



# Fødeinstitusjoner i endring - kan risikofødsler selekteres?

---

REDAKSJONELT

ØIAN P

---

I løpet av de siste 20-25 år har det skjedd en sentralisering av fødsler i Norge. Antall fødeinstitusjoner er redusert til det halve, og er nå ca. 60. Årsakene til dette er mange, men en viktig grunn har vært at gynekologer lenge har hevdet at fødselskomplikasjoner ikke kan forutsies. Den vitenskapelige begrunnelse for å hevde dette er mangelfull. Hvordan er så forholdene egentlig? Viktig informasjon kan man få ved å se på forholdene i de deler av landet der det foreligger en reell valgmulighet hva gjelder fødested, for eksempel mellom fødestue og fødeavdeling. I disse områdene vil de som har svangerskapsomsorg kontinuerlig bli tvunget til å ta standpunkt til om det foreligger en lavrisikograviditet. Kvinnen kan da føde på fødestuen om hun ønsker dette. Ca. 40% av dem som sokner til en fødestue føder der, og selekteringen foregår forbausende bra. Ved fødestuene i Norge er behovet for overflytting under og etter fødsel 5-10%, antall operative forløsninger 1% (vakuumekestraksjoner) og resultatene for mor og barn er gode (1). Dette tyder på at forhåndsseleksjon fungerer.

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Jan Holt & Ingar Vold en retrospektiv analyse av operative forløsninger i 1995 ved Lofoten sykehus, foretatt for å finne ut om risikofødsler kan selekteres (2). De kommer til omtrent samme resultater som vi kjenner fra fødestuene. De tar også opp et interessant problem, nemlig hvorvidt førstegangsfødende kan aksepteres ved fødestueenheter? Vi vet at operative vaginale forløsninger er hyppigere hos førstegangsfødende enn hos flergangsfødende. Om det er mulig å selektere en lavrisikopopulasjon blant førstegangsfødende slik man kan hos flergangsfødende, er ikke tilstrekkelig undersøkt. Dette bør nå gjøres.

Rekruttering av spesialister i fødselshjelp og gynekologi er ikke tilfredsstillende. Det er mange avdelinger i Norge som har bemanningsproblemer, og det er grunn til å tro at dette bare vil øke i årene fremover. Mye vakt- og nattarbeid følger med spesialiteten, og selv som overlege må man regne med å gå tilstedevakter frem til pensjonsalderen. Frykt for erstatnings- og rettsaker er dessverre også medvirkende til at yngre leger velger andre spesialiteter. Små fødeavdelinger vil for de fleste gynekologer være mindre attraktive arbeidsplasser på grunn av faglig isolasjon, nærmest kontinuerlig vaktberedskap og stort ansvar. Et annet problem for disse avdelingene er at kirurgene er på vei ut av fødselshjelpen. Yngre kirurger vil neppe akseptere, både av faglige og juridiske grunner, å ha vakt i et fag de verken har formell eller praktisk kompetanse i.

En utredningsgruppe nedsatt av Statens helsetilsyn har nylig kommet med anbefalinger

vedrørende struktur av fødeinstitusjoner (3). Gruppen foreslår tre kompetansenivåer:

- Nivå 1 er kvinneklinikker med minst 1500 fødsler per år og tilstedevakt av fødsels-, barne- og anestesilege.
- Nivå 2 er fødeavdelinger med minst 400-500 fødsler per år og vaktberedskap av fødsels- og anestesilege.
- Nivå 3 er fødestuer med minst 40-50 fødsler per år og vaktberedskap av jordmødre.

Hvis anbefalingene vedrørende nivåinndeling blir tatt til følge, innebærer det at ca. 15 fødeavdelinger i Norge med lavt antall fødsler burde omgjøres til fødestueenheter. Om en slik omgjøring ble realisert, ville 5-10% av alle fødslene i landet kunne foregå ved fødestueenheter, det vil si en 5-10-dobling i forhold til dagens nivå. Arbeidet med omlegging til "fødestuedrift" er i gang ved Lofoten, Rjukan og Tynset sykehus. En slik prosess er ikke enkel. Mange administrative og faglige problemer må løses, og medisinske ansvarsforhold plasseres. Om man lykkes med en omlegging til fødestuedrift innenfor sykehusveggene, blir spennende å se. I motsatt fall blir en ytterligere sentralisering resultatet, og mange gynekologer ønsker nok dette. Jeg tror det er uheldig for Distrikts-Norge, og heller ikke nødvendig av hensyn til mor og barn. Større fødeavdelinger kan her ha noe å lære av driften ved fødestuene. Ved avdelinger med mange risikofødsler er det ofte vanskelig å skille overvåking og behandling av lav- og høyrisikopasienter (4). Dette kan føre til unødig mange operative inngrep ved normale graviditeter.

Selvsagt kan en omlegging også få negative konsekvenser. Blant annet kan transportproblemer oppstå ved ekstreme værforhold. Og ved akutte og uventede alvorlige komplikasjoner vil man ønske at en gravid var nær en spesialavdeling. Men slike situasjoner oppstår langt sjeldnere enn mange synes å tro.

En viss omfordeling av fødende til et lavere fødeinstitusjonsnivå kan begrunnes ut fra bemanningsproblemer ved små fødeavdelinger, men burde også kunne begrunnes faglig. Ved fødestuene er operative forløsninger redusert til 1%. Er det da riktig at mange små fødeavdelinger, som også burde ha en lavrisikopopulasjon, har en keisersnittfrekvens på 15-20%?

Det som er viktig, men dårlig ivaretatt i Norge, er dokumentasjon og kontroll av faglige kvaliteter ved våre fødeinstitusjoner. Det burde utarbeides kontrollsystemer, for eksempel ved at eksterne fagfolk evaluerte driften av den enkelte fødeinstitusjon, slik at uheldig praksis kunne oppdages i tide. Dette er kanskje spesielt viktig i avdelinger med få fagfolk, der mulighet for intern justering vil være begrenset. Sentrale helsemyndigheter burde interessere seg for en slik kvalitetsovervåking og for den endringsprosessen som nå foregår på fødeinstitusjonsnivå.

*Pål Øian*

---

#### LITTERATUR:

1. Schmidt N, Abelsen B, Eide B, Øian P. Fødestuer i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 823-6.
2. Holt J, Vold IN. Kan risikofødsler ved mindre fødeavdelinger selekteres? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118:1218-20.
3. Faglige krav til fødeinstitusjoner. Utredningsserie 1-97. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.
4. Cleary R, Beard RW, Chapple J, Coles J, Griffin M, Joffe M et al. The standard primipara as a basis for inter-unit comparisons of maternity care. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 233-9.

---

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

