
Setefødsler utenfor kvinneklinikk

INVITERT KOMMENTAR

INGVILD VISTAD

ingvild.vistad@sshf.no

Ingvild Vistad er spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer og overlege ved Kvinneklinikken, Sørlandet sykehus Kristiansand og professor ved Campus Sør, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Mange har sterke meninger om hvor fødetilbud bør lokaliseres. Hammerfest sykehus har ikke kvinneklinikk, men håndterer likevel seteforløsninger og avviker dermed fra nasjonale retningslinjer om forløsning av risikosvangerskap.

Tidsskriftet publiserer nå en retrospektiv gjennomgang av gravide med ett foster i seteleie forløst fra svangerskapsuke 35 ved sykehuset i Hammerfest over en 20-årsperiode (1). Seteleie forekommer sjelden, bare i 3–4 % av svangerskapene til termin. Vaginal setefødsel regnes som risikofødsel, fordi det innebærer økt risiko for komplikasjoner, sykdom og skade på mor og barn (2). Dette krever at fødselslegen har ferdigheter i å vurdere indikasjon for vaginal forløsning, fremgang og ikke minst i å utføre de nødvendige håndgrepene som sikrer en trygg forløsning. Samtidig er det viktig å unngå unødvendige keisersnitt, som kan ha negative konsekvenser for både mor og barn (3).

I tillegg til et visst volum for å opprettholde kompetanse på håndtering av seteleie krever risikofødsler tilgang til nyfødtintensivavdeling (4). Norge har valgt å opprettholde tradisjonen med vaginal forløsning av seteleie i avdelinger med høy obstetrisk kompetanse. I praksis betyr det kvinneklinikk (5). Norge skiller seg derved fra mange andre land der, etter publiseringen av den store multisenterstudien Term Breech Trial i The Lancet i 2000, de fleste seteleier forløses med planlagt keisersnitt (6, 7). Term Breech Trial konkluderte med at

planlagt keisersnitt ga det beste resultatet for foster i seteleie (6), men studien er i ettertid blitt kritisert for metodiske svakheter, og overføringsverdien til norske forhold er lav (8).

Norsk fødselsomsorg skal være desentralisert og differensiert for å sikre et fødetilbud basert på den gravides egne ønsker og en seleksjon etter gitte kriterier (4). Fødselsomsorgen er delt i tre nivåer: kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. På hvilket nivå en gravid kvinne skal følges opp og føde vurderes ut fra risikofaktorer som er beskrevet i veilederen *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen* (4). Når Hammerfest sykehus, som ikke har en kvinneklinikk, likevel håndterer seteforløsninger, skyldes det geografiske og klimatiske utfordringer med stor avstand til nærmeste kvinneklinikk, som er ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø. Videre er sykehuset i Hammerfest det eneste i Finnmark-regionen med nyfødtintensiv- og barneavdeling. Derfor mener fagråd for fødselshjelp og kvinnesykdommer i Helse Nord at det er medisinsk forsvarlig at fødeavdelingen i Hammerfest ivaretar noen oppgaver som ellers ivaretas av en kvinneklinikk, inklusive håndtering av setefødsler (1).

«Det er viktig å undersøke og presentere egne data. Dette gir økt transparens og styrker tilliten blant både helsepersonell og pasienter. Studien viser også at legene ved fødeavdelingen i Hammerfest har fokus på trygg forløsning av seteleie»

Når man fraviker nasjonale anbefalinger om kvalitetskrav til fødselsomsorgen, er det spesielt viktig å evaluere egen praksis, slik Dalgård, Darell og medforfattere har gjort (1). Økt oppmerksomhet på egen praksis kan bidra til kvalitetsforbedringer og til å identifisere områder der man bør arbeide for sikrere og mer effektive pasientforløp. I løpet av 2004–23 ble 57 av 272 (21 %) fostre i seteleie født vaginalt ved fødeavdelingen i Hammerfest (1). Det er lavere enn den registrerte andelen (31 %) i Norsk fødselsregister (9). En viktig årsak til forskjellen er trolig at det anses som tryggere å utføre keisersnitt fremfor vaginal fødsel på en avdeling med begrenset antall seteleiefødsler. I tråd med endringer i kriteriene viser imidlertid tallene fra Hammerfest en trend mot flere vaginale seteforløsninger de siste årene. De presenterte tallene viser ingen alvorlige komplikasjoner eller neonatal dødelighet i studieperioden.

Et tilstrekkelig høyt antall hendelser er avgjørende for å sikre statistisk styrke når man vurderer risiko og sikkerhet knyttet til sjeldne utfall. Data fra Norsk fødselsregister i perioden 1999–2009 viste en forekomst av alvorlige fødselsutfall ved seteleie (definert som intrapartum dødelighet, neonatal dødelighet og cerebral parese) på 3,1 per 1 000 levendefødte hos dem som ble forløst vaginalt (10). I Dalgård, Darell og medforfatteres studie var det 57 vaginalt forløste seteleier over en 20-årsperiode – et svært lavt antall sett i lys av den lave risikoen for alvorlige fødselsutfall. Man kan derfor ikke trekke robuste konklusjoner om sikkerheten ved vaginal forløsning av seteleie ut fra studien i Hammerfest. Likevel er det viktig å undersøke og presentere egne data. Dette gir økt transparens og styrker tilliten blant både helsepersonell og pasienter. Studien viser også at legene ved fødeavdelingen i Hammerfest har fokus på trygg forløsning av seteleie. Blant flere tiltak for å styrke kompetansen

har avdelingen valgt å ha en ekstra spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer til stede ved vaginal seteforløsning (1). Samlet sett kan dette bidra til å styrke sikkerheten ved fødsel for gravide kvinner med barn i seteleie i Finnmark.

REFERENCES

1. Dalgård E, Darell A, Nakling OJ et al. Forløsning ved seteleie ved fødeavdelingen i hammerfest i 2004–23 – en retrospektiv studie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2025; 145. doi: 10.4045/tidsskr.24.0527. [CrossRef]
2. Toijonen AE, Heinonen ST, Gissler MVM et al. A comparison of risk factors for breech presentation in preterm and term labor: a nationwide, population-based case-control study. *Arch Gynecol Obstet* 2020; 301: 393–403. [PubMed][CrossRef]
3. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018; 15: e1002494. [PubMed][CrossRef]
4. Helsedirektoratet. Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav til fødeselsomsorgen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/94db4a6ffaa44b729af3674968d3c7c5/hoeringsvedlegg-helsedirektoratet-fodetilbud-3.pdf> Lest 30.4.2025.
5. Håheim LL, Albrechtsen S, Berge LN et al. Breech birth at term: vaginal delivery or elective cesarean section? A systematic review of the literature by a Norwegian review team. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 126–30. [PubMed][CrossRef]
6. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375–83. [PubMed]
7. Hartnack Tharin JE, Rasmussen S, Krebs L. Consequences of the Term Breech Trial in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90: 767–71. [PubMed][CrossRef]
8. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 20–5. [PubMed][CrossRef]
9. Vistad I, Klungsøyr K, Albrechtsen S et al. Neonatal outcome of singleton term breech deliveries in Norway from 1991 to 2011. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94: 997–1004. [PubMed][CrossRef]
10. Bjellmo S, Andersen GL, Martinussen MP et al. Is vaginal breech delivery associated with higher risk for perinatal death and cerebral palsy compared with vaginal cephalic birth? Registry-based cohort study in Norway. *BMJ Open* 2017; 7: e014979. [PubMed][CrossRef]

