

Tidig hemgång efter förlossning, en säker och effektiv vårdform

Tidig hemgång efter förlossning med BB-hemvård är en säker, familjevänlig och ekonomiskt effektiv vårdform förutsatt en fast organisation med hembesökande barnmorska och återbesök hos barnläkare 5–7 dagar efter förlossningen. Det framgår av en genomgång av verksamheten vid Lasarettet i Motala, där kvinnokliniken införde denna vårdform som en av de första klinikerna i landet 1983.

Tidig hemgång, dag 2–5 efter förlossning, beskrevs första gången från New Orleans 1943 [1]. Erfarenheterna var goda. Sedan dess har tidig hemgång med BB-hemvård praktiserats i bland annat England, Holland, Tyskland, Kanada, USA och Australien [2–5]. Förespråkare har framhållit vårdformen som säker, med både medicinska och psykosociala fördelar, medan motståndarna hävdar risker med missade eller fördröjda diagnoser. Kvinnokliniken vid Lasarettet i Motala var en av de första i Sverige att 1983 börja med tidig hemgång och BB-hemvård och har nu över tio års erfarenhet av denna vårdform.

Hösten 1983 införde dåvarande klinikchefen vid kvinnokliniken, Carl-Axel Nilsson, »tidig hemgång efter förlossning». Den nya vårdformen var frivillig och förutsatte att mor och barn mätte bra. Vidare förutsattes att mamman hade hjälp och stöd i hemmet av

någon som stod henne nära. Pappan fick här en ny och betydelsefull uppgift. Om modern valde tidig hemgång kom personal från BB hem och gav råd, hjälp och stöd de närmaste dagarna efter hemkomsten [6].

Daglig kontakt med barnmorska fram till återbesök

Länsdelslasarettet i Motala erbjuder sjukvård för västra distriktet i Östergötland med en befolkning på ca 90 000 invånare. På LiM sker 80 procent av distriktets förlossningar medan 20 procent sker på Universitetssjukhuset i Linköping på grund av medicinska och/eller geografiska orsaker.

Tidig hemgång efter förlossning med BB-hemvård innebär att mor och barn går hem tidigast 8 och senast 72 timmar efter förlossningen. Vid hemgång efter 72 timmar gäller rutiner för traditionell BB-vård, det vill säga fortsatt kontroll på mödravårdscentral respektive på barnavårdscentral. Målet är att nybliven mor efter normal förlossning och med friskt barn kan lämna BB-avdelningen inom 48 timmar. Socialstyrelsen har fastställt kontraindikationer mot tidig hemgång och BB-hemvård [7]. En del mödrar väljer trots dessa rekommendationer att gå hem tidigt.

Hembesök utförs av barnmorska som för anteckningar i så kallad BB-hemvårdsjournal (se ruta). Förstföderskor som går hem inom 48 timmar, omföderskor som ej kunnat amma sitt föregående barn samt invandramödrar med sparsamma kunskaper i svenska får minst ett hembesök och då oftast på andra dagen efter hemkomsten eftersom familjerna behöver en dag i lugn och ro först. Dessutom kontaktar barnmorska alla aktuella BB-hemvårdsfamiljer per telefon minst en gång dagligen från och med dagen efter hemkomsten fram till återbesöket hos barnläkare. Vid behov kan föräldrarna även kontakta barnmorska per telefon dygnet runt. Till detta kommer möjligheter till extra återbesök på BB hos barnmorska respektive barnläkare. Mor och barn skrivs ut hemgångsdagen. Det nyfödda barnet undersöks av barnläkare 1–2 gånger på BB och ytterligare en gång vid återbesök vid 5–7 dagars ålder. Under hembesöket ser

barnmorskan till att ett antal punkter blir genomgångna (se ruta).

SCBs dödsorsaksregister har lämnat uppgift om vilka barn födda 1984–1994 med hemort i Östergötland som avlidit före 30 dagars ålder. Närmare uppgifter om dem som avlidit i åldrarna 2–30 dagar och med hemort i västra distriktet i Östergötland har hämtats från journalhandlingar.

Vi har valt att studera morbiditet under perioden 1993–1995. Ljusbehandling av hyperbilirubinemi infördes på BB vid Lasarettet i Motala i november 1993. Dessförinnan utfördes sådan behandling endast på neonatalavdelning vid Universitetssjukhuset i Linköping.

För att närmare kartlägga verksam-

Journal vid BB-hemvård

Rubriker i den BB-hemvårdsjournal som barnmorskan för till och med att planerat återbesök hos barnläkare skett på BB, vanligen när barnet är 5–7 dagar gammalt:

Datum

Telefon/Hembesök/Återbesök på BB

Signatur

Barnet

Allmäntillstånd

Navel

Barnavård

PKU

Gulsot/S-bilirubin

Mamma

Allmäntillstånd

Uterus

Bristning/klipp

Amning

Position

Sugteknik

Sugrytm

Amningsintervall

Bröst

Information

Förlossningen

Kost

Träning/gympa

Samlevnad

Familjerelation

BVC-kontakt

Pappa

Övrigt

Författare

HANNES ODEL RAM

med dr, överläkare barn- och ungdomsmedicin

BIRGIT NILSSON

chefsöverläkare, kvinnokliniken

DITTE PEHRSSON-LINDELL

överläkare, kvinnokliniken

ELISABETH LJUNGKVIST

legitimerad barnmorska; samtliga vid Lasarettet i Motala.

Hembesök av BB-hemvårdsbarnmorska

Checklista för barnmorska på hembesök i familj där mor och nyfödd gått hem tidigt efter förlossningen med BB-hemvård.

1. Genomgång av förlossningsjournal.
2. Palpation av uterus, inspektion av avslag och bristningar.
3. Närvaro vid ett amningstillfälle. Rätt sugteknik?
4. Barnets vikt, eventuellt.
5. Barnets allmäntillstånd, hud, ögon och navel m m. Infektion? Gulsot? Annat?
6. Kissat? Bajsat?
7. Information om barnets skötsel, badning, navelvård etc.
8. Information om barnsäkerhet, barnbilstol m m.
9. Mor-barnrelation?
10. Information om BVC, mamma-gymnastik, hygien, samliv och om efterkontroll på MVC.

Ett hembesök tar minst en timma och måste ske i lugn och ro!

heten har BB-journaler studerats i detalj rörande 547 av de 557 mödrar som valde BBHV under 1994. Ur BB-journalerna har hämtats moderns ålder och paritet, Apgarpoäng efter en minut (≤ 3 , $>3 < 7$ eller ≥ 7) samt efter fem minuter (< 7 , $\geq 7 < 10$ eller $= 10$), födelsevikt, hemgångstidpunkt (≤ 24 , $> 24 \leq 48$ eller $> 48 \leq 72$ timmar efter förlossning), gulsot respektive infektion eller ej, serum-bilirubin, tidpunkter för serumbilirubinprovtagning (före hemgång, vid hembesök, vid extra besök på BB respektive vid planerat återbesök), åtgärd efter serumbilirubin (ingen, nytt serumbilirubin), inläggning på BB vid Lasarettet i Motala eller inläggning på neonatalavdelning vid Universitetssjukhuset i Linköping, barnets respektive moderns diagnos vid återinläggning, antal hembesök av barnmorska, antal extrabesök hos barnmorska respektive hos barnläkare på BB, barnets vikt vid återbesök (under, lika med eller över födel-

sevikten), amning eller ej vid återbesök samt barnets respektive moderns slutliga diagnos(er).

Amningsstatistik för riket och västra distriktet i Östergötland har erhållits ur Socialstyrelsens statistiska publikationer och från barnhälsovårdsstaben vid västra distriktet i Östergötland. Dessutom telefonintervjuades 146 mödrar med tidig hemgång och BB-hemvård konsekutivt 1995 om amningssituationen fyra månader efter barnens föelse.

Personaltäthet och övriga ekonomiska förhållanden under åren 1983 och 1996 för BB- och förlossningsavdelningarna vid Lasarettet i Motala har hämtats från lasarettets administrativa avdelningar.

Inget avlidet spädbarn bland dem med tidig hemgång

Under perioden 1984–1995 föddes sammanlagt 11 325 barn på Lasarettet i Motala. För 1990 finns ej andelen BB-hemvård tillgänglig. Under det året föddes totalt 1 056 barn. Av de övriga 10 269 nyfödda gick 3 635 hem med BB-hemvård, det vill säga i medeltal 35 procent och med stegring från 20 procent 1984 till 66 procent (79 procent av normalförlossningar) 1995.

Under perioden 1984–1994 avled 44 spädbarn i åldrarna 0–30 dagar med hemort i västra distriktet i Östergötland. Av dessa avled 13 barn i åldrarna 2–30 dagar. Inget av de 44 avlidna spädbarnen tillhörde gruppen med tidig hemgång och BB-hemvård.

Uppgifter om nyfödda i BB-hemvård som lagts in på neonatalavdelning respektive återinlagts på BB 1993–1995 framgår av Tabell I. Hyperbilirubinemi med ljusbehandling och uppfödningssvårigheter var de dominerande orsakerna till återinläggning. Under 1993–1995 inlades sammanlagt tio av 1 711 barn i BB-hemvård på neonatalavdelning: sex på grund av hyperbilirubinemi med ljusbehandling och ett vardera på grund av Fallots tetrad, trakeomalaci, kräkningar respektive uppfödningssvårigheter. Under samma period återinlades totalt 24 barn i BB-hemvård på BB: elva för hyperbilirubinemi med ljusbehandling, fem för gulsot utan åtgärd, fem för uppfödningssvårigheter

och en vardera för sprittighet, klavikel-fraktur och hudinfektion.

Detaljstudie av 547 mödrar

Bland de detaljstuderade mödrarna från 1994 var medelåldern 28 år (variation 16–43 år, median 27 år). Av totalt 546 mödrar var 170 (31 procent) förstföderskor och 376 (69 procent) omföderskor. Omkring en tredjedel av förstföderna gick hem inom ett dygn och 40 procent under tredje dygnet, medan andelarna för omföderna var de omvända.

Tio mödrar hade genomgått kejsarsnitt, 17 vakuumentextraktion och 15 hade diagnosen lätt preeklampsi. Majoriteten av mödrarna (98 procent) ammade vid återbesöket 4–9 dagar efter förlossningen. Av de resterande ej ammande mödrarna var sju bröstplastikopererade och en önskade ej amma.

Tolv mödrar gjorde extrabesök hos gynekolog: tre på grund av infektion och/eller smärtor i bristning och två vardera för uterusblödning, hemorrojdsbe-svär och urininkontinens samt en vardera för diarré/mjölkkstockning, amnings-nedläggning respektive huvudvärk.

Bättre viktutveckling för barn som kommit hem tidigt

Tolv barn hade Apgarpoäng under 7 efter en minut. Ett barn hade visserligen Apgarpoäng över 7 efter en minut men under 7 efter 5 minuter. Barnets tillstånd karakteriserades som snabbt övergående, måttlig distress. I detta fall förelåg även tidig vattenavgång. Trots rekommendationer att stanna på BB insisterade mamman på att få lämna BB under andra dygnet efter förlossningen. Övriga nyfödda hade Apgarpoäng över 7 både efter 1 och 5 minuter (98 procent respektive 99 procent). Födelsevikten var i medeltal 3 600 g (median 3 585 g, 2 510–5 120 g). Vid 4–6 och vid 7–9 dagars ålder vägde 23 procent respektive 70 procent lika mycket som eller mer än vid födelsen. En klart större andel av barnen till de omföderna som gått hem tidigast, det vill säga högst 24 timmar efter förlossningen, vägde vid återbesöket lika mycket eller mer än födelsevikten jämfört med barn till omföderna som gått hem senare, det vill

Tabell I. Nyfödda på Lasarettet i Motala 1993–1995 i BB-hemvård, det vill säga utskrivna före 72 timmars ålder, samt i traditionell BB-vård med antal (procent) som behövt neonatalvård vid Universitetssjukhuset i Linköping eller återinläggning på BB vid Lasarettet i Motala. Ljusbehandling av ikterus infördes på BB i Motala i november 1993.

| | BB-hemvård | | | Traditionell BB-vård | | | |
|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|------------|-------------------|--------------------|
| | Födda | Totalt | Neonatalavdelning | Återinläggning, BB | Totalt | Neonatalavdelning | Återinläggning, BB |
| 1993 | 1 011 | 586 (58) | 4 (0,7) | 0 (0) | 425 (42) | 37 (8,7) | 1 (0,2) |
| 1994 | 944 | 557 (59) | 2 (0,4) | 9 (1,6) | 387 (41) | 33 (8,5) | 2 (0,5) |
| 1995 | 860 | 568 (66) | 4 (0,7) | 15 (2,6) | 292 (34) | 22 (7,5) | 2 (0,7) |
| Totalt | 2 815 | 1 711 (61) | 10 (0,6) | 24 (1,4) | 1 104 (39) | 92 (8,3) | 5 (0,5) |

säga mer än 24 men högst 72 timmar efter förlösningen (Tabell II). Denna skillnad framträdde såväl för dem med återbesök före som efter 7 dagars ålder. Någon sådan skillnad i viktutvecklingen kunde inte konstateras bland barnen till förstföderskorna. Förekomsten av gulsot, ytliga infektioner, behov av extra återbesök respektive hembesök samt amningsfrekvensen vid återbesök var lika i grupperna med olika tidpunkter för hemgång, bland såväl först- som omföderskor. Konjunktivit, impetigo och/eller navelinfektion av lätt till måttlig svårighetsgrad förekom hos 6 procent.

Gulsot konstaterades före hemgång, vid hembesök eller vid återbesök hos barnmorska eller barnläkare hos 138 (25 procent) nyfödda. Serumbilirubin kontrollerades hos 65 av dessa. Tidpunkt för provtagning och vidtagen åtgärd med ledning av serumbilirubinivån framgår av Tabell III. Ytterligare tre nyfödda återinlades på BB 1994: två med uppfödningssproblem och en på grund av irritabilitet. Behovet av extra hembesök, extra återbesök hos barnmorska på BB och/eller extra återbesök hos barnläkare på BB och barndiagnos framgår av Tabell IV.

Under perioden 1990–1994 har andelen helt ammande mödrar i västra distriktet liksom i övriga Östergötland legat strax under riksgenomsnittet. För 1995 låg emellertid amningsfrekvensen för västra distriktet i nivå med övriga riket, vilket även framgick av telefonenkäten till 146 mammor med tidig hemgång och BB-hemvård fyra månader efter förlösningen 1995, då 71 procent av mödrarna ammade.

Under perioden 1983–1996 har personalkostnaderna för BB- och förlösningssavdelningen vid Lasarettet i Motala inklusive tidig hemgång och BB-hemvård, i 1995 års penningvärde, reducerats från ca 18 miljoner kronor 1983 till

ca 9 miljoner kronor 1996. Antalet förlösningar var ungefärligen detsamma under 1983 som 1996 (Tabell V).

Likartad morbiditet vid tidig och »sen» hemgång

Tidigare studier har visat låg mortalitet vid tidig hemgång och BB-hemvård, det vill säga likartad den man sett i kontrollgrupper [2, 5, 8, 9]. Detta överensstämmer med frånvaro av dödsfall inom tidig hemgång och BB-hemvård vid Lasarettet i Motala 1984–1995. Realistiskt måste man emellertid räkna

med att dödsfall kan inträffa även inom denna vårdform likväl som det har skett och sker under traditionell BB-vård [10].

Britton och medarbetare fann endast tre prospektiva kontrollerade studier som behandlat morbiditeten vid tidig hemgång och BB-hemvård. Emellertid omfattade dessa studier begränsade populationer och representerade varierande vårdtider [2]. Man fann emellertid i alla tre likartade morbiditetsfrekvenser i kontroll- och studiegrupperna. Bland återinlagda nyfödda var hyperbilirubinemi med ljusbehandling den vanligaste diagnosen (75 procent), vilket stämmer tämligen väl med antalet inlagda barn i BB-hemvård på neonatalavdelning respektive återinlagda på BB, det vill säga 22 av 34 (65 procent) nyfödda på grund av ljusbehandlad hyperbilirubinemi (17 barn) eller enbart gulsot (5 barn) [11–13].

Under 1995 återinlades flest barn på BB (2,6 procent), enligt Tabell I. Läger man till dem som inlades på neonatalavdelning blir andelen 3,3 procent (19/568). Andra undersökningar redovisar en återinläggningsfrekvens på 1–5 procent [2, 8, 11, 13].

Britton och medarbetare kunde inte finna några undersökningar som analyserade samband mellan vårdtid på BB och barnets sjuklighet [2]. Det förefaller alltså vara så att man inte vet vilka eventuella för- eller nackdelar som vidlåder den traditionella BB-vården. Tänkbara nackdelar kan vara ökade risker för nosokomiala infektioner, negativ inverkan av vårdmiljön, risker med frekvent provtagning m m. Sammanfattningsvis framhåller Britton och medarbetare att eftersom morbiditeten bland fullgångna nyfödda är mycket liten förefaller riskerna med hemgång redan under första levnadsdygnet vara mycket små förutsatt att psykosocialt stöd och en fullgod uppföljning kan erbjudas. Den tidiga hemgången förutsätter enligt samma studie fullgångenhet, normala undersökningsfynd, minst 6–12 timmars observation på sjukhus för konstaterad normal temperaturreglering och gärna att amning kunnat påbörjas [2].

Heterogen föräldragrupp

Enligt tidigare undersökningar utgör föräldrar som väljer tidig hemgång och BB-hemvård en heterogen grupp. Där

Det nyfödda barnet undersöks av barnläkare 1–2 gånger på BB och ytterligare en gång vid återbesök vid 5–7 dagars ålder.

Tabell II. BB-hemvård vid Lasarettet i Motala 1994. Kroppsvikt hos nyfödda till omföderskor vid återbesök på BB vid 4–9 dagars ålder fördelade på olika BB-vårdtider, N (procent).

| Barnets vikt vid återbesök | Till och med 24 timmar | Från 24 till och med 48 timmar | Från 48 till och med 72 timmar | Totalt |
|------------------------------------|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------|
| Under födelsevikt | 57 (38) | 67 (50) | 48 (63) | 172 (48) |
| Födelsevikt eller över födelsevikt | 93 (62) | 67 (50) | 28 (37) | 188 (52) |
| Totalt | 150 (100) | 134 (100) | 76 (100) | 360 (100) |

Tabell III. BB-hemvård vid Lasarettet i Motala 1994. Serumbilirubin, median (variation), hos 65 nyfödda vid olika provtillfällen och därefter vidtagen åtgärd, N = 547.

| | Serumbilirubin nr 1 N µmol/l | Serumbilirubin nr 2 N µmol/l | Serumbilirubin nr 3 N µmol/l |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Provtagningsstillfälle | | | |
| BB före hemgång | 32 184 (88–288) | 0 | 0 |
| Hembesök | 19 216 (117–352) | 8 210 (132–339) | 1 336 |
| Återbesök, barnmorska BB | 9 237 (185–288) | 6 257 (191–270) | 1 247 |
| Planerat återbesök, barnläkare | 5 272 (105–429) | 0 | 0 |
| Åtgärd | | | |
| Ingen | 37 | 12 | 2 |
| Nytt prov | 20 | 2 | 0 |
| Vård vid BB i Motala | 6 | 0 | 0 |
| Vård vid neona- talavd, Linköping | 2 | 0 | 0 |

Tabell IV. Extra konsultationer för BB-hemvårdade nyfödda vid Lasarettet i Motala 1994, N = 547. I normalfallet sker högst ett hembesök av barnmorska efterföljt av ett planerat återbesök hos barnläkare när barnet är en vecka gammalt.

| Barndiagnos | 2–3 hembesök, barnmorska | 1–4 extra återbesök, barnmorska, BB | 1–2 extra återbesök, barnläkare, BB |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Frisk | 37 | 267 | 12 |
| Låg födelsevikt | | 13 | 2 |
| Gulsot | 1 | 3 | 4 |
| Ögon-, navelinfektion | | 5 | 2 |
| Fotfelställning, läppspalt | 1 | 1 | |
| Höftledssubluxation | | 3 | |
| Uppfödningproblem | | 1 | 1 |
| Totalt | 39 | 293 | 21 |

finns dels de trygga och säkra föräldrarna som föredrar att vara hemma med familjen samlad, dels föräldrar som av olika skäl har en negativ inställning till institutionsvård. I den senare gruppen finns de som föredrar en mer »naturlig» vårdform och de som helt enkelt vantrivs på sjukhus [14, 15]. Andra undersökningar har påvisat likheter mellan familjerna med tidig hemgång och BB-hemvård och dem som väljer traditionell BB-vård när det gäller föräldrarnas trötthet och psykiska balans efter förlossningen, deras upplevelser av barnet och dess uppfödning, mammans nedstämdhet efter förlossningen, pappans engagemang i barnet och amningsfrekvenser. Den enda skillnad man funnit har varit att föräldrarna i gruppen med tidig hemgång och BB-hemvård upplevt mindre syskonavundsjuka än i familjer där mammorna valt längre vårdtid på BB [16, 17].

Hälso- och sjukvårdens övergripande mål är att vården skall ges till alla på lika villkor, det vill säga oavsett ålder, kön, ekonomi, utbildning eller nationalitet. Undersökningar inom barnhäl-

sovården har visat att ett psykosocialt arbets sätt inte kan utformas på ett enhetligt sätt för alla typer av föräldrar utan måste modifieras efter olika föräldrars önskemål för att uppnå likvärdig service åt alla [18, 19]. Tidig hemgång efter förlossning med BB-hemvård innebär stora möjligheter till individualisering och ligger därför helt i linje med jämlik service till alla familjer.

Det ter sig anmärkningsvärt att så stor andel friska nyfödda krävde 2–3 hembesök alternativt extra återbesök hos barnmorska (Tabell IV). Enligt uppgift från barnmorska var orsaken i dessa fall oftast problem med amning, barnets skötsel, gulsot samt sociala förhållanden. Dessa faktorer låg även bakom extra återbesök hos barnläkare. Behovet av extrakontakter betonar vikten av en väl fungerande hemvårdsorganisation där familjerna kan känna trygghet och stöd.

Få fynd vid återbesök hos barnläkare

Mycket litet hittades vid planerat återbesök hos barnläkare. Emellertid upptäcktes tre av barnen med hyperbilirubinemi som motiverade ljusbehandling och barnet med Fallots tetrad vid sådant återbesök. Återbesök hos barnläkare på BB kräver ökad tillgång beträffande barnläkartid jämfört med traditionell BB-vård men ger i gengäld stor trygghet för barn och föräldrar samt, inte minst, för barnmorska.

Vid återbesök vid 7–9 dagars ålder

Barnmorska på väg till hembesök. Förstföderskor som gått hem inom 48 timmar, och vissa omföderskor, besöks oftast på andra dagen efter hemkomsten.

Tabell V. BB- och förlossningsavdelningen vid Lasarettet i Motala före (1983) och efter (1996) införandet av tidig hemgång med BB-hemvård efter förlossning.

| År | Förlossningar, antal | Vårdplatser BB, antal | Medelvårdtid, dagar | Heltidstjänster, antal | Personalkostnader, kronor, 1995 års penningvärde |
|------|----------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|--------------------------------------------------|
| 1983 | 791 | 22 | 5,4 | 44,62 | 18 000 000 |
| 1996 | 773 | 6 | 2,3 | 20,50 | 8 921 000 |

hade majoriteten av de nyfödda en kroppsvikt lika med eller överstigande födelsevikten. Eftersom barn i BB-hemvård och deras mödrar på flera punkter kan tänkas skilja sig från dem som av någon anledning stannat kvar längre på BB kan man inte utan vidare jämföra de båda grupperna med varandra. Detta innebär att kontrollmaterial saknas. En prospektiv studie skulle varit värdefull. Det ingick dock ej i planeringen av tidig hemgång och BB-hemvård. Emellertid uppvisade barnen med tidig hemgång och BB-hemvård en viktutveckling som liknar den man funnit i tidigare studier [20]. Emellertid var det tydligt att barn till omfödernor som gick hem högst 24 timmar efter förlossningen ökade snabbare i vikt än de senare hemgångna. Kanske var detta uttryck för att säkra, amningskickliga mödrar gärna går hem tidigt. Telefonintervjun 1995 med mödrarna med tidig hemgång och BB-hemvård fyra månader efter förlossningen tyder ej på att tidig hemgång och BB-hemvård påverkade amningsfrekvensen.

Sedan tidig hemgång och BB-hemvård infördes på Lasarettet i Motala har personalkostnaderna visserligen reducerats men inte enbart på grund av tidig hemgång och BB-hemvård. Under de aktuella åren har sjukvårdskostnaderna i Sverige generellt gått ned samtidigt med förkortade vårdtider.

Enligt våra erfarenheter är tidig hemgång och BB-hemvård bra även för sociala riskfamiljer. Barnmorskan får där en bild av hemförhållandena och kan medverka till att brister rättas till. Oftast rör det sig om flerbarnsmödrar som gärna vill hem tidigt för att ta hand om familjens övriga barn.

Säker, trygg och lämplig vårdform

Förutsatt en fast och väl fungerande organisation med hembesökande barnmorska och återbesök hos barnläkare på BB är tidig hemgång efter förlossning med BB-hemvård en säker, trygg och lämplig vårdform. Man bör vara särskilt uppmärksam på gulsotsutveckling och uppfostringsproblem hos de nyfödda.

Referenser

1. Guerriero WF. A maternal welfare pro-

gramme for New Orleans. *Am J Obstet Gynecol* 1943; 46: 312-3.

2. Britton JR, Britton HL, Beebe SA. Early discharge of the term newborn: A continued dilemma. *Pediatrics* 1994; 94: 291-5.
3. Nilsson CA. Tidig hemgång från BB – rutin i England. *Läkartidningen* 1984; 81: 2894-7.
4. Nilsson CA. Kort vårdtid på BB: Hemgång tre timmar efter förlossningen i Västtyskland. *Läkartidningen* 1984; 81: 3310-2.
5. Theobald GW. Home on the second day: The Bradford experiment – The combined maternity scheme. *BMJ* 1959; 2: 1364-7.
6. Finnström O, Nilsson CA, Pehrsson-Lindell D, Hedenskog S, Odelram H, Wrenstrand B. Tidig hemgång efter förlossning kräver väl utbyggd hembesöksorganisation. *Läkartidningen* 1985; 82: 600-4.
7. Edhag O, Thorén M. Socialstyrelsens allmänna råd om tidig hemgång efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen, 1993. Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 1993: 1 (M).
8. Hellman LM. Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet* 1962; 1: 227-32.
9. Arthurton MW, Bamford FN. Paediatric aspects of the early discharge of maternity patients. *BMJ* 1967; 3: 517-20.
10. Polberger S, Svenningsen NW. Early neonatal sudden infant death and near death of fullterm infants in maternity wards. *Acta Paediatr Scand* 1985; 74: 861-6.
11. Waldenström U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth. Health of mother and infant in the postpartum period. *Uppsala Journal of Medical Sciences* 1987; 92: 301-14.
12. Carty EM, Bradley CF. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth* 1990; 17: 99-204.
13. Yanover MJ, Jones D, Miller MD. Perinatal care of low-risk mothers and infants. *N Engl J Med* 1976; 294: 702-5.
14. Särnstedt M. Vilka kvinnor önskar tidig hemgång efter förlossningen? *Läkartidningen* 1986; 83: 2215-6.
15. Waldenström U, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth. A comparative study of parental background characteristics. *Scand J Soc Med* 1987; 15: 159-67.
16. Arborelius E, Lindell D. Psychological aspects of early and late discharge after hospital delivery. An interview study of 44 families. *Scand J Soc Med* 1989; 17: 103-7.
17. Waldenström U. Early discharge after hospital birth [dissertation]. Uppsala: Uppsala universitet, 1987. *Acta Universitatis Upsalensis* nr 79.
18. Gralvik-Arborelius E, Bremberg S. Vad tycker småbarnsföräldrar om barnavårdscentralen? *Socialmedicinsk Tidskrift* 1980; nr 8-9: 448-52.
19. Arborelius E. Föräldragrupper för de välutbildade talföra – eller för de andra också? *Socialmedicinsk Tidskrift* 1983; nr 6: 330-5.
20. Tuck S. Fluid and electrolyte balance in the neonate. In: Robertson NRC, ed. *Textbook of neonatology*. Edinburgh, London, Melbourne, New York: Churchill Livingstone, 1986: 171.

Summary

Early discharge after delivery, a safe and cost-effective form of care

Hannes Odelram, Birgit Nilsson, Ditte Pehrsson-Lindell, Elisabeth Ljungkvist

Läkartidningen 1998; 95: 3190-4

Early discharge after delivery, followed by home care, has been offered to maternity patients at Motala General Hospital since 1983. The results have been analysed retrospectively with regard to home care quality, morbidity, mortality, and cost-effectiveness. During the period, 1983–95, about 10,000 children were born at Motala General Hospital. Morbidity and mortality data have been elicited from the patients' records and from Statistics Sweden, the national bureau of statistics. The frequency of early discharge increased from about 20 per cent in 1984 to 66 per cent (79% of normal deliveries) in 1995. Hyperbilirubinaemia and nutritional problems were the predominant forms of morbidity among newborns in the early discharge subgroup, and mortality was zero. The numbers of nurses, assistant nurses and midwives were reduced by 50 per cent during the period, partly due to the early discharge programme, but also due to economies in Swedish health care expenditure. Provided a stable and well organised system is established, with home visits by a midwife and examination by a paediatrician 5-7 days after delivery, and alertness to the possibility of jaundice and nutritional problems is maintained, early discharge is a safe procedure.

Correspondence: Dr Hannes Odelram, MD, PhD, Dept of Paediatrics, Lasarettet i Motala, S-591 85 Motala.