

legemidler var borte i oppfølgingsstudien, hadde 45 % som opprinnelig kun ble tildelt intensiv atferdsterapi, startet med systematisk legemiddelbehandling. Av dem som opprinnelig begynte behandling med legemidler, hadde nær 30 % sluttet med medisinene eller trappet ned. Mulige forklaringer på de endrede funnene kan derfor være at noen av de dårligste pasientene fra kontrollgruppen startet med legemidler og/eller at de pasienter med minst symptomer valgte å avslutte behandling.

Oppfølgingen gir grunn til optimisme vedrørende behandling av AD/HD. Men vi trenger mer kunnskap om effekten av legemidler brukt i kritiske faser og i forhold til symptomstyrke. Og det må forskes langt mer på effekten av andre behandlingsformer og hjelpetiltak i skolen.

Ikke alt aktivt er hyperaktivt. Men de som får diagnosen AD/HD har så stor grad av uro og impulsivitet at det ikke så lett lar seg styre av viljestyrken. Jo hardere man prøver – og mislykkes – jo større blir smerten. Min bekymring er at mange av guttene med AD/HD får for lite hjelp. For lenge siden måtte unge menn gå på glødende kull for å bevise noe. Ingen vil anbefale dette i dag.

Egil Midtlyng

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Lorentzen J. Gutter og oppvekst. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 416.
2. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 989–1002.

Blir man en bedre mor etter en smertefull fødsel?

I Tidsskriftet nr. 3/2008 skriver Hagtvedt & Eri om smertelindring til fødende og dens uheldige effekter (1). De hevder at helsevesenet primært ser den fødende kvinnen gjennom naturvitenskapelige briller, og at fødselsomsorgen generelt ikke tar inn over seg at det å føde er «en sosial hendelse av eksistensiell betydning i kvinnens liv». Dette fortjener et svar.

De peker på at det er «individuell hvilke ønsker og forventninger kvinnene har til det å føde», men det skinner klart igjennom at de mener at smertelindring generelt bør unngås. Ikke bare vil fravær av smertelindring gjøre selve fødselsopplevelsen mer fullkommen, det vil også bringe kvinnen til et dypere erkjennelsesnivå som kvinne og mor. Det er oppsiktsvekkende at de antyder at smertelindring kan gjøre kvinner til dårligere «emosjonelle veiledere» samt ha negativ «betydning for relasjonene i familiedanningen og for kvinnens og familiens fremtidige helse». Dette er patriarkalske utsagn som stigmatiserer en stor

gruppe kvinner som har tatt imot smertestilende ved fødsler. I tillegg tar de feil. En negativ fødselsopplevelse kan merke en for livet og smertelindring står helt sentralt i forebyggingen av dette (2).

Det er langt fra et mål at alle fødende skal ha epidural smertelindring. En smertetilstand er dog en individuell opplevelse, og selv om denne induseres av en «naturlig hendelse» (les: fødsel) er det faktisk den fødende som kjenner smerten og som må få legge føringer på hvordan denne smerten skal håndteres. I en tidligere spørreundersøkelse har kvinnene selv uttrykt ønske om epidural hvis de kunne velge selv (3). Dette er et fornuftig valg, fordi epidural smertelindring er overlegen annen fødselsanalgese. I motsetning til hva Hagtvedt & Eri hevder, er det også dokumentert at epidural ikke er assosiert med økt frekvens av operativ forløsning (4).

En av de viktigste forutsetningene for økningen i epidural smertelindring i perioden 1996–2002 var en holdningsendring blant jordmødre og anestesileger (5). I 2002 respekterte langt flere mors ønske om epidural smertelindring som god nok indikasjon for slik behandling. Dette imøtekommer den fødendes behov og følelse av å ha kontroll med egen fødsel. Og bra er det!

Andreas Barratt-Due
Oslo

Litteratur

1. Hagtvedt A, Eri T. Skal fødselssmerter «behandles»? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 338.
2. Nystedt A, Høgberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-reference study. J Clin Nurs 2005; 14: 579–86.
3. Trovik J, Salvesen H, Marøy M et al. Hvis de fødende selv kunne velge. Resultat fra en brukerundersøkelse i Bergens-regionen. Tidsskr Nor Legeforen 1995; 115: 838–41.
4. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005; 352: 655–65.
5. Barratt-Due A, Hagen I, Dahl V. Smertelindring til fødende i norske sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 18: 2504–6.

M.L. Hagtvedt & T.S. Eri svarer:

Det er grunn til å reflektere over økt bruk av medikamentell smertelindring i normale fødselsforløp. Indikasjonene ved bruk må være gode, og kunsten er å skille mellom normal og unormal fødselssmerte. Unormalt sterke smerter kan ha negativ effekt på kvinnen og barnet, mens normale fødselssmerter er ufarlige. Den hormonelle frigjøringen i et uforstyrret fødselsforløp er viktig for en god og rask tilknytningsprosess mellom mor og barn, i tillegg vil fødselssmerten kunne fremme mestring, selvfølelse og selvtilitt (1).

I første rekke er det kvinnen selv som må ta stilling til smertelindring, men kvinner tar sine valg i et medisinsk system som ikke

legger nok vekt på gevinsten ved å unngå intervensjoner. Hensikten med vår kommentarartikkel var ikke å stigmatisere kvinner som har hatt god hjelp av smertelindring, det er det heller ingen grunn til. Vårt anliggende er derimot å komme med et motsvar i den medisinske diskursen.

En normal fødsel må ikke utelukkende oppfattes som et medisinsk anliggende, det kan medføre overdreven bruk av smertelindrende tiltak også ved normale fødsler. Spørsmålet er om det er et gode når ca. 70 % av norske kvinner kan forvente normale fødselsforløp. Det utelukker ikke lindring av fødselssmerte, men krever en helhetlig vurdering. Studier viser at epidural smertelindring er assosiert med økt risiko for assosiert vaginal forløsning (2). WHO har demedikalisering av normale fødsler som ett av ti prinsipper for perinatal omsorg, som både Den Internasjonale gynekologforeningen (FIGO) og Det internasjonale jordmorforbundet (ICM) har gitt sin tilslutning til.

Opplevelse av kontroll er den faktoren som oftest knyttes til en positiv fødselsopplevelse (3). Tilgang til smertelindring kan for mange gi en form for kontroll, men å ha tro på egen fødekraft, og føle seg uavhengig av det medisinske systemet, vil bety reell kontroll over egen fødsel.

Som fødselshjelpere har vi alle et felles mål om at kvinner skal ha gode fødselsopplevelser. Det innebærer en helhetlig tilnærming som har respekt for ulike dimensjoner, og som anerkjenner den eksistensielle og sosiale betydningen en fødsel har i en kvinnes liv.

Mari Landsverk Hagtvedt
Tine Schauer Eri
Høgskolen i Vestfold

Litteratur

1. Niven CA, Murphy-Black T. Memory of labor pain: a review of the literature. Birth 2000; 27: 244–53.
2. Anim-Somuah M, Smiyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 4.
3. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. Birth 2003; 30: 235–47.

Ta fødselssmerte på alvor

Hagtvedt & Eri hevder i Tidsskriftet nr. 3/2008 at det har helsemessige gevinster å føde med smerte (1). Rett nok står det i Bibelen: «Stor vil eg gjera di møde så tidt du er med barn; med verk og vande skal du føda.» Heldigvis har behandling av akutt smerte endra seg mykje sidan den tid.

Påstanden til forfatterane om at smertelindring (les: fødeepidural) fører til auka bruk av intervensjonar og operative inngrep er feil. Ein stor randomisert studie publisert i *New England Journal of Medicine* i 2005

viser at tidleg fødeepidural har ein gunstig effekt på fødselen og ikkje fører til fleire intervensjonar eller keisersnitt (2). Kvinner med forventa komplisert fødsel får oftare epidural enn andre, men fødeepiduralen er ikkje årsak til at fødselen endar med vakuum, tang eller keisersnitt.

«Normal fødselssmerte overskrider vanligvis ikke hva en kvinne kan tolerere» og «kunsten er å skille mellom den normale og den unormale fødselssmerten», skriv Hagtvædt & Eri (1). Alle som arbeider med fødande kvinner, veit kor ulike fødselar er. Den einaste som kan vurdere naudsynet av smertelindring er den fødande sjølv. Fødselssmerte er intens smerte. All anna akutt smerte av denne intensiteten, t.d. etter operasjonar, vert behandla.

Valet om å få smertelindring må ikkje gjerast vanskeleg for den fødande med feilaktig informasjon og ei ideologisk tilnærming om at smerte er bra. Tradisjonelt har det vore aksept for at kvinner skal føde med smerte, men i 2008 vert smertebehandling til fødande prioritert på lik linje med anna akutt smerte. Den helsemessige «gevinsten» av sterke ubehandla smerter under fødsel vil truleg vere at fleire ynskjer keisersnitt på grunn av tidlegare traumatisk fødselsoppleving.

Eldrid Langesæter
Anestesiavdelingen
Rikshospitalet

Litteratur

1. Hagtvædt M, Eri T. Skal fødselssmerte «behandles»? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 338.
2. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. N Engl J Med 2005; 352: 655–65.

M.L. Hagtvædt & T.S. Eri svarer:

Er det riktig å sette likhetstegn mellom fødselssmerte og annen akutt smerte? Eldrid Langesæter skriver at vi tar feil når vi sier at smertelindring fører til økt bruk av intervensjoner og operative inngrep, og at fødselssmerte bør behandles på linje med annen akutt smerte. Det påpekes også at smertebehandling har endret seg siden Bibelens tid, men man kan gripe til nyere referanser for å finne liknende utsagn. I von Horns lærebok het det (ifølge Søraa): «Det er hyggeligere at jordmoren trøster henne som lider stor verk med Guds ord og vakre bønner» (1). Jordmødrene før i tiden ønsket nok at de hadde hatt mer å hjelpe med når smertene ble for sterke hos den fødende. Smertene ble beskrevet i dramatiske vendinger i Levys lærebok: «Konen har neppe et Øieblik Hvile; hun skjælver og ryster af Smerte, medens hun på samme Tid er heed og rød i Ansigtet og sveder over hele Legemet, hennes Blik er stivt og vildt og hendes Uro og Klageskrig grændse ofte til Fortvilelse» (2).

Denne kvinnen skulle åpenbart vært hjulpet siden hun ikke fremviste tegn til verken mestring eller kontroll. Heller ikke vi vil tilbake til denne tiden, men alle som arbeider med fødselshjelp vet hvor ulike fødsler er. Vi jordmødre er heldige som får være tilskuere til normale fødselsforløp, mestring og triumf. Det finnes fødsler med en begripelig, håndterbar og meningsfull smerteopplevelse.

Økt forekomst av intervensjoner og operative vaginale forløsninger ved bruk av medikamentell smertelindring er dokumentert og oppsummert i en oversiktsartikkel fra Cochrane-databasen (3). Konklusjonen var den samme i fjorårets retningslinjer fra *National institute for health and clinical excellence* (NICE): epidural analgesi er assosiert med økt forekomst av instrumentelle forløsninger (4).

Dette er likevel ikke vårt hovedpoeng. Vi ønsker å stille spørsmål ved bruk av smertelindring ved normale fødsler, som ofte er ledsaget av tolerabel smerte. Vi sier også at mestring av fødselssmerte kan gi positive gevinster, og at det derfor bør være gode indikasjoner for medikamentell smertebehandling.

«Before childbirth belonged to medicine, it belonged to women» (5). Målet er god fødselshjelp der kvinners autonomi respekteres ved at de får tilbud om smertelindring når det er hensiktsmessig, men den normale fødselssmerten bør få være en del av en sammenheng som ikke forstyrres unødig.

Mari Landsverk Hagtvædt
Tine Schauer Eri
Høgskolen i Vestfold

Litteratur

1. Søraa G. Hent jordmora. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1984.
2. Levy CE. Udtog af Fødselsvidenskabens – Lærebog for Jordmødre. København: 1843.
3. Anim-Somuah M, Smiyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; Issue 4.
4. National institute for health and clinical excellence. Intrapartum care. www.doctoralmidwiferysociety.org/docs/NICE%20INTRAPARTUM%20GUIDELINE.pdf [25.3.2007].
5. Wilson A. The ceremony of childbirth and its interpretation. I: Fildes V, red. Women as mothers in pre-industrial England. London: Routledge, 1990: 68–107.

Menneskeskapt oppvarming

I Tidsskriftet nr. 4/2008 kommenterer Gunnar Saunes (1) Charlotte Haugs leder i Tidsskriftet nr. 23/2007 (2) og trekker i tvil sammenhengen mellom menneskelig aktivitet og klimaendringer. Jeg tviler ikke på tallene Saunes nevner, men konklusjonene holder ikke helt mål. Det er viktig å rette opp uriktige argumenter mot global oppvarming.

CO₂ står muligens for bare 2 % av drivhuseffekten, men selv en liten økning i CO₂-konsentrasjonen med medfølgende temperaturøkning fører til økt fordampning fra havene og dermed mer skyer og vannedamp i atmosfæren, noe som forsterker effekten. Dette gir en sirkel med stadig høyere temperatur og økt fordampning. En annen selvforsterkende effekt er smelting av isen ved polene. Snø reflekterer mye mer sollys og varme enn vann, så hvis polene først begynner å smelte for alvor, vil oppvarmingen og smeltingen gå stadig raskere. Naturen står kanskje for 96 % av CO₂-omsetningen, kull, olje og gass for bare 4 %, men det er en stor forskjell bak disse to tallene. CO₂-omsetningen i naturen er et stabilt kretsløp. Bidraget fra fossilt brensel kommer som et tillegg som bygger seg opp år etter år fordi vi forbruker kull, olje og gass mye raskere enn det dannes. Nøyaktige målinger av CO₂-konsentrasjonen i atmosfæren bekrefter at nivået har økt jevnt hvert år (bortsett fra under oljekrisen i 1973) helt siden målingene startet. Temperaturene både på land og i havene stiger, isbreer trekker seg tilbake og vi opplever stadig oftere stormer. Det kan ikke være tvil om at klimaet er i endring, og FNs klimapanel (IPCC) slo i 2007 fast at det er svært sannsynlig at endringene er menneskeskapt. Vurderingene og rapportene til IPCC er basert på mange års grundig og uavhengig forskning fra hele verden.

Al Gores film og bok *An inconvenient truth* (En ubehagelig sannhet) er etter noens mening litt for skråsikker og inneholder noen overdrevne effektestimater, men jeg vil anbefale den til alle som trenger en vekker i hverdagen eller ønsker å skaffe seg innsikt i et av menneskeheten største problemer i de kommende årene. Og hvis noen fortsatt skulle være i tvil – er det ikke bedre å være føre var enn etter snar?

Veronika Johansen
Bergen

Litteratur

1. Saunes G. Menneskeskapt oppvarming? Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 474.
2. Haug C. CO₂ + H₂O = sant. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 3053.

Menneskeskapt oppvarming? Sannsynligvis!

I et innlegg i Tidsskriftet nr. 4/2008 gir Gunnar Saunes (1) uttrykk for sterk skepsis til FNs klimarapporter, til Al Gores film *En ubehagelig sannhet* og til en lederartikkel av redaktør Charlotte Haug (2). I den peker Haug blant annet på at klimaforandringer knyttet til økning i luftens CO₂-innhold kan få store konsekvenser for jordens ferskvannssystemer. Saunes mener at menneskeskapt CO₂-økning ikke kan spille noen rolle