

Følgetjeneste av jordmor for fødende på vei til sykehus handler om mer enn avstand og reisetid

Prehospital fødselsomsorg

Stortingsmelding nr. 12 (2008–2009) omhandler organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge (1). Ifølge Helse- direktoratet skal helsehjelp til gravide og fødende være desentralisert, differensiert og ha god faglig standard (2). En følge er at risiko- fødende selekteres og sentraliseres til enheter med tilstrekkelig kompetanse. Fra 1971 til 2009 er antall fødesteder redusert fra 71 til 53. Slike endringer stiller krav til omfang av følgetjeneste. Ansvar og nødvendig beredskap for følgetjenesten ble fra 2010 overført fra kommunene til de regionale helseforetakene. Fødende med over 1,5 timers reisetid til fødestedet har rett til følgetjeneste (2). Det er bakgrunnen for Signe Egenberg og medarbeideres artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (3). Et desentralisert og differensiert føde- tilbud av tilfredsstillende kvalitet stiller store krav til seleksjon av fødende. En nederlandsk studie som vakte berettiget oppsikt, viste for alvor hvor vanskelig denne seleksjonen kan være (4). Landet har den nær høyeste perinatale dødeligheten i Europa (5). Omsorgen består i at barn av gravide med lav risiko følges av jordmor og føder hjemme eller i sykehus. Gravide med høy risiko følges på sin side gjennom svangerskap og fødsel av obstetriker og føder i sykehus. Forfatterne fant at barn av gravide med lav risiko som startet fødselen hjemme, hadde klart høyere perinatal dødelighet enn barn av høy- risikokvinner som startet fødselen i sykehus. I artikkelen stiller de det overordnede spørsmål om den gravide kvinnen med såkalt lav risiko overhodet finnes (4). Noen av de mest dramatiske hendelser under fødsel lar seg ikke forutse og er grunnen til at Legeforeningen ikke støtter omlegging av fødeavdelinger til fødestuer (6, 7). Derfor blir det en viktig oppgave å følge opp omfanget av overflyttinger mellom fødestue og fødeavdeling, sammen med utfallet for mor og barn.

Spørsmålet er om forekomsten av prehospital fødsel øker når flere kvinner får lengre reisevei til fødeavdelingen. Vi vet ikke svaret og heller ikke hvilke fødsler det dreier seg om, dvs. om det er flest raske, ukompliserte eller kompliserte fødsler med mulig dårlig utfall. Generelt er paritet den viktigste prediktor for rask og ukom- plisert fødsel. Aladdin og medarbeidere publiserte i 2004 erfaringer fra Göteborg-regionen om uventet fødsel utenfor sykehus (8). I 90 % av tilfellene var ambulanspersonell til stede under fødsel eller transporterte mor og barn til sykehuset etter fødsel. De rappor- tert at 89 % av dem som fødte prehospitalt var flergangsfødende. I all hovedsak dreide det seg om kvinner med svært kort fødsels- forløp og som ikke hadde økt forekomst av komplikasjoner i forhold til de som føder i sykehus. Lang avstand til sykehus var bare en av forklaringene på fødsel utenfor sykehus.

Sentralisering av fødselsomsorgen som fant sted i Norge i perioden 1967–88 viste ikke økt perinatal dødelighet for barn født under transport (9). I utkantkommunene var dette i hovedsak friske, fler- gangsfødende kvinner som fødte friske barn (9). Egenberg og med- arbeidere har innhentet opplysninger om alle kvinner som i 2008 fødte ikke-planlagt utenfor fødeinstitusjon, altså før de nye ret- ningslinjene trådte i kraft. Hensikten var å studere omfang, organi- sering og kvalitet på følgetjenesten. Forfatterne har samlet data om paritet, svangerskapsvarighet og komplikasjoner som er assosiert med prehospital fødsel (3). Men opplysningene relateres verken til reisevei eller til om jordmor var til stede under fødselen. De fant kvaliteten på følgetjenesten tilfredsstillende ved å fastslå at jordmor var til stede ved 75 % av fødselene og mener det kunne forklare at det tross alt gikk så bra med fødselene (3). For å kunne støtte den

konklusjonen burde sentrale kjennetegn ved kvinnene vært presen- tert. Samme spørsmål burde man dessuten kunne stille angående de 25 % av kvinnene som ikke hadde jordmorfølge. Siden svarene i begge tilfeller mangler, blir det vanskelig å følge forfatternes resonnement. Dette er mangler som gjør det vanskelig å bruke funnene når de nye kravene til prehospital fødselsomsorg og følge- tjeneste skal implementeres.

Norge er blitt et klart mer multietnisk samfunn. Aladdin og med- arbeidere fant ganske uventet at forekomsten av prehospital fødsel var høy innenfor de innvandrertette områdene i selve Göteborg- området (8). Nær hver tredje nyfødt i Oslo kommune (28 %) er barn av innvandrerkvinner (10) og har en dokumentert høyere perinatal dødelighet (1). I lys av at ambulanspersonell etter Egenberg og medarbeideres oppfatning ikke har kompetanse i fødselshjelp (3), burde følgetjeneste med jordmor være like lett tilgjengelig i inn- vandrertette bydeler som i mer perifere strøk. Stilt overfor endringer i bosetningsmønster, befolkningssammensetning og organisering i fødetilbudet ønskes den videre utvikling av Medisinsk fødselsre- gisters statistikk over fødeinstitusjonene velkommen (1). Forhåpent- ligvis får vi da bedre oversikt over risiko for og konsekvenser av prehospital fødsel. Dermed kan vi få grunnlag for å utvikle både følge-, og eventuelt møtetjeneste med kompetent ambulansperso- nell eller jordmor for alle kvinner med risiko for fødsel utenfor syke- hus – og det uavhengig av reisevei.

Marit P. Martinussen
marit.martinussen@stolav.no
Kvinneklubben
St. Olavs hospital

Marit P. Martinussen [f. 1953] er spesialist i fødselshjelp og kvinnesyk- dommer og leder av perinatalkomiteen for trøndelagsfylkene. Hun er ansatt som overlege og forsker ved Kvinneklubben, St. Olavs hospital.
Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. St.meld. nr. 12 (2008–2009). En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/ dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-12-2008-2009 [17.11.2011].
2. Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/et_trygt_f_detilb d_kvalitetskrav_til_f_delsomsorgen_780084 [17.11.2011].
3. Egenberg S, Puntervoll SA, Øian P. Prehospital fødselsomsorg i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 2347–51.
4. Evers AC, Brouwers HA, Hukkelhoven CW et al. Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study. BMJ 2010; 341: c5639.
5. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CW et al. [Higher perinatal mortality in the Netherlands than in other European countries: the Peristat-II study.] Ned Tidschr Geneesk 2008; 152: 2719–27.
6. Den norske legeforening. Referat fra Sentralstyrets møte 25.5.2010 Soria Moria hotell. www.legeforeningen.no/id/162535.0 [17.11.2011].
7. Den norske legeforening. Sak 157/10 Høring – Et trygt fødetilbud – (3.08–10/2306). www.legeforeningen.no/id/162551.0 [17.11.2011].
8. Aladdin BH, Jacobsson B, Sandberg K et al. Öväntad förlösning utanför sjukhus – erfarenheter från Göteborgsregionen. Centraliserad förlösningssvård kräver kompetent ambulanspersonal. Läkartidningen 2004; 101: 3148–50.
9. Daltveit AK, Irgens LM, Vollseth SE. Risikoforhold ved transportfødsler i Norge 1967–88. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 1217–21.
10. Utviklings- og kompetansestaten, Oslo kommune. www.utviklings-og kompetansestaten.oslo.kommune.no/oslostatistikken/fodte/ [17.11.2011].