

Svangerskapsomsorgen i Russland

En observasjonsstudie fra St. Petersburg

Anna Irene Skei Marsteintrædet og Ulrikke Nytun Wilhelmsen

Kull V12



UNIVERSITETET I OSLO

20.01.2017

Veileder: Babill Stray-Pedersen

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| FORKORTELSER | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| INTRODUKSJON | 3 |
| BAKGRUNN | 3 |
| SVANGERSKAPSOMSORGEN I NORGE | 3 |
| <i>Medbestemmelse</i> | 4 |
| <i>Hvem utfører kontrollene?</i> | 4 |
| <i>Dokumentasjonsmetode</i> | 4 |
| <i>Nasjonale retningslinjer</i> | 4 |
| <i>Ultralyd</i> | 4 |
| ANBEFALINGER FRA WHO | 6 |
| <i>Hvem utfører kontrollene og hvordan dokumenteres de?</i> | 6 |
| <i>Anbefalinger</i> | 6 |
| METODE..... | 8 |
| OPPHOLDET | 8 |
| RETNINGSLINJER..... | 8 |
| OBSERVASJONSSKJEMA | 9 |
| SPØRRESKJEMA | 9 |
| RESULTATER | 9 |
| 1. SVANGERSKAPSOMSORGEN I RUSSLAND..... | 9 |
| <i>Blodanalyser</i> | 10 |
| <i>Gynekologisk undersøkelse</i> | 10 |
| <i>Urinanalyse</i> | 10 |
| <i>Avføringsprøve</i> | 11 |
| <i>Ultralyd</i> | 11 |
| <i>Oftalmologisk undersøkelse</i> | 11 |
| <i>Øre-nese-hals-undersøkelse</i> | 12 |
| <i>Tannlege</i> | 12 |
| <i>Svangerskapskontrollen</i> | 14 |
| <i>Dokumentasjonsmetode</i> | 14 |
| 2. EGNE OBSERVASJONER OG SPØRRESKJEMA | 14 |
| <i>Våre observasjoner</i> | 14 |
| <i>Spørreskjema</i> | 16 |
| 3. NORSKE OG RUSSISKE RETNINGSLINJER KNYTTET OPP MOT WHO SINE ANBEFALINGER | 17 |
| DISKUSJON..... | 19 |
| SEROLOGISKE PRØVER | 19 |
| SCREENING FOR KROMOSOMAVVIK..... | 21 |
| ABORTRATER | 22 |
| KUNNSKAPSGRUNNLAG | 22 |
| HVA KAN LIGGE TIL GRUNN FOR DEN RUSSISKE MODELLEN? | 23 |
| <i>Befolkningsnedgang</i> | 23 |
| <i>Dødelighet</i> | 23 |
| <i>Sykdomsførekommst</i> | 24 |
| INTRYKK OG UTFORDRINGER | 24 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| OPPHOLDET | 24 |
| ERFARINGER OG OBSERVASJONER..... | 24 |
| UTFORDRINGER | 25 |
| KONKLUSJON | 26 |
| REFERANSER | 28 |

Forkortelser

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| WHO | Verdens helseorganisasjon |
| FANC | Focused Antenatal Care |
| SF-mål | Symfyse-fundus-mål |
| KMI | Kroppsmasseindeks |
| NT-scan | Nuchal translucency scan/nakkefold |
| CRL | Crown-rump length |
| MCV | Mean cell volume |
| MCH | Mean cell hemoglobin |
| MCHC | Mean cell hemoglobin concentration |
| RDW | Red blood cell distribution width |
| HCS | Hemoglobin color scale |
| HIV | Humant immunsvikt virus |
| LDL | Low-density lipoprotein |
| HDL | High-density lipoprotein |
| SR | Senkningsreaksjon |
| ALAT | Alanin amniotransferase |
| ASAT | Aspartat aminotransferase |
| TSH | Thyroideastimulerende hormon |
| INR | Internasjonalt normalisert ratio |
| APTT | Aktivert partiell tromboplastnitid |
| HbsAg | Hepatitt B overflate antigen |
| Anti-HCV | Hepatitt C virus antistoff |
| HSV1 og 2 | Herpes simplexvirus 1 og 2 |
| CMV | Cytomegalovirus |
| PAPP-A | Pregnancy-associated plasma protein A |
| HCG | Humant chorion-gonadotropin |
| EKG | Elektrokardiogram |

Abstract

Background: The aim of antenatal care is to observe and examine pregnant women, in purpose to detect and treat women in risk of complications and disease related to pregnancy. WHO's newest recommendations on antenatal care were published in 2016. Each country can determine how to implement these recommendations to their own program of antenatal care. The objectives of this paper are to describe the content of antenatal care in Russia and compare them to the Norwegian guidelines. Furthermore, we explore if and how the two countries use the recommendations from WHO by looking at certain parameters of examination.

Material and methods: We did an observational study at the "Center for Family Medicine" in St.Petersburg. We obtained the Russian guidelines of antenatal care and observed pregnancy controls. Additionally, we gathered information about the pregnant women's lifestyle by using a questionnaire.

Results and conclusion: When comparing the specific parameters, there are similarities between Russia and Norway; also corresponding to recommendations from WHO. However, the Russian guidelines consist of a wide range of examinations, many of which are not recommended by WHO. We observed 16 pregnancy controls and collected 24 questionnaires. Our observations are too scarce to conclude upon whether the doctor's at the "Center for Family Medicine" follow the guidelines. Still, our observations confirm that they perform a lot of tests and examinations regardless of the pregnant woman being sick or not. We question the purpose and consequences of the Russian model and what evidences it is based upon.

Introduksjon

Hensikten med denne studien er å kartlegge de russiske retningslinjene for svangerskapsomsorg, samt observere hvordan svangerskapskontrollene utføres. Vi sammenligner de med norske retningslinjer og ser hvordan de to landene skiller seg fra WHO sine nyeste anbefalinger. Vi diskuterer forskjeller mellom svangerskapsomsorgen i Norge og Russland og drøfter fordeler og ulemper med den russiske modellen.

Når vi sammenligner retningslinjene i de to landene med WHO sine anbefalinger, har vi valgt å fokusere på følgende undersøkelser: vekt, blodtrykksmåling, SF-mål, auskultasjon av fosterlyd, blodprøver inkludert infeksjonsstatus, urinprøver og ultralyd. Vi sammenligner også antall kontroller, hvem som utfører kontrollene og bruk av svangerskapskort.

Bakgrunn

Svangerskapsomsorgen i Norge

I 2005 introduserte Helsedirektoratet offisielle retningslinjer for svangerskapsomsorgen (1, s. 110). De bygger på retningslinjer fra Storbritannia som ble utgitt i 2003 (NICE-modellen) (2, s. 23)

Svangerskapsomsorgen i Norge faller inn under primærhelsetjenesten og er gratis for den gravide (2, s. 132). Den skal sikre regelmessig oppfølging og gi kvinnen trygghet. Svangerskapsomsorgen er et systematisk omsorgsprogram og regnes som forebyggende helsearbeid. Effekten hos den enkelte er vanskelig å måle, unntaket er ved patologiske eller avvikende forhold som krever medisinske tiltak (1, s.109). De fleste gravide er friske og har et ukomplisert svangerskap med spontan forløsning. Hensikten med svangerskapsomsorgen er å fange opp og behandle sykdom eller helsetruende forhold hos mor, og på den måten sørge for at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet (2, s. 8).

Medbestemmelse

Norske myndigheter ønsker å styrke pasientrettighetene ved å overføre makten fra system til pasient. Hensikten er å stimulere til valgfrihet og medbestemmelse ved bruk av helse- og omsorgstjenester. De nasjonale retningslinjene legger stor vekt på at den gravide skal informeres om undersøkelser og resultat som foreligger, slik at hun kan ta informerte beslutninger (2, s. 46).

Hvem utfører kontrollene?

Den gravide velger selv om hun vil følges opp av lege, jordmor eller en kombinasjon av begge. Det er ikke nødvendig å henvise kvinnen til gynekolog med mindre det er indikasjon for det (2, s. 29).

Dokumentasjonsmetode

Gravide kvinner har sitt eget helsekort, ”Helsekort for gravide”, som de skal ta med på hver svangerskapskontroll. Personen som utfører svangerskapskontrollene fyller ut helsekortet. Det er et nyttig redskap for å identifisere kvinner med økt risiko for komplikasjoner, og virker som et kommunikasjonsverktøy mellom fastlege, jordmor og sykehus (2, s. 57).

Nasjonale retningslinjer

De nasjonale retningslinjene anbefaler ni svangerskapskontroller, hvorav rutineultralyden utgjør én av kontrollene. Denne anbefalingen er ikke absolutt, og man tilpasser antall kontroller til den gravide (2, s. 59).

Tabell 1 gir en oversikt over undersøkelser som utføres ved de ulike kontrollene.

Ultralyd

Alle gravide kvinner tilbys ultralyd mellom svangerskapsuke 17-19. Dette er det eneste offisielle tilbudet, og ultralyd på andre tidspunkt blir kun gjort på indikasjon. Hensikten er å fastsette termin, bestemme antall fostre, lokalisasjon av placenta, samt en orienterende undersøkelse av fosterets anatomi (1, s. 111). Rutineultralyden skal ikke brukes til å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret. Slike undersøkelser regnes som fosterdiagnostikk og reguleres av Bioteknologiloven (3). I denne loven stilles en rekke krav til hvordan slike undersøkelser skal utføres samt

egne retningslinjer for hvilke kvinner som skal tilbys slik utredning. Ved mistanke om utviklingsavvik skal kvinnen tilbys fosterdiagnostisk utredning (2, s. 60-61).

Tabell 1: Oversikt over undersøkelser ved svangerskapskontroller i Norge (1, tabell 81 og 2, s. 44-45)

| | |
|----------------------|--|
| Svangerskapsuke 8-12 | <ul style="list-style-type: none"> • Vekt og beregning av KMI • Blodtrykk • Blodtyping • Rhesus status og anti-D* • Screening: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hb ○ Rubella ○ HIV ○ Syfilis ○ Hepatitt B og C på indikasjon ○ Klamydia < 25år, eller på indikasjon • Urinstiks <ul style="list-style-type: none"> ○ Proteinuri og glukosuri |
| Svangerskapsuke 18 | <ul style="list-style-type: none"> • Ultralyd |
| Svangerskapsuke 24 | <ul style="list-style-type: none"> • Vekt • Blodtrykk • SF-mål • Urinstiks: <ul style="list-style-type: none"> ○ Proteinuri og glukosuri • Spør om kvinnen kjenner liv, eventuelt lytte på hjertelyden til fosteret ** |
| Svangerskapsuke 28 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 24 • Hemoglobin • Rhesus negative: anti-D-kontroll |
| Svangerskapsuke 32 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 24 • Beregning av KMI |
| Svangerskapsuke 36 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 24 • Fosterleie <ul style="list-style-type: none"> ○ Henvis til ultralyd ved mistanke om seteleie. • Rhesus negative: anti-D-kontroll |
| Svangerskapsuke 38 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 36 • Fosterleie |
| Svangerskapsuke 40 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 36 |
| Svangerskapsuke 41 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 36 • Henvis til overtidsvurdering |

* Rhesus negative kvinner testes for anti-D i uke 28 og 36.

** Det er ikke nødvendig med rutinemessig auskultasjon dersom kvinnen kjenner liv.

Ved auskultasjon kan trestetoskop eller dopplerapparat benyttes (2, s. 40).

Anbefalinger fra WHO

Ifølge WHO skal svangerskapskontroller sørge for screening, diagnostisering og forebygge utvikling av sykdom (4, s. IX). Kontrollert oppfølging av gravide skal redusere risikoen for dødfødsler, svangerskapskomplikasjoner og sørge for at kvinner har en positiv opplevelse av svangerskapet (5). De baserer seg på en målrettet tilnærming for å oppdage og behandle graviditetsrelaterte komplikasjoner og sykdommer hos den gravide (6, s. 53).

”WHO recommendations on antenatal care for positive pregnancy experience” ble utgitt i 2016, og beskriver de nyeste anbefalingene. Disse bygger på den tidligere FANC-modellen, som anbefalte fire kontroller. I de nye anbefalingene er antall svangerskapskontroller økt til åtte (4, s. 105).

Hvem utfører kontrollene og hvordan dokumenteres de?

Kvalifiserte jordmødre og leger kan utføre svangerskapskontrollene. WHO anbefaler at alle gravide har sitt eget svangerskapskort for å forbedre kontinuitet, kvalitet og svangerskapsopplevelse (4, s. XV).

Anbefalinger

Tabell 2 gir en oversikt over hvilke undersøkelser som er anbefalt og tidspunktet de utføres på. Vi har begrenset oss til undersøkelsene beskrevet i introduksjonen.

WHO sine retningslinjer er anbefalinger til hvordan et land skal kunne praktisere god svangerskapsomsorg. Vi tolker det som at det er opp til hvert enkelt land hvordan de velger å gjøre det, men at de kan bruke WHO sine anbefalinger og tilpasse det til landets egne behov og forutsetninger.

Tabell 2: WHO sine anbefalinger til undersøkelser i svangerskapet (4, s. 112-113 og 6, s. 55)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Svangerskapskontroll nr 1: før uke 12 | <ul style="list-style-type: none"> • Blodtrykk • Hemogram * • HIV • Syfilis • Tuberkulose ** • Blodtyping og rhesus bestemmelse • Urinprøve: <ul style="list-style-type: none"> ○ Proteinuri ○ Asymptomatisk bakteriuri *** • SF-mål/abdominal palpasjon **** • Ultralyd før uke 24. |
| Før uke 24 | <ul style="list-style-type: none"> • Ultralyd |
| Svangerskapskontroll nr 2: uke 20 | <ul style="list-style-type: none"> • Blodtrykk • Proteinuri • SF-mål/abdominal palpasjon • Spørsmål om mor kjenner liv |
| Svangerskapskontroll nr 3: uke 26 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 20 • Asymptomatisk bakteriuri • Hemogram |
| Svangerskapskontroll nr 4: uke 30 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 20 |
| Svangerskapskontroll nr 5: uke 34 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 20 • Asymptomatisk bakteriuri |
| Svangerskapskontroll nr 6: uke 36 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 20 • Proteinuri • Hemogram • Fosterets leie |
| Svangerskapskontroll nr 7: uke 38 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 20 • Fosterets leie |
| Svangerskapskontroll nr 8: uke 40 | <ul style="list-style-type: none"> • Som uke 38 |

* Hemogram anbefales for diagnostisering av anemi. Der dette ikke er tilgjengelig anbefales Hb hurtigtest fremfor HCS. Det står ikke presisert i anbefalingene hvilke analyser som skal inngå i hemogrammet, men generelt er følgende parametere vanlig å inkludere: Røde blodceller, leukocytter med differensialtelling, Hb, MCV, MCH, MCHC, hematokritt, trombocytter og RDW (7).

** Tuberkulosescreening anbefales i områder der prevalensen er over 100/100 000. Ved systematisk screening anbefales bruk av raskt tilgjengelige tester, undersøkelser

eller andre prosedyrer, for eksempel symptomscreening eller røntgen thorax (4, s. XIII).

*** WHO anbefaler urindyrkning som foretrukket metode. I områder hvor dette ikke er tilgjengelig anbefales gramfarging fremfor stiks (4, s. 43).

**** Ingen klar evidens på at SF-mål er en bedre undersøkelse enn abdominal palpasjon når det gjelder vurdering av vekst (4, s. XIII).

Metode

Oppholdet

Vi tilbrakte 4 uker på “Center for Family Medicine” i St. Petersburg, fra 22. november til 18. desember 2015. Det er ett av syv medisinske sentre som tilhører “North Western State Medical University named after I.I. Mechnikov” (8). De fleste av de ansatte var assistentleger eller spesialister i ”Family Medicine”, i tillegg til to gynekologer, én nevrolog og én kardiolog . På tidspunktet for vår hospiteringsperiode var det 4237 pasienter tilknyttet legesenteret, derav 30 gravide kvinner.

Den medisinske spesialiteten ”Family Medicine” er en del av primærhelsetjenesten i Russland. Leger med denne spesialiteten kalles ”Family Doctors”. Det som skiller en ”Family Doctor” fra en ”General Practitioner” er at førstnevnte har spesialistkunnskap innen pediatri og gynekologi i tillegg til allmenmedisin (9). Vårt oppgavefokus ligger ikke i å skille mellom de ulike spesialitetene, og siden både ”General Practitioner” og ”Family Doctor” kan sammenlignes med den norske fastlegen, vil vi videre i oppgaven omtale disse legene som fastleger.

Assistentlege Ekaterina Bukiya var vår kontaktperson under oppholdet. Hun ble tatt ut av ordinær tjeneste for å hjelpe oss med prosjektet.

Vi hospiterte hos en av fastlegene og hennes to assistentleger hver ukedag. En av disse var fra Australia og oversatte konsultasjonene vi observerte.

Retningslinjer

Vi fant ingen kilder som beskriver retningslinjene til den russisk svangerskapsomsorgen på andre språk enn russisk. Retningslinjene ”The order of

medical care for pregnant women” ble derfor presentert i en power point presentasjon laget av Irina Moiseeva og oversatt til engelsk av Ekaterina Bukiya. Denne presentasjonen bruker vi som kildegrunnlag for all informasjon vi gir om den russiske svangerskapsomsorgen.

Disse retningslinjene gir ingen anbefalinger knyttet til diett/ernæring, kosttilskudd eller behandling av sykdom, men fokuserer på undersøkelser som skal utføres.

Observasjonsskjema

Vi benyttet oss av et observasjonsskjema vi hadde laget i forkant av oppholdet. Hensikten var å observere om følgende undersøkelser ble utført på svangerskapskontrollene: vekt, blodtrykksmåling, SF- mål, auskultasjon av fosterlyd, blodprøve og urinprøve.

Spørreskjema

Vi hadde også utformet et spørreskjema som ble utdelt til de gravide. Vi stilte følgende spørsmål: alder, om svangerskapet var planlagt, sivilstatus, type arbeid, antall barn fra før, tidligere provoserte aborter og bruk av alkohol og røyk. Hensikten var å kartlegge de gravidenes livssituasjon og eventuell risikoatferd i svangerskapet. Spørreskjemaet ble oversatt fra engelsk til russisk av assistentlege Ekaterina Bukiya. Det ble godkjent av den lokale etiske komité i St.Petersburg. Den gravide fikk utdelt spørreskjemaet sammen med et informasjonsskriv om vårt prosjekt og en garanti om konfidensialitet.

Resultater

1. Svangerskapsomsorgen i Russland

Svangerskapsomsorgen i Russland subsidieres av staten. Gravide kvinner har to valgmuligheter for hvem de ønsker å følges opp av i svangerskapet. De kan enten bruke fastlegen sin eller et ”Woman Consultation Center”, som drives av jordmødre og gynekologer. Uavhengig av hva de velger, må de ha minst syv svangerskapskontroller og to undersøkelser hos gynekolog. Dersom den gravide velger ”Woman Consultation Center” skal hun i tillegg undersøkes minst to ganger av noen med bredere medisinsk kunnskap, for eksempel fastlegen.

Vi vil nå presentere de russiske retningslinjene for svangerskapskontrollene. Vi tar for oss alle undersøkelsene som skal utføres og hva som inngår i de respektive undersøkelsene.

Blodanalyser

Følgende analyser utføres en eller flere ganger:

- Hemogram: Erytrocytter, leukocytter med differensialtelling, trombocytter, Hb, hematokritt, MHCH, MCV og MCH
- Biokjemisk analyse: SR, totalprotein, urinsyre, kreatinin, total- og konjugert bilirubin, ALAT, ASAT og glukose
- TSH
- Koagulasjonsstatus: Protrombin, INR, fibrinogen, APTT og trombintid
- Infeksjonsstatus
 - o Syfilis, HIV, HbsAg, anti-HCV
 - o IgG mot HSV1 og 2, IgG og IgM mot toxoplasmose, cytomegalovirus og rubella.
- PAPP-A, beta- HCG, total HCG og alfa-fetoprotein
- På indikasjon: Totalkolesterol, HDL og LDL

Gynekologisk undersøkelse

Skal utføres av gynekolog og består av følgende:

- Vaginal inspeksjon med prøvetaking fra cervix, vagina og uretra
 - o Klamydia, mykoplasma og ureaplasma
- Bimanuell palpasjon
- Mikroskopering av vaginal utflod for gonokokker og Candida Albicans.
- Cervixcytologi gjøres ved én av de to undersøkelsene

Urinanalyse

Urinprøve leveres på hver svangerskapskontroll. Følgende parametere skal analyseres: farge, tetthet, pH, glukose, protein, leukocytter, erytrocytter, nitritt og ketoner. Urinen sendes til bakteriologisk dyrkning minst én gang.

Avføringsprøve

Det skal tas én avføringsprøve for undersøke av helminter.

Ultralyd

Det skal gjennomføres tre rutineultralyder i løpet av svangerskapet, én i hvert trimester. I tillegg er det vanlig å bekrefte svangerskapet ved hjelp av transvaginal ultralyd.

Første rutineultralyd utføres mellom uke 11-14 og følgende blir undersøkt:

- Antall foster
- Gestasjonsalder
- CRL
- NT-scan
- Hjerterefrekvens
- Tegn til unormalheter
- Cervixundersøkelse med transvaginal ultralyd

Andre rutineultralyd utføres mellom uke 18-21 og følgende blir undersøkt:

- Antall foster
- Gestasjonsalder
- Fosterets leie
- Placentas leie
- Fostervannsmengde
- Estimering av vekt
- Hjerterefrekvens
- Tegn til unormalheter
- Cervixundersøkelse med transvaginal ultralyd

Tredje rutineultralyd utføres mellom uke 30-34. Undersøkelsene er som ved andre rutineultralyd, med unntak av cervixundersøkelse.

Oftalmologisk undersøkelse

Alle skal oftalmoskoperes og få undersøkt visus før fødsel. Visus sjekkes på begge øyne, både med og uten korreksjon. Dette utføres av fastlegen eller av øyelege. Vi fikk fortalt at dersom visus er under -5 blir kvinnen rådet til å ta keisersnitt.

Øre-nese-hals-undersøkelse

Skal utføres én gang, enten av en spesialist eller av fastlegen. Undersøkelsen innebærer otoskopi, rhinoskopi og inspeksjon av farynx. Kvinnen skal testes for stafylokokkus aureus i nese og farynx

Tannlege

Den gravide må undersøkes av tannlege to ganger i løpet av svangerskapet; i første og tredje trimester. Grunnen til dette er at fødeavdelingene krever dokumentasjon på kvinnens tannhygiene.

Andre undersøkelser innebærer en generell klinisk undersøkelse av hjerte, lunge, bryster og abdomen, samt et EKG. Thyreoideafunksjonen skal vurderes med blodprøver. Nyrene undersøkes ved hjelp av blodprøver og/eller ultralyd, dette avhenger av legen og hva som er tilgjengelig på klinikken der kvinnen følges opp. På første kontroll skal kvinnens høyde og vekt måles for å beregne KMI. Det er også rutine å måle bekkenstørrelse. Til dette brukes et eget instrument som kalles pelvimeter/Martins passer, se bilde 1.

Bilde 1: Pelvimeter/Martins passer



Dersom undersøkelsene avdekker noe unormalt henvises kvinnen til spesialisthelsetjenesten.

Tabell 3 gir en oversikt over undersøkelsene vi hittil har beskrevet og når i svangerskapet de skal utføres.

Tabell 3: Oversikt over påkrevde undersøkelser i Russland og når de utføres

| | Første trimester | Andre trimester | Tredje trimester |
|-----------------------------|--|--|---|
| Blodprøver | <p>Én gang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blodtype og Rhesus (første kontroll) - Hemogram - Biokjemisk analyse - Infeksjonsstatus - Koagulasjonsstatus - PAPP-A og beta-HCG (mellom uke 11 og 14) - Total HCG - Alfa-føtoprotein - TSH | <p>Én gang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemogram - Biokjemiske prøver - Koagulasjonsstatus | <p>Én gang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemogram - Biokjemiske analyser - Infeksjonsstatus - TSH |
| Urinprøve | På hver kontroll | På hver kontroll | På hver kontroll |
| Gynekologisk undersøkelse | Én gang | | Én gang |
| Ultralyd | <p>To ganger:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bekreftelse av svangerskap - Første rutineultralyd | <p>Én gang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andre rutineultralyd | <p>Én gang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tredje rutineultralyd |
| Palpasjon av fosterets leie | | | - Fra uke 32 |
| Annet | <ul style="list-style-type: none"> - Klinisk undersøkelse av hjerte, lunger, bryster og abdomen - EKG - Bekkenets størrelse - Tannlege <p>En gang i løpet av svangerskapet, uavhengig av svangerskapsuke</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klinisk undersøkelse av øre-nese-hals-systemet - Oftalmoskopi og visusundersøkelse | <ul style="list-style-type: none"> - Klinisk undersøkelse av hjerte, lunger, bryster og abdomen | <ul style="list-style-type: none"> - Klinisk undersøkelse av hjerte, lunger, bryster og abdomen - Tannlege |

Svangerskapskontrollen

Tabell 4 gir en oversikt over innholdet i hver svangerskapskontroll

Tabell 4: Parametere som undersøkes for og noteres ved hver svangerskapskontroll i Russland

| |
|---|
| Vekt |
| Vektoppgang fra forrige svangerskapskontroll |
| Abdominalomkrets |
| SF-mål (usikkert hvilken uke de begynner med dette) |
| Blodtrykk på høyre og venstre arm |
| Fosterlyd |
| Tonus av uterus |
| Fosterbevegelser |
| Fosterets leie (usikkert fra hvilken uke de begynner med dette) |
| Ødemer |
| Eventuelle plager |
| Svangerskapsuke |
| Dato for neste kontroll |

Dokumentasjonsmetode

Hver kvinne har et eget svangerskapshefte som inneholder alle undersøkelser som skal utføres, se tabell 3 og 4. Heftet er nasjonalt utarbeidet og godkjent av ”The Order Ministry of Health of Russian Federation”. Etter våre observasjoner var det legen som utførte kontrollene som beholdt dette heftet. I tillegg fylte de ut et eksemplar som den gravide selv skulle beholde, da alle gravide kvinner i Russland har krav på et helsekort.

2. Egne observasjoner og spørreskjema

Våre observasjoner

Vi vil nå presentere de observasjonene vi gjorde under svangerskapskontrollene. Vi tar for oss hver enkelt parameter vi så på, og hvorvidt de ble utført eller ikke.

Det var kun 30 gravide tilknyttet senteret i perioden vi var der. Disse hadde ulike fastleger på legesenteret, og vi møtte kun de kvinnene som brukte fastlegen vi hospiterte hos. Til sammen observere vi 16 svangerskapskontroller. Pasientgrunnlaget er derfor ikke stort nok til å komme med noen konklusjoner om retningslinjene blir fulgt eller ikke.

Tabell 5: Resultat fra 16 observasjonsskjema

| | Ja | Nei | Kommentar |
|----------------------------------|-----------|------------|---|
| Vekt | 11 | 5 | I tilfellene det ikke ble gjort hadde den gravide veid seg hjemme |
| Blodtrykkmåling | 16 | 0 | På både høyre og venstre arm |
| SF-mål | 13 | 3 | De tre ”nei-gravide” var i svangerskapsuke 6, 7 og 8 |
| Auskultasjon av fosterlyd | 13 | 3 | De tre ”nei-gravide” var i svangerskapsuke 6, 7 og 8. Dopplerapparat ble brukt til auskultasjon |
| Blodprøver | 9 | 7 | |
| Urinprøver | 7 | 9 | Se kommentar under |

Det var vanskelig å få et helhetsinntrykk av rutiner for blodprøvetaking og urinprøver siden dette ikke ble gjort samme dag som selve svangerskapskontrollen.

Prøvene ble tatt noen dager før slik at resultatet var klart til konsultasjonen med lege.

Ifølge retningslinjene skal kvinnene ha minst syv svangerskapskontroller (ekskludert ultralyd og gynekologiske undersøkelser). Vi har ingen informasjon om når i svangerskapet de skal utføres. Vår erfaring, både etter egne observasjoner og hva vi fikk fortalt av legene, er at de gravide er på langt flere kontroller. Vi ble fortalt at hun i første trimester skal på kontroll hver 3.-4. uke, i andre trimester hver annen uke og i tredje trimester bør hun komme ukentlig.

Spørreskjema

Vi fikk totalt innhentet 24 utfylte spørreskjemaer. Vi fikk flere av legene på senteret til å dele ut skjemaet til gravide de hadde på kontroll. Av den grunn fikk vi flere utfylte spørreskjemaer enn observasjonsskjemaer. Likevel, med kun 24 utfylte spørreskjemaer var ikke pasientgrunlaget stort nok til å generalisere eller utarbeide statistikk over resultatene.

Tabell 6: Resultat fra spørreskjema innhentet fra 24 russiske gravide:

| | Over 25 | Under 25 | |
|----------------------------------|----------------|------------------------|---------------|
| Alder | 22 | 2 | |
| | | | |
| | Ja | Nei | |
| Planlagt svangerskap | 19 | 5 | |
| | | | |
| | Gift | Samboer | Enslig |
| Sivilstatus | 20 | 4 | 0 |
| | | | |
| | Ja | Nei | |
| I arbeid? | 21 | 3 | |
| | | | |
| | Ingen | Ett | Flere |
| Barn fra tidligere? | 10 | 11 | 3 |
| | | | |
| | Ja | Nei | |
| Tidligere provosert abort | 8 | 16 | |
| | | | |
| | Ja | En gang i blant | Nei |
| Bruk av røyk | 0 | 0 | 24 |
| | | | |
| | Ja | En gang i blant | Nei |
| Bruk av alkohol | 0 | 3 | 21 |

Gjennomsnittsalderen til de gravide var 31,7 år. Den eldste var 42 og den yngste 21 år. Av de fem som ikke hadde planlagt svangerskapet, var to av de 21 år mens de tre andre var 29, 31 og 37 år. Åtte kvinner krysset av for tidligere provosert abort. Én av disse skilte seg ut med seks provoserte aborter, mens de resterende kun hadde fått utført én. Av de som var i arbeid hadde mange høyere utdanning. Det var blant annet to advokater, tre leger og tre økonomer.

3. Norske og russiske retningslinjer knyttet opp mot WHO sine anbefalinger

I løpet av svangerskapet anbefaler både WHO og Norge totalt ni kontroller. Russland anbefaler syv svangerskapskontroller, tre ultralydundersøkelser og to gynekologiske undersøkelser. Dette gir totalt 12 påkrevde kontroller og skiller seg dermed klart fra WHO sine anbefalinger. I begge land utføres kontrollene av fastlege eller jordmor, og den gravide har et eget helsekort hun selv tar vare på. Dette er i tråd med WHO sine anbefalinger.

WHO anbefaler at blodtrykk og vekt måles ved hver kontroll. Dette gjøres både i Norge og Russland, men i Russland måles blodtrykket på både venstre og høyre arm. WHO anbefaler at kvinnen skal spørres om hun kjenner fosterbevegelser. Norske retningslinjer ligner WHO sine anbefalinger; det er ikke nødvendig å auskultere hjertelyd så lenge mor kan bekrefte at hun kjenner fosterbevegelser. I Russland skal både auskultasjon og spørsmål om fosterbevegelser gjøres på hver kontroll.

Urinprøve for å avdekke proteinuri skal i følge WHO tas ved hver svangerskapskontroll. Dette praktiseres i både Norge og Russland, men begge land analyserer for mer enn proteinuri, slik som beskrevet tidligere i oppgaven.

Både WHO og russiske retningslinjer anbefaler at det tas hemogram tre ganger i løpet av svangerskapet. Norske retningslinjer mener det er tilstrekkelig å kun måle Hb for utredning av anemi. I likhet med WHO, sier både norske og russiske retningslinjer at blodtyping og rhesus-bestemmelse skal tas ved første svangerskapskontroll. I Norge sjekkes Rh-negative kvinner for anti-D to ganger i løpet av svangerskapet. Dette poengteres ikke i WHO sine anbefalinger eller i russiske retningslinjer.

I både Norge og Russland screener man for svangerskapsdiabetes ved å undersøke urinen for glukose ved hver svangerskapskontroll. WHO har ingen klare anbefalinger til screeningmetode for svangerskapsdiabetes.

SF-mål/abdominal palpasjon er fra WHO anbefalt ved hver konsultasjon. Metodene anses som likestilte når det gjelder å anslå uterus' størrelse i henhold til antall svangerskapsuker (3, s. 53). I Norge anbefales SF- mål fra svangerskapsuke 24. I

Russland tas både SF- mål og abdominal omkrets, men det kommer ikke frem hvilken svangerskapsuke de starter med disse målingene.

Ultralyd gjøres i begge land, men med ulik praksis. Norge anbefaler, i likhet med WHO, kun én rutineultralyd. Russland forholder seg annerledes til disse anbefalingene da de har tre rutineultralyder; én i hvert trimester. I tillegg er det vanlig å konstatere svangerskapet ved bruk av transvaginal ultralyd, slik at det i praksis blir totalt fire ultralydundersøkelser.

Ved screening for infeksjonssykdommer anbefaler WHO at det rutinemessig skal tas serologi for HIV og syfilis. Her skiller både Norge og Russland seg fra WHO ved at de rutinemessig undersøker for mer enn anbefalt. De to landene skiller seg også fra hverandre, noe vi diskuterer senere i oppgaven.

WHO anbefaler rutinemessig screening for tuberkulose i land/områder der prevalensen er over 100 pr 100 000 innbygger. I Russland var prevalensen i 2014 på 109 pr 100 000, men det står ikke presisert i retningslinjene at gravide kvinner skal screenes for tuberkulose (10, s. 140). Vi vet ikke hva anbefalingen for tuberkulosescreening er for den øvrige befolkningen i Russland, men det kan tenkes at tilfeller av tuberkulose blant gravide fanges opp ved andre helseundersøkelser. I Norge vil kun utvalgte grupper testes for tuberkulose, da forekomsten av sykdommen er svært lav i befolkningen (11).

Når vi ser på parameterne vi har fokusert på, er det mange likhetstrekk mellom Norge og Russland. I tillegg stemmer de nokså godt overens med WHO sine anbefalinger. Et unntak er screening for svangerskapsdiabetes, noe som praktiseres i både Norge og Russland. WHO har ingen klare anbefalinger for slik undersøkelse.

Utover dette skiller Russland seg mye fra både WHO sine anbefalinger og norske retningslinjer, med blant annet flere svangerskapskontroller og mer omfattende analysespekter.

Diskusjon

Det er store forskjeller mellom svangerskapsomsorgen i Norge og Russland. Gravide i Russland gjennomgår langt flere undersøkelser enn norske, med et bredere analysespekter for blodprøver og urinprøver, samt hyppigere svangerskapskontroller. Alle må blant annet gjennom oftalmologiske, gynekologiske og øre-nese-hals undersøkelser. Det er flere punkter i den russiske svangerskapsomsorgen som det hadde vært interessant å diskutere. Vi har valgt å trekke frem kun noen eksempler på ulik praksis i de to landene.

De norske retningslinjene er anbefalinger til hva som anses som god praksis for svangerskapsomsorg. De er ikke rettslig bindende, men vil i stor grad styre hvordan tjenesteyter skal utføre svangerskapskontrollene (2, s. 12). I Russland derimot, er retningslinjene lovgivende. Den praktiske betydningen av dette er vi usikre på, men ordlyden gir inntrykk av at det stilles strengere krav til at retningslinjene følges mer nøyaktig og at det er mindre rom for individuelle tilpasninger.

Serologiske prøver

Det er definert flere kriterier for å igangsette screening av en sykdom. Blant annet må det foreligge effektiv behandling av sykdommen, dvs. at resultatet av testen bør ha en behandlingsmessig konsekvens (2, s. 9).

I Russland screenes det rutinemessig for både CMV og HSV. Hvorfor har vi ikke slik praksis i Norge, når det er dokumentert potensielt skadelige effekter på foster dersom mor er smittet (12 og 13)? I Norge tas disse prøvene kun ved mistanke om smitte hos mor; påvises akutt CMV-infeksjon i første trimester anbefales fostervannsprøve. Ved funn av virus gjøres ultralyd for å vurdere om det foreligger skade på fosteret. I så tilfelle anbefales provosert abort (12).

Den totale risikoen for symptomatisk infeksjon hos foster når mor er smittet er så lav som 0,2 % (14). Dette, i tillegg til mangel på effektiv behandling, er årsaken til at Norge ikke anbefaler rutinemessig screening for CMV (2, s.116-117). Dessuten er

fostervannsprøve assosiert med en risiko for spontanabort på 0,5-1% slik at risiko ved prosedyren kan være større enn nytten av screening (15).

Det er ingenting som tyder på at Russland har tilgang på behandling for CMV som ikke tilbys i Norge. Det behandlingsmessige screeningkriteriet er derfor ikke innfridd. Hva er da nytten av slik screening? Det positive er at diagnosen kan settes i tilfeller der sykdommen opptrer asymptomatisk eller uten klassiske kliniske manifestasjoner. Globalt er kongenital CMV-infeksjon et betydelig helseproblem, da forekomsten er høy i flere utviklingsland med en insidens på opp til 1-5% av alle fødsler (16). Kan høy forekomst av sykdommen i seg selv støtte rutinemessig screening, når det ikke tilbys effektiv behandling og vi vet at risiko for symptomatisk infeksjon hos foster er så lav? En studie foretatt i 2001 viste at prevalensen til CMV blant gravide i St.Petersburg er rundt 80% (17). De fleste tilfellene av kongenital CMV-infeksjon er mest sannsynlig forårsaket av ikke-primær infeksjon hos mor. IgM er til stedet ved både primær og residiverende infeksjon og kan vedvare i flere måneder etterpå, mens IgG dannes etter gjennomgått infeksjon (16). Siden både primær og residiverende infeksjon hos mor kan smitte fosteret, vil antistoffresultatet være vanskelig å tolke i vurderingen av smitterisiko for foster.

I Norge sees det ikke som hensiktsmessig å screene for HSV type 1 og 2. Dette fordi potensiell smitte til foster kun skjer i forbindelse med vaginal forløsning under aktiv infeksjon hos mor, hovedsakelig HSV type 2 (18, s. 151). Derfor tas virusprøver kun ved mistanke om sykdomsutbrudd i tiden nær termin. Dessuten finnes det ikke helbredende behandling, kun profylaktiske tiltak for å hindre smitte under fødsel (13). På bakgrunn av dette er det vanskelig å forstå hensikten med rutinemessig HSV-screening i Russland, spesielt i første trimester. Vanlig serologi skiller ikke mellom HSV type 1 og 2; dette kan kun gjøres ved typespesifikk serologi (19). I følge russiske retningslinjer skal gravide undersøkes for både HSV type 1 og 2, to ganger i løpet av svangerskapet. I Norge rekvireres typespesifikk serologi i situasjoner der for eksempel mannen har hyppige utbrudd av genital herpesinfeksjon, og man er usikker på kvinnens serologiske status (20).

Det kan tenkes at screening for disse sykdommene fører med seg noen uheldige konsekvenser. Informasjon om positiv test gjør at man påfører foreldrene bekymring

uten å kunne tilby helbredende behandling. Vi kjenner ikke til de russiske prosedyrene for videre utredning av skade på foster ved positiv CMV-serologi hos mor. Dersom de anbefaler fostervannsprøve, er det som nevnt en viss risiko for spontanabort knyttet til selve prosedyren. Dette er spesielt problematisk i tilfeller med falske positive serologieresultater. Da risikerer man å påføre bekymring hos en kvinne uten sykdom og potensielt utsette henne og fosteret for unødvendig skade ved utredning.

Screening for kromosomavvik

Dobbeltesten er av de mest brukte metodene for å screene for trisomi 18 og 21 (Down syndrom). Testen består av serumanalyse for PAPP-A og beta-HCG hos mor (tas i uke 8-13) og NT scan (mellom uke 11 og 13+6). Denne testen sammen med mors alder, estimerer risikoen trisomi 18 eller 21 hos fosteret (21). I Russland gjøres dobbeltesten rutinemessig på alle kvinner. I Norge hører testen inn under prenatal diagnostikk og skal kun utføres på spesifikke indikasjoner (15).

Sensitiviteten for å detektere tilfeller av Down Syndrom med dobbeltesten er 85%. Den har en falsk positiv rate på 5%. Ved positiv test, dvs. at beregnet risiko for Down Syndrom er høyere enn en spesifisert cut-off verdi, skal kvinnen tilbys chorionbiopsi eller fostervannsprøve (avhengig av gestasjonsalder) (21).

Hva er konsekvensene av å utføre dobbeltesten på alle kvinner i Russland? En alvorlig konsekvens er at med en falsk positiv rate på 5% vil 5 av 100 kvinner som testes få et positivt resultat til tross for at fosteret ikke har Down Syndrom. Jo flere som testes, jo flere vil få et falsk positivt resultat. Dette vil naturlig nok føre til unødvendig bekymring hos de vordende foreldrene. Vi har ingen opplysninger om hva prosedyren er i Russland dersom en kvinne tester positivt på dobbeltesten. Dersom det tilbys videre utredning i form av invasive metoder følger en risiko for spontantabort på 0,5-1% (15). En test er aldri helt perfekt og det vil dermed alltid være kvinner som utsettes for slik unødvendig risiko. Ved å ha klare indikasjoner på hvem som skal få tilbud om testen, reduseres antall kvinner som utsettes for denne risikoen.

Abortrater

Når vi diskuterer screening for kromosomavvik er det naturlig å trekke frem temaet om provosert abort.

Tabellen 7: Abortrater i Norge og Russland (22).

| Land | Abortrate kvinner 15-44 år |
|----------|----------------------------|
| Norge | 15,2 (2005) |
| Russland | 53,7 (2004) |

Tabell 7 viser at abortratene i Russland er vesentlig høyere enn i Norge.

Kan rutinemessig bruk av dobbeltest i seg selv bidra til de høye ratene for provosert abort i Russland? I så fall kan man argumentere for at Russlands screeningpraksis bidrar til et seleksjonssamfunn der man velger bort de barna som avviker fra det som blir sett på som ”normalen”. Hva med screening for CMV-infeksjon; kan det tenkes at positiv serologi i seg selv kan føre til flere provoserte aborter, på grunn av redsel for alvorlige skader på foster? I så fall er det fare for at friske barn blir abortert, siden det er lav risiko for vertikal smitte (14). I tillegg er det vanskelig å tolke antistoffresultatet (16).

Kunnskapsgrunnlag

Vi har stilt spørsmål ved hvilket kunnskapsgrunnlag som ligger til grunn for flere av undersøkelsene de gjør i Russland. Et eksempel er praksisen med å teste den gravides visus. Vi fikk fortalt at dersom gravide har visus på under -5 er det indikasjon for forløsning med keisersnitt. Vi har prøvd å finne forskning som sier noe om sammenhengen mellom nærsynthet og komplikasjoner ved fødsel, men uten hell. Det hadde vært interessant å vite hva Russland baserer seg på av forskning og dokumentasjon for å gi en slik anbefaling.

I Russland måles bekkenet til alle gravide med et pelvimeter (se bilde 1). I Norge utføres pelvimetri kun på indikasjon ved bruk av CT eller konvensjonell røntgen. Forløsning med keisersnitt er en mulig konsekvens til trangt bekken (23). Vi har ingen informasjon om russiske prosedyrer for håndtering av gravide som får målt trangt bekken. Henvises de til videre utredning i form av røntgenundersøkelser? Fører

det direkte til forløsning med keisersnitt? Begge deler er både kostbart og ressurskrevende, i tillegg er keisersnitt assosiert med økt risiko for både mor og barn. Med slike konsekvenser er det relevant å stille spørsmål ved om pelvimeter er en god metode for å vurdere bekkenets størrelse. Dette har vi ikke funnet dokumentasjon på.

Hva kan ligge til grunn for den russiske modellen?

I denne delen vil vi drøfte mulige årsaker til hvorfor den russiske svangerskapsomsorgen er så detaljert.

Befolkningsnedgang

Befolkningstallet i Russland har endret seg de siste 25 årene. Landet har opplevd en befolkningsnedgang etter Sovjetunionens fall, fra ca. 148 millioner i 1990 til ca. 142 millioner i 2015. Prognosene spår ytterligere nedgang i årene som kommer (24). I tillegg har det vært en reduksjon i fruktbarhetstall, dvs. antall barn som fødes pr kvinne, fra 2,1 i 1985 til 1,6 i 2015. For å opprettholde et folketallet på sikt, bør fruktbarhetstallet være ca. 2,1 (25). Et fallende folketall kan tenkes å være en politisk forklaring til landets omfattende undersøkelser av gravide kvinner. En svangerskapsomsorg med høyt fokus på å avdekke sykdom hos mor og barn, vil kunne ha positiv effekt på befolkningsveksten ved at dødelighet relatert til svangerskap og fødsel reduseres.

Dødelighet

I tabell 8 presenterer vi tall på maternell og neonatal dødelighet i Norge og Russland.

Tabell 8: Maternell og neonatal dødelighet i Norge og Russland (26 og 27)

| | Maternell dødelighetsrate (2015) ¹ | Neonatal dødelighetsrate (2015) ² |
|----------|---|--|
| Norge | 5 | 2 |
| Russland | 25 | 5 |

Vi ser at både maternell og neonatal dødelighet er høyere i Russland enn i Norge, men spesielt maternell dødelighet skiller seg ut. Det har vært en nedgang i maternell dødelighetsrate i Russland, fra 63 i 1990 til 25 i 2015 (28). Det kan tenkes at grundig

svangerskapsomsorg har bidratt til denne utviklingen, da identifisering og oppfølging av sykdom og komplikasjoner kan bidra til å redusere dødelighet hos mor og foster. Kvalitet på svangerskapsomsorgen kan ikke alene forklare nedgangen i maternell dødelighet. I tillegg vil kvalitet på fødselshjelp, samt levestandard og generell helse i befolkningen spille en viktig rolle.

Sykdomsforekomst

Det hadde vært veldig interessant å se på forekomst av koagulasjonsforstyrrelser blant gravide kvinner i Russland, siden det rutinemessig tas koagulasjonsstatus to ganger i løpet av svangerskapet. En høy forekomst vil mulig kunne forsvare en slik screening, men vi har dessverre ikke lyktes i å finne tall på dette. Det samme gjelder for rutinemessig måling av TSH for å vurdere stoffskifte.

Inntrykk og utfordringer

Oppholdet

Vi satt igjen med mange inntrykk og opplevelser etter oppholdet vårt i St.Petersburg. Vi ble tatt godt i mot på legesenteret; alle var svært hyggelige og imøtekommende. Kontaktpersonen vår var tilgjengelig for oss både i og utenfor arbeidstid. Sjefen på legesenteret ønsket at vi skulle oppleve russisk kultur og hadde derfor avsatt tid i timeplanen til både museumsbesøk og omvisning i byen.

Erfaringer og observasjoner

Vi fikk inntrykk av at de gravide var en godt ivaretatt pasientgruppe på legesenteret. De ble alltid prioritert fremfor andre pasienter slik at de slapp lang ventetid. Vi opplevde at de gravide møtte opp til svangerskapskontrollene de var oppsatt til.

Vi ble overrasket over den svært omfattende og detaljrike svangerskapsomsorgen vi observerte. Legene hadde ikke noe godt svar på hvorfor de utførte de ulike testene. De forholdt seg til retningslinjene uten å stille spørsmål ved hensikten med undersøkelsene.

Under selve konsultasjonen observerte vi at det var lite kommunikasjon mellom lege og den gravide. Legen brukte mye tid på å notere i svangerskapsheftet til den gravide, i tillegg til at hun fylte ut en hel del skjemaer. Uten å forstå språket, fikk vi ikke inntrykk av at legen ga informasjon om undersøkelser, prøvetaking eller prøveresultater. Slik type informasjon ble dessuten sjelden oversatt av den australske assistentlegen. Kommunikasjonen var i stor grad preget av spørsmål fra legen og korte svar fra den gravide. Dette gjør at vi sitter igjen med et inntrykk av at de gravide har lite medbestemmelse vedrørende egen helse i svangerskapet.

Når det gjelder pasientgruppen vi undersøkte, ble vi overrasket over den høye gjennomsnittsalderen. I tillegg hadde mange av kvinnene høy utdanning. Vi fikk fortalt at befolkningen som var tilknyttet legesenteret hadde høyere sosioøkonomisk status enn mange andre områder i St.Petersburg. Det kan være en medvirkende årsak til høy gjennomsnittsalder og høy utdanning hos de gravide.

Utfordringer

Det har vært vanskelig å finne studier og informasjon om russisk helsevesen og helsetilstanden til den russiske befolkningen. Tilgjengelig informasjon foreligger stort sett på russisk. Det vi har presentert om russisk svangerskapsomsorg er derfor basert på et begrenset kildegrunnlag.

Språket var en stor utfordring under oppholdet da ingen av oss verken kan snakke eller lese russisk. Det var umulig for oss å kommunisere med de gravide, siden de færreste snakket engelsk. Dessuten var det få av legene på legesenteret som hadde gode engelskkunnskaper, med unntak av den australske assistentlegen. Vår kontaktperson hadde greie engelskkunnskaper, men snakket langt fra flytende. Opplysningene vi presenterer i denne oppgaven er derfor ikke kvalitetssikret i den forstand at vi kan kontrollere hva som står skrevet i dokumentene hun har oversatt for oss. At informasjon har gått tapt eller blitt endret i oversettelsen er en usikkerhet vi har måttet leve med på grunn av mangel på andre kilder.

Vi visste veldig lite om legesenteret vi skulle hospitere på i forkant av oppholdet. Vi hadde håpet på et større pasientgrunnlag, noe som ville gitt studien vår større tyngde.

Det positive er at vi fikk erfaring med mye mer enn den russiske svangerskapsomsorgen. Vi møtte et bredt spekter av pasienter og lærte mye om organiseringen av russisk primærhelsetjeneste.

Konklusjon

Svangerskapsomsorgen i Russland følger WHO sine anbefalinger for flere av parameterne vi har undersøkt. På disse punktene skiller de seg heller ikke så mye fra norske retningslinjer. Utover dette har vi sett at svangerskapsomsorgen i Russland består av svært omfattende undersøkelser med et bredt spekter av blod- og urinprøver, hyppige ultralydkontroller, samt påkrevde undersøkelser av flere organsystemer. WHO anbefaler en målrettet tilnærming for å oppdage og behandle komplikasjoner og sykdom hos den gravide (6, s.53). Slik kan man luke ut risikoindivider i en kvinnegruppe der majoriteten i utgangspunktet er friske. Vårt inntrykk fra Russland er at de bedriver en overkontroll av friske gravide og på den måten vil formålet med seleksjon av risikosvangerskap bli mindre tydelig. Avvikende blodprøver eller et unormalt EKG trenger ikke nødvendigvis ha betydning for svangerskapet, men vil føre til utvidede undersøkelser og kontroller for den gravide. Slik praksis kan bidra til medikalisering og sykelliggjøring av i utgangspunktet helt friske kvinner.

Det er vanskelig å forstå formålet med flere av testene og screeningsundersøkelsene de foretar seg, siden resultatet i mange tilfeller hverken vil ha betydning for svangerskapet eller behandlingmessig konsekvens. En del av praksisen i Russland blir dessuten sett på som uhensiktsmessig i flere andre land, f.eks. screening for HSV type 1 og 2. Med slik omfattende undersøkelsespraksis, får Russland en svært ressurskrevende svangerskapsomsorg, både med hensyn til økonomi og arbeidskraft. Bedrives det et overforbruk av helsetjenester?

Våre observasjoner i Russland samsvarte stort sett med retningslinjene, men vi fikk ikke sett nok svangerskapskontroller til å generalisere eller konkludere hvorvidt retningslinjene blir fulgt eller ikke. Etter å ha observert kommunikasjon mellom lege og pasient, fikk vi inntrykk av at den gravide har liten grad av medbestemmelse vedrørende eget svangerskap. Dette inntrykket forsterkes ved at de russiske retningslinjene er lovgivende, til forskjell fra norske retningslinjer som er

anbefalinger til god praksis. Dersom russiske leger er lovpålagt å utføre undersøkelsene, vil det frata den gravide muligheten til å ta del i beslutninger om egen helse i svangerskapet.

Vi fikk inntrykk av at gravide kvinner er en prioritert pasientgruppe i russisk helsevesen. Det foreligger klare retningslinjer for svangerskapskontrollene og med dette følger tett oppfølging av lege eller jordmor. På grunn av språket fikk vi ikke selv kommunisert med de gravide og vet derfor ikke hvordan de opplever svangerskapsomsorgen. Tett oppfølging og grundige undersøkelser kan bidra til at den gravide føler seg godt ivaretatt av helsevesenet. I tillegg kan det gi økt trygghetsfølelse for kvinnen, blant annet fordi det i mindre grad blir opp til henne selv å oppdage og rapportere om symptomer på sykdom.

Vi har i denne oppgaven stilt spørsmål ved hensikten med og konsekvensene av hvordan svangerskapsomsorgen blir praktisert i Russland. Etter vår erfaring, foreligger det lite studier som kan besvare dette, i alle fall på andre språk enn russisk. Vi sitter derfor igjen med en del spørsmål som det ville vært utrolig interessant å undersøke videre, for å få et enda bedre innblikk i og forståelse av den russiske svangerskapsomsorgen.

Referanser

1. Nesheim B, Bergsjø P. Kapittel 8 Svangerskapet: Diagnosen, vanlige plager, varighet og kontroll. I: Maltau J.M., Molne K, Nesheim B, red. Obstetikk og gynekologi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015. s. 103-126
2. Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. [Internett]. 2005 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
3. Sosial- og helsedirektoratet. Veiledende retningslinjer for bruk av ultralyd i svangerskapet. Bruk av ultralyd i den alminnelige svangerskapsomsorgen og i forbindelse med fosterdiagnostikk. [Internett]. 2004 [hentet 2017.01.19]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/267/Veiledende-retningslinjer-for-bruk-av-ultralyd-i-svangerskapet-IS-23-2004.pdf>
4. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internett]. 2016 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>
5. World Health Organization. Antenatal care. [Internett]. 2016 [hentet 2017.01.17]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/ANC_infographics/en/
6. The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Opportunities for Africa's Newborns. [Internett]. WHO; 2006 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>
7. Wikipedia. Complete blood count. [Internett]. 2016 [hentet 2017.01.16]. Tilgjengelig fra: https://en.wikipedia.org/wiki/Complete_blood_count
8. North-Western State University named after I.I. Mechnikov. Medical Centres. [Internett]. 2014 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: http://szgmu.ru/eng/s/155/medical_centres.html
9. Holm-Hansen, J. Family Medicine in Russia [Internett]. NIBR Report; 2009 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2009-9.pdf>
10. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Country profiles for 22 high-burden countries. [Internett]. 2015 [hentet 2016.01.18]. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr15_annex02.pdf?ua=1%2500
11. Folkehelseinstituttet. Fakta om tuberkulose. [Internett]. 2016 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/tuberkulose/tuberkulose---faktaark/>

- 12.** Stray-Pedersen B., Hordnes K., Hoddevik G., Michelsen H. Cytomegalovirus. Norsk gynekologisk forening; 2014 [hentet 2017.01.17]. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Virale-infeksjoner-hos-gravide/Cytomegalovirus/>
- 13.** Stray-Pedersen B., Hordnes K., Hoddevik G., Michelsen H. Genital herpes. Norsk gynekologisk forening; 2014 [hentet 2017.01.17]. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Virale-infeksjoner-hos-gravide/Genital-herpes/>
- 14.** Saugstad O.D. Hyppig, fryktet og mangfoldig. Tidsskr Nor Legeforen [Elektronisk artikkel]. 2011, mars [hentet 2017.01.18]. 131(5) [1 side] Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/2011/03/noe-laere-av/hyppig-fryktet-og-mangfoldig#reference-1>
- 15.** Haugen G., Blaas H., Braaten Ø., Studenat K. Prenatal diagnostikk [Internett]. Norsk gynekologisk forening; 2011 [hentet 2017.01.17]. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Prenatal-diagnostikk/>
- 16.** Manicklal S., Emery V.C., Lazzaratto T., Boppana S.B., Gupta R.K. The “Silent” Global Burden of Congenital Cytomegalovirus. *Clinic Microbiol Rev* [Elektronisk artikkel]. 2013, Jan [hentet 2017.01.18]. 26(1): [16 sider]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3553672/>
- 17.** Odland JØ, Sergejeva IV, Ivaneev MD, Jensen IP, Stray-Pedersen B. Seropositivity of cytomegalovirus, parvovirus and rubella in pregnant women and recurrent aborters in Leningrad County, Russia. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Elektronisk artikkel]. 2001 Nov [hentet 2017.01.18]. 80(11):1025-9. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=odland+stray-pedersen+cmv>
- 18.** Stray-Pedersen B, Moi, H. Kapittel 13 Infeksjoner i svangerskapet. I: Maltau J.M., Molne K, Nesheim B, red. *Obstetikk og gynekologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015. s. 148-155
- 19.** Folkehelseinstituttet. Herpes simplexvirus-infeksjoner - veileder for helsepersonell. [Internett]. 2016 [hentet 2017.01.17]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/herpes-simplexvirus-infeksjoner---v/#diagnostikk>
- 20.** Norsk legemiddelhandbok. T1.8.7 Genital herpesinfeksjon. [Internett]. 2016 [hentet 2017.01.17]. Tilgjengelig fra: <http://m.legemiddelhandboka.no/terapi/1536>
- 21.** Messerlian G.M., Farina A., Palomaki G.E. First-trimester combined test and integrated tests for screening for Down syndrome and trisomy 18 [Internett]. UpToDate; 2016 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/first-trimester-combined-test-and-integrated-tests-for-screening-for-down-syndrome-and-trisomy-18?source=search_result&search=first%20trimester%20combined%20test&selectedTitle=1~150%23H21

22. UNdata. Abortion Rate. [Internett]. United Nations; 2007 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: <http://data.un.org/Data.aspx?d=GenderStat&f=inID%3A12>
23. Svenningsen L., Drolsum A., Heiberg E. Pelvimetri [Internett]. Norsk gynekologisk forening; 2011 [hentet 2017.01.17]. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/eldre-versjoner-av-veiledere/veileder-i-fodsels hjelp-2008/kapittel-27-pelvimetri/>
24. Globalis. Russland. [Internett]. United Nations; 2015 [hentet 2017-01-18]. Tilgjengelig fra: [http://www.globalis.no/Land/Russland/\(show\)/indicators/\(indicator\)/494](http://www.globalis.no/Land/Russland/(show)/indicators/(indicator)/494)
25. Globalis. Fruktbarhetstill. [Internett]. United Nations; 2012 [hentet 2017-01-17]. Tilgjengelig fra: <http://www.globalis.no/Statistikk/Fruktbarhet>
26. World Health Organization. Maternal Mortality. Data by country. [Internett]. WHO; 2015 [hentet 2016.01.17]. Tilgjengelig fra: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>
27. The World Bank. Mortality rate, neonatal. [Internett]. 2015 [hentet 2016.01.18]. Tilgjengelig fra: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>
28. UNstats. SDG indicators. Global database. [Internett]. United Nations; 2017 [hentet 2017.01.18]. Tilgjengelig fra: <http://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=3.1.1>