
Förlossningsverksamhet – en fråga om sammet och stål

STURE ANDERSSON

En förlossning är ett fysiologiskt förlopp som i de flesta fall fungerar utan yttre inblandning. Potentiellt grava komplikationer kan dock tillstöta även vid primärt normala förlossningar. Vid dessa tillfällen är beredskapen för omedelbar intervention av avgörande betydelse för den nyföddas, och ibland också för moderns framtida hälsa. Alla förlossningsenheter bör därför uppfylla kvalitetskrav på patienttrygghet, såsom tillgång till anestesilogisk, obstetrisk och pediatrik sakkunskap och beredskap för akut kejsarsnitt inom 15 minuter under dygnets alla timmar.

I Finland sker årligen cirka 60 000 förlossningar. Det totala antalet förlossningsenheter är över 30. Den största förlossningskliniken har nära 6 000 förlossningar om året medan 14 enheter har färre än 1 000 förlossningar om året (1). Under de senaste decennierna har antalet förlossningsenheter stadigt minskat, dels pga. den demografiska utvecklingen, dels på grund av högre trygghetskrav på förlossningsverksamheten. År 2004 föddes 4,5 procent av alla barn i Finland på de allra minsta enheterna med färre än 500 förlossningar om året, medan motsvarande andel t.ex. i Sverige var 1,6 procent (2).

Graviditet och förlossning är fysiologiska processer som i de flesta fall sköter sig själva utan betydande yttre inblandning. Förlossningsenheternas uppgift är att om allt fortskrider på ett gynnsamt sätt i möjligaste mån låta naturen ha sin gång men att samtidigt ha nödvändiga resurser att ingripa i ett hotande patologiskt förlopp för att kunna garantera att slutresultatet är det bästa möjliga för mor och barn. Förlossningsvård kräver alltså både sammet och stål, två faktorer som kompletterar – inte ersätter – varandra.

I vårt land råder en relativt allmän konsensus om en koncentration av klara riskgraviditeter, t.ex. hotande prematurbörd, till specialenheter. I ett finländskt material har mortaliteten hos prematurer med gestationsålder under 32 veckor visats vara signifikant lägre om de föds på ett universitetssjukhus jämfört med en förlossning på ett centralsjukhus. Denna skillnad är klarast i gruppen 24–28 graviditetsveckor, och den är mest markant om förlossningen sker under jourtid (3).

Alla riskförlossningar kan dock inte identifieras ante partum, då en del av de primärt helt normala förlossningarna drabbas av oförutsedda komplikationer under förloppets gång. Ett par procent av alla nyfödda behöver återupplivning postnatalet, och över 11 procent kräver uppföljning på intensivvårds- eller övervakningsavdelning (1).

Av patienterna på en intensivvårdsavdelning för nyfödda utgör små prematurer, med födelsevikt under 1 500 g, mindre än en tredjedel, medan majoriteten är fullgångna nyfödda. En betydande del av de sistnämnda behöver intensivvård pga. komplikationer som har uppstått i samband med förlossningen, t.ex. asfyxi. Hos denna grupp påverkas långtidsprognosen väsentligt av tillgången till adekvat förlossningsvård, såsom beredskap för akut kejsarsnitt och sakkunnig återupplivning av det nyfödda barnet.

Frågeställningen om centralisering av förlossningarna är till viss del sekundär. När det gäller förlossningsverksamhet, liksom hälsovård överhuvudtaget, är trygghet och kvalitet avgörande. Alla barnaföderskor och nyfödda bör ha rätt till trygg vård, därför bör alla förlossningsenheter, oavsett storlek och

FÖRFATTAREN

Docent **Sture Andersson** är neonatolog och verkar som avdelningsöverläkare på Barn- och ungdomssjukhuset vid HNS.



placering uppfylla vissa minimikrav, dvs. tillgång till anesthesiologisk, obstetrisk och pediatrik sakkunskap under dygnets alla timmar. Enheterna bör ha beredskap för att vid behov utföra akut kejsarsnitt inom 15 minuter. En avdelning för uppföljning av nyfödda bör också finnas i nära anslutning till förlossningsenheten.

För att garantera tryggheten är storleken på förlossningssjukhus a priori inte avgörande, utan det avgörande är allokeringen av resurser. Men i jakten på utgiftsminimering har dessa faktorer en tendens att gå hand i hand. Kostnader för jourverksamhet och operationspersonal är ofta ett hinder för de minsta enheterna. Det finns också en uppenbar brist på kunniga läkare som är beredda att axla den jourbörda som ett litet sjukhus medför. Inhyrda läkare besitter sällan den sakkunskap som krävs för t.ex. återupplivning av nyfödda. Då det gäller akut handläggande av allvarliga problem hos nyfödd kan det också vara svårt att upprätthålla samma standard hos personalen i en liten som vid en större enhet.

Fördelarna med små förlossningsenheter är att avståndet till dem ofta är kort, personalen är bekant och miljön kan vara mer hemtrevlig än på en större enhet. Service på modersmålet kan ibland också bättre tillgodoses på en liten enhet. ”Sammetsdelen” vid förlossningar är möjlig på alla förlossningsanstalter, såväl små som stora. Avgörande faktorer för de 2–3 dagar familjen vistas på förlossningssjukhuset är inte färgen på väggarna, utan t.ex. mängden personal i förhållande till patienterna, personalens utbildning och inställning. De större förlossningssjukhusen har en del att lära av de mindre enheterna när det gäller trivseldetaljer. Trivsamma förlossningsenheter kan dock också framgångsrikt fungera vid stora sjukhus, något som t.ex. demonstreras av en populär familjeenhet på vårt land största förlossningssjukhus. Om den grundläggande medicinska kvaliteten är garanterad, kan föräldrarnas

önskemål tillgodoses utan att moderns eller barnets hälsa riskeras.

Tyvär spelar lokalpolitik en stor roll för beslut som gäller förlossningsvården. Upprätthållandet av förlossningsverksamhet ses ofta som en förutsättning för ett fungerande lokalsjukhus, vars existens är en garanti för skatteintäkter och röster i politiska val. Politiska beslutsfattare marknadsför därför ofta sitt eget sjukhus som nödvändigt, hemtrevligt och tryggt, ofta med benäget bistånd av lokala folkrörelser. Den medicinska sakkunskapen, överläkarna, måste här ta sitt ansvar för kvaliteten på sjukvården.

Åtminstone i de södra delarna av vårt land har avståndet till förlossningssjukhus de facto en minimal betydelse. I Lappland kan en kvinna som ska föda vara tvungen att förflytta sig en sträcka motsvarande den mellan Helsingfors och Kuopio till närmaste förlossningsenhet. I vårt land föds trots detta årligen färre än 100 barn utanför förlossningssjukhusen. Att inom en 50 kilometers radie upprätthålla flera förlossningsenheter som inte uppfyller ovannämnda minimikrav är medicinskt oacceptabelt och ett klart slöseri med resurser.

Det ligger sällan i kommunala beslutsfatares intresse att beakta kvalitetsaspekter i vården. Läkarkåren har en avgörande roll för att barnaföderskor och nyfödda i vårt land skall kunna garanteras en trygg vård under dygnets alla timmar.

Docent Sture Andersson
Barn- och ungdomssjukhuset
Stenbäcksgatan 11
00029 HNS
sture.andersson@hus.fi

Referenser

1. www.stakes.fi. Föderskor, förlossningar och nyfödda 2007.
2. www.europeristat.com. The European Perinatal Health Report.
3. Rautava L, Lehtonen L, Peltola M, Korvenranta E, Korvenranta H, Linna M, Hallman M, Andersson S, Gissler M, Leipälä J, Tammela birth in secondary- or tertiary-level hospitals in Finland on mortality in very preterm infants: a birth-register study. *Pediatrics* 2007;119:e257–263.