



Hjemmefødsler innebærer unødvendig risiko

DEBATT

TROND NORDSETH

trond.nordseth@ntnu.no

Trond Nordseth er ph.d, spesialist i anesthesiologi og overlege ved Molde sykehus og St. Olavs hospital. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og opplyser følgende interessekonflikter: Han 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.

Planlagte hjemmefødsler har lav sannsynlighet for alvorlige komplikasjoner. Men om de inntreer, er mulighetene for å håndtere dem svært begrensede.

Foreslåtte nedleggelse av fødeavdelinger flere steder har aktualisert debatten rundt fødetilbudet til norske kvinner (1). Dette har synliggjort mange av utfordringene med å sikre at fødsler og dets mulige komplikasjoner kan håndteres innenfor en forsvarlig ramme, ikke minst behovet for å ha kompetanse innen fødselshjelp, anestesi og pediatri tilgjengelig døgnet rundt. Det å planlegge en fødsel hjemme hos den gravide setter disse utfordringene ytterligere i perspektiv, spesielt om fødetilbud legges ned og reisevei til sykehus blir lenger.

Etter at jeg drøftet risikobildet med planlagte hjemmefødsler i Adresseavisen (2), kom tilsvar om at jeg spredte skremselspropaganda og ellers ikke var kompetent til å mene noe om temaet (3). Anestesileger er de legene som nest etter fødselsleger jobber tettest med fødende kvinner, særlig når akutte alvorlige komplikasjoner oppstår. Spesielt er problemer med blodsirkulasjonen til barnet, mekaniske problemer i utdrivningen, et dårlig pustende barn og livstruende blødninger hos mor hendelser som de fleste anestesileger anser svært uheldige utenfor rammene av et sykehus. De som velger hjemmefødsel, bør være best mulig opplyst om risikobildet både før og underveis i fødselen. Flere tilsynssaker har vist at dette dessverre ikke alltid er tilfelle (4).

Den amerikanske gynekologforeningen anbefaler ikke hjemmefødsler. Dette er basert på studier som har vist økt dødelighet hos nyfødte ved fødsel utenfor institusjon i USA (5). Det er riktignok metodesvakheter i forskningen som sammenlikner risikoen ved hjemmefødsler med sykehusfødsler. Ikke minst er det en rekke seleksjonseffekter som

påvirker hvem som føder i og utenfor sykehus. Tross dette rapporteres det om alvorlige komplikasjoner under hjemmefødsler i flere studier. I en nederlandsk studie med 466 112 planlagte hjemmefødsler ble det registrert 1 316 alvorlige komplikasjoner hos barna, inkludert 361 dødsfall (6). Studiedesignet kan ikke besvare om komplikasjonene kunne ha vært unngått om man i stedet hadde planlagt sykehusfødsel. Med 17 millioner innbyggere innenfor et landareal tilsvarende Trøndelag er også transport til nærmeste sykehus en annen utfordring i Nederland enn i Norge.

Tryggest for barnet

Om sannsynligheten for komplikasjoner er lavere eller høyere i sykehus, er mindre viktig så lenge komplikasjonene best kan oppdages og behandles der. I et hvilket som helst annet samfunnsfelt ville man ikke godtatt at 1 av 350 barn ble utsatt for potensiell alvorlig skade eller død med begrenset akutt behandlingsmulighet dersom dette kunne vært unngått. Det er eksempelvis påbudt å sikre barn i bil, da skadeomfang reduseres med 70–80 % og dødsrisikoen med nesten 30 % ved en trafikkulykke (7).

I en skandinavisk studie med 3 068 planlagte hjemmefødsler måtte 364 fødende og 38 nyfødte barn flyttes til sykehus i løpet av fødselen (8). Av disse var nesten en tredjedel hasteflytninger grunnet dårlig fosterlyd, alvorlig blødning hos mor eller en kritisk syk nyfødt. Norske retningslinjer stiller ingen formelle krav til avstand til sykehus (9). Det betyr at en planlagt hjemmefødsel kan settes i gang hvor som helst uavhengig av værforhold og annet som kan påvirke transportmulighetene. Flytting av en kritisk syk nyfødt krever bruk av luftambulanseressurser, og det nyfødte barnet har derfor noen vanskelige og risikable første timer av sitt liv. Hjemmefødsler angår derfor mer enn bare mors ønsker for en bestemt fødselsopplevelse. Tilhengere av hjemmefødsler har så langt argumentert med at det også skjer uheldige hendelser i sykehus. I så fall bør man heller jobbe med å bedre kvaliteten i sykehus fremfor å holde den fødende utenfor sykehuset.

«Hjemmefødsler angår mer enn bare mors ønsker for en bestemt fødselsopplevelse»

De fleste fødsler forløper heldigvis uten alvorlige komplikasjoner, men fødende bør være best mulig opplyst om tilgjengelige behandlingsmuligheter ved akutte komplikasjoner under fødselen eller hos den nyfødte. En forventet normal fødsel er dessverre ingen garanti mot alvorlige komplikasjoner, selv om det ofte gis inntrykk av dette. Mulighetene for akuttbehandling av komplikasjoner hos mor og barn vil variere mellom en kvinneklinikk med legespesialister i tilstedevakt, fødeavdeling med legespesialister i hjemmevakt og fødestuer uten legespesialister umiddelbart tilgjengelig. Ved hjemmefødsler vil alle obstetriske vurderinger stå og falle på få fødselshjelpere. Konseptet er mer sårbart for feilvurderinger, og det kan gå uforsvarlig lang tid før ytterligere hjelp er tilgjengelig.

Gravide, helsepersonell og andre demonstrerer for å ha et best mulig fødetilbud. Et dårligere fødetilbud vil kunne føre til at enda flere føder hjemme – enten de har planlagt det eller ikke. Det er neppe en ønsket utvikling.

LITTERATUR

1. Nøsen AE, Bjørneset O, Robak KS. – Det er forferdelig når hjelpa er for langt unna. NRK 22.3.2019. <https://www.nrk.no/mr/ma-reise-i-to-til-tre-timer-for-a-fode-1.14482910> Lest 27.6.2019.
2. Nordseth T. Hjemmefødsler er ikke risikofritt. Adresseavisen 24.10.2018. <https://www.adressa.no/meninger/kronikker/2018/10/24/Hjemmef%C3%B8dsler-er-ikke-risikofritt->

17741817.ece Lest 27.6.2019.

3. Blix E. Det er langt verre at han som er lege driver med skremselspropaganda om noe han tydeligvis ikke kan. Adresseavisen 25.10.2018.
<https://www.adressa.no/meninger/ordetfritt/2018/10/25/Det-er-langt-verre-at-han-som-er-lege-driver-med-skremselspropaganda-om-noe-han-tydeligvis-ikke-kan-17756172.ece> Lest 27.6.2019.
4. Johansen LT, Iversen JBH, Broen L. Planlagt hjemmefødsel og forsvarlig helsehjelp. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 914–6. [PubMed][CrossRef]
5. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. Obstet Gynecol 2017; 129: e117–22. [PubMed][CrossRef]
6. de Jonge A, Geerts CC, van der Goes BY et al. Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases. BJOG 2015; 122: 720–8. [PubMed][CrossRef]
7. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Child passenger safety. Pediatrics 2011; 127: 788–93. [PubMed][CrossRef]
8. 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]
9. Øian P, Blix E, Huitfeldt AS et al. Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barseltid i trygge hender. IS-2012. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjemmefodsel/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_/attachment/inline/592f7374-ab8f-43fi-a121-3c23dfdf2d58:5d933c31d177f34ecc39f77f2e8b55e8f9e0bd9/Hjemmef%C3%B8dsel%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf Lest 27.6.2019.

Publisert: 19. august 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0084

Mottatt 27.1.2019, første revisjon innsendt 27.6.2019, godkjent 27.6.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. desember 2022.