
T. Nordseth svarer

KOMMENTAR

TROND NORDSETH

trond.nordseth@stolav.no

Trond Nordseth er overlege.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren er styreleder i Norsk Resuscitasjonsråd og er ansvarlig for implementering av et nasjonalt kurs i gjenoppliving av nyfødte. Det er ingen personlige økonomiske interesser i dette.

Jordmor Ellen Blix adresserer heller ikke denne gangen de viktige kliniske problemstillingene rundt hjemmefødsler som jeg tar opp. Et primært ankepunkt fra Blix er at det i studier ikke vises forskjell i komplikasjoner mellom hjemmefødsler og sammenliknbare sykehusfødsler. Dette avsporer debatten da de alvorlige komplikasjonene som det faktisk rapporteres om i hjemmefødsel-studier er svært uheldige utenfor sykehus. For eksempel Apgar-score < 7 hos den nyfødte etter fødsel. Syntes Blix det er forsvarlig at en jordmor håndterer en dårlig nyfødt alene langt fra sykehus, samtidig som hun må håndtere en mor som nettopp har født? La oss ikke glemme at < 7 i registreringen betyr alle verdier under 7, altså Apgar 0, 1, 2, 3, 4, 5 og 6.

At Blix bagatelliserer komplikasjonene hun har observert i egne studier er problematisk, herunder 33 tilfeller av «fetal distress», 23 nyfødte med pustevansker, en bevisstløs mor under pågående fødsel, ett ikke-erkjent seteleie og et barn med aspirasjon av meconium til lungene for å nevne noe (1). Å klassifisere dette som «potentially urgent» utenfor sykehus er en underdrivelse. «Catastrophic» er nok mer betegnende om du spør oss som jobber i luftambulansetjenesten.

Det refererte systematic reviewet og metaanalysen fra juli i år inkluderte 23 studier hvorav de aller fleste var retrospektive (2). Retrospektive studier er sårbare for underrapportering av komplikasjoner og derfor i liten grad egnet til å anslå komplikasjonsfrekvens og -alvorlighet. Den nederlandske studien jeg refererte var imidlertid prospektiv og omfattet de fleste av pasientene inkludert i metaanalysen. Ingen av de 14 inkluderte studiene metaanalysen følger opp barna forbi nyfødtperioden. I hvilken grad barn kan ha fått asfyktisk

hjerneskode under hjemmefødsel er derfor ikke besvart. Heller ikke om evt. hjerneskode kunne vært unngått eller redusert om fødselen hadde foregått under andre omstendigheter.

I arbeidsgruppen for Helsedirektoratets retningslinje for hjemmefødsler har flertallet av medlemmene publisert forskningsartikler sammen enten før eller etter arbeidet. Da slike retningslinjer vil være preget av arbeidsgruppens sammensetting, er det fare for at viktige motforestillinger ikke ble tilstrekkelig ivare tatt.

At noen velger å sette seg i en risikosituasjon som fødsel hjemme hos seg selv er vanskelig å forstå for oss som har sett alvorlige fødselskomplikasjoner. Det er derfor ingen ulempe for norske kvinner at andre enn Blix forsøker nyansere risikobildet. De alvorlige farene ved forsinket operative forløsning, forsinket behandling av alvorlig blødning og en kritisk syk nyfødt langt fra sykehus bør alle som vurderer å føde hjemme ha tenkt nøye igjennom.

LITTERATUR

1. Blix E, Kumle MH, Ingversen K et al. Transfers to hospital in planned home birth in four Nordic countries - a prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2016; 95: 420–8. [PubMed][CrossRef]
2. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analysis. [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(19\)30119-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(19)30119-1/fulltext) Lest 30.8.2019.

Publisert: 23. september 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0551
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. mars 2026.