

**Ingela Wiklund**, doktorand, Karolinska institutet/Danderyds sjukhus, Stockholm, utvecklingsbarnmorska, BB Stockholm (*ingela.wiklund@bb.ptj.se*)

**Kaj Lindvall**, docent, chefläkare

**Magna Andreen Sachs**, docent, chefläkare; de båda sistnämnda: Beställarkontor Vård, Stockholms läns landsting

## Stockholms läns landsting betalar hemförlossning i vissa fall

### Strikta medicinska kriterier och krav på barnmorskorna måste dock uppfyllas

II Sjukvårdsdirektören i Stockholms läns landsting gav hösten 2001, i enlighet med den politiska ledningens önskemål, chefläkarna på dåvarande Hälso- och sjukvårdsnämndens stab (numera Beställarkontor Vård) i uppdrag att finna former för att i ett begränsat antal fall kunna ge landstingsbidrag för barnmorske- och barnläkarinsatser vid hemförlossning. Ett utvecklingsarbete sattes igång tillsammans med Medicinska beställarrådet – den rådsfunktion som utgörs av medicinskt sakkunniga inom beställarorganisationen – och specialsakkunniga inom kvinnosjukvård och förlossning respektive inom pediatrik samt tillsammans med vårdsakkunnig barnmorska.

Arbetet fick stöd av ordförande i programrådet för kvinno- sjukdomar och förlossning inom landstingets medicinska programarbete.

Ett regelverk togs fram för att garantera rimlig säkerhet och avgränsa en mindre grupp bland kvinnor som önskar föda hemma.

De verksamma hemförlossningsbarnmorskorna samt representanter för patientföreningen »FödaHemma« inbjöds till diskussioner kring det utarbetade förslaget. En slutlig version av regelverket testades i projektlignande form under år 2002.

#### Förlossning hemma – en kontroversiell fråga

Hemförlossning är en kontroversiell fråga inom förlossningsvården i Sverige liksom i många andra länder. Debatten har inte kunnat föras utifrån ett evidensbaserat perspektiv, eftersom det saknas randomiserade studier där för- och nackdelar jämfört med förlossningsvård på sjukhus utvärderats. Det grundläggande problemet med hemförlossning är att vissa allvarliga obstetriska komplikationer, som i sig är sällsynta, kan inträffa oförutsett och inom kort tid få dramatiska följder. Riskvärdering före förlossning kan minska, men inte eliminera, denna ökade risk.

*Hemförlossningar förr och nu.* År 1890 föddes i Sverige 92 procent av alla barn i hemmet och år 1930 76 procent. Från 1930-talet skedde en utbyggnad av förlossningsvården, och

#### Sammanfattat



Ett regelverk med dels medicinska kriterier, dels krav på vårdgivaren för beviljande av landstingsbidrag vid hemförlossning har utvecklats inom Stockholms läns landsting, i samverkan mellan beställaren och sakkunniga inom förlossningsvården. Regelverket testades under 2002.

Målet har varit att inom rimliga säkerhetsgränser respektera kvinnors val av förlossningsplats, efter information om de risker som kan vara förknippade med hemförlossning.

Under 2002 sökte 41 kvinnor bidrag för hemförlossning, 34 beviljades. Avvikande händelser som ledde till överföring till sjukhus skedde i 4 fall. Inte någon av förlossningarna ledde till skada på barn eller moder.

Utvecklingen av den sjukhusbundna förlossningsvården måste beakta kvinnors önskan om kontinuitet och integritet för att tillgodose inte bara medicinska säkerhetsaspekter utan även känslomässiga behov i samband med graviditet och förlossning.

Se även artikeln på sidan 4268 och medicinsk kommentar i detta nummer.

fem år senare var det en jämn fördelning mellan hem- och sjukhusförlossningar. Idag är andelen planerade hemförlossningar i Sverige cirka 1–2 promille av samtliga förlossningar.

Hemförlossningar sker överallt i världen idag. I länder som Australien, Nya Zeeland, England, Kanada och Holland är hemförlossningsvården mer utbyggd än i Sverige. Holland



FOTO: HATTIE YOUNG/SCIENCE PHOTO LIBRARY

Studier har påvisat att vissa rutiner som praktiseras i samband med förlossning på sjukhus kan försvåra anknytningen mellan mor (far) och det nyfödda barnet.

har det mest kända europeiska exemplet på utbyggd hemförlossningsvård; cirka 30 procent av förlossningarna sker där i hemmen. I Danmark är andelen hemförlossningar något större än i Sverige (1 procent), liksom i England där andelen ökat de senaste åren från 1 till 2 procent [1]. Det finns ännu inga tillförlitliga studier som värderar säkerhet eller för- och nackdelar i andra avseenden med hemförlossning jämfört med sjukhusförlossning.

Förekomst och utformning av riktlinjer för att rekommendera, respektive avråda från, hemförlossning varierar mellan olika länder. Holland har exempelvis strikta regler för hemförlossning men inte Australien. En analys från 1998 av hemförlossningarna i Australien visade att dödligheten var högre än förväntad vid hemförlossning, såväl perinatalt som intrapartalt, till stor del beroende på att även riskförlossningar, såsom sätes- och tvillingförlossningar, genomfördes planerat i hemmet [2].

**Förlossningsvården i Sverige.** Den förbättrade folkhälsan i landet samt en väl utbyggd vård under graviditet och förlossning har under de senaste 60 åren medfört att mycket få kvinnor avlider på grund av graviditet och förlossning (1–2 på 90 000 förlossningar). Den perinatala dödligheten hör till de lägsta i världen och är nu nere på omkring 5 promille (Figur 1). Denna utveckling har skett under en tidsperiod där förlossningarna i huvudsak ägt rum på sjukhus.

**Resultat vid hemförlossningar.** En metaanalys baserad på sex icke-randomiserade, jämförande studier omfattande 4 489 hemförlossningar och 19 049 kontroller (sjukhusförlossningar) visade ingen statistiskt säkerställd skillnad i perinatal mortalitet mellan planerade hemförlossningar och sjukhusförlossningar [3].

Andelen medicinska interventioner, såsom induktion, väckstimulering, episiotomi, instrumentell vaginal förlossning och kejsarsnitt, har i flera studier visat sig vara lägre bland kvinnor med planerad hemförlossning [3, 4]. I en studie från Kanada där 862 planerade hemförlossningar jämfördes med förlossning på sjukhus assisterad av barnmorska (n=571) eller läkare (n=743) såg man inga skillnader i peri-

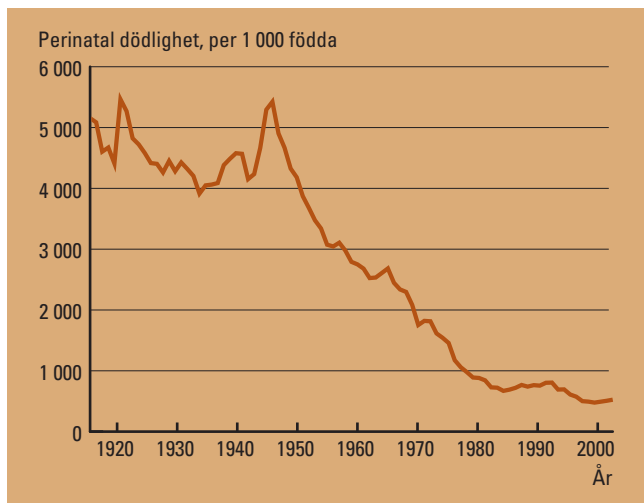
natal mortalitet, Apgar-poäng vid 5 minuter, mekoniumaspiration eller behov av överföring till barnklinik [4]. Det låga antalet patienter i denna studie begränsar emellertid möjligheten att säkerställa eventuell signifikans beträffande skillnader i förekomst av sällsynta, allvarliga komplikationer mellan patientgrupperna. Studier av kvinnor som väljer alternativ förlossningsvård har visat att dessa kvinnor skiljer sig från dem som väljer traditionell sjukhusvård, bl a i attityder och värderingar. Detta innebär att det är svårt att dra slutsatser från icke-randomiserade studier [5].

**Socialstyrelsen om hemförlossning.** I Socialstyrelsens rekommendationer från 1990 slås fast att huvudmannen inte har skyldighet att ombesörja förlossning i hemmet [6]. I ett »state of the art«-dokument från år 2000 framhålls dock personalens skyldighet att respektera kvinnans rätt att välja förlossningsställe, förutsatt att hon är adekvat informerad om riskerna [7].

**Risk för överföring till sjukhus.** Risken för att kvinnan måste flyttas över till sjukhus under en hemförlossning varierar i olika undersökningar beroende på hur kraftigt selekterad gruppen kvinnor som föder hemma är. När det gäller risk för överföring till sjukhus i samband med hemförlossning hänvisas i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 1990:22 till erfarenheter från Holland, där ett noggrant urval görs av de mödrar som ska föda hemma. Därifrån redovisas 12 procent överföringar bland förstföderskor och 4 procent bland omföderskor [6]. Ett av de vanligaste skälen för överföring till sjukhus i samband med hemförlossning är värksvaghet [8].

Vid s k ABC-vård, som endast inkluderar kvinnor med förväntat normal förlossning vid bedömning i graviditetens början, ger överföringssiffrorna en uppfattning om hur stor andel som antingen utvecklar medicinska komplikationer eller som ändrar sig och vill ha ryggbedövning. I en australisk undersökning bland 22 ABC-enheter överfördes 1995 23 procent av kvinnorna till vanlig vård under graviditeten och 19 procent under förlossningen [8].

I en svensk undersökning överfördes 13 procent under graviditeten och 19 procent under förlossningen [9]. Skillnaden



**Figur 1.** Perinatal dödlighet i Sverige i absoluta tal, 1940–2001. Källa: Epidemiologiskt Centrum (EpC), Socialstyrelsen.

mellan först- och omföderskor var stor. Endast 51 procent av förstföderskorna som skrevs in på ABC-klinik fullföljde förlossningen där, jämfört med 80 procent av omföderskorna.

### Regelverk för landstingsbidrag prövat under ett år

Av vårdgivaren (barnmorskan) krävs att:

- två legitimerade barnmorskor deltar i hemförlossningen, oavsett tid på dygnet,
- regionalt vårdprogram för normal förlossning [10] följs och Socialstyrelsens regelverk beaktas,
- hemförlossningens förlopp rapporteras i journal och partogram, vilka i kopia skickas till chefläkarna vid Beställarkontor Vård för dokumentation och uppföljning,
- rörelsen bedrivs genom ett officiellt registrerat bolag som inte har några ekonomiska anmärkningar mot verksamheten och som har nödvändiga försäkringar,
- faktura tillställs landstinget i enlighet med avtalat belopp och ingen annan ersättning debiteras för förlossningen.

De medicinska kriterierna för hemförlossning med landstingsbidrag är att:

- kvinnan är omföderska,
- tidigare förlossningar har varit vaginala och okomplicerade,
- normal graviditet föreligger enligt basprogram,
- kvinnan har diskuterat risksituationen med obstetriker vid närmaste förlossningsklinik dit kvinnan överförs om komplikationer uppstår; detta samtal ska ske efter graviditetsvecka 35; blanketten »Bekräftelse på givna information« skrivs under av kvinnan och obstetrikeren,
- graviditeten är enkelbörd i huvudbjudning och att förlossningen sker i fullgången tid (37+0–41+6 veckor) och med spontana värkar,
- inga medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp föreligger vid dess början,
- samverkan mellan förlossningsteamet och närliggande förlossningsklinik är etablerat genom att:
  - hembarnmorskan lämnar en skriftlig information till förlossningskliniken om den planerade hemförlossningen före obstetrikerkontrollen vecka 35+,
  - obstetrikerkontrollen genomförs enligt punkt 4,
  - telefonkontakt tas med förlossningsavdelning (koordinator) vid värkstart och vid genomförd förlossning,
- transport till närmaste förlossningsklinik ska kunna ske mycket snabbt (inom 40 minuter),

## II Fakta

### Hemförlossningsbarnmorskans utrustning

#### Läkemedel

Infusionsvätska Ringer-Acetat  
Oxytocin  
Metylergometrin  
Terbutalin  
Vitamin K  
Lidokainspray  
Lidokaingel  
Diazepam

#### Övervakning

Blodtrycksmanschett  
Stetoskop  
Tratt  
Doptone  
Kardiotokografi(CTG)-monitor

#### Provtagning

Rör för bastest  
Rör för provtagning på barn  
Stickor för urinprov

#### Övrigt

Sprutor och nålar  
Avascularsset  
Sutureringsmaterial  
Peanger (2 stycken)  
Sax  
PVK (perifer venkateter)  
Akupunkturnålar  
Amniohook (instrument för amniotomi)  
Kiwi-klocka (sugklocka)  
Handskar

- barnläkaren informeras om det nyfödda barnet och barnläkarkontroll genomförs senast 25–72 timmar efter förlossningen.

De medicinska kriterierna för att bevilja landstingsbidrag vid hemförlossning bygger på evidens inom området. Det är t ex väl dokumenterat att kvinnor som genomgått kejsarsnitt har viss risk för uterusruptur i samband med efterföljande graviditet och förlossning. Denna risk går varken att förutspå eller förebygga [11]. I hemförlossningsbarnmorskans utrustning ingår bl a läkemedel som oxytocin för användning postpartum, metylergometrin, terbutalin, diazepam, lidokainspray för suturering, infusionsvätska Ringer-Acetat samt vitamin K till barnet, i övrigt se faktarutan.

Om det nyfödda barnet i samband med födseln är i behov av akut omhändertagande av barnläkare transporteras mor och barn till närmaste förlossningsklinik där läkare med kompetens i neonatologi finns.

**Rutiner vid ansökning om landstingsbidrag.** Chefläkaravdelningen på Beställarkontor Vård handlägger från den 1 januari 2002 ansökningar om ersättning för hemförlossning. Rådgivande i beslutsprocessen är vårdsakkunnig barnmorska, specialistsakkunnig inom kvinnosjukvård och förlossning samt ordförande i programrådet för kvinnosjukdomar och förlossning.

Vid urval av de förlossningar som kan komma i fråga för ersättning från landstinget beaktas ovan angivna krav på vårdgivaren och de fastställda medicinska kriterierna. Ersätt-

**ANNONS**

**ANNONS**

ningen, som 2002 var 15 000 kr, utgår direkt till vårdgivaren (barnmorskan). Summan baseras på det belopp som förlossningsklinikerna ersätts med för en normalförlossning. Ersättningen utgår även i de fall den födande kvinnan överförs till sjukhus.

**Medicinskt utfall.** Under 2002 sökte 41 kvinnor landstingsbidrag för hemförlossning, av dessa beviljades 34 bidrag. Skäl för avslag var i 4 fall lång resväg, i 2 fall gällde ansökan förstföderskor och i 1 fall var kvinnan bosatt i Södermanland. Dessa 7 kvinnor födde samtliga hemma utan landstingsbidrag och ingår inte i uppföljningen. Totalt 4 kvinnor överfördes till sjukhus i samband med hemförlossning med beviljat landstingsbidrag. Skälen för överföring var värksvaghet (n=2), blödning (n=1) och låg Apgar-poäng (n=1). Av de 34 kvinnorna födde 1 kvinna hemma problemfritt i icke uppmärksammat sätesändläge.

Förutom de kvinnor som beviljats landstingsbidrag för hemförlossning födde enligt uppgift från hemförlossningsteamet ytterligare 19 kvinnor barn hemma med stöd från barnmorska. Totalt inom Stockholms läns landsting skedde 22 749 förlossningar under 2002.

**Hemförlossningsbarnmorskornas erfarenheter.** Inom gruppen hemförlossningsbarnmorskor finns en samstämmig uppfattning att den struktur verksamheten fått under 2002, dvs med medicinska kriterier för beviljande av bidrag för hemförlossning och tydliga krav på vårdgivaren, har förbättrat situationen för de kvinnor som väljer att föda hemma. Barnmorskorna anser också att bemötandet från förlossningsklinikerna gentemot denna patientgrupp har förbättrats.

I de totalt 4 fall då kvinnan överfördes till sjukhus blev hemförlossningsbarnmorskorna mycket väl bemötta på sjukhusen.

**Barnläkarnas erfarenheter.** Enligt anlitad pediatriker uppvisade inte något barn någon anmärkningsvärd neonatal patologi. I 1 fall, där förlossningen avslutades på klinik, observerades och behandlades barnet profylaktiskt huvudsakligen på grund av lång tid mellan vattenavgång och barnets födsel. Anlitad barnläkare informeras snarast om att barnet fötts av ansvarig barnmorska.

En jourkontakt upprättas efter förlossningen så att föräldrar och barnmorska vid behov när som helst kan nå barnläkaren på telefon för rådgivning under de första dygna.

»Föreningen Föda Hemma«. När det gäller kriterier för hemförlossning anser »Föreningen Föda Hemma« att förstföderskor liksom kvinnor som tidigare förlöst med kejsarsnitt också bör få landstingsbidrag för hemförlossning.

Föreningen anser också att omföderskor med tidigare komplicerad förlossning bör kunna beviljas bidrag för hemförlossning om hemförlossningsbarnmorskans bedömer förutsättningarna som goda.

Föreningen är negativ till att kvinnor som planerar hemförlossning får muntlig och skriftlig information om riskerna med hemförlossning. Föreningen tycker att detta skrämmer mer än det informerar. Föreningen anser att det är viktigt att

**Nyfödda barn har kommit att bli barnläkares, barnsköterskors och barnmorskors ansvar – den nyblivna mammans kompetens blir ibland ifrågasatt av sjukvården. Födandet har i vissa situationer kommit att betraktas som ett medicinskt problem snarare än en normal företeelse.**

hemförlossningsbarnmorskorna i stället har bra samarbete med förlossningsklinikerna så att överföringar kan ske utan problem när så krävs.

### Utmaning för sjukhusbaserad förlossningsvård

Underlaget i denna rapport är för litet för att några slutsatser om risker i samband med hemförlossning ska kunna dras. Regelverket utarbetades mot bakgrund av att det finns en efterfrågan på hemförlossning som landstinget vill tillmötesgå så att rimlig säkerhet för barnet och kvinnan kan garanteras, liksom att en enhetlig bedömning av bidragsansökningar görs. Vi konstaterar att de formulerade kriterierna och kraven har fungerat väl och att inga allvarliga komplikationer inträffat.

**Varför hemförlossning?** I mer än 50 år har den medicinska modellen utgjort grunden för utvecklingen av vård vid barnafödande. I Sverige, liksom i den övriga industrialiserade världen, har under denna tid antalet kvinnor som avlidit i samband med graviditet och förlossning minskat till en mycket låg nivå. Den kraftigt minskade mödradödligheten har lett till att den ursprungligen rent medicinska fokuseringen flyttats från den födande kvinnan till hennes barn. Rädslan för skada på mor/barn har präglat synen på barnafödandet.

Sedan 1960-talet har nästan alla förlossningar i Sverige skett på sjukhus. Rutiner har utvecklats, där obstetriska interventioner och utnyttjande av avancerad teknologi är vanligt förekommande. Nyfödda barn har kommit att bli barnläkares, barnsköterskors och barnmorskors ansvar – den nyblivna mammans kompetens blir ibland ifrågasatt av sjukvården. Födandet har i vissa situationer kommit att betraktas som ett medicinskt problem snarare än en normal företeelse. Det är mot denna bakgrund som efterfrågan på förlossning i hemmet bör förstås. Skälet till att kvinnor vill föda hemma undersöktes inte inom ramen för denna prövning av vårt regelverk, inte heller dessa kvinnors upplevelse av sin förlossning eller, i förekommande fall, överföring till sjukhus. Ett återkommande tema vid samtal med hemförlossningsbarnmorskor och kvinnor från »Föreningen Föda Hemma« är emellertid kvinnors önskan att bli respekterade, få vara delaktiga och uppleva kontroll och kontinuitet under förlossningen.

**Förlossningens betydelse för anknytning (bonding).** Trots att kunskap om födande kvinnors behov av delaktighet, kontinuitet och kontroll numera finns på de flesta förlossningskliniker i landet [12] finns en stark önskan från ett fåtal kvinnor att föda barn hemma. Ett starkt bidragande skäl till detta är, förutom en önskan om delaktighet, deras uppfattning om bonding och hur viktig den omedelbara kontakten mellan mor (och far) och barn efter förlossningen är [13, 14]. Studier har påvisat att vissa rutiner som praktiseras på sjukhus försvårar bonding, försenar amningsstart och, i värsta fall, negativt påverkar amningsutfallet [15, 16].

**Betydelsen av kontinuitet i förlossningsvården.** Troligen är det fördelaktigt att kvinnor som planerar att föda hemma har kontakt med sina hemförlossningsbarnmorskor under graviditeten. Forskning om graviditet och barnafödande visar en-



tydligt att kontinuitet är betydelsefull både för kvinnors känslomässiga upplevelse av förlossningen och för det medicinska utfallet [17].

Mot denna bakgrund pågår arbete med att bygga upp bättre vårdkedjor inom landstinget kring graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod. I regionalt vårdprogram för normal graviditet, förlossning och eftervård, framtaget inom medicinskt programarbete i Stockholms läns landsting, påpekas att »för att förbättra kvaliteten i vård av gravida och födande kvinnor fordras en bättre organisation från vårdens sida« [10]. Man menar att en väg kan vara att alla gravida kvinnor genom val av mödravårdscentral också kan knytas till en förlossningsavdelning. Troligen skulle en liknande organisation för de kvinnor som planerar att föda hemma uppfattas som ytterligare en kvalitetsförbättring.

Vård är alltid en helhetsupplevelse. För att åstadkomma en god vård måste såväl medicinska som känslomässiga aspekter beaktas då olika vårdformer diskuteras. Det bör ses som en utmaning för den sjukhusbaserade förlossningsvården att, i största möjliga utsträckning, tillfredsställa emotionella behov så att så många kvinnor som möjligt upplever den trygghet, kontinuitet och integritet de efterfrågar.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Referenser

1. Olsen O. Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth* 1997;24:4-13.
2. Bastian H, Kerise MJ, Lancaster PA. Perinatal death associated with planned home birth in Australia: a population based study. *BMJ* 1998;317:384-8.
3. Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. In: *The Cochrane Library, Issue 3*. Oxford: Update Software; 1988.
4. Janssen PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation in British Columbia. *CMJ* 2002;166:315-23.
5. Waldenström U, Nilsson CA. Characteristics of women choosing birth center care. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:181-8.
6. Socialstyrelsens allmänna råd om hemförlossning. Socialstyrelsens författningssamling. SOSFS 1990:22.
7. Handläggning av normal förlossning [state of the art]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. [www.sos.se/mars/sta/2001-123-1](http://www.sos.se/mars/sta/2001-123-1)
8. Ngenda N, Khoo SK. Failed homebirths: Reason for transfer to hospital and maternal/neonatal outcome. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1996;36:275-8.
9. Waldenström U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:410-8.
10. Regionalt Vårdprogram. Normal graviditet, förlossning och eftervård. Stockholms läns landsting; 2002. [www.hsn/sll/se/mpa](http://www.hsn/sll/se/mpa)
11. Kevin S, William A, Block JR. Uterine rupture: what family physicians need to know. *Am Fam Physician* 2002;66:823-8.
12. Sandall J. Choice, continuity and control: changing midwifery towards a sociological perspective. *Midwifery* 1995;11:201-9.
13. Klaus MH, Kenell JH. *Maternal-infant bonding*. St Louis: Mosby; 1996.
14. DeVries RG. »Humanizing« childbirth: the discovery and implementation of bonding theory. *Int J Health Serv* 1984;14:89-104.
15. Haninger NC, Farley CL. Screening for hypoglycemia in healthy neonates: effects on breastfeeding. *J Midwifery Womens Health* 2001;46:292-310.
16. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breast feeding technique and the use of pacifiers and bottles? *Birth* 1998;25:40-4.
17. Farquhar M, Camilleri-Ferranti C, Todd C. Continuity of care in maternity service: women's views of one team midwives scheme. *Midwifery* 2000;16:35-47.



= artikeln är referentgranskad