



# Mødred



Tekst **Eli Aaby**, jordmor og medlem av redaksjonsrådet i Jordmora

**V**i møter Liv Ellingsen på en travel vakt i slutten av februar, hun er overlege ved Kvinneklinikken Rikshospitalet/OUS, samt tilknyttet Nasjonalt kompetanstjeneste for Kvinnehelse. Der arbeider hun i et prosjekt for å kartlegge svangerskapsrelaterte dødsfall i Norge. I den sammenheng er hun medforfatter på en artikkel i Tidsskrift for den norske legeforening, samt holder innlegg på Norsk gynekologisk forenings vårmøte.

– Det er godt kjent at mødredødelighet er et stort problem i U – land, og 99 % av mødredødsfallene skjer der. Allikevel er dødsfallene i vår del av verden viktige, selv om de er få. Når vi som forskere går inn for å se på dødsfallene er det med stor ydmykhet og respekt for de som har stått i situasjonen, sier Liv Ellingsen, og hun fortsetter:

– Mødredødelighet er et mye brukt kvalitetsparameter, vi trodde at den skulle bli borte i vår del av verden med bedring i fødselshjelpen, men det har ikke skjedd. Vi kan se på dødsfallene som toppen av et isfjell, det er få dødsfall, men for hver kvinne som dør er det flere som blir unødvendig syke av suboptimal behandling. For eksempel får kanskje ikke gravide med lungeemboli optimal behandling fordi man er redd for å gi CT med kontrast til gravide. Målet mitt er at vi skal bruke lærdommene vi får gjennom dette arbeidet til å bedre behandlingen av alle.

# Ødelighet i Norge

– I gjennomsnitt er det fem direkte mødredødsfall i Norge per år. De fleste dør av hjerneblødning, sier overlege Liv Ellingsen, som forsker på temaet.

## Metode

Et problem forskerne møter i arbeidet, er at statistikken fra MFR (Medisinsk fødselsregister) bare gir opplysninger om dødsfall som er direkte knyttet til fødsel. Det som blir kalt indirekte mødredødsfall, det vil si dødsfall hos kvinner med en underliggende sykdom som forverres av svangerskapet, har til nå ikke alltid kommet med i MFR. Det har vært en underreportering på 40 %. For å få sikre tall har man koblet sammen MFR og Dødsårsaksregisteret og sett på dødsfall i svangerskap, fødsel og 6 uker post partum i perioden 1995 -2009.

Metoden man har brukt er at de trekker ut alle døde kvinner mellom 15 og 45 år fra dødsårsaksregisteret, og av dem igjen de som har O koder (obstettrikk) i ICD10. Det vil si alle gravide som har vært til polikliniske kontroller og innleggelser i samme år. I tillegg har arbeidsgruppen samlet direkte informasjon fra de enkelte fødeavdelingene. Gjennomgangen av journalene ble gjort av erfarne klinikere fra hele landet. Etter aidentifisering ble hvert kasus gransket av fem lesepar, og ved plenumsdiskusjon ble dødsårsaken og forbedringspotensial for hvert kasus identifisert. I tillegg er tilsendte journalopplysninger samlet og analysert for å se på utviklingen og se etter trender.

– Men vi ser at noen kvinner som dør

av årsaker knyttet til graviditeten da ikke kommer med i statistikken. Noen ganger forsøker man en behandling enda lenger, og så blir de ikke telt med som mødredødsfall fordi de dør seinere enn seks uker etter fødselen, sier Ellingsen.

Grensen på seks uker er beholdt fordi det er den tradisjonelle barseltida, og det er dette som brukes i interna-

## «Vi må se på dødsfallene som toppen av et isfjell.»

sjonal statistikk. Dødsfallene som ikke kan relateres til svangerskap, sånn som bilulykker, brann, ikke-gynekologisk kreft regnes ikke som mødredødsfall. Ellingsen understreker enda en gang at arbeidsgruppen ser på alle kasus for å lære, og hun fortsetter:

– I løpet av dette arbeidet har vi sett behovet for en egen avkryssing på dødsattesten om dødsårsaken kan knyttes til svangerskap, fødsel og barsel.

## Hvem skal inkluderes – og ikke?

Det pågår flere diskusjoner om begrepet «mødredødsfall» og begrepet MMR, som er andelen døde per 100 000 levende fødte. Noen kvinner dør av komplikasjoner tidlig i svangerskapet, noen dør uforløste, de er altså ikke blitt mødre før de dør, og de har heller ikke levende barn etter seg. (1)

## Hva dør kvinnene av i Norge?

I gjennomsnitt er det fire-fem mødredødsfall i Norge per år. Det er i internasjonal sammenheng en tendens til at de dødsfallene som er direkte knyttet til svangerskap, fødsel og barsel blir færre, som Eklampsi, blødning, sepsis, foster vannemboli. Det har vært en økning i de indirekte dødsfallene. Flere med andre

grunnsykdommer/tilleggssykdommer, samt at sykere kvinner får barn nå enn tidligere. Kvinnene som føder har høyere BMI, høyere alder og av de som dør er kvinner med innvandrerbakgrunn overrepresentert. Hva dør de av? Liv Ellingsen svarer:

– De fleste dør av hjerneblødning



**FORSKER:** Overlege Liv Ellingsen arbeider med å kartlegge svangerskapsrelaterte dødsfall i Norge.

som følge av preeklamsi med høyt BT. Det kan synes som om det er det høye systoliske blodtrykket som er farlig.

#### Hva kan vi lære? Et eksempel

– NICE Guidelines i Storbritannia anbefaler behandling av systolisk BT over 150-160 hos gravide og barselkvinner. Anbefalingene fra England er med i den nye veilederen fra Norsk Gynekologisk Forening i 2014, sier Ellingsen.

– I Storbritannia har de sett at den største gruppen dødsfall er de med hjertesykdom, for eksempel kvinner som er hjerteoperert som barn. Dette viser også tall fra Norge. Det var ti kvinner som døde av sykdommen i hjerte/karsystemet i materialet vårt. Hos fem av disse var hjertesykdom kjent på forhånd, men ble ikke tatt tilstrekkelig hensyn til, forteller Ellingsen.

– Man har lært, og tar nå hensyn til gravide med kjent hjertesykdom på en annen måte, sier Liv Ellingsen.

Hun forteller at de har en egen kompetansegruppe for disse på Rikshospitalet, med jordmor, obstetriker, anestesileger og kardiolog.

– Vi har en egen hjertepol – etter mønster fra diapol. Og jordmor Siri Rønning ble jo også kåret til årets jordmor i år. Hun er spesialutdannet kardiologisk sykepleier og gjør et viktig arbeid for

å bedre omsorgen for de hjertesyke gravide. Det er også kommet egne nasjonale retningslinjer for behandling og oppfølging av hjertesyke gravide, sier Ellingsen.

#### Saving mothers lives

Liv Ellingsen forteller at en stor inspirasjon og et forbilde i dette arbeidet er «Saving mothers lives» rapportene i Storbritannia. Fra 1952 har helsemyndighetene, ved CMACE (Centre for Maternal and Child Enquiries), hvert tredje år gitt ut rapporter over mørdedødeligheten. Før het rapportene «Why mothers die», nå heter de «Saving mothers lives». Den siste rapporten oppsummerer årene 2006 – 2008, den ble publisert 1. mars 2011, blant annet som et gratis vedlegg til BJOG.(2) Rapporten kommer med topp ti anbefalinger til helsemyndigheter, leger og jordmødre.

Centre for Midwifery Education i Storbritannia har gitt ut anbefalingene for jordmødre i en egen artikkel. (3)

- Utføre, dokumentere og gjøre tiltak på bakgrunn av grunnleggende observasjoner for både lavriskio- og høyriskiokvinner.

- Gjenkjenne og gjøre tiltak ved symptomer som kan være uttrykk for alvorlig sykdom, inkludert sepsis, som beskrevet i kapittelet «Back to Basics» i rapporten.

• Gi informasjon til gravide og til barselkvinner om forebygging og symptomer på endometritt/barsel-feber. Informasjonen må inneholde råd om å søke tidlig hjelp, og om viktigheten av god personlig hygiene.

- God risikovurdering og seleksjon gjennom svangerskap, fødsel og barsel og revurdere seleksjonen om nødvendig.

- Ved bekymring henviser videre til høyere omsorgsnivå.
- Tidlig henvisning til psykisk helsevern for kvinner med alvorlig psykisk lidelse.
- Sikre tilgjengelighet og bruk av tolketjenester.
- Bidra til kontinuitet i omsorgen for sårbar kvinner

Alle «Top 10» anbefalingene i rapporten, ikke bare de til jordmødrene, blir utdypet og diskutert i en større artikkel i jordmor tidsskriftet MIDIRS i mai 2011. (4)

– Enda en gang vil jeg understreke at jeg går inn i dette arbeidet med stor ydmykhet og fintfølelse. Arbeidet vårt er ikke preget av etterpåklokskap. Vi er klinikere og ikke arrogante forståelsepære, sier Liv Ellingsen. Hun avslutter:

– Målet for meg er at vi skal bruke lærdommene til å bedre behandlingen av gravide og fødende. For å få et større materiale og mer læring burde man også granske nestenulykkene, for eksempel de langvarige intensivoppholdene, de større blødningene, de som ender opp med store komplikasjoner. Hva gjør vi riktig og hva gjør vi feil med de alvorlig syke gravide? Her kan det være mye å hente for kvinnehelse. Det er lite forskning i Norge på de alvorlig syke, de som får alvorlig men. Hva betyr det for dem, for barna, for tilknytningen mellom mor og barn, for helse senere i livet? ■

#### Referanser:

1. Austveg, Berit: «Vanlige misforståelser om mørdedødelighet» Tidsskrift norsk legeforening 16-2010.
2. [http://www.bjog.org/details/news/1025937/New\\_BJOG\\_supplement\\_published\\_today\\_CMACE\\_Saving\\_Mothers\\_Lives\\_report.html](http://www.bjog.org/details/news/1025937/New_BJOG_supplement_published_today_CMACE_Saving_Mothers_Lives_report.html)
3. <http://www.centreforMidwiferyEducation.ie/wp-content/uploads/2011/03/CMACE-2011-Saving-Mothers-Lives-Midwifery-summary.pdf>
4. <http://sarawickham.com/wp-content/uploads/2013/03/emrev-4-sml.pdf>

