

Kronikk

Fornuft og følelser i fødselsomsorgen

Organisering av fødselshjelpen engasjerer både fagfolk og legfolk. Prinsesse Märtha Louises hjemmefødsel har ytterligere aktualisert debatten i mediene. Sentrale fagpersoner har uttalt med stor overbevisning at for kvinner med antatt lav risiko for komplikasjoner er fødsel hjemme eller i fødestuer like trygt som i tradisjonelle fødeavdelinger. Det vitenskapelige grunnlaget for disse påstandene er imidlertid svakt. Nasjonalt råd for fødselsomsorg fremstår som en viktig politisk aktør og premissleverandør i debatten. Rådet bør imidlertid ta den faglige uenigheten på området mer på alvor.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Dag Moster

dag.moster@smis.uib.no
Seksjon for nyfødte
Barneklubben
Haukeland Universitetssjukehus
5021 Bergen
og
Locus for registerepidemiologi
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Rolv Terje Lie

Seksjon for epidemiologi og medisinsk statistikk
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Trond Markestad

Barneavdelingen
Sykehuset Innlandet
Gjøvik

Organisering av fødselshjelpen har i mange år vært gjenstand for stor offentlig oppmerksomhet. Det er generell enighet om at kvinner med kjente risikofaktorer bør føde ved sykehus utstyrt spesielt for å kunne håndtere komplikasjoner i forbindelse med fødsel. Men det er liten enighet om hva som er det beste fødestedet for kvinner uten kjente risikofaktorer før fødsel.

Noen vil hevde at det ved alle fødsler er en potensiell risiko for komplikasjoner uansett hvor godt man selekterer i forkant. Dermed bør også forventede lavrisikofødsler foregå på fødesteder med høy beredskap og stor erfaring i å håndtere uventede komplikasjoner.

Andre vil hevde at disse fødestedene har for sterkt fokus på mulige risikofaktorer. De vil derfor lett kunne gripe til unødvendige intervensjoner som kan påføre friske fødende og deres barn komplikasjoner som ellers kunne vært unngått. En selektert lavrisikopopulasjon vil dermed kunne ha større gevinst av å føde på et lite fødested eller hjemme.

Komplikasjoner skal per definisjon forekomme sjelden hos denne gruppen. Personell som bistår ved hjemmefødsler eller ved fødsler på små fødesteder som kun tar imot kvinner fra en selektert lavrisikogruppe, vil kunne tenkes å legge for stor vekt på normalitet i forbindelse med fødsel og dermed ha vanskelig for å erkjenne komplikasjoner når de først oppstår. Adekvat håndtering av aktuelle komplikasjoner kan dermed bli forsinket.

På denne måten går argumentasjonen i ring. Det synes å være stor uenighet blant både legfolk og fagfolk om hvilke av disse momentene som bør vektlegges sterkest og dermed hvilket fødestedsalternativ som er det beste for lavrisikogruppen. Et kjennetegn ved debatten er mangel på overbevisende vitenskapelige undersøkelser – selv om aktørene ofte ønsker å gi inntrykk av noe annet.

De senere år har Nasjonalt råd for fødselsomsorg kommet til som ny deltaker i debatten. Navnet kan gi forventning om et samlende nøytralt råd som skal ta høyde for den uenighet som er innen fagfeltet. Imidlertid viser både mandat og sammensetning at dette er et råd som aktivt arbeider for den

ene sidens argumenter. I innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap (2000–2001) står det: «Stortinget ber Regjeringen opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorgen med flerårig funksjonstid som skal bistå i omstillingsprosessen, kvalitetssikring og evaluering av drift i forbindelse med organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg» (1).

Rådet fikk så en sammensetning der flere av medlemmene hadde markert seg som forkjempere for en desentralisert fødselsomsorg allerede før utnevningen (2–5). Denne bakgrunnen er det viktig å kjenne til når rådet uttaler seg i medier og fagpresse, ikke minst når det ønsker å proklamere et «paradigmeskifte» innen fødselsomsorgen (6).

Risikofritt på små fødesteder?

Nasjonalt råd for fødselsomsorg fremholder at fødestuer har gode resultater (6) og viser til artikler der medlemmer av rådet selv har vært medforfattere (2, 4). Det som forundrer oss, er at medlemmer av rådet i mediene har gitt inntrykk av at det nærmest ikke er noen risiko i det hele tatt ved fødsler hjemme og i fødestuer (7, 8).

Dersom man definerer lavrisikofødsler som fødsler uten noen kjente biologiske risikofaktorer under svangerskap og fødsel, og der fødselen foregår til termin med et normalvektig barn uten misdannelser som resultat, er den neonatale dødeligheten for slike fødsler i Norge 0,6 per 1 000 (9). Sier vi i tillegg at halvparten av de 50 000–60 000 årlige norske fødslene er etter lavrisikosvangerskap, vil 15–18 norske kvinner som defineres som kvinner i lavrisikogruppe, oppleve at barnet dør uventet etter fødselen hvert år. Man kan hevde at dette er en lav risiko sammenliknet med risikoen i andre land, men noen vil bli rammet.

I tillegg vil andre foreldre oppleve at barn får varige hjerneskader forårsaket av uventet asfyksi under fødselen. I gruppen av barn med normal fødselsvekt og uten misdannelser, men nedsatt apgarskåre både ett og fem minutter etter fødselen, vil ti barn i Norge årlig få alvorlig funksjonshemming på grunn av cerebral parese (10).

En tredje gruppe foreldre vil oppleve at barna fødes med alvorlige misdannelser uten at dette var kjent før fødselen. Et

eksempel er barn med kritiske hjertefeil. Halvparten av disse oppdages ikke ved ultralydscreening (11).

Det er ingen data som tilsier at kvinner som velger hjemmefødsler eller fødestuer, er forskånet fra å oppleve disse tragediene som ofte kommer helt uventet. Når medlemmer av Nasjonalt råd for fødselsomsorg i dagspressen gir inntrykk av at uventede, farlige situasjoner nærmest ikke oppstår under hjemmefødsler eller i fødestuer (7, 8), synes de å leve i en virkelighet som er ukjent for oss, og de påtar seg et stort ansvar i forhold til de kvinner som vil erfare noe annet. Foreldre som opplever tragedier under fødsel, er ofte opptatt av at alle tiltak som kunne ha begrenset skadene, ble iverksatt hurtigst mulig og at barnet raskt fikk optimal behandling.

Man kan med gode seleksjonskriterier identifisere en populasjon som har forventet lav frekvens av komplikasjoner, men det har så langt ikke lyktes å identifisere en populasjon som er uten uventede komplikasjoner. Dette illustreres også ved fødestueundersøkelsen til Schmidt og medarbeidere: To barn døde og over 9 % av kvinnene og/eller nyfødte måtte overføres til en større avdeling under eller etter fødselen (2). De to dødsfallene var begge forårsaket av gruppe B-streptokokksepsis hos barna, noe som innebærer at det har vært en overraskende høy dødelighet for denne sykdommen i deres materiale. En tysk undersøkelse har funnet økt risiko for død etter gruppe B-streptokokksepsis ved fødesteder som ikke selv kunne behandle sykdommen (12).

Sentralisering av fødselshjelpen – et onde?

I Norge har det foregått en sentralisering av fødselshjelpen de siste 30 år til store fødesteder, men det synes nå å være et ønske fra ulike hold om å stoppe og endog reversere denne utviklingen. Norge ligger i verdens-toppen når det gjelder lav fødselsrelatert død hos barn og mor. Det er således ingen indikasjon på at fødselshjelpen slik den har utviklet seg her til lands disse 30 årene, har feilet. Det er også interessant å merke seg at de to landene som trekkes frem som gode eksempler på desentralisert fødselshjelp av Nasjonalt råd for fødselsomsorg, Nederland og New Zealand, har en høyere mødre- og nyfødtdødelighet enn Norge (13–15), og vi undrer oss over at rådet ikke er bekymret over disse forholdene. På den annen side har Finland og Sverige, som har sentralisert fødselshjelpen i sterkere grad enn vårt eget land, en enda lavere dødelighet enn Norge (13), uten at dette vekker interesse hos Nasjonalt råd for fødselsomsorg.

Det fall i perinatal og neonatal dødelighet som har skjedd over de siste årtier i Norge, har ikke bare vært relatert til høyrisiko-

fødsler, men i like stor grad også lavrisiko-fødsler (9, 16). Når man nå fra politisk hold ønsker å stoppe sentraliseringen, synes dette å være basert på ideologi og ikke på uheldige erfaringer fra vårt eget land. Dersom det skulle tas politiske grep for å reversere sentraliseringen og splitte opp de store fødestedene, vil man i så fall gjøre et dristig eksperiment som er totalt uten faglig forankring.

Når man sammenlikner fødesteder med hverandre, vil de biologiske risikofaktorene overskygge de fødestedsrelaterte faktorene (9). Derfor vil små fødesteder, som har selektert vekk kvinner med kjente biologiske risikofaktorer, alltid komme ut med bedre resultater enn større fødesteder som tar imot disse kvinnene. Dette kan synes opplagt, men undersøkelser som ofte siteres, klarer ikke i tilstrekkelig grad å identifisere sammenliknbare grupper av kvinner med lav komplikasjonsrisiko på de store fødestedene til at disse kan tillegges vekt (17–18). I noen undersøkelser brukes uhensiktsmessige utfallsmål (19).

Skal man se resultater fra to fødestedsalternativer opp mot hverandre, må man derfor forsøke å identifisere kvinnene med lav komplikasjonsrisiko på de store stedene og sammenlikne resultatene fra denne gruppen med tilsvarende gruppe av kvinner som føder på de små stedene. Denne identifiseringen på større fødesteder er ofte mangelfull, og dermed får man feil i resultatene. Artikler som Nasjonalt råd for fødselsomsorg henter argumenter fra (6), er eksempler på dette: I artikkelen fra New Zealand har man kun valgt ut kvinner som føder barn med normal fødselsvekt uten å justere for andre biologiske risikofaktorer (17). Andre artikler som brukes, unngår problemet ved kun å publisere resultater fra ett fødealternativ, og man vet derfor ikke hvordan resultater for tilsvarende kvinner ville vært på de store stedene (2–5).

En nylig publisert artikkel fra USA og Canada beskriver 5 418 hjemmefødsler i år 2000 (20). Artikkelen er viktig, fordi den i en stor hjemmefødselspopulasjon dokumenterer andel som måtte overføres til sykehus (12,1 %) samt hvilken risiko for intrapartal og neonatal død det var blant dem som valgte hjemmefødsler (14 dødsfall). Man kan hevde at dette er et akseptabelt lavt nivå, men artikkelen illustrerer også problemene med å etablere en sammenliknbar lavrisikogruppe for sykehusfødsler. Det sier seg selv at det kan være vanskelig å finne en sammenlikningsgruppe som er like ressurssterk og har samme sosioøkonomiske bakgrunn som de som velger hjemmefødsler. Sammenlikningen i denne artikkelen gjøres med sykehusdata der metode for identifisering av kvinner med lav risiko eller dødsfall neppe kan være

tilsvarende. Sykehusdataene som brukes er i tillegg opptil flere tiår eldre enn dataene fra hjemmefødslene. Etter vår mening er det derfor fortsatt uvisst hvordan det ville ha gått med de hjemmefødende om de hadde født på et sykehus. Vi undres over at artikkelen brukes i en kommentar i Tidsskriftet av lederen for Nasjonalt råd for fødselsomsorg til å fastslå at hjemmefødsel kanskje til og med er bedre enn fødsel ved sykehus for utvalgte fødende – uten at det tas nødvendige reservasjoner (21).

Nasjonalt råd for fødselsomsorg trekker frem artikler de mener viser godt utfall på små fødesteder (6), men unnlater å nevne at det heller ikke er vanskelig å finne artikler som viser bedre resultater for de større fødestedene (22–26). En Cochrane-analyse finner en tendens til økt perinatal mortalitet ved lavrisikoenheter i forhold til konvensjonelle fødesteder (27). Det er her lite formålstjenlig å veie ulike arbeider opp mot hverandre. Vi ønsker mer å poengtere at uansett hvilket synspunkt man har i fødestedsdebatten, så er det ikke noe problem å finne vitenskapelige artikler som støtter eget syn. Det blir derfor misvisende å påstå at det nå finnes gode vitenskapelige data bare for den ene siden.

Vi har tidligere publisert analyser over norske forhold der vi prøvde å justere for ulike risikoprofil ved ulike fødealternativer. Der fant vi størst risiko for neonatal død på de minste fødestedene (16). Da slike justeringer alltid vil ha mulighet for feilkilder, utviklet vi en alternativ analysestrategi i et forsøk på å unngå disse fallgruvne. I en studie av norske fødealternativer kartla vi fødemønsteret i alle norske kommuner hvert eneste år i tidsrommet 1967–96. I noen kommuner vil kvinner altoverveiende føde på store steder, mens i andre kommuner vil de hovedsakelig føde på mindre steder. Vi relaterte så risiko for at barnet skulle dø i første levemåned til hvordan fødselshjelpen var organisert i den kommunen mor bodde det året barnet ble født. Vi fant da en entydig sammenheng der kvinner som var bosatt i kommuner som organiserte fødselshjelpen inn mot de store fødestedene, hadde lavest risiko for å oppleve neonatal død, mens kvinner som var bosatt i kommuner der flest valgte små fødesteder, hadde den høyeste risiko. Lavest risiko ble funnet i kommuner der flest fødte på de aller største fødestedene. Funnene var svært robuste og endret seg ikke når vi korrigererte for by-land-forskjeller, reiseavstand til større sentre eller forskjeller i biologiske eller sosioøkonomiske risikofaktorer mellom kommunene. Resultatene holdt seg også gjennom hele perioden som vi undersøkte (28).

Resultatene fra denne artikkelen tyder på at den sentraliseringen som har foregått

i Norge har vært gunstig og går på tvers av synet som Nasjonalt råd for fødselsomsorg ønsker å fremme. Det er derfor interessant å registrere at rådet utelater artikkelen i sin gjennomgang av relevante undersøkelser innen fagfeltet (6).

Hva bør kvinner i Norge velge?

Vi har intet ønske om å skape engstelse hos de kvinnene som velger å føde på et lite sted fordi reiseavstand til et stort sted blir for lang. Det vil i vårt land sannsynligvis fortsatt være behov for enkelte små fødesteder, fordi det er en grense der den gunstige effekten av sentralisering overgår av den negative effekten av reiseavstand. Denne grensen er imidlertid vanskelig å fastslå og må bygge på skjønn.

Samtidig er det viktig å være klar over at det store flertall av kvinner i Norge er bosatt innenfor rimelig reiseavstand til et større fødested. Dersom man arbeider for økt bruk av små fødestuer eller hjemmefødsler i de tett befolkede strøk av landet, har man samtidig et ansvar for at det gis korrekt informasjon.

Etter prinsesse Märtha Louises hjemmefødsel kan man ut fra enkelte fagpersoners utspill i dagspressen nå få et inntrykk av at de store fødestedene gjør en dårlig jobb i forhold til kvinnene med lav komplikasjonsrisiko. Det gis signaler om at den vellykkede og kunnskapsbevisste kvinnen er hun som velger hjemmefødsel eller fødestue. Det er eiendommelig å registrere den betydelige opinionspåvirkning av norske kvinner som nå foregår der sentrale fagpersoner uttaler seg med stor overbevisning om et vitenskapelig grunnlag som knapt finnes for å velge små steder eller hjemmefødsel.

Fortsatt vil et ikke ubetydelig antall kvinner i Norge oppleve at barnet dør eller får uventede komplikasjoner i forbindelse med fødselen, selv der det ikke var indikasjon på dette før fødselen. Å gi inntrykk av at god seleksjon eliminerer dette problemet er en svært alvorlig feilinformasjon. Mange kvinner vil fortsatt prioritere nærhet til trent personale om komplikasjoner skulle inntraffe, og dette bør de kunne gjøre uten at de skal måtte oppleve å bli stemplet av sentrale medlemmer av Nasjonalt råd for fødselsom-

sorg som gammeldagse og uten vitenskapelig bakgrunn for sitt syn (8).

Nasjonalt råd for fødselsomsorg ønsker å ta et oppgjør med «versteffallstenkingen» (6). Å fremme en stemning om neglisjerbar risiko for kvinner selektert til en lavrisikogrupper på de små fødestedene (7, 8), synes imidlertid å være en overreaksjon som kan få uheldige konsekvenser. De som rammes, kan ønske at noen stilles til ansvar når det utenkelige likevel skjer. Motsetning mellom idyllisering på den ene siden og skremsel på den andre kan bare løses ved faglig nøkternhet. Skal Nasjonalt råd for fødselsomsorg ha troverdighet, bør medlemmene i langt større grad differensiere sine utspill både i fagpressen og avisene og være åpne om sin rolle som politisk aktør.

Avslutning

Det foreligger ikke noe vitenskapelig grunnlag for å hevde at sentraliseringen til store fødeinstitusjoner har gitt uheldige utfall i vårt land. Etter vår mening er det tvert om belegg for å hevde at økt bruk av større fødesteder har vært medvirkende til de gode resultatene vi nå har i Norge. Man skal være svært varsom med å reversere dette.

Manuskriptet ble godkjent 5.8. 2005.

Litteratur

- Innst. S. nr. 300 (2000–01). Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap.
- Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 731–7.
- Schmidt N, Abelsen B, Eide B et al. Fødestuer i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 823–6.
- Holt J, Vold IN, Backe B et al. Child births in a modified midwife managed unit: selection and transfer according to intended place of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 206–12.
- Vold IN, Holt J, Johansen MV et al. Modifisert fødestuedrift – et alternativ for små fødeavdelinger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 941–5.
- Backe B, Øian P, Eide B et al. Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 606–7.
- Haarvik K. Skaper unødig frykt. NRK 16.3.2004. www.nrk.no/nyheter/distrikt/nrk_nordland/3615118.html (27.7.2005).
- Skogstrøm L. Märthas hjemmefødsel skaper debatt. *Aftenposten* 26.4.2005. www.aftenposten.no/helse/article1026093.ece (27.7.2005).
- Moster D, Markestad T, Lie RT. Assessing quality of obstetric care for low-risk deliveries: methodological problems in the use of population based mortality data. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 478–84.
- Moster D, Lie RT, Irgens LM et al. The association of Apgar score with subsequent death and cerebral palsy: a population-based study in term infants. *J Pediatr* 2001; 138: 798–803.
- Tegnander E, Eik-Nes SH, Johansen OJ et al. Prenatal detection of heart defects at the routine fetal examination at 18 weeks in a non-selected population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5: 372–80.
- Beltinger C, Saule H. Einfluss des Geburtsortes auf Mortalität und Morbidität der Frühform der B-Streptokokkensepsis bei normalgewichtigen Neugeborenen. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1990; 50: 56–60.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB): <http://data.euro.who.int/hfad> (27.7.2005).
- World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. www.wpro.who.int/countries/nez (27.7.2005).
- New Zealand Health Information Service. Health Statistics. www.nzhis.govt.nz/stats/mortstats.html#03 (27.7.2005).
- Moster D, Lie RT, Markestad T. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low risk deliveries: a population based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999; 80: F221–5.
- Rosenblatt RA, Reinken J, Shoemack P. Is obstetrics safe in small hospitals? *Lancet* 1985; 2: 429–31.
- Tew M. Safer childbirth? A critical history of maternity care. London: Chapman & Hall, 1990.
- Lund E. Sentralisering av fødselsomsorg og perinatal dødelighet i norske fylker 1986–90. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2879–81.
- Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ* 2005; 330: 1416.
- Feiring E. Like trygt med hjemmefødsel. www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_it.visNyhet?vp_id=8818 (27.7.2005).
- Phibbs CS, Bronstein JM, Buxton E et al. The effects of patient volume and level of care at the hospital of birth on neonatal mortality. *JAMA* 1996; 276: 1054–9.
- Albers LL, Savitz DA. Hospital setting and fetal death during labor among women at low risk. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 868–73.
- Berg CJ, Druschel CM, McCarthy BJ et al. Neonatal mortality in normal birth weight babies: does the level of hospital care make a difference? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 86–91.
- Kiely JL, Paneth N, Susser M. Fetal death during labor: an epidemiologic indicator of level of obstetric care. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 721–7.
- Heller G, Richardson DK, Schnell R et al. Are we regionalized enough? Early-neonatal deaths in low-risk births by the size of delivery units in Hesse, Germany 1990–1999. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1061–8.
- Hodnett ED, Downe S, Edwards N et al. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 1: CD000012.
- Moster D, Lie RT, Markestad T. Neonatal mortality rates in communities with small maternity units compared with those having larger maternity units. *BJOG* 2001; 108: 904–9.