



Tidsskriftet

DEN NORSKE LEGEFORENING

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 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 innbyrdes 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 utfordringene med å sikre at fødsler og dets mulige komplikasjoner kan håndteres innenfor en forsvarlig ramme, ikke minst behovet for å sikre tilgjengelig døgnet rundt. Det å planlegge en fødsel hjemme hos den gravide setter disse utfordringene i perspektiv, spesielt om fødetilbud legges ned og reisevei til sykehus blir lenger.

Etter at jeg droftet risikobildet med planlagte hjemmefødsler i Adresseavisen (2), kom tilsvar om at jeg spredte skremsepropaganda og er kompetent til å mene noe om temaet (3). Anestesileger er de legene som nest etter fødselsleger jobber tettst med fødende kvinner, særlig alvorlige komplikasjoner oppstår. Spesielt er problemer med blodsirkulasjonen til barnet, mekaniske problemer i utdrivningen, et dårlig livstruende blødninger hos mor hendelser som de fleste anestesileger anser svært uheldige utenfor rammene av et sykehus. De som velger å føde hjemme bør være best mulig opplyst om risikobildet både før og underveis i fødselen. Flere tilsynssaker har vist at dette dessverre ikke alltid er tilfelle. Den amerikanske gynekologforeningen anbefaler ikke hjemmefødsler. Dette er basert på studier som har vist økt dødelighet hos nyfødte i USA (5). Det er riktignok metodesvakheter i forskningen som sammenlikner risikoen ved hjemmefødsler med sykehusfødsler en rekke seleksjonseffekter som påvirker hvem som føder i og utenfor sykehus. Tross dette rapporteres det om alvorlige komplikasjoner uansett i flere studier. I en nederlandsk studie med 466 112 planlagte hjemmefødsler ble det registrert 1 316 alvorlige komplikasjoner inkludert 361 dødsfall (6). Studiedesignet kan ikke besvare om komplikasjonene kunne ha vært unngått om man i stedet hadde planlagt å føde i nærmeste sykehus innenfor et landareal tilsvarende Trøndelag er også transport til nærmeste sykehus en annen utfordring i Nederland.

Tryggest for barnet

Om sannsynligheten for komplikasjoner er lavere eller høyere i sykehus, er mindre viktig så lenge komplikasjonene best kan oppdages og behandles som helst annet samfunnsfelt ville man ikke godta at 1 av 350 barn ble utsatt for potensiell alvorlig skade eller død med begrenset behandlingssannsynlighet dersom dette kunne vært unngått. Det er eksempelvis påbudt å sikre barn i bil, da skadeomfang reduseres med 70-80% ved å bruke sikkerhetsbelte og barnesete. 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) nesten en tredjedel hasteflytninger grunnet dårlig fosterlyd, alvorlig blødning hos mor eller en kritisk syk nyfødt. Norske retningslinjer formelle krav til avstand til sykehus (9). Det betyr at en planlagt hjemmefødsel kan settes i gang hvor som helst uavhengig av værforhold og transportmulighetene. Flytting av en kritisk syk nyfødt krever bruk av luftambulanseresurser, og det nyfødte barnet har derfor mer risiko for å dø de første timene av sitt liv. Hjemmefødsler angår derfor mer enn bare mors ønsker for en bestemt fødselopplevelse. Tilhengere av hjemmefødsler argumenterer med at det også skjer uheldige hendelser i sykehus. I så fall bør man heller jobbe med å bedre kvaliteten i sykehuset for fødende utenfor sykehuset.

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

De fleste fødsler forløper heldigvis uten alvorlige komplikasjoner, men fødende bør være best mulig opplyst om tilgjengelige behandlingsoptimaliteter og akutte komplikasjoner under fødselen eller hos den nyfødte. En forventet normal fødsel er dessverre ingen garanti mot alvorlige komplikasjoner. Mulighetene for akuttbehandling av komplikasjoner hos mor og barn vil variere mellom en kvinneklinikk og en fødeavdeling med legespesialister i hjemmekontor og fødestuer uten legespesialister umiddelbart tilgjengelig. Hjemmefødsler vil alle obstetriske vurderinger stå og falle på å få fødselshjelpere. Konseptet er mer sårbart for feilvurderinger, og det kan gi utfordringer for 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 fødende 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-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-17741817.ece> Lest 27.6.2019.

3. Blix E. Det er langt verre at han som er lege driver med skremsepropaganda 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-skremsepropaganda-om-noe-han-tydeligvis-ik>

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 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 2018; 97: 420-8. [PubMed][CrossRef]
9. Øian P, Blix E, Huitfeldt AS et al. Retningslinje for hjemmefødsel – svangerskap, fødsel og barsel 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/_/attachr-ab8f-43fi-a121-3c23d1fd2d58:5d933c311d177f34ecc39f77f2e8b55e8f9e0bd9/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 27. april 2022.