

Fødeinstitusjoner og fødsler i Norge i 1990-årene



Kommentar
og debatt

Antall fødeinstitusjoner i Norge er de siste 30 årene gradvis blitt redusert fra 150 i begynnelsen av 1970-årene til 57 i år 2000. Det er vesentlig de små fødeinstitusjonene som er blitt nedlagt. Denne utviklingen er skjedd uten at det har vært en uttalt politikk, men mer som en konsekvens av offentlige økonomiske rammer og moderne kommunikasjon.

Statens helsetilsyn kom i 1996 med anbefalinger om faglige krav til fødeinstitusjoner. Disse fikk bred tilslutning i høringsrunden. Sosial- og helsedepartementet har i to stortingsmeldinger foreslått at anbefalingene skal danne grunnlag for den videre utbygging av fødeinstitusjoner i Norge, men de har i liten grad fått politisk oppfølging.

I 1990-årene har antall fødsler i de store institusjonene (> 1500 fødsler) steget, mens tallet har gått ned i institusjoner med < 1500 fødsler per år. Antall transportfødsler har vært konstant, mens antall hjemmefødsler har vist en svakt stigende tendens i løpet av 1990-årene.

Av de 57 fødeinstitusjonene kan ut fra fødselstall 17 klassifiseres som kvinneklinikker, 27 som fødeavdelinger og 13 som fødestuer. Ikke alle institusjoner har det antall fødsler som svarer til den kategori som de selv oppgir.

Utfordringen i årene som kommer er om staten som sykehuseier vil videreføre utviklingen basert på faglige omforente krav til fødeinstitusjonene.

Fra 1930 til 1970 økte antall fødeinstitusjoner i Norge fra 11 til nærmere 200 (1), mens det sank igjen til 82 i 1990 (2). Reduksjonen skyldes nedleggelse av små fødestuer og fødeseksjoner ved små sykehus i 1970- og 80-årene, delvis betinget i sterkt synkende fødselstall i 1970-årene og medisinske anbefalinger om tryggere fødsler i velutstyrte institusjoner. Disse anbefalingene ble særlig fremhevet i det tidsrommet da nedgangen i fødselstallet var størst. Fødselstallet i Norge sank fra 68 102 i 1969 til 50 951 i 1977 (3).

Nedleggelsen av fødeinstitusjoner har ikke funnet sted på grunn av statlige direktiver. Antakelig har fylkeskommunenes økonomiske rammer ført til rasjonalisering og sentralisering.

Stein Tore Nilsen
steinil@online.no
Kvinneklinikken

Anne Kjersti Daltveit
Lorentz M. Irgens
Medisinsk fødselsregister

Haukeland Sykehus
5021 Bergen

I 1990-årene kom det flere offentlige anbefalinger med krav til faglig standard i fødeinstitusjonene (4–15). Utviklingen fra 1970- og 80-årene har fortsatt, men nedgangen i antall fødeinstitusjoner har vært mindre. I år 2000 var det i alt 57 fødeinstitusjoner i Norge med mer enn ti fødsler.

Vi vil i denne artikkelen gi en oversikt over de offentlige utredningene som har gitt premissene for utviklingen i 1990-årene og beskrive utviklingen av fødsler i og utenfor institusjon.

Offentlige utredninger

De statlige føringene for helsepolitikken i 1990-årene ble gitt i St.meld. nr. 41 (1987–88). *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan* (4) mens Tove Strand Gerhardsen var statsråd. Meldingen tok opp sykdommer knyttet til svangerskap, fødsel og det første leveåret, samt misdannelser og arvelige tilstander. Den påpekte forebyggingspotensialet innen svangerskapsomsorgen, men diskuterte ikke fødsler eller fødeinstitusjoner.

De faglige krav til institusjonene og krav til akuttberedskap ved sykehusene ble grundig drøftet i St.meld. nr. 50 (1993–94). *Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste* (5), som kom i Werner Christies statsrådstitid. Spesielt ble det satt søkelys på de små sykehusenes problemer. Meldingen forutsetter at den akuttmedisinske beredskap må tilfredsstillende minstestandarder, og anbefalte at dersom det ikke finnes spesialist i obstetrikk, må fødeavdelingen defineres som fødestue. En viktig premis for de anbefalinger Sosial- og helsedepartementet kom med, var Helsedirektoratets utredning om forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet (6).

I forbindelse med vurdering av regional helseplanlegging anmodet Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i mai 1996 om en vurdering av hvilke faglige krav som

bør stilles til bemanning og vaktberedskap ved fødestuer og fødeavdelinger ved lokalsykehus. Det ble spesifikt spurt om minimumskrav til antall fødsler ved en fødeavdeling. Statens helsetilsyn oppnevnte en utredningsgruppe, og de anbefalingene denne kom med, fikk tilslutning fra Helsedirektøren og ble utgitt i Helsetilsynets utredningsserie (7). Hovedpunktene er gjengitt i ramme 1.

Det var opp til fylkeskommunene, som hadde driftsansvaret, selv å velge hvordan de ville organisere tilbudet så lenge lovens krav om faglig forsvarlig drift var oppfylt.

Utredningen ble sendt til høring og samlet bred støtte. Departementet la i St.meld. nr. 24 (1996–97). *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og spesialisthelsetjeneste* (8) anbefalingene til grunn for utformingen av fremtidige faglige krav til fødeinstitusjoner. Denne meldingen kom mens Gudmund Hernes var helseminister.

Ved behandlingen i Stortinget uttalte sosialkomiteen (9): «Komiteen vil også peke på at kravene for å opprettholde en fødeavdeling på minimum 400 fødsler ikke bør eller kan være et absolutt krav i områder med spredt bosetting og lange avstander. Komiteen har en følelse av at disse faglige rigorøse betingelsene er utformet av fagpersonale i sentrale strøk med liten kjennskap til hvilke problemer dette kan medføre for fremtidige fødende med lang vei og usikre transportforhold.»

Parallelt med dette ble det ved Lofoten sykehus startet et prosjekt med alternativ driftsform og seleksjon av lavrisikofødende til sykehuset (10, 15, 16). Erfaringene fra dette prosjektet viste at driftsomleggingen hadde vært medisinsk forsvarlig. 70 % av de fødende i Lofoten kunne forløses ved sykehuset. Av dem som var endelig utvalgt til fødsel ved Lofoten sykehus, måtte 8,2 % overflyttes til Nordland sentralsykehus.

I april 1998 reiste Sonja Irene Sjøli en interpellasjon i Stortinget hvor helseministeren ble bedt om å ta initiativ til en konsensuskonferanse om hvordan fødselsomsorgen i Norge skulle organiseres. Helseministeren (Dagfinn Høybråten) bad Norges forskningsråd om å arrangere en konsensuskonferanse. Forskningsrådet fant imidlertid problemstillingene lite egnet for en konsensuskonferanse og arrangerte i stedet en legkvinnekonferanse (11) og en nasjonal fagkonferanse om fødselsomsorgen. Hovedkonklusjonene fra fagkonferansen er gitt i ramme 2 (12).

På bakgrunn av Stortingets behandling av St.meld. nr. 24 (1996–97) oppnevnte Sosial- og helsedepartementet i september 1997 et utvalgt for å vurdere den akuttmedisinske beredskap. Utvalget avgav sin innstilling i juni 1998, NOU 1998: 8. *Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap* (13). I et eget kapittel ble fødeinstitusjoner diskutert, og utvalget sluttet seg i hovedsak til de anbefalingene som er gitt i Statens helsetilsyns utredning (7).

Ramme 1

Faglige krav til fødeinstitusjoner

I Statens helsetilsyns utredning (6) foreslås følgende inndeling av fødeinstitusjoner:

Kvinneklinikker: Minst 1 500 fødsler per år, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte

Fødeavdelinger: Minst 400–500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsels- og anestesilege (kun unntaksvis kirurg i vaktberedskap), nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen

Fødestuer: Minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre (ikke gynekolog) og avklarte ansvarsforhold

Utredningen foreslår at *selektering* av fødende skal skje ved at:

Fødeavdelinger overfører fødende med alvorlige komplikasjoner til kvinneklinikker og fødende med forventet behandling av nyfødt barn til sykehus med nyfødtavdeling

Fødestuer overfører fødende der det forventes komplikasjoner (unormalt leie, flere fostre, for tidlig fødsel etc.) til fødeavdeling/kvinneklinikk. Seleksjonen bør være strengere ved fødestuer med lang reisetid til sykehus enn der hvor fødestuer er lokalisert i nærheten av sykehus

På basis av ovennevnte utredning og høringsuttalelser, resultatene fra Lofot-prosjektet og den nasjonale fagkonferansen gjorde Sosial- og helsedepartementet da Tore Tønne var helseminister på ny en vurdering av fødselsomsorgen i St.meld. nr. 43 (1999–2000). *Om akuttmedisinsk beredskap* (14).

Det heter i meldingen: «Det overordnede målet for fødselsomsorgen må være at det fremdeles skal kunne tilbys et desentralisert fødetilbud i Norge, og at det skal holde god faglig standard.

Departementet foreslår at Helsetilsynets inndeling av fødeinstitusjonene i kvinneklinikker (mer enn 1 500 fødsler per år), fødeavdelinger (minst 400–500 fødsler per år) og fødestuer (minst 40 fødsler per år) gjøres veiledende for planleggingen av den framtidige fødselsomsorgen. Inndelingen anbefales av akuttutvalget, og møter få innsigelser blant høringsinstansene. Den forutsetter imidlertid at den fødende får god oppfølging av jordmor under svangerskapet, at risiko-

fødsler blir selektert til riktig nivå, og at det utarbeides klare rutiner for hvordan de ulike fødeinstitusjoner skal samarbeide.»

Videre foreslo departementet en videreføring av Lofot-prosjektet ved andre lokalsykehus der antall fødsler er under 400.

Stortinget bad ved behandlingen av meldingen regjeringen gjøre Statens helsetilsyns nivådeling for fødselsomsorgen gjeldende for planlegging og organisering av fødselsomsorgen. Videre bad Stortinget regjeringen opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorgen.

Fødeinstitusjoner i Norge

Antall fødeinstitusjoner i Norge de siste 30 årene er gitt i figur 1, hvor antallet er gruppet etter størrelse. Den største reduksjon i antall institusjoner har skjedd blant institusjoner med færre enn 500 fødsler, hvor det i slutten av 1960-årene var over 120 institusjoner, mens det i dag er færre enn 30 tilbake. Fødeinstitusjoner med 500–1 499 fødsler viser totalt sett kun en liten tilbakegang i

Ramme 2

Nasjonal fagkonferanse om fødselsomsorgen – november 1999

Hovedkonklusjonene fra konferansen var (12):

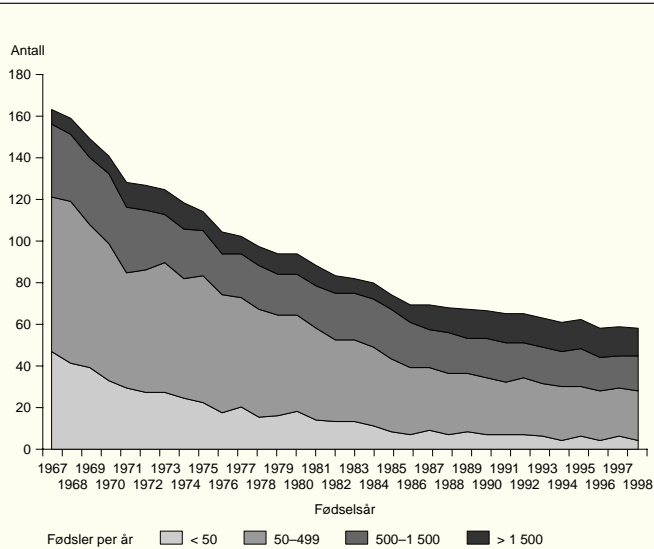
Svangerskap med erkjente risikofaktorer og forventet prematur fødsel bør sentraliseres til større sentre med definert oppgave til å håndtere disse fødslene

Kvinner med forventet lavrisikofødsel har i utgangspunktet svært lav risiko for komplikasjoner, men disse vil ikke alltid kunne forutsees. Ulike medisinske miljøer i Norge har ulik oppfatning av hvilket fødetilbud lavrisikofødende bør tilbys

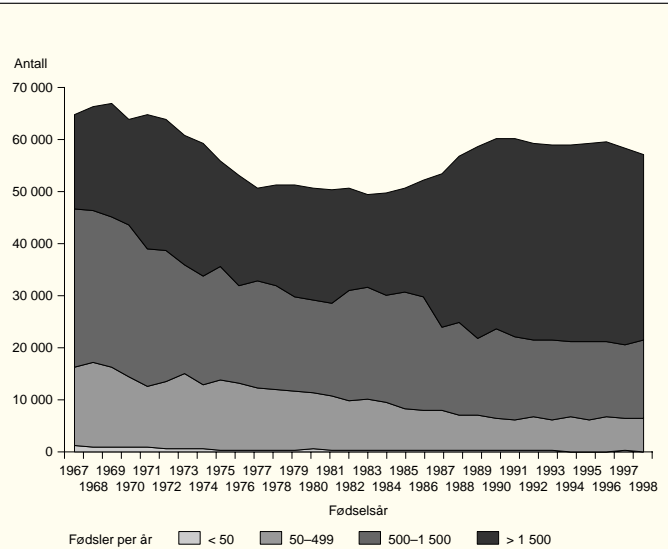
Spørsmålet om den videre organisering av fødselsomsorgen i Norge skal medføre ytterlige sentralisering av fødeinstitusjoner eller opprettholdelse av et desentralisert fødetilbud, er derfor mer et politisk enn et medisinsk spørsmål

Det bør tilstrebes størst mulig grad av kontinuitet i svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen. Godt samarbeid og kommunikasjon mellom brukere og helsepersonell, mellom ulike grupper av helsepersonell og mellom ulike helsetjenestenivåer er derfor nødvendig

Det er et stort behov for videre overvåking, kvalitetssikring, forsknings- og utviklingsarbeid innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge



Figur 1 Antall fødeinstitusjoner 1967–98, etter fødselsår og institusjonsstørrelse



Figur 2 Antall fødsler 1967–98, etter fødselsår og institusjonsstørrelse

antall fra midt i 1970-årene, mens gruppen institusjoner med flere enn 1 500 fødsler viser en liten økning i antall.

I år 2000 gjorde vi en henvendelse til alle fødeinstitusjoner (med flere enn ti fødsler) i Norge og bad dem klassifisere seg som kvinneklinikker, fødeavdelinger eller fødestuer etter Statens helsetilsyns anbefalinger (7). Hovedresultatene er gjengitt i ramme 3.

Antall fødeavdelinger var redusert fra 34 til 27 (47 % av fødeinstitusjonene) i tidsrommet 1996–2000. En avdeling var blitt kvinneklinikk (Sentralsjukehuset i Hedmark), og en kvinneklinikk var blitt fødeavdeling (Aker sykehus). Tre avdelinger (Notodden, Hamar, Florø) hadde innstilt sin virksomhet, mens tre avdelinger (Lofoten, Tynset, Rjukan) hadde omdefinert sin virksomhet til fødestue i sykehus. Ved et sykehus var antall fødsler så lite (færre enn 200) og beredskapen så lav at denne institusjon måtte rubreres som fødestue i sykehus.

Det var 13 fødestuer (23 % av fødeinstitusjonene), hvorav fire kunne klassifiseres som fødestuer i sykehus, mens de resterende ni var frittstående fødestuer som ikke var lokalisert til sykehus. Ni av fødestuene hadde flere enn 50 fødsler. De medisinske ansvarsforhold var ikke fastlagt ved to fødestuer i 2000.

Fødsler i fødeinstitusjoner

I figur 2 er angitt antall fødsler gruppert etter størrelsen på institusjonen. Det har vært en kontinuerlig nedgang i totalt antall fødsler i institusjoner med færre enn 1 500 fødsler. De store enhetene (mer enn 1 500 fødsler) har absolutt og relativt sett fått flere fødsler etter 1980.

I 1998 var det totalt 57 188 fødsler i fødeinstitusjoner i Norge. Av disse fant 62 % sted i enheter med mer enn 1 500 fødsler,

26 % i enheter med 500–1 499 fødsler og 11 % i små enheter med 50–499 fødsler. Små fødestuer med fra 11 til 49 fødsler hadde kun 0,2 % av fødslene.

Hyppigheten av operative forløsninger er vist i tabell 1. Keisersnitt, som har hatt en jevn økning i andel av fødslene frem til 1985, har i 1990-årene hatt en konstant andel på mellom 12 % og 13 %. Uoffisielle tall for 1999 og 2000 viser også samme andel av fødslene. Vaginale operative forløsninger i hodeleie har totalt sett hatt uendret hyppighet, men tabell 1 viser at vakuumekestraksjon i stor grad har erstattet tangforløsninger.

Ramme 3 Fødeinstitusjoner i 2000

En henvendelse til landets 57 fødeinstitusjoner (med > 10 fødsler) viste at de klassifiserte seg selv slik:

Kvinneklinikker: 17 institusjoner, hvorav fire hadde et fødselstall flere enn 1 500, men overføring av risikopasienter til institusjonen. Alle hadde tilstedevakt og nødvendig beredskap til å utføre keisersnitt innen 15 minutter

Fødeavdelinger: 27 institusjoner, hvorav ti hadde et fødselstall mindre enn 400 (tre < 300). Alle hadde legeberedskap. Ved fire sykehus hadde gynekologer tilstedevakt, ved to sykehus deltok kirurgene i beredskapen. Beredskapen var tilstrekkelig til å utføre keisersnitt innen 30 minutter

Fødestuer: 13 institusjoner, hvorav fire hadde et fødselstall mindre enn 50. Alle hadde jordmorberedskap, men de medisinske ansvarsforhold var uavklart ved to fødestuer

Ved de 24 institusjonene med færre enn 500 fødsler ble det i 1998 til sammen forløst 29 barn vaginalt i seteleie.

Fødsler utenfor institusjoner

Fødsler utenfor institusjon skjer enten under transport eller som hjemmefødsel. Andelen av denne type fødsler har de siste 30 år vært lav og utgjør mindre enn 1 % av alle fødsler.

I figur 3 er angitt utviklingen av antall hjemmefødsler i årene 1967–98. Mens det i begynnelsen av perioden var nedgang i antall hjemmefødsler, har antallet i 1980- og 90-årene vist en jevn stigning. I 1998 fant 299 hjemmefødsler sted, dette utgjør 0,5 % av alle fødsler.

Antall transportfødsler har i perioden 1967–98 variert mellom 100 og 200, og det har ikke vært noen merkbar økning. I 1998 fant 157 fødsler sted under transport, dette er kun 0,3 % av alle fødsler.

Diskusjon

Statens helsetilsyns anbefalinger om faglige krav til fødeinstitusjoner (7) har fått stor støtte i høringsrunder og er videreført i en utredning (13) og to stortingsmeldinger (8, 14). Imidlertid er disse råd ikke alltid blitt fulgt opp av politiske vedtak og forvaltningsmessig handling.

Fagfolk vil lett legge hovedvekten på faglige kriterier og byråkrater vil helst vektlegge administrative og økonomiske hensyn. I de politiske vurderingene som ligger til grunn for struktur og lokalisering av fødeinstitusjoner, synes nærhet til pårørende og sysselsettingseffekter å telle betydelig mer enn faglige og økonomisk/administrative vurderinger. Det er de folkevalgte som tar de endelige beslutninger når det gjelder fødeinstitusjoner – problemet oppstår når de fatter

Tabell 1 Hyppighet av operative forløsninger per 1000 fødende ved fødeinstitusjoner med < 500 fødsler og ved institusjoner med \geq 500 fødsler (3)

	Sectio		Vakuum		Tang		Vaginale seter		Operativt totalt	
	< 500 fødsler	\geq 500 fødsler	< 500 fødsler	\geq 500 fødsler	< 500 fødsler	\geq 500 fødsler	< 500 fødsler	\geq 500 fødsler	< 500 fødsler	\geq 500 fødsler
1970–74	16	31	10	27	10	16	18	32	54	106
1975–79	44	66	23	40	9	27	16	28	92	161
1980–84	80	96	29	34	13	41	11	21	133	192
1985–89	108	128	37	42	15	41	6	16	166	227
1990	114	127	43	46	9	32	4	16	170	219
1991	114	124	42	44	7	29	6	15	169	212
1992	114	125	45	48	7	28	5	16	171	217
1993	111	124	47	49	7	28	6	16	171	217
1994	116	125	43	52	6	28	5	16	170	220
1995	114	126	48	53	6	25	5	15	173	218
1996	111	127	47	56	7	22	5	16	170	220
1997	105	128	49	62	8	19	6	16	168	224
1998	119	136	46	60	9	18	5	16	179	231

vedtak som bryter med faglige og økonomiske forutsetninger. Ofte er også situasjonen den at mangel på vedtak er en brems for en nødvendig utvikling.

De faglige krav kan ikke endres ved politiske vedtak. Disse krav, sammen med den økonomiske og rekrutteringsmessige situasjonen, gjør at det er behov for mer styring av struktur og lokalisasjon for fødeinstitusjoner enn det har vært frem til i dag. Det er grunn til å håpe at en statlig overtakelse av ansvaret vil føre til endringer i struktur og organisering.

Det har i løpet av de siste 30 årene funnet sted en sentralisering av fødsleene til de store institusjonene (fig 2). Årsaken til denne sentraliseringen finnes ikke i overordnede vedtak om nedleggelse av institusjoner. Rammebetingelsene vedrørende rekruttering og økonomi for de små institusjonene har vært vanskelige, og som en konsekvens av dette er små institusjoner blitt nedlagt. Som hovedregel er det funnet et alternativt fødested i rimelig nærhet.

Rekrutteringen av leger til faget obstetrikker gir grunn til bekymring (17), og det synes ikke å være tilstrekkelig tilgang på erfarne fødselshjelpere. En konsekvens av dette er at man ikke kan opprette eller opprettholde alle fødeinstitusjoner som det er ønske om.

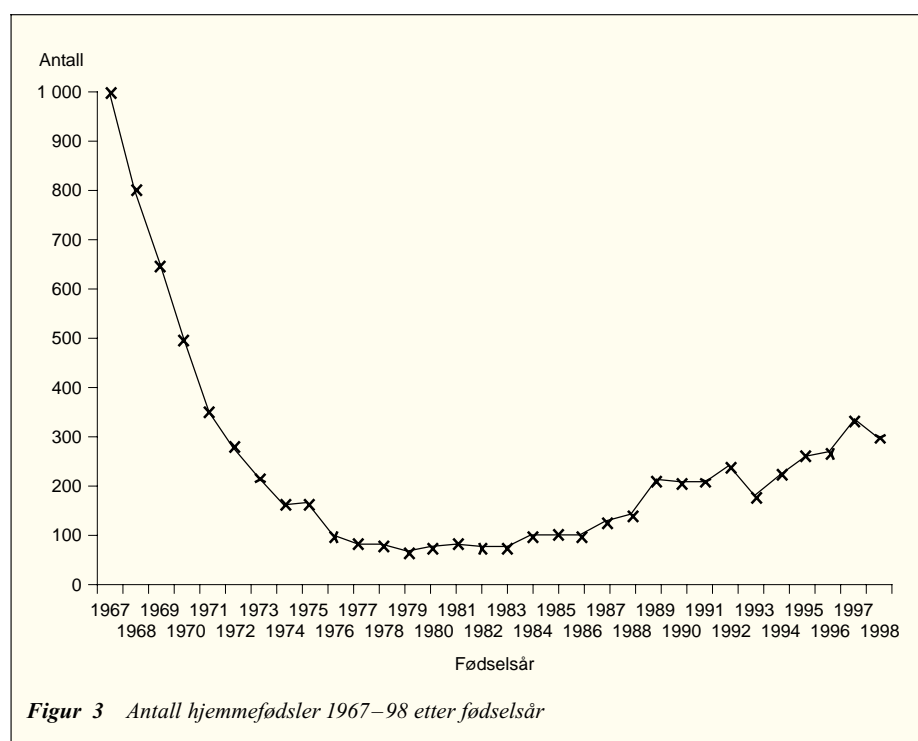
Når de 24 institusjonene som har færre enn 500 fødsler til sammen har 29 vaginale seteforløsninger, vil dette si at noen institusjoner ikke har denne type fødsler, mens andre har 1–3 årlig. Dette er et for lavt behandlingsevolum til å ha nødvendig kompetanse, og disse fødsleene bør sentraliseres. Det gir grunn til ettertanke og bekymring at forekomsten av operative forløsninger ved sykehus med færre enn 500 fødsler per år fremdeles er relativt høy (tab 1). Dette betyr at seleksjon av risikofødsler i Norge fremdeles har et betydelig forbedringspotensial.

Utviklingen innen kommunikasjonssektoren har også vært medvirkende til at antall transportfødsler har holdt seg tilnærmet konstant, til tross for sentralisering med lengre reisevei. Fougner & Nakling (18) har undersøkt transportfødsleene i Oppland, og påpeker viktigheten av vaktordning for jordmødre og følgetjeneste til sykehus. Dette bør bli et krav på lik linje med de øvrige krav som stilles til fødeinstitusjoner.

Hjemmefødsler er blitt mer vanlig de siste årene (fig 3). Sikkerheten ved hjemmefødsel har vært undersøkt i flere land (19–22). En undersøkelse fra Nederland (21) viser gode resultater, men siden en tredel av alle fødsler i det landet finner sted hjemme, er resultatene

ikke uten videre generaliserbare. Det kan være rimelig å trekke samme konklusjon vedrørende hjemmefødsler som man redaksjonelt gjorde i *BMJ*: Hjemmefødsler er sikkert for utvalgte kvinner dersom infrastruktur og oppfølging er adekvat (23).

Fødestuene er et godt tilbud til de fødende i Distrikts-Norge (24). Med de geografiske forhold og de avstander som finnes, har de få frittstående fødestuene avgjort sin berettigelse. Utviklingen med jordmorstyrte fødestuer i små sykehus, slik som i Lofot-prosjektet, bør fortsette (16) mens erfaringene etterprøves i andre liknende prosjekter. Flere mindre fødeavdelinger kan med fordel omgjøres til jordmorstyrte fødestuer. Erfar-



Figur 3 Antall hjemmefødsler 1967–98 etter fødselsår

ringene fra utlandet med slike enheter er også gode (25, 26).

Likevel viser undersøkelser basert på norske lavrisikofødsler at den neonatale dødelighet var lavest for fødeavdelinger med 2 001–3 000 fødsler. De minste fødeavdelingene (100 fødsler) hadde dobbelt så høy dødelighet (27). Dette viser at det ikke er grunn til å reversere utviklingen, som har gått mot større enheter. På den annen side vil det i Norge også være behov for mindre enheter, men dette forutsetter kontinuerlig kvalitetssikring av praksis, slik Medisinsk fødselsregister kan gjøre. Det er viktig at den fødende er orientert om fødeinstitusjonens beredskap før hun velger fødeinstitusjon (7).

Faglige krav til fødeinstitusjoner må danne grunnlaget for den videre utvikling i Norge. Samtidig må vi være villige til å la ny viten danne grunnlaget for en omorganisering av omsorgen. Vi tror at dagens utvikling med et økende antall fødsler i de store institusjonene vil fortsette, om enn i lavere hastighet enn tidligere. De store institusjonene vil befeste sin stilling, samtidig som vi vil få flere og flere jordmorlede fødestuer ved de små sykehusene. Utfordringen i årene som kommer er om staten som sykehuseier vil videreføre utviklingen på en mer planlagt og faglig begrunnet måte enn fylkeskommunene har maktet.

Litteratur

1. Larsen K-E, Bergsjø P, Bakketeig LS, Finne PH. Perinatal service i Norge i 1970-årene. NIS-

rapport 6/1981. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning, 1981.

2. Bergsjø P, Daltveit AK. Fødeinstitusjoner og fødsler i norske fylker i begynnelsen av 1990-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1591–4.

3. Fødsler i Norge gjennom 30 år. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1997.

4. St.meld. nr. 41 (1987–88). Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.

5. St.meld. nr. 50 (1993–94). Samarbeid og styring. Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.

6. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingsskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie 4–1993. Oslo: Helsedirektoratet, 1993.

7. Faglige krav til fødeinstitusjoner. Statens helsetilsyns utredningsserie 1–1997. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.

8. St.meld. nr. 24 (1996–97). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.

9. S.innst. nr. 237 (1996–97). Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste (tilgjengelighet og faglighet).

10. Backe B, Holt J, Johansen MV, Vold I, Øian P. Fødeinstitusjon i lokalsykehus «Lofotenprosjektet». Bodø: Nordland fylkeskommune, 1999.

11. Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselomsorg. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

12. Stort og sikkert? Smått og godt? Hvor skal kvinner i Norge føde? Oslo: Norges forskningsråd, 2000.

13. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap. NOU 1998: 9. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1998.

14. St.meld. nr. 43 (1999–2000). Om akuttmedisinsk beredskap.

15. Holt J, Vold IN. Kan risikofødsler ved mindre fødeavdelinger selekteres? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1218–20.

16. Holt J, Vold IN, Backe B, Johansen MV, Øian P. Child births in a modified midwife managed unit: selection and transfer according to in-

tended place of delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 206–12.

17. Falck C, Mikkelsen B. Rekruttering og spesialistproduksjon innen fødselshjelp og kvinnesykdommer. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 674–7.

18. Fougner B, Nakling J. Fødsler utenfor fødeinstitusjon og kort tid etter ankomst. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1288–90.

19. Davies J, Hey E, Reid W, Young G. Prospective regional study of planned home births. BMJ 1996; 313: 1302–6.

20. Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. BMJ 1996; 313: 1306–9.

21. Wiegers TA, Keirse MJNC, van der Zee J, Berghs GAH. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies; prospective study in midwifery practices in the Netherlands. BMJ 1996; 313: 1309–13.

22. Ackermann-Liebrich U, Voegeli T, Günther-Witt K, Kunz I, Zülling M, Schindler C et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. BMJ 1996; 313: 1313–8.

23. Springer NP, van Weel C. Home birth. BMJ 1996; 313: 1276–7.

24. Schmidt N, Abelsen B, Eide B, Øian P. Fødestuer i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 823–6.

25. MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J. Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1993; 100: 316–23.

26. Wallenström U, Nilsson CA, Winblad H. The Stockholm Birth Centre Trial: maternal and infant outcome. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 410–8.

27. Moster D, Lie RT, Markestad T. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: population based study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1999; 80: F221–5.

○

Annonse