

# **Att föda utanför sjukhus och när födande önskar att frångå rutiner – obstetrikerns förhållningssätt**

Karin Pettersson

Överläkare och docent i obstetrik och gynekologi

# Hur såg det ut i Region Stockholm?

- Hemfödslar med landstinsfinansiering inom SLL sedan 2002
- Tydliga kriterier, bedömning av överläkare i v 35-36
- Stopp 2019 (journalföring, läkemedel mm)
- Privatfinansierade hemfödslar
- Oassisterade hemfödslar ökar?
- Hemfödslar inom Min barnmorska sedan 2020
- Tydliga kriterier
- Övriga Sverige; endast Umeå har regionfinansierad hemfödslar

# Kriterier

- den gravida kvinnan är omföderska
- förlossningen startar mellan 37+0-41+6
- tidigare förlossningar har varit normala och kvinnan har inte fött med kejsarsnitt
- nuvarande graviditet har varit normal, ingen misstanke om tillväxthämmat eller stort barn
- det finns inte några medicinska riskfaktorer som kan påverka förlossningen, till exempel att kvinnan har diabetes eller högt blodtryck
- kvinnan har diskuterat risksituationen med en förlossningsläkare
- kontrollen i graviditetsvecka 35 är normal
- två barnmorskor är med vid förlossningen
- hemförlossningsteamet och den närliggande förlossningskliniken samarbetar
- transport från hemmet till närmaste förlossningsklinik kan ske inom 40 minuter
- en barnläkare kontrollerar barnet senast 72 h efter förlossningen

# Hemfödslar i Stockholm

- 233 studerade förlossningar 2007-2013
- Överföring till sjukhus under pågående förlossning 5.6 %, efter förlossning 0.9 %
- Låg förekomst av blödningar och bristningar
- Inga allvarliga komplikationer hos mor och barn



Stockholms läns landsting

## **HTA-rapport 2013:6 Risker med planerad hemförlossning för förstföderskor**

Health Technology Assessment- Metodrådet

SLL-Region Gotland – Hälso- och

sjukvårdsförvaltningen – Stockholm Läns Landsting

KUST – Kommittén för kunskapsstyrning har vid sitt sammanträde den 24 maj 2013 beslutat att

rekommendera att Stockholms läns landsting även fortsättningsvis endast stödjer hemförlossningar för friska omföderskor med normal graviditet och tidigare normal förlossning.

# Planned home versus planned hospital births in women at low-risk pregnancy: A systematic review with meta-analysis

[A Cristina Rossi](#) , [Federico Prefumo](#)

Jan 2000-juni 2017;

8 studier 14,637 (32.6%) i PHB (Planned home birth) and 30,177 (67.4%) in PHO (Planned hospital birth).

Spontan förlossning var signifikant högre i PHB-gruppen än PHOs-gruppen (OR: 2,075; 95% CI:1,654-2,063).

Kvinnor i PHB-gruppen var mindre benägna att genomgå kejsarsnitt jämfört med kvinnor i PHOs-gruppen (OR:0,607; 95%CI:0,553-0,667).

PHB-gruppen var mindre benägna att få medicinska ingrepp än PHOs-gruppen.

Risken för dystoci var lägre i PHB än PHOs-gruppen (OR:0,287; 95%CI:0,133-0,618).

Risken för post-partum blödning var lägre i PHB än PHOs-gruppen (OR:0,692; 95% CI.0,634-0,755).

**De två grupperna var likartade med avseende på neonatal sjuklighet och mortalitet.**

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-analyses.

Reitsma A et al.

1990-2018

16 studier från ~500 000 avsedda hemfödslar.

Det fanns inga rapporterade mödradödsfall. Vid kontroll för paritet i välintegrerade miljöer fann man att kvinnor som tänkte föda hemma jämfört med på sjukhus var mindre benägna att uppleva: **kejsarsnitt** ELLER 0,58(0,44,0,77); **operativ vaginal förlossning** ELLER 0,42(0,23,0,76); **epidural analgesi** ELLER 0,30(0,24,0,38); **episiotomi** ELLER 0,45(0,28,0,73); **3:e eller 4:e gradens bristning** ELLER 0,57(0,43,0,75); **oxytocin** OR 0,37(0,26,0,51) och **maternell infektion** OR 0,23(0,15,0,35). Sammanslagna resultat för **blödning efter förlossningen** visade att kvinnor som planerade hemfödslar antingen var mindre sannolika eller inte skilde sig från de som planerade sjukhusfödslar [ELLER 0,66(0,54,0,80) och RR 1,30(0,79,2,13) från 2 studier som inte kunde slås samman med de andra ].

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.  
Hutton et al.

1990-2018, 14 studier

Ca 500000 planerade hemfödslar

Ingen skillnad i perinatal mortalitet varken bland först- eller omföderskor



# Vad tycker SFOG?

Svensk förlossningsvård ska organiseras så att alla födande kan erbjudas en individualiserad trygg och säker vård på sjukhusen. Evidensläget för hemförlossning är oklart, men baserat på klinisk erfarenhet anser SFOG att hemförlossning inte är önskvärd av säkerhetsskäl. I de fall där hemförlossning ändå är kvinnans val bör sjukvårdshuvudmännen organisera vården så att det finns rutiner för att bedöma den medicinska säkerheten och förutsättningarna för assisterad hemförlossning. De kvinnor som önskar hemförlossning bör få en saklig information om riskerna för både mor och barn.

# Socialstyrelsen 2023

## Slutsats

Även om den medicinska säkerheten förmodligen är tillfyllest så länge hemförlossningar erbjuds en lågriskpopulation av omfödorskor med närhet till förlossningssjukhus finns det invändningar ur kostnads- och jämlikhetsperspektiv mot ett ökande antal offentligt finansierade och organiserade hemförlossningar.

Å andra sidan är det viktigt att svensk förlossningsvård möter efterfrågan på hemlika förlossningsmiljöer så att det inte sker en ökning av medicinskt oassisterade hemförlossningar.

# Hemfödslar i Min barnmorska

- Hemfödelse finns som alternativ för kvinnor inskrivna i Min Barnmorska. Max 40 hemfödslar/år.
- Hemfödslar gäller bara omfödskor som är friska, haft en normal graviditet, är bedömda av obstetriker som lågrisk och bor på ett avstånd av max 40 min med bil från närmaste sjukhus inom Region Stockholm. Kriterier för hemfödelse: • den gravida kvinnan är omfödskor • förlossningen startar spontant mellan 37+0-41+6 • tidigare förlossningar har varit normala och kvinnan har inte fött med kejsarsnitt
- Graviditeten Kvinnan tar upp önskemålet om att föda hemma med sin barnmorska som gör en inventering av kriterier för att föda hemma.
- Barnmorskan ger information muntligt och skriftligt. Tid avsätts för frågor och reflektion. Det är viktigt att kvinnan får göra ett informerat val baserat på fakta. I v. 35–36 (efter v. 35 sammanfattningen) bokas kvinnan till obstetriker på Spec-MVC Huddinge för förlossningsplanering där en medicinsk bedömning görs och möjlighet finns att ställa frågor om risker för ett informerat val.
- Hembesök görs i v.36 där barnmorskan går igenom hemmiljön, färdväg mm punkter enligt checklista.
-

# Födelsen

- All dokumentation sker som vanligt i Obstetrix och Take Care i realtid
- När förlossningen startar kontaktar kvinnan Min Barnmorska på beredskapstelefonen. Bm kontaktar koordinator på förlossningen Karolinska Huddinge och berättar att hon är på en hemfödelse och var de befinner sig.
- När kvinnan är i aktiv fas kontaktas Bm 2 i Min Barnmorska. Under själva födelsen är man alltid 2 barnmorskor hemma hos kvinnan. Koordinatoren på förlossningen Karolinska Huddinge kontaktas igen när förlossningen är avslutad eller om överföring är aktuell.

**Efter födseln** 2 bm är kvar tills läget är stabilt och sutureringen är klar. Om kvinnan har en svår suturerad bristning eller misstänkt sphincterruptur överförs kvinnan till förlossningen.

1 bm stannar kvar 3–4 timmar efter födseln för att övervaka mor och barn och gör sedvanlig efterskötning.

**Dagen efter** Barnmorskan ser till kvinnan och barnet 24-72h efter födseln sker barnläkarundersökning på Karolinska Huddinges BB-mottagning

**BB vården** Sker i hemmet enligt separat riktlinje (BB vård i hemmet inom Min Barnmorska)

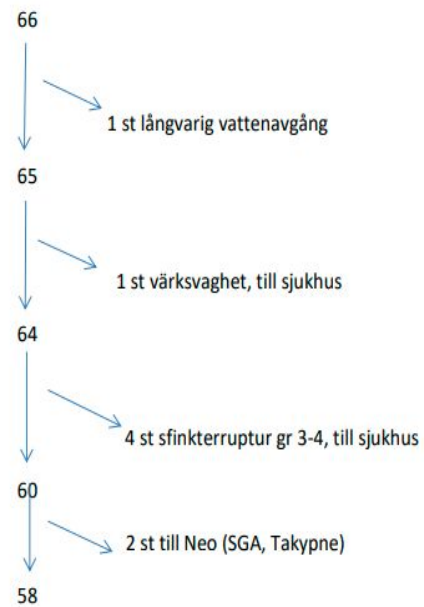


# Vid akut situation

- **Om akut situation uppstår kring kvinnan eller barnet larmas 112 för akutbil och ambulans för transport till närmaste förlossningsenhet. Lämpliga akuta åtgärder vidtas under tiden av barnmorskorna på plats.**
- Kontakt med obstetriker på Karolinska Huddinge sker när bm vill rådgöra. *Regeln är att blir barnmorskan orolig så åker man in.*
- Neo-jouren Karolinska Huddinge kontaktas om barnmorskan vill rådgöra kring det nyfödda barnet (se tel. nr separat lista). *Regeln är att blir barnmorskan orolig/tveksam konsulterar hon.*

# Utvärdering 2020-2022

Flödesschema 66 planerade hemförlossningar



Dessa 58 genomförde hemförlossning inkl eftervård, vara två födde före barnmorskans ankomst.

# Vad tycker svenska förlossningsläkare?

- Enkät våren 2015, 40 förlossningsläkare från 18 av Sveriges 20 landsting svarade. En överväldigande majoritet (38/40 svarande= 95%) ansåg att hemförlossningar inte är medicinskt säkert och inte bör erbjudas
- Diskussioner på möten
- SFOG/Svenska barnmorskeförbundet gemensamt möte nov 2021
- Ny enkät hösten 2021- 82.4 % tyckte inte att hemfödslar ska ske inom offentlig vård (153 svar)



# Några svar som speglar svenska obstetrikers inställning 2015

- Jag tycker att alla kvinnor ska få **adekvat info** och att **professionen ska rekommendera sjukhusförlossning**. Detta pga att sällanhändelser kan räddas upp på sjukhus som kanske slutar i katastrof hemma, samt den höga transfer raten. Gärna skriftlig info typ den vi har i Sthlm. Jag tycker inte en offentligt anställd obstetriker ska kunna ha ett eget koncept och rekommendera hemförlossning - det får man i så fall göra som privatperson
- Sen är det jätteviktigt att **respektera den enskilde kvinnans val** och inte mobba henne för att "hon väljer fel". Väljer hon att, efter info, föda hemma ska vi snarare underlätta med tex ge kontaktadress till ev bm om det finns "frivilliga" som vi känner till
- Jag tycker **INTE att samhället ska ersätta kostnader för hemförlossning**. Det räcker att det offentliga erbjuder "optimal vård på sjukhus".

# Urval av svar

- Jag tycker **inte det är försvarbart** att ekonomiskt/politiskt/medicinskt backa upp en ur medicinsk säkerhetsynpunkt sämre lösning än förlossning på förlossningsavdelning.
- Vi har ju en oerhört god förlossningsvård i Sverige idag, kanske förstår de flesta inte vilka risker som faktiskt finns även vid helt normala graviditeter och **hur snabbt det normala kan bli onormalt**, ffa avseende stor postpartumblödning som ju kvinnor dör av i andra delar världen.
- Jag tycker personligen det är ett **steg tillbaka i utvecklingen**. Sedan ska vi förstås värna om att bibehålla det normala för våra lågriskpatienter på förlossningsavdelning, men då med möjlighet till snar intervention i de fall det faktiskt behövs.

# Urval av svar

- Strävan tycker jag ska vara att **kvinnor med speciella önskemål måste beredas plats** inom ramen för förlossningsvård på sjukhus. Jag tycker vi ska erbjuda ett **bredare "smörgåsbord"**. Jag vet dock att några ändå kommer välja bort detta alternativ men tror vi kan vinna fler.

# Urval av svar

- Min uppfattning är att gravida kvinnor har en stark önskan om:
- 1) Att det finns en **förlossningsplats** där hon vet att hon kan få komma och föda sitt barn
- 2) **Hög medicinsk säkerhet**
- 3) Att veta att det finns en **barnmorska som har tid**, och erfarenhet att ge henne stöd och hjälp genom förlossningen, och att det finns ett **team med obstetriker, anestesiläkare, neonatologer** m.fl. bakom henne om något skulle komplicera sig.
- Det bör svensk förlossningsvård kunna erbjuda på sjukhus

# Urval av svar

- Ang hemförlossning: **acceptabelt** på frisk, lågrisk omföderska med normal graviditet.
- Det ska finnas en "**reträttplan**" i varje landsting som ger snabb tillgång till sjukhusvård v.b. Kvinnan ska informeras om att det trots ovanstående finns tillstånd som inte kan förutses och transport till sjukhus kan fördröja utfall, även om det är ovanligt. Det sista behöver kvinnan själv ta ställning till.
- Objektiv info ska ges.

# När födande önskar att frångå rutiner – obstetrikerns förhållningssätt

- RUL, OGTT och andra rutinkontroller under graviditet
- Induktion
- CTG/fosterövervakning
- Antibiotika
- Sugklocka
- Avnavling
- Oxytocin postpartum
- K-vitamin
- mm

# Frågor?

