

## Kronikk

# Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte

Det tradisjonelle syn har vært at alle fødsler er risikable situasjoner med behov for overvåking og høy beredskap. Denne oppfatningen er ikke basert på dokumentasjon, forsvarlighetsdebatten bør derfor avsluttes. Stortingets beslutning om å inndelegge fødestedene i tre nivåer (fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker) er et brudd med den tradisjonelle risikotenkningen. Innstillingen fra sosialkomiteen om en desentralisert og differensiert fødselsomsorg er i full overensstemmelse med WHO's synspunkter, som signaliserer et paradigmeskifte innen fødselshjelpen.

De gode resultatene ved fødestuene skyldes god svangerskapsomsorg, kontinuitet i omsorgen og god oppfølging fra jordmødrene i fødesituasjonen. Utdraget fra Stortinget er å overføre disse prinsippene til de store fødeavdelingene.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

**Bjørn Backe**

*bjorn.backe@ntnu.no*

**Pål Øian**

**Britt Eide**

**Stein Tore Nilsen**

**Steinar Pleym Pedersen**

**Nina Schmidt**

**Elisabeth Schou**

**Sølvi Taraldsen**

Nasjonalt råd for fødselsomsorg

Sosial- og helsedirektoratet

Postboks 7000 St. Olavs plass

0130 Oslo

Norske fagmiljøer har tradisjonelt hevdet at alle fødsler bør sentraliseres på grunn av den medisinske risiko. Dette synet ble utfordret i Helsetilsynets rapport «Faglige krav til fødeinstitusjoner» hvor det ble fore-

slått at beredskapen ved fødeinstitusjonene skulle stå i forhold til fødselstallet (1). Fødeinstitusjonene ble inndelt i tre kategorier: Fødestuer (med minimum 40 fødsler), fødeavdelinger (minst 400–500 fødsler) og kvinneklinikker (minst 1 500 fødsler). Fødestuer er jordmorbaserte fødeenheter uten beredskap for operative eller instrumentelle fødsler. Fødeavdelinger har operativ beredskap med spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer og anestesi i vaktberedskap samt spesialist i barnesykdommer tilknyttet avdelingen. Kvinneklinikker er avdelinger som har full beredskap samt barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.

Bakgrunnen for forslaget og myndighetenes behandling av saken frem til Stortingets behandling i 2001 er omtalt av Nilsen og medarbeidere (2). Det er verdt å merke seg at forslaget fikk bred støtte i høringsrunden, verken Den norske jordmorforening eller Norsk gynekologisk forening hadde vesentlige innsigelser.

Sosialkomiteens vurderinger av fødselshjelpen fikk tilslutning i Stortinget, som fattet enstemmige romertallsvedtak om at den foreslåtte inndelingen av fødeinstitusjoner skulle gjøres gjeldende, og om organisering av desentralisert og differensiert fødselsomsorg (3).

### Farvel til verstefallstenkningen

Det tradisjonelle synet at utfallet av fødsler er uforutsigbart og at man alltid bør ha full beredskap for å kunne håndtere alle komplikasjoner, er karakterisert som verstefallstenkning (4), et begrep som i utgangspunktet ikke er negativt ladet. Ensidig fokusering på reduksjon av risiko er imidlertid svært ressurskrevende, og ulempene kan lett bli større enn fordelene. I andre områder i samfunnslivet er det akseptert at sikkerhetstiltakene tilpasses risikoen, f.eks. når det gjelder flytrafikk, jernbaner og veier hvor ressursene settes inn der det gir mest effekt.

Desentralisert fødselshjelp er også valgt andre steder i verden. De nederlandske erfaringene med hjemmefødsler er vel kjent (5). Erfaringer fra land med mer kompliserte geografiske forhold er kanskje mer relevant. Fra New Zealand er det publisert gode resultater både med desentralisert og lavteknologisk obstettrikk (6) og hjemmefødsler (7).

I Canada er det 125 fødeinstitusjoner som ikke har kontinuerlig keisersnittsbereidskap (8). I Norge er det gode resultater ved fødestuene (9), og ved Lofoten sykehus som fra 1997 har en forsterket fødestue (10).

For 30 år siden var det nesten tre ganger så mange fødeinstitusjoner i landet, men fortsatt har vi etter internasjonal målestokk en desentralisert fødselshjelp med 56 fødeinstitusjoner hvorav 14 fødestuer. De fleste fødeinstitusjonene er små, over halvparten har mindre enn to fødsler daglig. Island og Norge er de eneste land i Norden som fortsatt har fødeinstitusjoner med mindre enn 200 fødsler per år.

### Dårligere resultater ved små fødesteder?

Debatten om hvorvidt fødestuer er uforutsigbart, bør avsluttes. Argumentasjonen for sentralisering bygger ikke på tall. Forskjellene i neonatal mortalitet (dødelighet i de fire første leveuker) mellom små og mellomstore fødesteder (11) er helt marginale og må veies mot økningen i mortalitet ved de større institusjonene. Dersom man skulle samle alle fødende i fødeavdelinger med 2 000–3 000 fødsler, hvor risikoen er lavest (11), ville det innebære en ekstrem grad av sentralisering. Det er ikke tvil om at intervensjon kan gi negative effekter. Utviklingen i obstetrikkfaget går i retning av nøktern og kunnskapsbasert bruk av intervensjon.

Sjeldne tilstander er viktige innen svangerskapsomsorg og obstettrikk. Når prevalensen er lav, er metodenes spesifisitet avgjørende, dvs. evnen til å skille ut de som faktisk er friske og som ikke trenger intervensjon. Et eksempel er CTG-registrering, som er en overvåkningsmetode med dårlig spesifisitet og derfor medfører mange falske alarmer. Eventuelle helsegevinster ved rutinemessig innkomst-CTG (12, 13) og rutinemessig CTG-registrering under fødsel (14) er marginale. Det som imidlertid klart fremgår av litteraturen, er at rutinemessig CTG-bruk hos fødende med lav risiko fører til mer intervensjon. I de kunnskapsbaserte retningslinjene fra Royal College of Obstetricians and Gynaecologists heter det at friske kvinner med ukompliserte svangerskap ikke trenger rutinemessig CTG, verken ved innleggelse eller under fødselen. CTG skal brukes der det foreligger en indikasjon (15).

Et argument man ofte hører, er at det føles utrygt å føde langt borte fra hjemmet. Nærhet til hjemmet prioriteres av noen fødende, mens andre prioriterer f.eks. tilgang til epiduralbedøvelse og mulighet for akutt keisersnitt. Preferansene er ulike, og når de absolutte risikoforskjellene knapt er målbare, må det kunne legges vekt på hva den fødende selv opplever som trygt (16).

### Et paradigmeskifte

Stortingets beslutning om desentralisert fødselshjelp innebærer et nyansert syn på behovet for overvåking, og et oppgjør med tradisjonell ukritisk risikofokusering og verstefallstenkning. Stortingets syn er helt i tråd med de prinsipper WHO har lansert i sitt initiativ Safe Motherhood. Når det gjelder spørsmålet om fødeplass anfører WHO (16): «It is safe to say that a woman should give birth in a place she feels is safe, and at the most peripheral level at which appropriate care is feasible and safe. For a low-risk pregnant woman, this can be at home, at a small maternity clinic or birth centre in town or perhaps at the maternity unit of a larger hospital.» WHO siterer her nesten ordrett fra en publikasjon utgitt av FIGO, den internasjonale foreningen for gynekologi og obstetikk, som vedtok dette på bakgrunn av en gjennomgang av kunnskapsstatus på feltet (17).

Vi står sannsynligvis overfor et paradigmeskifte, dvs. en grunnleggende endring i synet på normale fødsler, både i Norge og internasjonalt. Etter pilotprosjektet ved Lofoten sykehus (10, 18) er flere mindre fødeavdelinger omorganisert til jordmorstyrte fødeenheter i lokalsykehus. Lokalt har det enkelte steder vært stor motstand mot endringer, mens det andre steder har skjedd vellykkede omlegginger uten større motstand. Eksempler på det siste er sykehuse på Tynset og i Odda, hvor fødeavdelingene er gjort om til fødestuer. Omorganiseringen ved Lofoten sykehus var krevende, men de gode erfaringene med den nye driftsmodellen viser at denne modellen har vært bærekraftig med tanke på å sikre et lokalt tilbud til de fødende.

Mange steder er det nå opprettet vikarstafetter med gynekologer for å unngå nødvendig omorganisering. Leger, jordmødre og sykehusadministratorer, men også mange fødende og pårørende ved disse lokalsykehusene vil være vel kjent med de ulempene disse ordningene medfører. Det oppstår problemer med kontinuitet og kulturforskjeller, bl.a. fordi vikarene til små lokalsykehus ofte rekrutteres fra store klinikker i utlandet. Lokalt blir det ingen kompetansebygging. Det er et paradoks når slike kostbare ordninger iverksettes for å ivareta en beredskap som fagmiljø, fagmyndigheter og politikere mener ikke er nødvendig.

Om man i fremtiden fortsatt skal ha fødsler på fødestuer eller på mindre lokalsykehus, er nå et politisk spørsmål, og Stortingets vedtak gir klare føringer. Fra medisinsk hold er konklusjonen at fødestuer utvilsomt er medisinsk forsvarlig.

### Differensiert fødselsomsorg

Differensiert fødselsomsorg (3) innebærer at man overfører de positive elementene fra fødestuene til de større fødeinstitusjonene, hvor flertallet av de fødende faktisk er friske og kunne vært forløst ved en fødestue. De tre sentrale punktene er kontinuitet, at jordmor er hos den fødende under fødselen og at man unngår unødig intervensjon.

Kontinuitet vil si at den fødende møter en jordmor hun kjenner fra før. I Lofotprosjektet (10, 18) ble det vist hvordan dette kan oppnås, ved at jordmødrene også har hovedparten av svangerskapsomsorgen. Dette opplegg følges ved de fleste fødestuene i landet, og de gode resultatene ved fødestuene skyldes nok i stor grad at de fødende og jordmødrene kjenner hverandre, og stoler på hverandre. Sosialkomiteen understreker behovet for et samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten for å oppnå kontinuitet i omsorgen på denne måten (3).

Randomiserte undersøkelser viser at kontinuitet er nyttig. For norsk helsetjeneste representerer dette en stor utfordring, tradisjonelt har det vært et skarpt organisasjonsmessig skille mellom svangerskapsomsorg og fødselshjelp. I forbindelse med innføringen av de nye retningslinjene for svangerskapsomsorg bør det vurderes hvordan omsorgen kan tilrettelegges med tanke på kontinuitet gjennom alle faser av det perinatale forløp: svangerskapsomsorg, fødsel og barselperiode.

Begrepet «*doula*» brukes om en person som er til stede hos den fødende under fødselen for å gi støtte og hjelp. Fordelene er godt dokumentert i randomiserte studier: redusert bruk av smertestillende tiltak, færre keisersnitt, færre instrumentelle fødsler og økt tilfredshet. Det er en vanlig påstand at jordmødrene ved små fødesteder har bedre anledning til å ta seg av den fødende og være inne hos henne enn ved store fødeavdelinger. Vi har ingen tall som kan bekrefte det, men i den grad dette er korrekt, representerer det en utfordring.

Unødvendig intervensjon kan altså motvirkes ved bedre personlig oppfølging, samt korrekt bruk av medisinsk teknologi. Flere små fødeavdelinger står nå foran en endring i driftsform til fødestuer i lokalsykehus, og en rekke store og små fødeavdelinger har begynt å utvikle differensiert omsorg. Sektoren er i endring, og den retning Stortinget har bestemt følger prin-

sippene for perinatal omsorg som WHO har formulert (19):

Omsorgen for normale svangerskap og fødsler bør være:

- Demedikalisert
- Basert på formålstjenlige metoder og teknologi
- Desentralisert
- Kunnskapsbasert
- Tverrfaglig
- Helhetlig
- Familiesentrert
- Kulturtilpasset

Omsorgen bør:

- Involvere kvinnene i beslutningsprosesser
- Respektere privatliv, verdighet og konfidensialitet

### Litteratur

1. Statens helsetilsyn: Faglige krav til fødeinstitusjoner. Statens helsetilsyns Utredningsserie 1–97. Oslo: Statens helsetilsyn, 1996.
2. Nilsen ST, Daltveit AK, Irgens LM. Fødeinstitusjoner og fødsler i Norge i 1990-årene. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3208–12.
3. Innst. S. nr. 300 (2000–2001) Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap.
4. Kjølørød L. Jordmor der mor bor? Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
5. Eskes TK. Home deliveries in the Netherlands: perinatal mortality and morbidity. Int J Gynecol Obstet 1992; 38: 161–9.
6. Rosenblatt RA, Reinken J, Shoemack P. Is obstetrics safe in small hospitals? Lancet 1985; 2: 429–31.
7. Gulbrandsen G, Hilton J, McKay L et al. Home birth in New Zealand 1973–93: incidence and mortality. N Z Med J 1997; 110: 87–9.
8. The college of family physicians of Canada. Joint position paper on rural maternity care, 1998. www.cfpc.ca/English/cfpc/programs/patient%20care/maternity/rural%20maternity/default.asp?s=1 (26.8.2004).
9. 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.
10. 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.
11. 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: 221–5.
12. Mires G, Williams F, Howie P. Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. BMJ 2001; 322: 1457–60.
13. Impey L, Reynolds M, MacQuillan K et al. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. Lancet 2003; 361: 465–70.
14. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley.
15. The use of electronic fetal monitoring. Evidence based clinical guideline number 8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001 www.rcog.org.uk/resources/pdf/efm\_guideline\_final\_2may2001.pdf (2.6.2004).
16. Care in Normal Birth: a practical guide. WHO: Genève, 1996.
17. FIGO. Recommendations accepted by the General Assembly at the XII World Congress of Gynaecology and Obstetrics. Int J Gynecol Obstet 1992; 38 (suppl): 79–80.
18. Vold IN, Holt J, Johansen MV et al. Modifisert fødestuedrift – et alternativ for små fødeavdelinger? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 941–5.
19. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202–7.