

ORIENTERING

Hvor farligt er det at føde hjemme?

Af Ole Olsen, statistiker, far til to hjemmefødte børn, København.

Når man siger, man vil føde hjemme, får man tit stillet spørgsmålet: „Hvor tør I føde hjemme?“ Lægerne, jordemødrene, familien og vennerne stiller det. Nogle med misundelse og beundring i stemmen, fordi de tænker på, hvor gerne de selv ville have født hjemme, hvis de turde; andre med forargelse i stemmen, fordi de tænker på, hvor uansvarligt det er, at udsætte det sagesløse barn for så stor fare. Men hvor farligt er det egentligt? Eller rettere: Hvor meget farligere er det at føde hjemme end at føde på en specialafdeling på et hospital?

Det spørgsmål stillede vi os selv, da Ruth var gravid med vores første barn. Fra bøger som „Fødsel mellem venner“ af Ina May Gaskin (1) og „Tilbage til en naturlig fødsel“ af Michel Odent (2) vidste vi - og især Ruth - hvor meget bedre det kunne være at føde hjemme end på hospital. Men turde vi løbe risikoen? Og turde vi tage ansvaret?



Artiklens forfatter Ole Olsen

Risiko og ansvar

De to spørgsmål - om at løbe risikoen og om at tage ansvaret - ligger begge i overskriftens spørgsmål. Denne artikel handler kun om det første spørgsmål, om hvorfor vi turde løbe risikoen ved at føde hjemme; eller rettere: Den handler om, hvad jeg siden fødslen har fundet ud af om risikoen ved at føde hjemme. Det andet spørgsmål, som drejer sig om personligt mod til at tage ansvaret for sin tilværelse, nævner jeg kun for at gøre det klart, at det ikke er dét, denne artikel handler om.

Uvidenskabelig fødselshjælp

Man skulle tro, at jeg som statistiker ansat på Institut for Socialmedicin hurtigt kunne finde de tal, som skulle til for at svare på det første spørgsmål. Men desværre er det sådan, at mange medicinske procedurer ikke er særlig godt undersøgt videnskabeligt - man har bare indført dem og håber så, at de virker efter hensigten. Ville det være lige sådan med hospitals-

fødsler og al den teknologi, som bruges der? Desværre viste det sig hurtigt, at obstetrikken (fødselshjælpen) er blevet udnævnt til den „mest uvidenskabelige“ af alle medicinske discipliner (3, p. 376). Næsten ingen af de mange indgreb og procedurer i forbindelse med hospitalsfødsler var blevet undersøgt videnskabeligt, inden de blev indført, og når de var, havde man ikke i sin fortsatte praksis taget hensyn til resultaterne.

Pålidelige og ensartede tal

Når fødselslægerne ikke selv har sørget for dokumentation for, at deres teknologi og fremgangsmåde var til gavn (og i givet fald hvor stor gavn), så måtte jeg selv prøve, om det var muligt at rekonstruere nogle tal. Nogle tal som skulle sammenligne risikoen med at føde hjemme med risikoen forbundet med at føde på hospital. Jeg bruger ordet „risiko“ begge steder, fordi vi ved, at man aldrig på forhånd kan være sikker på, hvordan en fødsel - eller noget som helst andet for den sags skyld - ender, før end den er overstået; og vi ved, at fødsler kan gå galt både hjemme og på hospital. „Risiko“ kan dække over risikoen for mange forskellige ting. Jeg vil her koncentrere mig om spædbarnsdødeligheden. Mødre dødeligheden er naturligvis meget alvorligere, men nu om dage er den så ekstremt lav begge steder, at man dårligt kan lave statistik på den. Og mere „bløde variable“ som hvordan moderen (eller barnet) „har det“ efter fødslen (f. eks. Apgar-score eller gulsot for barnets vedkommende eller infektioner og andre gener hos moderen) er naturligvis meget interessante, men det kan være svært at få helt pålidelige og ensartede opgørelser af dem. Spædbarnsdødeligheden, er der derimod

ikke tvivl om, kan opgøres helt ensartet. Jeg vil derfor koncentrere mig om den i første omgang.

Hvor stor risiko?

Altså: Hvor stor er risikoen for spædbarnsdød ved hjemmefødsel i forhold til risikoen for spædbarnsdød ved hospitalsfødsler?

Det må naturligvis afhænge af mange ting: For eksempel hvor avanceret hospitalsafdelingen er, og af hvor erfarne hjemmefødselsjordemødrene er. Det må afhænge af de fødselende kvinder: hvor gamle de er, om de har født før og af andre sociale, psykologiske og ernæringsmæssige forhold.

Baggrund

Det er lykkedes mig at finde knapt ti artikler i lægevidenskabelige tidsskrifter, som fremlægger tal, som måske kan bruges til at besvare spørgsmålet med. Men de er naturligvis ret blandede: For eksempel er det i nogle amerikanske undersøgelser primært negre og indianere, som ikke har råd til hospitalsfødsler, som føder hjemme (og så foregår det endda uden en uddannet jordemoder, fordi sådan en uddannelse ikke findes i nogle amerikanske stater). I nyere amerikanske undersøgelser er det primært højtuddannede „flippere“, som ikke vil finde sig i hospitalets rutiner, som føder hjemme. Ofte er der også færre førstegangsfødende, blandt de, som føder hjemme, end blandt de som føder på hospital. Samtidig er alle undersøgelser baseret på tal, som er „historiske“, det vil sige fra en periode i 1970'erne eller 1980'erne, hvor spædbarnsdødeligheden generelt var større end nu, eller de er fra England eller USA, hvor de sociale forhold generelt er mindre gode.

Overraskende resultater

Der findes altså ikke nogle tal, som er umiddelbart relevante for en dansk kvinde af i dag, som vil vide, hvilken risiko der er forbundet med at føde hjemme eller på hospital.

Men i alle undersøgelser bliver der lagt tal frem, som gør, at det er muligt at sammenligne sammenlignelige kvinder. Altså at for eksempel at sammenligne risikoen hos førstegangsfødende, der føder på hospital, med risikoen hos førstegangsfødende, der føder hjemme. Tilsvarende kan man sørge for, at de som sammenlignes er jævnaldrende, har samme race, sociale forhold og så vidt muligt også har samme medicinske risiko (altså for eksempel om der er tale om en sædefødsel, om moderen tidligere har aborteret eller fået kejsersnit og så videre). Og det, som er slående, er, at uanset hvilken gruppe, der er tale om, så ser det ud til, at risikoen ved at føde hjemme aldrig er større end ved at føde på hospital.

Kan det virkelig være rigtig?

Den konklusion er så provokerende, at man dårligt kan tro på den. Kan den virkelig være rigtig? Rent teoretisk er den selvfølgelig mulig; men spørgsmålet er, om der skulle være nogle forhold, som gør, at sammenligningerne i de undersøgelser, jeg har læst, er forkerte eller i det mindste irrelevante for Danmark i dag. Jeg vil derfor diskutere nogle indvendinger, som man kunne komme med for relevansen af de diskuterede undersøgelser for Danmark i dag.

Farlige hospitalsfødsler?

1: Det er i alle undersøgelserne under 1%, som føder hjemme, og der kan ikke være mange høj-risiko fødsler

blandt dem. Konklusionen kan altså ikke gælde kvinder i høj-risiko grupper.

En engelsk undersøgelse (4-6) sammenligner lavteknologiske fødsler (hjemme eller på klinik) med hospitalsfødsler. En engelsk statistiker har fremskaffet tal, så det var muligt at sammenligne fødsler efter hvor risikable de på forhånd så ud til at blive. Ved hjælp af en „antenatal score“ klassificeredes kvindernes risiko ud fra alder, hvor mange børn de tidligere havde født, socialgruppe, tidligere dødfødsler, aborter og kejsersnit, forhøjet blodtryk og sukkersyge. Tabel 1 viser, at uanset hvor stor risikoen på forhånd så ud til at være, så var spædbarnsdødeligheden ca. 5 gange større på hospitalet. En tilsvarende score, som, udover de nævnte faktorer der jo karakteriserede kvinden allerede inden graviditeten, også inkluderede blandt andet svangerskabsforgiftning, blødning i løbet af graviditeten og fosterets stilling, gav et lignende resultat (tabel 2). Det er dog et problem ved den engelske undersøgelse, at de planlagte hjemmefødsler, som skal overføres til hospital, ikke er talt med blandt hjemmefødslerne. Det problem diskuterer jeg nedenfor under punkt 2.

Social profil

I de fleste amerikanske stater er jordemodervirksomhed ikke tilladt, og i flere af de stater, hvor det er tilladt, må jordemødre kun tage sig af lav-risiko fødsler. Undersøgelserne herfra kan altså ikke sige noget om høj-risiko-kvinder.

Den ene undersøgelse (7) bemærker dog, at selv om graviditeterne medicinsk set skulle føre til lav-risiko fødsler, så var mødrenes sociale profil sådan, at man normalt ville forvente

Tabel 1. Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 børn opgjort efter forhåndsrisiko*); Storbritanien 1970. (6)

Forhåndsrisiko*)	Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 børn	
	Hospitalsfødsler	Klinik- og hjemmefødsler
Lav	19,3	3,9
Middel	32,6	6,5
Høj	54,8	11,0
Alle	27,8	4,9

*) Risikoscoren baseret på kvindernes alder, hvor mange børn de tidligere har født, socialgruppe, tidligere dødfødsler, aborter og kejsersnit, forhøjet blodtryk samt sukkersyge.

Tabel 2. Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 børn opgjort efter forhåndsrisiko*); Storbritanien 1970. (6)

Forhåndsrisiko*)	Spædbarnsdødelighed pr. 1.000 børn	
	Hospitalsfødsler	Klinik- og hjemmefødsler
Meget lav	8,0	3,6
Lav	17,9	4,8
Middel	32,2	2,0
Høj	53,2	14,2
Meget høj	149,1	111,1
Alle	27,8	4,9

*) Risikoscoren baseret på ovenstående risikoscore samt bl.a. svangerskabsforgiftning, blødning, blødning i løbet af graviditeten og fosterets stilling.

Tabellerne er gengivet med Marjorie Tews tilladelse.

en højere risiko: Blandt hjemmefødslerne var der flere unge, sorte, ugifte og kvinder med en kort uddannelse end blandt gennemsnitskvinder. Alligevel var risikoen for spædbarnsdød blandt hjemmefødslerne en tredjedel af risikoen ved hospitalsfødsler.

Forskønnede tal?

2: *Hvad med de fødsler, som var planlagt til at foregå hjemme, men som enten i løbet af graviditeten eller i*

løbet af fødslen blev overført til hospitalet? De har nok en højere risiko, og derfor kommer tallene til at se alt for fordelagtige ud for hjemmefødsler!

Dette problem er nok det største ved den engelske undersøgelse. Men det er lykkedes Marjorie Tew at fremskaffe tal for spædbarnsdødeligheden for de fødsler, hvor moderen ikke på forhånd var booket til en hospitalsfødsel. Denne gruppe omfatter dels de,

7

som blev overført fra en planlagt klinik- eller hjemmefødsel, dels formodentlig „socialt ustabile“ kvinder, som meget unge kvinder, misbrugere og lignende; desværre var det ikke muligt at foretage yderligere opdeling. Gruppen som helhed havde fordoblet spædbarnsdødeligheden i forhold til de planlagte hospitalsfødsler.

Ubook'ede fødsler

Hvis man lægger alle disse ubook'ede fødsler sammen med de planlagte og gennemførte hjemmefødsler ændres spædbarnsdødeligheden i denne gruppe fra de 0,49% i tabel 1 til 1,92%. Samtidig skal de selvfølgelig trækkes fra blandt de bookedede hospitalsfødsler, og så falder spædbarnsdødeligheden i denne gruppe fra de 2,78% i tabel 1 til 2,29%. Spædbarnsdødeligheden er altså stadig højere på hospitalet (men



Den nødvendige teknologi

der er så til gengæld ikke kontrolleret for forhåndsrisikoen). I den ideelle analyse skulle der være taget hensyn til begge dele på en gang, men disse tal kunne ikke fremskaffes.

Fleere amerikanske undersøgelser (7,8) tyder imidlertid på, at den fejl som opstår, ved ikke at tælle de hjemmefødsler, som ender på hospitalet, med blandt hjemmefødslerne, er lille. I den ene undersøgelse overførtes 206 hjemmefødende og her døde ingen børn, i den anden overførtes 136 og her døde 1 spædbarn. Spædbarnsdødeligheden blandt de overførte var i begge undersøgelser lavere end blandt de, som havde planlagt at føde på hospital.

En særlig slags kvinder?

3: *Det kan være, at de få kvinder, som vælger at føde hjemme, er helt specielle. At de har en særlig vilje, psyke eller fysik, som gør, at de har specielt lav risiko. Hvis andre kvinder føder hjemme, så ville de måske ikke have lige så lav risiko.*

Det er muligt. Man kan altid henvise til ukendte faktorer og skjulte kræfter, når man mangler en god forklaring. Med det må forblive en trossag for den enkelte, så længe den ukendte faktor ikke er identificeret og dens forklaringskraft eftervist i en videnskabelig undersøgelse.

I øvrigt tæller omkring halvdelen af alle hollandske kvinder hjemme, og dér er spædbarnsdødeligheden på samme niveau som i Danmark (9). Og der kan næppe være tale om, at halvdelen af netop Hollands kvinder skulle være helt specielle.

Hvad mener andre?

Jordemoderforeningens formand Merete Larsen mener (10), at „hjem-

mefødsel i Danmark måske er en millimeter mindre sikker end en hospitalsfødsel", men at "sikkerheden ved hjemmefødsler er så stor og fordelene i øvrigt så mange, at det er mærkeligt, at sundhedsmyndighederne tilsyneladende slet ikke tænker i de baner". Blandt andet derfor er foreningen fortaler for en omstilling til hjemmefødsler.

I et dokument udgivet af WHO konkluderer Michel Odent (11, pkt.2), at der ikke er nogen væsentlig grund til at fraråde hjemmefødsel, så længe den bakkes op af et moderne hospitalssystem. Denne konklusion drager han på baggrund af en lidt grundigere gennemgang af svaghederne ved de statistiske sammenligninger, end jeg har lavet her.

Samstemmende resultater

For et par år siden lavede en medicinstuderende en afløsningsopgave på Institut for Socialmedicin ved Københavns Universitet (12). I den foretog hun blandt andet en litteratursøgning for at belyse emnet "Sikkerhed og hjemmefødsler". Som Michel Odent diskuterer hun problemerne forbundet med at foretage statistiske sammenligninger. Hun ser ikke alene på spædbarnsdød, men også på indgreb og komplikationer i forbindelse med fødslen. Hun er øjensynligt overrasket over, at tallene så tydeligt taler til fordel for hjemmefødsler, og - i stedet for at konkludere - slutter hun af med følgende bemærkning: "Naturligvis er ingen af undersøgelserne sorteret fra p.g.a. deres konklusioners manglende overensstemmelse med helheden. Det sidste bemærker jeg, da det kom bag på mig, at materialet i den grad var samstemmende, selv når der tages højde for statistiske usikkerheder" (12, p.13).

Større sygelighed på hospitaler

I en oversigtsartikel i de engelske fødselslægers blad (13, p.682) konkluderes blandt andet, at tallene for spædbarnsdødelighed i den udvalgte gruppe af kvinder, som gennemførte en planlagt hjemmefødsel, var meget lav, især for kvinder der havde født tidligere. De skriver også, at der ikke findes nogen støtte for den påstand, at det er den sikreste politik, at alle kvinder føder på hospital. Endelig skriver de, at der er en del, som tyder på, at sygeligheden er endnu større hos mødre og børn, som er født i institutionelle rammer (dvs. på hospital); det er muligt, at den forøgede læge-påførte (iatrogene) risiko forbundet med fødsel indenfor de institutionelle rammer for nogle kvinder er større end nogen fordel, som de opnår. Det sidste mangler dog stadig at blive bevist, skriver de.

Der er altså en del, der som jeg konkluderer, at det ser ud til at hjemmefødsel i de fleste tilfælde er det bedste og det sikreste.

Teknologi en trossag

På den anden side er fødselslæger ofte uenige. Man kan undre sig over, at de fortolker tallene så meget anderledes, end vi andre gør. Ved nøjere eftersyn viser det sig imidlertid, at det sjældent er uenighed om tallene, der ligger til grund. Der er snarere tale om, at fødselslæger som en trossag går ud fra, at den teknologi, de anvender på hospitalet, per definition må mindske risikoen. De kan ikke forestille sig, at dens anvendelse skulle føre til en forøget risiko. Det er sikkert derfor, at de har været utilbøjelige til at lave forsøg, hvor man kunne undersøge, om risikoen forøgedes, formindskedes eller var uændret, når man indførte ny hospitalsteknolo-

gi. Og derfor taler de om „den ekstra risiko ved hjemmefødsler“ (14, p. 657) - uden at henvise til undersøgelser, som dokumenterer nogen ekstra risiko.

Det gælder også en indflydelsesrig, dansk fødselslæge, nemlig professor Mogens Osler, som er overlæge på Rigshospitalets fødeafdeling og professor ved Jordemoderskolen i København. Han anbefalede for nylig i Ugeskrift for Læger på den netop beskrevne måde - altså uden at henvise til nogle undersøgelser - at „hjemmefødsler bør derfor principielt frarådes“ (15, p. 115). I forlængelse heraf diskuterer han også, hvordan man kan „forebygge en større stigning i ønsker om hjemmefødsler“ (15, p. 116).

Konklusion

Jeg vil ikke drage nogen konklusion, men lade tallene og argumenterne tale for sig selv. Det må være op til den enkelte - kvinde og familie - at vurdere tallene og tage beslutning om valg af fødested.

Men jeg kan alligevel ikke lade være med til slut at vende spørgsmålet i overskriften på hovedet og i stedet spørge de professionelle: *Hvordan tør I stadigvæk anbefale så mange almindelige, raske kvinder med normale graviditeter at føde på højteknologiske hospitalsafdelinger?*

□

Referencer:

1. Gaskin, I.M.: Fødsel mellem venner. Heklo, 1985.
2. Odent, M.: Tilbage til en naturlig fødsel. Lindhart og Ringhof, 1985.
3. McKinlay, J. From „Promising Report“ to „Standard Procedure“: Seven stages in the Career of a Medical Innovation.

Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society 1981; 59(3): 374-411.

4. Tew, M.: Effect of scientific obstetrics on perinatal mortality. Health & Social Service Journal. 1981 April 17. 444-446.
5. Tew, M.: Place of birth and perinatal mortality. Journal of the Royal College of General Practitioners. 1985;35: 390-394.
6. Tew, M.: Do obstetric intranatal interventions make birth safer? British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1986;93:659-674.
7. Burnett III C.A., Jones J.A., Rooks J., Chen C.H., Tyler C.W., Miller A.: Home delivery and neonatal mortality in North Carolina. JAMA 1980; 244(24): 2741-2745.
8. Mehl L., GH P, M W, al. e.: Outcome of selective homebirths: A series of 1146 cases. J. Reprod Med 1977; 19:281-90.
9. Scherjon, S.: A comparison between the organization of obstetrics in Denmark and the Netherlands. British J. of Obstetrics and Gynaecology. 1986;93:684-689.
10. Meyer, G.: Hjemmefødsel mindsker risikoen for indgreb. Journal (Udgivet af Sundhedsstyrelsen) 1991, 8.
11. Odent, M.: Planned home birth in industrialized countries. Copenhagen: WHO, 1991; vol EUR/ICP/MCH 126.
12. Obel, C.: Hjemme i jordhulen - tre eksempler på kommunikation i svangreprofylaksen ved hjemmefødsler. In: Institut for Socialmedicin, Københavns Universitet.
13. Campbell R, Macfarlane A.: Place og delivery: a review. British J. of Obstetrics and Gynaecology. 1986; 93:675-683.
14. Albermann, E.: The place of birth. British J. of Obstetrics and Gynaecology. 1986;93: 657-658.
15. Osler M., Hornness P.: Fødselshjælpens hovedproblemer. Ugeskrift for Læger. 1992;154(3):114-119.