

Utfall etter planlagte hjemmefødsler

Sammendrag

Bakgrunn. Det er omkring 150 planlagte hjemmefødsler årlig i Norge. I fagmiljøene er det motstridende oppfatninger om forsvarligheten ved denne typen fødselsomsorg. Formålet med denne studien var å gi en systematisk oversikt over utfall hos mor og barn ved planlagt hjemmefødsel.

Materiale og metode. Vi gjorde elektroniske litteratursøk i databasene Medline, PubMed, Embase, Cinahl og The Cochrane Library samt i litteraturlistene til relevante artikler. Søkene ble begrenset til artikler publisert i 1985 eller senere.

Resultater. Ti artikler med data fra til sammen 30 204 kvinner som hadde planlagt og var selektert til hjemmefødsel ved fødselens start ble inkludert. Tre av studiene hadde kontrollgrupper med kvinner som planla sykehusfødsel. De inkluderte studiene ble alle vurdert til å være av middels kvalitet. Andel kvinner og barn som ble overflyttet til sykehus i fødselsforløpet eller like etter fødselen var 9,9–23,1%. Det var få keisersnitt, andre inngrep og komplikasjoner hos kvinner som planla hjemmefødsel. Samlet perinatal mortalitetsrate i de inkluderte studiene var 3,1/1 000 og neonatal mortalitetsrate for barn uten misdannelser var 0,7/1 000.

Fortolkning. Det finnes ikke grunnlag for å fraråde friske gravide å planlegge hjemmefødsel. Resultatene fra de inkluderte studiene kan ikke uten videre overføres til norske forhold. Utfall og overflyttinger ved planlagte hjemmefødsler i Norge bør registreres systematisk.

Opplysninger om søkestrategi, ekskluderte artikler, beskrivelse og kvalitetsvurderinger av inkludert litteratur er publisert på www.tidsskriftet.no/hjemmefodselappendiks

> Se også side 2430

Ellen Blix*

eblix@baretsnett.no
Føde- og gynekologisk avdeling
Hammerfest sykehus
9613 Hammerfest
og
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø

Pål Øian

Kvinneklinikken
Universitetssykehuset Nord-Norge
og
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø

Merethe Kumle*

Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

* Nåværende adresse:
Klinisk forskningssenter
Enhet for forskningsmetodologi
Universitetssykehuset Nord-Norge

I perioden 1999–2004 ble det registrert 858 planlagte hjemmefødsler i Norge. Det tilsvarende 0,3% av alle fødsler (1). En mediadebatt i 2005 viste at det var stor uenighet blant norske fagpersoner om hvorvidt planlagte hjemmefødsler kunne regnes som forsvarlig. Noen mente at dersom andelen planlagte hjemmefødsler øker, vil vi få dødsfall og varige men hos mor og barn som kan unngås dersom fødselene foregår i sykehus. Andre uttalte at planlagte hjemmefødsler etter nøye selektering er trygt og i tråd med Stortingets vedtak fra 2001 om differensiert og desentralisert fødselshjelp (2–4).

Statens helsetilsyn anbefaler at seleksjon av kvinner til planlagt hjemmefødsel bør skje på samme måte som seleksjon til fødestuer (5). De anbefaler videre at planlagte hjemmefødsler kun bør skje når det ikke er faglige forhold som tilsier at hjemmefødsel er uforsvarlig, at kvinnen har et sterkt ønske om å føde hjemme, er informert om risikoforholdene og at førstegangsfødende kan føde hjemme forutsatt at det er mindre enn 0,5–1 time reisetid til sykehus. Jordmor eller lege som bistår ved hjemmefødsel, må ha kompetanse og nødvendig utstyr til å gi nødvendig hjelp til den nyfødte dersom det er nødvendig. Utover disse anbefalingene finnes det ingen retningslinjer om hjemmefødsler. Så vidt vi kjenner til, er det aldri ført tilsyn med hjemmefødselsvirksomheter. Helsemyndighetene organiserer ikke fødselshjelp ved hjemmefødsler, og den gravide må selv gjøre avtale med jordmor. Utgiftene blir delvis dekket gjennom Arbeids- og velferdsetaten

(NAV). De fleste jordmødre som påtar seg hjemmefødsel, tar en egenandel fra kvinnen som dekker vaktberedskap, kjøregodtgjørelse og utstyr da dette ikke dekkes gjennom NAV.

I de nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen står det at helseforetakene har ansvar for at det finnes kriterier for utvelgelse til differensiert fødetilbud på de enkelte fødeenheter, og at aktørene i svangerskapsomsorgen og kvinnene skal være kjent med disse, men hjemmefødsel er ikke nevnt (6). I Verdens helseorganisasjons retningslinjer for omsorg ved normale fødsler står det at kvinnen bør føde et sted hvor hun føler seg trygg og kan få hensiktsmessig og sikker omsorg. For lavrisikokvinner kan dette være hjemme, i fødestue eller i sykehus (7). Britiske retningslinjer anbefaler at kvinner skal ha mulighet til å foreta et informert valg om hvor de vil føde (8).

Medisinsk fødselsregister registrerer hjemmefødselene noe usystematisk og det kommer ikke klart frem hvor fødselen faktisk fant sted og om hvor mange som ble overflyttet til sykehus i fødselsforløpet eller like etter fødselen.

Fordi det er motstridende oppfatninger i det norske fagmiljøet om forsvarligheten av hjemmefødsler, får kvinner som ønsker eller vurderer hjemmefødsel antakelig ulike råd avhengig av hvilken jordmor eller lege de møter i svangerskapet. Det er tenkelig at informasjonen til kvinnene er preget av jordmors eller leges subjektive risikooppfatning, og ikke basert på mer objektive vurderinger, som f.eks. epidemiologiske estimater for mortalitet, overflyttinger og andre utfall.

Formålet med denne studien var å lage en systematisk oversikt over utfall hos mor og barn etter planlagte hjemmefødsler. En slik oversikt kan bidra til at kvinner som ønsker hjemmefødsel, får bedre informasjon fra jordmødre og allmennleger som arbeider innen

Hovedbudskap

- Det registreres i underkant av 150 planlagte hjemmefødsler årlig i Norge
- Det finnes ikke grunnlag for å fraråde friske gravide å planlegge hjemmefødsel
- Utfall hos kvinner som planlegger hjemmefødsel bør registreres systematisk

svangerskapsomsorgen, og dermed kan foreta et informert valg på best mulig grunnlag.

Materiale og metoder

Det ble gjort systematiske, elektroniske litteratursøk i april 2007. Det ble søkt i databasene Medline, PubMed, Embase, Cinahl og The Cochrane Library. Søkeordene «home AND childbirth» og «home AND deliver*» ble brukt. Det ble gjort manuelle søk i referanselistene til alle relevante artikler. Artikler publisert fra og med 1985 ble inkludert, og data i artiklene skulle ikke være eldre enn fra 1980. Andre inklusjonskriterier var at studiene skulle være fra vestlige land, dvs. Nord-Amerika, Australia, New Zealand og landene i Europa unntatt tidligere Sovjetunionen. Hjemmefødslene skulle være planlagte, kvinnene skulle være lavrisikofødende og selektert til hjemmefødsel ved fødselsens start. Kvinner som planla hjemmefødsel, men som ble selektert til sykehus i løpet av svangerskapet, er altså ikke inkludert. Fødselshjelper skulle være autorisert jordmor eller lege. Data skulle være analysert eller tilgjengelig etter behandlingsintensjonsprinsippet (intention to treat), dvs. at det også fantes data for utfall hos kvinnene og barna som ble overflyttet i fødselsforløpet eller like etter fødselen. Det var ingen språkrestriksjoner på søkene og både deskriptive studier og studier med kontrollgruppe ble inkludert. Artiklene ble kvalitetsvurdert av to av forfatterne etter forhåndsbestemte kriterier.

Nøyaktige opplysninger om søkestrategi, ekskluderte artikler, beskrivelse og kvalitetsvurderinger av inkludert litteratur finnes i appendiks på www.tidsskriftet.no/hjemmefodselappendiks.

Resultater

De elektroniske søkene ga til sammen 2 544 treff, og de manuelle søkene ga ett treff. Etter gjennomgang av titler og sammendrag ble 2 500 studier ekskludert og 45 studier ble vurdert i fulltekst. Av de 45 studiene ble ti inkludert.

To av de inkluderte studiene var fra USA (9, 10), to fra Canada (11, 12), en hadde data fra USA og Canada (13), en fra New Zealand (14), en fra Nederland (15), en fra Storbritannia (16), en fra Australia (17) og en fra Danmark (18). Tre av studiene hadde kontrollgrupper med lavrisikofødende som fødte på sykehus (11, 13, 15), de øvrige sju var deskriptive (9, 10, 12, 14, 16–18). De ti inkluderte studiene ble alle vurdert til å være av middels kvalitet, og hadde til sammen data fra 30 204 kvinner som hadde planlagt og var selektert til hjemmefødsel ved fødselsens start.

I de tre studiene som hadde kontrollgrupper (11, 13, 15) var det sosioøkonomiske, demografiske og medisinske forskjeller mellom gruppene, vist i appendikset.

Overflyttinger fra hjem til sykehus

Åtte av de ti inkluderte studiene hadde opplysninger om overflytting fra hjemmet til sykehus i fødselsforløpet eller etter fødselen. I en studie ble det opplyst at overflytting etter fødselen var registrert de første fire dagene (12), i de andre studiene var dette ikke nøyaktig definert. Andelen overflyttinger var 9,9–28,4% i de forskjellige studiene. Hos førstegangsfødende var andelen 27,0–56,3% (tab 1). Den vanligste årsaken til overflytting var langsom fremgang i fødselen, og ved de fleste overflyttingene var det ikke behov for øyeblikkelig medisinsk hjelp.

I fem av de ti studiene ble det gjort rede for hvor mange av overflyttingene som var hasteoverflyttinger, dvs. at det hastet å få medisinsk hjelp til kvinnen eller barnet. Andelen hasteoverflyttinger var 0–3,4%. De vanligste årsakene var mistanke om føtalt distress, respiratoriske problemer, misdannelser hos den nyfødte eller etterbyrdsblødning. Tilstander som vanligvis ikke blir betegnet som akutte, som rift som skulle sys av lege, langsom fremgang, føtale malpresentasjoner og utslitt mor ble også oppgitt som årsaker til hasteoverflyttinger i noen av studiene. Overflyttinger er det gjort rede for i tabell 1.

Maternelle utfall

En studie rapporterte ett maternelt dødsfall; årsaken til dødsfallet eller om det var vurdert som mulig unngåelig, var det ikke gjort rede for (14). To av studiene rapporterte kvinnens tilfredshet med hjemmefødsel. Den ene studien rapporterte at 97% av kvinnene var svært fornøyd med fødselsopplevelsen (13), den andre at 91% av kvinnene ville føde hjemme også neste gang (16). To av studiene opplyste om tilfeller der barnet ble født hjemme før jordmor rakk frem, det var henholdsvis 2,8% og 0,7% (11, 16).

Andelen fødsler som endte med keisersnitt hos kvinnene som planla hjemmefødsel, var 1,2–6,4% i ni av studiene. Andelen keisersnitt hos førstegangsfødende var langt høyere enn hos de flergangsfødende (tab 2). En av de største studiene hadde ikke opplysninger om keisersnitt (14). En studie opplyste om etterbyrdsblødning > 1 000 ml, andelen var 1,2% (15). Andel operative forløsninger er det gjort rede for i tabell 2, mens

Tabell 1 Overflyttinger til sykehus i fødselsforløpet eller etter fødselen ved planlagt hjemmefødsel

	Overflyttinger i fødselsforløpet totalt ¹	Overflyttinger i fødselsforløpet hos P0 ²	Overflyttinger i fødselsforløpet hos P ≥ 1 ³	Overflyttet etter fødsel, maternell indikasjon	Overflyttet etter fødsel, neonatal indikasjon	Total andel overflyttinger under eller etter fødsel	Andel definert som hasteoverflytting ⁴
Johnson 2005 (13) Canada og USA (n = 5 418)	546 (10,1%)	–	–	72 (1,3%)	37 (0,7%)	655 (12,1%)	185 (3,4%)
Janssen 2003 (11) Canada (n = 797)	145 (18,2%)	–	–	15 (1,9%)	24 (3,0%)	184 (23,1%)	27 (3,4%)
Murphy 1998 (9) USA (n = 1 221)	102 (8,3%)	27,0%	5,7%	10 (0,8%)	14 (1,1%)	126 (10,3%)	–
Davies 1996 (16) Storbritannia (n = 177)	35 (19,8%)	9 (56,3%)	26 (16,1%)	2 (1,1%)	2 (1,1%)	39 (22,0%)	0
Anderson 1995 (10) USA (n = 11 081)	905 (8,2%)	–	–	79 (0,7%)	109 (1,0%)	1 093 (9,9%)	202 (1,8%)
Tyson 1991 (12) Canada (n = 1 001)	141 (14,1%)	102 (28,3%)	39 (6,1%)	19 (1,9%)	5 (0,5%)	165 (16,5%)	–
Howe 1988 (17) Australia (n = 165)	22 (13,4%)	–	–	11 (6,7%)	1 (0,6%)	34 (20,6%)	–
Hansen 1985 (18) Danmark (n = 102)	–	–	–	–	–	29 (28,4%)	1%

¹ Etter at fødselen var startet, men før barnet var født

² Førstegangsfødende

³ Flergangsfødende

⁴ Det var ikke en ensartet definisjon av hasteoverflyttinger. Tilstander som vanligvis ikke betegnes som akutte, som f.eks. langsom fremgang i fødsel, sliten mor eller rift som skulle sutureres av lege var definert som hasteoverflytting i noen av studiene. To av studiene (14, 15) hadde ingen opplysninger om overflyttinger

utfall som mindre inngrep, etterbyrdsblødninger og perinealrifter grad 3–4 er beskrevet i appendikset.

I to av de tre studiene med kontrollgruppe (11, 13) var det færre stimuleringer, epiduralbedøvelser og keisersnitt hos kvinner som planla hjemmefødsel sammenliknet med lavrisikokvinner som planla sykehusfødsel. En studie fant færre operative vaginale forløsninger (13) (tab 2), en færre perinealrifter grad 3–4 (11), to færre episiotomier (11, 13) og en fant færre etterbyrdsblødninger > 1 000 ml hos kvinnene som planla hjemmefødsel (15), vist i appendikset.

Neonatale utfall

Ingen av de inkluderte studiene opplyste om apgarpoeng observert etter ett minutt. Tre studier opplyste om apgarpoeng etter fem minutter (tab 2). En kanadisk studie (11) hadde svært høy andel barn med lave apgarpoeng, men dette gjaldt også for kontrollgruppene som planla sykehusfødsel, se appendikset. Bare en studie rapporterte om de nyfødte hadde behov for noen form for resuscitasjonsstiltak, andelen var 7,5 % (12). I denne studien var slike tiltak definert som stimulering, suging og administrering av oksygen til et barn med under 8 apgarpoeng.

Seks av studiene opplyste om perinatal dødelighetsrate hos kvinner som planla hjemmefødsel (tab 2). Dersom tallene regnes sammen, var det 39/12 539 perinatale dødsfall (perinatal dødelighetsrate 3,1/1 000;

95 % KI 2,1–4,1). Åtte studier opplyste om intrapartum dødelighetsrate, det var 16/19 962 dødsfall (intrapartum dødelighetsrate 0,8/1 000; 95 % KI 0,4–1,2). I åtte av studiene var det gjort rede for neonatal dødelighet, 26 av 19 962 kvinner mistet et levende født barn i løpet av de første 28 dagene etter fødselen (tab 2). 23 av de 35 barna som døde neonatalt, hadde medfødte misdannelser. Det er umulig å regne ut nøyaktig neonatal dødelighetsrate på tvers av studiene ettersom vi ikke har presise opplysninger om antall dødfødsler, men neonatal dødelighetsrate for barn uten misdannelser var omtrent 0,7/1 000 (13 dødsfall/19 962 fødsler).

I de studiene som hadde kontrollgruppe, viste en studie at barn av kvinner som planla hjemmefødsel sjeldnere ble overflyttet til intensivavdeling for nyfødte enn barn av kvinner der fødselen var planlagt på sykehus (15), ellers var det ingen signifikante forskjeller i neonatale utfall, se appendikset.

Diskusjon

Gjennomgangen av studiene tyder på at det er få inngrep i fødselsforløpet hos kvinner som velger hjemmefødsel og som starter fødselen hjemme, og færre enn hos lavrisikofødende som velger sykehusfødsel. På grunnlag av disse studiene kan man ikke trekke konklusjoner om forskjeller i dødelighet ved planlagte sykehusfødsler sammenliknet med hjemmefødsler. Studiene er av middels kvalitet, og i de studiene som hadde kontroll-

grupper var det sosioøkonomiske, demografiske og medisinske forskjeller mellom gruppene. Sammenlikninger mellom kvinner som velger hjemmefødsel og de som ikke gjør det, må derfor gjøres med forsiktighet.

En svensk studie har sammenliknet kvinner som fødte hjemme med en kontrollgruppe matchet for tidspunkt for fødselen og for hjemfylke (19). De fant at kvinnene som fødte hjemme oftere var eldre, hadde flere tidligere fødsler, høyere utdanning, lavere familieinntekt og var oftere hjemmearbeidende enn kvinner som fødte på sykehus. Det var færre røykere, overvektige og kvinner med en medisinsk sykdom eller tilstand blant de hjemmefødende. Forskjellen mellom kvinner som velger hjemmefødsel og de som velger sykehusfødsel slår antakelig gunstig ut for hjemmefødselene. Sannsynligvis er det ressurssterke kvinner som er innstilt på å mestre fødselen uten bruk av smertestillende medikamenter eller annen inngripen. Fødekvinne og jordmødre har gjort seg kjent med hverandre på forhånd, dette kan medvirke til gode utfall (20). Ved hjemmefødsel vil jordmor bare ha den ene fødekvinne å konsentrere seg om, og det er kjent at en-til-en-omsorg kan føre til færre inngrep og bedre fødselsutfall (21).

Perinatal og neonatal dødelighet er lav hos lavrisikofødende, og i bare to av studiene sammenliknes dødelighet mellom de hjemmefødende og kontrollgruppen (11, 15).

Tabell 2 Maternelle og neonatale utfall når fødselen var planlagt hjemme

	Operativ vaginal forløsning totalt	Operativ vaginal forløsning hos P0 ¹	Operativ vaginal forløsning hos P ≥ 1 ²	Keiser-snitt totalt	Keiser-snitt hos P0 ¹	Keiser-snitt hos P ≥ 1 ²	Apgar-poeng < 7 etter 5 min	Perinatal mortalitet	Intrapartum mortalitet	Neonatal mortalitet
Johnson 2005 (13) Canada og USA (n = 5 418)	84 (1,6 %)	-	-	200 (3,7 %)	8,3 %	1,6 %	1,3 %	-	5 (0,9/1 000) [0,1–1,7/1 000] ³	6 (1,1/1 000) [0,2–2,0/1 000] ³
Janssen 2003 (11) Canada (n = 797)	-	-	-	55 (6,4 %)	45 (11,2 %)	10 (2,2 %)	89 (10,4 %)	3 (3,8/1 000) [0,8–11,0/1 000] ³	1 (1,3/1 000) [0,3–7,0/1 000] ³	1 (1,3/1 000) [0,3–7,0/1 000] ³
Wiegers 1996 (15) Nederland (n = 1 140)	73 (6,4 %)	65 (13,8 %)	8 (1,2 %)	15 (1,3 %)	14 (3,0 %)	1 (0,1 %)	-	4 (3,5/1 000) [1,0–9,0/1 000] ³	-	-
Murphy 1998 (9) USA (n = 1 221)	-	-	-	2,3 %	-	-	-	5 (4,1/1 000) [1,3–9,5/1 000] ³	2 (1,6/1 000) [0,2–6,0/1 000] ³	1 (0,8/1 000) [0,02–4,6/1 000] ³
Gulbransen 1997 (14) New Zealand (n = 9 102)	-	-	-	-	-	-	-	27 (3,0/1 000) [1,8–4,1/1 000] ³	-	-
Davies 1996 (16) Storbritannia (n = 177)	3 (1,7 %)	-	-	5 (2,1 %)	-	-	-	0 [0–20,6/1 000] ³	0 [0–20,6/1 000] ³	0 [0–20,6/1 000] ³
Anderson 1995 (10) USA (n = 11 081)	-	-	-	323 (3,0 %)	-	-	-	-	8 (0,7/1 000) [0,2–1,2/1 000] ³	15 (1,4/1 000) [0,7–2,0] ³
Tyson 1991 (12) Canada (n = 1 001)	34 (3,4 %)	23 (6,4 %)	11 (1,7 %)	35 (3,5 %)	25 (6,6 %)	10 (1,6 %)	-	-	0 [0–3,7/1 000] ³	2 (2,0/1 000) [0,2–7,2/1 000] ³
Howe 1988 (17) Australia (n = 165)	8 (4,9 %)	-	-	2 (1,2 %)	-	-	1 (0,6 %)	-	0 [0–22,1/1 000] ³	1 (6,1/1 000) [0,2–33,3/1 000] ³
Hansen 1985 (18) Danmark (n = 102)	11 (10,8 %)	-	-	2 (2,0 %)	-	-	-	0 [0–35,5/1 000] ³	0 [0–35,5/1 000] ³	0 [0–35,5/1 000] ³

¹ Førstegangsfødende
² Flergangsfødende
³ 95 % konfidensintervall

Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, men studiene er for små til å kunne vise forskjeller i dødelighet, jf. appendikset. Neonatal dødelighet hos barn uten medfødte misdannelser hos lavrisikofødende er rapportert å være 0,6/1 000 i Norge (22), det er det samme vi fant i de inkluderte studiene. Perinatal dødelighet etter lavrisikosvangerskap var 1,8/1 000 i perioden 1992–95 i Norge (22) og altså lavere enn i de inkluderte studiene i denne oversikten. I den vestlige verden er Norge et av de landene som har lavest perinatal dødelighet. Årsakene til dette er mange, og forskjellen i dødelighet kan ikke automatisk tilskrives at de fleste norske kvinner føder i institusjon.

I to av de inkluderte studiene hadde henholdsvis 6% og 7% av kvinnene overtidig svangerskap (13, 17), en studie opplyste at 40% av de inkluderte jordmødrene aksepterte kvinner som hadde gått over tiden (10) og i noen tilfeller seteleier og tvillinger (10, 13). Det er uklart hvor stor andel risikofødende det var i de inkluderte studiene og i hvilken grad dette bidro til perinatal og noenat dødelighet. Det er vårt inntrykk at norske hjemmjordmødre har en strengere seleksjon.

Andelen overflyttinger under eller like etter fødselsforløpet var 10–28% i de inkluderte studiene (tab 1). Ved norske fødestuer er andelen oppgitt å være 9% (23) og ved en norsk lavrisikoenhet i sykehus 22% (24).

I noen av de inkluderte studiene var andelen førstegangsfødende høy (11, 12, 15, 18), noe som vil medvirke til at flere hjemmefødende blir overflyttet under fødselen, og at flere fødser ender med operative forløsninger.

Det vil kunne oppstå tilfeller av truende eller manifest oksygenmangel hos fosteret, at barnet er uventet dårlig ved fødselen, at mor får en alvorlig etterbyrdsblødning der følgene kan være alvorlig dersom medisinsk hjelp ikke er tilgjengelig i løpet av kort tid. I de fem studiene som oppga andel hasteoverflyttinger, var dette 0–3,4% (tab 1). Hasteoverflyttinger var ikke nøyaktig definert. I noen av studiene var tilstander som vanligvis ikke regnes som akutte, definert som hasteoverflytting. Det er derfor vanskelig å vite i hvor mange tilfeller det dreide seg om alvorlige tilstander hvor liv eller helse var truet. Det er vanskelig å vurdere i hvilken grad det kan ha ført til død eller skade som kunne vært unngått dersom fødselene hadde vært planlagt på sykehus. Denne problemstillingen må vurderes i sammenheng med forholdene for planlagte sykehusfødsler. Ved kvinneklinikker vil det alltid være obstetrikker, pediater og anestesilege og tilkalletiden vil være kort. Ved lokalsykehus er legene i hjemmevakt etter ordinær arbeidstid, og ved uventede, alvorlige situasjoner vil kvinnen eller barnet ikke nødvendigvis få umiddelbar legehjelp. I en norsk studie der det ble gjort rede for utfall etter fødsel på fødestue, fant man at 115 av 1 275 kvinner (9%) som startet fødsel på fødestue, ble overflyttet under eller like etter fødselen (23). Av disse

hadde 11 (0,8%) symptomer på alvorlige tilstander og det var antakelig hastetransport med i bildet. En annen norsk studie oppga at av 341 kvinner som startet fødsel på lavrisikoenhet i sykehus, ble 76 (22%) overflyttet. I fire tilfeller (1,2%) dreide det seg om symptomer på alvorlige tilstander (24).

De inkluderte studiene var av middels kvalitet, seleksjonskriteriene til hjemmefødsel var ofte annerledes enn det som praktiseres i Norge, og resultatene kan ikke uten videre overføres. Det finnes ikke grunnlag for å fraråde friske gravide å planlegge hjemmefødsel. Kvinner som ønsker hjemmefødsel, bør få objektiv informasjon slik at de kan ta et informert valg. Det bør informeres om risiko for uventede, akutte hendelser, sannsynlighet for overflytting til sykehus og om at planlagt hjemmefødsel er forbundet med færre inngrep i fødselsforløpet.

Utfall ved planlagte hjemmefødsler i Norge bør registreres mer systematisk. For å vurdere resultatene kontinuerlig og ev. komme med forslag til endringer i anbefalinger, må det registreres hvor mange kvinner som planlegger hjemmefødsel, hvor mange som blir overflyttet til sykehus og utfallene både for de som blir overflyttet og de som blir hjemme. Nasjonalt råd for fødselsomsorg har tatt initiativ overfor Medisinsk fødselsregister for at overflyttingsdata for planlagte fødestuefødsler og hjemmefødsler vil bli registrert. Overflyttingsskjema er utarbeidet og ble sendt ut i februar 2008.

Hjemmefødsler har en uklar stilling i norsk fødselsomsorg. Det bør vurderes om helsemyndighetene skal tilby samarbeidsavtaler med hjemmjordmødre og utarbeide retningslinjer som gjør rede for seleksjonskriterier, utstyr, medikamenter, transport ved overflyttinger, ansvarsforhold og samarbeid mellom hjemmjordmor og fødeinstitusjon. Det bør føres tilsyn med hjemmefødselsvirksomheter, på lik linje med fødeinstitusjoner.

Helse Finnmark har gitt økonomisk støtte til studien. Vi takker Anette S. Huitfeldt for kommentarer til manuskriptet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Medisinsk fødselsregister. Årstabeller 1999–2006. www.fhi.no (7.11.2007).
2. Skogstrøm L. Märthas hjemmefødsel skaper debatt. Aftenposten [morgengutgave] 26.4.2005. www.aftenposten.no/helse/article1026093.ece [22.2.2008].
3. Hegg A. Krangler om hjemmefødsler. Dagbladet 13.4.2005. www.dagbladet.no/dinside/2005/04/13/428712.html [22.2.2008].
4. Moster D, Lie RT, Markestad T. Fornuft og følelser i fødselsomsorgen. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2818–20.
5. Statens helsetilsyn. Faglige krav til fødeinstitusjoner. Oslo: Statens helsetilsyn, 1997. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/faglige_krav_fodeinstitusjoner_ik-2565.pdf [22.2.2008].
6. Sosial- og helsedirektoratet. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1179_2674a.pdf [22.2.2008].

7. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Genève: WHO, 1996. www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf [22.2.2008].
8. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press, 2007. <http://guidance.nice.org.uk/download.aspx?o=456065> [22.2.2008].
9. Murphy PA, Fullerton J. Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study. Obstet Gynecol 1998; 92: 461–70.
10. Anderson RE, Murphy PA. Outcomes of 11,788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study. J Nurse Midwifery 1995; 40: 483–92.
11. Janssen PA, Lee SK, Ryan ER et al. An evaluation of process and protocols for planned home birth attended by regulated midwives in British Columbia. J Midwifery Womens Health 2003; 48: 138–45.
12. Tyson H. Outcomes of 1001 midwife-attended home births in Toronto, 1983–1988. Birth 1991; 18: 14–9.
13. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. BMJ 2005; 330: 1416–9.
14. Gulbrandsen G, Hilton J, McKay L et al. Home birth in New Zealand 1973–93: incidence and mortality. N Z Med J 1997; 110: 87–9.
15. Wieggers TA, Keirse MJ, van der Zee J et al. Outcome of planned home and planned hospital births in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. BMJ 1996; 313: 1309–13.
16. Davies J, Hey E, Reid W et al. Prospective regional study of planned home births. BMJ 1996; 313: 1302–6.
17. Howe KA. Home births in south-west Australia. Med J Aust 1988; 149: 296–302.
18. Hansen JH, Christoffersen C. Hjemmefødsler i Københavns kommune 1980–1982. Ugeskr Læger 1985; 147: 2783–5.
19. Hildingsson IM, Lindgren HE, Haglund B et al. Characteristics of women giving birth at home in Sweden: a national register study. Am J Obstet Gynecol 2006; 195: 1366–72.
20. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2000; nr. 2: CD000062. <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000062/frame.html> [22.2.2008].
21. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2007; nr. 3: CD003766. <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003766/frame.html> [22.2.2008].
22. Moster D, Markestad T, Lie RT. Assessing quality of obstetric care for low-risk deliveries; methodological problems in the use of population based mortality data. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 478–84.
23. Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 731–7.
24. Lukasse M, Øian P, Aamodt G. En jordmorledet fødeinstitusjon. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 170–2.

Manuskriptet ble mottatt 7.11. 2007 og godkjent 15.6. 2008. Medisinsk redaktør Erlend Hem.