

Hemförlossning – så ser kunskapsläget ut

BESLUTSUNDERLAG FÖR SAMMANVÄGNING AV MEDICINSK SÄKERHET, PRIORITERINGAR OCH KVINNANS AUTONOMI

Hemförlossningar har varit föremål för intensiv debatt i Sverige det senaste året. Röster har höjts för att införa möjlighet till hemförlossning inom den offentliga sjukvården för kvinnor med förväntad lågriskförlossning, och politiska beslut har tagits för att göra detta möjligt, till exempel i Region Uppsala. Dessutom har den första fristående barnmorskeledda förlossningsenheten i Sverige öppnat. Samtidigt pågår ett flertal Ivo-granskningar av hemförlossningsföretag på grund av misstänkta patientsäkerhetsrisker. I ljuset av detta kom en förfrågan från verksamhetschefen inom kvinnosjukvården på Sahlgrenska universitetssjukhuset till HTA-centrum Västra Götalandsregionen att få en systematisk granskning av kunskapsläget i form av en HTA (health technology assessment)-rapport.

Motiven för hemförlossning är ofta en önskan om högre autonomi, att få vara kvar hos familjen och att få föda med en för kvinnan känd barnmorska. Även sjukhusrädsla eller förlossningsrädsla efter en tidigare förlossning kan utgöra skäl till en



Christina Bergh, professor emerita, överläkare, projektledare, HTA-centrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen



Ylva Carlsson, docent, universitetssjukhusöverläkare, chef HTA-centrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
● ylva.carlsson@vgregion.se



Verena Sengpiel, professor, universitetssjukhusöverläkare, Verksamhet obstetrik, Sahlgrenska universitetssjukhuset; samtliga Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

önskan om hemförlossning. Ytterligare skäl är önskan att undvika medicinska åtgärder, såsom medicinering och medicinska ingrepp som upplevs som onödiga [1]. Det råder dock oklarhet angående den medicinska säkerheten för mamma och barn vid planerade hemförlossningar och fristående barnmorskeledda förlossningsenheter utanför sjukhus.

En central utgångspunkt i diskussionen om val av födelseplats är kvinnans rätt till självbestämmande och informerat val. Enligt svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten, och patienten har rätt att få individuellt anpassad information om tillgängliga alternativ, deras för- och nackdelar samt potentiella risker. För att kvinnan ska kunna göra ett informerat val krävs därför att det finns tillförlitlig och transparent kunskap om utfall för mor och barn i olika födelsemiljöer, liksom tydlighet kring vårdens ansvar och begränsningar.

Sverige har bland de lägsta siffrorna i världen för mödra- och barnadödlighet i samband med förlossning, definierade som dödföddhet och neonatal död upp till 28 dagar efter förlossningen: 0,05/1000 respektive 4,4/1000 [2]. Dessa frekvenser hänför sig till samtliga förlossningar i Sverige, lågrisk- såväl som högriskförlossningar. De flesta förlossningar i Sverige sker på förlossningsenheter på sjukhus med tillgång till förlossningsläkare och akut operation samt avancerad neonatal HLR. Andelen planerade hemförlossningar i höginkomstländer som Nederländerna, Australien och Storbritannien är upp till 14 procent, men i de nordiska länderna bara 0,1-3 procent. I Sverige kan enligt Socialstyrelsen (2025) hemförlossning erbjudas till kvinnor med lågriskgravidite-

ter och om kvinnan tidigare genomgått en okomplicerad vaginal förlossning, men verksamheten är lågt prioriterad [3].

HTA-centrum Västra Götalandsregionen har nyligen publicerat en HTA-rapport angående eventuella skillnader vid lågriskförlossningar vad gäller död och svår sjuklighet för mamma och barn vid planerad hemförlossning och fristående barnmorskeledda förlossningsenheter jämfört med förlossning på sjukhus [1]. Sjukhusförlossning har för den här HTA-rapporten definierats som en förlossningsenhet där barnmorskor och läkare jobbar i team, såsom är standard i Sverige.

Sökning och kritisk granskning av publicerad litteratur gjordes med sedvanliga metoder. Inga randomiserade studier hittades. 9 observationsstudier av totalt 1261312 kvinnor inkluderades. Dessutom

»... kostnader ... är lägre, men bara så länge inte kostnader för akutverksamheten ... räknas med.«

identifierades 18 fallserier och 2 fallrapporter angående mödradödlighet, dödlighet för barnet runt förlossningen och transport till sjukhus under eller efter förlossningen. De huvudsakliga bristerna i studierna berodde på risk för snedvridning av resultaten, med genomgående friskare kvinnor med mer gynnsam socioekonomisk bakgrund och bättre språkkunskap som födde hemma eller på fristående barnmorskeledda förlossningsenheter. Resultatens tillförlitlighet bedömdes som mycket låg för mödradödlighet och låg för övriga utfall [4].

Inga mödradödsfall rapporterades. En lägre risk för modern att överföras till intensivvård sågs hos gruppen kvinnor som fött sitt barn i hemmet eller på en fristå-

HUVUDBUDSKAP

- Den peri-/neonatala dödligheten är högre vid hemförlossning (låg tillförlitlighet).
- Risken för vissa maternella utfall såsom kejsarsnitt och bristningar är lägre (låg tillförlitlighet).
- Frågan är etiskt problematisk då både medicinsk säkerhet, prioriteringar och kvinnans autonomi ska beaktas.
- Att allokera resurser till friska kvinnor med förväntade lågriskförlossningar kan medföra lägre kapacitet till patienter med större medicinska behov.



Foto: Mostphotos

För att kvinnan ska kunna göra ett informerat val krävs tillförlitlig och transparent kunskap om utfall för mor och barn i olika födelsemiljöer, liksom tydlighet kring vårdens ansvar och begränsningar.

ende barnmorskeledd förlossningsenhet (0,3 procent jämfört med 0,4 procent på sjukhus). En ökad peri-/neonatal dödlighet för barnet vid planerad hemförlossning eller förlossning på en fristående barnmorskeledd enhet noterades jämfört med förlossning på sjukhus: 0,8-5,1/1 000 vid förlossning på hem- eller barnmorskeledd förlossningsenhet jämfört med 0,7/1 000 vid sjukhusförlossning. Perinatal dödlighet definieras här som dödföddhet efter start av förlossningen samt neonatal dödlighet inom 7 dagar efter förlossningen. Metaanalys av kohortstudier gav en oddskvot (OR) på 1,70 (95 procents konfidensintervall [95KI] 1,05-2,74) för peri-/neonatal mortalitet och 2,65 (95KI 1,45-4,86) för neonatal mortalitet. Allvarlig morbiditet för barnen fanns inte rapporterad i någon av studierna. Andelen komplikationer hos de födande kvinnorna, såsom bristningar i underlivet (1,6 procent vid hemförlossning/fristående barnmorskeledd förlossningsenhet jämfört med 2,0 procent på sjukhus), kejsarsnitt (2,6 procent jämfört med 7,9 procent på sjukhus) och stora blödningar efter förlossningen (4,1 procent jämfört med 4,0 procent på sjukhus*), var lägre efter planerad förlossning i hemmet och på fristående barnmorskeledd förlossningsenhet, medan andelen blödningar som krävde blodtransfusion (0,6 procent jämfört med 0,5 procent på sjukhus) och Apgarpoäng <7 vid 1 eller 5 minuter (0,8 procent jämfört med 1,0 procent på sjukhus) inte skilde sig åt. Även andelen barn som transporterades till neonatal intensivvård var lägre vid planerad hemförlossning (1,4 procent jämfört med 0,9 procent på sjukhus*). Transport av mor eller barn till sjukhus under eller efter hemförlossning/förlossning på barnmorskeledd enhet rapporterades i 4 kohortstudier och 12 fallserier med totalt 28 730 kvinnor inkluderade och skedde i 9-33 procent. I den största studien låg andelen transporter till sjukhus på 20,7 procent. Akut transport rapporterades i 2 stu-

dier och förekom i 3,4 procent i bägge studierna. Postpartumdepression hade inte analyserats i någon studie.

Det allvarligaste utfallet är peri-/neonatal mortalitet. Även om den absoluta risken var låg är perinatal död ett oåterkalleligt utfall med konsekvenser för barnet, kvinnan och familjen. Man bör dessutom vara medveten om att problemet med selektionsbias går åt olika håll för perinatale respektive maternella utfall. Den perinatale dödligheten är högre vid planerad hemförlossning och förlossning på barnmorskeledd enhet, trots att kvinnor som väljer dessa alternativ generellt är friskare. De gynnsammare maternella utfallen vid planerad hemförlossning och förlossning på barnmorskeledd enhet kan där-

»Den perinatale dödligheten är högre ... trots att kvinnor som väljer dessa alternativ generellt är friskare.«

med vara relaterade till kvinnornas bättre förutsättningar snarare än till förlossningsplatsen i sig.

Dessa resultat måste tolkas med beaktande av metodologiska begränsningar. Utfallsmått som bygger på subjektiv bedömning, som blödningsmängd, grad av bristning och Apgarpoäng, kan påverkas av skillnader i dokumentation, övervakning och tillgång till operation och neonatalvård. »Hårda« utfall som perinatal eller neonatal dödlighet är mindre känsliga för sådan bias. Detta stöds av att lägre andel rapporterades postpartumblödning vid planerad hemförlossning och förlossning på barnmorskeledd förlossningsenhet inte åtföljs av minskad transfusionsfrekvens. Trots liknande resultat för Apgarpoäng var den neonatala dödligheten konsekvent högre vid planerad hemförlossning och förlossning på barnmorskeledd förlossningsenhet. Lägre kejsarsnittsfrekvens och mindre behov av neonatal intensivvård måste tolkas i ljuset av den ökade neonatala dödligheten.

Ekonomiska studier som inkluderades i HTA-rapporten visar att kostnader för hemförlossning och förlossning på barnmorskeledd förlossningsenhet är lägre, men bara så länge inte kostnader för akutverksamheten - som behövs även vid dessa förlossningar - räknas med. En etablering av hemförlossning inom den offentliga vården i Sverige med två barnmorskor

tillgängliga dygnet runt skulle kräva nyrekrytering av personal och därmed medföra en betydande kostnadsökning. Kostnaderna för beredskapen inom akutverksamheten kan inte reduceras vid en större andel hemförlossningar, eftersom lokaler, kompetens och utrustning fortsatt måste finnas tillgängliga för samtliga förlossningar oavsett var de startar. Därtill kommer kostnader för akuta transporter samt beredskap för barnmorskor som inte samtidigt kan schemaläggas i sjukhusverksamheten.

Det finns flera etiska aspekter i och med att både medicinsk säkerhet, prioriteringar och kvinnans autonomi ska beaktas. Att allokera resurser till friska kvinnor med förväntade lågriskförlossningar kan medföra lägre kapacitet till patienter med större medicinska behov, vilket går emot den nationella prioriteringsplattformen.

Resultaten från denna kunskapssammanställning bör kunna utgöra ett viktigt beslutsunderlag både för framtagande av kliniska rekommendationer och riktlinjer inom förlossningsvården och för utveckling av evidensbaserad, nyanserad patientinformation. Därigenom kan resultaten ligga till grund för strukturerad och informerad vägledning av såväl kvinnor som vårdgivare i samband med beslut kring vårdform och förlossningsplanering. ○

* De absoluta riskerna har beräknats på det totala antalet fall dividerat med de totala antalen förlossningar i studierna. Resultaten är baserade på viktade metaanalyser och kan därför skilja sig och även gå i motsatt riktning.

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera: Läkartidningen. 2026;123:26012

REFERENSER

1. Herding C, Sengpiel V, Carlsson Y, et al. Maternal and perinatal mortality and severe morbidity of midwife assisted births outside hospital compared with hospital births. Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska universitetssjukhuset, HTA-centrum; 2025. HTA report 2025:145.
2. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Artikelnr 2024-12-9357.
3. Nationella riktlinjer 2025: Graviditet, förlossning och tiden efter. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025. Artikelnr 2025-3-9442.
4. Atkins D, Best D, Briss PA, et al; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2004;328(7454):1490.