
Ekenäs BB

HELENA HIETA-HEIKURAINEN

Ekenäs förlossningsavdelning finns vid Västra Nylands sjukhus, som hör till Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, HNS. Västra Nylands sjukvårdsområdes medlemskommuner är Raseborg (Ekenäs, Karis och Pojo), Hangö och Ingå. Men kvinnor kan komma till Ekenäs och föda utan separat betalningsförbindelse från hela HNS-distriktet. Det är de facto så att över 30 procent av dem som föder på Ekenäs BB i dag kommer från kommuner som inte hör till vårt distrikt. Varför det är så kan man undra. Kan Ekenäs BB erbjuda något som inte finns annanstans?

De flesta gravida har på förhand en uppfattning om hur de vill föda. På Ekenäs BB får kvinnan vara med och påverka en av de viktigaste händelserna i sitt liv. En väsentlig del av vårt förhållningssätt är att lyssna, hjälpa och stödja den blivande modern och hennes familj. Vår avdelning har en så hemlik inredning som möjligt utan att vi ändå har prutat på den moderna tekniken, som alltid är tillgänglig vid behov.

Under de senaste femton åren har Ekenäs BB med jämna mellanrum varit stängningshotat. Inom Helsingfors- och Nylands sjukvårdsdistrikt förs ständigt diskussioner om de små enheternas framtid. De som talar för en koncentrerad av förlossningar till stora enheter åberopar argument som större effektivitet – sett ur funktionell och ekonomisk synvinkel – samt större trygghet. Trots hotbilder har Ekenäs BB haft ett så starkt stöd bland unga familjer att en stängning inte blivit aktuell.

Historia

I början på 1900-talet fungerade i Ekenäs en privat förlossningsanstalt. År 1934 integrerades förlossningar i den sjukhusverksamhet staden upprätthöll, och från 1965 har förlossningsavdelningen verkat i nuvarande lokaliteter. Sedan år 2000 hör Västra Nylands sjukhus med sin förlossningsavdelning administrativt till Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.

FÖRFATTAREN

ML **Helena Hieta-Heikurainen** är överläkare och resultatenhetschef (gynekologi och obstetrik, pediatrik, barnpsykiatri) vid Västra Nylands sjukhus, HNS.

Ekenäs BB har genom tiderna strävat efter att följa sin tid och med glädje tagit emot nya utmaningar. Till exempel samvård eller ”rooming-in” togs i bruk på initiativ av våra barnläkare redan i början på 1970-talet, vi var bland de första i Finland.

I mitten av 1980-talet vaknade i västvärlden en rörelse för så kallat aktivt födande. Den ökade användningen av medicinsk teknik var orsak till kraven på naturlig förlossning med en stark betoning på födandets psykosociala aspekter. Kvinnorna började kräva sin rätt att själv bestämma över födandet av sitt eget barn. Man vägrade att underkasta sig rollen som den passiva patienten. Vid samma tid besökte Ekenäs barnmorskor förlossningsavdelningen på Ystads sjukhus i Sverige. Ystad var vida känt som förespråkare för aktiv, naturlig förlossning. År 1988 började man i Ekenäs göra upp en egen modell för förlossningsvård. Vi utvecklade ett koncept som består av klientcentrerad vård som på ett balanserat sätt förenar naturlighet och det nyaste medicinska kunnandet.

I början på 1990-talet började även utsocknes intressera sig för Ekenäs som en förlossningsenhet. Andelen gravida utanför vårt eget distrikt som kommer till Ekenäs för att föda har ständigt stigit. I dag kommer ca 34 procent av de blivande mödrarna annanstans ifrån än vårt eget distrikt, mestadels ändå från andra kommuner inom HNS men också från annat håll i Finland, från Norden och till och med från Ryssland (rentav från Sibirien). – År 1996

blev Ekenäs BB Finlands första Baby Friendly Hospital, och fick utmärkelsen i enlighet med WHO:s kriterier.

Nu på 2000-talet är den blivande moderns egna önskemål och behov mera omfattande än tidigare. Ett krav på viss naturlighet och aktivitet i födandet finns kvar. Olika former av rädslor, som rädsla för förlossningsmärta och rädsla för olika ingrepp, är nu för tiden mycket vanliga och diskuteras även livligt i medierna (1–3). I Ekenäs har de som lider av förlossningsrädsla tagits emot som en ny utmaning. Vi upplever att noggrann information, öppen kommunikation och barnmorskans närvaro vid förlossningen fortfarande är nyckelord när det gäller att uppnå vårt motto: en frisk mor och ett friskt barn, samt en lyckad och heltäckande förlossningsupplevelse.

Smärtlindring och andra ingrepp under förlossningen

Avdelningen erbjuder all tänkbar smärtlindring från zonterapi och akupunktur till paracervikalblockad (PCB) och epiduralanestesi. Vi startar ofta med så kallad ”mjuka” metoder som akupunktur, varmt bad och zonterapi. Alla barnmorskorna har genomgått akupunkturutbildning. I varje förlossningssal finns ett badkar. Det går även bra att föda i vatten, men då förutsätts det att graviditeten och även förlossningen har förlöpt helt normalt utan några risker eller komplikationer (4, 5). Icke-farmakologiska metoder för att minska smärta uppfattas som mycket positiva av kvinnan (6, 7). När förlossningen framskrider behöver många även bedövning, oftast förstföderskorna. Det viktigaste är, att var och en får den smärtlindring hon själv önskar sig.

Alla ingrepp som görs påverkar det naturliga förloppet i förlossningen, och därför informeras alltid föräldrarna om ingrepp måste göras av medicinska orsaker. Rutinmässig amniotomi eller oxytocinstimulering undviks. Det finns vetenskapligt stöd för att värkarbetet påverkas gynnsamt av socialt stöd under förlossningen genom att det tenderar att leda till kortare förlossning. Socialt stöd tycks ha starkast samband med mindre behov av smärtlindring, färre kejsarsnitt och instrumentella vaginala förlossningar (8, 9). Varje födande kvinna ska ha sin egen barnmorska närvarande under den aktiva fasen av förlossningen.

Vi uppmuntrar kvinnan att röra på sig under öppningsskedet. Mellan upprätt kroppsställ-

ning och kortare förlossning har ett samband rapporterats (10, 11). Kvinnan uppmuntras att i krystningsskedet förutom rygggläge inta den förlossningsställning hon upplever som mest bekväm. Vi rekommenderar upprätt läge. Förlossningspallen har visat sig vara den förlossningsställning kvinnorna mest använder sig av. Vid upprätt ställning är det lättare att hitta rätt riktning i krystandet, och när hon sitter på pallan ger det maximalt utrymme i bäckenet. Liggande ställning på rygg är den mest ofördelaktiga ställningen för moderkankans blodomlopp, vilket i sin tur påverkar barnets välmående negativt (12–14).

Episiotomi används enbart selektivt. Det finns inte vetenskapliga belägg för rutinmässigt bruk av det. Klipp i perineum kan inte förebygga en rämna i mellangården inte heller problem med urininkontinens efter förlossningen (15, 16). Episiotomi bör göras endast då förlossningen måste forceras, till exempel om fosterljuden avtar markant. – Efter förlossningen går den egna barnmorskan ännu en gång igenom förlossningen med familjen vid det så kallade förlossningssamtalet, då eventuella oklarheter utreds.

Statistik

Vi följer ständigt de siffror som beskriver kvaliteten på vården för att få hjälp med att utveckla kvaliteten och granska vårdprocessen.

Viktiga faktorer är:

- kejsarsnittens procentuella andel av alla förlossningar. Målet är 13–18 procent. En viss procent ger vid handen att trygghet är en viktig faktor, man tar inga onödiga risker trots ”naturligheten”. Å andra sidan pekar en allt för hög procent på ett snedvridet allt för tekniskt sätt att sköta förlossningar.
- andelen igångsatta förlossningar. Vid en del förlossningskomplikationer måste förlossningen sättas i gång om moderns eller barnets hälsa är hotad. Å andra sidan leder en alltför hög procent igångsättning till en alltför teknisk förlossning, vilket leder till ett ökat antal kejsarsnitt och användning av sugkopp (17).
- antalet episiotomier
- tillräcklig smärtlindring
- förlossningsställningen
- antalet födande kvinnor utanför distriktet. Det ökade antalet visar på ett allmänt intresse för vår förlossningsavdelning.
- perinatalmortalitet

Förlossningsstatistik	Ekenäs 2008	hela landet 2007	Ekenäs 1.1.1994–1.12.2008
antalet förlossningar	652	58 008	9 214
kejsarsnitt %	14,9	16,3	14,2
igångsättning %	11,3	inga siffror tillgängliga	13,7
episiotomi %	14,1	28,8	13,6
akupunktur, zonerapi, gua-sha, massage	22,7	inga siffror tillgängliga	31,3
epiduralbedövning	34,0	40,9	13,6
PCB	26,8	18,1	29,5
lustgas	20,0	49,6	16,6
vatten som smärtlindring	46,4	inga siffror tillgängliga	51,1
annan än traditionell halvsittande ställning	63,7	inga siffror tillgängliga	69,4
födande kvinnor utanför distriktet	39,5	inga siffror tillgängliga	30,1
födande kvinnor utanför HNS	6,9	inga siffror tillgängliga	4,6
perinatal mortalitet	3 ‰	4,9 ‰	2,9 ‰

Hos oss har den största förändringen under senaste femton åren varit ökad användning av epiduralbedövning. Det beror delvis på bättre tillgång till anestesiloger (fler tjänster besatta i dag än till exempel för tio år sedan) men också på större efterfrågan. Fortfarande kombinerar vi i dag ofta olika metoder av smärtlindring.

Andelen föderskor utanför det egna distriktet ökar jämnt.

Av den totala mängden sectio caesarea har antalet akuta kejsarsnitt varit enbart ca sex stycken årligen. Genomsnittet för den tid det tar från beslut om kejsarsnitt tills barnet är framfött är 11 minuter hos oss. För att nå det här måste man vara mycket alert när det gäller att utvärdera eventuella riskmoment och då kalla på behövlig personal. Under jourtiden kallar vi på operationsteamet så att de är i beredskap på sjukhuset omedelbart om något avvikande förekommer under förlossningens förlopp.

Baby Friendly Initiative

Programmet för amningsvänliga sjukhus, Baby Friendly Hospital Initiative, är ett globalt program, som WHO och Unicef startade 1991 (18). Programmets syfte är att skydda, stödja och främja amning. Det internationella mål man har ställt är att 80 procent av alla 4–6 månader gamla barn enbart ammas och att amningen fortsätter tills barnet är minst ett år. Amningstiden kan anses vara en av bedömningsgrunderna för hur moderskaps- och primärhälsovården fungerar. Amningsbenägenhet är internationellt sett en viktig hälsoindikator. Information och motivation är viktiga komponenter för att främja amning.

Här har såväl vistelsen på BB som mödra- och barnhälsovården stor betydelse.

I dag driver mer än 20 000 förlossningsenheter i 152 länder överallt i världen framgångsrikt BFHI:s tiostegsprogram för lyckad amning. År 1996 blev Ekenäs BB kvalitets-säkrat som det första i Finland. Än i dag har bara fyra förlossningsenheter i Finland fått Baby Friendly-utmärkelsen. I Sverige fyller alla förlossningsenheter BFH-kriterier. Finland ligger mycket dåligt till när det gäller amningsstatistik jämfört med de övriga nordiska länderna (19). I Finland helammar enbart 1 procent efter sex månader. I Sverige är motsvarande siffra 33 procent, i Västra Nyland var procenten 20 procent år 2007. När det gäller amningsbenägenheten är det av betydelse att utvecklingen kan följas såväl regionalt som nationellt. I Västra Nyland fås information fortlöpande vid moderns reguljära besök på rådgivningen, då hon tillfrågas vilken mat hon ger barnet. Efter kalenderårets utgång görs en sammanställning på en särskild blankett och skickas till Ekenäs BB, där statistiken förvaras och analyseras vid regelbundna möten med regionens rådgivningar två gånger om året.

Trygghet och effektivitet

Tryggheten i Ekenäs garanteras tack vare ständig jour som sköts av gynekolog, anesthesiolog och pediatriker samt ytterligare en fungerande barnavdelning. Vid högriskgravitet där exempelvis prematur förlossning hotar (mindre än 35 veckor), skickas kvinnan enligt överenskommelse till Kvinnokliniken vid HUCS. Tack vare vår fungerande och välutrustade barnavdelning måste årligen enbart 5–7 nyfödda transporterats till Barnkliniken

för intensivvård. Bristen på barnläkare har ju av säkerhetsskäl resulterat i att små förlossningsavdelningar varit tvungna att stänga på många håll i Finland.

Hos oss har BB-avdelningen inte haft problem med rekryteringen av personal och kommer knappast att ha det heller. Alla barnmorsketjänster är besatta, och under semesterperioder har vi inte haft problem med att få vikarier. Också nya sjukhusläkarkandidater köar för att få en tjänst eller ett vikariat hos oss för att börja sin specialisering till gynekologi och obstetrik.

De som talar för en centralisering av förlossningar till stora kliniker har argument som effektivitet med avseende på ekonomi. Utan utvärdering av vårdens resultat och kvalitet kan man inte ta ställning till effektiviteten. Det är inte alls självklart att effektiviteten och kvaliteten skulle öka i och med en sammanslagning av enheterna. En koncentration av förlossningar till huvudstadsregionen i Nyland skulle leda till längre resor för de födande kvinnorna. Speciellt vid komplicerade graviditeter borde också ett stort antal besök på mödrapoliklinik flyttas till det sjukhus där förlossningen sker. Poliklinisk vård, som nästan enbart kan praktiseras lokalt i Västra Nyland, skulle bli omöjlig att genomföra. Då blir det automatiskt fler fall av intagning på avdelning, vilket skulle bli dyrare för kommunerna. På de stora förlossningsenheterna i västvärlden använder man under en förlossning ofta rutiner som enbart behövs i problemfall. Detta kan leda till onödiga ingrepp, som till och med kan skada mor och barn. Och detta leder naturligtvis till höga sjukvårdskostnader.

Ekenäs BB har fått kritik för att vara ineffektivt på grund av längre vårdperioder vid förlossning jämfört med andra sjukhus inom HNS. De litet längre vårdperioderna baserar sig på vårt Baby Friendly-program. Vi stödjer speciellt förstföderskor samt omföderskor som tidigare har misslyckats med amningen. Motivation och intresse för amningens stora värde skall väckas redan på förlossningsenheten. Satsning på en lyckad amning, vilket innebär ett extra vårddygn på sjukhus, kan till och med bli billigare i det långa loppet om man tänker övergripande ekonomiskt.

Slutord

Som ett resultat av flera års arbete med utveckling av förlossningsvården har vi framgångsrikt lyckats skapa ett individuellt sätt att planera och handlägga förlossningar utgående

från den födande kvinnans och hennes familjs önskemål. Men världen ändras och nya utmaningar är säkert förestående. Vårdmetoder, resultat, kvalitet och effektivitet skall hela tiden uppföljas och utvecklas vidare.

Den nya patientlag som förbereds av regeringen kommer att öka patientens frihet och möjlighet att själv få välja sin vårdplats. När lagen träder i kraft, kommer sannolikt antalet födande kvinnor hos oss att öka markant. I dag tycks det vara nästan omöjligt för gravida som enligt boningsort inte hör ett till HNS-distrikt att få en betalningsförbindelse. Varenda utländsk eller finländsk födande kvinna som kommer hit från orter utanför HNS-distriktet, innebär mera inkomster till Västra Nylands sjukhus och samtidigt till HNS. Avdelningen betjänar i dag också en region med inflyttning, således ökar också det lokala underlaget hela tiden.

Att bevara Ekenäs BB är viktigt för inte bara sjukhuset utan även för hela regionen. Också språkpolitiskt behövs Ekenäs BB, det är den enda förlossningsenheten i Nyland där hela personalen behärskar både finska och svenska.

I framtiden vill vi sträva efter närmare samarbete och en eventuell sammanslagning med primärvården. Ett pilotprojekt inom HNS kunde vara gemensam organisering av förlossningsverksamheten inom den specialiserade sjukvården och mödrarådgivningen i Raseborg.

Servicen skall finnas nära medborgarna, och stora enheter får aldrig vara ett självändamål. De fungerande små enheter som har en motiverad personal och får god respons borde ges möjligheter till projekt och pilotverksamhet samt ges en chans att verka som förebilder för de större enheterna i stället för att ständigt hotas av indragning.

ML Helena Hieta Heikurainen
Västra Nylands sjukhus, HNS
PB 1020
10601 Ekenäs
helena.hieta-heikurainen@hus.fi

Referenser

1. Green J, Baston H, Eastone S, McGormick F. 2003. Greater expectations? Inter-relationships between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, and psychosocial outcomes. Summary report. Leeds; University of Leeds Mother&Infant Research Unit.
2. Halmesmäki E, Saisto T. Onko täysiaikainen synnytys luonnollinen tapahtuma vai lääketieteellinen ongelma? Pääkirjoitus. *Duodecim* 2002;118:2157-8.
3. Spurgeon P, Hicks C, Barwell F. Antenatal, delivery and postnatal comparisons of maternal satisfaction with two pilot Changing Childbirth schemes compared with a traditional model of care. *Midwifery*. 2001;17:123-132.
4. Geissbuehler V, Stein S, Eberhard J. Waterbirths compared with landbirths: an observational study of nine years. *J Perinat Med*. 2004;32(4):308-314.
5. Pellantova S, Vebera Z, Pucek P. Water delivery-a 5-year retrospective study. *Ceska Gynekol*. 2003 May;68(3):175-179.
6. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2009.
7. Borup L, Wurlitzer W, Hedegaard M, Kesmodel US, Hvidman L. Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial. *Birth*. 2009 Mar;36(1):5-12.
8. Thornton JG, Lilford RJ. Active management of labour: current knowledge and research issue. *BMJ* 1994;309:366-369.
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Review* 2007, Issue 3.
10. Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
11. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004;(1).
12. Aldrich CJ, D'Ántona D, Spencer JA, Wyatt JS, Peebles DM, Delpy DT, Reynolds EO. The effect of maternal posture on fetal cerebral oxygenation during labour, *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102(1):14-19.
13. Carbonne B, Benachi A, Leveque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labour: effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. *Obstet Gynecol* 1996;88:797-800.
14. De Jong PR, Johansson RB, Baxen P, Adrians VD, van der Weisthuisen D, Jones PW. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:567-571.
15. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, 2009.
16. Röckner G, Fianu-Jonasson A. Changed pattern in the use of episiotomy in Sweden. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:95-101.
17. Moleti CA. Trends and controversies in labor induction. *MCN Am J Matern, Child Nurs* 2009 Jan-Feb;34(1):40-7;quiz 48-49.
18. WHO/Baby-friendly Hospital Initiative. www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html
19. Hasunen K, Ryyänen S. 2006;Imeväisikäisten ruokinta Suomessa 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki.