



Ulla Waldenström, professor, barnmorska, institutionen för omvårdnad, Karolinska institutet, Stockholm
(Ulla.Waldenstrom@omv.ki.se)

Nygammalt barnafödande utmanar den moderna obstetriken

Hemförlossning och doula-stöd kontroversiellt

I detta nummer av Läkartidningen presenteras två kontroversiella alternativ inom förlossningsvården: hemförlossning och betydelsen av icke-professionellt stöd, s k doula, vid sjukhusförlossning. Den första artikeln redogör för Stockholms läns landstings regelverk och ersättning för hemförlossning, den andra är en studie genomförd vid Södersjukhuset i Stockholm.

Hedrande initiativ med stränga krav

Barnmorskor som förlöser patienter i hemmet inom Stockholms läns landsting kan från och med år 2002 beviljas ersättning med 15 000 kr, samma summa som vid normal förlossning på sjukhus, förutsatt att vissa krav uppfylls. Det är hedrande att landstinget seriöst har tagit sig an denna kontroversiella fråga. Decennier av tyst låtgåmentalitet, där hemförlossningar av många betraktats som ett nödvändigt ont man helst inte velat befatta sig med, är därmed bruten. Initiativet innebär respekt för kvinnans val av förlossningsplats och gör hemförlossning oberoende av hennes ekonomiska situation. Framför allt är det ett välkommet initiativ eftersom det har förutsättningar att göra hemförlossning säkrare.

Som krav för ersättning ställs höga krav: såväl organisatoriska, som närvaro av två barnmorskor, tydlig information om risker och nära samverkan med näraliggande förlossningsklinik, som medicinska. Förutom krav på normal graviditet, fullgången tid och avsaknad av medicinska riskfaktorer krävs att kvinnan är omföderska. Att tidigare ha genomgått en okomplicerad förlossning är troligen det viktigaste kravet för att öka den medicinska säkerheten vid hemförlossning.

Som författarna mycket riktigt konstaterar saknas vetenskapliga studier i form av randomiserade kontrollerade undersökningar av medicinsk säkerhet vid hemförlossning. Av klinisk erfarenhet vet vi att vissa obstetriska komplikationer kan inträffa helt oförutsett och ha allvarliga följder. Riskerna skiljer sig dock markant mellan först- och omföderskor. Det mest närliggande svenska material vi kan studera är data från ABC-enheten vid Södersjukhuset som visade att 29 procent av förstföderskorna överfördes till ordinarie vård under pågående förlossning men endast 4 procent av omföderskorna. En jämförelse mellan 928 kvinnor randomiserade till ABC-vård och 932 till vanlig vård visade ingen statistiskt signifikant skillnad i perinatal dödlighet, däremot en ökning av antalet barn som överfördes till barnklinik bland förstföderskorna, medan motsatsen gällde omföderskornas barn [1]. Inom kort



Ett barn är fött ... I alla tider har kvinnor fött barn – barnafödande är en uråldrig företeelse, grundbulten för mänskligt liv. Formerna har dock varierat över tiderna, idag ses nygammalt barnafödande som kontroversiellt. Det gäller t ex hemförlossning, som Stockholms läns landsting numera bekostar, med strikta medicinska kriterier samt krav på barnmorskorna. Det gäller även sjukhusförlossning med hjälp av en s k doula (stödkvinna), men här återstår att pröva hur det systemet fungerar i svensk förlossningsvård.

DETALJ FRÅN EMIL NOLDE: THE BIRTH OF CHRIST. FOTO: ERICH LESSING/IBL

Se även artiklarna på sidan 4268 och 4272 i detta nummer.

publiceras en uppföljning av dessa data genom en analys av samtliga graviditeter hos kvinnor inskrivna vid ABC-enheten under en 10-årsperiod [2].

Under 2002 inkom 41 ansökningar om ekonomisk ersättning för hemförlossning till Stockholms läns landsting, 34 beviljades, vilket motsvarar 57 procent av de 60 hemförlossningar som ägde rum under den givna tiden. Möjligen uppfylldes inte de organisatoriska/medicinska kriterierna i de övriga 26 fallen. Jag tror att det regelverk som nu inrättats kommer att minska denna andel hemförlossningar och därmed förbättra den totala säkerheten vid förlossning i hemmet.

Kanske utan extra kostnad i kärv ekonomi

Vi är alla medvetna om landstingens ekonomiska problem och att prioriteringarna blir allt tuffare. Ersättningsfrågan vid hem-

förlossning bör granskas i detta ljus. Jag kan inte bedöma om 15 000 kronor per förlossning motsvarar den verkliga kostnaden för ersättning av två barnmorskor under förlossningen, beredskapstiden veckorna före, eftervården och barnläkarundersökningen. Kanske har man helt enkelt bestämt att ersättningen skall vara densamma som för sjukhusförlossning. Vissa förhållanden kan vara billigare i hemmet (lokal, ingen smärtlindring t ex). Å andra sidan är några få förlossningar på en kvinnokliniks marginaler relativt sett billiga. Eftersom ingen ny organisation behövs, hemförlossningsverksamheten bygger ju på ett fåtal engagerade barnmorskor med egen firma, tycks det nya regelverket vara kostnadsneutralt. Kostnaderna varierar förstås med antal hemförlossningar.

Hemförlossning – ett alternativ få väljer

Under 2002 var andelen hemförlossningar i Stockholms läns landsting 0,26 procent. Det nya regelverket medför troligen en minskning av andelen hemförlostna förstföderskor, men kanske en ökning av andelen omföderskor. Om inga dramatiska förändringar sker inom svensk förlossningsvård kommer den totala andelen troligen aldrig att överskrida 1 procent. Det är den siffra som gäller i exempelvis Danmark och England, där inställningen till hemförlossning är betydligt mer positiv än i Sverige.

En nyligen publicerad studie av svensktalande kvinnors intresse för hemförlossning visade att 1 procent hade ett bestående intresse vid förfrågan vid tre olika tidpunkter, i början av graviditeten, två månader och ett år efter förlossningen [3]. Studien visade att det troligen finns två grupper av kvinnor som önskar hemförlossning: dels kvinnor som ser födan- det som en naturlig händelse tillhörande familjesfären (kvinnor som inte ville ha smärtlindring och som ville ha med syskon och väninna), dels kvinnor som troligen känner sig främmande och osäkra i sjukhusmiljön (t ex lågutbildade).

Doula-stöd visade intressanta effekter

I hemmet är det vanligt att den födande kvinnan får stöd inte bara av sin partner utan även av andra personer, t ex en väninna. I sjukhusmiljön är detta mindre vanligt. En sammanfattning av 14 randomiserade studier av kontinuerligt personligt stöd vid sjukhusförlossning påvisade intressanta effekter [4]: Risken för kejsarsnitt minskade med 20 procent och för användning av smärtlindring med 13 procent. Stödet påverkade också positivt kvinnors upplevelse av förlossningen. Dessa studier har lett till kliniska rekommendationer om kontinuerligt stöd under förlossning i USA, Kanada och England. Initiativet till den svenska studie som rapporteras på sidan 4268 i detta nummer av Läkartidningen var därför välkommet.

Svensk doula-studie brister i metodologi

Tyvärr har doula-studien vid Södersjukhuset så stora metodologiska svagheter att inga slutsatser kan dras. Studien var från början underdimensionerad. Beräkningen av styrka grundade sig bl a på ett antagande om att interventionen skulle kunna halvera kejsarsnittsfrekvensen. Detta har inget stöd i tidigare forskning. Den stora studie som genomfördes i norra USA och Kanada och som publicerades förra året, efter ovan nämnda forskningsöversikt, räknade med en 15-procentig minskning av andelen kejsarsnitt, motsvarande 2 procentenheter [5]. För detta krävdes 6 728 förlossningar.

Den svenska studien hade som mål att inkludera 400 förstföderskor, men rekryteringen fick av olika skäl avbrytas när

*Decennier av tyst låtgå-
mentalitet, där hemförloss-
ningar av många betraktats
som ett nödvändigt ont ...
är därmed bruten.*

endast 144 kvinnor hade rekryterats. När resultaten sedan analyserades räknade man bort 43 bortfall och bröt därmed mot »intention to treat«-principen som förutsätter att alla randomiserade individer skall inkluderas i analysen i syfte att inte spoliera hela idén med randomiseringen. Kvar blev 55 kvinnor som fick stöd av doula och 46 kontroller.

Syftet med studien förefaller också oklart. I inledningen betonas

modellens praktiska genomförbarhet, medan utfallen i resultatavsnittet handlar om förlossningssätt, smärtlindring, medicinska komplikationer och upplevelser. Förutom den kvantitativa studien rapporteras också en kvalitativ delstudie med djupintervjuer av 10 kvinnor. Av de senare drar författarna slutsatser om skillnader mellan grupperna, vilket inte är tillrädligt med denna forskningsmetod.

Osäker slutsats – mer forskning behövs

Författarna tolkar sina resultat med viss försiktighet men drar ändå slutsatsen att systemet med doulor »fungerar även i vårt svenska sjukvårdssystem«, och de vill införa rutinen i Sverige. Jag drar en annan slutsats, nämligen att det återstår att pröva hur systemet fungerar i Sverige.

Även om det var lätt att rekrytera 20 doulor vid Södersjukhuset tyder mycket på att ett system med utomstående stödpersoner som ställer upp gratis under förlossning endast kan erbjudas ett fåtal. Vi skulle då behöva utvärdera effekten av doula-stöd på just en sådan selekterad grupp. Ett mer realistiskt alternativ för samtliga kvinnor vore kontinuerligt stöd av barnmorskan under förlossningens aktiva fas, såsom rekommenderas i Socialstyrelsens dokument med riktlinjer för normal förlossning. Även denna form av stöd behöver utvärderas i en randomiserad kontrollerad studie.

Den stora nordamerikanska studien utvärderade just professionellt stöd under förlossningen [5]. De sjuksköterskor (i dessa länder är barnmorskorna få) som assisterade vid förlossningen fick speciell utbildning i att ge stöd. Inga av de effekter man funnit i tidigare forskning bekräftades i denna studie. En möjlig förklaring till detta ansågs vara att kontinuerligt personligt stöd endast har effekt under vissa förhållanden och att den mycket högteknologiska miljön vid de 13 sjukhus som ingick i studien överskuggade tänkbara effekter. Allt detta understryker behovet av fortsatt forskning i Sverige.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Waldenström U, Nilsson CA, Winbladh B. The Stockholm birth centre trial: Maternal and infant outcome. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104:410-8.
2. Gottvall K, Grunewald C, Waldenström U. Safety of birth centre care – perinatal mortality over a ten-year period. Br J Obstet Gynaecol. In press.
3. Hildingsson I, Rådestad I, Rubertsson C, Waldenström U. Few women wish to be delivered by caesarean section. Br J Obstet Gynaecol 2002;109:618-23.
4. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2002.
5. Hodnett E, Lowe N, Hannah M, Willan A, Stevens B, Weston J, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. JAMA 2002;288:1373-81.