



Dårligere fødetilbud?

Kva rolle spelar oppbygginga av helsetenesta for tilgang til fødeinstitusjon og for mors risiko for komplikasjonar?



Av **Hilde Marie Engjom**,
Forskningsgruppa for
globale helseprioriteringer,
Institutt for global helse og
samfunnsmedisin, UiB

Sentralisering av særskilte helsetenester som omfattande kirurgi, kreftbehandling og intervensjonskardiologi betrar resultatet for pasienten. Samstundes viste den britiske Birthplace-studien at fødsel på ein større institusjon aukar talet på intervensjonar under fødselen hos friske kvinner som har låg risiko for komplikasjonar. Både utforminga av helsetenesta og klinisk resultat er viktig for vurdering av kvalitet i fødselsomsorg. WHO sine indikatorar for akutt omsorg i svangerskap og fødsel omfattar både geografisk fordeling av institusjonar, tilgang og resultat for mor og barn. Norsk helsepolitikk legg stor vekt på desentraliserte helsetenester av god kvalitet ved svangerskap og fødsel. Samstundes vart talet på fødeinstitusjonar redusert frå 95 til 51 mellom 1979 og 2009.

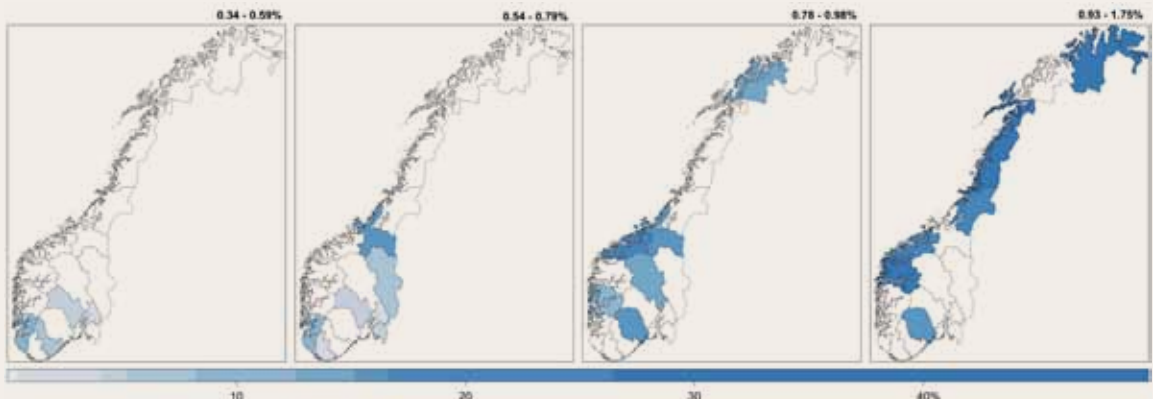
Vi studerte tilgang til fødeinstitusjon og klinisk utfall basert på hypotesen om at norsk fødselsomsorg har vore god og likeverdig. 1 Primære endepunkt var andelen kvinner i fertil alder (15 til 49 år) som budde meir enn ein og to timar frå fødeinstitusjon, risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon, og maternell morbiditet (eklampsi, alvorleg blødning, sepsis, intensivbehandling og systemisk tromboembolisk sjukdom). WHO sine indikatorar for akuttomsorg var sekundære

endepunkt. Vi nytta data frå Statistisk sentralbyrå (SSB) og Medisinsk Fødselsregister (MFR) til å utforme av to tverrsnittsanalyser og tre fødselskohortar. Tverrsnittstudiane tok utgangspunkt i statistisk sentralbyrå sine koordinatfesta innbyggardata i tillegg til geografiske koordinat for fødeinstitusjonane og den norske vegdatabasen. Ei reisesone rundt kvar institusjon vart rekna ut, sonene vart slegne saman og vi talde kvinnene som budde innanfor og utanfor sona. Fødselar i perioden 1979-2009 vart samla i femårs-grupper og risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon samanlikna i første og siste periode. Risiko for maternell morbiditet vart analysert for innmelde fødselar i 2000 og 2009.

Fødsel utanfor institusjon

Andelen kvinner som budde meir enn ein og to timar frå ein fødeinstitusjon auka mellom 2000 til 2010, både for alle institusjonar og for institusjonar med akuttfunksjon. Risikoen for å føde utanfor institusjon for mødre som hadde planlagt institusjonsfødsel vart dobla frå 1979-83 til 2004-09 og vi fann aukande skilnader på fylkesnivå. Auken i risiko for fødsel utanfor institusjon vart påvist både i fylke med overvekt av sentral busetnad og i fylke med spreidd busetnad. Risikoen vart meir enn dobla i dei tre fylka der få eller ingen kvinner budde

Risiko for ikkje planlagt fødsel utanfor institusjon 2004-2009.



Fylkesvis andel kvinner i alderen 15-49 år som budde meir enn ein time frå næraste fødeavdeling 1. januar 2010.

KARTLEGGING: Risikofaktorar for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon bør kartleggast betre både i sentrale strok og i distrikta. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

utanfor den berekna reisesona på ein time. Sannsynlegvis er det fleire årsaker til at kvinner ikkje når fram til institusjon. Medverkande faktorar kan vera både innleggingsgrenser på store, travle fødeavdelingar og trafikale forhold i tillegg til informasjonen som vert formidla til gravide.

Medan det i perioden 1979-83 var om lag 0,5 % skilnad mellom fylka med lågast og høgast risiko, hadde skilnaden auka til nærare 1,5 % i den siste perioden. Fylka med ein større andel kvinner busett langt frå institusjon hadde og høgast risiko i den siste perioden. (figur) Når vi nytta WHO sine indikatorar for tilgang til akuttinstitusjonar fann vi at talet på institusjonar samsvarer med det berekna behovet i 2000. På regionalt nivå var talet på institusjonar lågare enn det berekna behovet i helseregionane Aust og Sør. I 2009 var talet på akuttinstitusjonar lågare enn berekna behov både nasjonalt og i helseregionane Aust, Sør og Vest.

I denne tiårs-perioden fann vi også ein risikoauke frå 1,7 % til 2,2 % for maternell morbiditet. Medan det i 2000 ikkje var regionale skilnader, hadde tre regionar mellom 30 og 80 % høgare risiko enn referansen i 2009.

Oppsummering

Vår studie tyder på redusert kvalitet i eit helsesystemperspektiv med dårlegare tilgang til fødeinstitusjonar og auka risiko for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon. Oppbygging og tilgang bør takast med i planlegging og evaluering av helsetenesta, ikkje minst bør risikofaktorar for ikkje-planlagt fødsel utanfor institusjon kartleggast betre både i sentrale strok og i distrikta.

Vi venta at risiko for maternell morbiditet skulle gå ned eller vera uendra som følge av sentraliseringa. Det er få dødsfall blant mødre og nyfødde i Norge, noko som viser at helsetenesta har ein god kvalitet. Samstundes fann vi ein auke i risiko for maternell morbiditet og aukande regionale skilnader. Vi trur ikkje desse skilnadene kan forklarast fullt ut av betre diagnostikk, rapportering eller auke i risikofaktorar som vi ikkje hadde informasjon om.

Det er naudsynt med betre kunnskap om samverknaden mellom oppbygging av helsetenesta og kliniske resultat. Vidare forskning bør vektlegge måling og overvaking av alvorlege komplikasjonar hos mor. Det er naudsynt å ha med resultat som viser korleis det går med barna når ein vurderer kvaliteten på helsetenesta. Korleis oppbygging av helsetenesta eventuelt påverkar mors risiko for komplikasjonar vil vere relevant kunnskap i planlegging og utforming av helsetenesta og for å skildre fordelinga av nytte og ulemper ved sentralisering av fødetilbodet. ■

Referansar:

Engjom H, Morken NH, Norheim O, Klungsoyr K. Availability and access in modern obstetric care: a retrospective population-based study. BJOG. 2014 Feb;121(3):290-9.

