

Alternativ tenkemåte om svangerskap og fødsel

Kitty Strand

Eli Heiberg Endresen

Alternativ tenkning om svangerskap og fødsel har ultralyd-screening som eksempel på den medisinske tendens til sykeliggjøring av kvinners biologiske funksjoner.

Artikkelens første del vurderer det faglige grunnlag for screening, og reiser noen sentrale kliniske problemstillinger.

Artikkelens annen del ser medisinsk rasjonalitet i en kulturell sammenheng. Hva skjer når vi etterhvert stoler mer på teknologisk utstyr enn på klinisk sansning?

I forslaget til ny praksis skisserer forfatterne en modell med kvinnen og hennes resurser i sentrum. Helse forstås som en dynamisk biologisk og sosial prosess, ikke i lys av sykdom.

Kitty Strand, – arbeider som lege ved Mødrehygienekontoret, Oslo Helseråd. Arbeidet omfatter familieplanlegging, abort – og steriliseringsveiledning, samt svangerskapskontroll. Arbeider nå med utviklingen av et prosjekt om sosialt kjønn som variabel i forståelsen av sykdom og helse i svangerskapet.

Eli Heiberg Endresen, – har arbeidet med obstetisk fysioterapi og skrevet "GRAVID – en handbok för blivande föräldrar", Liber 1982 og "Fysioterapi og fødsel", Universitetsforlaget, Oslo 1980. Siden 1980 lest sosialantropologi ved Universitetet i Oslo og arbeider nå med hovedoppgave om ritualer i norsk svangerskapsomsorg.

Ultralydscreeningen kommer

Våren 1981 ble det innført ultralyd-screening av alle gravide som skulle føde ved en av universitetsklinikkene i Oslo. Screeningene skulle gjennomføres i 17 og 32 svangerskapsuke, og formålet var (1,2):

– sikker terminbestemmelse av alle gravide, noe

som er av avgjørende betydning når det gjelder å vurdere svangerskapet og fosterets utvikling ved termin

- tidlig diagnose ved tvillingsvangerskap
- placentalkonisering
- oppdage grovere misdannelse som acrani, meningomyelocoele l.

Den kliniske betydningen ville være å unngå uønskede induksjoner; vanskelige og tidkrevende utredninger ved mistenkt overtidighet; planlegging av fødsel evt sectio ved vekstretardasjon, tvillingsvangerskap og placenta praevia, og evt indusere abort ved tidlig påviste svære misdannelser. Det ble presisert at metoden var ufarlig, at det faglige grunnlaget var solid og at kvinnene selv syntes det var fint å "se" fosteret tidlig i svangerskapet.

Den spontane reaksjonen hos flere av oss var: ultralyd på indikasjon – ja. Ultralyd-screening – nei. Debatten ble kort och heftig (2). Nå – to år senere – gjennomføres screening i 17 og 32 uke ved begge universitetsklinikkene som dekker nesten alle Oslos gravide.

Hvorfor motstand?

Den spontane reaksjonen bygget på to oppfatninger:

- Svangerskap og fødsel er en normalfysiologisk prosess som innebærer fysiske/psykiske/sosiale/økonomiske *endringer* for kvinnene. Screening etter patologi må derfor innføres bare etter nøye vurdering. I den vurderingen må inngå bla: at dette er metoden for å oppdage avviket, at metoden er spesifikk og sensitiv slik at den ikke stiller mange falske diagnoser, at det er mulig å gjøre noe med det man oppdager – og at screeningen til en viss grad gjør økonomisk nytte for seg.

.....
*Svangerskap og fødsel er en normalfysiologisk prosess som innebærer fysisk/psykiske/so-
siale/økonomiske endringer for kvinnene.
Screening etter patologi må derfor innføres
bare etter nøye vurdering.*
.....

– Den mangesidige og sammensatte utviklingen av et svangerskap krever *kontinuitet* og kunnskap om *hele* den gravides situasjon for å gi kompetent vurdering. Det betyr at det bør være *en* lege eller jordmor som tar ansvaret for de gravide tvers gjennom svangerskapet, og at det er *denne* ansvarshavendes oppgave å stille indikasjon for supplerende undersøkelser. I det norske helse-stellet idag ser vi almenpraktikeren og jordmoren i helsestasjonsarbeidet som de best egnede per-soner og sted å drive svangerskapskontroll – blant annet fordi kunnskapene om kvinnens miljø og totale helsesituasjon vil være kjent allerede – og fordi oppfølging av mor og barn fortsetter der etter fødsel.

Hvis vi går etter nesa

Vår kliniske "nese" gjorde også at vi var skeptiske til en del av det faglige grunnlaget som ble pre-sen-tert – og en rask gjennomgang av 50 fortløpende gravide fra egen praksis styrket skepsisen: 13 (26%) ble av oss henvist til ultralyd på indikasjoner som usikre menstruasjonsdata, risikomomenter i dette eller foregående svangerskap eller ved klinisk liten vekst. Ultralyden verifiserte kliniske funn i 12 til-felle – og var etter vår mening en nødvendig støtte i det kliniske arbeidet. Av de øvrige var 16 til rutine ultralyd uten at det ga andre resultater enn klinik-ken. Altså: "screening" var lite nyttig – og et mis-bruk av spesialistkompetanse.

Men 50 gravide er et ytterst lite tall – og noen få kliniske "neser" gir ingen bevisbyrde for en opfat-ning – så vi gikk derfor tilbake til litteraturen. Her litt av det vi fant.

Alt nytt er godt nytt?

Det viktigste medisinske argumentet for å innføre ultralydscreening, bygget på resultatene fra den så-

kalte "Malmöundersøkelsen" (3). Den summerer opp erfaringene fra et 5-års prosjekt (1974–78) ved universitetsklinikken for obstetrik og gynekologi i Malmö, Sverige.

De viktigste resultatene av prosjektet var:

- tidlig (gjennomsnittlig i 19 uke) diagnose av tvil-lingsvangerskap, som sammen med kliniske åt-gjerder reduserte disses premature fødsler fra 33 till 10%. I samme periode falt den perinatale mortalitet for tvillinger fra 6 til 0,6%.
- tidlig måling av BPD ga termin som stemte bedre enn bare menstruasjonsdata for hele materialet.
- 50% reduksjon i antallet røntgenundersøkelser av gravide (som henger sammen med utstrakt røntgenbruk tidligere i overgang røntgen – ultra-lyd, og reduksjon pga bedre terminfastsettelse).

Dette var godt nytt – og flere andre undersø-kelser trekker i samme retning. I Ugeskrift for læger (4) presenteres en tilsvarende dansk undersøkelse der screening oppdager tvillinger i 20 uke, mot 32–34 uke uten screening, og screening for termin gir godt mål for gestasjonsalder. Fordelen sammeres av Høkegård i Läkartidningen (5): Overtidsproble-mene minsker, unødige induksjoner av fødsel synker og derved også faren for iatrogen prematuri-tet, avvik i symfyse-fundsmålene kan vurderes sik-rere, og man får bedre grunnlag for å vurdere alfa-foeteoproteinmengden.

Er alt bra da?

Nei, vi er ikke tilfredse. En av grunnene til det, er at de nevnte undersøkelsene *konsekvent* mangler adekvate kontrollgrupper. En annen grunn, er at det i løpet av lesningen dukker fram store uenigheter på kryss og tvers mellom de faglige autoritetene, også blant ultralydentusiastene. Og dette gjør at vi må gå nærmere inn på det materialet som foreligger.

Den ufarlige ultralyden

I litteraturen som forsvarer rutinscreening med ul-tralyden (5) påpekes det at WHO har gitt anbefaling om at ultralyd trygt kan brukes i obstetrikken så lenge utgangseffekten er under 100 mW/cm² og eks-posisjonstida er kort. Ved forskning er det funnet typiske forandringer i celler hos forsøksdyr utsatt for ultralyd i fosterlivet, men det er usikkert om

Bare store randomiserte epidemiologiske undersøkelser vil gi oss svaret og grunnlag for virkelig vitenskapelig praksis

Dersom vi ikke tester teknikken på denne måten, får vi en svekket klinisk kompetanse og fare for falsk kunnskap. Ett eksempel: Det har vært lett å trekke den overfladiske konklusjon at fallet i mødredøligheten kan forklares med fremskrittene i sykehusenes fødselshjelp.

Iain Chalmers, engelsk epidemiolog, svarer slik: "At least one third of the decline in the maternal mortality rate over the nine years between 1964 and 1972 could be accounted for by changes in the age and parity of the parturient population. Effects of similar magnitude might be attributed to changes in socioeconomic status and the gestational age at which abortions occur" (10).

For spesielt interesserte henvises til Benefits and Hazards of The New Obstetrics (11), som grundig diskuterer "klinikkens dilemma" – mellom svangerskapet som en normalfysiologisk prosess rundt hvilken det spinnnes et sosiokulturelt mønster – og den "tekniske" medisin som overtar den fysiologiske prosess, uten spørsmål.

Om medisinsk forståelse av graviditet og fødsel

Det hevdes fra medisinsk hold at de gravide blir glade av ultralydundersøkelsene i svangerskapet. De gjør dem trygge. De får vite om deres små "fosterbarn" ser normale ut. De får selv se dem på ultralydskjermen. Graviditeten sies å bli mer virkelig.

At noe er fysisk virkelig trenger ikke bety at det er sosialt eller kulturelt virkelig. Virkelighet har ulike dimensjoner som virker i nært og gjensidig samspill. Ensidig fokusering om en dimensjon, vil over tid få konsekvenser for forståelsen av helheten og samspillet mellom dimensjonene. I sosialantropologien søker vi å dekke virkeligheten gjennom variablene; individ, samfunn og kultur.

Vi kan snakke om et fysisk, et sosialt og et kulturelt svangerskap. Det *fysiske svangerskap* er det som skjer i min kropp. Men det skjer på grunn av, og i samspill med, en annen – i et sosialt miljø, og innenfor sosiale rammer og institusjoner. Det er i det *sosiale svangerskap* at skiftet av roller finner

Virkelighet har ulike dimensjoner som virker i nært og gjensidig samspill. Ensidig fokusering om en dimensjon, vil over tid få konsekvenser for forståelsen av helheten og samspillet mellom dimensjonene.

sted, overgangen fra kvinne til mor. Hvordan jeg mentalt oppfatter min graviditet, hvilke forventninger jeg har til meg selv som gravid, som fødende, som mor er del av det *kulturelle svangerskap*. Kultur er det vi har med oss av verdier og ideer, forventninger og normer. Kultur er det som omgir og legitimerer vår sosiale praksis. Kultur er det menneskelig skapte i forhold til det naturgitte.

Den behandling og omsorg jeg får som gravid og fødende er produkt av kulturelle verdier. Slik sett er fødselshjelp kulturelt skapt.

I vår vestlige kultur er svangerskap og fødsel, det å få barn, inkorporert i et *medisinsk system*, underlagt en ensidig fysisk virkelighetsforståelse. Denne er konsentrert om kropp – om individ-dimensjonen i helheten. Individdimensjonen er igjen delt i to; det fysiske og det psykiske. Hovedvekten ligger på det fysiske, på kroppen, i denne sammenheng mor-organismen og barnet, til dels ut fra en maskinmodell-tankegang. Det letes etter avvik og sykdom, med bla ultralyd, det ses som maskinfeil, og blir også utredet og behandlet slik.

Utviklingen langs denne en-dimensjonale virkelighetsforståelsen har vært kolossal – og imponerende. Kanskje er det derfor medisinen i så stor grad har kunnet "være seg selv nok?". Langt på vei har den greid å legge under seg den kulturelle dimensjon, det vi forstår som rett og riktig, og retter vår sosiale praksis etter.

Den medisinske – naturvitenskapelige – måte å tenke og handle på har lenge vært normdannende for våre krav til kunnskaper. For hva som er "god latin", og kanskje ikke minst hva som IKKE er det. Mange kaller oss helsepersonell for det nye *presteskap*. Fra historien vet vi det ligger av makt i et slikt begrep, hvilken betydning det har for vår organisering av virkeligheten – av vår sosiale praksis.

Den medisinske virkelighetsforståelse har delt svangerskapet inn i risikofaktorer, og de gravide i risikogrupper. Pr i dag et 30-tall, med ultralyd-screening blir det snart flere om vi da ikke skulle besinne oss og begynne å tenke i nye baner. Ennå har ikke de sykelige orienterte normer slått helt gjennom hos brukerne. Forfatterne Chalmers, Oakley og MacFarlane peker på forskjellen mellom helsepersonells og brukeres forståelse. I en artikkel i BrMJ.: Perinatal Health Services (12) skriver de:

"Helsepersonell ser reproduksjon som en medisinsk og mulig patologisk prosess, hvis vellykkethet må måles i termer for perinatal dødelighet og garanteres ved overvåkning av profesjonelle eksperter.

Mødre er mer tilbøyelige til å se svangerskap og fødsel som en normal del av personlig og sosialt liv og som derfor må måles i termer for egen tilfredsstillelse og den betydning det har for deres videre liv."

Dette er eksempel på ulik virkelighetsforståelse. Medisinens fysiske syn mot kvinnes mer helhetlige syn. Forfatterne peker videre i sin artikkel på misbruk av informasjon, hvordan f.eks. perinatal dødelighet blir brukt dels som mål for helseomsorgens kvalitet, og dels som begrunnelse for ytterligere teknifisering av fødselshjelpen. Det er også for enkelt å hevde at perinatal dødelighet har med manglende tekniske ressurser å gjøre, som manglende ultralyd i svangerskapet, CTG-utstyr på fødeavdelingen osv. Slike kortslutninger forsterker videre den sykeliggjørende tendens, skriver forfatterne.

Utgangspunktet i dette innlegget er slike tekniske ressurser og deres trygghets-skapende evne. For bruk av teknologi begrunnes med sikkerhet. Men hvem er det vi sikrer, gjør tryggere?

- barnet
- kvinnen eller
- oss selv som helsepersonell?

Når det gjelder barnet, vet vi om en del følger av teknisk dominert svangerskapskontroll og fødselshjelp. Inngrep under fødselen stiger, danske data viser en stigning fra 8,5 % i 1970 til 78 % i 1979. Bare en snau 4 del av fødselsforløpene fikk med andre ord lov å forløpe uforstyrret (13).

Følgene av dette er at flere nyfødte må:

- starte sine ytre liv i kuvøse og

– skilles fra mor og overføres til neonatalavdelinger (spesialavd.) (14, 15, 16).

Hva som kan bli av psykiske, sosiale og kulturelle følger på sikt, om det trygghet eller angst, eller noe annet er vanskelig å si. Nervøse lidelser, sosiale avvik og kriminalitet øker generelt i vår kultur, det har mange årsaker.

Når det gjelder kvinnen, vet vi at maskiner skaper avstand. De virker fremmedgjørende for personlig kontakt. De gjør at samhandlingen med jordmoren eller legen, ikke skjer direkte, men via et tredje ledd – en maskin. Som gravid eller fødende blir man en del av maskinen. Oppmerksomheten, ens egen og andres, konsentreres ikke om hva som skjer i meg, men om bildet på skjermen, eller de grafiske kurver som tikker ut av CTG-apparatet utenfor meg. Resultatene kan granskes objektivt, et høyt verdsatt ideal i naturvitenskapelig forskning, om enn noe falskt etter hvert. Samtidig skjer det en umyndiggjøring også midlertidig som omfatter både den gravide og den jordmor eller lege som bruker teknologi. Begges subjektive opplevelse og vurdering tvinges til å underlegge seg den en-dimensjonale, maskinelle registrering. Det er den som representerer de fakta vi har lært vi må bygge vår kunnskap og handling på.

Slik representerer teknologien også en umyndiggjøring av oss som helsepersonell. En umyndiggjøring vi kanskje ikke fullt ut har forstått fordi teknologien samtidig har representert helt fantastiske nye muligheter til å redde liv og lindre lidelse. Utviklingen har gått over tid og krevet at vi samtidig brukte vår kliniske kunnskap og erfaring. Bare gradvis er denne blitt nedvurdert, stemplet som usikker og subjektiv, lite egnet som måleinstrument ved forskning. Og forskning er viktig. Den produserer ny kunnskap, som i sin tur skaper ny praksis og nye kulturelle normer.

Økt bruk av teknologi begrunnes – forsvares – med SIKKERHET. Sikkerhet er det sentrale stikkord i enhver diskusjon om den sykeliggjorte fødsel. Inngrepene i 78 % av fødselsforløpene i Danmark er sikkert også begrunnet med "for sikkerhets skyld" eller "for barnets skyld"... Det lammer effektivt ethvert alternativ. Vi kjenner strategien, den spiller på angsten. Angsten for at noe skal gå galt, for at

det kan bli vår skyld. Angsten som får oss til å godta sentralisering av fødslene til store kriseberedde spesialavdelinger. Angsten som manøvrerer legen inn og jordmoren ut, som selvpoppfyller profetiene om svangerskapenes og fødslenes sykелighet og sikrer den medisinske kontroll.

Hvem er barnets advokat?

Ved bevisst eller ubevisst å *bruke* denne angsten, som ved å si: Du vil vel ikke skade barnet ditt?, stiller helsepersonellet seg *mellom* kvinnen og barnet – og oppnår dermed to ting: Å hindre åpen protest og vekke skyldfølelsen som ligger latent. Ved å hevde at *vi* er barnets advokat impliserer vi at den blivende mors handlinger "egentlig" er bevisste, valgte overgrep overfor barnet. Slike undertoner har vært særlig tydelige i debatten om alkohol- og tobakksbruk i svangerskap (12).

Ved å innta en slik holdning "glemmer" vi raskt at den gravide kvinnen er et voksent menneske som lever sitt eget liv utenfor legekontolets blanke vegger. Og det er stor forskjell på Minnas liv som helt uplanlagt gravid, datter av en alkoholikermor, samboende med en løsarbeider på brygga og selv mer vant til en diett av cola, chips og rullerøyk enn sikringskost for gravide – og Astri sitt liv som statsfunksjonær i lønnsklasse 23 med lys og luftig leilighet på beste vestkant, opptatt av kost og mosjon og forventningsfull til sitt ønskede svangerskap.

Vi "glemmer" også at disse forholdene kan vi som helsepersonell gjøre lite eller ingenting med – og at vår oppgave er å formidle kunnskap slik at den støtter kvinner i *selv* å mestre den endrede situasjonen. Det kan vi gjøre dersom vi innser at vi lever i et samfunn der *kvinnen* er barnets "advokat". Ansvar og omsorg i hverdagen for både ufødte og fødte liv er i realiteten *moras*. Det er derfor ikke vår oppgave å gå inn *mellom* mor og barn, men å styrke mors mulighet til å mestre oppgaven i den situasjonen nettopp hun befinner seg.

Litt ydmykhet på sin plass?

Vi synes det. Ett glitrende eksempel på medisinske overgrep er ammingens historie de siste 50 år i Norge. I god tro og med de beste intensjoner, innføres rutiner ved fødeavdelinger og råd fra helseper-

sonell i spedbarnstiden som effektivt hindrer flere generasjoner i å gi spedbarnet det spedbarnet har best av: Morsmelk. Og det er ikke helsepersonellet som oppdager feilgrep og går i bresjen for å rette opp tingenes tilstand – det er opprørske kvinner som gjennom en seig og hardt motarbeidet kamp langsomt vinner gehør for at de faktisk har helt rett. Hvorpå den medisinske vitenskap kommer etter og bekrefter deres synspunkter.

Kvinnen er ingen container

Sykdomsmodellen ser kvinnen som en container, eller som en datamaskin: Bare vi gir det riktige input, får vi det korrekte output. Og kan ikke kvinnen ordne det, kan *vi*, med alle våre medisiner og maskiner. Dette fører til en objektgjøring av den gravide og fødende, slik vi har beskrevet tidligere. Innenfor en slik ramme blir kvinnens opplevelse uinteressant og ikke relevant for en "vellykket" gjennomføring av svangerskap og fødsel. Nå er denne objekt-tenkningen ikke reservert for obstetrikken – vi finner den igjen i behandlingen av hjerteinfarkt-pasienter og leddgikt-pasienter – men den slår inn på en enda mer destruktiv måte hos barnefødersken. Svangerskap og fødsel er ett ledd i de fleste kvinners *normale livsløp*. Et vitenskapssyn som tar utgangspunkt i at denne personen er *syk*, vrir kvinnen til å bli *pasient*, og hindrer hennes mulighet til å være aktør i en vanlig fase i vanlige kvinners liv (17). Denne sykelligjøringen kommer like klart fram når vi ser på psykiatriens syn på svangerskapet som en krise i kvinners liv og en prøvestein på deres feminine identifisering. Her er igjen fokus lagt på *mulig patologisk utvikling*, og denne "patologi" er sterkt preget av det rådende syn på hva vellykket kvinnelighet er.

Dermed hindres mobiliseringen av egenskaper som er til nytte for kvinnene – og et slikt mønster kan identifiseres som kvinneundertrykkende. En god svangerskaps- og fødselsveiledning må derfor bevisst bryte med "sykdom", "krise", "containermodellen" – i tråd med den rammen for medisinsk kvinneforskning Grete Botten har lagt fram.

Vi vil kort skissere 4 hovedpunkter som vi mener er viktige for ny praksis.

Utgangspunktet i en ny svangerskaps-''kontroll'' ligger i erkjennelsen av at det å være gravid og føde barn ikke er noen sykdom. Vi må bli klar over at den ensidige fare- og risikofokusering er noe som vi helsepersonell selv har skapt, og som vi selv med vår behandling og teknologi søker å opprettholde. Slik er den til en stor grad gjort selvoppyllende. Risikofokuseringen har øket både vår – helsepersonellens og foreldres angst og hjelpeløshet. Og økende viktig med truende overproduksjon av helsepersonell – risikofokuseringen sikrer arbeid. En strategi for å snu sykeliggjøringen av kvinners krea-

Hovedpoenget i punkt 1 i en alternativ praksis blir likevel å forberede kvinnen og mannen på de endringer det å få barn medfører, og så styrke dem i selv å registrere disse endringene – i kropp, sinn og miljø. Det er å styrke dem i å ta vare på seg selv, og

søke å redusere de psykososiale stressfaktorer vi vet øker frekvensen av for tidlige fødsler og umodne barn (18).

Punkt 2

En ny praksis vil videre bli å stimulere kvinnen og mannen til å sette opp en handlingsplan for gjennomføringen av svangerskapet. Forberedelser som må gjøres; arbeid, økonomi, bolig, valg, konsekvenser osv. Hvordan kan ansvaret og omsorgen for barnet best deles? Hvordan er det å være gravid kvinne og mann, hvilken veiledning vil de ha? Hvordan kan vi forberede oss til den livsendring som skjer når vi blir foreldre og daglig skal ha ansvar og omsorg for et lite hjelpeløst barn.

Punkt 2 blir mao konsentrert omkring ulike veilednings- og opplæringstilbud. Den pedagogiske formen de ulike tilbudene får vil være avgjørende for deres frigjørende og aktiviserende muligheter. Deltakelse i grupper med andre gravide og foreldre i samme situasjon ser vi som svært vesentlig. Det hjelper en til å se seg selv som del av flere – i et sosialt samspill. Og det hjelper en til å se egen situasjon mer realistisk.

Punkt 3

Omfatter etablering av kontakt til aktuelt fødested, tilrettelegging av valgmuligheter for gjennomføringen av fødselen, og tilbud om fødselsforberedelse i samsvar med det hovedvalg kvinnen selv gjør. Det vil føre for langt å komme inn på dette her.

Punkt 4

Er oppfølging etter at barnet er født. Der tilbud om hjemmebesøk og veiledning individuelt og gruppevis. Målsettingen i foreldreopplæringen etter fødselen følger samme retningslinjer; styrke foreldrenes selvtilit gjennom økt bevissthet og kunnskap (19);

- om barns utvikling og behov,

.....
Ny praksis vill videre bli å stimulere kvinnen og mannen til å sette opp en handlingsplan for gjennomføringen av svangerskapet.
.....

.....
For oss er livskvalitet å kunne møte og leve med de kriser – det gode og vonde livets mangfold gir – uten å overmannes av angst og hjelpeløshet. Det er ikke den WHO'ske utopi om konstant fysisk, psykisk og sosialt velvære.
.....

- om samspill mellom barn og foreldre,
- om sosiale forhold, rettigheter, plikter og påvirkningsmuligheter.

Vi snakker etterhvert mye om – ikke bare livskvantitet, men også livskvalitet i vårt samfunn. Vi har råd til det. For oss er livskvalitet å kunne møte og leve med de kriser – det gode og vonde livets mangfold gir – uten å overmannes av angst og hjelpeløshet. Det er ikke den WHO'ske utopi om konstant fysisk, psykisk og sosialt velvære.

Som helsepersonell har vi vært med på å frata kvinner – og menn ansvar, og gjøre dem til passive objekt for vår behandling. Kanskje i den tro at det er godt å slippe ansvar. Men ansvar er en menneskerett. På godt og vondt gir det frihet, selvstendighet og styrke. Og dette er verdier *særlig kvinner* må få lov til å utvikle og vokse med. Kan vi snu vår helseomsorg slik at foreldrene kjenner økt styrke og ansvar, gjør vi noe fysisk, sosialt og kulturelt for både foreldre og barn.

En slik alternativ praksis innebærer endring av vår forståelse av begrepet helse. Helse blir ikke lenger noe som forstås i lys av sykdom, som evt. det motsatte av sykdom. Helse blir en prosess i seg selv, en levende og dynamisk biologisk prosess, som ved gode sosiale og kulturelle betingelser kan ha like stor smitteeffekt som sykdom (20).

Helse blir dermed en tilstand som, når den er god, gjør at individet greier de belastninger det utsettes for av både individuell, sosial og kulturell art.

Det blir kanskje et spørsmål om vi har sosiale institusjoner og personale som kan ivareta en slik omlegging av praksis. Etter vår mening har vi det – i helsestasjonene. Helsestasjonene er spredt i lokalmiljøene der folk bor, og tildels kjenner hverandre. Helsestasjonene er senter i et sosialt nettverk; og den forebyggende og veiledende arbeids-

formen ved helsestasjonen kan lett bygges ut til å yte den helseomsorg vi her har skissert og som vi mener de aller fleste gravide og foreldre i vårt samfunn skulle kunne ha glede og nytte av.

Etterord

Artikkelen ble opprinnelig holdt som foredrag ved det første nordiske seminar i medisinsk kvinneforskning, Sanner i Norge, 14–16 april 1983.

I artikkelens første del fremholdes det at bare kontrollerte, randomiserte undersøkelser vil kunne evaluere validiteten av ultralyd-screening i svangerskapet.

Siden foredraget ble holdt, er det publisert 4 artikler som presenterer resultatene fra slike randomiserte undersøkelser. Konklusjonene i disse artiklene trekker i retning av at ultralyd-screening ikke gir klinisk gevinst. For interesserte gjengis herved referansene:

1. Michael J Bennet et al: "Predictive value of ultrasound measure in early pregnancy: a randomized controlled trial." *British Journal of Obst and Gyn.* May 1982, Vol 89.
2. William Ott and Sue Doyle: "Routine Antepartum Biophysical Screening." *The Journal of Reproductive Medicine.* Vol 27, no 7, July 1982.
3. Leiv S Bakketeig et al: "Randomized Controlled Trial of Ultrasonographic Screening in Pregnancy." *The Lancet*, July 28, 1984.
4. J P Neilsson et al: "Screening for small dates fetuses: a controlled trial." *British Medical Journal.* Vol 289, 3 November 1984.

REFERANSER

1. Rundskriv Oslo helseråd, avdeling for mor og barn 08.03.82.
2. Tidsskrift Norske Lægeforening nr 12, 1981, s 738.

3. *Acta Obstet Gynecolog Scand Suppl* 78, 5–14, 1978. Benefits of ultrasonic screening of a pregnant population. L. Gernett, P H Persson och E Gennser:
4. Christensen, Rasmussen & Mathisen: Værdien av ulydscanning som screening i 20 svangerskapsuke. *Ugeskrift for læger* 8 nov 82, 144/45, s 3354–3356.
5. *Läkartidningen Volym* 79, nr 25, 1982. Symposium Ultraljudscreening under graviditet.
6. *JAMA* April 23/30, 1982, usl 247, no 16. Question of risk still hovers over routine prenatal use of ultrasound.
7. Perinatalmedicin AWE/Gebers 1979. Gentz, Persson, Westin og Zetter. Kap 3, s 26: Bestanning av gestasjonsalder i tidlig graviditet. Kap 5, s 53: Klinisk kriterier på normal fostertilvæxt.
8. *BMJ* Volume 285, 25 sept 1982, s 846–849. Antenatal screening by measurement of SF-height. Calvets et co.
9. Kiserud/Servoll: SF-måling som ledd i svangerskapskontrollen. *Tidsskrift Norske Lægeforening* nr 4, 1982, s 243–245.
10. Iain Chalmers: British debate on obstetric practise, *Pediatrics* no 3, 1977, s 308–312.
11. Benefits an Hazards of The New Obstetrics. Ed. by Tim Chard & M Richards. 1977 London William Heinemann Medical Books.
12. Chalmers, Oakley og Macfarlane: Perinatal Health Services: an immod proposal. *Br M J* 22/3, 1980, s 842–845.
13. Sundhedsstyrelsen i Danmark: Medicinsk fødselsstatistik 1979. *Vitalstatistik* 1:1:1982. ISBN 87-503-3997-4.
14. Houd: Elektronisk overvågning under fødselen – for imod.
15. *Tidsskrift for jordmødre* nr 1 og 3 1981.
16. Wood et al: A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk obstetric population. *AM J Obstet, Gynecol* 141:527, 1981.
17. Ann Oakley: Moderskap som sjukdom. *Kvinnoviten-skapelig Tidsskrift* 1980 4.
18. Newton et al: Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *Br M J* 7, 18/8 1979, s 411–413.
19. Bosson, Endresen, Heiberg, Vesje: Frivillig foreldreopplæring 1–3, *Sinnets Helse – ekstraskrift* 1981.
20. Pearse: *The Quality of Life.* Scottish Academic Press 1979.