

# Fornuft og følelser om små tall

Omgjøring av fødeavdelinger i lokalsykehus til jordmorbaserte fødestuer utløser ofte protestaksjoner. Noen hevder at full beredskap alltid er nødvendig, også ved selekterte lavrisikofødsler. Slik argumentasjon er basert på følelser, ikke på dokumentasjon. Det er ikke farlig å føde ved dagens fødestuer.

Stortingets vedtak i juni 2001 (1) om at fødselshjelpen i Norge skal være differensiert og desentralisert, markerte slutten på en langvarig og grundig utredning (2). Man vedtok at fødselshjelpen i Norge skal være delt i tre nivåer, med jordmorbaserte fødestuer som det ene nivået (1). Stortingets holdning er på linje med det syn WHO har sluttet seg til (3) og som har støtte i forskning. Det ble også vedtatt å opprette et nasjonalt råd for fødselsomsorgen, hvis hovedoppgaver er å bistå foretakene med omstillingsprosessene og å utvikle fødselsomsorgen etter de prinsipper Stortinget vedtok.

Forslag om driftsendring fra fødeavdeling til jordmorbasert fødestue i lokalsykehus utløser enkelte steder store protestaksjoner, med mobilisering av ordførere og mange mennesker i fakkeltog. Andre steder skjer omgjøring uten problemer. Slike organisasjonsendringer er vanskelige og smertefulle, og endringsviljen er ikke alltid like stor. Men tiden da små sykehus var miniatyrkopier av store sykehus, er forbi. Skal de små sykehusene overleve, må det nytenkning til.

Etter at kirurgene trakk seg ut av fødselshjelpen, er man ved en rekke små fødeavdelinger blitt avhengige av innleide vikarer. Ved mange avdelinger er det vaktordninger som neppe kan kalles forsvarlige. En omlegging til fødestue i lokalsykehus gjør at man kan opprettholde et fødetilbud på stedet uten å være avhengig av vaktordninger med gynekolog. Det er nå seks slike avdelinger, i tillegg til de ti fødestuene som har eksistert i mange år.

Debatten om hvorvidt fødestuer er medisinsk forsvarlig, er etter vårt syn avsluttet (3). Nå pågår arbeidet med implemente-

ringen av Stortingets vedtak. De fleste fødeavdelingene har nå prosjekter med differensiert omsorg, og stortingsvedtaket har ført til utvikling og dynamikk i fødselsomsorgen.

I kriser vil følelsene lett overstyre fornuften. Det er ikke uventet at lokalpolitikere som kjemper mot endringer, fremhever risikoen ved fødsler. Det er heller ikke uventet at enkelte ansatte som blir berørt, bruker ethvert argument i kampen for å slippe omorganisering. Men fornuften burde tilsi at omstilling er nødvendig dersom arbeidsplasser skal reddes, for alternativet til omlegging er nedleggning. Det er ikke holdbart å holde liv i små avdelinger i årevis med vikarer fra vikarbyråer for å sikre en beredskap som ikke trengs.

## Risikofri fødsler ved små fødesteder?

Det er mer uventet at fagfolk, som burde vite bedre, ønsker omkamp og beskylder Nasjonalt råd for fødselsomsorg for å bagatellisere risikoen ved å føde på mindre steder (4). Komplikasjoner og seleksjon er hovedtema ved de årlige akuttkurs for jordmødre, og i omstillingsprosjektene hvor rådet er involvert, blir alle akutte hendelser systematisk evaluert. Rådet samler også fortløpende informasjon om fødsler ved fødestuene for å dokumentere kvaliteten av fødselshjelpen (3). Slike data har det faktisk ikke vært mulig å få fra Medisinsk fødselsregister.

Moster og medarbeidere har rapportert økt risiko for neonatal død ved små fødesteder sammenliknet med mellomstore fødesteder (5). Mosters resultatvariabel var neonatale dødsfall, som forekommer 0,5 ganger per 1 000 fødsler. Selv om relativ risiko er doblet, mener vi at den absolutte forskjellen er marginal (3). I tall utgjør dette på landsbasis 0,6 neonatale dødsfall per år, mot forventet 0,3 ved de fødeinstitusjonene som har færre enn 100 fødsler per år (6). Moster og medarbeidere burde sett etter årsaken til de neonatale dødsfallene ved de minste av de små fødeinstitusjonene. Hvis 23 års registrering av fødsler i landet ikke gir bedre argumenter for sentralisering, opprettholder vi vår konklusjon om at fødestuefødsel er forsvarlig, slik alle faglige høringsinstanser også har ment. Kanskje risikoen forbundet med unødig intervensjon ved fødeavdelinger balanserer risikoen ved fødestuer?

Fritt sykehusvalg innebærer dessuten frihet til å velge en fødeavdeling.

## Hjemmefødsler

En navngitt kongelig persons valg av hjemmefødsel er også trukket inn i diskusjonen (4). Etter vår mening bør en slik debatt føres uavhengig av person. En avgjørelse om hjemmefødsel basert på kvinnens bevisste og informerte valg må respekteres. Hva sikkerhet og risiko angår, er hjemmefødsel og fødestuefødsel likeverdige. Hjemmefødsel er således i tråd med det Stortinget legger opp til.

Medlemmer av rådet har uttalt seg om et avisinnlegg der helsepersonell hevdet at jordmødre ved fødestuer driver uforsvarlig virksomhet. Det er en grense for hva helsepersonell kan si offentlig i slike debatter. Kvinner som ikke velger å føde ved en stor fødeavdeling med full beredskap, må ikke bli fremstilt som uansvarlige. Stortingets vedtak var fornuftig og basert på en grundig prosess med bred faglig oppslutning. Antall fødsler i fødestuer og i hjemmet er lavt i Norge. Debatten om kvaliteten av fødsels- og nyfødtsomsorgen bør heller være rettet mot fødeavdelingene ved sykehusene, der 98 % av fødslene skjer. Det er her man finner de største utfordringene og det største forbedringspotensialet.

## Bjørn Backe

*bjorn.backe@ntnu.no*

## Pål Øian

på vegne av Nasjonalt råd for fødselsomsorg  
Sosial- og helsedirektoratet  
0130 Oslo

*Manuskriptet ble godkjent 24.10. 2005.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

## Litteratur

1. S.innst. nr. 300 (2000–2001). Innstilling fra Sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap.
2. Nilsen ST, Daltveit AK, Irgens LM. Fødeinstitusjoner og fødsler i Norge i 1990-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3208–12.
3. Backe B, Øian P, Eide B et al. Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 606–7.
4. Moster D, Lie RT, Markestad T. Fornuft og følelser i fødselsomsorgen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2818–20.
5. 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.
6. Moster D. Low risk deliveries. A study of risks related to the place of birth and the prognostic value of the Apgar score. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 2001.