



## A.M. Lang svarer

---

### KOMMENTAR

ASTRI MARIA LANG

E-post: [astrima@online.no](mailto:astrima@online.no)

Astri Maria Lang er overlege ved Nyfødtintensiv avdeling, Oslo universitetssykehus. Ingen oppgitte interessekonflikter.

---

Jeg vil takke fagsjef for pediatri og nyfødtmedisin i Statens helsetilsyn, Bjørn Øglænd, for hans kommentar til min artikkel om lokalisering av fødsler i fremtidens Oslo universitetssykehus (OUS). Øglænd konsentrerer seg om forsvarlighetsaspektet i organiseringen av norsk fødselsomsorg i tråd med sin rolle i tilsynsmyndighetene. Han argumenterer imidlertid som om det hevdes i den aktuelle leder at man ikke kan drive medisinsk forsvarlig føde- og nyfødtomsorg ved en deling mellom Aker og Rikshospitalet. Det medfører ikke riktighet.

Hovedpoenget med lederartikkelen gjenspeiles i tittelen: «Godt nok eller best mulig». Rammene for det fremtidige fødetilbudet ved Oslo universitetssykehus legges nå for 50 år fremover, en avdeling som vil ivareta oppimot en femtedel av landets fødekvinner. Det tas for gitt at både føde- og nyfødtseksjonen ved fremtidens Aker vil ivareta sine pasienter på en forsvarlig måte, slik tilfellet også er ved andre, mindre fødeinstitusjoner i Norge. Men spørsmålet er hvorvidt fremtidens Oslo universitetssykehus, i kraft av sitt pasientvolum og sine sterke fagmiljø innenfor obstetikk og nyfødtmedisin, bør kunne ha anledning til å legge ambisjonsnivået høyere enn kun å oppfylle forsvarlighetskravet?

Lederartikkelen belyser noen av de uhensiktsmessige konsekvensene av å spre føde- og nyfødtvirksomhet på to geografiske steder innenfor ett og samme sykehus. De viktigste argumentene er av faglig og organisatorisk art. Det er mer krevende og det koster mer å opprettholde kompetanse og beredskap på to steder enn på ett. Disse argumentene støttes av erfaringer fra våre naboland.

Dernest fremstår det dypt ulogisk for fagmiljøet at det desidert største volumet av fødsler ved Oslo universitetssykehus ikke skal finne sted der hvor beredskapen for uventet alvorlig sykdom hos barnet er størst. Et økt antall akutte nyfødttransporter er en konsekvens av dette. Risikoen ved denne type transport skal ikke overdrives, men selv dedikerte neonatologiske transportteam rapporterer at transport av intensivkrevende nyfødte representerer en diskontinuitet i pasientbehandlingen, risiko for tap av informasjon og noen ganger økt fysiologisk instabilitet. Innenfor Oslo universitetssykehus vil nyfødte med behov for transport konkurrere med andre tidskritiske transportoppdrag slik som ulykker, hjertestans og hjerneslag. Risikoen for samtidighetskonflikt og forsinkelse er til stede. For enkelte pasienter vil altså en deling av fødeavdelingen ved Oslo universitetssykehus gi et dårligere tilbud enn om all fødevirksomhet lokaliseres på samme sted. Dette må være legitimt å belyse all den tid en annen organisering av virksomheten er mulig. Godt nok,

men ikke best mulig.

Øglænds avsluttende bekymring for de ukompliserte fødsels- og barselsforløpene er vanskelig å forstå. Det eksisterer ikke noe motsetningsforhold mellom det å opprettholde en spesialisert beredskap for uventede hendelser, og ivaretagelse av normaliteten i fødselsomsorgen. Et differensiert fødetilbud eksisterer i dag ved fødeavdeling på Ullevål. Det kan videreføres i fremtidens Oslo universitetssykehus uavhengig av om fødeavdelingen er samlet eller lokalisert på to steder.

---

Publisert: 25. februar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0109

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no