterer – på linje med dem som spesialiserte seg i plastikkirurgi og øre-nese-hals-sykdommer.

Hudfagets popularitet i USA har vært økende i flere år. Dette kan delvis forklares med amerikanernes stadig økende vektlegging av utseende og livskvalitet. Mange legestudenter velger nok dermatologi pga. gode inntekstmuligheter, mer autonomi og mindre vaktbelastning. Dermatologi egner seg bl.a. godt for privatpraksis der man får direkte betaling fra pasientene, uten innblanding fra offentlige og private helseforsikringsordninger.

Flere fakultetsledere i USA har etterlyst tiltak for å bedre rekrutteringen til allmennmedisin og forebyggende medisin, fag med langt større potensial for å bevirke bedret folkehelse enn dermatologi.

For 25 år siden var det indremedisin og generell kirurgi som trakk til seg de beste legestudentene, og dermatologi hadde lav prestisje. Den medisinske utvikling har ført til langt flere og mer effektive behandlingsformer mot hudsykdommer, og kosmetisk dermatologi har fått større og større plass. I USA er forskningsmulighetene i faget fortsatt gode.

### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no  
Hudavdelingen  
Rikshospitalet

### Litteratur

1. Singer N. For top medical students, an attractive field. The New York Times 19.3.2008. [www.nytimes.com/2008/03/19/fashion/19beauty.html](http://www.nytimes.com/2008/03/19/fashion/19beauty.html) [25.3.2008].

# Endrede holdninger til fødselshjelp i Øst-Kongo

Keisersnitt er i ferd med å erstatte instrumentell vaginalforløsning i de østlige deler av Den demokratiske republikken Kongo, og jordmødrenes rolle er svekket. Denne utviklingen, som også ses i andre utviklingsland, er lite ønskelig.

De østlige deler av Den demokratiske republikken Kongo har de siste ti årene vært utsatt for store tragedier i form av krig, systematiske voldtekter, internflyktninger og sosial nød. Situasjonen er tidligere beskrevet i Tidsskriftet (1) og er blitt betegnet som vår tids største humanitære katastrofe. International Rescue Committee gjorde i 2004 en intervjuundersøkelse blant 19 500 familier (households) i alle deler av landet og beregnet på grunnlag av funnene at siden 1998 har 3,9 millioner mennesker i Øst-Kongo mistet livet som følge av krigssituasjonen (2). De fleste dødsfallene skyldes ikke direkte krigshandlinger, men vanlige tilstander som normalt lar seg behandle eller forebygge.

Særlig utsatt er små barn og gravide. Krigen og sammenbruddet i helsetjenesten har hindret dem i å få nødvendig hjelp. Mødre-dødeligheten, som regnes som et godt mål på sviktende helsetjenester, var i Øst-Kongo 45 % høyere enn i resten av landet – det var om lag 1 174 dødsfall per 100 000 levendefødte (2). I Norge er mødre-dødeligheten på 9 per 100 000. Jordmor-assistert fødsel og tilgang til akutt fødselshjelp, særlig keisersnitt, regnes som de viktigste midlene i bekjempelsen av mødre-dødelighet. Ett av FN's millenniumsmål er at mødre-dødeligheten skal reduseres med to

tredeler innen 2015, men lite er skjedd så langt.

Høsten 2007 arbeidet jeg i Øst-Kongo, både på misjonssykehuset i Kaziba, der jeg var første gang i 1970, og på det nyopprettede universitetssykehuset Panzi i provinshovedstaden Bukavu, 50 km unna. Det arbeider tre unge kongolesiske leger i Kaziba, ingen av dem er spesialister. Med unntak av kortere evakueringsperioder har sykehuset vært i funksjon siden 1958 og betjener tilnærmet samme område som da. Men befolkningen har gått noe ned, fra ca. 120 000 i 1992 til ca. 90 000 nå. Mange har flyktet til sikrere områder.

### Færre fødsler

For å få et inntrykk av hvordan krigssituasjonen har påvirket mødre- og spedbarnsdødeligheten i Kaziba foretok jeg en opptelling fra sykehusets fødselsregister for årene 2006 og 2007. Tallene ble sammenliknet med tilsvarende registerdata for periodene 1971–72 (en fredelig periode) og 1991–92 (etter mange års vanstyre under president Mobutu). Tallene fra 1971–72 og 1991–92 er tidligere publisert i Tidsskriftet (3).

Fødselstallet er gått noe ned etter årene med krig (tab 1). Nedgangen i folketallet betyr nok noe, men økt fattigdom og manglende sikkerhet gjør at færre oppsøker fødeavdelingen. Mødre-dødeligheten blant dem som fødte på sykehuset, har imidlertid ikke økt. Dette tyder på at personalet har gjort en god jobb under vanskelige forhold. Den perinatale dødeligheten har også vært stabil, det samme gjelder andelen små barn (under 2 500 g). Det skal tilføyes at vi vet lite om hvordan det går med mor og barn når fødselen skjer hjemme. Ryktet sier at det er mange som dør i forbindelse med hjemmefødsler.

### Flere keisersnitt – mindre bruk av vakuump

Det som også er påfallende, er økningen i keisersnittfrekvens, som ble fordoblet fra 1972 til 1992 (3), men som nå er mer enn tredoblet, til nær 20 %. Samtidig er bruken



Brev fra Kongo

av vakuumekstraksjon nesten borte. Legene ved sykehuset kjenner ikke metoden lenger. De få sugekoppforløsningene som gjøres, er det eldre jordmødre som står for. Det ser ut til at så å si alle obstetriske problemer nå løses ved keisersnitt. Dette gjelder også når fødselen stopper opp sent i utdrivningsfasen.

At keisersnitt erstatter instrumentell vaginalforløsning, er en utvikling man ser i mange land, også utviklingsland. Den som anses lite ønskelig (4). Det er flere grunner til dette. Et arr i uterus medfører risiko, spesielt for ruptur, ved senere svangerskap og fødsel. Tabellen viser da også at forekomsten av uterusruptur i Kaziba økte 5–6 ganger i løpet av tidsperioden. Med ustabil tilgang på helsetjenester blir en slik utvikling ekstra farlig. Sykehuset var stengt et halvt års tid på grunn av krigshandlinger, og på basis av tallene kan man regne med at det da var omtrent ti kvinner med uterusruptur som ikke fikk behandling – og som høyst sannsynlig døde som følge av dette, sammen med barnet.

Selv om keisersnittingrepet er tryggere enn det var før, medfører det fortsatt en risiko for at kvinnen skal dø – hos oss var risikoen 13 ganger høyere enn ved vaginal fødsel (3). De fleste av dødsfallene skyldes peritonitt eller blødning. Transfusjon innebærer også spesielle utfordringer i områder med høy prevalens av hivinfeksjon. Keisersnitt gjort sent i fødselsforløpet – da vakuumekstraksjon er et bedre alternativ – er teknisk vanskelig og risikofyllt. Det kan være problemer med å få barnet opp, uoversiktlige forhold, fare for rifter og blødning. Blæren er gjerne trukket høyt opp og det er fare for blære- og ureterskade. Ved universitetssykehuset Panzi ble det i perioden 2006–07 operert 55 pasienter med urogenital fistel som var påført i forbindelse med keisersnitt (data under bearbeiding). Dette er ny observasjon fra et område med høy keisersnittfrekvens og uerfarne operatører.

I mange kulturer innebærer keisersnitt at kvinnen mister verdighet og at hennes sjans til å få en stor familie blir mindre. Ved keisersnitt i stedet for vaginalforløsning gjøres fødselen til en kirurgisk affære og jordmørens rolle kommer i bakgrunnen. Keisersnitt er dessuten svært ressurskrevende. Mange pasienter klarer ikke å betale, og sykehuset blir stående med alle utgiftene. Prisen på 40 amerikanske dollar høres ikke mye, men det representerer mer enn en månedslønn for en vanlig arbeider.

Ved utspørring av legene i området om hvorfor de ikke lenger brukte vakuum (eller tang), fikk jeg til svar at dette var en farlig metode. Dette stemmer ikke hvis inngrepet utføres korrekt og på riktig indikasjon (5). Legene hevdet også at bruk av sugekopp på barnets hode øker risikoen for mor-til-barntransmisjon av hivinfeksjon. Men det finnes ikke data på dette. Hivprevalensen i det aktuelle området er dessuten liten, ca. 1 %.



Utdanningen av leger i Afrika kan føre til at jordmødrenes rolle i fødselshjelpen svekkes. Fra avslutningsseremonien for nyutdannede leger ved det protestantiske universitetet i Bukavu, Øst-Kongo. Foto Mathias Onsrud

At keisersnitt beskytter mot hivtransmisjon i større grad enn vaginal forløsning, gjelder kun før vannet er gått (6). Det ble også påstått at vakuumforløsning forårsaker vesikovaginal fistel. I fistelmaterialet fra Panzi fant vi at av 526 pasienter som var operert for obstetriske fistel, var 99 (17 %) blitt forløst ved hjelp av vakuumekstraksjon før fistelen oppsto. Her må man anta at sugekoppen var blitt feil applisert, eller at trykkskade av blære- og ureterskade allerede var etablert da forløsningen skjedde.

Hovedgrunnen til legenes skepsis mot vakuumforløsning ligger nok heller i at de ikke lenger mestrer metoden. En spørreundersøkelse i 121 utviklingsland viste at i bare 48 % av landene var vakuumekstraksjon kjent og brukt i noen særlig grad (4).

### Svekket jordmorrolle

Mangel på kompetent fødselshjelp, dårlig sikkerhet og stor fattigdom truer de fødende

i dagens Kongo. Men de kvalitetsmessige manglene i tilbudet er også et problem. Det undervises i dag ikke i alternativer til keisersnitt. Landet har få gynekologer med erfaring i instrumentell vaginalforløsning. Tidligere ble jordmødre opplært i vakuume-kstraksjon og i bruk av oksytocin for risti-mulering. Nå er jordmødrenes rolle tonet ned. Det utdannes færre, til tross for det erklærte helsepolitiske mål at alle fødsler skal være overvåket av kompetent person. Man har opprettet flere nye sykehus og utdanner flere leger. Disse har i stor grad tatt over fødselshjelpen. I den aktuelle regionen har man lagt ned en jordmorskole, men opprettet tre medisinske fakulteter, hvor det nå uteksamineres 50–100 nye leger årlig. Men erfaringen disse unge legene får i fødselshjelp, før de sendes til avsidesliggende sykehus, er mangelfull.

Etter min mening må jordmorutdanningen styrkes. For legene må en «post-

**Tabell 1** Fødselsstatistikk for periodene 1971–72, 1991–92 og 2006–07 ved sykehuset i Kaziba, Den demokratiske republikken Kongo

	1971–72		1991–92		2006–07	
	Antall	(%)	Antall	(%)	Antall	(%)
Fødsler totalt	2 036	(100)	6 320	(100)	4 737	(100)
Maternell dødelighet	6	(0,30)	8	(0,12)	6	(0,13)
Perinatal dødelighet	57	(2,8)	132	(2,1)	98	(2,1)
Fødselsvekt < 2 500 g	358	(17,6)	1 301	(20,6)	937	(19,8)
Keisersnitt	127	(6,2)	760	(12,0)	914	(19,3)
Vakuumforløsning	183	(9,0)	279	(4,4)	43	(0,9)
Uterusruptur	3	(0,15)	37	(0,59)	38	(0,80)

graduateutdanning» og en sertifiseringsordning i fødselshjelp på plass. Siden Kongo mangler den nødvendige ekspertise, ligger det her en utfordring for fagmiljøer i andre land.

Forholdene i Øst-Kongo er neppe typisk for utviklingslandene. Keisersnittfrekvensen på populasjonsbasis bør ligge et sted mellom 5 % og 15 % (7). I seks land – fem afrikanske og ett asiatisk – er den på under 1 % (8). Og det er store forskjeller innad i landene – mellom by og land og mellom rik og fattig. Hos den fattigste femdel av befolkningen er keisersnittfrekvensen på under 1 % i 20 land, mens den i et land som Brasil er på 68 % i den rikeste femdel av befolkningen (8). Det typiske for Afrika sør for Sahara er at kvinnene som trenger slik livreddende behandling, ikke får det. En bedring av tilbudet er derfor absolutt nød-

vendig. Dette står ikke i motsetning til at det settes et kritisk søkelys på bruken av keisersnitt og på fødselshjelpen generelt. Her bør det ene gjøres og det andre ikke lates ugjørt (9).

**Mathias Onsrud**

*mathias.onsrud@uus.no*  
Kvinneklinikken  
Ullevål universitetssykehus  
0407 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Litteratur**

1. Watne Ø. Vald i stummande mørke. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 326–7.
2. Coglán B, Brennan RJ, Ngoy P et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. Lancet 2006; 367: 44–51.
3. Onsrud L, Onsrud M. Økende bruk av keisersnitt også i utviklingsland. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 67–71.

4. Fauveau V. Is vacuum extraction still known, taught and practiced? A worldwide KAP survey. Int J Gynecol Obstet 2006; 94: 185–9.
5. Murphy DJ, Liebling RE, Verity L et al. Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. Lancet 2001; 358: 1203–7.
6. Read JS, Newell ML. Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD005479.
7. UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF, 1997.
8. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. Lancet 2006; 368: 1516–23.
9. Matt 23, 23.

*Manuskriptet ble mottatt 4.2. 2008 og godkjent 25.3. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*