
Riktig fødsel på riktig sted?

REDAKSJONELT

LUND E

KUMLE M

Kan ny viten legge grunnlag for en omorganisering av norsk svangerskaps- og fødselsomsorg?

De medisinske ansvarliges krav om nedleggelse av lokale fødestuer og småsykehus har vært begrunnet i økte krav til medisinsk beredskap og kompetanse pga. fødselens uforutsigbarhet. Når Bjørn Backe i dette nummer av Tidsskriftet (1) beretter om forholdene på New Zealand, hører vi derfor en undertone av undring. Det går faktisk an å organisere svangerskaps- og fødselsomsorgen på en annen måte uten at det påvirker vårt standardmål på omsorgen - den perinatale dødeligheten. Norge og New Zealand har mye til felles - de er begge land i den "vestlige kulturkrets", har en godt utbyggt helsetjeneste, sammenliknbar perinatal mortalitet (ca. 6/1000) og en befolkning med generelt god helse. Landene har omtrent like mange innbyggere og liknende geografiske forhold - det er til dels store avstander.

Etter en reform i begynnelsen av 1990-årene fikk gravide kvinner på New Zealand selv velge om de ville at svangerskapsomsorgen i hovedsak skulle ivaretas av lege eller jordmor. Forutsetningen er at samme omsorgsperson har ansvaret for både svangerskapet og fødselen. Det betyr at den som har fulgt kvinnen gjennom svangerskapet, om mulig også er fødselshjelper og har ansvaret for oppfølging og hjelp i barselperioden. Denne kontinuiteten sikrer mor og barnen tett oppfølging også den første tiden etter utskrivning fra fødeinstitusjonen og demmer opp for en del av de problemene Tor Willy Ruud Hansen (2) diskuterer i sin artikkel i dette nummeret om tidlig utskrivning fra sykehus etter fødsel.

Reformen på New Zealand har ført til at mer enn 70% av kvinnene velger jordmor som omsorgsperson i svangerskapet. Det har også medført en endring i valg av fødested. I dag fødes 4-6% av barna hjemme, 30% blir født i fødestuer og resten i sykehus. Til sammenlikning føder mindre enn 1% av kvinnene i Norge hjemme, ca. 1,5% føder i fødestuer og nesten 98% i sykehus.

Ser vi på andre land det er naturlig å sammenlikne oss med, som for eksempel Sverige, Danmark, Nederland, USA og England, er det store ulikheter i organisering av fødselsomsorgen, men den perinatale dødeligheten er sammenlignbar, omkring 6-8/1000. Som eksempel kan nevnes to ytterligheter. I Nederland er mer enn 30% av fødslene planlagte hjemmefødsler hvor det er lege eller jordmor til stede. I USA, hvor ca. 99% av fødslene foregår i sykehus, er det legetil stede ved 93% av forløsningene. Det er mye som taler for at det ikke er organiseringen av fødested som avgjør den perinatale dødeligheten, men sosioøkonomiske faktorer.

Det er de siste årene gjort flere kohortstudier av planlagte hjemmefødsler for å se om det er mulig å selektene utgravide med høy risiko. De fleste studiene finner svært lav perinatal dødelighet ved planlagte hjemmefødsler, og man konkluderer med at det er mulig å selektene friske gravide med lav risiko til planlagt hjemmefødsel (3, 4). Et søk i Cochrane-basen i 1998 (5) viste at det bare var gjort ett kontrollert forsøk der kvinnene ble randomisert enten til hjemmefødsel eller til fødsel i sykehus (6). Kun 11 kvinner var tatt inn i pilotstudien, og det var ingen forskjell på utfallet. Det eneste de kunne konkludere med, var at det var mulig å gjennomføre randomiserte undersøkelser også innendette feltet.

Sentraliseringspolitikken i Norge etter krigen gjorde hjemmefødsel til en sjeldenhet. De fleste fødestuene forsvant, og antall distriktsjordmødre sank. Den perinatale dødeligheten sank i takt med den økende sentraliseringen, uten at det noen gang er blitt vist at det var en direkte sammenheng (7). I 1980-årene var den perinatale dødeligheten i Norge noe høyere enn i våre naboland. I en NOU fra 1984 (8) ble det foreslått at svangerskapsomsorgen skulle organiseres som et samarbeid mellom leger og jordmødre. Dette viste seg å være nærmest umulig å få til - i og med at distriktsjordmødrene forsvant som en følge av loven om kommunehelsetjenesten i 1984. Fra 1995 ble jordmørtjenesten igjen en obligatorisk tjeneste for kommunene. Økt bruk av jordmødre, som er spesialutdannet for å ta seg av gravide og fødende, vil kunne gi bedre omsorg for den enkelte gravide, samtidig som det letter presset på legetjenestene. Men i praksis mangler det både stillinger og jordmødre.

I 1994 var det som en følge av sentraliseringspolitikken ti fødestuer i full drift i Norge. En vurdering av driftene ved disse konkluderer med at fødestuene er et godt tilbud til fødende i Distrikts-Norge (9). I tillegg har Lofoten-prosjektet (10) vist at det er mulig å selektene gravide til ulikt omsorgsnivå og dermed sørge for å gi sikre fødsler også lokalt.

Gitt de kunnskaper man nå innehar om fødested og sikkerhet, er det på tide å se på fødselsomsorgen i Norge med friske øyne. Dagens teknologi har bidratt til å bedre seleksjonen av fødende slik at en stor del av kvinnene selv kan velge fødested - uten at det vil påvirke fødselens utfall. Forutsetningene er en kontinuerlig og høyt kvalifisert svangerskapsomsorg, med mulighet for reelt valg av fødested. Statens helsetilsyn (11) foreslår tre ulike nivåer på fødeinstitusjoner i Norge: kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer. Flere fødestuer betyr at en større del av fødende får anledning til å føde i nærheten av hjemstedet - med alle de fordeler dette har for den enkelte kvinne og hennes familie.

Eiliv Lund

Merethe Kumle

Eiliv Lund (f. 1947) er professor ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø og driver en bred forskning innen reproduksjons- og fertilitetsepidemiologi.

Merethe Kumle (f. 1960) er cand.med. og stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø knyttet til prosjektet Kvinner, livsstil og helse.

LITTERATUR

1. Backe B. New Zealand: Desentralisert obstetrikk og kamp mellom allmennleger og jordmødre. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1936-8.
2. Hansen TWR. Tidlig utskrivning til hjemmet fra fødeavdeling og neonatalavdeling - begrensninger og muligheter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1893-6.
3. Davies J, Hey E, Reid W, Young G. Prospective regional study of planned home births. Home Birth Study Steering Group. BMJ 1996; 313: 1302-6.
4. Ackermann LU, Voegeli T, Gunter WK, Kunz I, Zullig M, Schindler C et al. Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Zurich Study Team. BMJ 1996; 313: 1313-8.
5. Olsen O, Jerwell MD. Home versus hospital birth (Conchrane review). The Cochrane Library 1998; 3: 1-8.
6. Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford RJ, Raisler J, Macfarlane A et al. Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? BMJ 1996; 312: 753-7.
7. Lund E. Sentralisering av fødselsomsorg og perinatal dødlighet i norske fylker 1986-90. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2879-81.
8. Norges offentlige utredninger. Perinatal omsorg i Norge. Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn. NOU 1984: 17. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1984.
9. Smidt N, Abelsen B, Eide B, Øian P. Fødestuer i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 823-6.
10. Holt J, Vold IN. Kan risikofødsler ved mindre fødeavdelinger selekteres? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1218-20.
11. Statens helsetilsyn. Faglige krav til fødeinstitusjoner. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.

Publisert: 20. mai 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. februar 2026.