
Fødestuer – fra nyvinning til nedleggelse

LEDER

BJØRN BACKE

bjbac@online.no

Bjørn Backe (f. 1947) er dr.med., spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer, pensjonert professor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og seksjonsoverlege ved Fødeavdelingen, Kvinneklinikken, St. Olavs hospital.

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

Fødestuer ble i sin tid opprettet for å lette arbeidssituasjonen for distriktsjordmødrene. Nå er de fleste fødestuer nedlagt på grunn av lave fødselstall.

Tryggheten ved fødestuefødsler er et tilbakevendende diskusjonstema. Litteraturen har vist gode resultater ved jordmorstyrte fødestuer, men datagrunnlaget har vært mangelfullt [\(1\)](#). Ett av problemene, som også gjelder statistikk fra Medisinsk fødselsregister, er at overflyttinger fra fødestue til sykehus under eller etter fødsel ikke er blitt registrert. I mange materialer er det derfor fare for seleksjonsskjevhet.

En bærende idé bak jordmorstyrte fødestuer er å unngå intervensjoner. Lav forekomst av keisersnitt og vakuumekstraksjon er derfor relevante kvalitetsindikatorer for fødestuer, i tillegg til lav forekomst av uønskede hendelser som lav apgarskår, større blødninger, rifter og sfinkterskader.

Øian og medarbeidere har kartlagt overflyttinger fra fødestuer til fødeavdelinger ved sykehus i en periode på tre år, ved hjelp av et skjema distribuert av Medisinsk fødselsregister [\(2\)](#). I undersøkelsen støtter man funn fra en tidligere studie av norske fødestuer, hvor overflyttinger mellom fødestue og sykehus også var inkludert [\(3\)](#). Resultatene fra planlagte fødestuefødsler er gode, viser Øian og medarbeidere, også når det tas hensyn til overflyttinger [\(2\)](#). Kun 0,6 % av barna født i fødestue hadde apgarskår under syv etter fem minutter, og det ble ikke rapportert om alvorlig skade eller dødsfall hos mor

eller barn som kunne relateres til fødestuefødselen. Høye tall for vakuumekstraksjon (14 %) og akutt keisersnitt (11,8 %) tyder på at intervensjon ofte er nødvendig hos fødende som blir overflyttet, selv om de ved fødselsstart tilhørte en selektert lavrisikopopulasjon. Dette viser at man ved fødselsstart ikke med sikkerhet kan forutsi hvordan forløsningen til sist vil skje.

Truende asfyksi eller unormalt innkomst-kardiotokografi (CTG) var en vanlig årsak til overflytting i studien (2). Bruk av CTG-registrering på fødestuer er ikke i tråd med god praksis. Ifølge retningslinjene bør CTG-undersøkelse ikke brukes ved lavrisikofødsler, som fødsler selektert til å foregå på fødestuer per definisjon skal være (4). At så mange som 7,7 % av fødestuefødsleene ikke var planlagt å foregå der, reiser spørsmålet om seleksjonen er god nok. Det er også vanskelig å forstå at 1,4 % av fødsleene på fødestuer var setefødsler, dette er nesten på nivå med forekomsten av setefødsler ved fødeavdelinger.

Det ble opprettet mange fødestuer i etterkrigsårene for å lette arbeidssituasjonen for distriktsjordmødrene (5). Hvor mange fødestuer vi har hatt på det meste, er ikke kjent. I 1972 fantes det fortsatt 60 fødestuer i Norge hvor til sammen 7,4 % av landets fødsler foregikk (6). Disse fødestuene var en del av distriktshelsetjenesten slik at jordmor tilkalte vakthavende lege i distriktet dersom hun trengte hjelp (6). Mange distriktsleger og turnuskandidater har i slike situasjoner fått føle på sitt inkompetansenivå.

I dag er organiseringen av og ansvarsforholdene ved norske fødestuer endret. De regionale helseforetakene har det medisinske ansvaret for fødestuene (7), og det foreligger klare kriterier for hvem som kan føde der. Overflytting til nærmeste fødeavdeling foretas dersom det oppstår problemer som jordmor ikke kan løse. Ambulansetjenesten er godt utrustet, og overflyttinger skjer som regel uten dramatikk (2, 3). Men selv om de organisatoriske forholdene er lagt til rette for fødestuedrift er mange fødestuer blitt nedlagt de siste ti årene, i hovedsak på grunn av lave fødselstall. Nå er det bare fire tradisjonelle fødestuer igjen, alle i Helse Nord (2).

Fødestuer i lokalsykehus – modifiserte fødestuer – var en nyvinning som ble utprøvd i Lofoten fra 1997, med gode resultater (8). Samme år ble også fødeavdelingen ved Tynset sykehus gjort om til fødestue. I senere år har man forsøkt å legge om fra fødeavdeling til fødestue ved flere lokalsykehus med lave fødselstall, slik at lavrisikofødende skal kunne ha et tilbud i Distrikts-Norge. Disse omleggingene har ikke lyktes. I dag er det bare Tynset sykehus og Lofoten sykehus som fortsatt har fødestuer.

Artikkelen til Øian og medarbeidere (2) inkluderer resultater fra det som litt eufemistisk er blitt kalt forsterkede fødestuer, det vil si fødestuer i lokalsykehus med mulighet for å utføre keisersnitt i nødsituasjoner. I perioden 2008–10 ble det ved de forsterkede fødestuene i Lærdal, Odda og Lofoten utført keisersnitt hos 9,5 % av de fødende og forløsning med tang eller vakuumpompe hos 3,6 %. Hos 2,5 % av kvinnene oppsto det sfinkterskader (2). Siden dette i utgangspunktet var lavrisikofødsler, er dette et bemerkelsesverdig høyt intervensjonsnivå. En betydelig andel av fødsleene var preterm fødsler (1,8 %), som ikke skal foregå på fødestuer.

Sviktende fødselstall, som for en stor del skyldes manglende oppslutning fra de fødende, har nok vært hovedårsaken til nedleggelser av fødestuer de siste årene. Kanskje det tilbudet moderne obstetrik kan gi, inklusive effektiv smertelindring, for mange er viktigere enn å få føde litt nærmere hjemmet.

LITTERATUR

1. Børdahl PE, Kakad M, Kumle M et al. Jordmorstyrte fødestuer. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 16-2006.
http://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/rapporter/20062/rapport_0616_jordmorstyrte_fodestuer.pdf (22.3.2018).
2. Øian P, Askeland OM, Englund IE. Fødestuefødsler i Norge 2008–10 – en populasjonsbasert studie. Tidsskr Nor Legeforen 2018; doi: 10.4045/tidsskr.17.0242. [CrossRef]
3. Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 731 - 7. [PubMed][CrossRef]
4. Norsk Gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 2014.
<https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/> (10.4.2018).
5. Blom I. «Den haarde dyst». Fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år. J W Cappelens forlag, Oslo, 1988.
<https://www.nb.no/items/c2bd3b2f15b394088250bcada549bf70?page=0&searchText=idablom> (18.3.2018).
6. St.meld. nr. 9 (1974–75). Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.
<https://www.nb.no/statsmaktene/nb/22ade39f6909f817f358a81a16ca1337?index=1#61> (20.3.2018).
7. St.meld. nr. 12 (2008–2009). En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009/id545600/> (22.5.2018).
8. Vold IN, Holt J, Johansen MV et al. Modifisert fødestuedrift – et alternativ for små fødeavdelinger? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 941 - 5. [PubMed]

Publisert: 12. juni 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0355
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.