



# Blir det fortsatt trygt å føde utenfor Rikshospitalet?

---

## KOMMENTAR

BJØRN ØGLÆND

E-post: bogland@online.no

Bjørn Øglænd er barnelege. Arbeider for tiden som fagsjef i Statens helsetilsyn, men skriver som privatperson og ikke som representant for Helsetilsynet. Han var tidligere leder for Fagråd for nyfødtmedisin, føde- og barselomsorg i HSØ, og har arbeidet med nyfødtintensivmedisin i Østfold, Rogaland og Rikshospitalet. Arbeidet en periode som seniorrådgiver i Helsedirektoratet og deltok i utviklingen av nasjonale retningslinjer for kompetanse og bemanning i Norske nyfødtintensivavdelinger og har vært leder for en ekstern, Skandinavisk ekspertgruppe som bistod Helse Midt-Norge med råd om funksjonsfordeling mellom nyfødtintensivavdelingene i Ålesund og St. Olavs hospital. Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

Astri Lang målbærer bekymring for pasientsikkerheten om ikke alle 13 000 fødslene i Oslo kan skje ved et sykehus der det er nyfødtleger, hjertekirurger og støttfunksjoner som kan gi høyintensiv behandling til premature og syke nyfødte (1). Hun skriver: «det store fødevolumet vil tilsi at selv sjeldne, uforutsette hendelser ikke blir sjeldne i absolutte tall. To-tre barn per dag vil trenge initial assistert ventilasjon etter fødsel, 100 barn per år vil trenge avansert hjerte- og lungeredning».

Hvordan skal familiene som er i lykkelige omstendigheter tenke om dette? Vil det fortsatt være trygt å føde i Oslo? Om det er riktig at to-tre barn per dag vil trenge initial assistert ventilasjon etter fødsel, og 100 barn per år vil trenge avansert hjerte-lungeredning, kan det da fortsatt være trygt dersom fødsel ikke skjer i et sykehus med full nyfødtintensiv spesialkompetanse som innehar de regionale og nasjonale oppgavene for syke nyfødte?

Dersom man setter opp fødetallene fra sykehusene utenfor Oslo, rangerer dem etter fødsler nedenfra fra Kirkenes med 194 fødsler per år og oppover, kommer vi til sykehus nr. 15 (Kristiansand) før vi når totalt 10 000 fødsler pr år. Disse 10 000 barna fødes i et av 15 sykehus med veitransporttid til nærmeste høyintensivavdeling på median to timer (en til ti timer). De 100 tilfellene av behov for hjerte-lungeredning per år må deles på vakthavende leger på 15 forskjellige sykehus. Om barna trenger avansert behandling må de, dersom de har hjertemisdannelser alle fraktes til Oslo universitetssykehus. Vi tror dette gir trygg behandling, også for disse 10 000 barna. Vi har argumentert for å regionalisere den mest avanserte intensivmedisinske aktiviteten for syke nyfødte i Norge og har ment at det er trygt dersom vi organiserer kompetanse for stabilisering og transport på en trygg måte for de ytterst få det vil gjelde. For de 10 000 fødslene på Aker sykehus vil transporttiden være om lag 12 minutter. Jeg tror vi skal være varsomme å peke på farene for pasientsikkerheten ved dette. Om fødeavdelingen på Aker blir en realitet med 10 000 fødsler vil erfaring og nærhet til avansert intensivavdeling tilsi at disse barna får en minst like trygg helsehjelp

som barna i resten av landet. Det er ikke sikkert, og langt fra vitenskapelig bevist, at en praksis der de friskeste og minst syke barna blir født i en avdeling som er adskilt fra avdelingen som gir høyintensivbehandling, gir dårligere pasientsikkerhet. Det er ikke uten videre sikkert at opplæring av leger og sykepleiere vil lide under at de skaffer seg erfaring fra en avdeling der fokus ikke er intensivbehandling i tillegg til at de skaffer seg nødvendig nyfødtintensivkompetanse.

Jeg forstår at det kan være grunner til å argumentere mot en todeling av fødslene i Oslo, og at barneleger gjerne så at alle barna ble født der de kunne få høyintensivbehandling om det skulle bli nødvendig. Jeg er bekymret når enkelte får dette til å høres ut som et spørsmål om pasientsikkerhet. Og jeg er forundret over at stemmer som fremhever det normale i fødsler og barseltid ikke lar seg høre.

---

#### LITTERATUR:

1. Lang AM. Godt nok eller best mulig? Tidsskr Nor Legeforen 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0031. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 25. februar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0108  
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no