

# Assisterad hemförlossning bör inte införas brett i Sverige

I december 2023 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för förlossningsvården som prioriteringsstöd för beslutsfattare. Riktlinjerna omfattar 16 insatsområden, varav 4 rör förlossningen i sig. En punkt lyder: »Planerad barnmorskeassisterad hemförlossning kan vara aktuellt för vissa gravida med okomplicerad graviditet som har fött barn tidigare, och som önskar föda hemma.« Riktlinjerna sammanfaller med den aktuella debatten om hemförlossning efter uppmärksammade oassisterade »influencerfödslar« i hemmet, ett par olyckliga dödsfall vid barnmorskeassisterad hemförlossning i Stockholm och öppnandet av en helprivat hemförlossningsenhet i Göteborg.



**Sophia Brismar Wendel**, docent i gynekologi och obstetrik, Karolinska institutet; förlossningsöverläkare, Danderyds sjukhus  
 ● sophia.brismar-wendel@regionstockholm.se

förlossningar i västvärlden, där främst Nederländerna bidrar med ca 400 000 förlossningar [1]. Den genomsnittliga barnadödligheten, här inkluderande intrapartala dödsfall och neonatala dödsfall levnadsdag 0–27, var 11,2/10 000 (0–59,8) vid planerade hemförlossningar och 10,2/10 000 (0–54,2) bland utvalda planerade sjukhus-

förlossningar [1]. Den enda publicerade svenska studien på området, som också ingår i metaanalysen men inte i Socialstyrelsens underlag, är en studie av Lindgren et al från 2008 [3]. Den inkluderade 897 planerade hemförlossningar och 11 341 planerade sjukhusförlossningar. Omräknat fann man hos förstföderskor en barnadödlighet på 43,7/10 000 vid planerad hemförlossning och 7,1/10 000 vid planerad sjukhusförlossning [3]. Motsvarande siffror för omföderskor var 15,0/10 000 vid planerad hemförlossning och 4,6/10 000 vid planerad sjukhusförlossning. Dessa siffror stämmer väl med data från Medicinska födelseregistret 2000–2019, då dödligheten bland barn som föddes på sjukhus efter spontan förlossningsstart i fullgången tid var 6,7/10 000 förstföderskor och 5,0/10 000 omföderskor [opubl data]. Öppna data avseende barnadödlighet uppdelade på detta sätt saknas i Sverige.

Sammanfattningsvis har sjukhusförlossning i Sverige en lägre barnadödlighet än i metaanalysen av Hutton et al, både för omföderskor och förstföderskor, oavsett vilken födelseplats som jämförs.

## Mödrautfall

Socialstyrelsen skriver vidare att det kan finnas lägre risk för allvarliga bristningar vid hemförlossning och att risken för stor blödning (>1 000 ml) inte går att värdera med det underlag som finns, grundat på valda delar av Reitsma et al [2]. Reitsma avhandlar interventioner och maternella utfall baserat på 16 studier, mestadels samma som i Hutton. Reitsma rapporterar lägre relativ risk för vissa interventioner och utfall vid planerad hemförlossning än vid planerad sjukhusförlossning, men saknar prevalenssiffror. Sedan tidigare är det känt att 1) vissa interventioner bara kan utföras på sjukhus och 2) många obstetriska inter-

ventioner är ovanligare i Sverige än internationellt.

Efter en egen genomsökning av de 16 studierna kunde Tabell 1 sammanställas, där »Hemma« är planerad hemförlossning och »Sjukhus« är planerad sjukhusförlossning från Reitsma. Sverigesiffrorna är tagna från öppna datasammanställningar (»dashboards«) i Graviditetsregistret 2014–2023, med urvalet  $\geq 37$  veckor, spontan förlossningsstart, BMI  $< 35$  och ej tidigare sectio, för att spegla en population som teoretiskt skulle kunna vara aktuell för hemförlossning, även om det inte rör sig om någon »case mix«-justering (<https://www.medscinet.com/gr/resultat.aspx>).

Det är typiskt för förlossningsvården att mödrautfall inkluderar både interventio-

»Riktlinjerna sammanfaller med den aktuella debatten om hemförlossning efter uppmärksammade oassisterade 'influencerfödslar' i hemmet ...«

ner och utfall. Kejsarsnitt, instrumentell förlossning (sugklocka eller tång), epidurlbedövning och värkstimulering (oxytocin) är interventioner som bara görs på sjukhus. Sfinkterskada och blödning är utfall oberoende av plats.

Rapportering av interventioner är möjligen mindre användarberoende, medan bedömning av utfallen sfinkterskada och blödning kan vara mer beroende av undersökaren och mätmetoden. Kejsarsnitt och instrumentell förlossning bör vägas mot barnutfall, då hälften av dessa ingrepp görs vid misstanke om syrebrist. Ändå är andelen kejsarsnitt och instrumentell förlossning låg i Sverige. Det kan noteras att instrumentell förlossning, klipp och sfinkterskada var mer sällsynt hos omföderskor i Sverige, än genomsnittet vid planerad hemförlossning i Reitsma et al. Huruvida den svenska användningen av epidurlbedövning och värkstimulering ska ses

## HUVUDBUDSKAP

- Barnadödligheten i Sverige har visat sig vara lägre vid planerad sjukhusförlossning än vid planerad hemförlossning.
- Förekomst av vissa maternella interventioner/utfall, såsom kejsarsnitt eller sugklocka, är beroende av möjligheten att utföra dem.
- De flesta maternella interventioner/utfall har jämförbar förekomst vid planerad sjukhusförlossning i Sverige som vid planerad hemförlossning internationellt.
- Socialstyrelsen borde gradera hemförlossningsverksamhet som FoU.

**TABELL 1. Maternella utfall**

Utfall	Planerad plats	Omföderna (%)	Förstföderna (%)
● Kejsarsnitt, akut	Hemma	1,6	8,1
	Sjukhus	3,9	10,7
	Sverige	2,5	9,7
● Instrumentell förlossning	Hemma	1,6	9,0
	Sjukhus	3,6	13,9
	Sverige	1,3	10,4
● Epiduralbedövning	Hemma	3,9	12,1
	Sjukhus	15,1	27,8
	Sverige	20,8	57,8
● Värkstimulering	Hemma	4,6	16,4
	Sjukhus	17,2	28,0
	Sverige	15,6	55,5
● Episiotomi	Hemma	5,2	18,8
	Sjukhus	10,0	22,5
	Sverige	1,4	7,2
● Sfinkterskada	Hemma	1,0	3,3
	Sjukhus	1,2	2,2
	Sverige	0,8	4,1
● Stor blödning*	Hemma	2,2	4,0
	Sjukhus	4,0	6,3
	Sverige	5,5	8,7

\* >500 ml eller >1000 ml i Reitsma [2]. För Sverige anges enligt Graviditetsregistret  $\geq 1\ 000$  ml.

som något att sträva bort ifrån eller behålla kan diskuteras. Smärtlindring med epiduralbedövning är som regel ett önskemål från kvinnan själv och har hög tillgänglighet dygnet runt, till skillnad från i många andra länder. Värkstimulering med oxytocin är ofta ett sätt att undvika kejsarsnitt och instrumentell förlossning, men det kan också bidra till syrebristskador vid oförsiktig användning. Om de diagnostiska metoderna för sfinkterskada och stor blödning antas vara likvärdiga i Reitsmas studie och Graviditetsregistret kan Sverige arbeta mer för att förbättra dessa utfall.

## Överföring till sjukhus

Ibland måste en planerad hemförlossning överföras till sjukhus. Andelen som överförts saknas i metaanalyserna. Nederländerna är det västland som har mest utbredd integrerad hemförlossningsverksamhet: 9 procent av förstföderna och 19 procent av omföderna föder hemma med barnmorska (<https://www.peristat.nl>). De redovisar att hälften av förstföderna och en tredjedel av omföderna som påbörjar en hemförlossning överförs till



Foto: Mostphotos

Sjukhusförlossning är att föredra, enligt skribenten.

sjukhus. Att överföras under pågående förlossning är inte en önskvärd situation. En anledning till att en kvinna ändå startar sin förlossning hemma kan vara privat-ekonomi. I Nederländerna är det kostnadsfritt att föda hemma med barnmorska, medan sjukhusvård vid lågriskförlossning kräver en egenavgift på ungefär 5 000 kronor. Eventuell transport till sjukhus måste bekostas och ordnas av familjen. Detta kan leda till en ojämlig vård som selekterar kvinnor med sämre ekonomi till hemförlossning.

## Sammanfattning

Sammanfattningsvis är planerad sjukhusförlossning i Sverige säkrare för barnet och ungefär likvärdigt för mamman jämfört med hemförlossning och har fördelen att vårdpersonal är på plats i början av förlossningen. Även Socialstyrelsen reserverar sig mot sin slutsats att planerad hemförlossning »kan vara aktuellt för vissa gravida« med att forskning om hemförlossning har låg tillförlitlighet. Ett sätt för Socialstyrelsen att värdera forskningen närmare är att utforska sina egna data i

## »Socialstyrelsen kunde ha valt att ge området en FoU-gradering för att förbättra kunskapsläget.«

Medicinska födelseregistret. Från och med den 1 januari 2023 har koder för planerad hemförlossning införts, och det kan finnas möjligheter internt att utvärdera kodanvändningen och utfallen.

Socialstyrelsen gav insatsområdet en 8 av 10 i prioritet (där 10 är lägst prioritet) och skriver som avslutande kommentar att »hälsotillståndet hos de aktuella gravida bedöms ha en liten svårighetsgrad« och »insatser för patientgrupper med svårare hälsotillstånd är viktigare«. Att det alls är med på listan är dock en typ av prioritet.

Socialstyrelsen kunde ha valt att ge området en FoU-gradering för att förbättra kunskapsläget. FoU-gradering innebär något som »hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering«. Det hade ställt högre krav på verksamheter/individer som väljer att bedriva förlossningsvård utanför sjukhus. En barnadödlighet som enligt bästa tillgängliga kunskap är 2-6 gånger högre vid hemförlossning än vid sjukhusförlossning bland helt friska gravida kvinnor talar för att dessa verksamheter måste synas nog och/eller endast tillåtas om de drivs i nära samarbete med sjukhusvården. Skulle barnadödligheten öka till samma nivåer i hela populationen skulle Socialstyrelsen antagligen uttrycka sig annorlunda. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2024;121:23217

## REFERENSER

- Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, et al. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2019;14:59-70.
- Reitsma A, Simioni J, Brunton G, et al. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100319.
- Lindgren HE, Rådestad LJ, Christensson K, et al. Outcome of planned home births compared to hospital births in Sweden between 1992 and 2004. A population-based register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87(7):751-9.