

Hjemmefødsler

- en medicinsk teknologivurdering

Lea Lund Palsøe, Rebecca Perriton Veilgaard Rasmussen og Stine Winkler Roswall

Eksamensprojekt i Jordemoderkundskab, Bachelorprojekt

Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol

7. semester, maj 2010

Vejleder: Eva Rydahl

Antal anslag inkl. mellemrum: 107.704

" Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol."

Resumé

Opgavens formål er, via en medicinsk teknologivurdering, at undersøge forudsætningerne for og konsekvenserne af at øge hjemmefødselsfrekvensen for lavrisikofødende i Danmark. Gennem analyse og diskussion af *teknologi-*, *patient-*, *organisations-* og *økonomielement* konkluderes det, at der i Danmark er forudsætninger for at øge hjemmefødselsfrekvensen til 2.4 %. Konsekvenserne af øgningen vil være en uændret neonatal og maternel mortalitet, samt lavere morbiditet og interventionsrate. Således forbliver flere fødsler normale, hvorved jordemoderens selvstændige virksomhedsområde bevares. Den angivne frekvens medfører endvidere en økonomisk nettogevinst på 13,0 mio. kr. Opgaven finder desuden, at kvinder, der vælger at føde hjemme, får en god fødselsoplevelse.

Indholdsfortegnelse

1. Problemstilling	1
2. Problemformulering	4
2.1 Begrebsafklaring og afgrænsning.....	4
3. Metode	5
3.1 Medicinsk teknologivurdering.....	5
3.2 Interessenter.....	5
3.3 Projektets struktur.....	6
3.4 Videnskabsteori	6
3.5 Teknologi.....	7
3.5.1 Præsentation af MTV-spørgsmål.....	7
3.5.2 Valg af teori og empiri.....	8
3.6 Patient	9
3.6.1 Præsentation af MTV-spørgsmål.....	9
3.6.2 Valg af teori og empiri.....	9
3.7 Organisation	10
3.7.1 Præsentation af MTV-spørgsmål.....	10
3.7.2 Valg af teori og empiri.....	11
3.8 Økonomi	12
3.8.1 Præsentation af MTV-spørgsmål.....	12
3.8.2 Valg af teori og empiri.....	12
3.9 Søgestrategi	12
4. Teknologielementet	14
4.1 Beskrivelse af teknologien.....	14
4.2 Redegørelse for og analyse af empiri	15
4.2.1 De Jonge et al.: “Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births“ (19).....	15
4.2.2 Janssen et al.: <i>Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician (20)</i>	18
4.3 Besvarelse af MTV-spørgsmål	24
4.4 Forbehold.....	25
5. Patientelementet	27
5.1 Teori om subjektiv risiko.....	27
5.2 Redegørelse for og analyse af empiri	28
5.2.1 Boucher et al.: “ <i>Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth</i> ” (23)	29
5.2.2 Kleiverda et al.: “ <i>Place of delivery in The Netherlands: Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement</i> ” (24).....	32
5.2.3 Sjöblom et al.: “ <i>A qualitative study of women’s experiences of home birth in Sweden</i> ” (25)	35
5.3 Besvarelse af MTV-spørgsmål	37

5.4 Forbehold.....	39
6. Organisationselementet.....	40
6.1 Teori om organisationsanalyse	40
6.2 Beskrivelse af <i>Hjemmefødselsordning Sjælland</i>	40
6.3 Organisationsanalyse	41
6.4 Besvarelse af MTV-spørgsmål	43
6.5 Forbehold.....	44
7. Økonomelementet.....	45
7.1 Teori om økonomisk analyse.....	45
7.2 Redegørelse for og analyse af empiri	46
7.2.1 <i>Johansen: "Hjemmefødsler i Danmark – en samfundsøkonomisk analyse" (26)</i>	46
7.3 Besvarelse af MTV-spørgsmål	50
7.4 Forbehold.....	51
8. Diskussion.....	52
8.1 Kritik af videnskabsteoretiske tilgange	52
8.2 Kritik af metode.....	52
8.3 Syntese af elementerne	54
8.3.1 <i>Sikkerhed og risikoplevelse</i>	54
8.3.2 <i>Det frie informerede valg</i>	56
8.3.3 <i>Fødselsoplevelse og mestringssevne</i>	56
8.3.4 <i>Økonomien bag hjemmefødsler</i>	57
8.3.5 <i>Jordemoderens arbejdsmiljø</i>	58
9. Konklusion	59
10. anbefalinger.....	61

Litteraturliste

Bilag

1. Problemstilling

I løbet af det sidste halve århundrede er fødslerne gået fra fortrinsvist at foregå i hjemmet frem til i dag, hvor 99 % af alle fødsler i Danmark foregår på hospitalet (1;193) (2;19). Før 1950'erne var holdningen, at hospitalerne ikke var for raske, og det var derfor kun muligt at føde på hospital, såfremt man havde en lægeerklæring (3;130-131). Et argument for at flytte fødslerne fra hjemmet og til hospitalerne var at sikre jordemødrene bedre arbejdsvilkår. Dette forsøgte gjort ved indførelsen af centerordningen i 1973/1974, som sikrede jordemødrene offentlig ansættelse, hvilket betød løn under sygdom, faste arbejdstider frem for altid at være på kald samt fast indtægt (1;295-298)(3;136). Med hospitaliseringen af fødslerne opstod en øget mulighed for at behandle de fødende medicinsk og intervenere i fødslen (3;130).

Sundhedsstyrelsen definerer fødsler uden indgreb¹ som naturlige (4;4). Ifølge Wackerhausen (5;1110) kan det normale defineres som det, der statistisk set er det gængse. For lavrisiko førstegangsfødende er interventionsfrekvensen 60,1 %² på landsplan (6;1). Derfor kan disse fødsler ikke defineres som naturlige, men må dog betragtes som normale indenfor den hospitaliserede danske fødekultur. Endvidere mener Wackerhausen (5;1110), at det normale ofte anses som en naturlig del af livet, og i denne sammenhæng kan indgreb anses som en naturlig del af en fødsel, hvilket står i kontrast til Sundhedsstyrelsens definition af den naturlige fødsel. Wagner (7;25) anvender ligeledes normalitetsbegrebet, når han forsøger at forklare den stigende interventionsrate indenfor obstetrikken. Wagner (7;26) påpeger, at de fleste sundhedspersoner ikke længere ved, hvordan en indgrebsfri fødsel forløber og derfor ikke kan se, hvilken effekt deres interventioner har. Da kun 12-20 % af hjemmefødende kvinder overflyttes til hospitalet under fødslen pga. opståede komplikationer og deraf følgende behov for intervention (2;35), og da det i hjemmet kun er muligt at foretage enkelte indgreb, fx en episiotomi (8), kan man formode, at interventionsraten er markant lavere ved planlagte hjemmefødsler end ved fødsler på hospital. Man kunne derfor overveje, om hospitalisering af fødsler giver anledning til unødvendige indgreb udført af

¹ Sundhedsstyrelsen definerer indgreb som; sectio, instrumentel forløsning med cup eller tang, stimulation med syntocinon, episiotomi og epiduralblokade (4;4).

² Interventioner defineres som: operativ forløsning, oxytocin-stimulation, episiotomi og epiduralblokade.

sundhedspersonalet. Dette står i kontrast til Jordemoderforeningens etikkode (9;pkt.4), som foreskriver, at jordemoderen skal tilstræbe, at graviditet, fødsel og barsel forløber så normalt som muligt. Dette skal bl.a. gøres ved at: ”*modvirke forhold, der kan virke forstyrrende eller hindrende for den gode fødsel, såsom unødvendige indgreb og udo-kumenterede rutiner*” (9;pkt.1). Endvidere foreskriver Sundhedsstyrelsen, at den jordemoderfaglige indsats bør: ”*understøtte det naturlige fødselsforløb og styrke den fødendes mestringssevne*” (2;151). Da en del af de indgreb, som udføres indenfor obstetrikken, placerer fødslerne udenfor jordemoderens selvstændige virksomhedsområde (8), kan der argumenteres for, at den fødselsdiskurs, som har været under udvikling siden hospitaliseringen af fødslerne i Danmark, udfordrer jordemoderfaget. I denne kontekst kan man spørge, hvorvidt jordemoderen, som følge af de mange indgreb, er med til at gøre den normale fødsel kompliceret? Har dette en betydning for kvindens fødselsoplevelse, og ville hun få en anden oplevelse, hvis hun valgte at føde hjemme?

En faktor, som kan tænkes at have betydning for kvindens graviditets- og fødselsforløb, er organiseringen af svangreomsorgen. I Danmark er svangreomsorgen blevet centraliseret gennem flere trin; først da fødslerne flyttede fra hjemmene og til fødeklinikker og siden hen, da fødeklinikkerne lukkede og fødslerne flyttedes til hospitalernes specialiserede obstetriske fødegange. Herefter har flere obstetriske afdelinger fusioneret; senest 1. januar 2010, hvor fødeafdelingerne på Frederiksberg/Rigshospitalet samt Herlev/Glostrup fusionerede. De seneste sammenlægninger begrundes fra politisk side med et ønske om at højne kvaliteten gennem centralisering af specialer, men forkvinden for Jordemoderforeningen Lillian Bondo insinuerer, at fusionerne er gennemført med en økonomisk gevinst for øje (10). Samtidigt med, at fødeafdelingernes økonomi forsøges forbedret gennem generelle nedskæringer, ses der en øget frekvens af kostelige indgreb³. I den forbindelse kunne det være relevant at overveje, om der kunne være en økonomisk gevinst ved at få flere af de normale fødende til at føde hjemme, idet der sandsynligvis foretages færre kostelige indgreb og ikke er det samme behov for at have fødestuer og beredskab til rådighed. Vi har gennem vores kliniske perioder oplevet, hvordan jordemødrene må overkomme flere arbejdsopgaver sideløbende, bliver mere pressede og således får dårligere mulighed for

³ Egne beregninger foretaget, se bilag 4, beregning 1.

at udføre jordemoderfaglig omsorg for kvinderne. Dette kunne nedsætte jordemødres arbejdsglæde, hvilket sammen med øget arbejdspress angives af Arbejdsmiljøinstituttet (11) som årsag til, at jordemødre er en af de mest udbrændte faggrupper i Danmark. Dermed er argumentet om bedre arbejdsvilkår for jordemoderen, som var årsag til hospitaliseringen af fødslerne, måske ikke i samme grad aktuelt i dag.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (2;34) kan kvinder frit vælge mellem jordemoderassisteret hjemmefødsel eller hospitalsfødsel. Visitationen til fødested sker ved første lægebesøg, men skal revurderes ved de følgende konsultationer hos læge og jordemoder (ibid). Det er vores erfaring, at jordemødre undlader at informere tilstrækkeligt om muligheden for hjemmefødsel, når egen læge har visiteret kvinderne til en hospitalsfødsel. Man kan dermed spørge, om jordemødre overholder deres pligt til at indhente informeret samtykke på grundlag af fyldestgørende information (12;§15 stk.3). Den lave hjemmefødselsfrekvens⁴ kan dog også tolkes som, at kvinderne ønsker at føde på hospital, hvor der er anæstesiologisk beredskab og mulighed for medicinsk smertelindring⁵. Dette ønske kan ses som et tegn på deres frygt for vesmerter og risikoen for komplikationer, både for deres børn og dem selv. Ifølge Beck (13;27) italesættes der til stadighed flere risici i samfundet. Dette medfører, at samfundet får en øget bevidsthed om risici, hvilket Beck benævner ”*risikosamfundet*” (ibid). Men er kvindernes eventuelle frygt for en øget risiko ved hjemmefødsler begrundet? Hvorfor vælger majoriteten at føde på hospital? Hvorfor vælger et fåtal af kvinder at føde hjemme?

Danske jordemødre arbejder indenfor et evidensbaseret sundhedsvæsen i hastig udvikling (14;15). Siden 1980’erne har man anvendt en medicinsk teknologivurdering til at afklare om en ny teknologi eller praksis bør indføres (ibid). Efter søgning i Sundhedsstyrelsens database over danske medicinske teknologivurderinger fandtes ingen om hjemmefødsler. Det kunne derfor være interessant at udføre en sådan for at afdække, hvorvidt en øgning i antallet af planlagte hjemmefødsler kunne sikre jordemoderens selvstændige virksomhedsområde og samtidig være fagligt forsvarligt overfor de fødende samt til fordel for samfundets økonomi. Ovenstående leder frem til følgende problemformulering:

⁴ Knap 1 % af fødsler i Danmark foregår i hjemmet (2;19).

⁵ Epiduralblokkade, morfin, petidin samt smertelindrende og afslappende ”cocktail”.

2. Problemformulering

Er der i Danmark forudsætninger for at øge hjemmefødselsfrekvensen, og hvad er konsekvenserne heraf? Dette søges analyseret og diskuteret indenfor rammerne af en medicinsk teknologivurdering.

2.1 Begrebsafklaring og afgrænsning

- Med hjemmefødsel menes fødsler, der umiddelbart før fødselens start er planlagt til at foregå i hjemmet.
- Med konsekvenser menes både positive og negative følger for både kvinden, barnet, jordemoderen og samfundets økonomi.
- Der fokuseres udelukkende på lavrisikofødende defineret som: Ét foster i hovedstilling, GA 37+0-41+6, ingen medicinske sygdomme, ingen alvorlige graviditetskomplikationer, ingen sectio antea, ikke igangsættelse af fødslen. (4;3). Vi afgrænser os fra at tage højde for rygestatus og BMI.
- Problemformuleringen søges besvaret indenfor rammerne af Sundhedsloven (12) samt Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2).

3. Metode

Følgende afsnit beskriver først den medicinske teknologivurdering⁶, der anvendes som metode, samt de valgte interessenter. Herefter følger en generel beskrivelse af projektets struktur samt videnskabsteori. Dernæst beskrives hvert enkelt element, herunder valg af MTV-spørgsmål, teori og empiri. Slutteligt beskrives søgestrategien.

3.1 Medicinsk teknologivurdering

MTV er en alsidig vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af medicinsk teknologi (14;16). MTV anvendes som grundlag for prioriteringer og beslutninger i sundhedsvæsnet om indførelse af teknologi og sikrer således, at ressourcerne anvendes på bedste vis under hensynstagen til både patient, organisation, økonomi og etik (14;15). Denne brede vurdering synes relevant i forhold til opgavens problemformulering, hvor vi ønsker at belyse konsekvenser for den fødende, jordemoderfaget og samfundets økonomi ved en øgning af hjemmefødselsfrekvensen.

Medicinsk teknologi defineres bredt af Kristensen et al. (14;16) som: ”*procedurer og metoder til forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering*” I denne kontekst kan hjemmefødsler opfattes som en medicinsk teknologi, idet denne fødselshjælp kan betragtes som en behandling af lavrisikofødende.

MTV baserer sig på flere videnskabelige discipliner bl.a. natur-, human- og samfundsvidenskab, og evidens er det fælles værdigrundlag (14;13). MTV inddeles i fire elementer: *Teknologien, patienten, organisationen og økonomien* (14;17). Inden for hvert element udformes fokuserede MTV-spørgsmål, således at interessenternes informationsbehov tilgodeses (14;29). MTV-spørgsmålene besvares ud fra de bedste videnskabelige metoder for netop dette spørgsmål (14;13). Besvarelsen af MTV-spørgsmålene anvendes til at skabe en samlet syntese, som danner baggrund for konklusion og anbefalinger (14;17).

3.2 Interessenter

Denne MTV rettes imod regionsrådspolitikerne, da de har beslutningskompetence indenfor tilrettelæggelsen af fødselshjælpen herunder organiseringen ved en øgning

⁶ Medicinsk teknologivurdering kaldes herefter MTV

af hjemmefødselsfrekvensen. Endvidere rettes MTV'en mod Sundhedsstyrelsen, da de udarbejder *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

3.3 Projektets struktur

Projektet er struktureret omkring de fire MTV-elementer. Opgaven inddrager alle elementer, idet det synes, at de alle har deres berettigelse i forhold til at belyse problemformuleringen bedst muligt. Grundet opgavens omfang lægges hovedvægten på teknologi- og patientelementet. Dette skyldes, at hvis der ved hjemmefødsler er nedsat patientsikkerhed, eller hvis kvinder ikke ønsker at føde hjemme, synes det ikke relevant at øge frekvensen af hjemmefødsler på trods af mere hensigtsmæssig økonomi og organisering.

Indenfor hvert element redegøres først for anvendt teori og empiri og efterfølgende analyseres empirien, hvilket danner baggrund for besvarelse af MTV-spørgsmålene. Dernæst diskuteres besvarelserne af elementernes MTV-spørgsmål, hvilket udmunder i MTV'ens konklusion og anbefalinger.

3.4 Videnskabsteori

En MTV baserer sig på flere videnskabelige discipliner; samfunds-, natur- og humanvidenskab (14;13). Nedenfor redegøres for disse.

I naturvidenskaben er nogle af grundelementerne *målbarhed*, *årsag* og *virkning*, mens idealet er *objektivitet* (15;56). Det antages, at der eksisterer årsagssammenhænge og målet for naturvidenskabelig forskning er derfor at finde den lovmæssighed, der forbinder årsag og virkning (15;55-56). *Kritisk rationalisme* er en videnskabsteori grundlagt af Karl Popper, som bygger på, at *falsifikationisme* anvendes som demarkationskriterium (15;75-79). Poppers teori er således, at en hypotese ikke kan verificeres, men at vejen mod sikker viden er at forsøge at gøre hypotesen falsk (15;75-79). En naturvidenskabelig tilgang med afsæt i kritisk rationalisme benyttes i teknologielementet, idet vi forsøger at afklare årsagssammenhænge mellem planlagte hjemmefødsler og konsekvenserne heraf.

Humanvidenskabens har individet i centrum, som et bevidst subjekt med tanker og følelser relateret til den verden, det er en del af (15;93). En af grundpositionerne i hu-

manvidenskaben er *hermeneutikken* (15;47). Denne tolkningskunst tager afsæt i *den hermeneutiske cirkel*, hvor grundtanken er det cirkulære forhold mellem helhedsforståelse og delforståelse, da helheden kun forstås i kraft af delene og vice versa (15;96-98). Endvidere benyttes begrebet *forforståelse* (ibid), der henviser til den forståelse, der altid går forud for selve forståelsen. Analyserne af empirien kan således kun forstås ud fra vores forforståelse om hjemmefødsler skabt i kraft af, at vi er 7. semesters jordemoderstuderende og unge, danske kvinder. Humanvidenskaben anvendes som videnskabsteoretisk tilgang i patientelementet, idet vores forforståelse sammen med patientelementets analyse danner en ny helhedsforståelse, som anvendes til at besvare MTV-spørgsmålene.

Samfundsvidenskaben indbefatter de videnskaber, der omhandler samfundet, herunder sociologi, økonomi og politologi (15;45). I samfundsvidenskaben benyttes metoder fra både natur- og humanvidenskaben (14;13). Den samfundsvidenskabelige tilgang benyttes i økonomi- samt organisationselementet.

3.5 Teknologi

I dette afsnit redegøres for valg af MTV-spørgsmål, teori samt empiri indenfor teknologielementet.

3.5.1 Præsentation af MTV-spørgsmål

For at afdække hvilke forudsætninger, der skal være til stede ved en øgning af antallet af hjemmefødsler i Danmark, findes det relevant at undersøge teknologiens sikkerhed herunder mortalitet, morbiditet og indgrebsfrekvens.

Vi stiller derfor følgende MTV-spørgsmål:

- ***Er der signifikant forskel i neonatal og maternal mortalitet og morbiditet ved hhv. hjemmefødsler og fødsler på hospital blandt lavrisikofødende?***
- ***Er der signifikante forskelle i interventionsraten for lavrisikofødende, der føder hhv. hjemme og på hospital? Hvis ja, hvori består disse forskelle?***

Ved mortalitet undersøges maternal og neonatal mortalitet fra fødselens start og til en uge efter fødslen. Ved maternal morbiditet fokuseres på effektmålene: Post partum blødning, uterusruptur, infektion og pyrexia samt suturkrævende bristninger. Ved neo-

natal morbiditet fokuseres på asfyksi ved fødslen, lav apgarscore, interkranielle blødninger, infektion, meconiumaspiration, kramper, pareser og frakturer samt cephalhæmatom.

Til belysning af eventuelle forskelle i interventionsraten fokuseres på akut sectio, instrumentel forløsning, episiotomi, syntocinondrop, epiduralblokade og andre former for medicinsk smertelindring, akupunktur og steriltvandspapler, antibiotikabehandling, elektronisk fosterovervågning, hindesprængning, kateter a demeure, engangskateter, venflon, neonatal genoplivning, respirator- samt nasal CPAP-behandling og indlæggelse på neonatalklinik.

3.5.2 Valg af teori og empiri

For at vurdere validiteten af den valgte empiri anvendes *Evidensbaseret medicin* (16) af Andersen og Matzen og *Rational Klinik* (17) af Wulff og Gøtzsche. Alle er dr. med. og har erfaring indenfor evidensbaseret sundhedsfaglig praksis, hvorfor de findes relevante. Endvidere anvendes *Epidemiologi og Evidens* (18) af Juul, der er cand. med. og lektor ved Århus Universitet. Hans fremlægning af forskningsmetodologi findes anvendelig, da denne lægger vægt på, hvordan brugere af videnskabelig forskning fortolker resultater heri.

I tråd med den naturvidenskabelige tilgang sættes fokus på sikkerheden bag hjemmefødsler herunder mortalitet, morbiditet og indgrebsrate. For at undersøge dette beskrives og analyseres først kohortestudiet ”*Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births*” af de Jonge, van der Goes, Ravelli, Amelink-Verburg, Mol, Nijhuis, Bennebroek Gravenhorst og Buitendijk (19), herefter de Jonge et al., som undersøger den neonatale mortalitet og morbiditet blandt lavrisikofødende i hjemmet i forhold til en tilsvarende gruppe på hospital. Dernæst inddrages kohortestudiet ”*Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician.*” af Janssen, Saxell, Page, Klein, Liston og Lee (20), herefter Janssen et al., som undersøger den neonatale mortalitet og morbiditet, den materielle morbiditet samt interventionsraten ved hjemmefødsler sammenlignet med hospitalsfødsler blandt lavrisikofødende.

3.6 Patient

I dette afsnit redegøres for valg af MTV-spørgsmål, teori samt empiri indenfor patientelementet.

3.6.1 Præsentation af MTV-spørgsmål

Patientelementet belyses ud fra et individuelt perspektiv med fokus på den hjemmefødende kvinde (14;110-111). I en MTV er ”*patient*” et bredt begreb og kan bl.a. være et individ, der har brug for omsorg og støtte (ibid). I denne kontekst kan en fødende kvinde betragtes som en patient, på trods af at hun ikke har en sygdomsdiagnose. I Danmark må de kvinder, der vælger at føde hjemme, betragtes som en minoritet. Derfor synes det relevant at afdække baggrunden for kvinders valg af fødested, for at belyse hvorfor kvinder, der vælger hjemmefødsel, afviger fra det normale. Kvinden kan endvidere betragtes som borger, i det Bech (13) benævner ”*risikosamfundet*”. Da Kristensen et al. (14) angiver, at man i en MTV bør forsøge at belyse risikobilledet, synes det derfor interessant at undersøge, hvorledes kvindens risikooplevelse påvirker hendes valg af fødested. Desuden synes det væsentligt at opnå indsigt i kvinders oplevelser med at føde hjemme, for at afdække hvorvidt det kan være gunstigt at øge frekvensen af hjemmefødsler.

Dette leder frem til følgende MTV-spørgsmål:

- ***Hvorfor vælger kvinder at føde hhv. hjemme eller på hospital?***
- ***Hvorledes influerer kvindens risikooplevelse på hendes valg af fødested?***
- ***Hvordan oplever kvinder at føde hjemme?***

3.6.2 Valg af teori og empiri

Til vurdering af de valgte kvalitative studier anvendes Andersen og Matzen (16), som nævnes i metodeafsnittet for teknologielementet. Kilden anvendes, idet den overordnet beskriver kvalitativ forskning og dennes metoder og begreber. Denne teori suppleres med *InterView* (21) af Kvale og Brinkmann. Kvale var professor i pædagogisk psykologi og er en internationalt anerkendt autoritet indenfor kvalitativ forskning. Brinkmann er cand. psych. og ph.d. Kilden findes relevant, da den uddybende redegø-

rer for interview som dataindsamlingsmetode samt vurderingen af kvaliteten heraf. Til belysning af hvorledes kvindens risikooplevelse influerer på hendes valg af fødested, inddrages *Dialog om det usikre – nye veje i risikokommunikation* (22) af cand. comm. Thomas Breck, der har erfaring indenfor kommunikation i forbindelse med sundhed og risikovurdering. Brecks (22) teori om subjektiv risiko synes derfor relevant til besvarelse af elementets andet MTV-spørgsmål.

I henhold til patientelementets humanvidenskabelige tilgang, sættes den fødende kvinde, hendes valg af fødested og oplevelse af at føde hjemme i centrum. For at undersøge kvinders grunde til at vælge hjemmefødsel redegøres for og analyseres ”*Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth*” af Boucher, Bennett, McFarlin, og Freeze (23), herefter Boucher et al. For at belyse kvinders baggrunde for at føde på hospital beskrives og analyseres ”*Place of delivery in The Netherlands: Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement*” af Kleiverda, Steen, Andersen, Treffers og Eversgaard (24), herefter Kleiverda et al. Dette studie beskriver ligeledes baggrunde for valg af hjemmefødsel, men denne del af studiet anvendes ikke, da studiet af Boucher et al. (23) er nyere og dermed synes mere relevant indenfor nutidig fødekultur. For at undersøge hvorledes kvinders valg af fødested påvirkes af deres risikooplevelse, foretages teoretisk analyse af Boucher et al. (23) samt Kleiverda et al. (24) på baggrund af Breck (22). Til at undersøge kvinders oplevelse af at føde hjemme redegøres for og analyseres ”*A qualitative study of women’s experiences of home birth in Sweden*” af Sjöblom, Nordström og Edberg (25), herefter Sjöblom et al.

3.7 Organisation

I dette afsnit redegøres for valg af MTV-spørgsmål samt empiri indenfor organisationselementet.

3.7.1 Præsentation af MTV-spørgsmål

For at forsøge at afdække de organisatoriske forudsætninger for at hjemmefødselsfrekvensen kan øges i Danmark, stilles følgende MTV-spørgsmål:

- ***Hvilke organisatoriske forudsætninger skal der til for, at det er muligt at øge hjemmefødselsfrekvensen i Danmark?***

Opgavens problemformulering søges, som nævnt i afsnit 2.1, belyst med baggrund i Sundhedsloven (12) og Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2). Ifølge Sundhedsloven (12:§2,§83) har alle ret til let og lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet, herunder jordemoderhjælp ved fødsel i hjemmet. Ifølge *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2;159) bør kvinden ved en hjemmefødsel så vidt muligt assisteres af en jordemoder, hun kender. På baggrund af disse argumenter undersøges organiseringen af hjemmefødsler, hvori der ikke indgår brugerbetaling samt hvor kvinden assisteres af en kendt jordemoder. Ifølge Kristensen et al. (14;132-3) kan man i det organisatoriske element undersøge, hvorledes en teknologi er organiseret andre steder. Med baggrund i dette undersøges organiseringen af hjemmefødsler i *Hjemmefødselsordning Sjælland*, da denne ordning opfylder både Sundhedslovens (12) krav og Sundhedsstyrelsens anbefalinger (2) (bilag 1) og er den største ordning i Danmark (bilag 5), idet den varetager 24.4 %⁷ af alle hjemmefødsler⁸. Desuden har denne organisation formået at øge hjemmefødselsfrekvensen i Region Sjælland fra 0.9 % til 2.4 % (26;97-98).

3.7.2 Valg af teori og empiri

Til vurdering af organiseringen af hjemmefødsler, anvendes teori om organisationsanalyse af Kristensen et al. (14;132). Denne teori synes tilstrækkelig til at belyse de organisatoriske forudsætninger for at øge hjemmefødselsfrekvensen i Danmark, da Kristensen et al. (14;124) beskriver, at formålet med organisationselementet er at skabe overblik over muligheder og begrænsninger ved en given organisation.

Som empiri anvendes en beskrivelse af *Hjemmefødselsordning Sjællands* organisation indhentet via samtale med jordemoder Mie Hammershøj⁹.

Slutteligt besvares MTV-spørgsmålet gennem en organisatorisk analyse af empirien.

⁷ Egen beregning foretaget, se bilag 4, beregning 2.

⁸ Der benyttes tal fra 2007, da det er den nyeste opgørelse foretaget af Sundhedsstyrelsen

⁹ Se bilag 1

3.8 Økonomi

I dette afsnit redegøres for valg af MTV-spørgsmål, teori samt empiri hørende til økonomielementet.

3.8.1 Præsentation af MTV-spørgsmål

Udgangspunktet for økonomielementet er ifølge Kristensen et al. (14) at undersøge, hvorvidt den medicinske teknologi er attraktiv i et samfundsøkonomisk perspektiv. Såfremt frekvensen af hjemmefødsler i Danmark skal øges, synes det relevant at afdække, om dette ville være forbundet med en merudgift for samfundet. Dette leder frem til følgende MTV-spørgsmål:

- ***Hvad koster hjemmefødsler i forhold til hospitalsfødsler for lavrisikofødende?***
- ***Hvilken samfundsøkonomisk konsekvens vil det få, hvis frekvensen af hjemmefødsler øges i Danmark?***

3.8.2 Valg af teori og empiri

Som teori anvendes Alban et al.'s (27) beskrivelse af cost-benefit-analyse samt tjekliste til vurdering af økonomisk analyse. Alban er en anerkendt sundhedsøkonom med stor erfaring indenfor økonomisk analyse. Denne teori anvendes til at vurdere kandidatspecialet ”Hjemmefødsler i Danmark – en samfundsøkonomisk analyse” af Johansen (26), der foretager en cost-benefit-analyse af planlagte hjemmefødsler i forhold til hospitalsfødsler i Danmark.

3.9 Søgestrategi

For at finde relevant empiri valgtes en søgning i databaserne: Pubmed, Cinahl, Cochrane Library og PsychInfo. For at ensrette søgningen valgtes fritekstsøgningerne ”Home birth” samt ”Hospital birth”. Endvidere anvendtes en emnesøgning på ”Home childbirth”. Via nævnte søgning fandtes ingen relevant empiri indenfor organisations-elementet, hvorfor empiri er indsamlet via danske fødesteders hjemmesider, ved tele-

fonopkald til danske fødesteder samt ved internetsøgning på og opkald til private jordemødre¹⁰. Søgestrategien kan læses i sin fulde længde i bilag 2 og 3.

¹⁰ Se bilag 1 og 5

4. Teknologielementet

Følgende afsnit omhandler MTV'ens teknologielement. For at belyse sikkerheden ved hjemmefødsler stilles følgende MTV-spørgsmål:

- *Er der signifikant forskel i neonatal og maternal mortalitet og morbiditet ved hhv. hjemmefødsler og fødsler på hospital blandt lavrisikofødende?*
- *Er der signifikante forskelle i interventionsraten for lavrisikofødende, der føder hhv. hjemme og på hospital? Hvis ja, hvori består disse forskelle?*

Initialt beskrives hjemmefødslen som teknologi. Efterfølgende redegøres for og analyseres først ”*Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births*” af de Jonge et al. (19), som anvendes til at belyse det førstnævnte MTV-spørgsmål. Dernæst redegøres for og analyseres ”*Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician.*” af Janssen et al. (20), der belyser begge MTV-spørgsmål. Afsnittets analyser foretages på baggrund af forskningsmetodologiske teorier og begreber beskrevet af Andersen og Matzen (16), Wulff og Gøtzsche (17) samt Juul (18). På baggrund af disse analyser søges MTV-spørgsmålene indenfor teknologielementet slutteligt besvaret.

4.1 Beskrivelse af teknologien

En hjemmefødsel er en fødsel, der foregår i hjemmet og hører under jordemoderens selvstændige virksomhedsområde. I Danmark er jordemoder en beskyttet titel, og kun en autoriseret jordemoder har ret til at udøve jordemodervirksomhed (28;§55 stk.2,stk.3).

Den praktiserende læge og jordemoderen oplyser om muligheden for at føde hjemme og vurderer sammen med kvinden fordele og ulemper ved dette valg. I Danmark føder ca. 600 kvinder årligt i deres hjem (29;3). Vi anslår dog, at der i 2008 var ca. 26.000 lavrisikofødende¹¹, der kunne visiteres til en hjemmefødsel. Det er kvindens ret at vælge at føde hjemme, og jordemodercenteret kan ikke afvise at deltage ved

¹¹ Grundet manglende mulighed for at fremskaffe data, er der foretaget egne udregninger, se bilag 4, beregning 3.

en hjemmefødsel, uanset at der kan være faglige forhold, der taler imod. Kvinden kan heller ikke overflyttes til hospital mod sin vilje (2;34).

Under graviditeten informeres den gravide og hendes partner om, at lægelig intervention i forbindelse med fødslen kræver overflytning til hospital (2;34-5). Dette skyldes, at jordemoderen i hjemmet kun må anlægge episiotomi samt suturere denne og eventuelle bristninger, anvende inhalationsanalgesi¹², anlægge steriltvandspapler, anlægge infiltrations- og overfladeanalgesi af perineum og i vagina, give barnet K-vitamin, give kvinden uteruskontraherende midler efter fødslen samt anlægge intravenøs adgang på den fødende og give isotonisk saltvand (8;§2-3). Således må kvinden overflyttes, hvis der opstår behov for øget smertelindring fx epiduralblokade, eller komplikationer som dystoci eller føtal distress, der kræver intervention. Sundhedsstyrelsen anslår, at 12-20 % af alle hjemmefødsler må overflyttes til fødeafdeling (2;34-5).

Når kvinden er i fødsel, skal der være en jordemoder til stede. Jordemoderen er ansvarlig for at medbringe det nødvendige udstyr til den spontant forløbende, ukomplicerede fødsel, samt nødhjælpsudstyr til at påbegynde behandling ved komplikationer. Efter fødslen bliver jordemoderen i hjemmet nogle timer for at observere mor og barn og hjælpe med at opstarte amningen (2;159).

4.2 Redegørelse for og analyse af empiri

I følgende afsnit foretages analyse af de to udvalgte kohortestudier med henblik på at belyse hvilke sikkerhedsmæssige konsekvenser og indgrebsfrekvenser, der ses ved hjemmefødsler sammenlignet med fødsler på hospital.

4.2.1 De Jonge et al.: “Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births“ (19)

(Stine Winkler Roswall)

4.2.1.1 Redegørelse

Studiet af de Jonge et al. er i august 2009 publiceret i tidsskriftet *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, der har peer-review. Studiet er et

¹² Inhalationsanalgesi med dinitrogenoxid-oxygen (N₂O-O₂) i en blanding med mindst 50 % ilt.

retrospektivt kohortestudie (17;227) og har dermed evidensgrad IIb (16;54-55). Studiet bygger på data fra perioden 1. januar 2000 til 31. december 2006 og er finansieret af The Dutch Ministry of Health.

Formålet med studiet er, at sammenligne frekvenserne af perinatal mortalitet og svær morbiditet ved henholdsvis planlagte hjemmefødsler og planlagte hospitalsfødsler blandt lavrisikofødende, der påbegyndte fødslen med en jordemoder som fødsels-hjælper (19;1177). Studiets effektmål (16;207) er intrapartum fosterdød, neonatal død indenfor det første døgn efter fødslen, neonatal død indenfor den første uge efter fødslen og indlæggelse på neonatalafdeling (19;1177).

Studiet inkluderer 529.688 lavrisikogravide med ét foster i hovedstilling, der gik spontant i fødsel ved gestationsalder 37+0-41+6 og som ved fødsels start var i jordemoderregi. De fødende i studiet kunne frit vælge hjemme- eller hospitalsfødsel assisteret af en jordemoder (19;1178-9). Kvinder med sectio antea, tidligere post partum blødning, vandafgang mere end 24 timer uden veer, intrauterin fosterdød før fødslen eller som ventede et foster med medfødte misdannelser blev ekskluderet fra undersøgelsen (19;1179). Studiet er baseret på registerdata (19;1178).

Resultaterne er justeret for specificerede confoundere¹³ (18;99,240-41) og viser, at der mellem hjemme- og hospitalsfødsler ikke er signifikante forskelle på risikoen for neonatal død samt indlæggelse på neonatalklinik. Der var endvidere ikke signifikante forskelle i risikoen for intrapartum død, død indenfor det første døgn, død indenfor den første uge og indlæggelse på neonatalklinik (19;1181-2), se desuden tabel 4.1.

¹³ Paritet, gestationsalder, maternel alder, etnisk baggrund og socioøkonomisk status

Tabel 4.1

Parameter	Resultat
Intrapartum død	RR 0.97 (CI: 0.69-1.37)
Intrapartum død og død indenfor det første døgn	RR 1.02 (CI: 0.77-1.36)
Intrapartum død og død indenfor den første uge	RR 1.00 (CI: 0.78-1,27)
Indlæggelse på neontalklinik	RR 1.00 (CI: 0.86-1.16)

Tabel 4.1 viser resultater fra studiet af de Jonge et al. (19) Resultaterne er angivet i relativ risiko (RR) og med konfidensinterval (CI) Resultater er opgjort i relation til fødsel planlagt til at foregå på hospital (19;1181).

4.2.1.2 Analyse

Studiets interne validitet (18;126,250) styrkes af det høje antal af inkluderede kvinder. En ulempe ved, at studiet er retrospektivt, er, at data er indsamlet før studiet er påbegyndt, og der derfor kan mangle data. Datasættet er kun tilnærmelsesvist komplet, idet der mangler nogle data for neonatal behandling (19;1178). Hvor stor en del af data, der mangler, er ikke angivet. Dette svækker studiets interne validitet, da det ikke er muligt at afgøre, om denne mangel på data har ændret på udkommet. De Jonge et al. (19;1181-2) angiver, at disse data mangler som følge af pædiateres manglende vilje til at deltage i registreringen. Dette ses som en bias og har muligvis betydning for studiets resultater, men det kan dog formodes, at det fører til en underrepræsentation i begge grupper, og at det derfor ikke nødvendigvis påvirker resultatet. Endvidere angives det, at data om perinatal mortalitet er komplet. Studiets resultater er analyseret efter intention-to-treat (18;156-157), således er data opgjort på baggrund af kvinders planlagte fødested, og ikke det faktiske fødested.

Studiets interne validitet styrkes af, at det er finansieret af den hollandske stat. Det kan således formodes, at der ikke er interesse-bias (16;82-83).

Kvinderne har frit kunnet vælge fødested; 60.7 % planlagde at føde hjemme og 30.8 % valgte at føde på hospitalet. For de resterende 8.5 % er valg af fødested ukendt. Data for disse tre grupper af kvinder er opgjort hver for sig. Den eneste signifikante forskel, der er fundet i studiet, viser, at kvinder, hvis valg af fødested er ukendt, har en højere risiko for at få deres barn indlagt på neonatalklinik. Denne gruppe af kvinder

tilhører muligvis en særlig risikogruppe, fx stofmisbrugere eller kvinder, der ikke er fulgt løbende i graviditeten. Havde disse kvinders valg af fødested været kendt, kunne dette muligvis have ændret på resultaterne.

Studiets eksterne validitet (18;126,250) styrkes af den klare redegørelse for hvilke in- og eksklusionskriterier (17;156), der har været anvendt i udvælgelsen af data. Endvidere synes det, at resultater fra dette studie kan anvendes i en dansk kontekst, idet de hollandske kriterier for hjemmefødsel (19;1179) svarer til jordemoderens virksomhedsområde i Danmark (8).

4.2.2 Janssen et al.: Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician (20)

(Rebecca Perriton Veilgaard Rasmussen)

4.2.2.1 Redegørelse

Artiklen af Janssen et al. er publiceret i tidsskriftet *Canadian Medical Association Journal*, der har peer-review, i september 2009. Studiet er et prospektivt kohortestudie (17;227) og har dermed evidensgrad IIb (16;55). Studiet bygger på data fra British Columbia indsamlet perioden 1. januar 2000 til 31. december 2004 og er finansieret af Canadian Institutes of Health Research.

Målet med studiet er at sammenligne udkommet for mor og barn ved planlagte hjemmefødsler med jordemoder i forhold til planlagt hospitalsfødsel med jordemoder eller læge. Da en ukompliceret fødsel i Danmark ikke ville blive varetaget af en læge, har vi valgt at se bort fra denne kontrolgruppe. Effektmålene (16;207) er den perinatale mortalitet, frekvensen af obstetriske interventioner, samt komplikationer for mor og barn.

Studiepopulationen (18;249) inkluderer alle kvinder, der umiddelbart inden fødselstidspunktet planlægger en hjemmefødsel (20;378-379). Inklusionskriterierne (17;156) for studiet er: ét foster i hovedstilling, gået i fødsel ved GA 37+0-41+6, spontan fødsel eller ambulans igangsættelse, ingen medicinske sygdomme eller obstetriske komplikationer, ikke mere end ét tidligere sectio og at kvinden ikke er overflyttet fra et andet hospital i graviditeten (20;378). 2899 kvinder er inkluderet i studiegruppen, ved efterfølgende undergruppeanalyser er kvinder med sectio antea og fødsel efter igang-

sættelse¹⁴ dog ekskluderet (20;378-379). 4752 kvinder, der planlagde en hospitalsfødsel med jordemoder og som opfyldte kriterierne for kunne føde hjemme samt ikke var sectio antea, er inkluderet i kontrolgruppen (ibid).

Studiets resultater viser, at der ikke er signifikant forskel i perinatal mortalitet for planlagt hjemmefødsel og planlagt hospitalsfødsler med jordemoder. Ved undergruppeanalyserne er resultaterne fortsat ikke signifikante. Af de planlagte hjemmefødende fødte 78,8 % hjemme, og af de planlagte hospitalsfødsler fødte 96,9 % på hospital. Der er signifikant færre obstetriske interventioner i studiegruppen på hver enkelt af de målte interventioner, herunder: elektronisk fosterovervågning, episiotomi, syntocinondrop og/eller hindsprængning, epiduralblokade, medicinsk smertelindring intramuskulært eller intravenøst, instrumentel forløsning og akut sectio (20;382). Kvinder, der fødte hjemme, havde signifikant færre 3.- og 4.grads bristninger og postpartum blødninger samt lavere forekomst af pyrexia¹⁵. Der er dog ingen signifikant forskel i frekvensen af infektion¹⁶ (20;379). Børn født hjemme havde signifikant mindre behov for neonatal genoplivning, mindre behov for ilt efter 24 timer, mindre risiko for at have pådraget sig et fødslestraume¹⁷ og have en apgarscore <7 ved 1 min (20;379,382). Der var ingen signifikant forskel på frekvensen af apgarscore <7 ved 5 min, asfyksi ved fødslen, meconiumaspiration, kramper, behov for assisteret ventilation >24 timer efter fødslen samt indlæggelse efter hjemmefødsel eller genindlæggelse efter hospitalsfødsel (ibid). Resultaterne er desuden opgjort i tabel 4.2 og 4.3.

¹⁴ Indbefatter prostaglandin stikpiller, syntocinondrop og/eller hindsprængning.

¹⁵ Temperatur >38,0 °C

¹⁶ Cystitis, sårinfektion og purperal feber

¹⁷ Inkluderer cephalhæmatom, interkraniale blødninger, fraktur af clavícula, ekstremiteter og kranie, facialis parese, Duchenne Erbs parese og udefinerede fødselstraumer.

Tabel 4.2

Neonatale parametre	Resultater
Neonatal mortalitet	
Dødfødt barn efter 20. uge i graviditeten til 7 levedage efter fødslen.	RR 0.61 (CI: 0.06-5.88)
Neonatal morbiditet med signifikante forskelle	
Neonatal genoplivning	RR 0.23 (CI: 0.24-0.59)
Behov for ilt efter 24 timer	RR 0.37 (CI: 0.14-0.37)
Fødslestraume ¹⁸	RR 0.26 (CI: 0.11-0.58)
Apgarscore <7 ved 1 min	RR 0.76 (CI: 0.66-0.88)
Neonatal morbiditet med ikke-signifikante forskelle	
Apgarscore <7 ved 5 min	RR 0.92 (CI: 0.58-1.47)
Asfyksi ved fødslen	RR 0.79 (CI: 0.30-2.05)
Meconiumaspiration	RR 0.83 (CI: 0.38-1.81)
Kramper	RR 0.61 (CI: 0.12-3.03)
Assisteret ventilation >24 timer efter fødslen	RR 1.02 (CI: 0.34-3.04)
Indlæggelse efter hjemmefødsel eller genindlæggelse efter hospitalsfødsel	RR 1.09 (CI: 0.83-1.42)

Tabel 4.2 viser resultater for neonatale parametre fra studiet af Janssen et al. (20)

¹⁸ Inkluderer cephalhæmatom, interkraniale blødninger, fraktur af clavícula, ekstremiteter og kranie, facialis parese, Duchenne Erbs parese og udefinerede fødselstraumer.

Tabel 4.3

Maternelle parametre	Resultater
Maternel morbiditet og interventioner med signifikante forskelle	
Elektronisk fosterovervågning	RR 0.32 (CI: 0.29-0.36)
Episiotomi	RR 0.49 (CI: 0.38-0.63)
Syntocinondrop og/eller hindsprængning	RR 0.59 (CI: 0.55-0.69)
Epiduralblokade	RR 0.39 (CI: 0.33-0.46)
Medicinsk smertelindring intramuskulært eller intravenøst	RR 0.27 (CI: 0.22-0.32)
Instrumentel forløsning	RR 0.41 (CI: 0.33-0.52)
Akut sectio	RR 0.76 (CI: 0.64-0.91)
3.- og 4.grads bristninger	RR 0.43 (CI 0.29-0.63)
Postpartum blødning	RR 0.62 (CI: 0.49-0.77)
Pyrexia ¹⁹	RR 0.43 (CI: 0.29-0.77)
Maternel morbiditet med ikke-signifikante forskelle:	
Infektion	RR 0.39 (CI: 0.13-1.14)

Tabel 4.3 viser resultater for maternelle parametre fra studiet af Janssen et al. (20)

4.2.2.2 Analyse

Studiet styrkes af at være publiceret i et tidsskrift med peer-review samt af, at det er finansieret af Canadian Institutes of Health Research, der ingen indflydelse har haft på studiet (20;383).

Da studiet er prospektivt (17;227) øges sandsynligheden for, at dataindsamlingen er komplet og anvendelig i forhold til effektmålene (16;207). Effektmålene synes at være målt ens i grupperne, da det er den samme gruppe af jordemødre, der forestår fødslerne og indberetningen af data i begge grupper. Herved ses således ingen informationsbias (18;243). At begge grupper behandles af de samme jordemødre styrker studiets interne validitet (18;126,250), idet det må formodes, at behov for interventioner vurderes og behandles ens uanset fødested. Studiets data er analyseret efter princippet om intention-to-treat (18;156-157), da resultaterne for fødslerne er analyseret

¹⁹ Temperatur >38,0°C

efter, hvor de var planlagt til at foregå. Indsamling og behandling af data vurderes derfor at være valid.

Studiets interne validitet styrkes af, at alle fødende i British Columbia, der opfyldte inklusionskriterierne, er inkluderet, således er der i denne sammenhæng ikke forekommet selektionsbias (18;248). Der er endvidere ingen drop-outs (17;171), hvilket ligeledes styrker studiets interne validitet. Via baseline-characteristics²⁰ er det undersøgt om studie- og kontrolgruppen synes sammenlignelige (20;380). Janssen et al. (20) gør opmærksom på, der i hjemmefødselsgruppen er en tendens til at være færre nullipara og enlige mødre, men de har kun valgt at justere resultaterne²¹ for paritet. Det kan dog tænkes, at kvinder uden støtte fra en partner under fødslen kunne have en anden frekvens af komplikationer og heraf følgende interventioner end kvinder med partner. Endvidere ses det i opgørelsen over baseline-characteristics, at der i hjemmefødselsgruppen var færre kvinder under 25 år, færre, der indtog alkohol, færre rygere samt færre, der fik foretaget ultralyd før 20. graviditetsuge. Desuden havde kvinderne i hjemmefødselsgruppen en lavere gennemsnitsindkomst (20;380). At forfatterne kun har justeret for nullipara er kritisabelt, da de dermed kun har elimineret denne ene selektionsbias. De andre forskelle grupperne imellem kan ligeledes medføre confounding (18;241), men disse har forfatterne ikke taget højde for. Fx kunne det tænkes, at et øget antal af alkoholforbrugere vil påvirke studiets resultater, da: *"et stort alkoholforbrug øger risikoen for abort, dødfødsel, for tidlig fødsel, væksthæmning af fosteret og misdannelser."* (2;91).

Det er endvidere undersøgt på de nævnte parametre, om de 6 % af kvinder i British Columbia, der vælger at føde med en jordemoder, adskiller sig fra de 94 % kvinder, der vælger en obstetriker. Ud fra disse beregninger synes grupperne sammenlignelige for de nævnte parametre, men det kan ikke udelukkes, at grupperne af kvinder er forskellige på andre punkter end de anførte fx personlighed (20;383). Denne mulige selektionsbias kunne tænkes at svække studiets interne validitet og herigennem også studiets eksterne validitet (18;126,250).

²⁰ Følgende baseline-characteristics er undersøgt; højde, vægt, alder, BMI, paritet, rygestatus, husstandens indkomst, kvindens civilstand, forbrug af alkohol og stoffer under graviditeten, gestationsalder ved 1. graviditetskontrol, antal af kontroller samt om der er foretaget scanning før 20. uge (20;380).

²¹ Medicinsk smertelindring intramuskulært eller intravenøst, epiduralblokade, sectio, episiotomi, 3.- og 4.-grads bristninger.

Den eksterne validitet er som udgangspunkt god, idet studiets in- og eksklusionskriterier (17;156) er veldefinerede, og den interne validitet er acceptabel. Da undergrubeanalyserne ekskluderer kvinder med sectio antea og igangsatte fødsler, er hjemmefødselskriterierne sammenlignelige med danske forhold. (20;379-380). Det kan ikke udelukkes, at canadiske kvinder adskiller sig fra danske kvinder på en række områder, men hjemmefødselsfrekvensen i British Columbia er ca. 2 %, hvilket er sammenligneligt med den danske. Samtidigt er de canadiske jordemødre, som i Danmark, forpligtet til at oplyse kvinderne om deres ret til at føde hjemme, hvis kriterierne for hjemmefødsel er opfyldt (20;378). Forfatterne pointerer selv, at deres resultater kun kan benyttes i en kontekst, hvor jordemødre er registrerede og har omfattende akademisk og klinisk træning (20;338). Dette vurderes at indbefatte danske forhold, hvorfor studiets resultater menes at kunne anvendes i en dansk kontekst.

4.3 Besvarelse af MTV-spørgsmål

- ***Er der signifikant forskel i neonatal og maternel mortalitet og morbiditet ved hhv. hjemmefødsler og fødsler på hospital blandt lavrisikofødende?***

Maternel mortalitet og morbiditet:

Ingen af studierne anførte den materielle mortalitet som et effektmål. Det må formodes, men kan ikke antages, at eventuelle materielle dødsfald ville blive behandlet i studiernes resultater. Det er derfor ikke muligt at svare på denne del af MTV-spørgsmålet ud fra de anvendte studier. Dog viser studiet ”*Meta-analysis of the Safety of Home Birth*” (30) af Olsen baseret på 24.000 kvinder ingen materielle dødsfald, hverken på hospital eller i hjemmet. Denne metaanalyse blev under den foretagne søgning fravalgt, da der bl.a. indgik lægjordemødre som fødselshjælpere, hvilket ikke synes at kunne overføres til en dansk kontekst.

Der redegøres for den materielle morbiditet i Janssen et al. (20;382), hvor det påvises, at kvinder, der føder hjemme, har signifikant færre 3.- og 4.grads bristninger, færre tilfælde af postpartum blødning samt mindre forekomst af pyrexia²². Der ses ingen signifikant forskel grupperne imellem i frekvensen af infektion²³.

Neonatal mortalitet og morbiditet:

Ifølge de Jonge et al. (19;1181-2) ses ingen signifikante forskelle i antallet af tilfælde af intrapartum neonatal død, samt neonatal død i den første leveuge. Janssen et al. (20;382) understøtter dette fund, idet dette studie ej heller finder signifikante forskelle i den perinatale mortalitet.

Janssen et al. (ibid) finder, at den neonatale morbiditet er ens for børn født hjemme og børn født på hospital i forhold til frekvensen af apgarscore <7 ved 5 min, asfyksi ved fødslen, meconiumaspiration, kramper, behov for assisteret ventilation >24 timer efter fødslen samt indlæggelse efter hjemmefødsel eller genindlæggelse efter hospitalsfødsel (ibid). Endvidere finder studiet (ibid), at børn født hjemme har lavere risiko for at pådrage sig et fødslestraume²⁴ og have en apgarsco-

²² Temperatur >38,0 °C

²³ Cystitis, sårinfektion og purperal feber

²⁴ Inkluderer cephal hæmatom, interkranielle blødninger, fraktur af clavícula, ekstremiteter og kranie, facialis parese, Duchenne Erbs parese og udefinerede fødselstraumer.

re <7 ved 1 min. De Jonge et al. (19;1182) finder desuden, at der ikke er signifikant forskel i frekvensen af børn indlagt på neonatalklinik efter hjemmefødsel eller hospitalsfødsel.

Det kan dermed konkluderes, at den neonatale mortalitet ikke påvirkes af fødestedet, samt at den samlede maternelle og perinatale morbiditet er lavere ved fødsler planlagt til at foregå i hjemmet. Endvidere kan det på baggrund af Olsen (30) formodes, at den maternelle mortalitet ej heller påvirkes af fødestedet.

- ***Er der signifikante forskelle i interventionsraten for lavrisikofødende, der føder hhv. hjemme og på hospital? Hvis ja, hvori består disse forskelle?***

Maternelle interventioner:

Ifølge Janssen et al. (20;382) foretages signifikant færre interventioner blandt kvinder, der føder hjemme frem for på hospital, i forhold til elektronisk fosterovervågning, episiotomi, syntocinondrop, hindsprængning, epiduralblokade, medicinsk smertelindring intramuskulært eller intravenøst, instrumentel forløsning og akut sectio. Der ses endvidere færre tilfælde af 3. og 4. grads bristninger ved hjemmefødsler. Således må det formodes, at kvinder, der føder på hospital, oftere sutureres.

Neonatale interventioner:

For børn født hjemme ses signifikant færre interventioner i forhold til neonatal genoplivning og behov for iltbehandling > 24 timer efter fødslen (ibid)

Hermed må det konkluderes, at der er en lavere interventionsrate ved hjemmefødsler frem for hospitalsfødsler.

4.4 Forbehold

Som beskrevet i analyserne, har der været mulighed for selektionsbias samt mangelfuld dataindberetning af neonatal morbiditet. Derfor bør der tages forbehold for

studiernes validitet, og dermed besvarelsen af MTV-spørgsmålene. Disse besvarelser er dog bygget på de mest relevante, tilgængelige studier.

Der er ikke redegjort for alle interventioner, som anvendes ved fødsler i Danmark, herunder anlæggelse af engangskateter, kateter a demeure, venflon, akupunktur, antibiotikabehandling som følge af pyrexia, steriltvandspapler, pudendusblokada samt bedøvelse ved suturering. Det havde været hensigtsmæssigt at kende frekvensen af disse interventioner for bedre at kunne bedømme den samlede interventionsrate. Disse var dog ikke effektmål i de tilgængelige, relevante studier.

5. Patientelementet

I følgende afsnit behandles MTV'ens patientelement i forsøget på at belyse patientperspektivet ved hjemmefødsler. De valgte MTV-spørgsmål er som følger:

- *Hvorfor vælger kvinder at føde hhv. hjemme eller på hospital?*
- *Hvorledes influerer kvindens risikooplevelse på hendes valg af fødested?*
- *Hvordan oplever kvinder at føde hjemme?*

Initialt redegøres for Brecks (22) teori om subjektiv risiko. For at belyse første MTV-spørgsmål redegøres for og analyseres ”*Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth*” af Boucher et al.(23) samt “*Place of delivery in The Netherlands: Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement*“ af Kleiverda et al. (24). Analyserne foretages på baggrund af kvalitativ forskningsteori som beskrevet af Andersen og Matzen (16) samt Kvale og Brinkmann (21). For at undersøge det andet MTV-spørgsmål foretages en teoretisk analyse af Boucher et al. (23) samt Kleiverda et al. (24) ud fra Brecks (22) teori om subjektiv risiko. Til at belyse det tredje MTV-spørgsmål redegøres for og analyseres “*A qualitative study of women’s experiences of home birth in Sweden*” af Sjöblom et. al. (25). Slutteligt besvares de valgte MTV-spørgsmål.

5.1 Teori om subjektiv risiko

I det følgende afsnit redegøres for Brecks (22) teori om subjektiv risiko, der anvendes til at belyse, hvorledes kvinders risikooplevelse influerer på deres valg af fødested.

I 70’erne og 80’erne satte de amerikanske psykologer Slovic og Fischhoff fokus på, hvorfor lægfolk og eksperter opfatter risici forskelligt. Dette udmøntede sig i et paradigmeskift fra den rene kvantitative risikovurdering til en anerkendelse af begrebet **subjektiv risiko**, hvor kvalitative faktorer ligeledes påvirker oplevelsen og accepten af risiko (22;35-38).

Breck (22;38) inddeler de **subjektive risikofaktorer** i fire kategorier. I tabel 5.1 angives kategorierne, samt hvilken risiko individet oplever som følge heraf.

Tabel 5.1:

	Mindre risikooplevelse	Større risikooplevelse
Kendskab og fortrolighed	Gammel Velkendt Fortrolig med	Ny Ukendt Ikke fortrolig med
Indflydelse og kontrol	Frivillig Kontrollerbar Selvvalgt	Ufrivillig Ikke kontrollerbar Påtvunget af andre
Nytte og retfærdighed	Personlig fordel Nyttig Retfærdig	Ingen personlig fordel Unyttig Uretfærdig
Virkning og konsekvens	Forsinket Kronisk Ikke dødelig	Umiddelbar Katastrofal Dødelig

I tabel 5.1 angives de fire kategorier som Breck (22;38) beskriver, samt hvorvidt de hos individet giver anledning til en mindre eller større risikooplevelse.

Det er således væsentlig for oplevelsen af risiko, om den opfattes gammel og velkendt eller ny og ukendt. Desuden er det vigtigt, om individet er fortrolig med risikofaktoren eller ej. I forhold til indflydelse og kontrol er det afgørende, om risikoen er selvvalgt samt om man oplever en følelse af kontrol. Indenfor faktorerne nytte og retfærdighed indgår personens afvejning af fordele og ulemper. Risikoen for hændelser, der rammer vilkårligt, opfattes som mindre acceptable end ved en mere retfærdig fordeling af fordele og ulemper. Slutteligt er det essentielt, om risikoen indtræffer omgående eller forsinket, og hvorvidt der er tale om en dødelig eller ikke dødelig trussel (22;36-38).

5.2 Redegørelse for og analyse af empiri

I det følgende afsnit redegøres for og analyseres de tre valgte studier, for at kunne besvare MTV-spørgsmålene.

5.2.1 Boucher et al.: "Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth" (23)

(Rebecca Perriton Veilgaard Rasmussen)

5.2.1.1 Redegørelse

Studiet er en deskriptiv kvalitativ undersøgelse og er publiceret i 2009 i Journal of Midwifery & Women's Health. Det oplyses ikke, hvordan studiet er finansieret. Studiets formål er at undersøge amerikanske kvinders grunde til at vælge en hjemmefødsel.

Studiet er foretaget af fire forskere, der er hhv. jordemoder, neonatalsygeplejerske, assisterende professor i Department of Maternal Child Nursing og PhD i amerikanske studier med vægt på fødsel og barselspleje.

I interviewet blev der stillet det åbne spørgsmål: "Why did you choose home-birth?" samt demografiske spørgsmål (23;120).

Undersøgelsen var tilgængelig på internettet fra august 2006 - maj 2007. Den blev annonceret til sundhedsprofessionelle, der udbød hjemmefødsel, og disse anmodede herefter deres patienter om at deltage (ibid). 272 deltog. Hvis respondenterne ikke var kvinder, bosiddende i USA, eller udelukkende havde planlagt fødsel på hospital eller fødeklinik blev vedkommende ekskluderet. I alt inkluderedes 160 kvinder (ibid), hvoraf hovedparten var veluddannede (66.8 %), kaukasiske (86.9 %) og gifte (91.2 %) (23;121).

Efter anonymisering blev svarene analyseret efter Sandelowskis princip om kvalitativ deskription²⁵ (23;120). Der blev identificeret 508 grunde til at vælge hjemmefødsel, som blev kategoriseret af flere forskere. Dette resulterede i 26 temaer, der beskriver baggrunden for, at amerikanske kvinder vælger en hjemmefødsel (23;122). De hyppigste grunde er: Sikkerhed og bedre udkomme, interventionsfri fødsel, negativ tidligere hospitalsfødsel, kontrol samt trygge, kendte omgivelser. Derudover nævnes bl.a. uforstyrrelse, ubehag ved hospital og læger, valg af specifik fødselshjælper, opfyldelse af specifikke ønsker, medicinfri, medinddragelse af familie, fredelig oplevelse, undgå sectio, ingen transport, ingen tidsbegrænsning på fødselens varighed, tradition for hjemmefødsel og frygt (23;123).

²⁵ Dette princip indebærer, at analysen foretages uden yderligere tolkning fra forskernes side. (31)

5.2.1.2 Kritisk analyse

Forskningsspørgsmålet (16;179-80) er klart defineret og den kvalitative metode synes anvendelig til at belyse kvinders årsager til at vælge en hjemmefødsel. Da det ikke angives, hvorledes studiet er finansieret, kan det ikke udelukkes, at dette kan have medført bias.

Forskerne redegører ikke for deres forforståelse (16;181). Dette er kritisabelt, da denne har indflydelse på, hvordan de opfatter og analyserer kvindernes svar og kan således være årsag til bias. Dog har forskernes forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, hvorfor det kan tænkes, at forskerne har forskellige forforståelser, hvad angår hjemmefødsler.

Forskerne er opmærksomme på, at kvinderne i studiet ikke nødvendigvis er et bredt udsnit af alle kvinder, der planlægger hjemmefødsel (23;124). Dette ses via de demografiske data. Derudover kunne kun kvinder med internetadgang deltage i undersøgelsen, hvilket bl.a. kan tænkes at ekskludere kvinder, der har færre økonomiske midler. Dette er en selektionsbias (16;185), der forstærkes af, at kvinderne selv har valgt, hvorvidt de ville deltage. En bias, der ligeledes kan have påvirket selektionen, er, at nogle af de sundhedsprofessionelle, der skulle advisere patienterne om undersøgelsen, kan have undladt at gøre dette (ibid). Der synes dog at være opnået datamætning (16;184-5), idet der er 5-38 svar i de 26 temaer.

Dataindsamlingen (16;185-6) er beskrevet nøje, og kvinderne har selv formuleret og nedskrevet deres svar på internettet. Det er samtidig grundigt beskrevet og refereret hvilken metode, der benyttes i analysen. Alt dette styrker studiets troværdighed. Fire forskere har været involveret i analysen af svarene og ved uoverensstemmelse er svarene diskuteret og rekategoriseret. Forskerne har under analysen ikke haft adgang til de demografiske oplysninger om respondenterne (23;120). Dette øger sandsynligheden for korrekt tolkning og kategorisering og mindsker risikoen for bias. Troværdigheden af resultaterne kunne være øget, hvis flere forskere uafhængigt af hinanden havde foretaget opdelingen i temaer og kategoriseringen af svarene.

USA har en vestlig kultur lig den danske, dog adskiller den amerikanske fødekultur sig på flere områder. Bl.a. foretages der flere indgreb, og de fleste fødsler varetages af obstetrikere (23;124). Dog varetages over halvdelen af de 1 % hjemmefødsler i

USA af en jordemoder. Dette minder om den danske fødekultur og øger dermed sandsynligheden for, at resultaterne fra studiet kan overføres til en dansk kontekst. Dette bør dog ske med forbehold for selektionsbias, da de inkluderede kvinder ikke er fuldstændig repræsentative for den samlede gruppe kvinder i USA, der vælger hjemmefødsel. De inkluderede kvinder er dog sammenlignelige med danske kvinder, idet hovedparten af begge grupper er veluddannede, kaukasiske kvinder²⁶.

5.2.1.3 Teoretisk analyse

Ifølge Boucher et al. (23) er en af de hyppigste grunde til at vælge en hjemmefødsel den tryghed, der er i at være i kendte, fredelige og uforstyrrede omgivelser. For nogle kvinder er hjemmefødsler desuden en familietradition, og de er dermed bekendte med fænomenet. Disse kvalitative faktorer falder under Brecks (22;38) kategori *kendskab og fortrolighed*, hvor en risiko som er gammel, kendt og som man er fortrolig med opleves som mindre. I denne kontekst mindskes kvindernes risikooplevelse, idet de i hjemmet føler sig fortrolige og bekendte med situationen. Samtidigt nævnes ubehag og frygt for hospitaler og læger som grund for valget af hjemmefødsel (23;122). Ifølge Breck (22;38) opleves risikoen ved en situation som større, hvis den er ny, ukendt og hvis man ikke er fortrolig med den. I dette lys kan det tolkes som, at de nye omgivelser og det ukendte miljø på hospitalet giver kvinderne en større risikooplevelse, end hvis fødselen foregår i hjemmet.

Kvinderne oplever at have stor kontrol over og medbestemmelse ved hjemmefødsler, da de selv vælger hvem, der skal være til stede og kan få specifikke ønsker opfyldt (23;122). Dette hører under Brecks (22;38) kategori *indflydelse og kontrol*, hvor en situation, der netop er frivillig, selvvalgt og kontrollerbar, opleves som mindre risikofyldt. Ud fra dette kan det tolkes som, at risikooplevelsen er mindre ved en hjemmefødsel. Samtidig associerer nogle kvinder en hospitalsfødsel med, at den er tidsbegrænset, og at de vil få medicin eller få foretaget indgreb, de ikke ønsker (23;122). Når en situation er ufrivillig, ukontrollerbar eller påtvunget af andre, giver

²⁶ 61 % af Danmarks befolkning har en uddannelse over gymnasialt niveau, flere kvinder end mænd har en uddannelse (32). 66,8 % af kvinderne i studiet har en tilsvarende uddannelse (23;121). 90,5 % af den danske befolkning har etnisk dansk baggrund (33). 86,9 % af kvinderne i studiet er kaukasiske (23;121)

den ifølge Breck (22;38) en større risikooplevelse. Set i lyset af dette medfører det tab af kontrol, som kvinderne oplever ved en hospitalsfødsel, en større risikooplevelse.

Kvinderne angiver, at en hjemmefødsel giver dem en række personlige fordele: Undgå transport til hospital, opfyldelse af specifikke fødselsønsker samt inddragelse af familiemedlemmer (23;122). At en situation opleves som nyttig og fordelagtig, er en del af Brecks (22;38) kategori *nytte og retfærdighed*, hvor disse faktorer giver en mindre risikooplevelse. I henhold hertil oplever kvinderne desuden, at det er ufordelagtigt, at der på hospitalet foretages unødvendige interventioner (23;122). På baggrund af Brecks (22;38) teori, synes nytteværdien således størst for kvinderne ved en hjemmefødsel og risikooplevelsen dermed mindre end ved en hospitalsfødsel.

Den hyppigst nævnte grund til valg af hjemmefødsel er, at sikkerheden herved opleves som større end ved en hospitalsfødsel (23;122). Hvis en person finder, at en situation indeholder katastrofale og dødelige risikofaktorer, opleves den som mere risikofyldt, hvilket hører under kategorien *virkning og konsekvens* (22;38). Det synes plausibelt, at kvinderne ikke oplever disse risikofaktorer som værende til stede ved en hjemmefødsel, men at et katastrofalt eller dødeligt udkomme i højere grad er tilstedeværende ved en hospitalsfødsel. I relation til Breck (ibid) opleves en hjemmefødsel dermed som mindre risikofyldt end en hospitalsfødsel.

5.2.2 Kleiverda et al.: "Place of delivery in The Netherlands: Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement" (24)

(Stine Winkler Roswall)

5.2.2.1 Redegørelse

Artiklen af Kleiverda et al. er publiceret i *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* i september 1990. Studiet er kvalitativt og baseret på interview af enkeltpersoner. Der redegøres ikke for, hvornår data er indsamlet. Studiet er finansieret af det hollandske socialministerium og sundhedsministerium samt WHO. Studiets formål er at afdække kvinders årsager til valg af fødested (24;1).

170 førstegangsfødende med ukomplicerede graviditeter er inkluderet i studiet. Kvinderne blev udvalgt fra otte uafhængige jordemoderklinikker i Amsterdam (24;2). 100 kvinder ønskede at føde hjemme, 45 ønskede at føde på hospital, 25 kvinder var i

tvivl om valg af fødested (24;1). Alle kvinder blev interviewet i 18. graviditetsuge. Der blev stillet åbne spørgsmål for at afdække kvindernes motiv for valg af fødested. Det er ikke angivet, hvorledes spørgsmålene er formuleret. Der blev tillige indsamlet oplysninger om kvindernes alder, erhvervsstatus, uddannelsesniveau, helbred, psykosociale helbred, selvværd, specifik angst i relation til graviditet og fødsel samt deres syn på kønsroller (24;3). Den valgte forskningsmetode inkluderede således både et semi-struktureret interview samt et spørgeskema (ibid).

Studiets resultater viser, at kvinder ønsker at føde på hospital, fordi de mener, at der her er større sikkerhed end i hjemmet, idet der er mulighed for eksperthjælp ved komplikationer (24;4). Andre, mindre hyppige argumenter er, at kvinderne ikke ønskede det ”griseri”²⁷, der følger med en hjemmefødsel, at de ikke ønskede en akut overflyttelse til hospital pga. komplikationer eller at deres partner foretrak en hospitalsfødsel (ibid).

5.2.2.2 Kritisk analyse

Forskningsspørgsmålet er klart formuleret, og det synes relevant at anvende en kvalitativ metode til at belyse, hvorfor kvinder vælger at føde på hospital. Forskerne anvender både det semistrukturerede interview (16;182) og spørgeskema, men disse kvalitative metoder er ikke velbeskrevne. Dette er kritisabelt, idet studiets metode dermed er svært gennemskuelig for læseren (16;179-80). Dette forstærkes af, at den præcise formulering af spørgsmålene benyttet i interviewene ikke er beskrevet. Samtidig beskrives ikke hvilken analytisk metode, der er anvendt til at bearbejde data. Studiet er finansieret af offentlige midler, dermed synes det, at der ikke har været udefrakommende påvirkning af studiets valg af metode, indsamling af data samt analyse af disse.

Forskerne redegører ikke for deres forforståelse (16;181) samt uddannelse og faglige baggrund. Dette svækker studiet, idet det har kunnet skabe bias i udformning af spørgsmål, samplingsmetode samt analyse af data. Som følge heraf svækkes troværdigheden af studiets resultater. Da spørgsmålene beskrives som åbne, er det sandsynligt, at de kvinder, der planlægger en fødsel på hospital, har fået mulighed for at

²⁷ Oversat fra engelsk: ”mess” vha. Kjærulff Nielsen: Engelsk – Dansk (34)

fremsætte deres forskellige synspunkter. Der er ikke beskrevet, om der er opnået datamætning (16;184-5). Det kan dog på baggrund af det høje deltagerantal formodes, at der til trods herfor er opnået en vis bredde og dybde i undersøgelsen af forskningsspørgsmålet. Da der ikke redegøres for drop-outs og nonresponderes (16;184-5), er det ikke muligt at vurdere, om der er opnået diversitet i gruppen af interviewede. Kvinderne er dog udvalgt fra flere forskellige klinikker, hvilket øger sandsynligheden herfor.

Dataindsamlingen (16;185-6) er ikke beskrevet og det er derfor ikke muligt at vurdere, om der er fremkommet bias i den forbindelse. Analysearbejdet (16;186-7) og hvilke personer, der foretog det, er ikke anskueliggjort for læseren, og det er derfor uklart, hvorledes resultaterne er fremkommet. Dog giver forskerne eksempler på kvindernes begrundelser for valg af hospitalsfødsel.

Holland og Danmark synes sammenlignelige på mange områder, idet den hollandske levestandard og uddannelsesniveau minder om den danske (35). Fødekulturen er dog ikke helt sammenlignelig, da hjemmefødselsfrekvensen i Holland (36;32) er væsentligt højere end i Danmark, samt at den hollandske befolkning er af mere blandet etnisk herkomst²⁸. Såfremt studiets resultater skal overføres til en dansk kontekst, skal dette gøres med forsigtighed, da studiets troværdighed svækkes af mulige bias indenfor samplingsmetoden, dataindsamlingen og analysen. I henhold til søgestrategien er dette studie dog det eneste, der belyser, hvorfor kvinder vælger at føde på hospital i et vestligt land. Viden om dette emne må derfor findes i dette studie.

5.2.2.3 Teoretisk analyse

Ifølge Brecks (22;38) kategori *nytte og retfærdighed* opleves en mindre risiko såfremt individet ser personlige fordele ved en hændelse. Kvinderne i studiet oplever, at en hospitalsfødsel er forbundet med mulighed for at undgå at skulle transporteres undervejs i fødslen, at undgå ”griseriet”²⁹ fra fødslen i hjemmet samt at partneren i nogle tilfælde foretrækker en hospitalsfødsel (24;4). Disse personlige fordele medfører således ud fra Brecks (22;38) teori en mindre risikooplevelse.

²⁸ I Holland har 19,9 % af befolkningen anden etnisk baggrund end hollandsk (37). I Danmark udgør indvandrere og efterkommere heraf 9,5 % af den samlede befolkning (33).

²⁹ Oversat fra engelsk: ”mess” vha. Kjærulff Nilsen: Engelsk – Dansk (34)

Ifølge Kleiverda et al. (24;4) er den primære grund til, at kvinder vælger at føde på hospital, at de oplever, at der er en større sikkerhed der sammenlignet med i hjemmet, idet der er mulighed for eksperthjælp ved komplikationer. Ifølge Brecks (22;38) kategori *virkning og konsekvens* vil en vurdering af risikoen for katastrofale hændelser og dødeligt udkomme bidrage til den samlede risikooplevelse. Kvindernes oplevelse af mindre sikkerhed ved hjemmefødsler kan derfor ifølge Breck (22;38) tolkes som, at kvinderne har en større risikooplevelse ved hjemmefødsler.

5.2.3 Sjöblom et al.: "A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden" (25)

(Lea Lund Palsøe)

5.2.3.1 Redegørelse

Studiet af Sjöblom et al. er kvalitativt og bragt i *Midwifery* i 2006. Studiet er deskriptivt og lavet på baggrund af interviews af 12 svenske kvinder. Formålet er at belyse svenske kvinders oplevelse af hjemmefødsel. Det angives ikke, hvordan studiet er finansieret.

De inkluderede kvinder er rekrutteret via "*The Swedish Home Birth Association*" og har født hjemme indenfor de sidste 10 år. I alt blev 14 kvinder anmodet om deltagelse. Heraf var der to drop-outs; den ene havde ikke tid til at deltage, den anden havde født hjemme for over ti år siden. Det angives ikke, i hvilket tidsrum interviewene blev foretaget. Interviewene blev udført på baggrund af narrativer. Således blev alle kvinderne initialt spurgt: "Would you please tell me about your home birth?". Alle interviews varede mellem 35 min. og 1½ time og blev optaget på bånd. Herefter blev interviewene transskriberet og nummereret. Analysen blev lavet på baggrund af en fænomenologisk, hermeneutisk metode (25;349-350).

Studiets resultater viser, at en hjemmefødsel giver mulighed for at bevare autoritet og autonomi, således at kvinderne selv styrer situationen. Kvindernes oplevelser med hjemmefødsel kan deles op i tre hovedtemaer: "at have tiltro til egen kompetence", "at vælge støtte på egne vilkår" og "at være hjemme" (25;348). Ved "tiltro til egen kompetence" menes, at kvinderne havde kontrol over situationen og deres krop samt oplevede en indre kontakt til barnet (25;350-51). "At vælge støtte på egne betin-

gelse” betød, at kvinderne kunne til- og fravælge støtte fra en jordemoder (25;351-52). Temaet ”at være hjemme” indbefattede, at kvinderne ikke skulle transporteres til et ukendt miljø på hospitalet, når de gik i fødsel, at de kunne skabe et personligt rum, som gjorde dem trygge samt muligheden for at være hjemme ved deres andre børn, og at børnene havde mulighed for at være til stede ved fødslen (25;352-53). De hjemmefødendes oplevelser havde dels en jordisk dimension, repræsenteret ved en tiltro til iboende naturkræfter og dels en eksistentiel, spirituel dimension, repræsenteret ved en tro på selve livet og det hellige og ukrænkelige ved en fødsel (25;348). Kvinderne i studiet giver ikke udtryk for negative oplevelser i forbindelse med hjemmefødsler.

5.2.3.2 Kritisk analyse

Studiets data blev indsamlet via semi-strukturerede interviews (16;182), hvor der med ét åbent spørgsmål blev ledt op til, at kvinderne frit kunne fortælle om deres hjemmefødselsoplevelse. Da forskernes intention med studiet var at belyse svenske kvinders oplevelser af deres hjemmefødsler, virker den kvalitative tilgang velegnet. Desuden valgte forskerne at basere studiet på en fænomenologisk-hermeneutisk metode, der netop beskrives som egnet til at belyse oplevelser (25;349-350). Studiet styrkes i kraft af, at metoden er grundigt beskrevet, samt af at forfatterne referer til en artikel af de to nordiske professorer, som har udviklet den fænomenologisk-hermeneutiske metode (ibid).

Studiet er lavet af tre forskere, som er hhv. jordemoder, psykolog og sygeplejerske. Jordemoderen har erfaring med hjemmefødsler, psykologen har arbejdet med kvinder og børns sundhed, og sygeplejersken har erfaring med den fænomenologisk-hermeneutiske metode. Det må formodes, at disse personer har hver deres forforståelse (16;181) af hjemmefødsler, således at én specifik forforståelse ikke influerer på studiets udarbejdelse og resultater. Forskerne beskriver ligeledes, at de alle har en forforståelse af at være kvinder og have født børn (25;350,354).

Forskerne har beskrevet samplingsmetoden (16;184-5), og begrundet de to dropouts (ibid), hvilket styrker undersøgelsens troværdighed. Det kan dog kritiseres, at kvinderne udelukkende er rekrutteret via ”*The Swedish Home Birth Association*”, da dette er en interesseorganisation, hvorfor kvinder som er medlem heraf, muligvis er for

ens til at kunne tilføre studiets resultater den rette bredde og dybde (16;184-5). Da resultaterne ikke viser nogle negative oplevelser med hjemmefødsler, kan man formode, at dette skyldes, at kvinder kun melder sig ind i en interesseorganisation om hjemmefødsler, såfremt de har haft en positiv oplevelse hermed. Dog er det kun én ud af tusind kvinder, som føder hjemme i Sverige, hvorfor rekruttering udenfor en interesseorganisation kunne tænkes at være vanskelig (25;248). Forskerne beskriver, at der opstod datamætning (16;184-5)(21;133-134) efter 10 interviews, hvorefter de to sidste interviews blev udført for at sikre, at der ikke fremkom ny viden (25;354).

Dataindsamlingen (16;185-6) er velbeskrevet, og kvaliteten heraf styrkes, da interviewene er optaget på bånd. Det kunne dog være relevant at vide, hvornår interviewene er foretaget for at afgøre, om kvindernes udtalelser er samtidige med artiklens udgivelse eller giver udtryk for holdninger, som hører en tidligere fødekultur til. Studiets troværdighed styrkes af, at alle tre forskere deltog i analysearbejdet. Dette arbejde er desuden gjort gennemskueligt for læseren, da der indenfor hvert tema er anført citater fra de fremkomne narrativer, samt at citaterne er fra forskellige kvinder (25;350-353). Resultaternes troværdighed kunne styrkes, hvis forskerne havde angivet, hvorledes studiet var finansieret, da man hermed kunne vurdere, hvorvidt resultaterne kunne være påvirket af eventuelle interessebias (16;184-5).

Da studiets metode, dataindsamling og analysearbejde er velbeskrevet, ligesom flere mulige bias er synliggjorte for læseren, virker studiets resultater troværdige. Ligeledes virker det sandsynligt, at disse resultater kan overføres til en dansk kontekst, idet det antages, at Danmark og Sverige er sammenlignelige lande i forhold til levestandard, uddannelsesniveau og fødekultur.

5.3 Besvarelse af MTV-spørgsmål

- ***Hvorfor vælger kvinder at føde hhv. hjemme eller på hospital?***

Ifølge Boucher et al. (23) er de hyppigst nævnte grunde til at vælge en hjemmefødsel, sikkerhed og bedre udkomme for både mor og barn, at fødslen forløber uden interventioner, en tidligere negativ oplevelse af at føde på hospital, større oplevelse af kontrol samt trykke, kendte omgivelser.

Kleiverda et al.'s (24) resultater sandsynliggør, at kvinder vælger at føde på

hospital, fordi de mener, at dette er mere sikkert. Andre argumenter er, at kvinderne ikke ønsker det ”griseri”³⁰, der følger med en hjemmefødsel, at de ikke ønsker at blive overflyttet akut til hospitalet, eller at deres partner foretrækker en hospitalsfødsel.

- ***Hvorledes influerer kvindens risikooplevelse på hendes valg af fødested?***

Kvinder vælger at føde det sted, hvor de oplever, at der er mindst risiko forbundet med fødslen. Ifølge Boucher et al. (23;122) oplever kvinder, der vælger at føde hjemme, en mindre risiko ved dette i forhold til hospitalsfødsler, da en hjemmefødsel opleves som det mest sikre. Risikooplevelsen påvirkes samtidig af, at er de i trygge, vante omgivelser, har højere grad af kontrol og indflydelse, samt opnår personlige fordele. Desuden undgår kvinderne unødige interventioner og indgriben i fødslen fra sundhedspersonale. I modsætning hertil finder Kleiverda et al. (24;4), at kvinder, der vælger at føde på hospital, oplever en større sikkerhed ved dette sammenlignet med en fødsel i hjemmet. Dette skyldes, at kvinderne mener, at der på hospitalet er mulighed for eksperthjælp ved komplikationer, samt at de ved en hospitalsfødsel opnår en række personlige fordele. Disse kvinder har således en mindre risikooplevelse ved en hospitalsfødsel frem for en hjemmefødsel.

- ***Hvordan oplever kvinder at føde hjemme?***

Ifølge Sjöblom et al. (25) oplever kvinder, at en hjemmefødsel giver dem mulighed for at styre fødselssituationen selv og dermed bevare deres autoritet og autonomi. Kvinderne følte, at de havde kontrol over deres krop og tiltro til naturen, livet, og deres egen evne til at føde. Ligeledes oplevede de en indre kontakt til barnet. Kvinderne oplevede, at de havde mulighed for at til- og fravælge støtte efter egne behov. Kvinderne oplevede endvidere, at fødslen i hjemmet i modsætning til på hospital gav dem mulighed for at skabe et trygt og personligt rum, hvor deres andre børn kunne være en del af fødslen. Ingen af studiets kvinder nævner negative oplevelser i forbindelse med hjemmefødsel.

³⁰ Oversat fra engelsk: ”mess” vha. Kjærulff Nilsen: Engelsk – Dansk (34)

5.4 Forbehold

Der må tages forbehold for studierne resultater, som danner baggrund for besvarelsen af MTV-spørgsmålene, da der i Boucher et al. (23) samt Kleiverda et al. (24) ikke er gjort rede for forskernes forforståelse. Desuden kan resultaterne af Sjöblom et al. (25) være påvirket af selektionsbias. Særligt må man betvivle resultaterne fra Kleiverda et al. (1990), da der i dette studie ikke er gjort rede for hverken dataindsamling eller analysemetode. Forskerne angiver dog citater fra nogle kvinder, som har valgt at føde på hospital, så selv om studiets resultater ikke er udtryk for en bred diversitet må det antages, at de giver et indblik i grunde til at føde på hospital.

6. Organisationselementet

Følgende afsnit omhandler MTV's organisationselement. Det valgte MTV-spørgsmål er som følger:

- *Hvilke organisatoriske forudsætninger skal der til for, at det er muligt at øge hjemmefødselsfrekvensen i Danmark?*

Indledningsvis redegøres kort for teori om organisationsanalyse som beskrevet af Kristensen et al. (14;132). Herefter følger en beskrivelse af organiseringen af hjemmefødsler i *Hjemmefødselsordning Sjælland* samt en organisationsanalyse heraf foretaget på baggrund af Kristensen et al. (14), med henblik på at belyse MTV-spørgsmålet. Slutteligt forsøges MTV-spørgsmålet besvaret.

6.1 Teori om organisationsanalyse

Ifølge Kristensen et al. (14;132) kan analyse af organisation inddeles i tre dele; *proces*, *struktur* og *kultur*. Procesdelen vedrører en vurdering af teknologiens krav til ændringer i personalekapacitet, arbejdsprocesser, kommunikation med patienter og samspil med eksterne aktører herunder hospitaler og praktiserende læger (ibid). Strukturdelen omhandler en undersøgelse af, hvor teknologien placeres fysisk og organisatorisk samt evt. omstrukturering af økonomien (ibid). Kulturdelen ønsker at identificere patienter og personales holdninger til teknologien samt personalets arbejdsmiljø (ibid).

6.2 Beskrivelse af *Hjemmefødselsordning Sjælland*

I Region Sjælland henvises kvinder, der ønsker hjemmefødsel, til den private ordning *Hjemmefødselsordning Sjælland*, som er den største i privat regi (bilag 1). Dette er en kendt jordemoderordning, og 99.9 % af kvinderne i ordningen føder med en kendt jordemoder. Denne ordning har en aftale med Region Sjælland, hvilket betyder, at kvinder fra regionen ikke har en egenbetaling (ibid). Hjemmefødselsordningen

honoreres af regionen for hver kvinde med et beløb svarende til DRG-taksten³¹ for en ukompliceret vaginal fødsel med normal graviditet og puerperium (ibid). Ordningen modtager fuldt honorar, såfremt kvinden er i ordningen efter GA 36+0. Regionen er inddelt i fire områder, hvor jordemødrene arbejder i teams af to, som indbyrdes aftaler, hvem der har fri hvornår (39;29). Jordemødrene bor i deres område, og kan således nå frem til de fødende indenfor rimelig tid (bilag 1). Jordemødrene fastsætter selv normeringen (bilag 1). Ifølge jordemoder i *Hjemmefødselsordning Sjælland*, Mie Hammershøj, (bilag 1) har de i hendes team fastsat normeringen til maksimalt 96 fødsler årligt for at kunne yde sufficient jordemoderomsorg til alle kvinder. Ordningen varetog i 2007 2.4 % (26;97) af alle fødsler i regionen svarende til 24.4 %³² af alle hjemmefødsler i 2007.

6.3 Organisationsanalyse

Med udgangspunkt i *Hjemmefødselsordning Sjællands* organisering, foretages der i følgende afsnit en analyse af, hvorledes hjemmefødsler kunne organiseres i Danmark, hvis man ønsker at øge hjemmefødselsfrekvensen. Analysen foretages på baggrund af Kristensen et al.'s (14) teoretiske begreber om proces, struktur og kultur. Grundet manglende empiri, relevant i en dansk kontekst, synes den organisatoriske analyse af kulturdelen ikke fyldestgørende. Delen forsøges dog belyst ud fra bedst tilgængelig empiri; patientelementets analyser samt ovenstående beskrivelse af *Hjemmefødselsordning Sjælland*. Da beslutningen om at føde hjemme er kvindens valg (2;34), synes det ikke realistisk, at alle vil vælge dette. Region Sjælland dog har en hjemmefødselsfrekvens på 2.4 % (26;97), hvorfor det vurderes realistisk, at der kan opnås en tilsvarende frekvens i resten af landet ved en lignende organisering. Analysen tager derfor udgangspunkt i denne frekvens.

Proces

Hvis hjemmefødselsfrekvensen øges til 2.4 %, svarende til den nuværende frekvens i Region Sjælland (26;97), vil det betyde, at der på landsplan årligt vil være ca.

³¹ DRG-takst står for "Diagnose Relateret Gruppe" og er et system, som varetages af Sundhedsstyrelsen, og anvendes til afregning, opgørelse og analyse af omkostninger og aktiviteter på hospitaler (38)

³² Egen beregning foretaget, se bilag 4, beregning 2.

1560 kvinder³³ der føder hjemme. I *Hjemmefødselsordning Sjælland* estimeres det, at et team på to kan varetage maksimalt 96 fødsler årligt (bilag 1). Skulle de 1560 fødsler varetages af teams ville det med den nævnte normering kræve minimum 16.25 teams³⁴. Da den angivne normering, ifølge Mie Hammershøj (bilag 1), ikke kan overskrides uden, at det påvirker kvaliteten af den jordemoderfaglige omsorg, vil det i praksis betyde, at der på landsplan er behov for minimum 17 teams til at varetage alle hjemmefødsler, svarende til 34 jordemødre. For at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger (2;34) omhandlende information til gravide om frit valg af fødested, bør jordemødre og læger i konsultationen informere gravide kvinder om muligheden for hjemmefødsel i hjemmefødselsordning.

Struktur

For at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefaling (2;159) om en kendt jordemoder ved hjemmefødsler, ses det fordelagtigt, at en gravid er knyttet til så få jordemødre som muligt. *Hjemmefødselsordning Sjælland* opfylder denne anbefaling ved at knytte hver gravid til et team bestående af to jordemødre (bilag 1). Da denne organisering giver 99.9 % af kvinderne en kendt jordemoder ved fødslen (bilag 1), synes dette derfor gunstigt at gøre på landsplan. Ifølge Mie Hammershøj (bilag 1) er det hensigtsmæssigt at jordemoderen kan komme frem til den fødende indenfor rimelig tid. Det synes derfor fordelagtigt, at teamene varetager fødsler i områder af rimelig størrelse, hvad angår afstande og infrastruktur.

For at opfylde Sundhedslovens (12;§2,§83) krav om let og lige adgang til behandlinger i sundhedsvæsenet bør en landsdækkende ordning være uden brugerbetaling. Dette krav kan opfyldes ved, at DRG-taksten følger patienten. *Hjemmefødselsordning Sjælland* honoreres i dag med et beløb svarende til DRG-taksten for ukompliceret vaginal fødsel (bilag 1), da der ikke findes en takst for hjemmefødsler. Der kunne eventuelt oprettes en særlig DRG-takst for hjemmefødsler, og det synes hensigtsmæssigt, at ikke både hospital og hjemmefødselsordning honoreres ved overflytning efter GA 36+0, som det er tilfældet nu. *Hjemmefødselsordning Sjælland* er en privat ord-

³³ Egen beregning foretaget, se bilag 4, beregning 4.

³⁴ Egen beregning foretaget, se bilag 4, beregning 5.

ning, men honoreres, som nævnt, af det offentlige. Ifølge Mie Hammershøj (bilag 1) giver denne organisering jordemødrene mulighed for større autonomi, fx i forhold til at fastsætte egen normering. Denne selvstændighed er, ifølge Mie Hammershøj (bilag 1), vigtig for at sikre kvaliteten af det jordemoderfaglige arbejde. På baggrund af Mie Hammershøjs udtalelse (bilag 1) kunne en landsdækkende hjemmefødselsordning oprettes i offentligt regi, såfremt jordemødrenes autonomi bevares. En hjemmefødselsordning kan således organiseres på flere måder. Det vigtigste synes dog at være, at pengene følger patienten og ifølge Mie Hammershøj, at jordemødrene bevarer deres autonomi.

Kultur

Valg af fødested betinges af kvindens subjektive risikooplevelse som beskrevet i patientelementet (s.38). En udvidelse af hjemmefødselsfrekvensen forudsætter hermed, at de gravide ikke oplever en øget risiko ved at føde hjemme. Dette kan fx opnås, hvis en situation føles velkendt og uden fatale konsekvenser (22;38). Denne ændring kan muligvis opnås gennem opfyldelse af Sundhedslovens (12;§15) krav om patienters ret til fyldestgørende information ved valg af behandling samt sikkerheden herved. Personalemæssigt betinges en udvidelse af ordningen af, at der på landsplan findes 34 jordemødre, der er villige til at arbejde under særlige vilkår, bl.a. ingen faste arbejdstider og at bo nær området (bilag 1). Endvidere må der tænkes at være et andet kollegialt samarbejde i en hjemmefødselsordning end på et hospital, såfremt jordemødrene arbejder i teams af to, som i *Hjemmefødselsordning Sjælland* (bilag 1) og ikke er en del af en større personalegruppe som på et hospital.

På grund af den begrænsede tilgængelige empiri, synes analysen af kulturdelen ikke fyldestgørende. Det anbefales derfor, at der foretages yderligere dansk forskning indenfor området, bl.a. med henblik på at afdække jordemødres holdning til at arbejde med hjemmefødsler.

6.4 Besvarelse af MTV-spørgsmål

- *Hvilke organisatoriske forudsætninger skal der til for, at det er muligt at øge hjemmefødselsfrekvensen i Danmark?*

For at opfylde kravene om fri og lige adgang til behandling i sundhedsvæsenet samt kendt jordemoder, synes det mest hensigtsmæssigt, at der oprettes en landsdækkende ordning, der finansieres af det offentlige. Dette kræver, at DRG-taksten følger brugeren. Ordningen bør udgøres af mindst 17 teams á to jordemødre. Disse teams bør fordeles i områder i forhold til antal indbyggere under hensyntagen til områdets størrelse og infrastruktur. Jordemødrene i ordningen må være villige til at arbejde under følgende vilkår; ingen faste arbejdstider, bopæl nær området samt andet kollegialt samarbejde end på et hospital. Endvidere forudsættes det, at jordemødre og praktiserende læger sørger for, at de gravide informeres om hjemmefødselsordningen og deres frie valg af fødested, samt at der på baggrund af denne information er flere kvinder, der vælger at føde hjemme.

6.5 Forbehold

Der må tages forbehold for besvarelsen af MTV-spørgsmålet, idet den anvendte empiri ikke kan betragtes som fyldestgørende til at afdække alle relevante vinkler for organisationselementet. Det anbefales derfor, at der i Danmark foretages yderligere forskning indenfor organiseringen af hjemmefødsler.

7. Økonomielementet

Følgende afsnit omhandler MTV'ens økonomielement. For at belyse det økonomiske perspektiv ved hjemmefødsler stilles følgende MTV-spørgsmål:

- *Hvad koster hjemmefødsler i forhold til hospitalsfødsler for lavrisikofødende?*
- *Hvilken samfundsøkonomisk konsekvens vil det få, hvis frekvensen af hjemmefødsler øges i Danmark?*

Med baggrund i organisationselementet (s.41) synes det relevant at undersøge den samfundsøkonomiske konsekvens ved en øgning af hjemmefødselsfrekvensen til 2.4 % på landsplan.

Først beskrives cost-benefit-analysen samt en tjekliste til vurdering af kvaliteten af økonomiske analyser som beskrevet af Alban et al. (27). På baggrund heraf redegøres for og analyseres ”Hjemmefødsler i Danmark – en samfundsøkonomisk analyse” af Johansen (26). Slutteligt besvares MTV-spørgsmålene.

7.1 Teori om økonomisk analyse

En cost-benefit-analyse er en økonomisk vurdering, hvis formål er at undersøge, om det kan betale sig at gennemføre et bestemt sundhedsprogram. Hertil er knyttet to beslutningsregler; såfremt gevinsten er større end omkostningen, bør et givent sundhedsprogram indføres, og sundhedsprogrammer, hvor omkostningerne er større end gevinsten, bør ikke igangsættes eller skal stoppes, hvis det er påbegyndt. (27;76-77).

Ifølge Alban et al. (27;146) kan der anvendes en tjekliste, for at vurdere kvaliteten af en samfundsøkonomisk analyse. Tjeklisten ses i tabel 7.1.

Tabel 7.1:

Tjekliste for økonomiske analyser
<ul style="list-style-type: none">• Er et klart spørgsmål stillet på en sådan måde, at det kunne besvares?• Er de forskellige behandlingsalternativer beskrevet?• Foreligger der dokumentation af behandlingens kliniske effektivitet (virkningsfuldhed)?• Er alle relevante omkostninger og effekter i forbindelse med de alternative behandlinger inddraget i analysen?• Er omkostninger og konsekvenser opgjort i passende fysiske enheder?• Er omkostninger og effekter værdisat på en troværdig måde?• Er der justeret for forskudte tidsperioder for omkostninger og effekt?• Er de marginale omkostninger og de marginale effekter sammenholdt for de forskellige alternativer?• Er der gennemført en følsomhedsanalyse for parametre, der er usikkert estimeret?• Indeholder præsentationen og diskussionen af undersøgelsens resultater forhold, der er relevante for brugere af undersøgelsen?

Tabel 7.1 angiver en tjekliste for vurdering af økonomiske analyser. (27;146-147)

7.2 Redegørelse for og analyse af empiri

I følgende afsnit redegøres for og analyseres det empiriske materiale udvalgt til besvarelse af MTV-spørgsmålene.

7.2.1 Johansen: ”Hjemmefødsler i Danmark – en samfundsøkonomisk analyse” (26)

(Lea Lund Palsøe)

7.2.1.1 Redegørelse

Specialet er skrevet af Johansen i 2009 ved Økonomisk Institut, Københavns Universitet. Formålet med specialet er at foretage en samfundsøkonomisk analyse af hjemmefødsler. Johansen (26;8) ønsker bl.a. at afdække, hvorvidt der er forskel i om-

kostningerne forbundet med en planlagt hjemmefødsel i forhold til en sammenlignelig fødsel på hospital³⁵. Som metode anvendes en cost-benefit-analyse af hjemmefødsler. Datamaterialet består af statistik fra *Hjemmefødselsordning Sjælland* (26;78) samt Sundhedsstyrelsens statistik for lavrisiko førstegangsfødende (26;79).

Hjemmefødslers kliniske effektivitet vurderes ud fra 12 videnskabelige artikler. På denne baggrund konkluderer Johansen (26;26), at der ikke kan påvises forskel i sikkerheden ved hjemmefødsler sammenlignet med hospitalsfødsler, men at indgrebsfrekvensen er signifikant lavere ved hjemmefødsler end ved sammenlignelige hospitalsfødsler.

Specialet sammenligner de gennemsnitlige omkostninger ved hhv. hjemmefødsel og hospitalsfødsel. Da der anvendes et samfundsøkonomisk perspektiv, forsøges alle omkostninger i samfundet med relation til fødsel i hjemmet eller på hospital taget i betragtning (26;66-67). De kvantificerbare omkostningsestimater for fødsel på hospital omfatter DRG-taksterne for ukompliceret vaginal fødsel, kompliceret vaginal fødsel, og akut sectio, mens den takst, der benyttes til honorering af *Hjemmefødselsordning Sjælland* fra Region Sjælland, anvendes som omkostningsestimat for fødsler i hjemmet (26;72-76). Anvendelsen af DRG-taksterne som udtryk for økonomiske omkostninger problematiseres af Johansen (26;74-75), idet det angives, at denne takst ikke nødvendigvis til fulde afspejler de faktiske omkostninger. Desuden redegører Johansen (26;80-82) for omkostninger, der ikke er inkluderet i DRG-takster, i form af fx transport og rengøring. Disse omkostninger kvantificeres ikke (26;80-81). Specialet undlader at medtage omkostninger i forhold til tid anvendt til forberedelse til fødslen, til selve fødslen samt til barsel, da disse antages at være ens uanset fødested (26;80).

Johansen (26;84) foretager en følsomhedsanalyse, hvor der simultant justeres for sandsynligheden for at opleve en kompliceret fødsel samt at få foretaget sectio. Der justeres med $\pm 20\%$ og $\pm 50\%$, hvilket i den yderste konsekvens af følsomhedsanalysen fortsat viser forskel i omkostningerne (26;85-86).

³⁵ Med sammenlignelig fødsel benytter Johansen (26;71) Sundhedsstyrelsens definition af en lavrisikofødende: spontant indsættende fødsel ved GA 37+0 til 42+0, en ukompliceret singleton graviditet, hovedpræsentation, kvinden er ikke-ryger med BMI under 30, tidligere graviditeter og fødsler skal have været ukomplicerede.

Johansen (26;86) finder, at en planlagt hjemmefødsel er billigere end en sammenlignelig hospitalsfødsel, grundet forskellen i sandsynligheden for interventioner. Omkostningsestimaterne for en hjemmefødsel er 15.589 kr. og 18.810 kr. for en hospitalsfødsel (26;84). På baggrund heraf anslår Johansen (26;99), at den samfundsøkonomiske nettogevinst ved en landsdækkende hjemmefødselsfrekvens på 2.5 %³⁶ er 13.6 mio. kr. årligt.

7.2.1.2 Kritisk analyse

Johansens (26) studiespørgsmål er klart formulerede, hvilket styrker validiteten af studiet (27;148).

En god økonomisk analyse bør inkludere en grundig beskrivelse af behandlingsalternativerne (27;148), hvilket vurderes foretaget i forbindelse med hjemmefødsler, idet årligt antal, lovgrundlag, organisering, brugertilfredshed, sikkerhed, interventionsfrekvenser og efterspørgsel belyses (26;9-24). For hospitalsfødsler beskrives kun sikkerhed og interventionsfrekvenser (ibid), hvilket synes inkonsistent.

For at afdække hjemme- og hospitalsfødsleres kliniske effekt (27;149) i forhold til hinanden, foretages der, via et litteraturstudie, en undersøgelse af sikkerheden samt indgrebsfrekvenserne (26;18-23). Dette litteraturstudie synes sufficent til at undersøge alternativernes kliniske effekt.

Johansen (26) angiver i specialet kvantificerbare omkostninger for hhv. fødsler i hjemmet samt fødsler på hospital. Da de kvantificerbare omkostninger for fødsler på hospital angives ud fra DRG-taksten, er det ikke muligt at opdele beløbet efter ydelse. Det ville have øget specialets kvalitet, såfremt der var indsamlet faktiske omkostningsdata eller, at Johansen havde haft adgang til de fordelingsredskaber, der danner grundlag for DRG-taksterne. Således kunne der bl.a. tages højde for ambulante fødsler, hvor der ikke er udgifter til indlæggelse på barselsafsnit. Specialet styrkes af at Johansen (26) inddrager en analyse af effekter i forbindelse med hospitalsfødsler i form af en øget indgrebsfrekvens og dermed en øget udgift herved. Det vurderes sandsynligt, at de ikke medtagne omkostninger ved tid brugt på forberedelse til fødslen, til

³⁶ Johansen (26;99) estimerer på baggrund af *Hjemmefødselsordning Sjællands patientgrundlag*, at en frekvens på 2.5 % kan opnås på landsplan ved en udvidelse af hjemmefødselsordningen.

selve fødslen samt til barsel er ens uanset fødested, og dermed ikke er af betydning. Det synes rimeligt, at de ikke-kvantificerede omkostninger, bl.a. til transport til hospitalet, ikke er forsøgt estimeret, da et usikkert estimat heraf, ikke ville have forbedret det samlede omkostningsestimater. Det kan kritiseres, at Johansen (26) ikke har medtaget ikke-kvantificerbare omkostninger fx i form af nedsat arbejdsindsats som følge af bekymring for en fødsel.

Johansen (26) anvender princippet om intention-to-treat, således opgøres fødslerne efter hvilket sted, de var planlagt til at foregå uanset, hvor fødslen har fundet sted. Denne tilgang øger resultaternes troværdighed. Omkostningerne og konsekvenserne (27;149) ved såvel hjemme- som hospitalsfødsel opgøres i forhold til udfaldet, idet fødslerne kategoriseres efter DRG-taksterne i ukomplicerede vaginale fødsler, komplicerede vaginale fødsler og akut sectio. Desuden opgøres indgreb som et samlet hele, hvilket ikke synes at være en passende fysisk enhed. Det ville have styrket studiet, hvis diverse indgrebsfrekvenser var opgjort hver for sig. Anvendelsen af DRG-taksten medfører, at Johansen (26) fx ikke beregner forskelle i jordemoder- og lægetimer. En sådan beregning kunne medføre ændringer i omkostningsestimater. Værdisætningen af omkostningerne er udført via DRG-taksterne, hvilket synes anvendeligt, men en mere detaljeret værdisætning, som følge af en opdeling efter ydelser frem for den nuværende overordnede diagnoserelaterede gruppering, ville sandsynligvis have været mere præcis. Værdisætningens troværdighed styrkes dog af Johansens (26;74-75) forbehold for DRG-takstens anvendelse som præcis økonomisk omkostning.

Johansen (26) tager i sine beregninger ikke højde for, at den økonomiske gevinst ved en udvidelse af hjemmefødselsfrekvensen til 2.5 % ikke kan opnås umiddelbart. En justering for lavere indtægter og højere udgifter i indkøringsperioden, fx indkøb af ventilationsudstyr, ville have medført et klarere billede af de mulige samfundsøkonomiske gevinster (27;150).

Johansen (26;66) sammenholder ikke marginale omkostninger og marginale effekter. Dette synes dog ikke væsentligt at beregne, da der er dominans, idet hjemmefødsler både er det billigste alternativ, samt har de laveste indgrebsfrekvenser (14;169). Johansen (26;66-67) beregner i stedet de gennemsnitlige omkostninger ved henholdsvis hjemme- og hospitalsfødsel, hvilket synes hensigtsmæssigt, da en fødsel

hjemme eller på hospital kræver forskellige typer af infrastruktur på sundhedsområdet (27;151).

Beregningen af omkostningerne ved hospitalsfødsel tager, modsat data for hjemmefødsler, kun udgangspunkt i data for lavrisiko førstegangsfødende, der er de eneste tilgængelige danske data for lavrisikofødende. Dette er problematisk, da frekvenserne af kompliceret fødsel er højere i denne gruppe end for flergangsfødende³⁷. Dette medfører en skævhed i resultaterne, således at omkostningerne ved hospitalsfødsler bliver højere end reelt. Det styrker dog resultaternes validitet, at der er foretaget en følsomhedsanalyse (27;152-153), hvor der er justeret for risikoen for kompliceret fødsel samt akut sectio. Da konfidensintervallerne for omkostningerne ved hjemme- og hospitalsfødsel ikke overlapper ved $\pm 50\%$, synes resultatet således validt.

Da analysen er foretaget i en dansk kontekst, og da andre studier også peger på en øget interventionsrate ved hospitalsfødsler (26;23), synes det, at analysens resultater er valide og kan benyttes til at belyse omkostningerne ved hjemmefødsel såvel som lavrisiko hospitalsfødsel.

7.3 Besvarelse af MTV-spørgsmål

- ***Hvad koster hjemmefødsler i forhold til hospitalsfødsler for lavrisikofødende?***

Ifølge Johansen (26) koster en gennemsnitlig hjemmefødsel 15.589 kr. Prisen for en gennemsnitlig hospitalsfødsel for en lavrisikofødende er 18.810 kr. Hermed ses en nettobesparelse på 3.221 kr. pr. fødsel.

- ***Hvilken samfundsøkonomisk konsekvens vil det få, hvis frekvensen af hjemmefødsler øges i Danmark?***

Ved en øgning af antallet af hjemmefødsler til 2.4 % på landsplan, vil det medføre en samfundsøkonomisk nettogevinst på 13.0 mio. kr. årligt³⁸.

³⁷ Egen beregning foretaget, se bilag 4, beregning 6.

³⁸ Egen beregning foretaget, se bilag 4, beregning 7.

7.4 Forbehold

I besvarelsen af MTV-spørgsmålet er anvendt økonomiske data på baggrund af DRG-takster samt *Hjemmefødselsordning Sjællands* honorering pr. fødsel fra Region Sjælland. Dette medfører, at nettobesparelser og nettogevinst må ses i relation til en øgning af frekvensen af hjemmefødsler i en landsdækkende ordning, som honoreres svarende til *Hjemmefødselsordning Sjælland*. Desuden er data for frekvenser af kompliceret fødsel samt akut sectio ved hospitalsfødsel baseret på Sundhedsstyrelsens data for lavrisiko førstegangsfødende, mens statistik fra *Hjemmefødselsordning Sjælland* er baseret på både første- og flergangsfødende. Dermed kan det tænkes, at der kan opstå en skævvridning af resultaterne, da der generelt ses flere ukomplicerede fødsler blandt flergangsfødende³⁹.

³⁹ Egen beregning foretaget, se bilag 4, beregning 6.

8. Diskussion

Opgaven forsøger via en MTV at undersøge, om der er forudsætninger for at øge hjemmefødselsfrekvensen i Danmark, og hvad konsekvenserne heraf er. I de følgende afsnit diskuteres opgavens metode i relation til besvarelsen af problemformuleringen herunder valg af videnskabsteoretisk tilgang, teori og empiri. Herefter diskuteres relevante forudsætninger for og konsekvenser af at antallet af hjemmefødsler øges i Danmark.

8.1 Kritik af videnskabsteoretiske tilgange

(Stine Winkler Roswall)

Opgaven anvender både en natur-, human- og samfundsvidenskabelig tilgang. Disse fandtes relevante til sammen at afdække alle fire elementer af nærværende MTV. Hvert element anvender dog kun én videnskabsteoretisk tilgang. Det kan derfor diskuteres, om der opnås et bredt billede af alle elementer, eller om man med fordel kunne have anvendt flere tilgange indenfor hvert element. Grundet opgavens omfang synes det dog, at de væsentligste aspekter indenfor elementerne er blevet belyst.

8.2 Kritik af metode

(Stine Winkler Roswall)

MTV, som metode, fandtes velegnet til at belyse forudsætninger for en øgning i frekvensen af hjemmefødsler, idet flere perspektiver inddrages. Metoden har dog i forhold til bacheloropgaves begrænsede omfang den ulempe, at det ikke bliver muligt at gå i dybden med hvert enkelt perspektiv. Organisation og økonomi er ikke en del af undervisningen på jordemoderuddannelsen. Det har derfor været en udfordring at behandle disse elementer, men analyserne er udført på baggrund af relevant teori og empiri, hvorfor besvarelserne af MTV-spørgsmålene synes anvendelige. Det synes endvidere problematisk at undlade at belyse nogle af MTV'ens elementer, da der dermed ikke opnås en bred vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at indføre en teknologi. Da en MTV skal ligge til grund for prioriteringer og beslutninger om indførelse af teknologi, styrkes denne MTV af, at vi, som jordemoderstuderende, er uafhængige af politiske og økonomiske interesser. Samtidigt er det en unik mulighed

for os, som kommende jordemødre, at præge debatten indenfor faget. En eksponering af denne MTV's konklusion og anbefalinger kan derfor forhåbentligt føre til videre undersøgelse af emnet, med henblik på at påvirke den politiske beslutningsproces.

Det synes diskutabelt, at der i udformningen af en MTV udvælges en række specifikke MTV-spørgsmål. Disse spørgsmål afdækker ikke nødvendigvis alle de væsentligste aspekter, idet forfatterens forforståelse påvirker vurderingen af hvilke MTV-spørgsmål, der synes relevante. Denne MTV er dog foretaget på baggrund af Sundhedsstyrelsens *Håndbog for Medicinsk Teknologivurdering* (14), hvilket må anses som en styrke i forhold til at vælge de mest relevante perspektiver. Endvidere påvirker opgavens begrænsede omfang muligheden for at afdække flest mulige relevante vinkler indenfor hvert element. Det kunne fx have været relevant at undersøge kvinders oplevelser med at føde på hospital, da dette ville have givet et bedre sammenligningsgrundlag i forhold til kvinders oplevelse af at føde hjemme.

I nærværende MTV synes det relevant at anvende Brecks (22) teori til at belyse risikobilledet ud fra patientperspektivet. Såfremt opgavens omfang havde været større, kunne risikobilledet have været uddybet yderligere og ud fra flere perspektiver, fx jordemoderens.

Via søgestrategien forsøgte det at finde al relevant empiri indenfor MTV'ens fire elementer. For hver database blev håndsorteringen kun udført af én person, hvorfor det kan diskuteres, om sorteringen skulle have været foretaget af flere, således at sandsynligheden var større for, at alle relevante studier blev inkluderet. Det er problematisk, at ingen af de, for teknologielementet relevante studier, har maternal mortalitet som effektmål. Kristensen et al. (14;22) angiver, at der bør udføres primær forskning såfremt et MTV-spørgsmål ikke kan besvares ud fra eksisterende studier, hvilket grundet opgavens omfang ikke var muligt. Da søgestrategien synes udtømmende i forhold til at finde studier omhandlende lavrisikofødende fra en kultur lig den danske, kan manglen på relevante studier skyldes, at der mangler forskning indenfor MTV'ens område, eller at relevant forskning ikke er publiceret. Søgestrategien fandtes sufficient til at finde studier, relevante for besvarelse af MTV-spørgsmål i patientelementet. I teknologi- og patientelement fandtes dog ingen studier foretaget i Danmark, og derfor inddragedes studier foretaget i vestlige lande. Dette kan problematiseres, da fødekultu-

rer er forskellige fra land til land også indenfor den vestlige verden. Til besvarelse af MTV-spørgsmål i økonomielementet fandtes relevant, dansk empiri. Det kan dog kritiseres, at dette studie er et kandidatspeciale, og dermed ikke forskning på højere akademisk niveau. Studiet er dog den eneste danske undersøgelse af sin art. Til besvarelse af MTV-spørgsmål i organisationselementet fandtes ingen publicerede videnskabelige studier om organisation af hjemmefødsler. Det fandtes således relevant selv at indsamle empiri, hvilket vurderes tilstrækkeligt til at besvare MTV-spørgsmålet.

Den valgte empiri til besvarelse af MTV-spørgsmålene er af varierende kvalitet, hvad angår in- og ekstern validitet. Dette fremgår af forbeholdene i de enkelte elementer. Dermed må der i denne MTV's konklusion tages højde for, at resultater fra teknologielementet samt patientelementets dele om valg af hjemmefødsel og oplevelse ved hjemmefødsel er baseret på studier af god validitet, mens patientelementets besvarelse angående kvinders årsager til valg af hospitalsfødsel, baseret på Kleiverda et al. (24), er af ringere kvalitet. Resultaterne fra MTV'ens økonomielement, baseret på et pilotstudie af Johansen (26), bør vægtes lavere end teknologi- og patientelementets resultater, da studiets beregninger er baseret på DRG-takster frem for opgørelser af faktiske omkostninger. Nærværende MTV's organisationselement er ikke baseret på videnskabelige studier, men på egen indsamling af empiri, og bør derfor også vægtes lavere.

8.3 Syntese af elementerne

I det følgende afsnit diskuteres resultaterne af elementerne for at vurdere, hvorledes forudsætningerne for at øge frekvensen af hjemmefødsler bør vægtes i forhold til hinanden. Herunder behandles sikkerheden, kvindens risikooplevelse, informerede valg, fødselsoplevelse og mestringsevne samt de økonomiske forudsætninger og jordemoderens arbejdsmiljø.

8.3.1 Sikkerhed og risikooplevelse

(Lea Lund Palsøe)

Teknologielementet (s.24-25) finder, at for lavrisikofødende er en hjemmefødsel ikke forbundet med en større mortalitet og morbiditet end en tilsvarende fødsel på hospital (19)(20), hvilket ses som en forudsætning for at øge frekvensen af hjemme-

fødsler. Tværtimod er morbiditetsraten for både mor og barn lavere ved en hjemmefødsel fx post partum blødning og fødselstraumer (20). Samtidig ses der ved hjemmefødsler en lavere interventionsrate fx akut sectio (20). Da lavrisikofødende som udgangspunkt har samme sandsynlighed for fødselskomplikationer, kan det undre, at der ses denne forskel. Teknologielementet (s.22) antyder, at forskellen muligvis skyldes, at de kvinder, der vælger en hjemmefødsel, på områder, der ikke er undersøgt, fx personlighed eller indstilling til fødslen, adskiller sig fra de kvinder, der vælger en hospitalsfødsel. I henhold hertil peger patientelementet (s.38) på, at kvinder, som vælger at føde hjemme, har en tiltro til naturen og egen evne til at føde. I modsætning hertil begrundes de kvinder, der vælger hospitalsfødsel, dette med, at sikkerheden er større herved, idet der ved komplikationer er mulighed for eksperthjælp. Dette kunne antyde, at disse kvinder stoler mere på fagpersonalet end naturen og egen evne til at føde. Denne forskel i tilgang til fødslen kunne tænkes at have indflydelse på, hvordan fødslen forløber, og dermed hvilket behov, der er for interventioner.

Det er bemærkelsesværdigt at både kvinder, der vælger hjemmefødsel og kvinder, der vælger hospitalsfødsel, angiver det valgte fødested som det mest sikre. Oplevelsen af en hospitalsfødsel som sikrest (24;4), står i kontrast til teknologielementets evidensbaserede resultater (s.24-25). Årsagen hertil kan være, at kvinderne ikke er tilstrækkeligt oplyst om sikkerheden ved hjemmefødsler, men kan også findes i kvindernes risikooplevelse af fødslen, der ifølge Breck (22) påvirkes af subjektive faktorer. Såfremt kvinderne oplyses om den sammenlignelige mortalitet og den nedsatte morbiditet ved hjemmefødsler, er det således ikke givet, at de alle vil vælge en hjemmefødsel, da nogle kvinders subjektive risikooplevelse herved muligvis stadig er større end ved en hospitalsfødsel pga. en vægtning af andre subjektive faktorer (22;38). Til trods for den økonomiske nettogevinst ved at øge antallet af hjemmefødsler synes det derfor fortsat relevant at fastholde det frie valg af fødested frem for at alle lavrisikofødsler visiteres til at foregå i hjemmet, da en påtvungen risikofaktor, ifølge Breck (22), kan øge risikooplevelsen. I den forbindelse kunne det formodes, at en øget risikooplevelse, som følge af et påtvunget fødested, kan have negativ effekt på fødselsforløbet og dermed interventionsraten samt kvindens fødselsoplevelse.

8.3.2 Det frie informerede valg

(Lea Lund Palsøe)

Det frie valg af fødested forudsættes af, at jordemødre lever op til Jordemoderforeningens etikkode (9;pkt.2), om at respektere kvindens informerede valg og støtte hende heri. Det informerede samtykke samt jordemoderens respekt heraf må dermed ses som en forudsætning for at øge hjemmefødselsfrekvensen. For at fastholde det frie valg af fødested synes det ligeledes essentielt, at der ikke er brugerbetaling ved fødselshjælp, da nogle kvinder af økonomiske årsager ellers fratages denne mulighed. Brugerbetaling ville ligeledes stride mod Sundhedslovens (12) krav om let og lige adgang til behandling, der samtidig kun kan opfyldes, såfremt en hjemmefødselsordning dækker hele landet. For at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger (2) bør ordningen ligeledes tilbyde kvinderne kendthed.

8.3.3 Fødselsoplevelse og mestringssevne

(Rebecca Perriton Veilgaard Rasmussen)

Ifølge Jordemoderforeningens etikkode (9;pkt.1) skal jordemødre arbejde for at styrke den gode fødsel set ud fra kvindens perspektiv. En forudsætning for at øge frekvensen af hjemmefødsler er dermed, at kvinder oplever en fødsel i hjemmet som god. Patientelementet (s.38) viser, at ingen af de forespurgte kvinder angiver dårlige oplevelser ved hjemmefødsler (25). Endvidere angiver etikkoden (9;pkt.1), at en god fødsel er karakteriseret ved fravær af unødvendige indgreb. Samtidig anbefaler Sundhedsstyrelsen (2;151), at den jordemoderfaglige indsats understøtter det naturlige fødselsforløb, hvilket ud fra deres definition er en fødsel uden indgreb. Da der er forskel i interventionsraten mellem hjemme- og hospitalsfødsel, kan det tænkes, at nogle af de interventioner, der foretages på hospitalet, er unødvendige, da kvinderne tilhører samme risikogruppe og derfor som udgangspunkt har samme sandsynlighed for komplikationer og heraf følgende behov for interventioner. Dermed kan det diskuteres, om de færre indgreb ved hjemmefødsler, giver kvinder, der føder hjemme, en bedre fødsel, end kvinder, der føder på hospital, og om jordemødrene ved hjemmefødsler er bedre til at understøtte det naturlige fødselsforløb.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den jordemoderfaglige indsats styrker den fødendes mestringsevne⁴⁰. Patientelementet (s.38) finder, at kvinder opnår en følelse af kontrol ved at tilvælge en hjemmefødsel, samt under fødslen i hjemmet oplever at kunne styre fødselssituationen og dermed bevare autoritet og autonomi (25)(23). Denne oplevelse af autonomi kan tænkes netop at styrke kvindens mestringsevne. I modsætning hertil omtaler kvinder, der vælger at føde på hospital, ikke, at de opnår en følelse af kontrol. Tværtimod omtaler de trygheden ved, at fagpersonalet har kontrol over fødslen og eventuelle komplikationer. Hermed kan det tænkes, at disse kvinders mestringsevne ikke styrkes i samme grad op til fødslen, og fødestedet kunne dermed være en faktor, der har betydning for styrkelsen af kvinders mestringsevne.

8.3.4 Økonomien bag hjemmefødsler

(Rebecca Perriton Veilgaard Rasmussen)

En forudsætning for, at hjemmefødselsfrekvensen kan øges, er, at det for samfundet ikke er forbundet med større udgifter end gevinster. En sammenfatning af teknologi- (s.24-25) og økonomielement (s.50) viser, at der for lavrisikofødende er dominans for hjemmefødsler. En generel konklusion på baggrund heraf ville være at sundhedsprogrammet bør indføres (27;76-77). I dette tilfælde bør man således forsøge at øge hjemmefødselsfrekvensen. Dette bør dog gøres under hensyntagen til det frie informerede valg, som nævnt ovenfor.

Det kan undre, at hjemmefødselsfrekvensen ikke allerede er højere, da der tilsyneladende er et politisk ønske om at sænke omkostningerne i sundhedsvæsenet (10). Dette kan skyldes, at beslutningstagere i sundhedssystemet ikke er bekendt med denne mulige besparelse. En anden mulig forklaring er, at der ikke er en DRG-takst for hjemmefødsler. Dermed dækkes de udgifter hospitalet har til svangrekonsultation, fødselshjælp og barselsomsorg ikke, såfremt kvinden føder hjemme. Det er derfor ikke rentabelt for det enkelte hospital at øge hjemmefødselsfrekvensen. En forudsætning for at øge hjemmefødselsfrekvensen synes derfor at være, at der oprettes en DRG-takst for hjemmefødsler. I et samfundsøkonomisk perspektiv synes det endvidere relevant at

⁴⁰ Sundhedsstyrelsen definerer ikke selv ordet 'mestringsevne', men ifølge *Politikens Nudansk Ordbog* (40:467) defineres "at mestre" som: "være meget dygtig til noget = beherske"

undgå den dobbelttaksering (bilag 1), der på nuværende tidspunkt forekommer i Region Sjælland, i forbindelse med overflyttede hjemmefødsler. Dette kan gøres ved at opsplitte DRG-taksten i specifikke ydelser, fx graviditetskonsultation, fødselshjælp mm. Det synes dog essentielt, at der ikke findes et økonomisk incitament til at overflytte eller undlade dette, hvorfor en fødsel, der påbegyndes i hjemmet men overflyttes til hospital, bør udløse DRG-takst til såvel hjemmefødselsordning som hospital. Dobbelttakseringen af de ca. 12 % (26;96) af hjemmefødende, der overflyttes, er ikke inkluderet i Johansens (26) beregninger. Denne udgift vil derfor medføre, at nettogevinsten ved en øgning af hjemmefødselsfrekvensen formindskes.

8.3.5 Jordemoderens arbejdsmiljø

(Stine Winkler Roswall)

Fødslerne flyttede i sin tid fra hjemmet og til hospitalet for at forbedre jordemødrenes arbejdsvilkår. Derfor kan det diskuteres, hvorvidt minimum 34 jordemødre er villige til at skifte deres faste arbejdstider på hospitalet ud med den anderledes organisering i en hjemmefødselsordning. Arbejdsvilkårene i en hjemmefødselsordning er dog ikke som før indførelsen af centerordningen, og en ansættelse i en hjemmefødselsordning er derfor ikke nødvendigvis lig med en forringelse af arbejdsvilkårene. Set i lyset af den høje frekvens af stress og udbrændthed blandt jordemødre (11), som arbejder på hospital, kan det endog overvejes, om nogle jordemødre ville trives bedre i arbejdsmiljøet i en hjemmefødselsordning. Ligeledes giver en øget hjemmefødselsfrekvens jordemødre mulighed for, ud fra faginteresser og ønske om arbejdsmiljø, at vælge at varetage de normale fødsler i hjemmet, eller at arbejde med patologiske fødsler på hospitalet. Således kan jordemødrene udvikle en spidskompetence indenfor normale eller patologiske fødsler, hvilket kunne tænkes at være til kvindernes fordel. Samtidig fastholdes og styrkes jordemoderens selvstændige virksomhedsområde ved indførelsen af en hjemmefødselsordning, idet Janssen et al. (20) finder, at der foretages færre interventioner ved hjemmefødsler, hvilket betyder, at flere fødsler bevares under jordemoderens selvstændige virksomhedsområde.

9. Konklusion

I de følgende afsnit foretages en konklusion af nærværende MTV, som slutteligt udmunder i en række anbefalinger, der skal ses som supplement til Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2).

Med afsæt i Sundhedsloven (12) og Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2) undersøger nærværende MTV gennem en natur-, human- og samfundsvidenskabelig tilgang, om der i Danmark er sikkerhedsmæssige, organisatoriske og økonomiske forudsætninger for at øge hjemmefødselsfrekvensen, under hensyntagen til patienten, og hvad konsekvenserne heraf er.

MTV'en finder på baggrund af den evidens, der ligger til grund for teknologielementet, at der er sikkerhedsmæssige forudsætninger for at øge hjemmefødselsfrekvensen, såfremt kvinder, der visiteres hertil, er lavrisikofødende, og at fødslen varetages af en uddannet jordemoder. Det synes sandsynligt, at der i Danmark er organisatoriske forudsætninger for at øge hjemmefødselsfrekvensen til 2.4 %, hvis der oprettes en landsdækkende hjemmefødselsordning med kendt jordemoder, hvori der ikke indgår brugerbetaling. Organisationen af en sådan ordning kræver 34 jordemødre, gerne organiseret i teams af to, der vil arbejde med hjemmefødsler i dette regi. Om dette er muligt kræver yderligere undersøgelse. De økonomiske forudsætninger for at øge hjemmefødselsfrekvensen, synes ligeledes opfyldt, såfremt regionerne honorerer den angivne hjemmefødselsordning med et beløb svarende til DRG-taksten for ukompliceret, vaginal fødsel. Det ses dog fordelagtigt, at der oprettes en DRG-takst for hjemmefødsler, og at DRG-taksterne opsplittes efter ydelser, således at der undgås en unødigt høj dobbelttaksering af overflyttede hjemmefødsler. Det antages endvidere, at 2.4 % af de gravide opnår en lavere risikooplevelse ved at føde hjemme i forhold til på hospital, såfremt de informeres om muligheden for en hjemmefødsel i den skitserede ordning og sikkerheden herved, og dermed vælger hjemmet som fødested.

MTV'en finder, at konsekvenserne af at øge hjemmefødselsfrekvensen til 2.4 % vil være en uændret neonatal og maternel mortalitet. Der vil endvidere være en lavere morbiditet samt interventionsrate. Som følge heraf kan det formodes, at de kvinder, der tilvælger en hjemmefødsel, opnår en god fødsel, som de oplever at mestre. Desuden vil den angivne frekvens medføre en økonomisk nettogevinst på 13.0 mio. kr. Det

ses endvidere sandsynligt, at flere fødsler forbliver normale, hvorved jordemoderens selvstændige virksomhedsområde bevares.

Konklusionen må ses i lyset af, at opgaven udelukkende har beskæftiget sig med lavrisikofødende, planlagte hjemmefødsler samt fødsler varetaget af en uddannet jordemoder. Desuden anvendes der i teknologi- og patientelement udenlandske studier til at besvare MTV-spørgsmålene. Slutteligt er organisations- og økonomielementet baseret på begrænset empiri, hvorfor det anbefales, at der foretages yderligere forskning indenfor disse områder.

10. Anbefalinger

Som tillæg til Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen (2)* anbefaler nærværende MTV, at:

- Hjemmefødsler varetages i en hjemmefødselsordning med kendt jordemoder. Dette kunne med fordel organiseres i teams af to jordemødre.
- Hjemmefødselsordningen er landsdækkende.
- En hjemmefødsel i ordningen ikke forudsætter brugerbetaling.
- Der oprettes en DRG-takst for hjemmefødsler, som opsplittes efter ydelser.
- Gravide informeres om hjemmefødselsordningen.

Litteraturliste

1. Cliff, H. (2002): Fast ansat ved mysteriet, DADJ
2. Sundhedsstyrelsen (2009): Anbefalinger for svangreomsorgen, Komiteen for Sundhedsoplysning
3. Cliff, H. (1992): Jordemoderliv, Borgen
4. Sundhedsstyrelsen (2007a): Sygehusfordelte kvalitetsindikatorer for lavrisiko førstegangs-fødende 2006*
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010
http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2007/07_07.pdf
5. Wackerhausen, S. (1999): What is natural? Deciding what to do and not to do in medicine and healthcare, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, November 1999, vol 106, p.1109-1112.
6. Sundhedsstyrelsen (2009): Quality indicators - DSOG standard population of low risk nullipara *) - 2009 1st to 3rd quarter, Rigshospitalet
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010
http://www.sst.dk/~media/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsstyrelsen%20registre/Foedsler%20Kvalitetsindikatorer/Kvalitetesindikatorer%20Lavrisiko/1301_Rigshospitalet_standardpopulation_frstegangsfedende.ashx
7. Wagner, M. (2001): Fish can't see water: The need to humanize birth, International Journal of Gynaecology and Obstetrics, vol. 75, supplement, p. 25-37
8. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2001): Cirkulære om Jordemoder-virksomhed
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010

- <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21702>
9. Jordemoderforeningen (2009): Jordemoderforeningens etikkode
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010
<http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?area=98>
 10. Jordemoderforeningen (2007): Centralisering af fødsler ikke lig 'bedre børn'
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010
<http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?page=2697>
 11. Arbejdsmiljøinstituttet (2001): Sygehusansatte er markant mere udbrændte end "landsgennemsnittet"
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010
http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/bilag/sygehusansatte_er_markant_mere_udbraendte.htm
 12. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): Sundhedsloven
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114054>
 13. Beck, U. (2001): Risikosamfundet – på vej mod en ny modernitet, Hans Reitzel
 14. Kristensen et. al. (2007): Metodehåndbog for Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen
 15. Birkler, J. (2006): Videnskabsteori - en grundbog, Munksgaard Danmark, København
 16. Andersen, I.B. og Matzen, P. (2007): Evidensbaseret Medicin, Gads forlag
 17. Wulff, H.R. og Gøtzsche, P.C. (2001): Rationel klinik, Munksgaard Danmark

18. Juul, S. (2006): Epidemiologi og Evidens, Munksgaard Danmark, København
19. De Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., Bennebroek Gravenhorst, J. og Buitendijk, S. (2009): Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births, BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, April 2009, p.1177-1184
20. Janssen, P., Saxell L., Page L., Klein M., Liston R. og Lee, S. (2009): Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician, CMAJ September 2009, p. 377-383
21. Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009): InterView, Hans Reitzels forlag
22. Breck, T. (2001): Dialog om det usikre - nye veje i risikokommunikation, Akademisk Forlag
23. Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B. og Freeze, R. (2009): Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth, Journal of Midwifery & Women's Health March/April 2009, vol. 54, no. 2, p. 119-126.
24. Kleiverda, G., Steen, A., Andersen, I., Treffers, P. og Everaerd, W. (1990) Place of delivery in The Netherlands: Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 36, p. 1-9.
25. Sjöblom, I., Nordström, B. og Edberg, A. (2006): A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden, Midwifery, iss. 22 p. 348-355.

26. Johansen, H. (2009): ”Hjemmefødsler i Danmark – en samfundsøkonomisk analyse”.
Lokaliseret på World Wide Web d. 4/4-2010
<http://www.hjfodsel.dk>
27. Alban, A., Danneskiold-Samsøe, B., Kjellberg, J., Knudsen, M. og Sørensen, J. (2004): Sundhedsøkonomi – principper og perspektiver, DSI Institut for sundhedsvæsen
28. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008): Autorisationsloven
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=121913>
29. Sundhedsstyrelsen (2007b): Fødselsregisteret 1. halvår 2008 (foreløbig opgørelse)
Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010
http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2008/08_08.pdf
30. Olsen, O. (1997): Meta-analysis of the safety of home birth, Birth: Issues in Perinatal Care, March 1997, vol. 24 (1), p. 4-16
31. Sandelowski, M. (2000): Focus on Research Methods Whatever Happende to Qualitative Description?, Research in Nursing & Helath, 2000, 23, p. 334-340
32. Danmarks statistik (2009): NYT fra Danmarks Statistik
Lokaliseret på World Wide Web d. 13/5-2010
<http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2009/NR528.pdf>
33. Ministeriet for flygtninge, indvandrere og integration (2009): Indvandrere og efterkommere i tal
Lokaliseret på World Wide Web d. 28/4-2010

http://www.nyidanmark.dk/dadk/spoergsmaal_og_svar/indvandrere_og_efterkommere/indvandrere_og_efterkommere.htm

34. Kjærulff og Nielsen (1999): Engelsk - Dansk, Gyldendal

35. Holland – sociale forhold

Lokaliseret på World Wide Web 15/5-2010

http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Samfund/Sociale_forhold_i_verden/Holland_%28Sociale_forhold%29

36. Ingversen, K. (2009): Hjemmefødsler i Norden 2010-2014, Tidsskrift for jordemødre nr. 12, 2009

37. Statistics Netherlands (2010): Population; generation, sex, age and origin, 1 January

Lokaliseret på World Wide Web d. 23/4-2010

[http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLEN&PA=37325eng&D1=0-2&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0-1,3-4,139,145,210,225&D6=4,9,\(1-1\)-1&HD=090611-0858&LA=EN&HDR=G3,T&STB=G5,G1,G2,G4](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLEN&PA=37325eng&D1=0-2&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0-1,3-4,139,145,210,225&D6=4,9,(1-1)-1&HD=090611-0858&LA=EN&HDR=G3,T&STB=G5,G1,G2,G4)

38. Sundhedsstyrelsen (2010a): Kort om DRG-systemet

Lokaliseret på World Wide Web d. 18/5-2010

<http://www.sundhedsstyrelsen.dk/Indberetning%20og%20statistik/Om%20DRG.aspx>

39. Hansen, G. (2007): Hjemmefødselsordning i Region Sjælland, Tidsskrift for jordemødre nr. 1, 2007

40. Politiken (2005): Politikens Nudansk Ordbog, JP/Politikens forlagshus A/S

41. Sundhedsstyrelsen (2010b): Fødsler og fødselskomplikationer

Lokaliseret på World Wide Web d. 8/4-2010

http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Foedsler_fertilitsbehandling_og_abort/foedsler1.aspx

42. Sundhedsstyrelsen (2010c): Fødselsregisteret 1. halvår 2008 (foreløbig opgørelse)

Lokaliseret på World Wide Web d. 30/3-2010

http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2008/08_08.pdf

Oversigt over Bilag:

Bilag 1: Telefonsamtale med Mie Hammershøj, Hjemmefødselsordning Sjælland

Bilag 2: Søgestrategi, beskrivelse

Bilag 3: Søgestrategi, skematisk oversigt

Bilag 4: Beregninger

Bilag 5: Organisation af hjemmefødsler i Danmark

Bilag 6: Janssen et al. (2009): "*Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*"

Bilag 7: Sjöblom et al. (2006): "*A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden*"

Bilag 1

Telefonsamtale med Mie Hammershøj, Hjemmefødselsordning Sjælland, d. 3/5-2010

Følgende oplysninger fremkom:

Hjemmefødselsordning Sjælland honoreres fra Region Sjælland med et beløb svarende til DRG-taksten for en ukompliceret, vaginal fødsel med normal graviditet og puerperium. Beløbet svarer til 15.339 kr. Hjemmefødselsordning Sjælland honoreres med det fulde beløb, såfremt kvinden føder efter GA 36+0. Der gives honorar på halvdelen af 15.339 kr., såfremt kvinden overflyttes til hospitalsregi mellem GA 25+0 og GA 35+6. Der modtages ingen betaling for kvinder, der udgår af ordningen før GA 25+0.

Der ydes normalt 8-10 graviditetsbesøg og mindst 2 barselsbesøg. Der gives konsultationer efter kvindens behov.

En kvinde, der ikke er bosat i Region Sjælland, kan indgå i Hjemmefødselsordning Sjælland, såfremt hun bor nær området, der er plads i ordningen, og jordemødrene giver tilladelse hertil. Kvinden betaler DRG-taksten til ordningen. Dette sker dog kun i meget sjældne tilfælde.

Jordemødrene bestemmer selv normeringen. Jordemødrene er inddelt i teams af to. I teamet, der varetager Holbæk-Odsherred-området, har de to jordemødre fastsat normeringen til højst 8 kvinder med termin pr. måned (96 kvinder årligt). Oftest er der ca. 6 kvinder med termin pr. måned i ordningen, svarende til ca. 70 kvinder årligt. Normeringen er begrundet med, at en højere normering end denne vil påvirke jordemoderomsorgen negativt. Jordemødrene føler derfor ikke, at de kan stå inde for en højere normering.

Jordemødrene i Holbæk-Odsherred-området fordeler arbejdet imellem sig således, at de på skift er på kald i en uge. Den jordemoder, der ikke er på kald, er back-up og kan kontaktes ved behov. Er der behov for reel fritid, kan jordemødrene i naboområdet efter aftale bruges som back-up. Denne mulighed er kun benyttet én gang de seneste tre år. 99.9 % af kvinderne i ordningen føder med en af de jordemødre, som har

varetaget svangreomsorgen. Der kan forekomme ”vagtskifte” under en langvarig fødsel.

Det oplyses at klientellet, der benytter ordningen er blandet. Der er således ikke en særlig socialklasse, som er overrepræsenteret.

Mie Hammershøj oplever en større arbejdsglæde i *Hjemmefødselsordning Sjælland* end ved jordemoderarbejde på hospital, da hun føler, at hun i ordningen har mulighed for at arbejde helhedsorienteret og opnår en høj grad af autonomi.

Bilagets indhold er godkendt af Mie Hammershøj d. 19/5-2010

Bilag 2

Bilag 2 beskriver den valgte søgestrategi.

Søgestrategi

For at finde relevant empiri indenfor MTV'ens fire delelementer valgtes en søgestrategi fokuseret omkring databaserne: Pubmed, Cinahl, Cochrane Library og PsychInfo. Disse databaser synes hensigtsmæssige til at finde artikler, der samlet set dækker alle elementerne indenfor MTV. Pubmed og Cinahl refererer begge til artikler fra internationale medicinske tidsskrifter. Cinahls kerneområde er primært sygepleje- og sundhedsfaglige tidsskrifter, herunder jordemoderfaglige tidsskrifter. Cochrane Library indeholder bl.a. oversigter over effekten af sundhedsvæsnets behandlinger i form af systematiske Cochrane reviews, hvor randomiserede kontrollerede forsøg indsamles og vurderes, hvorefter resultaterne sammenlignes i metaanalyser. Disse tre databaser vurderes samlet at kunne lave en bred søgning indenfor artikler, der synes relevante i forhold til opgavens teknologi- og organisationselement. Desuden indeholder Cochrane Library economic evaluations, der skønnes relevante i forhold til den medicinske teknologivurderings element om økonomi. PsychInfo valgtes, idet databasen primært indeholder artikler indenfor psykologi, sociologi og sundhedsvidenskab. Dette vurderes relevant i forhold til den medicinske teknologivurderings element om patientperspektivet.

For at præcisere og ensrette søgningen i de valgte databaser, valgtes en fælles fritekstsøgning, der omfattede frasesøgningen "home birth". Der blev endvidere anvendt en emnesøgning i form af MeSH og thesaurus, med emneordet "Home childbirth" i Pubmed, Cinahl og Cochrane Library. I Psychinfo fandtes intet relevant emneord. I de tilfælde, hvor det ikke fandtes muligt at håndsortere de fremkomne hits, blev søgningerne specificeret med andre relevante emneord via den booleske operator AND, se bilag 3. For at besvare MTV-spørgsmålet "Hvorfor vælger kvinder at føde hhv. hjemme eller på hospital?" i patientelementet, valgtes en fælles frasesøgning på "hospital birth" i de samme fire databaser. Ved denne søgning fremkom ingen nye relevante artikler. Desuden blev der inden søgningerne fastsat et antal limits. Disse omfattede

sprog, da vi udelukkende ønskede artikler på dansk, svensk, norsk eller engelsk, samt limits, der begrænsede resultaterne til studier af kvinder. Endvidere blev søgningen begrænset til artikler, der var publiceret efter peer-review, for at vælge studier af højst mulig kvalitet.

Alle fremkomne hits blev håndsorteret med baggrund i relevans i forhold til de fastlagte MTV-spørgsmål. Først vurderedes de ud fra deres overskrift, hvorefter mulige relevante artikler blev vurderet ud fra deres abstracts. Slutteligt blev mulige relevante artikler vurderet ud fra deres fulde tekst, før de blev endelig in- eller ekskluderet. For at de fundne resultater skal kunne være brugbare i en dansk kontekst, blev alle studier foretaget i ikke-vestlige lande ligeledes fravalgt. Undersøgelser uden intention-to-treat blev ligeledes udelukket. Ved den fulde gennemlæsning blev studier, som fandtes relevante i forhold til teknologielementet, kun inkluderet såfremt de omhandlede planlagte hjemmefødsler, hvor kvinderne med sikkerhed kunne identificeres som lavrisikofødende, og hvor kvinderne blev assisteret af en uddannet jordemoder. Således inkluderedes kun kvinder med en singletongraviditet, foster i hovedpræsentation, til termin, uden medicinske sygdomme og ingen sectio antea. I bilag 3 angives artikler kun som relevante, når de efter gennemlæsning vurderedes til at ligge inden for alle søgestrategiens inklusionskriterier.

For at undersøge, hvorledes hjemmefødsler i Danmark er organiseret i offentligt regi, er der d. 26/4-2010 foretaget opslag på Danmarks 30 fødesteders hjemmesider, med det formål at finde information om, hvorledes hjemmefødsler varetages. I de 12 tilfælde, hvor det ikke var muligt at finde den nødvendige information på hjemmesiden, er der ved telefonopkald til fødestederne indhentet information om dette ved hjælp af følgende spørgsmål: ”Hvem varetager hjemmefødsler på jeres fødested?”. For at afdække hvilke private muligheder, der findes i Danmark, blev der 26/4-2010 foretaget en googlesøgning på ”hjemmefødsel”. Her fandtes www.hjemmefoedsel.net, der indeholder en liste over private jordemødre, der varetager hjemmefødsler. Endvidere blev der d. 3/5-2010 foretaget opkald til jordemoder Mie Hammershøj fra *Hjemmefødselsordning Sjælland*⁴¹ samt orienteret os på www.hjemmefoedsler.dk. Via en kædesøgning på Johansens (26) speciale fandtes artiklen ”Hjemmefødselsordning i

⁴¹ Se bilag 1

Region Sjælland” af Hansen (39) fra Tidsskrift for Jordemødre, der omhandler organiseringen af *Hjemmefødselsordning Sjælland*.

De tilbageværende videnskabelige artikler, som fandtes relevante til at besvare opgavens MTV-spørgsmål, blev som følger:

Teknologi: Der fandtes 3 relevante videnskabelige artikler

Der fravalgtes: Olsen og Jewell: ”*Home versus hospital birth*” fra 2009, idet denne metaanalyse kun inkluderer et studie med 11 kvinder. Dette vurderes at være for lille et grundlag til at besvare opgavens MTV-spørgsmål.

Følgende studier udvalgte:

- Janssen, [Saxell](#), [Page](#), [Klein](#), [Liston](#) og [Lee](#): “*Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*” (20).
- de Jonge, van der Goes, Ravelli, Amelink-Verburg, Mol, Nijhuis, Bennebroek Gravenhorst og Buitendijk.: “*Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births*” (19).

Patient: Der fandtes 4 relevante videnskabelige artikler

Der fravalgtes: Janssen et al: ”*The experience of planned home birth: view of the first 500 women*” fra 2009. Dette studie undersøger samme forskningsspørgsmål som Sjöblom et al. (25), men foretages i British Columbia. Da studiet af Sjöblom et al. (25) foregår i Sverige, vurderes det, at dette studie er mere sammenligneligt med danske forhold.

Følgende studier udvalgte:

- Boucher, Bennett, McFarlin og Freeze: ”*Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth*” (23).
- Kleiverda, Steen, Andersen, Treffers og Everaerd “*Place of delivery in The Netherlands: Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement*” (24).

- Sjöblom, Nordström og Edberg: *“A qualitative study of women’s experiences of home birth in Sweden”* (25).

Organisation: Der fandtes én relevant artikel

- Hansen: *”Hjemmefødselsordning i Region Sjælland”* (39)

Økonomi: Der fandtes 2 relevante videnskabelige artikler

Metodehåndbog i Medicinsk Teknologivurdering (14;144,155) understreger, at en samfundsøkonomisk analyse baseret på data fra eget land er at foretrække. Derfor fravalgtes: Hendrix, Evers, Basten, Nijhuis og Severens: *“Cost Analysis of the Dutch Obstetric System: low-risk nulliparous women preferring home or short-stay hospital birth - a prospective non-randomised controlled study”* fra 2009 samt Anderson og Anderson: *”The cost-effectiveness of home birth”* fra 1999.

Følgende studie udvalgte:

- Gennem undervisningen på JK5 er vi blevet bekendt med følgende kandidat-speciale: *”Hjemmefødsler i Danmark - En samfundsøkonomisk analyse”* af Heidi Wiberg Johansen (26). Dette speciale inddrages, da det er den eneste tilgængelige sammenligning af de økonomiske forhold mellem hjemmefødsler og hospitalsfødsler i Danmark.

Bilag 3

Bilag 3 viser en skematisk oversigt over søgningen i de valgte databaser.

Limits:

For alle søgninger i **Pubmed** anvendtes følgende limits: Humans, female, English, Danish, Norwegian og Swedish

For alle søgninger i **Cinahl** og **Psychinfo** anvendtes følgende limits: Humans, English, Danish, Swedish, Norwegian og peer-review

I **Cochrane Library** er det kun muligt at begrænse søgningen til udgivelsesår, hvilket ikke fandtes relevant i dette tilfælde.

Database og søgefunktion:	Søgestrategi
<p>Pubmed:</p> <p>Fritekstsøgning på følgende frase:</p> <p>Søgning udført d. 30/3-2010</p>	<p>1. Søgning:</p> <p>“Home birth”</p> <p>Søgning resulterede i: 249 hits.</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler:</p> <p>Teknologi: 2 relevante artikler</p> <ul style="list-style-type: none">• “<i>Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician.</i>” Af Janssen et al. (20)• “<i>Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births.</i>” af de Jonge et al.(19)

	<p>Patient: 3 relevante artikler</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”<i>Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth</i>” af Boucher et al.(23) • “<i>Place of delivery in The Netherlands: Maternal motives and background variables related to preferences for home or hospital confinement</i>“ af Kleiverda et al. (24). • “<i>A qualitative study of women’s experiences of home birth in Sweden</i>” af Sjöblom et. al. (25). <p>Organisation: 0 relevante artikler</p> <p>Økonomi: 2 relevante artikler</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”<i>The cost-effectiveness of home birth</i>” af Anderson og Anderson fra 1999. • “<i>Cost Analysis of the Dutch Obstetric System: low-risk nulliparous women preferring home or short-stay hospital birth - a prospective non-randomised controlled study</i>” af Hendrix et al. fra 2009.
<p>Cinahl:</p> <p>Fritekstsøgning på følgende frase:</p> <p>Søgning udført d. 30/3-2010</p>	<p>2. søgning</p> <p>”Home birth”</p> <p>Søgningen resulterede i 322 hits.</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler:</p> <p>Teknologi: 1 relevant artikel</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician</i>” af Janssen et al. (20). <p>Patient: 3 relevante artikler</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>”The experience of planned home birth: view of the first 500 women”</i> af Janssen et al. fra 2009 • <i>”A qualitative study of women’s experiences of home birth in Sweden”</i> af Sjöblom et. al. (25). • <i>”Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth”</i> af Boucher et al.(23). <p>Organisation: 0 relevante artikler</p> <p>Økonomi: 1 relevant artikel</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>”The cost-effectiveness of home birth”</i> af Anderson og Anderson fra 1999.
<p>Cochrane Library:</p> <p>Fritekssøgning på følgende frase:</p> <p>Søgning udført d. 31/3-2010</p>	<p>3. søgning</p> <p>“Home birth”</p> <p>Søgningen resulterede i:</p> <p>Cochrane review (2 hits)</p> <p>Other reviews (2 hits)</p> <p>Clinical trials (5 hits)</p>

	<p>Methods studies (0 hits)</p> <p>Technology Assessments (0 hits)</p> <p>Economic evaluations (1 hit)</p> <p>Cochrane groups (0 hits)</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler:</p> <p>Teknologi: 2 relevante artikler</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician.”</i> Af Janssen et al. (20) • <i>”Home versus hospital birth”</i> Olsen og Jewell fra 2009. <p>Patient: 0 relevante artikler</p> <p>Organisation: 0 relevante artikler</p> <p>Økonomi: 1 relevant artikel</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>”The cost-effectiveness of home birth”</i> af Anderson og Anderson fra 1999.
<p>PsychInfo:</p> <p>Fritekstsøgning på følgende frase:</p>	<p>4. søgning</p>

<p>Søgning udført d. 31/3-2010</p>	<p>”Home birth”</p> <p>Søgningen resulterede i 52 hits. Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler:</p> <p>Teknologi: 1 relevant artikel</p> <ul style="list-style-type: none"> • “<i>Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician.</i>” Af Janssen et al. (20). <p>Patient: 2 relevante artikler</p> <ul style="list-style-type: none"> • “<i>The experience of planned home birth: view of the first 500 women</i>” af Janssen et al. fra 2009 • “<i>Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth</i>” af Boucher et al. (23). <p>Organisation: 0 relevante artikler</p> <p>Økonomi: 0 relevante artikler</p>
------------------------------------	---

<p>Database og søgefunktion:</p>	<p>Søgestrategi:</p>
<p>Pubmed:</p> <p>Emnesøgning på følgende emneord:</p> <p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>5. søgning</p> <p>”Home childbirth”</p> <p>Søgning resulterede i: 1312 hits</p> <p>”Home childbirth” AND ”mortality”</p>

	<p>Søgning resulterede i: 161 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician.”</i> Af Janssen et al. (20). • <i>“Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births.”</i> af de Jonge et al. (19).
<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>”Home childbirth” AND ”morbidity”</p> <p>Søgning resulterede i: 29 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i relevante artikler.</p>
<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>”Home childbirth” AND ”attitude”</p> <p>Søgning resulterede i: 216 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i relevante artikler.</p>
<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>”Home childbirth” AND ”patient satisfaction”</p> <p>Søgning resulterede i: 59 hits</p>

<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p> <p>Emnesøgning på følgende emneord:</p> <p>Søgning udført d. 1/4-2010</p>	<p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“A qualitative study of women’s experiences of home birth in Sweden” af Sjöblom et. al. (25).</i> <p>”Home childbirth” AND ”organization”</p> <p>Søgning resulterede i: 207 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i relevante artikler.</p> <p>”Home childbirth” AND ”economics”</p> <p>Søgning resulterede i: 37 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>”The cost-effectiveness of home birth” af Anderson og Anderson fra 1999.</i> • <i>“Cost Analysis of the Dutch Obstetric System: low-risk nulliparous women preferring home or short-stay hospital birth - a prospective non-randomised controlled study” af Hendrix et al. fra 2009.</i>
<p>Cinahl</p>	<p>6. søgning</p>

Emnesøgning på følgende emneord:	<p>”Home childbirth”</p> <p>Søgning resulterede i: 1490 hits</p>
Emnesøgning på følgende emneord:	<p>”Home childbirth” AND ”safety”</p> <p>Søgning resulterede i: 6 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i relevante artikler.</p>
Emnesøgning på følgende emneord:	<p>” Home childbirth” AND ”infant mortality”</p> <p>Søgning resulterede i: 45 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician.”</i> Af Janssen et al. (20). • <i>“Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births.”</i> af de Jonge et al. (19).
Emnesøgning på følgende emneord:	<p>”Home childbirth” AND ”maternal mortality”</p> <p>Søgning resulterede i: 45 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede</p>

<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>i relevante artikler.</p> <p>”Home childbirth” AND ”decision making, patient”</p> <p>Søgning resulterede i: 31 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”<i>Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth</i>” af Boucher et al. (23).
<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>”Home childbirth” AND ”Midwife attitudes”</p> <p>Søgning resulterede i: 51 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”<i>Staying Home to Give Birth: Why Women in the United States Choose Home Birth</i>” af Boucher et al. (23). • “<i>A qualitative study of women’s experiences of home birth in Sweden</i>” af Sjöblom et. al. (25). • “<i>Home versus hospital birth</i>” af Olsen og Jewell fra 2009
<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>”Home childbirth” AND ”economics”</p>

<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>Søgning resulterede i: 34 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler.</p> <p><i>”The cost-effectiveness of home birth” af Anderson og Anderson fra 1999.</i></p> <p>“Home childbirth” AND “organizational efficiency”</p> <p>Søgningen resulterede i: 0 hits</p>
<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>”Home childbirth” + ”management”</p> <p>Søgningen resulterede 1 hit</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i relevante artikler.</p>
<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p>	<p>“Home childbirth” AND “organizational culture”</p> <p>Søgningen resulterede i 3 hits</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede</p>

<p>Emnesøgning på følgende emneord:</p> <p>Søgning udført 1/4-2010</p>	<p>i relevante artikler.</p> <p>“Home Childbirth” AND “organizational change “</p> <p>Søgningen resulterede i 1 hit</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i relevante artikler.</p>
<p>Cochrane Library</p> <p>Emnesøgning på følgende emneord:</p> <p>Søgning udført d. 1/4-2010</p>	<p>7. søgning</p> <p>”Home childbirth”</p> <p>Søgning resulterede i:</p> <p>Cochrane review (1hit)</p> <p>Other reviews (3 hits)</p> <p>Clinical trials (11 hits)</p> <p>Methods studies (0 hits)</p> <p>Technology Assessments (0 hits)</p> <p>Economic evaluations (8 hits)</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket resulterede i følgende relevante artikler.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Home versus hospital birth”</i> af Olsen og Jewell fra 2009. • <i>”The cost-effectiveness of home birth”</i> af Anderson og Anderson fra 1999.
<p>Pubmed:</p> <p>Fritekstsøgning på følgende frase:</p> <p>Søgning udført d. 30/3-2010</p>	<p>8. Søgning:</p> <p>“Hospital birth”</p> <p>Søgning resulterede i: 145 hits.</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i nye relevante artikler.</p>
<p>Cinahl:</p> <p>Fritekstsøgning på følgende frase:</p> <p>Søgning udført d. 30/3-2010</p>	<p>9. søgning</p> <p>”Hospital birth”</p> <p>Søgningen resulterede i 102 hits.</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i nye relevante artikler.</p>
<p>Cochrane Library:</p> <p>Fritekssøgning på følgende frase:</p> <p>Søgning udført d. 31/3-2010</p>	<p>10. søgning</p> <p>“Hospital birth”</p> <p>Søgningen resulterede i:</p> <p>Cochrane review (2 hits)</p> <p>Other reviews (0 hits)</p> <p>Clinical trials (16 hits)</p>

	<p>Methods studies (0 hits)</p> <p>Technology Assessments (0 hits)</p> <p>Economic evaluations (0 hits)</p> <p>Cochrane groups (0 hits)</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i nye relevante artikler.</p>
<p>PsychInfo:</p> <p>Fritekstsøgning på følgende frase:</p> <p>Søgning udført d. 31/3-2010</p>	<p>11. søgning</p> <p>”Hospital birth”</p> <p>Søgningen resulterede i 39 hits.</p> <p>Alle hits blev vurderet på baggrund af de i søgestrategien fastsatte kriterier, hvilket ikke resulterede i nye relevante artikler.</p>

Bilag 4

Bilag 4 viser en oversigt over egne beregninger.

Beregning 1:

Tabel 4.1

År	Fødsler (stk.)	Ukomplerede (stk.)	Ukomplerede fødsler (%)
1997	65.862	41.378	62.8 *
1998	64.505	39.635	61.4
1999	64.543	39.739	61.6
2000	65.308	38.688	59.2
2001	63.663	36.605	57.5
2002	62.315	35.041	56.2
2003	62.812	35.028	55.8
2004	62.874	34.312	54.6
2005	62.545	34.583	55.3
2006	63.201	34.797	55.0
2007	62.535	33.839	54.1
2008	63.304	33.784	53.4

Tabel 4.1 viser data for antal fødsler og antal ukomplicerede fødsler fundet via Sundhedsstyrelsens statistik (41). Den procentuelle beregning i fjerde kolonne er egen beregning.

* Beregningseksempel:

Der var i 1997 65.862 fødsler, heraf var 41.378 ukomplicerede

$$\frac{41378 \text{ fødsler}}{65862 \text{ fødsler}} \times 100\% = 62.8\%$$

Den faldende andel af ukomplicerede fødsler ses som et udtryk for en stigning i antallet af udførte indgreb.

Beregning 2:

Hjemmefødselsordning Sjælland varetog i 2007 141 hjemmefødsler (26;12) ud af i alt 578 hjemmefødsler (42;3) i Danmark. Nedenfor beregnes, hvor stor en andel af det samlede antal hjemmefødsler ordningen varetog:

$$\frac{141 \text{ fødsler}}{578 \text{ fødsler}} \times 100\% = 24,4\%$$

Beregning 3:

For at anslå antallet af lavrisikofødende i Danmark, er der anvendt data fra studiet ”*Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births*” af de Jonge, van der Goes, Ravelli, Amelink-Verburg, Mol, Nijhuis, Bennebroek Gravenhorst og Buitendijk (19). I dette studie er der 1.246.440 singleton-fødsler, heraf 529.688 fødsler, der kategoriseres som lavrisiko, idet der ikke er tilstødt komplikationer i graviditeten, den gravide ikke tidligere har haft postpartumblødning, der er ikke vandafgang over 24 timer uden veer, ingen intrauterin død før fødsel, barnet har ikke misdannelser, og fødslen starter ved GA 37+0-41+6. Nedenfor beregnes hvor mange fødsler, ud af det samlede antal, der kan betegnes som lavrisiko:

$$\frac{529.688 \text{ fødsler}}{1.246.440 \text{ fødsler}} \times 100\% = 42,5\%$$

Således er 42.5 % af alle singleton-fødsler, i dette studie (19) normale.

I Danmark var der i 2008 63.304 fødsler (41), heraf 1.463 flerfold (41).

For at finde 42.5 % af det samlede antal singleton-fødsler beregnes:

$$(63.304 - 1.463) \text{ fødsler} \times 0,425\% = 26.282 \text{ fødsler}$$

Vi anslår derfor, at der i Danmark årligt er ca. 26.000 gravide, der ved fødselens start er at betragte som lavrisiko, og hvis fødsel derfor kunne foregå i hjemmet.

Beregning 4:

For at beregne, hvor mange hjemmefødsler, der vil være i Danmark, hvis frekvensen er 2.4 % foretages følgende beregning: En fødselsårgang anslås til 65.000 (41).

$$65.000 \text{ fødsler} * 0.024 = 1560 \text{ fødsler}$$

Beregning 5:

Nedenfor beregnes, hvor mange teams det kræver for at varetage 1560 fødsler, såfremt et team kan varetage 96 fødsler årligt:

$$\frac{1560 \text{ fødsler}}{96 \text{ fødsler / team}} = 16.25 \text{ teams}$$

Beregning 6:

For at undersøge om der findes flere ukomplicerede fødsler blandt flergangsfødende i forhold til førstegangsfødende, foretages følgende opgørelse:

Tabel 4.2:

	Ukomplicerede førstegangsfødende	Ukomplicerede flergangsfødende
2006	45 %*	63 %
2007	45 %	61 %
2008	45 %	60 %

Tabel 4.2 viser beregninger foretaget på baggrund af data hentet på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (41).

* Beregningseksempel:

Der var i 2006 27.660 førstegangsfødende (41), heraf havde 12.531 en ukompliceret fødsel (41).

$$\frac{12.531 \text{ fødsler}}{27.660 \text{ fødsler}} \times 100\% = 45\%$$

Beregning 7:

Nedenfor beregnes den samlede nettogevinst ved en hjemmefødselsfrekvens på 2.4 % idet besparelsen, ifølge Johansen (26;99), er 13.574.784 kr. ved en frekvens på 2.5 %:

$$\frac{13.574.784 \text{ kr.} \times 2.4\%}{2.5\%} = 13.031.792,64 \text{ kr.}$$

Bilag 5

Bilag 5 foretager en beskrivelse af den nuværende organisering af hjemmefødsler i Danmark. Desuden indeholder bilaget tabel 5.1, der beskriver hvem, der på de enkelte fødesteder varetager hjemmefødslerne og tabel 5.2, der viser en oversigt over privatpraktiserende jordemødre og prisen for at føde med dem. Beskrivelsen nedenfor er lavet på baggrund af data i tabel 5.1 og tabel 5.2.

I Danmark er der på nuværende tidspunkt 30 offentlige fødesteder fordelt på 5 regioner (se figur 5.1). Det er regionerne, der har ansvaret for fødselshjælpen.



Figur 5.1 viser Danmarks 30 offentlige fødesteder, samt regionsgrænser.

På 21 ud af Danmarks 30 offentlige fødesteder vil en hjemmefødsel blive varetaget af den vagthavende jordemoder, se tabel 5.1 nedenfor. Dette vil oftest være en jordemoder, som kvinden ikke har mødt før. Disse fødesteder forsøger så vidt muligt, at lade en døgnvagt varetage hjemmefødsler, hvilket i praksis kan betyde, at kvinden oplever færre jordemoderskift. Strækker fødslen ud over jordemoderens vagt, fo-

retages vagtskifte. De ni fødesteder, hvor fødselshjælpen ikke varetages af den vagthavende jordemoder, beskrives nedenfor.

Hvidovre Hospital har 8 jordemødre, der på skift varetager alle hjemmefødsler for Hvidovre Hospital og Rigshospitalet. Dette er dog ikke en kendt jordemoder ordning.

Kvinder, der er visiteret til at føde på Regionshospitalet Silkeborg, kan, hvis de bor i specifikke områder, tilknyttes en kendt jordemoderordning, og vælge at føde hjemme i dette regi. Ordningen består af 7 jordemødre. Hjemmefødsler, der ikke er i kendt jordemoderordning, vil blive varetaget af en vagthavende jordemoder. Ved Aalborg sygehus varetages hjemmefødsler af en kendt jordemoderordning bestående af fire jordemødre. I både Silkeborg og Ålborg arbejder jordemødrene parvis og har på skift tilkaldevagt. På alle fødesteder i Region Sjælland henvises hjemmefødsler til den private ordning, *Hjemmefødselsordning Sjælland*. Ordningen består af 8 jordemødre. Kvinder, der ikke ønsker at føde hjemme i denne ordning, vil blive assisteret af en jordemoder fra det hospital, hun er tilknyttet.

Derudover findes der fem private muligheder for jordemoderassisteret hjemmefødsel med en brugerbetaling på 15.000 til 21.000 kr., se tabel 5.2. En afvigelse herfra er *Hjemmefødselsordning Sjælland*, hvor der ikke er brugerbetaling. Nærmere beskrivelse af denne ordning kan ses i bilag 1.

Tabel 5.1

Fødested:	Organisation:
Hjørring	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel
Thisted	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel
Holstebro	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel
Herning	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel
Viborg	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel
Randers	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel
Skejby	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel
Horsens	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel
Esbjerg	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel

Kolding	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel	
Haderslev	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel	
Sønderborg	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel	
Hillerød	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel	
Gentofte	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel	
Herlev	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel	
Bornholm	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel	
Odense	Omvisiteres til Svendborg Sygehus	
Svendborg	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel	
Særlige ordninger:		Kendt jordemoder
Silkeborg	Vagthavende jordemoder varetager hjemmefødsel - alt efter bopæl mulighed for kendt jordemoderordning	(x)
Rigshospitalet	Omvisiteres til Hvidovre Hospital	
Hvidovre	Varetages af særligt team af 8 jordemødre	
Aalborg	Ordning – 4 jordemødre, der arbejder parvis	x
Holbæk	Henviser altid til Hjemmefødselsordning Sjælland	x
Roskilde	Hjemmefødselsordning Sjælland/ Vagthavende	x
Slagelse	Hjemmefødselsordning Sjælland	x
Næstved	Hjemmefødselsordning Sjælland/ Vagthavende	x
Nykøbing Falster	Hjemmefødselsordning Sjælland	x
Læsø	Der er en jordemoder på Læsø (der er tradition for at øens praktiserende læger ofte deltager ved hjemmefødsler)	x
Samsø	Der er to jordemødre på Samsø	(x)
Ærø	Der er to jordemødre på Ærø	(x)

Tabel 5.1 viser en oversigt over organiseringen af hjemmefødsler på danske fødesteder. Desuden angives, hvorvidt der er kendt jordemoder. De steder, hvor kvinden muligvis kender jordemoderen på forhånd er angivet med (x).

Tabel 5.2

Jordemoder:	Pris for graviditet, fødsel og barsels-pakke:
Hanne Willer www.hjemmefoedsel.com	18.000 kr.
Henny Jensen www.hjemmejordemoder.dk	18.000kr. (Studerende og enlige mødre: 13.000 kr.) Luksus pakke: 21.000 kr.
Gitte Lykke Jørgensen www.jordemoderenivejle.dk	15.000 kr.
Anne Ruby www.privatjordemoder.dk	18.900 kr.
Fødeklinikken MAIA www.klinikkenmaia.dk	21.000 kr.
Hjemmefødselsordning Sjælland www.hjemmefoedsel.dk	15.339 kr.*

* Denne pris er DRG-taksten som svarer til den offentlige betaling for hjemmefødsler i ordningen.

Tabel 5.2 viser prisen for hjemmefødsel hos Danmarks privatpraktiserende jordemødre.